



# Vägen mot en mer personcentrerad socialvård:

Klientens upplevelser av delaktighet i RAI-bedömningar i Validia

Heidi Abrahamsson

Mastersarbete

Social- och hälsovårdstjänster för framtidens välfärdssamhälle (HYH)

2024

# Lärdomsprov

Heidi, Abrahamsson

Vägen mot en mer personcentrerad socialvård: Klientens upplevelser av delaktighet i RAI-bedömningar i Validia

Yrkehögskolan Arcada: Social- och hälsovårdstjänster för framtidens välfärdssamhälle, 2024

## Identifikationsnummer:

9293

## Uppdragsgivare:

Validia Oy

## Sammandrag:

Delaktighet är en central princip inom socialvården och är avgörande för individers välbefinnande. Genom att främja delaktighet skapas en mer öppen och transparent vårdmiljö där individer kan vara aktiva deltagare i sin egen vård, vilket stärker deras autonomi och anpassar tjänsterna efter deras unika behov. RAI-bedömningsinstrumentet används globalt och är obligatoriskt enligt lag i flera länder. Denna studie, genomförd i samarbete med Validia Oy, undersökte klienternas upplevelse av delaktighet i samband med RAI-bedömningar. Syftet var att förstå hur klienterna upplevde delaktighet ur ett personcentrerat perspektiv i RAI-bedömningsprocessen. Metoden i studien var mixad metod och data samlades in genom enkätundersökningar och intervjuer och analyserades genom induktiv kvalitativ innehållsanalys och deskriptiv dataanalys. Resultatet ger en inblick i hur delaktighet påverkas av olika faktorer. Den personliga delaktigheten, såsom förmåga och engagemang, spelar en central roll i hur individer upplever delaktighet i RAI-bedömningsprocessen. Vidare visar resultaten att omgivningen, särskilt vårdpersonalens engagemang, kunskap och tydlighet har betydelse för att skapa förutsättningar för delaktighet. Dessutom betonas integrationen av bedömningsresultaten i vardagen för att främja en känsla av delaktighet över tid.

## Nyckelord:

RAI-bedömning, delaktighet, engagemang, personcentrerad vård, Validia Oy

# **Degree Thesis**

Heidi, Abrahamsson

The path towards a more person-centered social care: Clients' experiences of participation in RAI assessments at Validia

Arcada University of Applied Sciences: Social and healthcare services for future welfare societies, 2024

## **Identification number:**

9293

## **Commissioned by:**

Validia Oy

## **Abstract:**

Participation is a central principle in social care and is crucial for individuals' well-being. By promoting participation, a more open and transparent healthcare environment is created where individuals can be active participants in their own care, strengthening their autonomy and tailoring services to their unique needs. The RAI assessment instrument is used globally and is mandatory by law in several countries. This study, conducted in collaboration with Validia Oy, examined clients' experiences of participation in RAI assessments. The aim was to understand how clients perceived participation from a person-centered perspective in the RAI assessment process. The method used was a mixed-method approach, with data collected through surveys and interviews and analyzed using inductive qualitative content analysis and descriptive data analysis. The results provide insight into how participation is influenced by various factors. Personal participation, such as ability and engagement, plays a central role in how individuals experience participation in the RAI assessment process. Furthermore, the results indicate that the environment, especially healthcare professionals' commitment, knowledge, and clarity, is important for creating conditions for participation. Additionally, the integration of assessment results into everyday life is emphasized to promote a sense of participation over time.

## **Keywords:**

RAI assessment, participation, engagement, person-centered care, Validia Oy

# Opinnäyte

Heidi, Abrahamsson

Matka kohti asiakaslähtöistä sosiaalihuoltoa: Asiakkaiden kokemukset osallisuudesta RAI-arvioinneissa Validiassa

Arcada Ammattikorkeakoulu: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2024

## Tunnistenumero:

9293

## Toimeksiantaja:

Validia Oy

## Tiivistelmä:

Osallisuus on keskeinen periaate sosiaalihuollossa ja on ratkaisevan tärkeää yksilöiden hyvinvoinnille. Osallisuuden edistämisen myötä syntyy avoin ja läpinäkyvä hoitoympäristö, jossa yksilöt voivat olla aktiivisia osallistujia omassa hoidossaan, mikä vahvistaa heidän autonomiansa ja sovittaa palvelut heidän ainutlaatuisiin tarpeisiinsa. RAI-arviointityökalua käytetään maailmanlaajuisesti ja se on useissa maissa laissa määrätty. Tämä tutkimus, joka tehtiin yhteistyössä Validia Oy:n kanssa, tutki asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta RAI-arviointeihin liittyen. Tarkoituksena oli ymmärtää, miten asiakkaat kokivat osallisuuden henkilökeskeisestä näkökulmasta RAI-arviointiprosessissa. Tutkimuksessa käytettiin sekamenetelmää, ja tiedot kerättiin kyselytutkimuksilla ja haastatteluilla ja analysoitiin induktiivisella laadullisella sisällönanalyysillä ja kuvaavalla aineistoanalyysillä. Tulokset antavat käsityksen siitä, miten osallisuus vaikuttaa erilaisiin tekijöihin. Henkilökohtainen osallistuminen, kuten kyvyt ja sitoutuminen, ovat keskeisessä roolissa yksilöiden kokemassa osallisuudessa RAI-arviointiprosessissa. Lisäksi tulokset osoittavat, että ympäristöllä, erityisesti hoitohenkilöstön sitoutumisella, tiedoilla ja selkeydellä, on merkitystä osallisuuden edellytysten luomisessa. Lisäksi korostetaan arviointitulosten integrointia jokapäiväiseen elämään osallisuuden tunteen edistämiseksi ajan mittaan.

## Avainsanat:

RAI-arviointi, osallisuus, sitoutuminen, henkilökeskeinen hoito, Validia Oy

# Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>5</b>
2.1	Delaktighet	5
2.2	Funktionsnedsättning och rätten till delaktighet	7
2.3	RAI-bedömningsinstrument	9
2.4	Validia	10
<b>3</b>	<b>Teoretisk referensram</b>	<b>11</b>
3.2	Personcentrering	12
3.3	Model of Human Occupation	14
3.4	Syfte och frågeställningar	15
<b>4</b>	<b>Metod</b>	<b>15</b>
4.1	Datainsamling	17
4.1.1	Enkäter	19
4.1.2	Intervjuer	21
4.2	Data-analys	22
4.3	Forskningsetiska aspekter	23
<b>5</b>	<b>Resultat</b>	<b>25</b>
5.1	Delaktighet	28
5.2	Omgivningens påverkan	30
5.3	Integrering	37
5.4	Sammanfattning av resultat	40
<b>6</b>	<b>Diskussion</b>	<b>41</b>
6.1	Resultatdiskussion	41
8.1.1	Delaktighet och engagemang	42
8.1.2	Omgivningens möjliggörande	42
8.1.3	Integrering av bedömningsresultat i vården	46
6.2	Metoddiskussion	47
6.3	Fortsatt forskning	51
6.4	Slutsats	52
	<b>Källor</b>	<b>53</b>
	<b>Bilagor</b>	<b>58</b>

Varje berättelse är värdefull

Validia 2023

# 1 Inledning

Delaktighet är av stor betydelse inom socialvården, där individer ofta behöver olika former av stöd för att uppnå och bevara sitt välbefinnande. Genom att erbjuda och möjliggöra olika former av stöd kan tjänsterna anpassas för att passa varje persons unika behov och önskemål. Vilket innebär att klienten aktivt deltar i sin egen vård och ges möjlighet att påverka beslut som rör vården. (Svensk Sjuksköterskeförening et al., 2019; Svensk sjuksköterskeförening, 2010; Ekman et al., 2014 & Molin, 2004) När en relation inom socialvården inleds, är det av högsta prioritet att göra en grundlig bedömning av servicebehovet (THL, 2023b). Bedömningsinformation är pålitlig när klienten och närstående är aktivt delaktiga i bedömningsprocessen (THL, 2023a). Bedömningen bör vara en personcentrerad process där klienten har rätt till delaktighet och inflytande över sin egen vård och planeringen, där egna mål, önskemål och unika behov bör vara i centrum för beslutsfattande och serviceplanering. (Kristensson, 2014 & Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018) Studiens syfte är att skapa en förståelse för klientens delaktighet genom att belysa och analysera deras upplevelse av delaktighet i RAI-bedömningsprocessen (Resident Assessment Instrument).

Studien utmärker sig genom att undersöka hur klienten upplever sig vara delaktig i en bedömningsprocess för personer med vårdbehov dygnet runt, enligt socialvårdslagen i Finland. Genom att belysa klientens deltagande på ett nyanserat sätt och integrera teorier som stöder detta, strävar studien efter att inte bara öka kunskapen om upplevelser i RAI-bedömningsprocessen utan också att berika förståelsen för hur denna process kan anpassas och optimeras för att motsvara personcentrerad vård. Studien ger vägledning i att utveckla insikter, arbetsmönster och rutiner som kan påverka praxis, och skapa mer personcentrerade tjänster inom socialvården.

Studien genomförs i samarbete med Validia Oy för att tillhandahålla insikter om delaktighet i bedömningsprocessen med ett fokus på personcentrerad vård, som en vägledning för kvalitets- och utvecklingsarbete.

## 2 Bakgrund

I bakgrundskapitlet i studien kommer olika teman och områden inom delaktighet att presenteras, där tidigare forskning ligger som grund för den kunskap som samlats in. Först kommer delaktighetens betydelse att presenteras, med fokus på dess betydelse och påverkan. Vidare kommer funktionsnedsättning och rätten till delaktighet att presenteras för att belysa hur dessa faktorer påverkar individens rättigheter och möjligheter att vara delaktig. I bakgrundskapitlet kommer även bedömningsinstrumentet RAI och företaget Validia Oy presenteras i korthet.

### 2.1 Delaktighet

Det saknas en universell definition av begreppet delaktighet (Molin, 2004; Imms et al., 2016 & Imms & Granlund, 2014). Gemensamt för många definitioner är att delaktighet är en aktivitet eller deltagande i en aktivitet och ett engagemang. Delaktighet kan beskrivas som en känsla där en person upplever och känner samhörighet. (Rosengren et al., 2019 & Isola et al., 2017) Delaktighet är ett begrepp som har en djupt rotad betydelse i det samtida samhällets strävan efter att förbättra och främja en mer inkluderande och personcentrerad vård inom socialvården. Det representerar en viktig dimension som rör såväl klienter som vårdgivare och är av grundläggande värde för att skapa en vårdmiljö som sätter personens egna behov och önskemål i fokus. Delaktighet innebär att ge dem som mottar vård och service en röst och möjlighet att aktivt delta i beslutsprocessen som rör den egna vården och planering av serviceinsatser. (Svensk Sjuksköterskeförening et al., 2019; Svensk sjuksköterskeförening, 2010; Ekman et al., 2014 & Isola et al. 2017) Delaktighet, där klienten och deras närstående är aktiva deltagare är en central källa till pålitlig bedömningsinformation inom vården. (THL 2023a)

Denna grundläggande princip om delaktighet är av stor betydelse inom socialvården, där individer ofta behöver olika former av stöd och tjänster för att uppnå och bevara sitt välbefinnande. Genom att främja delaktighet skapas inte bara en mer öppen och transparent vårdmiljö, utan det skapas också förutsättningar för att tjänsterna blir mer anpassade till

varje persons unika behov och önskemål. På så sätt blir vård och service inte en enkelriktad process, utan snarare ett samarbete där klienten är aktivt involverad i sin egen vård och får möjlighet att påverka beslut som påverkar deras livssituation. (Svensk Sjuksköterskeförening et al., 2019; Svensk sjuksköterskeförening, 2010; Ekman et al. & 2014; Molin, 2004)

Enligt Molin (2004) består själva upplevelsen av delaktighet av två element. De två elementen är deltagande och engagemang, där deltagande är nödvändigt för att engagemang skall uppstå. Molins (2004) begreppsanalys av delaktighet inkluderar aktivitet och engagemang. Enligt Molin (2004) kan en person vara engagerad i en aktivitet endast om personen är medveten om aktiviteten, har möjlighet att delta eller tillgång till den, är intresserad av den samt om en samtidighet finns mellan aktiviteten och individens intentioner. En aktivitet kan dock utföras med olika grad av engagemang. Engagemang handlar om på vilket sätt aktiviteten utförs. Man kan uppleva delaktighet utan att vara fysiskt aktiv i aktiviteten. Aktivitet är dock en faktor i engagemang och därför menar Molin (2004) att delaktighet inte finns utan någon form av aktivitet. Delaktighet kan betyda ett visst utövande av makt, där makt handlar om att själv få bestämma. Självbestämmanderätt och autonomi är en form av delaktighet och möjliggör självständiga val i sin situation eller rätten att välja att inte vara delaktig i vissa situationer. (Molin, 2004) Enligt Deci och Ryan (2000) är människans grundläggande psykologiska behov autonomi, kompetens och samhörighet. Dessa behov beskrivs som avgörande för att uppnå inre motivation. När människor får möjlighet att styra sina egna handlingar, känna sig kompetenta i det de gör och har känslan av att tillhöra och vara del av en gemenskap, ökar deras inre motivation. När dessa grundläggande behov tillgodoses, tenderar människor att vara mer intrinsiskt motiverade, vilket vanligtvis leder till en mer givande och tillfredsställande upplevelse än om motivationen enbart är extern. (THL, 2024 & Deci & Ryan, 2000)

Molin (2004) tar upp interaktion som en slags delaktighetsform. En ömsesidighet bör finnas i ett socialt sammanhang för att delaktighet skall uppstå. Den sociala interaktionen borde uppfyllas av ett givande och ett tagande mellan individen själv och hans sociala omgivning. Tillhörighet är enligt Molin (2004) en viktig aspekt för att kunna känna delaktighet. Tillhörigheten kan vara formell eller informell. Den formella tillhörigheten kan t.ex. betyda att ha formellt tillträde. Den formella tillhörigheten betyder deltagande, men

det är oklart huruvida individen är accepterad i sammanhanget. Den informella tillhörigheten är en subjektiv dimension av tillhörighet och beskriver den egna känslan av att vara accepterad eller tillhöra något. Molin (2004) presenterar interna och externa förutsättningar för delaktighet. Med interna förutsättningar till delaktighet menas en för aktiviteten fungerande fysisk funktion och vilja att delta. Det handlar om individuella faktorer angående personens kapacitet inom ett visst område och kan beskrivas genom två olika komponenter. De två olika komponenterna beskrivs som vilja till delaktighet och förmåga till delaktighet. Med externa förutsättningar till delaktighet menas tillgängliga miljöer samt regler och normer som möjliggör deltagande. Molin (2004) beskriver de externa förutsättningarna för delaktighet genom två olika komponenter. De två komponenterna beskrivs som tillgänglighet och tillfälle till delaktighet. Molin (2004) menar att en definition av delaktighet inte bara bör beskriva egenskaper, som aktivitet och engagemang hos individen. För att vara delaktig bör också omgivningen i vilken individen finns beaktas. I detta fall handlar det främst om samspelet mellan individen och omgivningen, men också i viss mån den miljön i vilken aktiviteten förväntas uppstå. Samspelet skall kännetecknas av både accepterande och ömsesidighet, som innefattar både subjektiva och objektiva dimensioner. Molin (2004) diskuterar maximal och minimal delaktighet och menar att man på det sättet kan ringa in i vilken utsträckning delaktighet är tillgänglig. Personen är minimalt delaktig i ett sammanhang om ingen form av delaktighet föreligger och personen är maximalt delaktig om både subjektiva och objektiva dimensioner av delaktighet finns, samt en interaktion mellan individ och omgivning. (Molin, 2024)

## **2.2 Funktionsnedsättning och rätten till delaktighet**

Personer med funktionsnedsättningar möter ofta hinder när det gäller både subjektiva och objektiva aspekter av delaktighet samt interaktionen mellan individen och omgivningen. Detta kan begränsa deras möjlighet till fullständig delaktighet i samhället på jämlika villkor (Europeiska kommissionen, 2010). Ungefär en sjättedel av EU:s befolkning lever med någon form av funktionsnedsättning. Dessa individer har samma rätt till värdighet, självständighet och deltagande i samhället. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning kompletterar de befintliga mänskliga rättighetsfördragen ge-

nom att fastställa att personer med funktionsnedsättning har fullständiga och lika mänskliga rättigheter och grundläggande friheter. Den betonar även möjligheten för dessa personer att utöva dessa rättigheter utan någon form av diskriminering (Kemppainen, 2011). Konventionen understryker att funktionsnedsättningar är en fråga om mänskliga rättigheter, och är därför en juridisk fråga (Europeiska kommissionen, 2010).

Enligt diskrimineringslagen (Finlex, 2014/1325) är det förbjudet att diskriminera någon på grund av hens funktionsnedsättning. Myndigheter, utbildningsinstitutioner, arbetsgivare och andra som tillhandahåller varor eller tjänster måste vidta åtgärder som gör det möjligt för personer med funktionsnedsättning att på lika villkor utföra sina ärenden hos myndigheter, få utbildning, arbete samt ha tillgång till de tjänster och varor som erbjuds allmänheten. Rätten till full delaktighet är central när man interagerar med personer med funktionsnedsättningar. Det är dock viktigt att komma ihåg att ingen annan än individen själv kan bedöma vilken nivå av delaktighet och engagemang som är rimlig. Det innebär att det inte finns någon allmän gräns för hur delaktig en person kan eller bör vara. Med stöd som är individuellt anpassat ska även personer med betydande funktionsnedsättningar ha möjlighet att påverka planeringen av de insatser de får. Konventionen bygger på principen om att förståelse och skapande av möjligheter är centrala (Finlex, 2014). Det är ett gemensamt ansvar att göra samhället tillgängligt, vilket innebär att information, lokaler och kommunikationsmedel måste vara tillgängliga för alla. Personer med funktionsnedsättning har rätt till att få tillgång till hjälpmedel, personlig assistans och service. Att vara beroende av stöd från andra betyder inte nödvändigtvis att individens autonomi är låg. Vad som är avgörande är individen möjlighet till självbestämmande. För att kunna påverka och vara delaktig krävs förmågan att kunna kommunicera med omgivningen. Till exempel kan användning av tolkar möjliggöra delaktighet. Personer med kognitiva funktionsnedsättningar och personer med flera olika funktionsnedsättningar kan ofta ha svårt att framföra sina åsikter, vilket ställer krav på att personal som arbetar med dessa personer har kunskap om vilket kommunikationsstöd varje individ behöver för att förstå och kunna uttrycka sig. Ansvaret för en fungerande kommunikation bör aldrig läggas på individen. Alternativ och kompletterande kommunikation kan vara ett stöd i kommunikationen mellan människor och hjälpa personer med kommunikationssvårigheter att förstå andra och uttrycka sig (Andersson & Eriksson, 2003).

Om en person inte känner att hen kan påverka sina egna livsvillkor, sin delaktighet eller samhällets utveckling finns det risk för en upplevelse av maktlöshet eller känsla för utanförskap (Rosengren et al., 2019). Inom social- och hälsovården är det av stor vikt att klienten är och känner sig delaktig i planeringen och beslutsfattandet av sin egen vård. Detta kräver ett gott samarbete och kommunikation mellan klienten och den professionella vårdgivaren för att uppnå positiva resultat (Sihvo et al., 2018). Ansvaret för att främja delaktighet ligger hos tjänsteleverantörerna (THL, 2023b).

Komponenterna av ett individuellt funktionsläge och funktionshinder kan användas för att identifiera funktionsnedsättningar, strukturella avvikelser, begränsningar i aktiviteter och inskränkningar i delaktighet, men också neutrala aspekter av hälsa och hälsorelaterade tillstånd. En individs funktionsläge kan förklaras som en dynamisk interaktion mellan hälsotillstånd och kontextuella faktorer samt deras samspel. (Socialstyrelsen, 2024)

## **2.3 RAI-bedömningsinstrument**

InterRAI är ett samarbetsnätverk som strävar efter att främja evidensbaserad klinisk praxis och beslutsfattande inom politiken. InterRAI-bedömningsinstrument har blivit obligatoriska enligt lag av regeringar i flera länder, inklusive Finland. (interRAI, 2024) Till Finland kom RAI-bedömningsinstrumentet (Resident Assessment Instrument) i början av 2000-talet. Institutet för hälsa och välfärd (THL) upprätthåller de finländska versionerna av RAI- bedömningsinstrumenten och övervakar att de används i enlighet med de villkor som finns i interRAI:s licensavtal. RAI-bedömningar har främst gjorts inom äldre omsorgen men har under de senaste åren även införts inom socialvården. (THL, 2024 & Rönnekkö et al., 2022)

Bedömningsinstrumenten är utformade för att vara förenliga med olika hälsosektorer, vilket förbättrar kontinuiteten i vården, främjar ett personcentrerat tillvägagångssätt och ökar organisationers förmåga att mäta kliniska utfall. InterRAI erbjuder flera typer av instrument för olika slags målgrupper, inklusive mer omfattande delar i instrument som identifierar nyckelfaktorer i personens liv. Resultaten från dessa instrument kan användas

för att skapa och/eller justera en persons vårdplan och för att driva kvalitetsförbättringar. (interRAI, 2024).

Versionen RAI CHA (Community Health Assessment)-VAP (Vaikeavammaisten asumispalvelut) används för bedömning av behov och planering av vård och service inom serviceboenden för vuxna personer med funktionsnedsättningar. Användningen av RAI CHA-VAP inkluderar en strukturerad bedömning av klientens service- och resursbehov vilket möjliggör förutseende av vårdbehovet hos varje individ. RAI CHA-VAP utgör en omfattande bedömningsmetod för att utvärdera och följa funktionsförmåga och hälsotillstånd. Bedömningen stöder också till att identifiera eventuella förändringar i vårdbehovet. (Raisoft, 2024) En korrekt användning av instrumentet gagnar både klienter och vårdpersonal. Klienten skall själv delta i bedömningen och hen skall bemötas som en individ, där hens behov kartläggs på ett övergripande sätt. Man strävar alltid efter att klienten är delaktig i planering, genomförandet och utvärderingen av sin egen vård eller rehabilitering, vilket skapar en känsla av tillfredsställande trygghet och förtroende. Den information man får genom RAI-bedömningen kan man använda som stöd för att göra upp en vård-, service- eller rehabiliteringsplan som motsvarar klientens individuella behov. I bedömningen samlas information om bland annat förmågan att klara sig i vardagen, den kognitiva funktionsförmågan, psykiskt mående, social delaktighet samt stöd från närstående. Utvärderingsfrågor i bedömningen omfattar delområdena i anslutning till hälsotillstånd och vård, som till exempel hälsotillstånd, funktionsförmåga, minnes- och sinnesstämning, miljö samt delaktighet och aktivitet. (THL, 2024 & Rönneikkö et al., 2022) Utgående ifrån RAI CHA-VAP bedömningen utformas vårdplaner i Validia. (S, Vuorilampi, personlig kommunikation, 26.5.2023)

## **2.4 Validia**

Företaget Validia Oy har producerat tjänster för personer med olika slags funktionsnedsättningar i över 50 år. Validia är en del av Invalidförbundet, som grundades år 1938. Invalidförbundet är den finländska intresseorganisationen för personer med funktionsnedsättningar och tillhandahåller de tjänster de behöver. Validia erbjuder mångsidiga tjänster för personer med fysiska- och intellektuella funktionsnedsättningar. Validia förverkligar boendeservice, rehabiliteringstjänster, personlig assistans och dagverksamhet.

Validias strategiska mål är att fungera som en trendsättare inom området. Validia strävat till att visa riktningen för god vård och rehabilitering för personer med funktionsnedsättningar. Företaget satsar på och förverkligar en kontinuerlig utveckling av vård, goda kundupplevelser och kompetens, så att alla kan leva ett meningsfullt liv. Inom Validia arbetar ca 1300 personer, det finns 42 boendeenheter med över 1000 kunder runtom i hela Finland samt rehabiliteringscentret Synapsia i Helsingfors. Validias tjänster köps av kommuner, kommunorganisationer eller samkommuner, försäkringsbolag eller sjukvårdstrikt. (Validia, 2023)

I Validia har under året 2022 genomförts ett pilotprojekt. I pilot-projektet har två RAI CHA-VAP bedömningar gjorts på 400 kunder inom verksamheten. Deltagarna kommer från hela Finland och från olika boendeenheter. Pilotprojektets mål har varit att ta fram allmän information om användbarheten av RAI-bedömningen inom socialvårdstjänster och att utveckla RAI-bedömningen så att den passar för socialvårdens tjänster i Finland. Validia har varit en aktiv aktör och deltagit i utvecklingsarbetet av ny version av RAI-bedömningsinstrumentet, RAI CHA-VAP för tjänster inom socialvården. InterRAI har godkänt RAI CHA-VAP för allmänt bruk år 2023, vilket är en ny version av bedömningsverktyget samt är speciellt anpassat för socialvården. I samband med projektet har även forskning och samarbete bedrivits, bl.a. med InterRAI, THL och Lapplands universitet. (S. Vuorilampi, personlig kommunikation, 1.2.2023 & Validia, 2023)

### **3 Teoretisk referensram**

Inom studiens referensramar kommer relevanta teorier behandlats kring hur individen har möjligheter och rättigheter att vara aktiv i ärenden som gäller hens bedömning och vårdplan, trots funktionsnedsättningar. Referensramar i denna studie kommer vara personcentrering, vilket innebär en strävan efter att främja ett gott liv tillsammans med och för andra, samt Model of Human Occupation (MOHO) som strävar efter att förklara hur människan anpassar sig till funktionsnedsättning och återupptäcker tillfredsställande och meningsfulla sätt att leva sitt liv. Det vill säga finna en hög livskvalitet trots förändrade omständigheter. (Kristensson, 2014; Ricoeur, 1992 & Taylor, 2017)

## 3.2 Personcentrering

Personcentrering innebär att man strävar efter att förstå alla aspekter av en individs liv, inklusive biologiska, sociala, psykologiska, kulturella och andliga dimensioner, samt deras relation till familjen och samhället där de lever. Individens egna värderingar spelar en central roll i beslutsfattandet inom detta förhållningssätt (McCormack, 2006). Begreppet personcentrerad vård omfattar alla typer av hälso- och sjukvård, rehabilitering, omsorg och behandling (GPCC, 2022). Enligt Kristensson (2014) baseras de filosofiska grunderna för personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård på Ricoeurs (1992) etik. Det innebär en strävan efter att främja ett gott liv tillsammans med och för andra. Dessutom betonas att en individs fysiska kropp och personlighet inte kan separeras; de utgör en enhet som definierar människan som levande individ. Därför är hälsa och ohälsa inte enbart fysiska aspekter utan inkluderar även existentiella dimensioner (Kristensson, 2014 & Ricoeur, 1992).

Ett grundläggande antagande inom personcentrerad vård är att alla människor är unika personer och kan drabbas av ohälsa och sjukdom. Detta innebär att sjukdom inte definierar en individ (Edvardsson, 2009). Etiken i personcentrering genomsyrar alla interaktioner, relationer och förhållningssätt. Det personcentrerade förhållningssättet bygger på att varje individ är unik, med egna önskemål, förmågor och behov. Det värderar relationen mellan människor, ömsesidig respekt och förståelse (Ekman et al., 2014). De filosofiska grundprinciperna i personcentrerad vård innebär att man respekterar och tar hänsyn till individens upplevelser, värderingar och resurser och att man tar hänsyn till individens önskemål. Genom detta förhållningssätt möjliggörs det för individen att leva sitt liv enligt sina egna önskemål, trots sjukdom eller ohälsa. (Edvardsson, 2009 & Cederwall et al., 2017) Det personcentrerade förhållningssättet är holistiskt och ser individen som en helhet med lika värde, och det strävar efter att främja en rättvis hälsa för alla genom att ta hänsyn till individens livssituation (Vårdförbundet, 2015). Inom personcentrerad vård respekterar man och bekräftar individens egna upplevelser och tolkning av sin situation. Målet är att främja individens hälsa enligt deras egna definitioner av hälsa, vilket kräver att vårdgivare lyssnar och respekterar individens perspektiv och önskemål (Svensk sjuksköterskeförening, 2019 & Vårdförbundet, 2015). Det betonar att individen har rättigheter

och ett eget ansvar för sin vård och att vården ska betrakta individen som en aktiv partner (Vårdförbundet, 2015 & Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018).

Inom personcentrerad vård finns tre centrala begrepp: berättelsen, partnerskapet och dokumentationen (Vårdförbundet, 2015; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018 & Ekman et al., 2014). Partnerskapet betonar samarbete mellan vårdgivare och individen i behov av vård (Svensk Sjuksköterskeförening et al., 2019; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018 & Ekman et al., 2014). Det innebär att dela information och göra överenskommelser för att främja vårdens kvalitet med individen som en aktiv partner (Ekman et al., 2014). En förutsättning för att individen ska ha inflytande över sin vård är att hans egen berättelse lyssnas på och tas på allvar. Det kräver att vårdgivare är öppna och villiga att lyssna på individen, och att individens berättelse och behov är lika viktiga som de professionella bedömningarna. För att uppnå personcentrerad vård måste vårdgivare samla information om individens värderingar, behov, intressen och prioriteringar (Svensk Sjuksköterskeförening et al., 2019) Det innebär att lyssna, identifiera behov och resurser samt tolka budskap i berättelsen på ett empatiskt sätt (Ekman et al., 2014). Det tredje centrala elementet i personcentrerad vård är dokumentationen, som säkerställer att planerad vård genomförs enligt överenskommelser (Ekman et al., 2014). Den används också för att ge vårdpersonal en helhetsbild av individers hälsotillstånd och deltagande i vården (Svensk Sjuksköterskeförening et al., 2019). Dokumentationen gör att överenskommelser kan följas upp av både vårdgivare och klient (Ekman et al., 2014).

Modeller för personcentrerad vård betonar vikten av att inte skapa onödiga hierarkier mellan olika parter inom vården, oavsett om det handlar om individer som behöver vård eller behandling, hälso- och sjukvårdspersonal, ledare eller forskare. Istället framhålls att alla inblandades subjektiva erfarenheter och perspektiv bör inkluderas och ges lika värde för att uppnå personcentrerad vård. För att detta ska kunna ske är det av yttersta vikt att människor känner sig hörda, sedda, förstådda, respekterade och värderade (Svensk Sjuksköterskeförening et al., 2019). För att implementera personcentrerad vård effektivt krävs en systematisk helhetssyn. (Vårdförbundet, 2015 & Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018)

### 3.3 Model of Human Occupation

Model of Human Occupation (MOHO) är en evidensbaserad teoretisk referensram som används inom ergoterapin och som strävar efter att förklara hur människan anpassar sig till funktionsnedsättning och återupptäcker tillfredsställande och meningsfulla sätt att leva sitt liv, och finna en hög livskvalitet trots förändrade omständigheter. Delaktighet i aktivitet enligt MOHO ses som en sätt att uppnå hälsa, välbefinnande och mening i livet. Delaktighet beskrivs i MOHO som individens egna engagemang i aktivitet. Med olika dimensioner av delaktighet avses det mångfaldiga sätt som människan engagerar sig i olika aktiviteter. Delaktighet i aktivitet är en interaktion mellan individens egna vilja, vanor, utförandekapacitet samt omgivningen och därför är den både personlig och kontextuell. Delaktigheten är personlig eftersom sättet människan är delaktig på påverkas av individens motiv, vanor, förmågor och begränsningar. Delaktigheten ses som kontextuell eftersom omgivningen påverkar individens aktivitet antingen genom att möjliggöra eller begränsa delaktighet. I MOHO beskrivs delaktighet som engagemang inom områden som arbete, fritid och aktiviteter i dagliga livet (ADL). Att kunna vara aktiv och delaktig inom dessa olika områden, ses alltså som ett sätt att uppnå hög livskvalitet. Delaktigheten delas in i olika komponenter där individens vilja, vanor, och utförandekapacitet tas i beaktande. Dessa påverkas dessutom av omgivningen som antingen stöder eller begränsar individens delaktighet i aktiviteter som individen själv vill och bör engagera sig i. (Taylor, 2017)

Vilja kan beskrivas som individens tankar och känslor kring en aktivitet, upplevelse av sin egen förmåga att utföra aktiviteten samt huruvida aktiviteten upplevs som meningsfull. En positiv upplevelse av en aktivitet kan medföra en vilja att upprepa aktiviteten, varvid ett aktivitetsmönster kan utvecklas. Individens upplevelse av sin egen förmåga att utföra aktiviteter formas utgående från erfarenhet och kultur och är en aktiv medvetenhet om individens möjlighet att leva det liv hen själv önskar. Nya erfarenheter kan påverka individens upplevelse av sina egna förmågor. Vanor kan beskrivas som inlärd beteendemönster som formas i dagliga livet och i bekanta miljöer. Rutinmässiga aktiviteter påverkas även av individens plats i det sociala systemet. Mycket av det individen gör påverkas av den roll individen har i samhället. Sjukdom eller funktionsnedsättning påverkar individens vanor och roller vilket kan medföra en förlust av det som varit bekant och enkelt

i livet samt medfört välbefinnande. En stor utmaning i samband med sjukdom och funktionsnedsättning är att förändra olika vanor och roller, så att man kan känna sig betydelsefull och behövd trots förändrad funktions- och aktivitetsförmåga. Utförandekapaciteten uppdelas i objektiva och subjektiva aspekter. Där de objektiva komponenterna består av kommunikations- och interaktionsfärdigheter, processfärdigheter och motoriska färdigheter. Medan den subjektiva komponenten består av upplevelsen av den egna kapaciteten. Omgivningen påverkar människans möjligheter till delaktighet och kan antingen möjliggöra eller begränsa deltagande i dagliga livet och delas in enligt fysiska, sociala och kulturella perspektiv. Även miljön beskrivs utifrån en fysisk- och social miljö. (Taylor, 2017)

### **3.4 Syfte och frågeställningar**

Syftet med denna studie var att undersöka hur personer som bor på Validias enheter upplevt sin egen delaktighet i RAI-bedömningsprocessen. Tyngdpunkten i studien var att ur ett personcentrerats synsätt skapa en förståelse för hur delaktighet förverkligats i bedömningsprocessen. För att nå syftet är följande forskningsfrågor ställda:

Hur har personen kunnat påverka sitt deltagande och vara engagerad i RAI-bedömningen?

Hur påverkade omgivningen genomförandet av RAI-bedömningen?

Hur uppmärksammas resultatet av RAI-bedömningen i personens vardag?

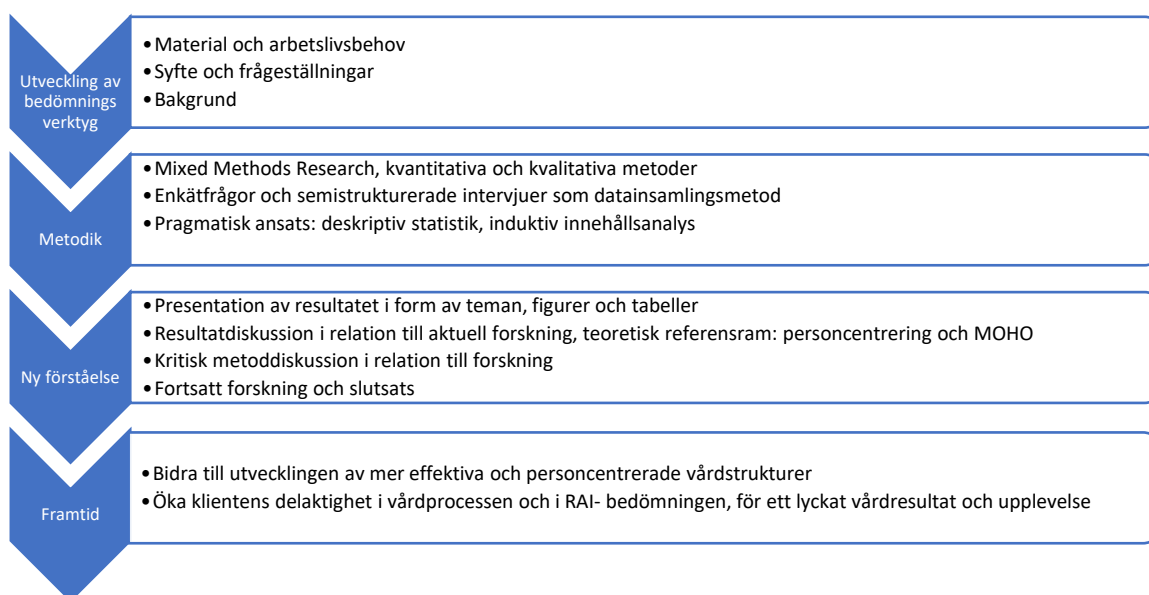
## **4 Metod**

I denna studie användes en mixad metod, där både kvantitativa och kvalitativa metoder kombinerats. Strukturerade enkätfrågor och semistrukturerade intervjuer har användts som datainsamlingsmetod, för att skapa en mer omfattande och nyanserad förståelse av forskningsproblemet, vilket är särskilt värdefullt med tanke på den mångfacetterade målgruppen för studien. (Scammon et al., 2013; Wisdom et al., 2012; Andrew & Halcomb, 2009). Detta metodologiska tillvägagångssätt integrerar datainsamling och analys från både kvantitativa och kvalitativa källor för att ge en bredare och mer djupgående insikt i

hur personer upplever bedömningsprocessen och hur de upplever att de kan påverka sitt deltagande samt hur detta syns i vardagen. Genom att kombinera kvalitativa och kvantitativa metoder kan forskaren dra nytta av både numerisk data och kvalitativa insikter, vilket kan leda till en mer mångsidig och utförlig tolkning av studiens resultat. (Greene, 2007; Scammon et al., 2013; Wisdom et al., 2012; Andrew & Halcomb, 2009) Denna syn bygger på antagandet att olika metoder kan komplettera varandra och därmed ge en mer holistisk förståelse av forskningsobjektet (Seppänen-Järvelä, Åkerblad, Haapakoski, 2019; Scammon et al., 2013; Wisdom et al., 2012 & Andrew & Halcomb, 2009). För att på ett bredare plan, kunna svara på forskningsfrågorna är studien kvalitativ i sin kärna men integrerar kvantitativa element. Där den kvantitativa delen av studien kan ge en överblick på ett övergripande plan, medan den kvalitativa delen möjliggör en djupgående förståelse av individuella upplevelser och perspektiv (Scammon et al., 2013; Wisdom et al., 2012 & Andrew & Halcomb, 2009).

Det pragmatiska tillvägagångssättet användas, som är ett av de tre huvudparadigmen som används inom mixad metod. Focusen i studien kommer att vara på praktiska resultat och effektiva lösningar. Det gav även möjligheten att anpassa designen enligt de krav som uppstår under själva forskningsprocessen. Inom ramen för det pragmatiska tillvägagångssättet har en konkurrent design använts. Genom detta tillvägagångssätt samlades både kvalitativa och kvantitativa data in samtidigt. (Seppänen-Järvelä, Åkerblad, Haapakoski, 2019)

Arbetsprocessen i studien förtydligas i figur 1.



Figur 1. Beskrivning av studiedesign och arbetsprocess.

## 4.1 Datainsamling

Urvalet av deltagarna i studien gjordes genom att inkludera deltagare i ett pilotprojekt som genomförts under år 2022 i Validia, där 400 klienter i behov av dygnet runt vård på 16 enheter i Finland deltagit. Följande enheter inom Validia har varit delaktiga i studien: Haapaniemen Validia-talo, Hervannan Validia-talo, Jyväskylän Validia-talo, Kaarinan Validia-talo, Kajaanin Validia-talo, Kallahden Validia-talo, Kannelmäen Validia-talo, Kauklahden Validia-talo, Kouvolan Validia-talo, Lintukorven Validia-talo, Mikkelin Validia-talo, Paloharjun Validia-talo, Porslahden Validia-talo, Tampereen Validia-talo, Tourulan Validia-talo och Turun Validia-talo. Inklusionskriterierna innefattar även att deltagarna kan förstå finska och har förmågan att svara på frågor samt att minst en RAI-bedömning är gjord i Validia. Dessa inklusionskriterier gäller vid såväl enkäterna som vid intervjuerna. Intervjuerna begränsas till att verkställas i Åboregionen. Undersökningen görs enbart inom Finland men deltagarna behöver inte nödvändigtvis endast bestå av finländare.

Den planerade målgruppen har fastställts till den totala populationen av de personer som deltog i pilotprojektet, vilket motsvarar ca 37 % de 1083 personer som bor på Validias

enheter i Finland år 2023. Dock kan man inte anta att alla personer som deltagit i pilotprojektet uppfyller studiens kriterier för deltagande i denna studie. En generell uppskattning är att minst 50 % av pilotprojektets deltagare uppfyller inklusionskriterierna. Uppskattningen har gjorts i samband med målgruppsanalysen och i intervju med områdesansvariga för serviceboende med heldygnsomsorg i Validia. Det betyder att cirka 200 personer uppfyller inklusionskriterierna. (E, Kosunen, personlig kommunikation, 11.10.2022) Man antog att ca 18,47 % av de personer som deltagit i pilotprojektet uppfyller inklusionskriterierna för deltagande i denna studie. Enligt Cantzler (1991) måste ett urval ha en viss minimistorlek för att kunna ge statistiskt säkerställda resultat och stickprovsstorlekar i enhetspopulationer av denna storleksklass (1083 personer) bör vara 60-200 till antalet samt slumpmässigt valda för att kunna generalisera resultatet.

Enligt Bergström och Leppänens (2007) och Hintikkas (2001) principer har en målgruppsanalys genomförts samt en inledande intervju hösten 2022 där enhetsledare, en ergoterapeut och klienter deltagit för att göra en kartläggning av situationen och en bakgrunds kontroll. Analysen som baserar sig på intervjuerna har legat som grund för forskningens uppbyggnad och har varit ett stöd i utvecklingsprocessen av enkäten och intervjuguiden. Målgruppsanalysen involverar en noggrann och djupgående undersökning av de personer eller enheter som utgör målgruppen. Målgruppsanalysen som gjordes år 2022 avslöjar en diversifierad och komplex befolkningsgrupp. Demografiskt sett omfattar målgruppen personer i olika åldrar med brett åldersspann (18-82 år), kön och utbildningsnivåer, med en jämn könsfördelning och en variationsrik utbildningsbakgrund. Inom målgruppen finns ett brett spektrum av funktionsnedsättningar: fysiska, intellektuella, sensoriska och psykiska funktionsnedsättningar, där de vanligaste inkluderar rörelsebegränsningar, autismspektrumstörningar och intellektuell funktionsnedsättning (CP-skada, hjärn- och ryggmärgsskada, sjukdomar i centrala nervsystemet, syn- och hörselskada, muskelsjukdomar, utvecklingsstörning). Varje funktionsnedsättning genererar specifika och unika behov och utmaningar. Boendesituationen för målgruppen är spridd över hela Finland och inkluderar både städer och mindre samhällen, med regionala variationer i boendalternativens tillgänglighet. Det finns också en mångfald i vård- och stödbehov, som innefattar medicinsk vård, habilitering och rehabilitering, daglig omsorg och socialt stöd. Vissa personer kräver specialiserad vård och kommunikationsstöd. Vissa personer har

begränsad verbal kommunikationsförmåga, vilket kräver användning av alternativa kommunikationsmetoder, hjälpmedel, stöd eller tolk.

#### **4.1.1 Enkäter**

För uppbyggnaden av enkäten har Ejlertssons (1996) och Vehkalahtis (2014) principer använts och en attitydskala för att besvara frågorna. Ett nära samarbete inleddes även med Validias kvalitetsteam, som hade djup insikt i klienternas behov och vårdprocesser. Vid utarbetningen av enkäterna låg fokus på att sätta deltagarna i centrum och uppmuntra dem att dela sina åsikter, samt behov och önskemål om vården på ett öppet sätt. Frågorna utformades för att reflektera över den egna bedömningsupplevelsen och hur den kan förbättras, samtidigt som de var kopplade till MOHO-modellens centrala begrepp och principer, såsom motivation, rutiner, självständighet och delaktighet i vardagen. (Taylor, 2017)

Med tanke på målgruppen inkluderades anpassningar i enkäterna, som innefattar alternativa sätt att svara, tillgängliga format (ljudalternativ) och möjlighet att få hjälp av en vårdpersonal/tolk vid behov. Vårdpersonalen som assisterar vid datainsamlingen är informerade, förberedda och känner väl till målgruppens behov. Enkäter inledas med frågor som ger bakgrundsinformation om respondenterna, för att senare kunna ha möjlighet dela in svaren i bakgrundsvariabler. (Ejlertsson, 2014 & Vehkalahti, 2014)

Enligt Moore (2000) och Canzler (1991) har två distinkta faser genomförts för att testa enkäten. I denna studie valdes en pilottestning av enkätmaterial i form av en samtalsgrupp med ett mindre antal deltagare, fyra klienter och en vårdare från en av Validias enheter, för att identifiera eventuella problem eller oklarheter i enkätfrågorna. Enkäterna har justerats baserat på feedback från samtalsgrupperna tillsammans i det mångprofessionella kvalitetsteamet i Validia, så som till exempel svarsalternativ och minskat antal öppna frågor. Frågeformulär och information har skapats endast på finska enligt överenskommelse med uppdragsgivaren. Webb-enkäten har valts att användas i studien för sin praktiska och kostnadseffektiva fördel, med möjligheten att samla in data anonymt och enkelt för de som har grundläggande datorvana. (Billhult, 2017 & Ejlertsson, 2019). I

detta fall, eftersom målgruppen får hjälp av vårdpersonalen vid behov, anses datorvana inte vara en hindrande faktor.

Enkätens frågor valdes för att de skulle besvara forskningsfrågorna. Enkäten har slutna och öppna frågor. De slutna frågorna i enkäten har svarsalternativ enligt Likerts skala. De öppna frågorna togs med i enkäten för att ge respondenterna möjlighet att berätta fritt. (Vehkalahti, 2014) Eftersom det finns en stor variation i målgruppen strävas det efter att frågorna skulle vara få till antal, tydliga och korta. För att få mer information valdes att ha fem svarsalternativ på majoriteten av frågorna, där respondenterna svarar på om hen är helt överens, delvis överens, neutral, delvis oenig eller helt oenig (se bilaga 2). Två frågor kan man svara ja, nej eller jag vet inte på, en av frågorna kan man svara ja eller nej på och tre av frågorna är av öppen art varav en av dessa frågor är en tilläggsfråga.

Frågeformuläret är strukturerat med en inledande bakgrundsfråga, följd av information om RAI-verktyget samt frågor om boendeenhet, födelseår och kön. Därefter är formuläret uppdelat i olika kategorier som omfattar sammanlagt 17 frågor. Kategorierna behandlar ämnen som aktivitet och delaktighet, påverkan från omgivningen samt i vilken utsträckning RAI-resultaten återspeglas i vardagen. Dessutom inkluderas en fråga om eventuella förbättrings- och utvecklingsförslag. För att säkerställa respondenternas välbefinnande, integritet och deltagande i studien är en flexibel forskningsdesign, informerat samtycke, möjlighet till anpassad kommunikation, flexibilitet i datainsamlingen och involvering av bekant vårdpersonal centrala komponenter. Etiska aspekter har beaktats och tydliga riktlinjer för hantering av känslig information presenteras i kapitel 4.3 som behandlar forskningsetiska aspekter i denna studie.

Insamlingen av enkätsvar påbörjades den 20 november och avslutades den 18 december 2023. Under denna tidsperiod uppmanades respondenterna delta i undersökningen under två olika tillfällen samt informationsbrev utdelades under insamlingsperioden. Under denna tidsperiod inkom endast 5 svar. En ny insamling gjordes i början av året 2024, där insamlingen började 29 januari och avslutades 10 mars 2024. I början av mars 2024 ordnades informationsdagar och temadagar i samarbete med Validia för att motivera klienter och vårdpersonal till deltagande i studien. Under denna tidsperiod fick vi samman-

lagt in 25 svar. Trots den utdragna insamlingsperioden och upprepade informationsutskick visade enkäten en väldigt låg svarsprocent, slutligen endast 13% (n25). Vid samtal med enhetsledare framkom det att tidspress och resursbegränsningar inom enheterna begränsade deras förmåga att hjälpa klienterna att besvara enkäten. Dessutom beskrevs personalbrist som en faktor som ledde till otillräckligt med personalresurser för att stödja klienterna vid enkätbesvarandet. Dessa omständigheter kan ha resulterat i att klienterna inte fick tillräckligt med hjälp eller möjlighet att delta i enkätundersökningen, vilket ledde till den låga svarsprocenten.

#### **4.1.2 Intervjuer**

Semistrukturerade intervjuer genomförs parallellt med insamlingen av enkäter för att få en djupare förståelse och mer nyanserade svar. I januari 2024 utarbetades intervjuguiden enligt Denscombes (2014) principer, bilaga 4. Intervjuguiden består av grundläggande uppsättning frågor för intervjuerna, men samtidigt utrymme för flexibilitet att ställa uppföljnings- eller fördjupande frågor baserat på informantens svar (Denscombe, 2014). En pilotstudie genomfördes innan den första intervjun med vårdpersonal som har förståelse för målgruppens behov och arbetar på Validia. Intervjuguiden förändras inte efter genomförd pilotintervju. Dock gjordes en bilaga (bilaga 5) till intervjuguiden där svåra ord är förklarade på finska, för att underlätta vid själva intervjutillfället. Enligt Alases (2017) principer användes tekniska och manuella verktyg under intervjun. I denna studie användes mobiltelefon för att spela in empirin samt anteckning av intressanta observationer i informanternas berättelser för att säkerställa att studien samlade tillräckligt med empirisk information om det undersökta fenomenet. Denna information användes sedan som grund för eventuella följdfrågor i slutet av intervjun. För att säkerställa att tolkningen av upplevelserna var korrekt och överensstämde med informanternas egna uppfattningar skedde en återkoppling muntligen direkt efter eller under intervjun (Bryman, 2018).

Intervjuerna genomfördes på två olika dagar, 27.2 och 5.3.2024 i två olika enheter i Åboregionen. Intervjuerna förverkligas i klienternas egna rum eller i allmänt utrymme på verksamhetsplatserna, enligt informanternas eget önskemål. Intervjuerna varade mellan 17 minuter och 1h och 16 minuter. Intervjuerna genomfördes på finska. Allt som allt

intervjuades 10 personer varav 2 män och 8 kvinnor i åldrarna 22 till 63 år. Alla informanter som intervjuades hade bott minst ett år på den aktuella Validia enheten och minst en RAI-bedömning hade gjorts. Förmannen på de aktuella enheterna hade på förhand frågat vilka som vill delta i intervjun.

## 4.2 Data-analys

Deskriptiv statistik används i denna studie för att skapa en översiktlig bild av datamaterialet. I dataanalysfasen importerades data från Webropol till Excel, formaterades och organiserades för vidare analys. Enligt Ejlertssons (2019) principer sammanfattades statistiken och analyserades i antal och procentenheter. Vilket också innefattade beräkningar och grafiska representationer, för att förstå och kommunicera de centrala egenskaperna i den insamlade datan. Resultaten i denna studie presenteras både i textform och genom användning av grafiska representationer såsom figurer och tabeller enligt Byström & Byströms (2011) rekommendationer. Eventuella svar på de öppna frågorna kommer att noggrant genomgå och reflekteras över i relation till de ursprungliga frågorna i studien. Det är dock viktigt att notera att de öppna svaren inte kan omvandlas till variabler i statistiken eftersom det var frivilligt att ge kompletterande öppna svar, och därför kan dessa svar inte anses representera hela populationen i studien (Ejlertsson, 2019).

Ingen specifik modell för transkribering användes i studien. Istället tog forskningen fasta på Ten Haves (2001) åsikter om att finna en balans mellan en exakt återgivning och det material som krävs för analysen. Det innebär att transkriberingen gjordes med hänsyn till att behålla väsentliga detaljer och nyanser av informanternas uttryck. Detta tillvägagångssätt möjliggjorde en mer effektiv och ändamålsenlig analys av det insamlade materialet, samtidigt som viktig information bevarades för att förstå informanternas perspektiv och upplevelser. Under transkriberingen noterades också tystnader, suckar, skratt och andra ljud, i enlighet med Graneheim & Lundmans (2012) rekommendationer. Dessa ljud kan ha en underliggande betydelse och kan därför vara viktiga att beakta i analysen. Tanken var att låta texten tala för sig själv och att inte lägga till betydelser som inte fanns där. Under intervjun påverkades intervjuaren exempelvis av sociala och emotionella intryck. Dessa intryck bidrog till en djupare analys av innebörden bakom det som sades (Kvale & Brinkmann, 2009). Genom att vara medveten om de sociala och emotionella aspekterna

av intervjusituationen kunde intervjuaren bättre förstå informantens reaktioner, känslor och tankar, vilket i sin tur gav en mer nyanserad tolkning av det insamlade materialet. Detta tillvägagångssätt stödde en fördjupad och mer kontextuell analys av deltagarnas upplevelser och perspektiv. Det transkriberade materialet omfattar totalt 44 sidor A4 utskrivna text.

En induktiv kvalitativ innehållsanalys gjordes i enlighet med Graneheim & Lundmans (2012) struktur. Datamaterialet genomgicks flera gånger noggrant för att identifiera meningsfullt innehåll relaterat till forskningsfrågorna. Analysprocessen inleddes med att identifiera meningsenheter i texten, vilket innebär att relevanta enheter isolerades från det samlade materialet. Genom abstraktion extraherades meningsskapande enheter för vidare analys. Under kodningsprocessen tilldelades koder till de identifierade meningsenheterna, där varje kod representerade ett specifikt tema eller begrepp relaterat till forskningsfrågorna. Kategorierna skapades genom att organisera och gruppera koderna baserat på deras likheter och samband. Slutligen framträdde övergripande teman genom analysen av kategorierna, vilka representerar generella mönster eller budskap som återfanns i datamaterialet. Intervjuerna fortsatte tills datamättnad nåddes, vilket indikerade att inga nya huvudkategorier uppstod. (Graneheim & Lundman, 2012).

Enligt Smith (2009) representerar de valda citaten i resultatbeskrivningen återkommande tankar samt åsikter som uttryckts av informanterna inom varje tema. Citaten är noga utvalda för att säkerställa att alla informanters berättelser blir representerade. För att underlätta läsbarheten har språket i citaten översatts från finska till svenska och delvis justerats för att korrigera grammatiska fel och dialektala uttryck. Trots detta har den muntliga karaktären i språket behållits, för att bevara den autentiska rösten hos intervjupersonerna. Eftersom citaten ibland är delar av längre sammanhängande berättelser har inte hela texten återgivits, för att förtydliga betydelsen i resultatredovisningen.

### **4.3 Forskningsetiska aspekter**

I studien har principerna för god vetenskaplig praxis, såsom tillförlitlighet, ärlighet, uppskattning och ansvarstagande, varit centrala. Dessa principer har sitt ursprung i riktlinjer

för god vetenskaplig praxis (GVP), som upprättats av forskningsetiska delegationen i samråd med det finländska vetenskaps- och forskningssamfundet (Forskningsetiska delegationen, 2023). Enligt dessa riktlinjer ska vetenskaplig verksamhet planeras, genomföras och dokumenteras omsorgsfullt. Det innebär även att forskningsmaterialet ska hanteras på ett korrekt sätt, med respekt för andras arbete och korrekt hänvisning till tidigare publikationer (Forskningsetiska delegationen, 2023). Denna ansvarsfulla tillämpning av god vetenskaplig praxis har varit central i den aktuella studien och har säkerställt etiska aspekters beaktande genom hela forskningsprocessen. I enlighet med detta följer studien även Arcadas riktlinjer för ”god vetenskaplig praxis inom utbildning och forskning” (Arcada, 2019).

I studien betonades kvalitetskriterium enligt och Fejes & Thornberg (2019) principer, vilket inkluderar systematik, noggrannhet och empatisk närhet tillsammans med analytisk distans. Alla deltagare i studien gav sitt informerade samtycke innan de deltog. Innan deltagaren kom åt frågorna i frågeformuläret i Webropol godkände hen sitt deltagande genom att gå vidare till själva frågeformuläret. Vid intervjutillfället undertecknades en samtyckesblankett (bilaga 6) till att man förstått att deltagandet är frivilligt, att intervjun bandas in, att informanten är anonym samt att det finns en möjlighet att få kontakta informanten på nytt vid behov. Respondenterna som fyllt i enkäterna samt de informanter som deltagit i intervjuerna har fått ta del av databeskrivning samt upplysts om att anvisningar och föreskrifter följs enligt GDPR. Personregisterformuläret, information om behandling av personuppgifter (bilaga 7) har upprättats för att säkerställa att all behandling av personuppgifter följer gällande lagstiftning och dataskyddsbestämmelser. Genom att använda detta formulär kan det säkerställas att alla nödvändiga uppgifter samlas in och behandlas på ett ansvarsfullt och lagligt sätt. Dessutom ger det en tydlig struktur för att hantera och skydda känsliga data på ett korrekt sätt. (Forskningsetiska delegationen, 2023)

Forskaren är medveten och tagit i speciellt beaktande att deltagarnas förmåga att ge informerat samtycke eller delta i studien kan vara begränsat. Forskaren har tydligt och förståeligt sammanställt ett informationsbrev (bilaga 1) som läses upp av vårdare eller intervjuare med stöd av tolk vid behov. Informationsbrevet förklarar syftet med studien, vilken

typ av data som kommer att samlas in, hur den kommer att användas och eventuella potentiella risker eller fördelar med att delta. Deltagarna är medvetna om att de har rätt att avbryta sin medverkan när som helst utan konsekvenser. Forskaren garanterar även att deltagarnas identitet skyddas och att svar och data behandlas konfidentiellt. Data från enkäterna eller intervjuerna kommer inte att delas eller publiceras på ett sätt som kan leda till att deltagarna kan identifieras. Eventuella risker ses som osannolika och deltagarna är informerade om att deras service inte påverkas av deltagandet eller svar. Forskaren är medveten om eventuella maktobalanser mellan vårdare och deltagarna och har informerat samtliga att undvika att utnyttja denna makt på något sätt. Forskaren har även reflekterat över den egna rollen och är medveten om eventuella förutfattade meningar, intressen eller påverkan som kan påverka insamlingen, analysen eller tolkningen av data. Forskaren strävar efter objektivitet och integritet genom att vara transparent i forskningsrollen och eventuella intressekonflikter. Eftersom det inte är möjligt att presentera det insamlade materialet i sin fulla kontext, strävar studien efter att förmedla resultaten så fullständigt och korrekt som möjligt. Arbetet är ett beställningsarbete av Validia Oy och ett skilt forskningslov har inte behövts ansökas om. (R, Haahtela, personlig kommunikation, 11.2.2024)

## 5 Resultat

Resultatet presenteras som en sammanställning av data från den kvalitativa och kvantitativa delen i studien i form av olika huvudteman, underteman, figurer och tabeller. Där både manifesta och latent data har använts för att få en djupare förståelse för fenomenet som undersöks.

Totalt svarade 25 deltagare (13%) på enkäten av de 200 personer som uppfyllde inklusionskriterierna i studien. Bland dem hade 23 deltagare besvarat frågan om kön, där 52,2% identifierade sig som män, 44,5% som kvinnor och 4,3% valde att vara könsneutrala. Alla respondenterna svarade när de var födda, mellan åren 1947-1991. Svar kom från olika enheter i Finland, men de var koncentrerade till södra Finland. Även i de öppna frågorna (3 stycken) framkom många värdefulla svar och förslag, sammanlagt inkom 46 öppna svar. I intervjuerna som koncentrerades till Åboregionen deltog 10 informanter varav

80% var kvinnor och 20 % män. Informanterna var födda mellan åren 1961-2002. Bakgrundsinformation om alla deltagarna presenteras i tabell 1.

*Tabell 1. Deltagare i studien*

	Respondenter n25 (kön n23, ålder n25)	Informanter n10
<b>Kön</b>		
Kvinnor	10	8
Män	12	2
Könsneutral	1	0
<b>Ålder</b>		
18-40	5	4
40-62	11	5
63-	9	1

Den kvalitativa innehållsanalysen avslöjade tre huvudteman: personlig delaktighet i RAI-bedömningar, omgivningens påverkan vid RAI-bedömningar och integrering av RAI-bedömningsresultat i vardagen samt 14 underteman, som presenteras i tabell 2. Dessa teman var de som tydligast framkom under analysen och var samtidigt de mest relevanta för att uppfylla studiens syfte och ge svar på forskningsfrågorna.

Tabell 2. Översikt av huvud- och underteman som uppstod under analysfasen

<b>Huvudtema</b>	<b>Undertema</b>
Personlig delaktighet i RAI-bedömningar	Upplevd förmåga till delaktighet
	Deltagarnas inställning till RAI-bedömningen
	Deltagarnas engagemang i RAI-bedömningen
	Deltagarens roll
	Medvetenheten och förståelsen för RAI-bedömningens syfte
Omgivningens påverkan vid RAI-bedömningar	Vårdpersonalens kunskap, intresse och engagemang
	Närstående medverkan och betydelse
	Tidsaspekten för en omfattande bedömning
	Förberedelse inför RAI-bedömningen
	Uttrycka egna önskemål och åsikter under bedömningen
	Åsikter och önskemål beaktas
	Kommunikation och interaktion
Integrering av RAI-bedömningsresultat i vardagen	Användningen av bedömningsresultat i vardagen
	Integration av bedömningsresultat i vårdplaneringen

## 5.1 Delaktighet

Studien visade att deltagarna i allmänhet hade en positiv inställning till RAI-bedömningen och dess roll i att skapa en fungerande vårdplan. De såg RAI-bedömningen som ett användbart verktyg för att identifiera deras behov och för att ge en översikt över deras aktuella situation. Det framkom en tydlig vilja av att aktivt delta i bedömningsprocessen samt strävan till att deras synpunkter och önskemål beaktas.

Det framkom att vissa deltagare hade utmaningar med att anpassa sig till den nya rollen som vårdtagare. Dessa deltagare gav uttryck för behovet av stöd och anpassning i vården för att kunna navigera genom den nya situationen på ett effektivt sätt. Det blev tydligt att det innebar en omställning som krävde stöd och anpassning från vårdpersonalens sida för att underlätta processen och säkerställa en meningsfull och tillfredsställande upplevelse för deltagarna. En deltagare berättade om sin erfarenhet:

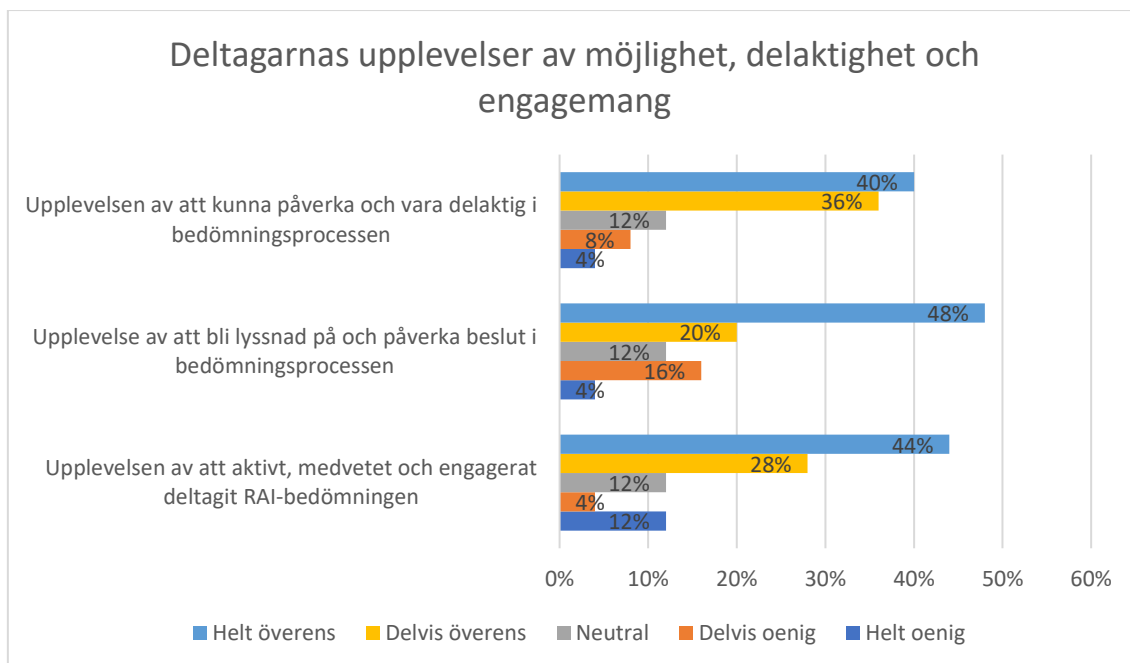
*”Jag ville inte flytta. Jag ville nog inte göra någonting. Jag hade svårt att anpassa mig och det tog en lång tid.” (Informant 5)*

I studien noterades att deltagarna hade olika upplevelser och åsikter om hur delaktiga de upplevt sig vara i RAI-bedömningarna. Några deltagare uttryckte en stark känsla av delaktighet och ansåg att deras åsikter och preferenser hade blivit väl beaktade under RAI-bedömningen. De upplevde att de hade fått tillfälle att aktivt delta i processen och att deras röster hade blivit hörda. Å andra sidan uttryckte en del deltagare en känsla av att deras delaktighet var begränsad och att de inte hade haft tillräckligt med utrymme att påverka bedömningen. Deras upplevelse av delaktighet varierade beroende på faktorer som kommunikationen med vårdpersonalen, graden av information de fick och deras förmåga att uttrycka sina behov och önskemål. Det är tydligt att det fanns en variation i upplevelsen av delaktighet bland deltagarna. I enkätsvaren upplevde ända 40% av deltagarna sig delaktiga i bedömningsprocessen, 36% var delvis av samma åsikt, 12% svarade neutralt, 8% var delvis av annan åsikt och endast 4% var helt av annan åsikt och upplevde sig inte delaktiga i bedömningsprocessen, se figur 2.

Deltagarna uttryckte en önskan om att bli informerade och medvetna om bedömningsprocessen och dess tidtabell i förväg. Vissa deltagare ansåg sig vara väl informerade och medvetna om bedömningsprocessen, medan andra hade svårt att minnas detaljer om hur de fått information om bedömningsprocessen. 67% av deltagarna svarade att de själva kunnat välja ifall de ville delta i RAI-bedömningen, medan 21% svarade att de inte haft möjligheten att välja och 12% kunde inte svara på frågan. 56% av deltagarna svarade att de hade kännedom och fått information om att RAI-bedömningen skall göras och hur den genomförs, medan 44% upplevde att de inte hade fått någon information eller kände till RAI-bedömningen på förhand. Deltagarens upplevelse var varierande och en deltagare berättade:

*”På förhand visste jag ingenting. Till mig har ingen givit någon information om bedömningen och jag visste inte när den skulle göras.” (Informant 4)*

I figur 2 presenteras en sammanfattning av deltagarnas upplevelse av möjlighet, delaktighet och engagemang i RAI-bedömningen.



Figur 2: En sammanfattning av deltagarnas upplevelse av möjlighet, delaktighet och engagemang i RAI-bedömningen.

I de öppna svaren (n20) som berörde deltagarnas erfarenheter av RAI-bedömningen framkom att vissa upplevde situationen som positiv, medan andra ansåg att situationen upplevdes som konstig eller stressig. Den allmänna känslan var att utvärderingen var professionell och att deltagarna bemöttes med respekt. För vissa upplevdes frågorna vara mer riktade till äldre personer. Många av deltagarna önskade mer tid eller information om själva bedömningsprocessen samt dess syfte. En del nämnde också att det var svårt att orka koncentrera sig under bedömningssituationen eller att de inte hade tid att svara ordentligt.

## 5.2 Omgivningens påverkan

Utgående ifrån deltagarnas beskrivningar upplevs bedömnings situationen främjas av en miljö som är öppen, stödjande och anpassad. Deltagarna upplevde att omgivningens påverkan på deras delaktighet var av betydelse. Genom en miljö präglad av respekt, empati och anpassning kunde deltagarna känna sig mer inkluderade och delaktiga i vården. Tidsaspekten spelade också en roll, där tillräckligt med tid och möjlighet till förberedelse skapade en mer gynnsam atmosfär för delaktighet. Tillgång till relevant information och ett gott samarbete bidrog till en ökad känsla av trygghet och delaktighet. Deltagarnas delaktighet upplevdes också främjas genom användning av deras kommunikationshjälpmedel samt genom en god samverkan mellan vårdpersonal och anhöriga.

Resultaten visade att utrymmet där bedömningen genomfördes spelade roll för hur interaktionen och delaktigheten upplevdes och utvecklades. Deltagarna önskade oftast att bedömningen gjordes i deras egna rum, i lugn och ro. Samt att man bestämt tidpunkt för bedömningen på förhand så att deltagarna kunde förbereda sig. I de fall där det fanns begränsningar eller där deltagarna inte kände sig bekväma i situationen, uttrycktes upplevelse av att deras förmåga och möjlighet till att vara delaktig i bedömningen försämrades. En av deltagarnas upplevelse av bedömningssituationen:

*”Ibland kände jag att de bara gick igenom frågorna utan att verkligen lyssna. Jag skulle kanske ha önskat att de hade ägnat lite mer tid åt att förstå mina behov och lyssna på mina åsikter.”*  
(Informant 10)

Resultatet visade att 48% av deltagarna upplevde att vårdpersonalen hade främjat deras deltagande i RAI-bedömningen. Å andra sidan upplevde 26% av deltagarna att vårdpersonalen inte hade främjat deras deltagande, medan 26% angav att de inte visste. Det är tydligt att det finns en variation i upplevelsen av vårdpersonalens roll i främjandet av deltagande i RAI-bedömningen bland deltagarna. Det upplevdes dock att vårdpersonalens roll var en avgörande faktor för en positiv och meningsfull upplevelse. Det framkom att deltagarna upplevde att kommunikation och lyssnande är grundläggande faktorer för att skapa en trygg miljö som skapar möjligheter till samförståelse. Ur deltagarnas berättelser belystes önskan och behov om att vårdpersonalen aktivt lyssnar på behov och förväntningar. Deltagarna beskrev att det är viktigt för dem med tydlig och öppen kommunikation. Upplevelsen var att då vårdpersonalen visar respekt och empati, skapades en trygg och tillitsfull miljö. Vidare framkom även att syfte och relevans är viktigt. En deltagare berättade om upplevelsen av när vårdpersonalen lyssnar:

*” Jag har en fantastisk egenvårdare. Hon lyssnar alltid, fast det ibland är bråttom.” (Informant 5)*

Den vanligaste källan till frustration var upplevelsen av tidsbrist under bedömningen. Deltagarna uttryckte att de ofta kände att det inte fanns tillräckligt med tid för att svara på frågorna noggrant eller för att diskutera, för dem viktiga, ämnen gällande deras vård, behov och önskemål. Denna känsla av brådska och stress upplevdes påverka förmågan att fokusera och delta aktivt i bedömningen. Nedan citat av deltagarnas upplevelser av en stram tidsram vid RAI-bedömningen:

*”Jag försökte verkligen vara aktiv i RAI-bedömningen genom att delta aktivt i diskussionen och svara på de frågor som ställdes. Men vi hade verkligen en stram tidsplan.” (Informant 5)*

*”Jag behöver mycket tid, men jag orkar inte koncentrera mig så länge åt gången.” (Informant 6)*

Flera av deltagarna uttryckte förvirring över bedömningsprocessens struktur och tidsåtgång. Dessutom framkom det att deltagaren inte alltid hade full förståelse för RAI-processens syfte och betydelse. Flera deltagare uttryckte att de snabbt blev trötta under de utdragna diskussionerna. Deltagarna uttryckte oro över den omfattande tidsåtgången vid

bedömningen. Det var inte alltid tydligt för dem om bedömningen skulle utföras vid ett enda tillfälle eller i flera etapper. Deltagare berättar om sin erfarenhet:

*"Det gjordes inte bara på en dag, jag tror att det gjordes i flera etapper." (Informant 10)*

*"Jag minns att det var en långa och tidskrävande diskussion. Jag tröttnade snabbt eftersom jag har svårt att koncentrera mig längre tider." (Informant 9)*

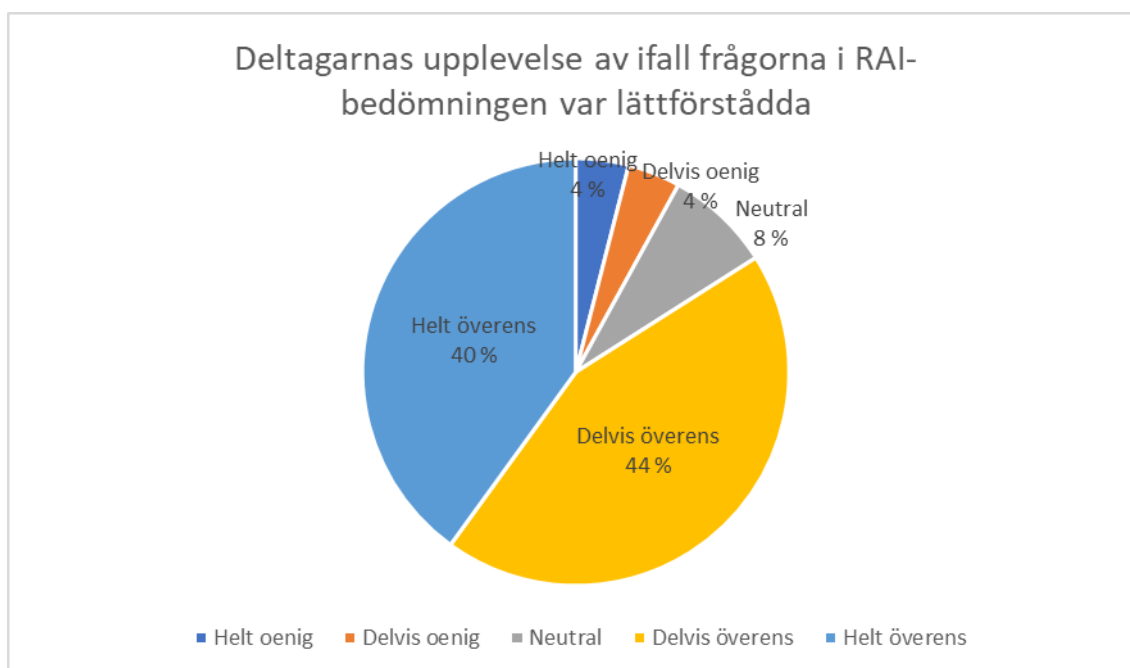
Denna osäkerhet skapade en känsla av viss frustration och oro inför bedömningen. En annan aspekt som framkom var deltagarnas upplevda bristande kontroll över situationen, på grund av otillräckligt information om såväl själva bedömningen och dess tidsplan. En deltagare berättade om sin frustration:

*"Jag kände frustration över att vårdpersonalen inte uttryckte sig tydligt. Det var svårt att förstå vad hen menade och vad som skulle göras." (Informant 3)*

Vissa av deltagarna kunde även känna sig överväldigade av det formella bedömningsförfarandet och kände sig ibland förvirrad över vad som förväntades av dem. Kommunikationshinder, såsom t.ex. språkbarriärer och bristande användning av tillgängliga kommunikationshjälpmedel, identifierades som hinder för en effektiv dialog. Kommunikationerna mellan vårdare och deltagare upplevdes stundvis vara utmanade på grund av bland annat språkbarriärer, vilket upplevdes leda till missförstånd och förvirring under bedömningsprocessen. Flera av deltagare hade ett eller flera kommunikationshjälpmedel. Trots olika hjälpmedel var användningen av dessa hjälpmedel vid RAI-bedömningen begränsad. Deltagarna upplevde att tidsbrist eller okunskap var orsaken till att kommunikationshjälpmedel inte användes. Kommunikationsutmaningar och brist på förberedelse bidrog till upplevda svårigheter för deltagarna att uttrycka sina behov och åsikter tydligt. Det uttrycktes önskemål om att ha en närstående närvarande under bedömningen för att ge extra stöd i kommunikationen och för att hjälpa vårdpersonalen att förstå behoven bättre. En av deltagarna beskriver situationen då kommunikationshjälpmedel inte används:

*"Jag har hjälpmedel, som bilder, men sällan använder vårdarna dem. De tar säkert för mycket tid." (Informant 1)*

Deltagarna upplevde frågorna i RAI-bedömningen som förståeliga och tydliga. Deltagare beskrev att de kände sig bekväma med att svara på frågorna och att frågorna var relevanta för deras specifika situation och behov. Resultaten presenteras i figur 3, där 40% av deltagarna upplevde att frågorna var lätta att förstå, 44 % var delvis överens om att frågorna var lättförstådda och endast 8% var delvis eller helt av den åsikten att frågorna var svåra att förstå. Deltagarnas upplevelse av att frågorna var relevanta och att de förstod frågornas innehåll medförde att upplevelsen blev positiv samt medförde engagemang och delaktighet.



Figur 3. Hur lättförstådda frågorna i RAI-bedömningen upplevdes av deltagarna

Vissa deltagare uttryckte att de skulle ha föredragit att få bekanta sig med bedömningsmaterialet i förväg för att bättre kunna förbereda sig inför själva bedömningstillfället. Önskemål framfördes också om en mer aktiv förberedelse inför bedömningen, hos den vårdpersonal som utför bedömningen, för att underlätta och skapa mer förståelse för deltagarnas situation, önskemål och behov. En av deltagarna uttryckte sin önskan om att få bekanta sig med bedömningsmaterialet på följande vis:

*”Ja, det skulle ha varit ganska bra att se frågorna i förväg. Då skulle det säkert ha varit lättare att förbereda sig.”(Informant 5)*

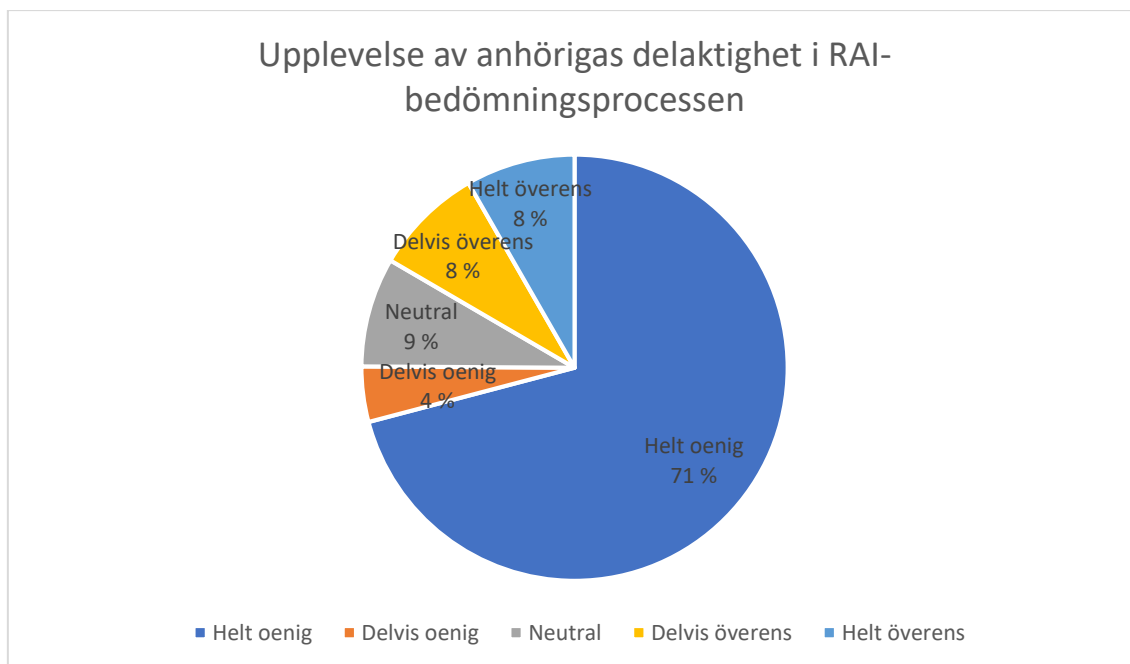
Det betonades att en tidpunkt för bedömningen som samordnades och kommunicerades klart och tydligt underlättade för deltagarna att kunna delta och förbereda sig på ett adekvat sätt inför bedömningen. Ett annat viktigt fynd var att vissa deltagare, särskilt vid den tidpunkten då de nyligen hade flyttat, inte ansåg sig vara redo för en RAI-bedömning. För dem var det viktigare att få stöd och hjälp med att hantera den stora förändringen i livet, snarare än att genomgå en bedömning. En av deltagarna berättade om sina upplevelser:

*"När jag precis hade flyttat kände jag inte behov av att utvärdera eller bedöma min situation. Det var en alltför stor förändring i mitt liv, och jag var inte heller positivt inställd till flytten. Det skulle ha varit bättre att få stöd och hjälp att hantera förändringen istället för att behöva vara med om en bedömning." (Informant 5)*

Resultatet av studien visar på att flera deltagare uttryckte önskan om att ha en anhörig eller vän med under RAI-bedömningen. Det framkom att ingen av de deltagare som intervjuades (n10) var medvetna om möjligheten att ha en anhörig eller vän närvarande under bedömningen. Det framkom att ingen hade berättat om eller erbjudit dem denna möjlighet. En av deltagarna berättade om sin önskan om anhörigas delaktighet:

*"Jag skulle ha velat att min son var närvarande under bedömningen. Han känner mig väldigt väl, och mitt minne sviker mig så ofta." (Informant 3 )*

Familjemedlemmars eller anhörigas närvaro under bedömningarna var så gott som obefintlig. Hela 71% beskrev att deras anhöriga inte hade involverats i RAI-bedömningen. Endast 16% svarade att de helt eller delvis upplevt stöd från sina anhöriga eller familj i bedömningsprocessen. Deltagarnas upplevelse av anhörigas delaktighet och stöd i RAI-bedömningsprocessen presenteras i figur 4.



Figur 4. Deltagarnas upplevelse av ifall anhöriga har varit delaktiga i RAI-bedömningsprocessen.

Deltagarna reflekterade kring att det kunde vara både positivt och utmanande för dem att hantera olika interaktioner och förväntningar från familjemedlemmarna. Deltagarnas oro grundade sig på tidigare erfarenheter (vårdmöten) där närstående upplevts dominera i diskussioner eller ta över beslutsfattandet i ärende gällande vårdbeslut eller vårdplaner. Detta beskrev deltagarna ha en direkt inverkan på förmågan att uttrycka sina egna åsikter och behov. I situationer där deltagarna inte hade tillräckligt med utrymme eller autonomi för att uttrycka sig fritt, upplevdes att deras egen röst och vilja går förlorad eller förbises. Deltagaren erkänner vikten av närvaron av anhöriga i bedömningsituationen, men påpekar också att deras närvaro kan komplicera saker och ting, särskilt om de har olika åsikter om vården. Här beskriver en av deltagarna sin erfarenhet från ett gemensamt möte där nära anhörig varit delaktig:

*”Min egen dotter är väldigt dominant. Hon ville säkert bara mitt bästa, men ibland var det svårt att säga min egen åsikt. Ja, ibland behöver jag mer utrymme och tid för att kunna uttrycka mig.”*  
(Informant 10)

Deltagarna uttryckte också förståelse för att situationen inte var lätt för de nära anhöriga. De upplevde att hela familjens livssituation påverkades av förändringen när en familjemedlem på grund av sjukdom eller skada flyttar till ett nytt boende och är i behov av

omvårdnad och hjälp. Situationen kräver anpassning och påverkar relationer i vardagen för alla inblandade. Deltagarna uttryckte en medvetenhet om behovet av stöd och förståelse också för de anhörigas situation och betonade vikten av att stötta varandra genom denna process av förändring och omställning. En av deltagarna berättar om sin familjesituation och hur rollerna förändrats:

*”Min partner har nog också haft det väldigt svårt. Det har nog varit besvärligt för hela familjen. Jag upplever att jag inte kan vara förälder eller partner mer. Iallafall inte på samma vis, nu är de alltid jag som behöver hjälp.” (Informant 5)*

Speciellt vid intervjuerna märktes det tydligt att deltagarna hade olika upplevelser av sina relationer med vårdpersonalen, där vissa upplevde en trygg kontakt medan andra hade blandade erfarenheter av bemötande och kommunikation. Gott bemötande, kunskap och engagemang hos vårdpersonalen upplevdes som positivt hos deltagarna. Resultaten visar också att det förekommer diskrepans mellan deltagarna och vårdpersonalen angående olika aspekter i vården. Det är tydligt att det ibland finns skillnader i uppfattningar och åsikter mellan studiens deltagare och vårdpersonalen när det gäller olika beslut och planer som rör vården. Deltagare delar också med sig av sina erfarenheter av upplevde bristande autonomi när det gäller t.ex. vårdbeslut eller förändringar i vårdplanen. En av deltagarna berättade om sin upplevelse av att inte få vara delaktig i beslut som rör hens vård:

*”Jag har upplevt, att beslut har fattats utan att fråga mig. Mina mediciner hade ändrats men ingen hade berättat det för mig eller frågat vad jag tyckte.” (Informant 3)*

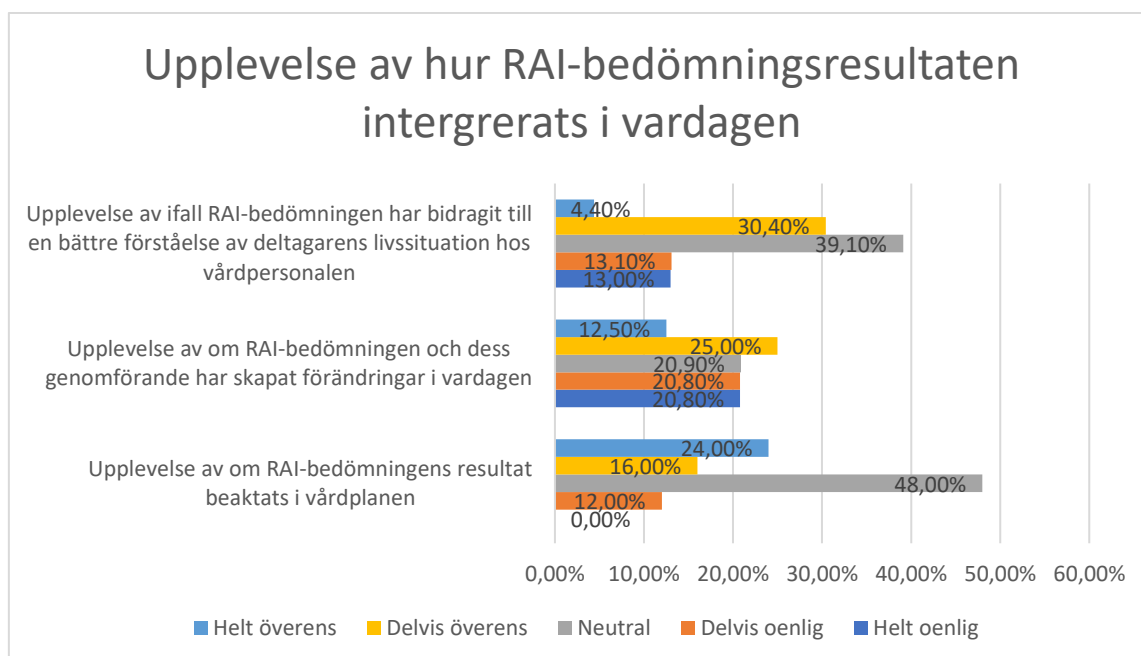
Deltagaren betonar vikten av att få tillräcklig information och förståelse för vad som kommer att hända när de flyttar till en särskild boendeform. Det behovet framhävs som avgörande för att underlätta övergången och skapa en känsla av trygghet och kontroll i den nya miljön. Det upplevdes viktigt att känna sig väl informerad och delaktig i processen för att kunna hantera förändringen på ett mer positivt och anpassat sätt. Vilket inkluderar information om bedömningsprocesser och tillvägagångssätt. Detta behov av tydlighet upplevdes vara grundläggande för att känna sig trygg i den nya miljön och för att kunna anpassa sig till förändringen.

### 5.3 Integrering

Resultaten understryker betydelsen av en tydlig och engagerad vårdmiljö och vårdpersonal för att främja integrationen av bedömningsresultat. 24% var av den åsikten att resultatet i RAI-bedömningen beaktats i deras vårdplan, 16% var delvis av samma åsikt, 48% svarade neutralt på frågan, medan 12% var delvis av annan åsikt och 0% var av helt annan åsikt. Vissa deltagare beskrev att de eventuellt noterade vissa förändringar och att de nu, som en följd av bedömningen, var mer uppmärksamma på vissa detaljer i sin vardag. En deltagare berättade om sina erfarenheter av integrering av bedömningsresultat i vardagen:

*”Efter bedömningen informerades jag nog om resultaten, men jag vet nog inte riktigt hur det syns i min vardag. Jag hade nog önskat tydligare kopplingar till min vård.” (Informant 1)*

Det framkom att 12% var helt av den åsikten att de upplevt förändring i sin vardag efter att RAI-bedömningen gjorts, 25% var delvis av samma åsikt, 20,9% hade svarat neutralt på frågan, medan 20,8% delvis av annan åsikt och 20,8% var helt av annan åsikt d.v.s. att de inte upplevt någon förändring. Deltagarnas upplevelse av hur RAI-bedömningsresultaten integrerats i deras vardag presenteras i figur 5.



Figur 5. En sammanfattning av deltagarnas upplevelse av hur resultaten integrerats i vardagen.

Deltagarnas önskan och vilja att vara delaktiga i vårdbeslut och vårdplanering var centralt, och framkom speciellt i intervjuerna. Många av deltagarna uttryckte en önskan om ökad kontinuitet och tydlighet i kommunikationen kring sin vårdplan samt en större möjlighet att vara delaktiga i beslutsprocessen gällande sin egen vård. En av deltagarna uttryckte sin önskan på följande vis:

*”Självklart vill jag vara med och diskutera de frågor som påverkar mig. Jag vill veta vad som står i min vårdplan. Det skulle nog vara bra att planera de här sakerna tillsammans. Jag tror att även min partner skulle vara bra att ha med när vi pratar om min vård.” (Informant 5)*

Även om 78% angav att de delvis eller helt hade kunnat påverka beslut om sin vård, fanns det också de som inte var medvetna om resultaten från RAI-bedömningen eller innehållet i sin vårdplan, där deltagarna beskriver sina erfarenheter på följande vis:

*”Jag är nog ganska säker på att jag har sett mina RAI-resultat och läst min vårdplan. Ja, jag minns det nog, men det var säkert ett tag sedan.” (Informant 8)*

*”Jag har aldrig sett min vårdplan. Eller jag minns iallafall inte. (Informant 2)*

En positiv upplevelse av integrationen i vården var starkt kopplad till vårdpersonalens lyhördhet och engagemang. Deltagarnas erfarenhet av att bli lyssnade på, få tillräckligt med tid och bli förstådda bidrog till ökat förtroende för vården och en mer positiv vårdmiljö. En av deltagarna beskriver bedömningsituationen och hans upplevelse av att vårdpersonalen lyssnade:

*”Ja, jag tycker nog att det gick ganska bra. Hen verkade verkligen lyssna på vad jag sa. Det är bra att vårdarna tar sig tid att gå igenom mina ärenden.” (Informant 9)*

Bekanta vårdare och egenvårdare spelade en betydande roll i deltagarnas integration i vården. Deltagarnas kännedom om sin egenvårdare och möjligheten att anpassa vården efter individuella behov ökade tillfredsställelsen och skapade en känsla av samhörighet och kontroll. 10,2 % var av den åsikten att vårdpersonen fått en bättre förståelse för deras livssituation i samband med RAI-bedömningen, 20,0% var delvis av samma åsikt, 30,3% svarade neutralt, medan 12,6% var av delvis annan åsikt och 26,9% var helt av annan

åsikt om att vårdpersonalen skulle fått en bättre förståelse. En av deltagarna berättade om sin egenvårdars delaktighet på följande vis:

*”Ja, min egen vårdare gjorde bedömningen, jag vet inte hur det skulle ha gått annars. Hon känner mig väl.”(Informant 1)*

Som tidigare beskrivet i resultatpresentationen önskade de flesta deltagarna i studien att en anhörig eller vän skulle vara närvarande vid RAI-bedömningen. Det framkom dock att få av deltagarna var av åsikten att anhöriga varit delaktiga i planeringen, 8,7% var delvis av den åsikten att anhöriga varit delaktiga, 13% svarade neutralt, 4,4% var delvis av annan åsikt och 73,9% var helt av annan åsikt och upplevde inte att anhöriga varit delaktiga i planering eller utveckling av deras vårdplan. Deltagarna upplevde att anhöriga inte varit delaktiga och det framkom att många av deltagarna inte var medvetna om att det är möjligt ha en nära anhörig eller vän med vid bedömningsprocessen och då en vårdplan byggs upp.

Som förbättringsförslag framfördes önskemål om mer tid för genomförandet av RAI-bedömningen och att vårdpersonalen är bättre förberedd inför själva RAI-bedömningen. Deltagarna poängterade även betydelsen av deras egna aktiva deltagande och engagemang genom hela processen. Det framkom behov om en tydligare kommunikation om själva RAI-processen till deltagarna för att öka förståelsen och motivationen för deltagande. En av deltagarna berättade om sina önskemål om en mer öppen och regelbunden dialog:

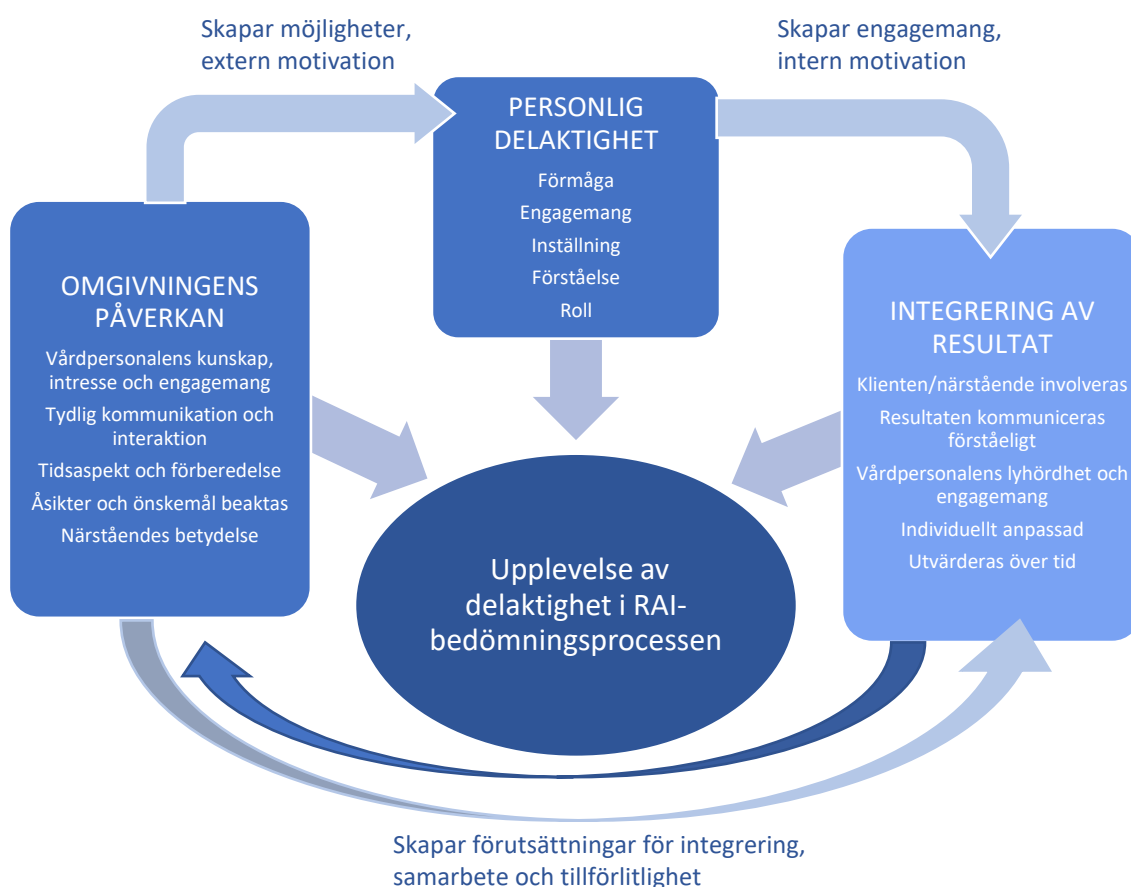
*”Jag tror att RAI-bedömningen kan förbättras om jag får mer tid att berätta om mina åsikter och behov. Jag önskar en öppnare dialog för att kunna dela mina tankar om min vård. Enligt mig behövs sådana samtal varje dag. Min sjukdom förändras väldigt snabbt och varierar mycket.”  
(Informant 5)*

I de öppna svaren (n16) hade deltagarna givit förslag på hur de önskar förbättra upplevelsen av och delaktigheten i RAI-bedömningen. Huvudfokus i svaren låg på tydlighet och möjliggörande av deltagande. Vissa upplevde att bedömningen borde, på ett bättre sätt, beakta olika slags livssituationer i olika åldrar och önskade mer öppenhet och delaktighet

med anhöriga. Dessutom önskades tydligare tidtabeller och information om när bedömningarna genomförs och hur resultaten delges. Många önskade också möjligheten till mer diskussionsbaserade bedömningsituationer.

## 5.4 Sammanfattning av resultat

Sammanfattningsvis illustreras studiens primära resultat presenteras i figur 6, där de teman som upplevs påverka delaktigheten i RAI-bedömningsprocessen beskrivs och upplevelsen av hur de påverkar varandra.



Figur 6. Fritt illustrerad sammanfattning av de teman som upplevs påverka delaktighet i RAI-bedömningsprocessen och hur de påverkar varandra.

Deltagarnas upplevelser av delaktighet påverkas av personens egen delaktighet, där den egna rollen, förmågan, engagemanget, inställningen och förståelsen av RAI-bedömningsprocessen blir centrala aspekter. Omgivningens påverkan är betydelsefull och skapar möjligheter till delaktighet. Anhörigas och vårdpersonalens kunskap, intresse och engagemang i hela bedömningsprocessen är av stor betydelse. Omgivningen bör ta hänsyn till tidsaspekter, tydlig kommunikation och skapa möjligheter till förberedelser där individuella åsikter och önskemål beaktas. Hur integrationen av bedömningsresultaten sker i vardagen påverkar också upplevelsen av delaktighet i bedömningsprocessen, där det framkommer att vårdpersonalens roll är av avgörande betydelse. Integrationen behöver vara individuellt anpassad där klienten och anhöriga involveras och resultaten kommuniceras förståeligt samt utvärderas över tid för att skapa engagemang och tillförlitlighet.

## **6 Diskussion**

Studiens syfte var att undersöka klienternas upplevelser av sin egen delaktighet i RAI-bedömningsprocessen på Validias enheter. Genom att fokusera på det personcentrerade perspektivet strävade studien efter att skapa en förståelse för hur klienten upplever delaktighet i bedömningsprocessen. Det primära resultatet i studien (figur 6) ger en insikt i att delaktighet i RAI-bedömningsprocessen påverkas av personens egen delaktighet, omgivningens betydelse och integrationen av bedömningsresultat.

### **6.1 Resultatdiskussion**

I resultatet uppstod tre tydliga teman som upplevts påverka upplevelsen av delaktighet vid en RAI-bedömning: personlig delaktighet, omgivningens påverkan och integrering av bedömningsresultat (figur 6). Dessa teman kan jämföras med de element som THL (2024) beskriver i delaktighetsindikatorn. Delaktighetsindikatorer enligt THL (2024) är välbefinnande, tillhörighet, meningsfullhet, hanterbarhet och möjligheter till deltagande. Även Deci & Ryan (2000) hävdar att människan har tre grundläggande psykologiska behov autonomi, kompetens och samhörighet som stämmer överens med de övergripande teman

som framkommer i resultatet. Delaktighet beskrivs i MOHO som individens egna engagemang i aktivitet och påverkas av individens motiv, vanor, förmågor och begränsningar. Det innebär att hur en person är delaktig varierar beroende på deras personliga egenskaper och situation (Taylor, 2017).

### **8.1.1 Delaktighet och engagemang**

I resultatet kan vi se tydliga samband mellan upplevd delaktighet och engagemang, där möjligheten till själva deltagande blir en förutsättning för engagemanget. Enligt Molin (2004) identifierats deltagande och engagemang som två grundläggande element i upplevelsen av delaktighet. Deci & Ryan (2000) beskriver också att det uppstår inre motivation när dessa förutsättningar tillgodoses. En central aspekt i studien är graden av upplevd delaktighet, där vi tydligt kan se deltagarnas strävan till maximal delaktighet på den egna nivån. Molin (2004) betonar behovet av en ömsesidig interaktion mellan individer och omgivningen för att skapa möjligheter för att kunna uppnå en maximal delaktighet. I resultatet framkom en stark önskan om delaktighet, men samtidigt upplevdes att de förutsättningar som skulle behövas för att möjliggöra delaktighet inte alltid skapades. Rosengren et al. (2019) beskriver att om en person inte känner att hen kan påverka sina egna livsvillkor eller sin delaktighet finns det en risk för upplevd maktlöshet eller utanförskap. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening et al. (2019), Ekman et al. (2014) och THL (2024) är den grundläggande principen om delaktighet av stor betydelse inom vården, vilket också tydligt framkommer i studien. Handboken för delaktighet (THL 2024) betonar vikten av att initiativet till deltagande bör komma från personen själv samt att lösningar bör sökas i samarbete för att säkerställa individuellt anpassade strategier för delaktighet.

### **8.1.2 Omgivningens möjliggörande**

Externa förutsättningar och möjliggörandet av delaktighet är något som lyfts fram i alla delområden i studien. Genom att möjliggöra och främja delaktighet skapas en öppnare vårdmiljö där tjänsterna anpassas till varje persons unika behov och önskemål (THL, 2024). Resultaten påvisar att när klienten upplever delaktighet, ökar även engagemanget

i den egna vården som skapar möjlighet att påverka beslut som påverkar vården och livssituation (Ekman et al., 2014). Ekman et al., (2014) beskriver att genom att skapa en inkluderande och transparent vårdmiljö kan man främja en öppen dialog och samarbete mellan parterna, vilket kan öka klientens förtroende för vården och bidra till en positiv vårdupplevelse. Resultaten betonar vikten av att skapa en lyhörd och engagerad vårdmiljö där klienten och vårdpersonalen kan samarbeta för att främja en personcentrerad, positiv och meningsfull vårdupplevelse. THL (2023b) beskriver att relationer är hjärtat av socialvården. Hur dessa relationer utvecklas och hanteras har en direkt inverkan på kvaliteten av de tjänster som tillhandahålls, där klientens delaktighet i hela vårdprocessen och i själva RAI-bedömningen är av stor vikt för ett lyckat vårdresultat och upplevelse. Ekman et al. (2004) och Edvardsson (2009) beskriver att genom att skapa en atmosfär av ömsesidig respekt och förståelse kan vårdpersonal skapa en trygg och stödjande miljö där klienterna känner sig sedda, hörda och respekterade. Enligt Taylor (2017) är en kontinuerlig och anpassningsbar vårdprocess avgörande för att möta personers föränderliga behov och mål över tid.

I resultatet framkommer det att stödet deltagarna behöver ser olika ut och behoven varierar. Resultatet påvisar även att personer behöver olika former av stöd för att uppnå maximal delaktighet på sin egna individuella nivå. Enligt Andersson & Eriksson (2003) måste stödet vara individuellt anpassat för att möjliggöra delaktighet och självbestämmande. För vissa av deltagarna i studien var t.ex. hjälpmedlet en av strategierna för att kunna möjliggöra delaktighet. Enligt THL (2024) och Andersson & Eriksson (2003) har personer med funktionsnedsättningar rätt till hjälpmedel och personlig assistans eller tolk och det är vårdpersonalens ansvar att säkerställa att individer får det kommunikationsstöd de behöver. I studien framkommer att hjälpmedel inte alltid använts trots att flera av studiens deltagare använde olika slags kommunikationshjälpmedel. Okunskap och tidsbrist upplevs verka vara indikatorer som inverkat på varför dessa hjälpmedel inte används.

Resultatet påvisar att flera olika perspektiv i omgivningen måste beaktas för att skapa känslan av delaktighet. Enligt Taylor (2017) påverkas delaktighetskomponenterna av omgivningen, som antingen stöder eller begränsar individens delaktighet. Det framkommer främst hur viktigt det upplevs med en tydlig kommunikation och interaktionen mellan klienter och vårdpersonal. Enligt Molin (2004) måste man också beakta omgivningens

roll och den ömsesidiga interaktionen mellan individ och omgivning för att förstå delaktighet. Upplevd känsla av förståelse och tydlighet bidrog till att skapa en positiv upplevelse i bedömningsprocessen. I resultatet framkom att det är viktigt att få stöd och hjälp med att hantera förändringar i livet, som t.ex. en flytt innebär, snarare än att genast genomgå en bedömning. Denna insikt understryker betydelsen av att anpassa bedömnings-tidpunkten efter klientens individuella behov och livssituation. Det är av största vikt att ta hänsyn till dessa omgivningsfaktorer för att säkerställa att RAI-bedömningen utförs på ett sätt som är respektfullt, inkluderande och effektivt för alla inblandade parter också anhöriga. Molin (2004) beskriver att omgivningen i vilken individen finns bör beaktas för att möjliggöra delaktighet och kännetecknas av både acceptans och ömsesidighet.

Studien uppmärksammade klienternas oro kring deras anhöriga och familjers välbefinnande, där de framhöll att hela livssituationen för varje familjemedlem eller nära anhörig hade påverkats. Enligt Ekman et al. (2014) är personcentrerad vårdinriktning en modell som placerar både klienten och deras anhöriga i centrum. Det innebär att vården tar hänsyn till behov, resurser, förväntningar och värderingar hos både klienten och deras anhöriga. Denna inkludering av anhöriga och familjen kan vara av avgörande betydelse för att skapa en meningsfull och effektiv vårdmiljö, där klientens och deras familjemedlemmars behov kan tillgodoses på ett mer heltäckande sätt. Genom att involvera anhöriga och familjen i vården kan man också förbättra kommunikationen och samarbetet mellan vårdpersonal och klienten, vilket kan bidra till ökad tillfredsställelse och bättre resultat inom vården. (Ekman et al., 2014)

Det framkommer att vårdpersonal och nära anhöriga är betydelsefulla för att säkerställa framgångsrikt genomförande av en RAI-bedömning. Deltagarnas erfarenheter pekar på att stöd från omgivningen inte bara kan underlätta delaktighet utan även försvåra förhållanden. I resultaten framkom att mycket få hade anhöriga eller vänner som varit delaktiga i bedömningsprocessen. Detta kan tyda på en bristande information som ges till klienterna och betonar vikten av att erbjuda och informera om möjligheterna att ha en anhörig eller vän närvarande under RAI-bedömningen. Enligt THL (2024) är det möjligt att involvera viktiga personer för individen i bedömningen, till exempel deras familjemedlemmar, där klienten väljer vilka närstående som ska delta i bedömningen.

I resultatet framkom att det förekommer diskrepans mellan vårdpersonal och klient gällande olika aspekter av vården, vilket pekar på behovet av tydlig kommunikation och förståelse mellan parterna. Denna oenighet kan delvis härledas till skillnader i perspektiv och förväntningar mellan klienten och vårdpersonalen. Enligt Ekman et al. (2014) och Edvardsson (2009) är det viktigt att identifiera och förstå dessa skillnader för att kunna arbeta mot en mer samstämmig och personcentrerad vårdmiljö. Enligt principerna inom personcentrering är det av yttersta vikt att bygga en relation präglad av ömsesidig respekt och förtroende mellan klienten och vårdpersonalen samt förbättra upplevelsen och säkerställa en mer positiv och effektiv bedömningsprocess (Ekman et al., 2014 & Edvardsson, 2009).

Resultatet påvisar att en förutsättning för att klienten ska ha inflytande över sin vård är att deras egen berättelse lyssnas på och tas på allvar. Vilket kräver att vårdpersonalen är öppna och villiga att verkligen lyssna. Svensk Sjuksköterskeförening et al., (2019) och Ekman (2014) beskriver att klientens berättelse och behov är lika viktiga som de professionellas bedömningar. Forskning inom personcentrering visar att det är viktigt för vården att främja individers hälsa, enligt personens egna uppfattningar om vad hälsa är. Det innebär att vårdpersonal behöver lyssna på och respektera klientens perspektiv och önskemål. (Svensk sjuksköterskeförening, 2019, Vårdförbundet, 2015).

I resultatet framkom upplevelse av bristen på förståelse för RAI-bedömningens syfte och omfattning vilket gjorde att deltagarna upplevde sig mindre motiverade och engagerade. Brist på tid och resurser för att genomföra bedömningen fullständigt och effektivt identifierades som en betydande utmaning. För att säkerställa att RAI-bedömningen genomförs på ett sätt som är givande och respektfullt för både vårdpersonal och klienter är det väsentligt att ta i beaktande och planera bedömningen i god tid. (Svensk sjuksköterskeförening, 2019, Vårdförbundet, 2015 & THL, 2023a). Detta kan innebära att skapa en mer öppen dialog mellan vårdpersonal och klienter, där frågor och bekymmer kan diskuteras och eventuella förberedelser kan göras i förväg. Det framkom en önskan om möjlighet till förberedelse, vilket tyder på en strävan till att vara delaktig i bedömningsprocessen. Genom att involvera klienterna i planeringsprocessen och ge dem tillräckligt med information och stöd i förväg kan man underlätta genomförande av RAI-bedömningen och öka klientens delaktighet och förståelse för processen. Svensk Sjuksköterskeförening et al.

(2019) och Ekman (2014) beskriver att tydlig och förståelig information är avgörande inom personcentrerad vård. Resultat kan tyda på en bristande information som ges till klienterna och betonar vikten av att erbjuda och informera om möjligheterna. Att informera klienten tydligt och begripligt är en central del av att respektera autonomi. Genom att tillhandahålla klar och relevant information kan klienten känna sig mer delaktig i vården, ha ökad förståelse för sin situation och de olika behandlingsalternativen samt känna sig mer engagerad i sin egen vård, som är i enlighet med personcentrerad vård (Ekman et al., 2014).

### **8.1.3 Integrering av bedömningsresultat i vården**

I resultatet framgår det tydligt att klientens egna engagemang och delaktighet i vårdbeslut och utformning av vårdplanen upplevs vara av avgörande betydelse för en framgångsrik integrering av vården. Denna upplevelse stöds av principerna inom personcentrerad vård, som främjar klientens autonomi och rätt till självbestämmande (Ekman et al., 2014, Edvardsson, 2009). Resultaten understryker också betydelsen av en tydlig och engagerad vårdmiljö för att främja integrationen av bedömningsresultaten. Enligt Ekman et al., (2014) och Edvardsson (2009) kan en mer lyhörd och delaktig vårdprocess öka förståelsen och tillfredsställelsen med vården och skapar förutsättningar för en positiv och meningsfull integration av vården. Enligt Taylor (2017) är delaktighet i beslutsfattandet och förståelsen för hur individuella faktorer påverkar deltagande i vardagliga aktiviteter också av central betydelse för att främja upplevd delaktighet, samt en meningsfull och integrerad vårdprocess. Resultatet i studien påvisar att då klienten inkluderas aktivt i vårdplaneringen kan engagemang och motivation för sin egen vård öka. Resultaten understryker också vikten av en kontinuerlig uppföljning och utvärdering av vårdplanen över tid tillsammans med klienten och anhöriga. Ekman et al., (2014) och Edvardsson (2009) beskriver att inkludering och uppföljning kan leda till bättre resultat och ökad tillfredsställelse med vården i enlighet med en vårdmodell som inkluderar personcentrering. Dessa fynd betonar behovet av att skapa en vårdmiljö som är mer personcentrerad och transparent, där kommunikation, kontinuitet och delaktighet spelar en central roll för att säkerställa en positiv och meningsfull vardag. Vilket stämmer överens med principerna för personcentrerad vård, enligt Ekman et al. (2014). När det gäller bedömningsresultatets imple-

mentering i vardagen framkommer en mer varierad bild i resultatet. Det noterades konkreta förändringar och anpassningar baserat på bedömningsresultat, vilket indikerar att bedömningen kan ha en direkt inverkan på vardagslivet. Å andra sidan visar andra erfarenheter på behovet av förbättringar i hur resultaten integreras i vardagen, vilket tyder på att övergången från bedömning till praktisk integrering kunde vara mer smidig och ändamålsenlig.

Med studiens resultat som grund framstår det att integreringen av principer från både personcentrering och MOHO-modellen kan främja skapandet av en vårdmiljö som är mer lyhörd, flexibel och anpassad till personens individuella behov och önskemål. Genom att fokusera på personcentrerade tillvägagångssätt kan vårdpersonalen skapa en omgivning som betonar autonomi, självbestämmande och delaktighet. Detta kan bidra till att öka tillfredsställelse och förtroende för vården samt främja en positiv vårdrelation mellan klienten och vårdpersonalen (Taylor, 2017; Ekman et al., 2014 & Edvardsson, 2009). Handboken för delaktighet (THL, 2024) poängterar också vikten av att sträva mot en mer inkluderande och delaktig omgivning där alla ges möjlighet att delta och bidra på lika villkor. Enligt den rapport som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018) gjort pekar internationell forskningsantologi på effektiva strategier för personcentrerad vård, inklusive delat beslutsfattande och vårdplanering. Kontinuerlig utvärdering och uppföljning av insatser behövs för att identifiera framgångsrika strategier. Tre perspektivskiften föreslås för att främja personcentrerad vård: att betrakta klienten som en medskapare, gå från fragmenterad till helhetssyn i vården samt övergå från standardiserade till individanpassade lösningar. Variation i tillämpningen av personcentrerad vård förväntas bero på situation och individ, och det finns utrymme för förbättring inom vården. (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018)

## **6.2 Metoddiskussion**

I studien har hederlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet präglat hela forskningsprocessen i enlighet med riktlinjer för god vetenskaplig praxis, som upprättats av forskningsetiska delegationen (Forskningsetiska delegationen, 2023). Studien följer en tydlig struktur med inledning, bakgrund, metod, teoretisk referensram, resultat och diskussion, vilka är grundläggande delar i ett vetenskapligt arbete.

En mixad metod har tillämpats i studien för att undersöka upplevelser. Både kvantitativa och kvalitativa forskningsmetoder har använts parallellt, vilket möjliggjort en mer heläckande och djupgående förståelse av forskningsfrågorna. Denna metodologiska flexibilitet möjliggör att generera insikter som är både djupgående och brett applicerbara (Greene, 2007). Forskningsdesigen svarar på komplexa nyanserna i det valda ämnet samt möjliggör triangulering. Enligt Scammon et al. (2013), Wisdom et al. (2012) och Andrew & Halcomb (2009) erbjuder mixade metoder möjligheter till triangulering för att verifiera och stärka forskningsresultat. För att öka studiens trovärdighet och tillförlitlighet användes både respondentvalidering enligt Bryman (2018) och triangulering, vilket innebar att kompletterande och jämförbara data samlats in genom både intervjuer och enkäter. En tydlig styrka med den mixade metoden är möjligheten till triangulering, vilket tillåter en mer omfattande och nyanserad tolkning (Greene, 2007). För att särskilja sig från en ensidig metodansats möjliggör den valda metoden en betydligt bredare och mer varierad datainsamling. Detta är särskilt värdefullt med tanke på den mångfacetterade målgruppen för studien och de olika sätt på vilka deltagarna kan uppleva och förstå bedömningsprocessen och dess påverkan på deras vardag. En av de utmaningar som upplevdes med användningen av en mixad metod var hanteringen av en stor mängd komplex data. Att integrera och analysera både kvalitativa och kvantitativa data ökade komplexiteten i analysprocessen och gjorde det utmanande att extrahera tydliga och konsistenta resultat. Den omfattande datamängden krävde mycket tid och resurser för att bearbeta och tolka. Greene (2007) beskriver att på grund av den stora mängden data ökar komplexiteten och kan vara en negativ aspekt vid användning av en mixad metod.

Intervjuerna var en fungerande metod för att samla in djupgående och detaljerad information från den varierande deltagargruppen. Genom intervjuprocessen skapades en öppen dialog där deltagarna kunde uttrycka sina tankar, känslor och erfarenheter på ett mer utförligt sätt. Genomförandet av intervjuer fortsatte tills datainsamlingen nått teoretisk mättnad (Alase, 2017). Studiens deltagare hade varierande funktionsnedsättningar och hälsoutmaningar, med en begränsad kommunikationsförmåga och minnesproblematik. Många deltagare beskrev att de hade svårigheter att komma ihåg detaljer, vilket kan påverka deras upplevelser av bedömningsprocessen. Eftersom informanterna kunde ge varierande beskrivningar av sina upplevelser var det av yttersta vikt att återkoppla resultaten

till dem. Denna återkoppling skedde muntligen direkt efter eller under intervjun. Syftet med detta var att säkerställa att tolkningen av upplevelserna var korrekt och överensstämde med informanternas egna uppfattningar. Bryman (2018) diskuterar denna metod som respondentvalidering. En aspekt som potentiellt kunde ha påverkat pålitligheten negativt var översättningen av talspråk till skriftspråk under transkriberingen, samt översättningen av citat från finska till svenska. Denna åtgärd utfördes dels för att underlätta förståelse av vad informanterna verkligen berättade. Å andra sidan medförde översättningen risken att viktig information gick förlorad då ljud och karakteristiska uttryck inte kunde återges i skrift (Kvale & Brinkmann, 2019). Det är också viktigt att beakta att citat som tas ur en större helhet kan få en annan innebörd när de placeras utanför sitt ursprungliga sammanhang (Jacobsen, 2012).

Insamling av enkätsvar var utmanande, trots gedigna ansträngningar att samla in enkätsvar blev svarsprocenten mycket låg (13%, n25). Enligt uppgifter från enheterna upplevde många deltagare att det var utmanande att svara på enkäterna självständigt, och det fanns inte tillräckligt med personalresurser för att genomföra enkätundersökningen på plats. Enligt Billhult (2017) är det önskvärt att svarsfrekvensen i enkätstudier uppgår till minst 70–75% för att resultaten ska anses vara tillförlitliga och generaliserbara och om svarsfrekvensen ligger under 60%, är det av stor vikt att vara försiktig vid tolkningen av resultaten. Det låga antalet svar från enkäterna är något som har beaktats noggrant under hela processen. Billhult (2017) beskriver att när svarsfrekvensen är låg kan det innebära att urvalet inte är representativt för hela populationen, vilket påverkar validiteten och andra datakällor bör användas för att få fler perspektiv och för att skapa en mer komplett bild. Då intervjuerna genomfördes parallellt gav detta ett nytt perspektiv. Svaren visade sig vara liknande mellan de olika datakällorna och kunde på så vis komplettera varandra, vilket stärker studiens validitet och tillförlitlighet. Utmaningar vid insamlingen av enkätsvar betonar vikten av att noga överväga de hinder och begränsningar som kan uppstå vid enkätundersökningar, samt varför vissa datainsamlingsmetoder kanske inte är lika effektiva för alla grupper och situationer.

När deltagare delar sina erfarenheter och reflekterar över sina egna upplevelser, öppnar det upp för en potentiell likhet i resultat om studien skulle upprepas. Detta fenomen är grundat i idén om att deltagare, genom sina unika perspektiv, kan bidra till en viss grad

av konsistens i resultaten (Kvale & Brinkmann, 2019). Trots denna möjlighet till likhet är det viktigt att notera att resultaten aldrig kan vara exakt desamma vid upprepning av studien. Det beror på att deltagarnas nya erfarenheter och förändrade kontexter kan resultera i olika utfall, även om det övergripande temat förblir detsamma. Detta påpekar vikten av att betrakta varje studie som unik och att beakta de dynamiska faktorer som kan påverka resultatens konsistens över tid. (Kvale & Brinkmann, 2019)

Genom att medvetet reflektera över bias och använda sig av forskningsetiska överväganden har forskaren strävat efter att minimera påverkan och öka studiens trovärdighet. Forskaren har erfarenhet av att arbeta med personer som har olika typer av funktionsnedsättningar och har även varit involverad i starten av implementeringen av RAI-bedömningsverktyget inom socialvården i Validia. Trots denna erfarenhet har forskaren strävat efter att upprätthålla ett etiskt tankesätt genom hela forskningsprocessen. Enligt Jacobsen (2012) kan det dock vara utmanande att uppnå fullständig objektivitet när forskaren redan har erfarenhet av ämnet.

När det gäller generaliserbarhet bör det noteras att resultatens överförbarhet till andra populationer eller kontexter är begränsad. Studiens fokus på personer med varierande funktionsnedsättningar inom socialvården innebär att resultaten inte direkt kan appliceras på andra grupper. Vidare kan en överrepresentation eller underrepresentation av vissa undergrupper inom målgruppen ha påverkat generaliserbarheten. En faktor som kan stödja överförbarheten är om resultaten är väl överensstämmande med tidigare presenterad forskning. (Kvale & Brinkmann, 2019)

Det bör nämnas att studiens fokus skiftade till att generellt undersöka upplevelser och delaktighet ur klienternas perspektiv på Validias boendeenheter. Trots att studiens huvudfokus till en början var att från ett personcentrerat perspektiv undersöka hur delaktighet i bedömningen förverkligats med hänsyn till ålder, kön och enhet, presenteras resultatet inte explicit utifrån dessa variabler. Detta beror delvis på det begränsade antalet enkätsvar (13%, n25), att svar inkom från endast sex enheter och det faktum att över 60% av svaren kom från en enda boendeenhet. För att säkerställa en meningsfull analys valdes att presentera resultatet utifrån innehållsanalysens huvud- och delteman istället. Åldrar, kön och

enheter identifierades under studiens gång, dessa gavs inte variabler en separat behandling i resultatdelen för att hålla en tydlig och överskådlig presentation av de teman som framkommit i studien, samtidigt som man beaktade det begränsade antalet svar och den obalans som fanns mellan olika enheter. Tanken bakom focusen på ålder, kön och boendeenhet var att jämföra resultatet mellan olika enheter för att se hur RAI-verktyget upplevs på olika områden i Finland samt hur passande bedömningsverktyget upplevs vara bland de olika åldersgrupperna. Detta skulle ha möjliggjort en mer djupgående analys av hur olika faktorer påverkar upplevelsen och delaktigheten i bedömningen, samt hur olika åldersgrupper av klienter upplever RAI-bedömningsinstrumentet.

### **6.3 Fortsatt forskning**

Det vore intressant att studera förståelsen av specifika faktorer som kan påverka personens delaktighet och engagemang i RAI-bedömningen. Det skulle vara värdefullt att utforska hur olika personliga resurser, såsom hälsostatus, kognitiva förmågor och socialt stöd, samverkar för att forma upplevelsen av bedömningsprocessen. Vidare kan en longitudinell studie över tid ge insikt i hur klienternas uppfattningar och behov förändras under olika faser av RAI-bedömningen och hur detta påverkar deras långsiktiga välbefinnande. En annan riktning för fortsatt forskning kan vara att fördjupa förståelsen av vårdpersonalens och nära anhörigas perspektiv och hur deras stöd kan optimeras för att främja en mer effektiv och personcentrerad RAI-bedömning. Detta kan innefatta att undersöka kommunikationsmönster, utbildningsbehov och eventuella hinder som kan påverka både genomförandet av bedömningen och dess påverkan på individens vardag. För att ytterligare integrera resultaten av RAI-bedömningen i vardagsrutiner och öka integreringens smidighet, skulle forskning kunna fokusera på utveckling och utvärdering av interventionsstrategier. Detta kan inkludera implementeringsverktyg, utbildningsprogram eller riktlinjer som syftar till att underlätta övergången från bedömning till praktisk tillämpning och därigenom optimera de långsiktiga effekterna på individens livskvalitet.

Sammanfattningsvis öppnar detta forskningsområde upp en rad möjligheter för fortsatt forskning, med fokus på att fördjupa förståelsen av de komplexa interaktionerna mellan olika faktorer och därigenom bidra till att forma framtidens RAI-bedömningspraxis inom ramen för personcentrerad vård .

## 6.4 Slutsats

Klienternas upplevelser av delaktighet i RAI-bedömningsprocessen påverkas av en rad faktorer, inklusive personens egna delaktighet, omgivningens betydelse för möjliggörande av delaktighet och integrationen av bedömningsresultaten för att skapa känslan av delaktighet över tid. Resultatet i studien belyser vikten av att både klienten och deras anhöriga är involverade i processen och att vårdpersonalen har en central roll i att skapa förutsättningar för och möjliggöra delaktighet. Resultaten indikerar på individanpassade integreringsstrategier och tydlig kommunikation för att främja en känsla av delaktighet över tid. Genom att betona det personcentrerade perspektivet har studie ökat förståelsen för hur deltagande upplevs i RAI-bedömningsprocessen och identifierat faktorer som påverkar och möjliggör deltagande.

Denna studie ger en grund för att fördjupa förståelsen av hur RAI-bedömningsprocessen kan anpassas och förbättras för att bättre tillgodose individuella och personliga behov samt främja den personcentrerade vårdmodellen. Det kan antas att klienterna ännu inte helt integreras som en central del av vården, vilket tyder på att det finns utrymme för förbättringar för att främja och stödja en mer aktiv och engagerad delaktighet. Genom att bygga vidare på dessa insikter kan framtida initiativ inom detta område bidra till att forma mer effektiva strategier för hur klientens delaktighet stärks i RAI-bedömningen och därigenom optimera en personcentrerad vård. Resultaten från studien kan fungera som en vägledning för framtida kvalitets- och utvecklingsarbete inom socialvården. Där resultaten i studien kan nyttjas för att utveckla och implementera nya arbetsmönster och rutiner i RAI-bedömningsprocessen, för en mer personcentrerad vård.

## Källor

- Andrew, S. & Halcomb, E. J. (2009). *Mixed methods research for nursing and the health sciences*. Wiley-Blackwell.
- Andersson, I., & Eriksson, M. (2003). *En studie om faktorer hos omgivningen som påverkar kommunikationen med vuxna personer som använder alternativ och kompletterande kommunikation*. [Examensarbete, Lunds universitet]. Lund University Publication. <https://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=2911772&fileOid=2911774>
- Alase, A. (2017). The interpretative phenomenological analysis (IPA): A guide to a good qualitative research approach. *International Journal of Education and Literacy Studies*, 5(2), 9-19. doi:10.7575/aiac.ijels.v.5n.2p.99-19.
- Arcada. (2019). *God vetenskaplig praxis i utbildning och forskning vid Arcada*. [https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god\\_vetenskaplig\\_praxis\\_i\\_utbildning\\_och\\_forskning\\_vid\\_arcada.pdf](https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god_vetenskaplig_praxis_i_utbildning_och_forskning_vid_arcada.pdf)
- Bergström, S. & Leppänen, A. (2007). *Markkinoinnin maailma*. Edita.
- Billhult, A. (2017). Enkäter. I: Henricson, M. (red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl.) Studentlitteratur.
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber.
- Cantzler, I. (1991). *Vad tycker kunden?: en bok om kundattitydundersökningar*. (1 uppl.) Liber. Malmö.
- Cederwall, C.-J., Olausson, S., Rose, L., Naredi, S., & Ringdal, M. (2018). Person-centred care during prolonged weaning from mechanical ventilation, nurses' views: an interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 46, 32-37.
- GPCC – Centrum för personcentrerad vård. (2022). *Tillsammans för en bättre vård*. [https://www.gu.se/sites/default/files/2022-04/PDF%20Korrektur\\_GPCC\\_broschyr\\_SV\\_220401.pdf](https://www.gu.se/sites/default/files/2022-04/PDF%20Korrektur_GPCC_broschyr_SV_220401.pdf)
- Cederwall, C.-J., Olausson, S., Rose, L., Naredi, S. & Ringdal, M. (2017). Person-centred care during prolonged weaning from mechanical ventilation, nurses' views: an interview study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 46, 32–37. doi: 10.1016/j.iccn.2017.11.004
- Dalen, M. (2007). *Intervju som metod*. Gleerups Utbildning AB.
- Deci, E & Ryan, R. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Denscombe, M. (2014). *The Good Research Guide: For Small Scale Social Research Projects*. (5 uppl.) Open University Press.

- Edvarsson, D. (2009) Balancing between being a person and being a patient-A qualitative study of wearing patient clothing. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 4-11. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.08.008.
- Ejlertsson, G. (2019). *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. (4 uppl.) Studentlitteratur. Lund.
- Ekman, I., Norberg, A., Kristensson-Uggla, B., Swedberg, K., Lindström-Kjellberg, I. (2014). *Personcentrering i hälso- och sjukvård : från filosofi till praktik*. Liber.
- Europeiska kommissionen. (2010). *EU:s handikappstrategi 2010–2020: Nya åtgärder för ett hinderfritt samhälle i EU*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0636&from=SL>
- Forskningsetiska delegationen. (2023). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankor om avvikelser från den i Finland*. [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-04/Forskningsetiska\\_delegationens\\_GVP-anvisning\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-04/Forskningsetiska_delegationens_GVP-anvisning_2023.pdf)
- Fejes, A. & Thornberg, R. (2019). Kvalitativ forskning och kvalitativ analys. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.) *Handbok i kvalitativ analys*. (s.16–43). Liber.
- Granheim, U.H & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär M, Höglund-Nilsson B (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3. uppl.) (s.179-195). Studentlitteratur.
- Granlund, M. (2013). Participation – challenges in conceptualization, measurement and intervention. *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 470-473. doi:10.1111/cch.12080.
- Greene, J. (2007). Mixed methods in social inquiry. *Journal of Mixed Methods Research*, 2(2). doi:10.1177/1558689807314013.
- Haahtela, R. (2024). Personlig kommunikation [E-post]. 11.2.2024.
- Hintikka, K. *Kenelle sisältöä tehdään. Teoksessa ABC-digi. Sisällöntuottajan käsikirja*. 2001. Opetusministeriö. Edita.
- Imms, C., Aidar, B., Keen, D., Ullenhag, A., Rosenbaum, P., & Granlund, M. (2016). ‘Participation’: a systematic review of language, definitions, and constructs used in intervention research with children with disabilities. *Developmental medicine and child neurology*, 58(1), 29-38. doi: 10.1111/dmcn.12932.
- Imms, C., & Granlund, M. (2014). Participation: Are we there yet..., *Australian Occupational Therapy Journal*, 61, 291-292.
- InterRAI. (26.3.2024). Comprehensive Assessment Instruments. <https://interrai.org/>.
- Isola, A-M., Kaartinen, H., Leemann, L., Lääperi, R., Schneider, T., Valtari, S., Keto-Tokoi, A. (2017) Mitä osallisuus on? Osallisuuden viittekehystä rakentamassa. *Työpaperi*, 33, 1-

67. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN\\_ISBN\\_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Jacobsen, D. (2012). *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Studentlitteratur.
- Kemppainen, E. (2011). *Esteetön yhteiskunta YK:n keinoin. Yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista*. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79909/e31dbd7f-b5d8-4aea-a330-a9532221c1e6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3 uppl.) Studentlitteratur.
- Kosunen, E. (2023). Personlig kommunikation [Intervju]. 11.10.2022.
- McCormack, B. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Leading Global Nursing Research*, 56 (5), 472-479. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- Molin, M. (2004). Delaktighet inom handikappområdet – en begreppsanalys. I: Gustavsson, Anders (red.) *Delaktighetens språk*. (s. 61-81). Studentlitteratur.
- Moore, N. (2000). *How to do research : the complete guide to designing and managing research projects*. (3 uppl.) Library Association Publishing.
- Noble, H. & Heale, R. (2019) Triangulation in Research. Guide, Types, Examples. *Evidence-Based Nursing*, 22(3), 67-68. file:///C:/Users/vs066336/Downloads/Triangulation.pdf. doi: 10.1136/ebnurs-2019-103145
- Raisoft. (26 mars 2024). *Vaikeavammaisten asumispalvelut – interRAI CHA-VAP*. <https://www.raisoft.com/fi/arviointivalineet/valineet/vaikeavammaisten-asumispalvelut-interrai-cha-vap.html>
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another*. The University of Chicago Press.
- Rosengren, Å., Söderström, E., Cederberg, A., Brantberg-Ahlfors, B., & Sigfrids, I. (2019). Socionomstuderandes förståelse av begreppet delaktighet. *Sosiaalipedagoginen aikakauskirja*, 20, 37-59. doi:10.30675/sa.70239
- Rönneikkö, J., Finne-Soveri, H., Mäkelä, M., & Jämsen, E. (2022). RAI-arviointijärjestelmä - mitä hyötyä lääkärille? *Suomen lääkärilehti*, 77 (35-36), 1429-1432.
- Scammon, D. L., Tomoia-Cotisel, A., Day, R. L., Day, J., Kim, J., Waitzman, N. J., Farrell, T. W. & Magill, M. K. (2013). Connecting the Dots and Merging Meaning: Using Mixed Methods to Study Primary Care Delivery Transformation. *Health Services Research*, 48, 2181-2207.
- Seppänen-Järvelä, R., Åkerblad, L., & Haapakoski, K. (2019). Monimenetelmällisen tutkimuksen integroivat strategiat. *Yhteiskunta-politiikka*, 84(3), 332-339. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138276/YP1903\\_Seppanen-Jarvelaym.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138276/YP1903_Seppanen-Jarvelaym.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård*.  
<https://swenurse.se/download/18.21c1e38d1759774592615393/1605100833382/Personcentrerad%20v%C3%A5rd.pdf>
- Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet och Dietisternas Riksförbund. (2019). *Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård*.  
<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/personcentrerad%20v%C3%A5rd%202019.pdf>
- Sihvo, S., Isola, A-M., Kivipelto, M., Linnanmäki, E., Lyytikäinen, M. & Sainio, S. (2018). *Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli*. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita, 16/2018). Sosiaali- ja terveysministeriö. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160828/STM\\_r1618\\_Asiakkaiden%20osallistumisen%20toimintamalli.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160828/STM_r1618_Asiakkaiden%20osallistumisen%20toimintamalli.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Socialstyrelsen. (2024). *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Världshälsoorganisationen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sha-repoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2024-2-8921.pdf>
- Taylor, R. (2017). *Kielhofner's Model Of Human Occupation: Theory And Application*. (5 uppl.) Wolters Kluwer.
- Ten Have, P. (27 februari 2014). *Reflections on transcriptions*. <http://www.paulten-have.nl/Transcription-rv2.pdf>.
- THL – Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (2023a). *Osallisuuden osa-alueet ja osallisuuden edistämisen periaatteet*. <https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/osallisuuden-osa-alueet-ja-osallisuuden-edistamisen-periaatteet>
- THL – Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (29 april 2023b). *Vammaispalvelujen käsikirja*. <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja>
- THL – Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (2022). *Vad är funktionsförmåga?*. <https://thl.fi/sv/web/funktionsformagan/vad-ar-funktionsformaga>.
- THL – Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (2024). *Handbok för främjare av delaktighet*. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/148360/URN\\_ISBN\\_978-952-408-265-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/148360/URN_ISBN_978-952-408-265-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Törnudd, A. (1913). Den pragmatiska metoden. *Finsk Tidskrift*, 2, 253-269.
- Validia. (3 juni 2023). *Validia on kehittänyt RAI-toimintakykyarvioinnin vammaispalveluihin*. <https://validia.fi/validia-on-kehittanyt-rai-toimintakykyarvioinnin-vammaispalveluihin/>.
- Vehkalahti, K. (2014). *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Finn Lecturan. doi: 10.31885/9789515149817.

- Vuorilampi, S. (2023). Personlig kommunikation [Intervju]. 1.2.2023, 26.5.2023.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2018). *Från mottagare till medskapare Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård.*  
file:///C:/Users/vs066336/Downloads/Rapport-2018-08-Fr%C3%A5n-mottagare-till-medskapare.pdf
- Vårdförbundet. (2015). *Vad alla behöver veta om personcentrerad vård. En skrift från vårdförbundet om hur vården kan bli bättre, smartare och säkrare.* <https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-varden-bättre/vad-alla-behoover-veta-om-personcentrerad-varld.pdf>
- Wisdom, P., Cavaleri, M., Onwuegbuzie, A., Green, C. (2012). Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed methods health services research articles. *Health Services Research*, 47(2), 721-45. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01344.x.

# Bilagor

Bilaga 1: Informationsbrev till respondenterna

## Tiedote osallistujille

Pyydämme teitä osallistumaan Validian kehittämistyöhön, joka toteutetaan osana opiskelija Heidi Abrahamssonin ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen suuntautumisessa. Tutustukaa tähän tiedotteeseen huolellisesti.

Olette valittu tutkimukseen, koska olette osallistunut RAI-arviointiin Validiassa. Olette myös olleet mukana RAI-pilotointiprojektissa vuonna 2022, missä tavoitteena oli kehittää RAI-arvioinnin välineen soveltuvuutta erityisesti vammaispalveluihin.

### **Tutkimuksen tarkoitus:**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella osallistumista RAI-arviointiin Validiassa. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten Validian asiakkaat asumispalveluissa kokevat RAI-arvioinnit ja miten he ovat itse osallistuneet arviointiin. Tutkimukseen voivat osallistua ne asiakkaat, jotka osallistuivat RAI-arviointiin pilottivaiheessa vuonna 2022.

### **Tutkimuksen kulku:**

Olette saaneet tämän tiedotteen sekä suullisen alkuinformaation tutkimuksesta. Kyselylomaketta ei voi täyttää ennen kuin olette hyväksyneet osallistumisen. Kun olette lue-  
nut tiedotteen loppuun, voitte hyväksyä osallistumisenne siirtymällä kyselyyn linkin avulla ja antaa arvokkaan panoksenne tutkimukseen. Hyväksytyänne osallistumisen siirrytte automaattisesti kyselyn kysymysosoon. Kaikilla osallistujilla on mahdollisuus saada tukea vastataksenne kyselykysymyksiin Validian henkilökunnalta, ja tarvittaessa voitte käyttää myös tulkkipalveluita.

Voitte antaa kyselyvastauksia 20.11.2023 alkaen, ja kyselylomake sulkeutuu 4.12.2023. Voitte antaa kyselyvastauksia 29.1.2024 alkaen, ja kyselylomake sulkeutuu 10.3.2024.

Tiedotteen lopussa on tutkijan yhteystiedot, joihin voitte ottaa yhteyttä tutkimukseen osallistumisen mahdollistamiseksi sekä lisäinformaation saamiseksi. Tutkimus käynnistyi talvella 2022 ja päättyy keväällä 2024.

### **Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit:**

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole välitöntä hyötyä teille, mutta osallistumisenne kautta voimme hankkia arvokasta tietoa asiakkaiden kokemuksista RAI-arvioinnissa. Samalla voimme tunnistaa keinoja ja menetelmiä, jotka tukevat osallisuutta. Nämä keinot voivat edistää yhteistyötämme ja vahvistaa asiakkaiden osallisuutta RAI-arvioinnin prosessissa tulevaisuudessa.

**Vapaaehtoisuus:**

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja teillä on mahdollisuus keskeyttää osallistumisenne missä vaiheessa tahansa. Mikäli päätätte peruuttaa osallistumisenne, tietojanne ei käytetä tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta saamiinne palveluihin Validiassa.

**Luottamuksellisuus:**

Kaikki tutkimuksessa kerätty aineisto käsitellään anonyymisti, siten että teistä ei voi tallentua tunnistetietoja. GDPR:n (yleisen tietosuojasetuksen) ohjeita ja määräyksiä noudatetaan. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen jälkeen.

**Tutkimustuloksista tiedottaminen:**

Tutkimuksen tulokset tullaan julkistamaan kirjallisessa muodossa. Tutkimustuloksista tullaan myös raportoimaan sisäisesti Validiassa syksyllä 2024.

Helmi- maaliskuussa 2024 tulemme suorittamaan haastatteluja samasta aiheesta. Haastattelut toteutetaan Turun alueella, ja mikäli olette kiinnostuneet osallistumaan haastattelutilaisuuksiin, voitte ilmoittaa kiinnostuksestanne yksikön esihenkilölle. Jatko-haastattelut toteutetaan jatkokysymysten ja tarkemman tiedon saamiseksi siitä, mitä asiakkaat itse ajattelevat osallisuudestaan RAI-arvioinnissa. Näiden haastattelujen tavoitteena on syventää tietoa ja saada lisää näkökulmia osallistumiskokemuksista.

**Lisätiedot:**

Voitte tarvittaessa olla yhteydessä ja esittää tutkimukseen liittyviä kysymyksiä:

Tutkija Heidi Abrahamsson

Kehityspäällikkö Sari Vuorilampi

Ohjaaja Heikki Paakkonen, yliopettaja

Suurkiitos etukäteen osallistumisestanne tutkimukseen!

Ystävällisin terveisin ja avusta kiittäen, Heidi Abrahamsson

Klikatkaa alla olevaa linkkiä hyväksyäksenne osallistumisenne ja siirtyäksenne kyselyyn antaaksenne arvokkaan panoksenne tutkimukseen:

<https://link.webpolsurveys.com/S/4E2AD0D4759B8E1D>

Bilaga 2: P minnelse, informationsbrev till respondenterna

**Pyydämme teitä osallistumaan Validian kehittämistyöhön, joka toteutetaan osana opiskelija Heidi Abrahamssonin ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen suuntautumisessa**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella osallistumista RAI-arviointiin Validiassa. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten Validian asiakkaat asumispalveluissa kokevat RAI-arvioinnit ja miten asiakkaat ovat osallistuneet arviointiin.

Osallistumisenne kautta voimme hankkia arvokasta tietoa asiakkaiden kokemuksista RAI-arvioinnissa. Samalla voimme tunnistaa keinoja ja menetelmiä, jotka tukevat osallisuutta. Nämä keinot voivat edistää yhteistyötämme ja vahvistaa asiakkaiden osallisuutta RAI-arvioinnin prosessissa.

Kaikilla osallistujilla on mahdollisuus saada tukea vastataksenne kyselykysymyksiin Validian henkilökunnalta, ja tarvittaessa voitte k ytt   myös tulkkipalveluita.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta saamiinne palveluihin Validiassa.

Tiedotteen lopussa on tutkijan yhteystiedot, joihin voitte ottaa yhteyttä tutkimukseen osallistumisen mahdollistamiseksi sekä lisäinformaation saamiseksi.

Voitte tarvittaessa olla yhteydessä ja esittää tutkimukseen liittyviä kysymyksiä:

Tutkija Heidi Abrahamsson

Kehityspäällikkö Sari Vuorilampi

Ohjaaja Heikki Paakkonen, yliopettajia

Kyselylomake on auki vielä koko ensi viikolla, ja sulkeutuu maanantaina 18.12.2023

Kyselylomake on auki vielä koko ensi viikolla, ja sulkeutuu sunnuntaina 10.3.2024

Suuret kiitokset etukäteen osallistumisestanne tutkimukseen!

QR-koodin avulla pääsette kätevästi vastaamaan kyselylomakkeeseen:



tai linkin kautta: <https://link.webpolsurveys.com/S/4E2AD0D4759B8E1D>

## Bilaga 3: Frågeformulär i Webropol

### 1. Taustatiedot:

Missä Validia talossa asut:

Syntymävuosi:

Sukupuoli:

*Vastausvaihtoehdot: mies, nainen tai muu sukupuoli*

RAI (Resident Assessment Instrument) on laaja arviointityökalu, jota käytetään terveydenhuollossa, erityisesti pitkäaikaishoidossa olevien asiakkaiden tilan arvioinnissa. Se on suunniteltu auttamaan terveydenhuollon ammattilaisia arvioidaan asiakkaiden terveydentilaa, toimintakykyä ja hoitoon tarvittavia resursseja. RAI-arvioinnissa käytetään standardoituja kysymyksiä ja mittareita, ja se kattaa useita eri osa-alueita, kuten terveys, toimintakyky, mieliala ja sosiaalinen tuki. Tämä arviointi auttaa terveydenhuollon ammattilaisia suunnittelemaan yksilöllistä hoitoa ja varmistamaan asiakkaan tarvitseman tuen. (THL, 2023)

### 2. Alkukysymykset:

Saitko tietoa RAI arvioinnista ja sen tekemisestä?

*Vastausvaihtoehdot: kyllä, ei, en tiedä*

Saitko valita, osallistutko RAI arviontiin?

*Vastausvaihtoehdot: kyllä, ei, en tiedä*

RAI arvioinnin kysymykset olivat helppoja ymmärtää?

*Vastausvaihtoehdot: täysin sama mieltä, jokseenkin sama mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä.*

### 3. Henkilön vaikutus osallistumiseensa ja sitoutumiseensa RAI-arvioinnissa:

Oletko osallistunut aktiivisesti, tietoisesti ja sitoutuneesti sekä antanut tietoa ja vastauksia viimeisimpään RAI-arviointiisi?

*Vastausvaihtoehdot: täysin sama mieltä, jokseenkin sama mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä.*

Koen että olen pyrkinyt vaikuttamaan ja osallistumaan arviointiprosessiin?

*Vastausvaihtoehdot: täysin sama mieltä, jokseenkin sama mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä.*

Koen että olen saanut sanoa mielipiteeni ja vaikuttaa päätöksiin arviointiprosessissa?

*Vastausvaihtoehdot: täysin sama mieltä, jokseenkin sama mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä*

#### **4. Ympäristön vaikutus RAI-arvioinnin toteutukseen:**

Onko sosiaalinen verkostosi tai perheesi ollut tukena ja vaikuttanut osallistumiseesi RAI-arviointiin?

*Vastausvaihtoehdot: täysin sama mieltä, jokseenkin sama mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä.*

Onko hoitohenkilökunta edistänyt osallistumistasi arviointiprosessiin?

*Vastausvaihtoehdot: kyllä, ei, en tiedä*

Koitko, että sinulla oli riittävästi aikaa vastata kaikkiin RAI-arvioinnin kysymyksiin?

*Vastausvaihtoehdot: täysin sama mieltä, jokseenkin sama mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä.*

Kerro omin sanoin, millainen oli RAI-arviointitilanteesi?

*(avoin kysymys)*

#### **5. RAI-arvioinnin tulosten huomioiminen henkilön arjessa:**

Onko RAI-arvioinnin tulokset otettu huomioon henkilökohtaisen hoitosuunnitelmasi muotoilussa?

*Vastausvaihtoehdot: täysin sama mieltä, jokseenkin sama mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä.*

Onko tukiverkostosi otettu mukaan suunnittelemaan ja toteuttamaan toimenpiteitä RAI-arvioinnin perusteella?

*Vastausvaihtoehdot: täysin sama mieltä, jokseenkin sama mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä.*

Olen huomannut RAI-arvioinnin ja sen toteuttamisen seuraukset arjessasi?

*Vastausvaihtoehdot: täysin sama mieltä, jokseenkin sama mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä.*

Minulla on kokemus siitä, että RAI-arvioinnin avulla henkilökunnalle on syntynyt parempi ymmärrys elämäntilanteestani?

*Vastausvaihtoehdot: täysin sama mieltä, jokseenkin sama mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä.*

Jos vastasit täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, voisitko antaa esimerkin siitä, miten henkilökunnan ymmärrys RAI-arvioinnista näkyy käytännössä arjessa? *(avoin kysymys)*

Haluatko antaa meille kehitysideoita siitä, miten RAI-arvioinnit voisivat olla vielä parempia tulevaisuudessa? Erityisesti ottaen huomioon, miten voit olla vielä aktiivisemmin mukana arvioinnissa, esimerkiksi osallistua entistä vaikuttavammin tai mitä konkreettisia keinoja voisit kuvitella lisäämään omaa osallisuuttasi RAI-arvioinnissa? *(avoin kysymys)*

## 1. Taustatiedot:

Missä Validia-talossa asut:

Syntymävuosi:

## 2. Sukupuoli

- Mies  
 Nainen  
 Muun sukupuolinen

RAI (Resident Assessment Instrument) on laaja arviointityökalu, jota käytetään terveydenhuollossa, erityisesti pitkäaikaishoidossa olevien asiakkaiden tilan arvioinnissa. Se on suunniteltu auttamaan terveydenhuollon ammattilaisia arvioimaan asiakkaiden terveydentilaa, toimintakykyä ja hoitoon tarvittavia resursseja. RAI-arvioinnissa käytetään standardoituja kysymyksiä ja mittareita, ja se kattaa useita eri osa-alueita, kuten terveys, toimintakyky, mieliala ja sosiaalinen tuki. Tämä arviointi auttaa terveydenhuollon ammattilaisia suunnittelemaan yksilöllistä hoitoa ja varmistamaan asiakkaan tarvitseman tuen. (THL 2023)

## 3. Alkukysymykset:

	Kyllä	Ei	En tiedä
Saitko tietoa RAI arvioinnista ja sen tekemisestä?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saitko valita, osallistutko RAI arviontiin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 4. Alkukysymykset:

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
RAI arvioinnin kysymykset olivat helppoja ymmärtää?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 5. Henkilön vaikutus osallistumiseensa ja sitoutumiseensa RAI-arvioinnissa:

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Oletko osallistunut aktiivisesti, tietoisesti ja sitoutuneesti sekä antanut tietoa ja vastauksia viimeisimpään RAI-arviointiisi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen että olen pyrkinyt vaikuttamaan ja osallistumaan arviointiprosessiin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen että olen saanut sanoa mielipiteeni ja vaikuttaa päätöksiin arviointiprosessissa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onko sosiaalinen verkostosi tai perheesi ollut tukena ja vaikuttanut osallistumiseesi RAI-arviointiin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koitko, että sinulla oli riittävästi aikaa vastata kaikkiin RAI-arvioinnin kysymyksiin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 6. Onko hoitohenkilökunta edistänyt osallistumistasi arviointiprosessiin?

- Kyllä
- Ei
- En tiedä

## 7. Kerro omin sanoin, millainen oli RAI-arviointitilanteesi?

## 8. RAI-arvioinnin tulosten huomioiminen henkilön arjessa:

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Onko RAI-arvioinnin tulokset otettu huomioon henkilökohtaisen hoitosuunnitelmasi muotoilussa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onko tukiverkostosi otettu mukaan suunnittelemaan ja toteuttamaan toimenpiteitä RAI-arvioinnin perusteella?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen huomannut RAI-arvioinnin ja sen toteuttamisen seuraukset arjessasi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulla on kokemus siitä, että RAI-arvioinnin avulla henkilökunnalle on syntynyt parempi ymmärrys elämäntilanteestani?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 9. Jos vastasit täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, voisitko antaa esimerkin siitä, miten henkilökunnan ymmärrys RAI-arvioinnista näkyy käytännössä arjessa?

## 10. Haluatko antaa meille kehitysideoita siitä, miten RAI-arvioinnit voisivat olla vielä parempia tulevaisuudessa? Erityisesti ottaen huomioon, miten voit olla vielä aktiivisemmin mukana arvioinnissa, esimerkiksi osallistua entistä vaikuttavammin tai mitä konkreettisia keinoja voisit kuvitella lisäämään omaa osallisuuttasi RAI-arvioinnissa?

Edellinen

Lähetä

## Bilaga 4: Semistrukturerad intervjuguide

Intervjuguide / Haastatteluopas:

2024

Inledning och introduktion / Johdanto ja esittely:

Hälsning och presentation / Tervehdys ja esittely

Klargör syftet med studien och betydelsen av deltagarens erfarenheter / Selitä tutkimuksen tarkoitus ja osallistujien kokemusten merkitys

Tystnadsplikt, samtycke etc. / Vaitiolovelvollisuus, suostumus jne.

Fråga samtycke för inspelning / Kysy suostumusta tallennukseen

Det finns inga rätt/fel svar / Ei ole oikeita tai väärä vastauksia

### **Bakgrundsinformation / Taustatiedot:**

Grundläggande demografiska uppgifter (ålder, kön, enhet på Validia) / Perustiedot (ikä, sukupuoli, Validian yksikkö)

Utforska deltagarens tidigare erfarenheter av RAI-bedömningar / Tutki osallistujan aiempia kokemuksia RAI-arvioinneista

Hur upplevde du frågorna i RAI-bedömningen? Var de lätta att förstå, och fick du tillräckligt med tid för att svara på frågorna? / Miten koit RAI-arvioinnin kysymykset? Oliko ne helppoja ymmärtää? Oliko sinulla riittävästi aikaa vastata niihin?

### **Delaktighet och engagemang i RAI-bedömningen / Osallistuminen ja sitoutuminen RAI-arviointiin:**

Hur har du personligen påverkat din delaktighet i RAI-bedömningsprocessen? / Miten olet henkilökohtaisesti vaikuttanut osallistumiseesi RAI-arvioinnissa?

Kan du dela med dig av exempel där du har varit engagerad och känt dig delaktig i RAI-bedömningsprocessen? Voisitko jakaa esimerkkejä tilanteista, joissa olet ollut mukana ja tuntenut osallisuutta RAI-arviointiprosessissa?

Kan du dela med dig av exempel där du varit engagerad i beslutsfattandet kring din egen vård? / Voitko jakaa esimerkkejä, joissa olet ollut osallistunut päätöksentekoon omasta hoidostasi?

### **Omgivningens påverkan / Ympäristön vaikutus:**

Hur har omgivningen, inklusive vårdpersonal och eventuell anhörig, påverkat genomförandet av RAI-bedömningen? / Miten ympäristö, mukaan lukien hoito-henkilökunta ja mahdolliset läheiset, ovat vaikuttaneet RAI-arvioinnin toteuttamiseen?

Skulle du önskat att en anhörig varit med dig vid själva bedömningsituationen? Varför och på vilket vis?/ Olisitko toivonut, että läheisesi olisi ollut mukana arviointitilanteessa? Miksi ja millä tavalla?

Finns det särskilda sätt som stöd från omgivningen har bidragit till eller möjligtvis hindrat din delaktighet i bedömningsprocessen? / Onko erityisiä tapoja, joilla ympäristön tuki on edistänyt tai mahdollisesti estänyt osallistumistasi arviointiprosessissa?

Hurdan var själva bedömningsituationen? Kände du att du fick tillräckligt med tid?/ Miten itse arviointitilanne koettiin? Tunsitko, että sinulla oli tarpeeksi aikaa?

### **Uppmärksamhet på resultaten i vardagen / Huomio päivittäisen elämän tuloksiin:**

På vilket sätt har resultaten från RAI-bedömningen diskuterats och integrerats i din vardag? / Miten RAI-arvioinnin tulokset on viestitty ja integroitu arkeesi?

Upplever du förändringar i din dagliga vård efter RAI bedömningen?/ Upplever du förändringar i din dagliga vård efter RAI-bedömningen?

Kan du berätta om hur du upplever att RAI-bedömningen har påverkat den vård och det stöd du erhåller i ditt dagliga liv? / Voitko kertoa, miten koet RAI-arvioinnin vaikuttaneen saamaasi hoitoon ja tukeen päivittäisessä elämässäsi?

### **Eventuella förbättringsförslag / Mahdolliset parannusehdot:**

Finns det några områden där du tycker att delaktigheten i RAI-bedömningen kan förbättras? / Onko alueita, joilla mielestäsi osallistumisesta RAI-arvioinnissa voisi parantaa?

Har du några förslag på hur processen kan göras mer personcentrerad? / Onko sinulla ehdotuksia siitä, miten prosessia voitaisiin tehdä henkilökeskeisemmäksi?

### **Avslutning / Päätös:**

Tacka för deltagandet och informera om resultatpresentationen / Kiitä osallistumisesta ja kerro tulosten esittämisestä.

Erbjud möjlighet för deltagaren att dela ytterligare tankar eller erfarenheter / Tarjoa mahdollisuus jakaa lisää ajatuksia tai kokemuksia.

## Bilaga 5: Bilaga till intervjuguiden

### Bilaga till intervjuguiden

Svåra ord med enklare förklaringar på finska:

Insamlingsmetod / Tietojenkeräystapa: Tapa, jolla tietoa kerätään

Semistrukturerad / Puolirakenteinen: Haastattelu, jossa on valmiiksi suunniteltuja kysymyksiä, mutta jossa on myös tilaa vapaalle keskustelulle

Betydelse / Merkitys: Jotakin tärkeää tai merkittävää

Tystnadsplikt / Vaitiolovelvollisuus: Velvollisuus olla paljastamatta tietoja tai salaisuuksia

Samtycke / Suostumus: Hyväksyntä tai lupa jollekin

Demografiska / Demografiset: Tietoa väestön rakenteesta, kuten ikä, sukupuoli ja asuinpaikka

Erfarenheter / Kokemukset: Elämän tapahtumia tai kokemuksia

Deltagare / Osallistuja: Henkilö, joka osallistuu tutkimukseen, kyselyyn tai toimintaan

Upplevelse / Kokemus: Jonkin asian herättämiä tunteita, ajatuksia tai kokemuksia

Delaktighet / Osallistuminen: että olet mukana tai osallistut johonkin. Se voi olla esimerkiksi se, kun teet jotain tai olet mukana jossakin toiminnassa. Sitoutuminen taas tarkoittaa, että olet omistautunut tai sitoudut johonkin tekemiseen tai tavoitteeseen.

Beslutsfattande / Päätöksenteko: Prosessi, jolla valitaan tai päätetään, mitä tehdä

Anhörig / Läheinen: Henkilö, joka on tärkeä tai lähellä toista henkilöä, esimerkiksi perheenjäsen tai ystävä

Integration / Integraatio: Erilaiset asiat tai osat yhdistetään yhteen, jotta ne toimivat yhdessä paremmin.

Integrerats / Integroitu: Jotain on liitetty tai yhdistetty toiseen asiaan tai kokonaisuuteen. Se voi olla esimerkiksi erilaisten asioiden yhdistämistä yhdeksi suuremmaksi ja toimivaksi kokonaisuudeksi.

Förändringar / Muutokset: Muutoksia tai säätöjä, jotka tapahtuvat ajan myötä

Stöd / Tuki: Apua tai tukea, jota annetaan jollekin, joka sitä tarvitsee

Förbättringsförslag / Parannusehdotus: Idea tai ehdotus siitä, miten jotain voidaan parantaa

Personcentrerad / Henkilökeskeinen: Keskittyminen yksilön tarpeisiin ja toiveisiin

Avslutning / Lopetus: Viimeinen vaihe tai jonkin loppu

## Bilaga 6: Samtyckesblankett

### Samtycke till behandlingen av personuppgifter i studien om kundernas upplevelse och delaktighet i RAI-bedömningar i Validia

### Suostumus henkilötietojen käsittelyyn Validian RAI-arviointien asiakaskokemusta ja osallistumista koskevassa tutkimuksessa

Jag har blivit ombedd att delta i den studie som identifierats ovanför. Minua on pyydetty osallistumaan edellä mainittuun tutkimukseen.

Riktlinjer och bestämmelserna för GDPR (Dataskyddsförordningen) följs under den här intervjun. Era personuppgifter behandlas enligt dessa riktlinjer och används enbart för forskningsändamål.

Tämän haastattelun aikana noudatetaan GDPR:n (Yleisen tietosuojasetuksen) ohjeita ja määräyksiä. Henkilötietojanne käsitellään näiden ohjeiden mukaisesti ja ainoastaan tutkimustarkoituksiin.

Jag har fått tillräcklig information om studien och behandlingen av mina personuppgifter, jag förstår informationen och har haft möjlighet att få mina frågor besvarade.

Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta ja henkilötietojeni käsittelystä, ymmärrän tiedon ja minulle on annettu mahdollisuus kysymysteni esittämiseen.

Ja  Kyllä                      Nej  Ei

Jag förstår att deltagandet i studien är frivilligt och att jag har rätt att vägra att delta och rätt att när som helst och utan att ange någon anledning återkalla mitt samtycke. Återkallelsen resulterar inte i några negativa konsekvenser för mig. De anonyma uppgifter som har samlats in från eller om mig fram tills återkallelsen kan fortfarande användas i studien.

Ymmärrän, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä osallistumasta ja oikeus peruuttaa suostumukseni milloin tahansa ilman, että minun tarvitsee ilmoittaa syytä. Peruutus ei vaikuta minuun kielteisesti. Ennen peruutusta kerätyt anonymisoidut tiedot minusta tai minusta voidaan edelleen käyttää tutkimuksessa.

Ja  Kyllä                      Nej  Ei

Jag samtycker till att intervjun med mig bandas in för studieändamålet. Bandningarna är bearbetade på det sättet att jag inte kan identifieras i dem.

Suostun siihen, että haastatteluni nauhoitetaan tutkimustarkoituksiin. Nauhoitukset käsitellään siten, että minua ei voi tunnistaa niistä.

Ja  Kyllä                      Nej  Ei

Jag förstår att de uppgifter som jag har tillhandahållit under studien kan användas som anonymiserade uttalanden i avhandlingen. Min identitet som enskild respondent avslöjas inte i avhandlingen eller andra forskningsresultat som publiceras.

Ymmärrän, että tutkimuksessa antamiani tietoja voidaan käyttää anonymisoituina lausuntoina opinnäytetyössä. Henkilöllisyyttäni yksittäisenä vastaajana ei paljasteta opinnäytetyössä tai muissa julkaistavissa tutkimustuloksissa.

Ja  Kyllä                      Nej  Ei

Jag samtycker till att jag kan kontaktas senare för en ytterligare studie eller uppföljningsstudie.

Suostun siihen, että minuun voidaan ottaa yhteyttä myöhemmin mahdollista lisätutkimusta tai seurantatutkimusta varten.

Ja  Kyllä                      Nej  Ei

Jag ger härmed mitt samtycke till deltagandet i studien och behandlingen av mina personuppgifter på det sätt som beskrivs i det dataskyddsmeddelande som jag har fått i skrift och elektronisk form.

Annan täten suostumukseni osallistumiseen tutkimukseen ja henkilötietojeni käsittelyyn siten kuin kirjallisessa ja sähköisessä muodossa saamassani tietosuojailmoituksessa on kuvattu.

Ja  Kyllä                      Nej  Ei

---

Underskrift och namnförtydligande  
Allekirjoitus ja nimen selvitys

---

Plats och datum  
Paikka ja päivämäärä

---

Student/opiskelija, Heidi Abrahamsson  
lundellh@arcada.fi

## Bilaga 7 : Personregisterformuläret

### Information om behandling av personuppgifter

Klientens upplevelse och delaktighet i RAI-bedömningar i Validia

Information till deltagare i enlighet med EU:s allmänna dataskyddsförordning (2016/679) artikel 13-14.

#### 1. Personuppgiftsansvarig

Student Heidi Abrahamsson är personuppgiftsansvarig.

Masterarbetet är ett beställningsarbete från företaget Validia Oy. Persondata behövs för att samla in adekvat data och information för forskningen. I detta samarbete är det studenten som bestämmer syftet, i samarbete med ansvarig lärare, med datainsamlingen och hur uppgifterna ska behandlas för att uppfylla kraven för masterarbetet. Studenten ansvarar också för att säkerställa att insamlingen och behandlingen av personuppgifterna sker i enlighet med lagar och regler för dataskydd, medan Validia Oy tillhandahåller nödvändig data och stöd för forskningsändamål.

#### 2. Kontaktperson

Forskare Heidi Abrahamsson, lundellh@arcada.fi

Utvecklingschef Validia Sari Vuorilampi, sari.vuorilampi@validia.fi

Handledare Heikki Paakkonen, Arcada, heikki.paakkonen@arcada.fi

#### 3. Beskrivning av projektet/masterarbetet och syftet med behandlingen av personuppgifter

Syftet med denna studie är att undersöka klienternas upplevelse av delaktighet i RAI-bedömningsprocessen i Validia. Studien fokuserar på att skapa en förståelse för hur delaktighet upplevs i bedömningen med hänsyn till ålder, kön och enhet, ur ett personcentrerat synsätt. Studien fokuserar på hur individen har kunnat påverka sitt deltagande och vara engagerad i RAI-bedömningen, samt hur omgivningen har påverkat genomförandet av bedömningen. I studien undersöks också hur resultaten av RAI-bedömningen uppmärksammas i klientens vardag. Data samlas in genom intervjuer och enkäter. Intervjuerna kompletterar enkätsvaren och är nödvändiga för att skapa mättnad i studien. Orsaken till insamling av personuppgifter är informanternas samtycke till att intervjun bandas in för studieändamålet samt samtycker till att eventuellt kunna kontaktas senare för ytterligare information. En samtyckesblankett ombes undertecknas av informanten vid intervjutillfället.

#### 4. Rättslig grund för behandlingen av personuppgifter

Den rättsliga grunden enligt artikel 6 i EU:s dataskyddsförordning för samlandet och behandlingen av personuppgifter är både vetenskaplig forskning och deltagarnas samtycke.

#### 5. Kategorier av personuppgifter och uppgifternas lagringstid

Personuppgifter som samlas in är: kön, ålder, vid vilken enhet de bor på och namnteckning.

I blanketten försäkras att respondenten har fått tillräcklig information om studien och behandlingen av personuppgifter samt att hen förstår informationen och har haft möjlighet att få eventuella frågor besvarade. Det beskrivs tydligt att deltagandet i studien är frivilligt och möjligheten till att återkalla samtycke samt att eventuell återkallelse inte resulterar i några negativa konsekvenser.

Orsaken till insamling av personuppgifter är samtycke till att intervjun bandas in för studieändamålet samt samtycker till att respondenterna kan kontaktas senare för en ytterligare studie eller uppföljningsstudie.

Vi vill försäkra oss om att respondenten förstår att de uppgifter som har tillhandahållit under studien kan användas som anonymiserade uttalanden i forskningen. Respondentens identitet som enskild respondent avslöjas inte i forskningen eller andra forskningsresultat som publiceras.

Personuppgifterna förstörs omedelbart när forskningen är avslutad och inte längre behövs för ändamålet för vilket de samlades in, i enlighet med gällande lagar och bestämmelser om dataskydd.

## 6. Uppgiftskällor

Valida Oy; områdeschef Eija Kosunen, Affärschef Riikka Haahtela, Utvecklingschef Sari Vuorilampi

## 7. Utlämnande av personuppgifter

Utlämnas ej.

## 8. Principer för skyddet av personuppgifter

Material som innehåller personuppgifter skyddas för att förhindra obehörig åtkomst. I elektronisk form förvaras på en arbetsdator som är lösenordskyddad. Inbandat material förvaras på en lösenordskyddad arbetstelefon. Vid analysfasen anonymiseras personuppgifterna för att ytterligare skydda integriteten hos deltagarna.

Material i pappersform förvaras i ett låst skåp i ett privat låst arbetsrum. Endast Heidi Abrahamsson har tillgång till pappersdokumenten.

## 9. Automatiserat beslutsfattande

Automatiserade beslut fattas inte.

## 10. Deltagarens rättigheter

Deltagaren har följande rättigheter:

- rätt att få information om behandlingen av personuppgifter

- rätt att få tillgång till uppgifter
- rätt att rätta uppgifter
- rätt att avlägsna uppgifter
- rätt att återkalla samtycke
- rätt att begränsa behandlingen av uppgifter
- rätt att flytta uppgifter mellan system
- rätt att tillåta automatiskt beslutsfattande (inklusive profilering) med sitt uttryckliga samtycke
- rätt att inge klagomål till dataombudsmannens byrå om hen anser att gällande dataskyddslagstiftning inte har följts vid behandlingen av personuppgifter

Deltagaren kan utöva sina rättigheter genom att kontakta kontaktpersonen eller kontaktpersonerna som anges i p. 2.