

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

2014

Marika Puustinen

OMAISHOITAJIEN VERTAISTUEN KEHITTÄMINEN



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Terveyden edistämisen koulutusohjelma

2014 | 66 + 3 liitettä (3 sivua)

Ohjaaja Ritva Laaksonen-Heikkilä

Marika Puustinen

OMAISHOITAJIEN VERTAISTUEN KEHITTÄMINEN

Läheisen ihmisen sairastuminen tai vammautuminen muuttaa elämää monella tavalla. Omaishoitajat kokevat usein vastuun läheisestään ja arjen sujumisesta kuormittavaksi. Tällöin vertaistukiryhmällä on tärkeä merkitys omaishoitajan jaksamisessa. Ryhmässä kuullaan muiden samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten omakohtaisia kokemuksia. Omaishoitajilla on myös sellaista arvokasta näkymätöntä tietoa, jota on vaikea kuvailla sanoin. Tätä tietoa kutsutaan hiljaiseksi tiedoksi. Hiljainen tieto pitää ensin kuitenkin muuttaa näkyvään muotoon mallintamisen avulla, ennen kuin sitä voidaan tehokkaasti siirtää omaishoitajalta toiselle.

Kehittämisprojektin tutkimuksellisen osion tavoitteena oli selvittää, mitä omaishoitajien vertaistuki pitää sisällään sekä tuottaa uutta tietoa vertaistuen kehittämiseen. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, voidaanko hiljainen tieto yhdistää näkyväksi osaksi vertaistukea ja miten sitä voitaisiin siirtää omaishoitajien käyttöön vertaistukiryhmätapaamisissa niin, että omaishoitajat hyötyisivät siitä.

Kehittämisprojektin aineisto kerättiin omaishoitajilta (N=8) teemahaastattelujen avulla. Aineisto analysoitiin soveltaen sisällönanalyysia. Toisessa vaiheessa kolme omaishoitajaa (n=3) haastateltiin ryhmässä uudestaan ja kysyttiin heidän ajatuksiaan haastattelujen tuloksista. Näin heillä oli vielä mahdollisuus kertoa uusia näkemyksiä hiljaisesta tiedosta, vertaistuesta sekä vertaistuen kehittämisestä.

Kehittämisprojektin tuloksena syntyi ehdotus toimintamallista, jonka avulla pyritään tehostamaan hiljaisen tiedon siirtymistä omaishoitajien vertaistukiryhmässä.

Tutkimustulosten perusteella voitiin todeta, että omaishoitajat hyötyivät vertaistuesta. Ennen ryhmään tulemistä he olivat kokeneet olevansa yksin ongelmiansa kanssa. Ryhmässä toisten kokemuksista kuuleminen oli auttanut heitä selviytymään paremmin arjesta ja nauttimaan elämästään. Arjen haasteet pystyttiin kohtaamaan paremmin, koska vertaistukiryhmässä voitiin jakaa haastavia tilanteita saman kokeneiden ihmisten kanssa.

ASIASANAT:

Omaishoitaja, vertaistuki, hiljainen tieto

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Health Promotion

2014 | 66 + 3 appendices (3 pages)

Instructor Ritva Laaksonen-Heikkilä

Marika Puustinen

THE DEVELOPMENT OF PEER SUPPORT FOR CAREGIVERS

Many people are caring their loved ones at home. Informal care always involves a life change that is caused by a family member's illness or disability. Peer support is one of the most important form of support for them. Sometimes it is best to talk to someone who knows exactly what carers are going through, because it is happening to them too. Other carers can offer kindness, sympathy, understanding and advise each other. Tacit knowledge is an important part of peer support. Tacit knowledge is personal knowledge which is formed from experience and interaction. These unconscious competencies are seen in people's actions. It is difficult to describe it in words. That is why tacit knowledge is an important part of peer support for carers.

The aim of this developing project was to find out what peer support for caregivers holds in and produces new information peer support development. The purpose of this study was to find out the significance of tacit knowledge in carers peer support groups and to find out how tacit knowledge can be a visible part of peer support.

The data was collected from caregivers (N=8) by theme interviews. Material was analyzed applying the content analysis method. In the next phase, few of the caregivers (n=3) were interviewed in a group again and was asked their thoughts about the interview results. This way they had a chance to tell new thoughts about tacit knowledge, peer support and about developing peer support.

As the result of this development project was to create a suggestion about model which improve the transfer of tacit knowledge in peer support group for caregivers.

In the basis of research results was found that caregivers benefited from peer support. Before coming to the group, they had experienced themselves alone with their problems. Hearing about the experiences of others in the group, had helped them to cope with everyday life and to enjoy it.

KEYWORDS:

Caregiver, peer support, tacit knowledge

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry	7
2.2 Kehittämiprojektin tarve	8
2.3 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoite	9
3 OMAISHOITO	11
3.1 Omaishoito Suomessa	11
3.2 Omainen hoitajana	13
3.3 Omaishoitajan tuen tarve	15
4 VERTAISTUKI	18
4.1 Vertaistuen käsite	18
4.2 Omaishoitajan vertaistuki	19
4.3 Vertaistuen tutkimuksia	21
5.1 HILJAINEN TIETO	24
5.1 Hiljaisen tiedon käsite	24
5.2 Hiljainen tieto ja eksplisiittinen tieto	25
5.3 Hiljaisen tiedon tunnistaminen ja jakaminen	27
6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS	33
6.1 Kehittämiprojektin organisaatio	33
6.2 Kehittämiprojektin eteneminen	33
7 KEHITTÄMISPROJEKTIN EMPIIRINEN OSIO	36
7.1 Tavoite ja tutkimuskysymykset	36
7.2 Aineistonkeruu, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmä	36
7.3 Aineiston analyysi	38
8 TULOKSET	39
8.1 Arjessa selviytyminen ja elämänhallinta	39
8.2 Omaishoitajien kokemukset vertaistuesta	40
8.3 Vertaistukiryhmän toiminta	43

8.4 Vertaistuen hiljainen tieto	45
8.5 Vertaistuen kehittäminen	45
9 EMPIIRISEN OSION POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	48
9.1 Luotettavuus	48
9.2 Eettiset kysymykset	49
9.3 Tulosten tarkastelua	50
10 TOIMINTAMALLI	53
11 ASiantuntijaryhmän arviointi kehittämisprojektista	57
12 Kehittämisprojektin arviointi ja jatkokehittämisideat	59
LÄHTEET	62

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelun runko

Liite 2. Esimerkki aineiston analysoimisesta

Liite 3. Tiedote omaishoitajakyselyn haastatteluun osallistuvalla

KUVIOT

Kuvio 1. SECI-malli	29
Kuvio 2. Kehittämisprojektin vaiheet	34
Kuvio 3. Toimintamalli hiljaisen tiedon siirtämisestä omaishoitajien vertaistukiryhmässä	54

1 JOHDANTO

Läheisen ihmisen vammautuminen, sairastuminen tai sairaan lapsen syntymä muuttaa elämää monella tavalla (Invalidiliitto ry 2013). Puolison tai läheisen sairastuminen saattaa herättää monenlaisia tunteita, esimerkiksi syyllisyyttä, surua, vihaa tai luopumisen tunteita. Läheisen ollessa kotihoidossa voi omaishoitaja tuntea olonsa yksinäiseksi ja eristäytyneeksi. Ystävät ovat saattaneet etäännyä ja oma aika on käynyt vähiin. Tällöin samassa tilanteessa olevien ihmisten tuki on hyvin tärkeää. (Kalliomaa 2012.)

Vertaistukiryhmät ovat hyvä keino löytää ratkaisumalleja ja vinkkejä elämään ja arkeen. Omaishoitaja pystyy hahmottamaan oman roolinsa paremmin kuulemalla toisten samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien kokemuksia. Henkisen tuen saaminen on myös hyvin tärkeää. Ryhmässä omaishoitajalle tarjotaan mahdollisuus oppia käsittelemään erilaisia tunteita ja ajatuksia, joita on muuten vaikea ilmaista tai muuttaa sanoiksi. (Viitanen & Purhonen 2010, 171–175.)

Omaishoitajien vertaistukiryhmätoiminnan kehittäminen ei tulisi olla yksistään kolmannen sektorin varassa. Julkisen sektorin tulisi myös osallistua kehittämiseen. Vertaistukiryhmätoiminta on kehittämisen arvoinen asia, koska se tukee omaishoitajien jaksamista sekä parantaa omaishoitajien ja omaishoidettavien elämänlaatua. (Viitanen & Purhonen 2010, 175–176.)

Vertaistuki on käytännön kokemusten ja hiljaisen tiedon jakamista. Hiljaista tietoa ei voida kuvata sanallisesti, mutta mallintamisen avulla se voidaan ottaa tehokkaammin näkyväksi osaksi vertaistukiryhmän tapaamisia.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena on kuvata omaishoitajien kokemuksia vertaistukiryhmässä sekä selvittää, mitä omaishoitajien vertaistuki pitää sisällään. Tavoitteena on kehittää omaishoitajien vertaistukea. Projektin lopputuotoksena syntyy ehdotus toimintamallista, jonka avulla pyritään tehostamaan hiljaisen tiedon siirtymistä omaishoitajien vertaistukiryhmässä.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry

Omaishoitajat ja Läheiset – liitto ry perustettiin vuonna 1991. Liitto on omaishoitajien ja heidän läheistensä edunvalvonta- ja tukijärjestö. Sen tarkoituksena on toimia asiantuntijana omaistaan hoitavien yhteiskunnallisen aseman parantamiseksi sekä tukea erilaisin tavoin omaishoitotilanteessa eläviä henkilöitä paikallisella ja valtakunnallisella tasolla. Omaishoitajat ja Läheiset – liittoon kuuluu 71 alueellista Omaishoitajat ja Läheiset – yhdistystä. Jäseniä yhdistyksissä oli vuonna 2012 yhteensä lähes 10 000. (Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry 2012, 9; Viitanen & Purhonen 2010, 165; Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 140.)

Omaishoitajat ja Läheiset – liiton tehtäviin kuuluu mm. lakialoitteet, lausuntojen antaminen, valtakunnalliseen suunnitteluun ja päätöksentekoon osallistuminen omaishoittoon liittyvissä kysymyksissä sekä omaishoitajien tukitoiminnan toteuttamisen ja laadun seuraaminen. Lisäksi liitto tarjoaa jäsenilleen valtakunnallisella tasolla ohjausta, neuvontaa sekä ongelmatilanteissa myös lakiapua. Yhteistyötahoina toimivat mm. omaishoitajayhdistykset, kunnat ja valtiovalta sekä muut järjestöt ja sidosryhmät. (Viitanen & Purhonen 2010, 165–166.)

Omaishoitajat ja Läheiset – liiton paikallisyhdistykset toteuttavat omaishoitajia tukevaa toimintaa. Paikallisyhdistysten yhteistyötahoina toimivat kunnat, seurakunnat, oppilaitokset ja muut järjestöt. Yhdistykset pyrkivät toiminnallaan vaikuttamaan omaishoitajien asemaan. Heidän tarkoituksensa on tuoda esille omaishoitajien näkemyksiä ja toiveita päätöksenteon tasolle. (Viitanen & Purhonen 2010, 167.)

Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n perustehtävänä on toimia omaishoitoperheiden, vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden aseman parantamiseksi ja tukemiseksi sekä kehittää palveluita ja tukitoimia. Yhdistys

pyrkii parantamaan omaishoitajien jaksamista, lisäämään heidän omaa aikaansa sekä ehkäisemään syrjäytymistä tarjoamalla omaishoitoperheille esimerkiksi koulutusta, erilaisia virkistätymistilaisuuksia ja vertaistukiryhmätoimintaa. (Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry 2012, 3-4.)

Yhdistys perusti vuonna 2005 Turun Seudun Omaishoitokeskuksen, joka tarjoaa arkipäivisin päivätoimintaa omaishoidettaville. Päivätoiminnan lähtökohtina ovat asiakaslähtöisyys, yhteisöllisyys, kodinomaisuus, liikunta ja aktivoiva kerhotoiminta. Omaishoitokeskus tarjoaa samaan aikaan omaishoitajille koulutusta, luentoja sekä erilaisia virkistätymistapahtumia. Ajatuksena on, että sillä aikaa kun omaishoitokeskus huolehtii omaishoidettavista, voivat omaishoitajat osallistua erilaisiin tapahtumiin, esimerkiksi vertaistukiryhmätoimintaan. (Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry 2012, 5-6; Havula 2014, 7.)

Omaishoitokeskuksen henkilöstö koostuu palkatuista työntekijöistä, vapaaehtoisista, työhön valmennettavista, työharjoittelijoista ja opiskelijoista. Vuonna 2014 yhdistyksessä työskenteli yhdeksän työntekijää ja noin 30 vapaaehtoistoimijaa. (Havula 2014, 4.)

Yhdistyksen toimintaa rahoittavat Turun kaupunki, lähikunnat ja Raha-automaattiyhdistys. Yhdistys pyrkii kehittämään yhteistyötä kuntien, seurakuntien ja muiden yhdistysten kanssa. Tällä hetkellä yhteistyötä tehdään mm. kehitysvammaisten tukijärjestön, Turun kaupungin omaishoidontuen ja Turun ja Kaarinan seurakuntayhtymän kanssa. Lisäksi Omaishoitajat ja Läheiset Liitto ry:n kanssa yhteistyötä lisätään mm. loma-, kuntoutus- ja koulutusasioissa sekä Opastava-projektin toteuttamisessa. (Havula 2014, 5-7.)

2.2 Kehittämiprojektin tarve

Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry tarjoaa omaishoitajille yhtenä tärkeimpänä tukimuotona vertaistukea. Vertaistukiryhmissä on mahdollista jakaa ajatuksia, tunteita ja kokemuksia yhdessä muiden saman kokeneiden

kanssa. Yhdistyksen tarkoituksena on tarjota vertaistukea omaishoidon eri vaiheissa ja tilanteissa. (Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry 2012, 7.) Vertaistukiryhmässä omaishoitaja voi saada tietoa esimerkiksi omista oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan omaishoitajana sekä erilaisista arkea helpottavista nikseistä ja taidoista. (Kaivolainen 2011, 127.)

Useimmat omaishoitajat hyötyvät heille järjestetyistä vertaistukiryhmätapaamisista, koska tällä tavoin heidän jaksamistaan voidaan merkittävästi tukea. Tapaamiset lisäävät omaishoitajien sosiaalisia kontakteja vähentämällä kotiin jäämistä, eristäytymistä ja syrjäytymisen riskejä. Tuloksena omaishoitajan hyvinvointi paranee ja sairastavuus vähenee. (Havula 2014, 7-8.)

Vuonna 2013 yhdistyksessä toimivat ryhmät olivat ”Selviytyjät” – leskien ryhmä, Katse eteenpäin – ikääntyvien puolisoaan hoitavien ja hoitaneiden ryhmä, mieshoitajien ryhmä, parkki – ryhmä Parkinsonin tautia sairastaville ja heidän puolisoilleen, OVET-vertaistukiryhmä uusille omaishoitajille, Rymättylän omaishoitajien ryhmä sekä kehitysvammaista kotona hoitavien ryhmä. Tämä kehittämisprojekti koskee syksyllä 2012 alkanutta ryhmää, joka on tarkoitettu uusille omaishoitajille. (Havula 2014, 10.)

Tämä kehittämisprojekti toteutettiin tutkimus- ja kehittämistyönä. Tarve aiheelle nousi keskusteluissa Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n henkilökunnan kanssa. Yhdistykselle on tehty useita opinnäytetöitä, jotka käsittelevät mm. omaishoitajien jaksamista ja omaishoitajien tukemista arjessa selviytymisessä. Tässä kehittämisprojektissa pyritään selvittämään, miten vertaistukea voidaan kehittää sekä miten hiljaista tietoa voidaan siirtää vertaistukiryhmätapaamisissa.

2.3 Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoite

Kehittämisprojektin tarkoituksena on kuvata omaishoitajien kokemuksia vertaistukiryhmässä sekä selvittää, mitä vertaistukiryhmätapaamiset pitävät sisällään. Erityisenä kiinnostuksen kohteena on vertaistuen hiljainen tieto. Yleisesti tiedetään, että hiljaista tietoa on olemassa, mutta sitä ei ole kuitenkaan

helppo tehdä näkyväksi osaksi vertaistukea. Kehittämiprojektissa pyritään selvittämään, onko hiljaisen tiedon näkyväksi saattaminen mahdollista ja miten sitä voitaisiin siirtää tehokkaammin omaishoitajien käyttöön.

Kehittämiprojektin tavoitteena on kehittää omaishoitajien vertaistukea. Projektin lopputuotoksena syntyy ehdotus toimintamallista, jonka avulla pyritään tehostamaan hiljaisen tiedon siirtymistä omaishoitajien vertaistukiryhmässä. Hiljainen tieto ei ole näkyvää tietoa ennen kuin siitä mallintamisen avulla tehdään näkyvää tietoa. Toimintamallin tarkoituksena on kuvata prosessi, jossa hiljainen tieto muuttuu näkyväksi tiedoksi ja siirrettävään muotoon, jonka jälkeen tieto voi jälleen muuttua hiljaiseksi tiedoksi ja osaksi vastaanottajan toimintatapoja.

3 OMAISHOITO

Uudelle polulle

*Omaishoitajako? Kuka hän on?
Mitä hän tekee?*

*Hän nostaa, kantaa, pesee,
pukee, syöttää, juottaa.
Touhuua päivät, valvoo yöt.
Hän itkee, rukoilee, laulaa, nauraa.
Hän väsyä, tiuskii, komentaa.*

*Mutta ennen kaikkea, hän rakastaa.
Hän on ihminen.*

(Ansa Luumi 1997,11.)

3.1 Omaishoito Suomessa

Omaishoitajuus on tullut ihmisten tietoisuuteen yhä vahvemmin vasta 1990-luvulla. Omaishoito ei ole kuitenkaan Suomessa uusi ilmiö. Ilmiö on aina ollut olemassa, mutta se on pitkään ollut näkymättömän vastuun kantamista. Ihmiset elivät aiemmin maaseudulla suurperheen keskellä. Silloin oli hyvin luonnollista, että eri sukupolvet huolehtivat toisistaan. Perheeseen kuuluvat vanhemmat ihmiset tekivät kotitöitä ja huolehtivat lapsista. Heidän tullessa siihen ikään, etteivät kyenneet enää toimimaan omatoimisesti, heidän lapsensa puolestaan hoitivat heitä. Näin edettiin sukupolvesta toiseen. Kaupungistuminen on muuttanut perinteen ja tuonut lisää haasteita siihen, miten kotona asumista pystyttäisiin jatkamaan mahdollisimman pitkään. (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 12; Salanko-Vuorela 2010, 10–11.)

Suomessa oli ns. hoitovelvoite vielä vuoden 1956 huoltoapulaissa. Avioliittolaki poisti puolisojen keskinäisen hoitovelvoitteen vasta vuonna 1977. Nykyisin omaishoitotilanteen tulisi olla aina omaisen ja hoidettavan yhteinen ja vapaaehtoinen valinta. Hoitomuoto ei saa olla sellainen, että siihen päädytään muun hoidon puuttuessa. Suomi eroaa muista Euroopan maista, koska

Suomella ei ole hoitovelvoitetta. Suomessa kunnilla on perustuslain mukaan velvollisuus huolehtia apua tarvitsevista kuntalaisistaan. (Salanko-Vuorela 2010, 10–11.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan Suomessa on noin miljoona ihmistä, jotka auttavat läheistään, koska he eivät kykene elämään kotonaan ilman apua. Näistä noin 280 000 läheistään hoitavaa elää sellaisessa tilanteessa, jossa hoitaminen sitoo ja vaatii omaiselta paljon. 60 000 hoitaa läheistään, jotka ovat täysin laitoshoitokuntoisia, heistä noin 30 000 tekee myös sairaanhoidollisia toimenpiteitä osana läheisen hoitoa. (Salanko-Vuorela 2010, 7; Suomen omaishoidon verkosto 2013.)

Omaishoitaja voi olla myös läheinen, joka ei asu samassa taloudessa, ns. etäomaishoitaja. Tällöin hoidettava omainen asuu eri taloudessa tai toisella paikkakunnalla. Omaishoitotehtävät sijoittuvat silloin iltoihin ja viikonloppuihin. Noin 250 000 henkilöä hoitaa omaistaan oman työnsä ohella. (Salanko-Vuorela 2010, 8.)

Suomen omaishoidon verkosto määrittelee omaishoidon niin, että ”*omaishoitaja on henkilö, joka pitää huolta perheenjäsenestään tai muusta läheisestään, joka sairaudesta, vammaisuudesta tai muusta erityisestä hoivan tarpeesta johtuen ei selviydy arjestaan omatoimisesti*” (Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 7; Salanko-Vuorela 2010, 7; Suomen omaishoidon verkosto 2013).

Laki omaishoidon tuesta (937/2005) määrittelee omaishoidon tarkoittamaan ”*vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla*”. Omaishoitajalla tarkoitetaan ”*hoidettavan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen*”. (Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 7; Salanko-Vuorela 2010, 8.) Omaishoitajan ei siis tarvitse olla sukulainen. Riittää, että hän on läheinen omaishoidettavalle. (Kalliomaa-Puha & Mattila 2010,21.)

3.2 Omaisen hoitajana

Omaishoidossa on kyse ihmissuhteesta, joka on olemassa ennen omaishoitosuhteen syntymistä. Omaishoitoon liittyy aina jokin elämänmuutos, jonka läheisen sairastuminen aiheuttaa. Sen vaikutus ulottuu kaikkiin perheenjäseniin. Omaishoitotilanne voi syntyä vähitellen, jolloin omaisen auttaa yhä enemmän arjen askareissa. Omaishoitajan voi olla aluksi vaikeaa havaita avun ja tuen tarvetta. Usein omaistaan hoitava on puoliso, joka auttaa toista arjen toimissa, kunnes huomaa, ettei toinen enää selviydykään ilman apua. (Salanko-Vuorela 2010, 8; Sosiaaliportti 2011; Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry 2013; Suomen Omaishoidon Verkosto 2013.)

Usein omaishoitaja ajatellaan iäkkääksi ihmiseksi, joka hoitaa kotona iäkästä ja muistisairasta puolisoaan. Omaishoitajuus voi olla paljon muutakin. Omaishoitotilanne voi syntyä myös äkillisesti sairauden tai vammautumisen seurauksena, esimerkiksi silloin, kun perheeseen syntyy vammaisen lapsi tai kun läheisellä on mielenterveysongelmia. (Salanko-Vuorela 2010, 8; Viitanen & Purhonen 2010, 162; Sosiaaliportti 2011; Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry 2013; Suomen Omaishoidon Verkosto 2013.)

Omaishoitotilanne antaa omaishoidettavalle mahdollisuuden elää omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Omaishoitaja haluaa näin varmistaa hoidettavan eli läheisensä hyvän elämänlaadun ja tyytyväisyyden. Moni omaishoitaja kuitenkin kokee, että heillä ei ole muuta mahdollisuutta kuin hoitaa läheistään kotona. He jäävät usein yhteiskunnan tukien ulkopuolelle, vaikka he tekevät ympärivuorokautista sitovaa ja vaativaa omaishoitotyötä ja työ selkeästi edellyttäisi tuen saamista. (Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry 2013.)

Omaishoitajuus on palkitsevaa iloineen ja suruineen, mutta se on myös fyysisesti ja psyykkisesti uuvuttavaa. Omaishoitajat kokevat vastuun arjen sujumisesta ja huolen läheisestä kuormittavaksi. Tyypillistä omaishoitotilanteessa on omaishoitajan väsymys sekä omien tarpeiden ja hyvinvoinnin jääminen toissijaiseksi. Tällaisessa tilanteessa omaishoitajat eivät yleensä muista, että omasta itsestä huolehtiminen ja oma jaksaminen on myös

läheisen etu. Useat omaishoitajat tuntevat saavansa voimia läheisyyden, kiintymyksen ja rakkauden tunteista. (Viitanen & Purhonen 2010, 169–171; Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 132.)

Omaishoitajien sosiaalisia verkostoja tulisi vahvistaa, mutta omaishoitajalla ei useinkaan ole tähän enää voimavaroja. Tavoitteena on löytää juuri nämä omaishoitajat, jotka eivät mahdollisesti tunnista omaishoitajuuttaan ja auttaa heitä löytämään vertaistukiryhmät. Heidän tekemänsä työ on hyvin paljon kotiin sidottua, joten heidän löytämisensä voi olla haastavaa. (Viitanen & Purhonen 2010, 169–171.)

Northouse, Williams, Given ja McCorkle (2012, 1227–1234) ovat tutkimuksessaan todenneet, että omaishoitajan kokema stressi voi johtaa psyykkisiin ongelmiin, unihäiriöihin, fyysisen terveyden ja immuunijärjestelmän muutoksiin sekä taloudelliseen ahdinkoon. Omaishoitajille tarjottu tuki voi vähentää monia näistä kielteisistä vaikutuksista ja näin parantaa omaishoitajien jaksamista, taitoja ja elämänlaatua. Tutkimuksessa myös todettiin, että vaikka tutkimuksen aikana potilaan oireet ja kuolleisuus väheni sekä fyysinen ja psyykinen terveys parani, näin harvoin kuitenkin toteutui käytännössä.

Omaishoitaja voi löytää voimia arkeen erilaisista asioista. Usein tieto, esimerkiksi omaishoidettavan sairaudesta, hoitoon liittyvistä asioista, hoitojärjestelmistä tai palvelu- ja tukimuodoista, auttaa poistamaan omaishoitajan turhia pelkoja ja kannustaa jaksamaan. (Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 134.)

Perheen turvallisuuden tunne ja tasapaino saattavat olla uhattuina läheisen sairastuttua tai vammauduttua. Omaishoitajalle henkinen tuki on siksi myös erittäin tärkeää. Usein omaishoitotilanne karkottaa ystävät ja sukulaiset omaishoitoperheen ympäriltä. Vaativa omaishoitotilanne voi aiheuttaa myös sen, ettei omaishoitaja jaksakaan pitää sosiaalista verkostoa yllä raskaan elämäntilanteen vuoksi. Tällaisessa tilanteessa omaishoitajien vertaistuki antaa voimia. Yhteisten kokemusten jakaminen samaa kokeneiden kanssa auttaa

omaishoitajaa ymmärtämään, ettei hän ole yksin tilanteensa kanssa. (Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 134–135.)

Youngmee ja Schulz (2008, 495) ovat tutkimuksessaan todenneet, että omaishoitajan kokema stressi on merkittävästi yhteydessä omaishoitajan ikään, naissukupuoleen ja läheisen hoitamisen raskauteen. Omaishoidettavan sairastaman taudin perusteella voitiin ennustaa omaishoitajan kokemaa stressin määrää. Esimerkiksi läheisen sairastaessa syöpää tai dementiaa, omaishoitajat kokivat stressiä enemmän kuin jos läheinen sairasti diabetesta.

3.3 Omaishoitajan tuen tarve

Läheistään hoitavan tärkein tukiverkosto on yleensä oma perhe tai lähipiiri. Aluksi omaishoitoperhe saattaa selvitä ilman yhteiskunnan tukimuotoja, koska omaishoidettava pärjää pienen avun turvin, esimerkiksi kaupassakäyntiavulla. Omaishoitotilanne tuo kuitenkin uusine vaatimuksineen mukanaan myös ulkopuolisen avun ja tuen tarpeen. Potilasjärjestöt ja seurakunnat tarjoavat tukea omaishoitoperheelle jo varhaisessa vaiheessa, mutta on hyvin haasteellista löytää perheet, jotka tätä tukea erityisesti tarvitsevat. Omaishoidettavan kotona selviytyminen edellyttää yleensä tiivistä ja vaativaa huolenpitoa, joten omaishoitajilla ei ole useinkaan aikaa pysähtyä miettimään omaa jaksamistaan ja hakemaan apua. (Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 8-9, 132.)

Kunta voi tukea omaishoitoperhettä monin eri tavoin. Palvelujen järjestäminen jakautuu sosiaalitoimen ja terveystoimen vastuulle. Sosiaalitoimen vastuulla on omaishoidon tuki, jota myönnetään sitovan ja vaativan omaishoidon tueksi. Se on kokonaisuus, johon kuuluu hoitopalkkio omaishoitajalle, palveluita omaishoidettavalle ja omaishoitajalle sekä sitovassa hoitotilanteessa olevalle omaishoitajalle kolme vapaapäivää kuukaudessa. Terveystoimesta puolestaan myönnetään esimerkiksi hoitotarvikkeita ja apuvälineitä. (Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 9.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tulee omaishoitajan itse hakea, ne eivät tule automaattisesti. Omaishoitajan oma-aloitteisuus ja aktiivisuus auttavat etsinnässä. Tukea voi hakea esimerkiksi kunnalta, Kelasta, Omaishoitaja ja läheiset – liitolta, paikallisyhdistyksiltä, muilta järjestöiltä ja yhdistyksiltä, seurakunnalta sekä vakuutusyhtiöiltä. (Halmesmäki, Herranen, Järnstedt, Kauppi, Lamminen, Malmi, Pitkänen & Väisänen 2010, 23–25.)

Tulevaisuudessa palvelurakenteen kehittämisen strategisissa linjauksissa pyritään saamaan omaishoitoon varhaisen puuttumisen malli. Omaishoitotilanteet tulisi tunnistaa ajoissa niin, että omaishoitajat saisivat monipuolista tukea, jotta he säilyttäisivät oman terveytensä mahdollisimman pitkään. Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry on tehnyt selvityksen, jonka mukaan omaishoidontuen ulkopuolella olevat iäkkäät omaishoitajat ovat huonommassa kunnossa kuin vastaavat saman ikäiset ihmiset. Viranomaisen tulisi herkästi tunnistaa omaishoidon rajat ja mahdollisuudet ja antaa näin omaishoitoperheille yksilöllistä tukea. (Salanko-Vuorela 2010, 14–15.)

EUROFAMCARE on tehnyt tutkimuksen koskien omaishoittoa Euroopassa. Tutkimukseen osallistui 6 maata: Saksa, Kreikka, Italia, Puola, Ruotsi ja Iso-Britannia. Sen tarkoituksena oli arvioida tukipalvelujen olemassaoloa, tunnettavuutta, saatavuutta, käyttöä ja hyväksyntää omaishoitajien ja heidän läheistensä näkökulmasta. (Döhner, Triantafillou & McKee 2006, 3) Isossa-Britanniassa tutkimukseen osallistuvat omaishoitajat olivat yli 65-vuotiaita ja he antoivat hoitoa tai tukea läheiselleen yli neljä tuntia viikossa. Omaishoidettavien keski-ikä oli 78 vuotta ja omaishoitajien keski-ikä 54,5 vuotta. Suurin osa omaishoitajista (31,6 %) oli hoidettavien lapsia. Tärkeimpänä motivaationa hoitamiselle mainittiin tunneside, velvollisuus ja henkilökohtainen vastuuntunto. Suuri osa hoidettavista ei halunnut itselleen ulkopuolista hoitajaa. (Brown, McKee, Öberg, Bledowski, Quattrini, S. Lüdecke & Prouskas 2006, 11–17.)

Omaishoitajien käyttämät palvelut olivat mm. sosio-emotionaalinen tuki (neuvonta, sosiaalityö ja vertaistukiryhmät), tiedotuspalvelu (tietoa sairauksista, palveluista, eduista ja internet) sekä hoitamiseen liittyvät koulutukset. Eniten käytettiin kuitenkin yleislääkärin palveluja. Hoidettavien käyttämät palvelut

puolestaan olivat teknisten laitteiden ja kodin muutostyöt, kodinhoitopalvelut, sosiaalipalvelut ja kuntoutuspalvelut. Näiden palvelujen lisäksi hoidettavat ja omaishoitajat saivat usein taloudellista tukea. Suurin osa omaishoitajista sai palvelut ilmaiseksi, mutta eri palvelujen välillä oli suuria eroja, esimerkiksi hoidettavan vuorohoidosta jouduttiin maksamaan. (McKee, Lamura, Wojszel, Krevers, Mestheneos, & Mnich 2006, 19–20.)

Omaishoitajien tyytyväisyys palveluihin oli melko korkea. Tämä ei ollut kuitenkaan yllätys, koska omaishoitajat ovat haluttomia ilmaisemaan tyytymättömyyttään palveluihin. Joka tapauksessa yli 25 % ilmoitti olevansa tyytymätön palveluihin. Eniten tyytymättömyyttä aiheutti byrokratia, tiedon puute palveluista sekä puuttuva yhteistyö hoidettavan kanssa. Omaishoitajat arvostivat tukea, joka auttoi heitä suunnittelemaan tulevaa hoitoa, lomaa sekä omia aktiviteetteja hoidon ulkopuolella. (McKee, Lamura, Wojszel, Krevers, Mestheneos, & Mnich 2006, 21–25.)

4 VERTAISTUKI

4.1 Vertaistuen käsite

Vertaistuki on tukea antavaa vuorovaikutusta ja kokemustiedon jakamista. Se on osa ihmisten luonnollista kanssakäymistä, joka toteutuu arjessa kohtaavien ihmisten kesken. Keskeistä vertaistuessa on, että vertaistukisuhde on vastavuoroinen, tasa-arvoinen ja vapaaehtoinen suhde, se ei ole asiakassuhde. (Muistiliitto 2009; Sosiaaliportti 2012; Viitanen & Purhonen 2010, 171.) Vertaistuki voidaan määritellä voimaantumisen ja muutosprosessina, jonka kautta ihminen saattaa löytää ja tunnistaa omat voimavaransa ja vahvuutensa sekä ottaa vastuun omasta elämästään (THL 2014).

Kansainvälisessä kirjallisuudessa vertaistuen käsitteitä ovat *self help* (oma-apu), *peer support* (vertais/vertainen tuki), *mutual aid* (keskeinen tuki) ja *self-help support* (toiminnan tukija). Useissa tutkimuksissa vertaistuki määritellään sosiaaliseen tuen (*social support*) alaan kuuluvaksi käsitteeksi ja ilmiöksi. (Mikkonen 2009, 28.)

Hyvärin (2005, 214–219) mukaan ”*vertaistukiryhmällä ymmärretään toisten auttamiseen ja tukemiseen tähtääviä vastavuoroisia suhteita, joissa kriittisiä ja kriisiin johtaneita elämäntilanteita käsitellään yhdessä*”. Tukea jaetaan vastavuoroisesti, myös ystäväystyminen ja rakastuminen ovat sallittuja.

Vertaistukitoiminta nimitystä käytetään yleensä ryhmistä ja tukihenkilöistä. Ryhmät ovat hyvä keino purkaa omia tuntemuksia ja ajatuksia ja sitä kautta hyväksyä sen hetkinen elämän tilanne. Niissä on mahdollisuus päästä syvällisempään kohtaamiseen, ne ovat jatkuvia sekä siellä voi tavata muita samassa tilanteessa olevia ja saada heiltä tukea. Sopiva ryhmän koko on alle 10 ihmistä. Ryhmän kokoon vaikuttaa myös tilojen käyttömahdollisuus sekä ryhmänvetäjän ajankäyttö. Potilaiden läheisten ryhmiä kutsutaan tuki-, omais- tai läheisryhmiksi. (Mikkonen 2009, 49–50; Muistiliitto 2009.)

Vertaistukiryhmän vuorovaikutus tapahtuu sanallisen ja sanattoman viestinnän kautta. Sanallista viestintää ovat sanat, puhe, kielen käyttö, kirjoittaminen ja äänenpainotukset. Sanatonta viestintää puolestaan ovat ilmeet, eleet, asennot, ulkoinen olemus, pukeutuminen ja kosketus. Viestin ymmärtämisessä sanojen osuus on 20 %, äänenkäytön 30 % ja ruumiinkielen osuus 50 %. (Holm 2010, 24.)

4.2 Omaishoitajan vertaistuki

Läheisen ihmisen vammautuminen, sairastuminen tai sairaan lapsen syntymä muuttaa elämää monella tavalla. Vertaistuen perusajatuksena on, että samankaltaisessa elämäntilanteessa olevat ihmiset kohtaavat, jakavat kokemustietoaan ja ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Vertaistuki on vapaaehtoisuuteen perustuvaa tukea ihmiseltä toiselle. He ovat yleensä tilanteessa, jossa sosiaaliset suhteet ovat kenties kaventuneet tai menettäneet merkitystään. Omaishoitajat tuntevat usein olevansa elämäntilanteessaan yksin ja kokevat omaishoitajuuden sitovan kotiin hyvin paljon. Tällöin korostuu tarve tulla kuulluksi ja halu jakaa kokemuksia toisten samaa kokeneiden kanssa. (Invalidiliitto ry 2009; Muistiliitto 2009; Sosiaaliportti 2012; Viitanen & Purhonen 2010, 171; Kaivolainen 2011, 126.)

Vertaistuki voi olla henkilökohtaista toimintaa tai ryhmätoimintaa. Yksilöllisessä tuessa omaishoitajalla voi olla henkilökohtainen tukihenkilö, vertaistoimija. Vertaistukiryhmässä puolestaan jaetaan kokemuksia, tuntemuksia ja informaatiota samantyyppisessä tilanteessa olevien kesken. Ihmisellä on sisäisiä voimavaroja, jotka pyritään saamaan käyttöön vertaistuen avulla. Erilaisia vertaistukiryhmiä järjestävät järjestöt, kunnat ja seurakunnat. (Laimio 2010, 4; Viitanen & Purhonen 2010, 171–172.)

Vertaistukiryhmästä omaishoitaja voi saada tietoa mm. omista oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan omaishoitajana, käytännön taidoista ja erilaisista nikseistä sekä henkistä tukea. Tietoa halutaan hakea, jotta oma elämäntilanne helpottuisi. Omaishoitajat saattavat kokea myös omien tunteiden käsittelyn

olevan helpompaa samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien kanssa. (Viitanen & Purhonen 2010, 173.) Päätös lähteä vertaistukiryhmään voi olla merkittävä askel omaishoitajan elämässä (Kaivolainen 2011, 127).

Kaikissa omaishoitotilanteissa on omat vaikeutensa, mutta tilanteeseen kuuluu myös hyviä ja voimavaroja lisääviä kokemuksia. Vertaistukiryhmässä kuullaan toisten tilanteista, jotka mahdollisesti poikkeavat omasta tilanteesta merkittävästi. Omaishoitaja voi peilata omaa arkeaan muiden arkielämää vasten ja näin saada tukea ”terveeseen itsekkyyteen”. Omaishoitajalla on oikeus myös irrottautua hoidosta ja pitää huolta omasta itsestään. Ilman vertaisten tukea he eivät useinkaan tunnista tätä oikeutta. (Kaivolainen 2011, 128.)

Vertaistukiryhmällä on tärkeä merkitys omaishoitajien jaksamisen tukena. Kaikki omaishoitajat eivät kuitenkaan koe tarvitsevansa ryhmää, kokevat ryhmässä käymisen vaikeaksi tai omaishoitotilanne voi olla niin haastava, etteivät omaishoitajat pääse tapaamisiin. Ryhmätapaamisten ajaksi omaishoidettavan lyhytaikaisen sijaishoidon järjestäminen voi olla ylivoimainen este osallistua toimintaan. Lisäksi omaishoidettava saattaa vastustaa omaishoitajan lähtemistä ja matkat voivat olla hankalat toteuttaa. (Kaivolainen 2011, 129–130; Viitanen & Purhonen 2010, 175.)

Omaishoitajien ryhmät ovat yleensä avoimia tai suljettuja ryhmiä. Suurin osa ryhmistä on avoimia ryhmiä, jolloin niihin voi tulla kuka vaan oman tilanteen niin salliessa. Jäsenten vaihtuminen vaikuttaa ryhmän toimintaan ja tämä voi viedä pohjan luottamuksen ilmapiiriltä. Suljetussa ryhmässä osallistujat puolestaan pysyvät samana koko ryhmän olemassa olon ajan. Tämä lisää turvallisuuden ja luottamuksen tunnetta. Keskustelussa päästään syvällisemmille tasoille kuin avoimessa ryhmässä. (Kaivolainen 2011, 130–131.)

Abendroth (2014) on tutkimuksessaan havainnut, että omaishoitajan monipuolinen tukiverkosto on ratkaisevan tärkeä omaishoitajan hyvinvoinnille ja se auttaa omaishoitajia hoitamaan heidän läheisiään kotona pidempään. He kokivat erityisesti, että he saivat vertaistukiryhmältä positiivista parantavaa energiaa omaishoitajuuteen. Abendrothin tutkimukseen osallistui omaishoitajia,

joiden läheinen sairasti Parkinsonin tautia. Hänen mukaansa oli tärkeää tukea näitä omaishoitajia, että heidän rasituksensa hoitotilanteissa vähenisi ja henkinen hyvinvointi paranisi. Candyn yms. tekemän tutkimuksen (2010) mukaan tuen saaminen vähensi omaishoitajan psyykkisiä ongelmia.

4.3 Vertaistuen tutkimuksia

Mikkonen (2009, 93–94; 2007, 13) on tutkimuksessaan *Sairastuneen vertaistuki* tarkastellut mm. sitä, miten eri sairauksien aiheuttamat elämänmuutokset liittyvät vertaistuen tarpeeseen sekä mitä merkitystä vertaistuella on sairastuneelle. Hän on tutkimuksessaan haastatellut myös sairastuneen läheisiä. Tulosten mukaan toiset vertaistukiryhmäläiset koettiin läheisinä. Ryhmässä saatiin erityisesti tietoa erilaisista palveluista, tuista ja kuntoutuksesta. Läheiset kokivat, että heidän tulee tietää kaikki mahdollinen omaisen sairauteen liittyvä asia. Lisäksi läheiset kokivat arvokkaaksi kokemuseräisen tiedon, joka auttoi heitä pärjäämään arjessa paremmin. Omaisets elivät usein sairastuneen läheisensä kautta. Monet sairastuneet kokivat omaisen jopa vertaisenaan sairaudessa.

Omaisets, jotka joutuivat käyttämään fyysistä voimaa sairastuneen auttamisessa, olivat usein hyvin väsyneitä. Huoli ja suru painoivat heitä myös läheisen tilanteesta johtuen. Ryhmän vetäjällä koettiin olevan suuri merkitys vertaistukiryhmän onnistumiselle. Yleensä vetäjänä toimivat samaa sairautta sairastavat henkilöt. Tämä koettiin hyvänä asiana. (Mikkonen 2009, 96–97.)

livonen ja Lilja (2009) ovat tehneet opinnäytetyön vertaistukiryhmästä omaishoitajien tukena. Työhön haastateltiin Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n järjestämään vertaistukiryhmään osallistuvia omaishoitajia. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten omaishoitajat kokevat oman jaksamisensa sekä millä tavoilla vertaistukiryhmä voi tukea omaishoitajia heidän arjessaan. Tutkimus oli osa Omainen laitoksessa – projektia, jonka tarkoituksena oli pyrkiä estämään ympärivuorokautisessa hoidossa olevien

hoidettavien omaisten ja läheisten syrjäytymistä ja edistämään heidän elämänlaatuaan (Tallila 2011, 2).

livosen ja Liljan (2009, 54–55) tutkimuksen tuloksissa todettiin vertaistukiryhmällä olevan vaikutusta omaishoitajien jaksamiseen. Ryhmässä on mahdollista ilmaista erilaisia tunteita ja tuntemuksia. Monet omaishoitajat kokivat keskenään samanlaisia tunteita, mitä eivät voineet jakaa omaishoidettaviensa kanssa. Emotionaalinen tuki koettiin tärkeämmäksi kuin sosiaalinen tuki. Tiedollisen tuen tarve omaishoittoon ja vanhuspalveluihin liittyen nousi vastauksissa myös tärkeäksi osa-alueeksi. Kyselyssä esiin tulleet omaishoitajien toiveet huomioitiin tutkimuksen valmistumisen jälkeen ja niitä lähdettiin toteuttamaan, esimerkiksi sosiaalityöntekijä kävi luennoimassa omaishoitajille sosiaalietuuksista. Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry sai tutkimukseen käytettävästä lomakkeesta välineen, jota he voivat käyttää jatkossa kartoittaessaan muiden vertaistukiryhmien omaishoitajien tarpeita ja toiveita.

Wei, Chu, Chen, Hsueh, Chang, Chang ja Chou (2012, 1666–1675) tarkastelivat tutkimuksessaan vertaistukiryhmän vaikuttavuutta ihmisillä, jotka huolehtivat kehitysvammaisesta perheenjäsenestään Taiwanissa. Ryhmän tavoitteena oli parantaa omaishoitajan fyysistä ja psyykkistä terveyttä sekä sosiaalista tukea. Tutkimuksen tuloksien mukaan tukiryhmällä oli positiivista vaikutusta omaishoitajille, etenkin omaishoitajien fyysinen ja psyykinen hyvinvointi parani. He saivat ryhmästä myös sosiaalista tukea. Lisäksi omaishoitajat kokivat, että heillä oli jotain yhteistä muiden ryhmäläisten kanssa, he saivat jakaa samankaltaisia kokemuksia toistensa kanssa. Ryhmässä oli myös mahdollisuus antaa ja saada apua.

Nykyisin vertaistukiryhmiä on järjestetty monella eri tavalla. Perinteisesti vertaistukiryhmään kuuluvat ihmiset kokoontuvat johonkin tiettyyn paikkaan säännöllisin väliajoin ja ovat kasvotusten vuorovaikutuksessa keskenään. McKechnie, Barker ja Stott (2014) ovat tehneet tutkimuksen internetissä toimivan vertaistukea antavan foorumin vaikuttavuudesta. Foorumi oli tarkoitettu omaishoitajille, jotka hoitavat dementoitunutta läheistään. Tavoitteena oli

tarkastella vaikutusta hyvin arvostetussa Englannissa toimivassa online keskustelufoorumissa. Tutkimuksen tulosten mukaan suurin osa osallistujista koki hyötyvänsä foorumista. He kokivat vähemmän eristyneisyyttä ja yksinäisyyttä. Helpotusta saatiin siitä, että tiedettiin muidenkin olevan samankaltaisessa elämäntilanteessa kuin he itse olivat. Lisäksi koettiin toisilla omaishoitajilla olevan hieman hankalampi tilanne kuin itsellä. Osa vastaajista koki hyötyvänsä myös siitä, että internetissä voi toimia anonyymina. He voivat tällöin keskustella omista asioistaan paljon avoimemmin kuin kasvokkain kohdatessa. Haastateltavat kertoivat monenlaisia myönteisiä kokemuksia ja hyötyjä foorumin käyttämisestä. Hieman raportoitiin myös kielteisiä kokemuksia. Tutkimuksessa todettiin, että tarvitaan kuitenkin lisää tutkimuksia selvittämään kuka hyötyy ja millä edellytyksillä.

Heisler (2006, 29) käsitteli raportissaan seitsemää vertaistuen mallia. Yksi näistä malleista oli puhelimitse tapahtuva vertaistuki. Potilaat saivat vertaistukea säännöllisissä puhelinkeskusteluissa joko vertaiselta tai ohjaajalta. Joskus puhelimitse tapahtuvat ohjelmat voivat olla parempia kuin kasvokkain tapahtuvat kohtaamiset, koska tällöin potilaat voivat olla anonyymeja ja keskustelu on yksityisempää. Ongelmaksi koettiin, että monet potilaat eivät halunneet jakaa puhelinnumeroitaan tai maksaa kaukopuheluita. Ratkaisu ongelmaan oli käyttää internetissä tapahtuvaa keskustelua. Heidän ei tällöin tarvinnut jakaa puhelinnumeroitaan ja halutessaan he voivat estää puhelut tiettyinä kellonaikoina.

5 HILJAINEN TIETO

5.1 Hiljaisen tiedon käsite

Hiljainen tieto on lähtöisin latinankielisestä sanasta *tacitus*, joka tarkoittaa hiljaista, vaitonaista, puhumatta olevaa, rauhallista, äänetöntä, sanatonta ja käsittelemättä jätettyä. Vastaava englanninkielinen termi on *tacit*, joka puolestaan merkitsee hiljaista, se joka ei sano mitään tai äänetöntä tai lausumatonta. (Virtainlahti 2005, 26.)

Hiljaiselle tiedolle (*tacit knowledge*) ei ole olemassa yhtä selkeää määritelmää. Yleisimmin käytetyt määritelmät pohjautuvat unkarilaisen fyysikon ja kemistin Michael Polanyin ajatuksiin. Hän loi hiljaisen tiedon käsitteen 1950-luvulla. Hänen mukaansa ihminen tietää enemmän kuin voi sanoin kuvata. Ihminen voi toimia hänessä olevan tiedon mukaan, mutta sitä ei saada kuvattua eksplisiittisesti eli näkyvästi. Se on kokemusperäistä ja vaistonvaraista tietoa. (Virtainlahti 2009a, 38–47; Levonen 2001, 171; Nurminen 2000, 28; Polanyi 1966.)

Nonakan ja Takeuchin (1995, viii, 11–71) mukaan hiljainen tieto on hyvin henkilökohtaista ja vaikeaa muotoilla niin, että se voitaisiin ilmaista ja siirtää toisille. Hiljainen tieto pitää sisällään subjektiiviset käsitykset, intuitiot ja aavistukset. Se on juurtunut ihmisen toimintaan, kokemukseen, ihanteisiin ja arvoihin. Hiljaisesta tiedosta voidaan erottaa kaksi ulottuvuutta, tekninen ja kognitiivinen ulottuvuus. Tekniseen ulottuvuuteen kuuluu informaalit ja vaikeasti määriteltävissä olevat taidot. Toinen nimitys tälle ulottuvuudelle on taitotieto. Tekninen ulottuvuus kerääntyy vuosien kokemuksella. Kognitiiviseen ulottuvuuteen puolestaan kuuluvat toimintamallit, mentaalimallit, uskomukset ja odotukset. Ne ovat niin syvällä yksilön mielessä, että niitä pidetään usein itsestään selvyyksinä. (Virtainlahti 2009a, 47; Moilanen ym. 2005, 26–30.)

Hiljainen tietämys (*tacit knowing*) kuvaa hiljaisen tiedon luonnetta. Tieto tarkoittaa ”lopullista” tietoa, joka on valmis ja muuttumaton. Tietämys

puolestaan on tilannekohtaista ja prosessimaisesti muuttuvaa. Tietämykseen kuuluu myös mm. havaitseminen, oppiminen, muistaminen, ajattelu ja oivallus. Käsitteen tietämys avulla voidaan korostaa tiedon muuttuvaa ja siirtyvää luonnetta. Toimintaympäristö muuttuu jatkuvasti, joten tietämyksen on muututtava samaan aikaan kun tehtävä muuttuu. (Virtainlahti 2009a, 51–51.)

5.2 Hiljainen tieto ja eksplisiittinen tieto

Arkielämässä opitut asiat ovat hiljaista tietoa silloin kun ne muuttuvat automaattisiksi ja siirtyvät ei-tietoiseen ohjaukseen. Niitä ei yleensä voida tunnistaa omasta toiminnasta, mutta ne vaikuttavat jatkuvasti toimintaan ja päätöksentekoon. Hiljainen tieto on läsnä arjessa koko ajan eri yhteyksissä. Tietäminen perustuu tunteeseen tai vakuuttuneisuuteen tietämisestä. (Virtainlahti 2005, 27; 2009, 39.)

Hiljainen tieto on tiedon lajina erilaista kuin eksplisiittinen eli käsitteellinen, näkyvä tieto, koska ihmisille tai yhteisöille kertyneen hiljaisen tiedon symbolisia tai käsitteellisiä yhteyksiä ei ole määritelty tai niitä ei ole käsitteellisessä mielessä olemassakaan ennen kuin ne sellaiseksi määritellään. (Nuutinen 2012; Toom 2008, 33.) Raja näiden kahden ulottuvuuden välillä ei ole selvä. Eksplisiittinen tieto on näkyvää, systemaattista tietoa ja se voidaan ilmaista sanoin tai numeroin. Tällaista tietoa ovat esimerkiksi matemaattiset kaavat, kirjatieto ja asiantuntijoiden neuvonpidossa syntynyt uusi tieto. Hiljainen tieto on henkilökohtaista tietoa, jota on vaikea ilmaista sanoin. Se näkyy yksilön toiminnassa ja kokemuksissa. Erityisesti ikääntyville ihmisille on kertynyt tietoa, joka näkyy kykynä tulkita informaatiota, jolle ei ole olemassa muodollista käsittelysääntöä. (Virtainlahti 2009a, 42; 2005, 28–29; Levonen 2001, 171; Nonaka & Takeuchi 1995, viii.)

Ihminen voi oppia kokemalla, kokeilemalla, reagoimalla ja seuraamalla muita ihmisiä. Käytännön tekeminen ja kokeileminen ovat tärkeitä hiljaisen tietämyksen syntymisessä. Tekeminen jättää muistijäljen, jolloin aivoissa

tapahtuu kemiallinen muutos, syntyy muistijälki, johon ihminen voi myöhemmin palata. (Virtainlahti 2009a, 167.)

Reinders (2010, 28–37) on käyttänyt tutkimuksessaan osallistuvaa havainnointia kuvaillessaan korkeaa laatua hoitajien ja asiakkaiden välisessä suhteessa ryhmäkodissa, jossa asui kehitysvammaisia. Yhdestätoista asukkaasta suurin osa ei pystynyt kommunikoimaan suullisesti. Reindersin mukaan tällöin oli erityisen tärkeää seurata asukkaan kehon kieltä. Ilmeet, eleet ja asukkaan olemus kertoivat hoitajille, mitä asukas halusi. Hoitajan tuli kuitenkin tuntea potilas ennestään pystyäkseen tekemään oikeita havaintoja. Hoitajilta kysyttiin lopuksi, miten he olivat kyenneet viestimään asukkaan kanssa onnistuneesti. He eivät osanneet tähän vastata. He tekivät havaintoja aikaisempien kokemusten perusteella.

Nonaka ja Takeuchi (1995, ix, 71–73) kuvaavat hiljaisen ja explisiittisen (näkyvä) tiedon vuorovaikutusta jatkuvana ympyränä, tiedon spiraalina. Tietämys syntyy sosiaalistamalla, esimerkiksi silloin kun mestari opastaa oppipoikaa. Piiloista tietoa ulkoistetaan esimerkiksi mallintamalla mestarin töitä. Myös asiantuntijatiimeissä syntyy uutta tietoa yhdistelemällä osallistujien näkyvää tietoa toisten tietoihin. (Levonen 2001, 172.)

Hiljainen tieto ja eksplisiittinen tieto eivät ole täysin erillisiä, vaan ne täydentävät vastavuoroisesti toisiaan. Ne ovat vuorovaikutuksessa keskenään luodessaan ihmisten toimintaa. Tiedon luomisen mallin avulla tietoa luodaan ja laajennetaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa hiljaisen tiedon ja eksplisiittisen tiedon välillä. Nonaka ja Takeuchi kutsuvat tätä vuorovaikutusta ”tiedon keskusteluksi”. Tämä keskustelu on ”sosiaalinen” prosessi yksilöiden välillä, mutta se ei ole rajoittunut yksilöön. (Nonaka & Takeuchi 1995, 61).

Hiljaisen tiedon käsitteen luoja, Michael Polanyin (1983; 4), mukaan Ihminen tietää hiljaisen tiedon kautta, milloin explisiittinen tieto on totta. Hiljainen tieto esimerkiksi ohjaa hoitamaan itkevää vauvaa tai kohtaamaan surevan ihmisen. Siksi siitä puhutaankin arkikielessä kokemusperäisenä tietona: hiljaista tietoa kertyy yksilölle kokemuksen kautta. Monessa tilanteessa uutta tietoa

yhdistetään aikaisemmin käytettyihin toimintamalleihin, jolloin hiljainen tieto toimii taustalla. (Virtainlahti 2009a, 50; Nurminen 2000, 29; Koivunen 1997, 77–79.)

Ajatukset perustuvat hiljaiseen tietoon (tacit knowledge) ja fokusoituun tietoon (focal knowledge). Tietoa kutsutaan fokusoituneeksi, kun tietämiseen on fokusoiduttu ja ihminen on tietoinen siitä. Näitä molempia tiedon puolia tarvitaan, että ihminen pystyisi käsittelemään asioita. Hiljainen tieto on taustatietoa, jonka avulla näkyvää tietoa käsitellään. Näkyvä tieto määrittelee käsiteltävän asian tekemällä sen näkyväksi. Fokusoituneeksi tietoa kutsutaan esimerkiksi silloin, kun lääkäri tunnistaa röntgenkuvan perusteella potilaan sairauden laadun. Hiljainen tieto puolestaan on aktiivisesti mielessä, mutta se ei ole tietoista tietämisen hetkellä. Ei ole olemassa pelkästään näkyvää tietoa, vaan tieto on joko hiljaista tai perustuu hiljaiseen tietoon. (Virtainlahti 2009a, 42–43.)

Hiljainen tieto on yksilösidonnainen ja se on kiinnittynyt yksilön toimintaan. Hiljaista tietoa on kerääntynyt yksilön elämän ja uran aikana. Se kuuluu aina osana haltijansa omaan historiaan. Hiljainen tieto on myös kulttuurisidonnaista. Ihmisen käyttäessä erilaisia välineitä hän harjaantuu sen käyttöön paremmin. Tällöin ihmisen ei tarvitse enää kiinnittää huomiota välineeseen vaan hän voi havainnoida myös ympäristöä. (Virtainlahti 2009a, 48–49.)

5.3 Hiljaisen tiedon tunnistaminen ja jakaminen

Hiljainen tieto saadaan näkyvään muotoon mallintamisen avulla ja sitä kautta helpommin jaettavaksi. Näin hiljainen tieto tulee näkyväksi myös tiedon jakajalle. Mallintaminen tarkoittaa sitä, että jäsennetään ihmisen toimintaa jonkin tietyn käsitejärjestelmän mukaan. Sen avulla voidaan pelkistää jonkin asian olennaiset piirteet tarkasteltavan kysymyksen näkökulmasta. (Virtainlahti 2009a, 94–95.)

Mallin luominen on hyvin tärkeää. Se kuvaa, miten jotain asiaa tehdään ja mitkä asiat on koettu hyviksi käytännöiksi. Mallin avulla parhaat käytännöt voidaan

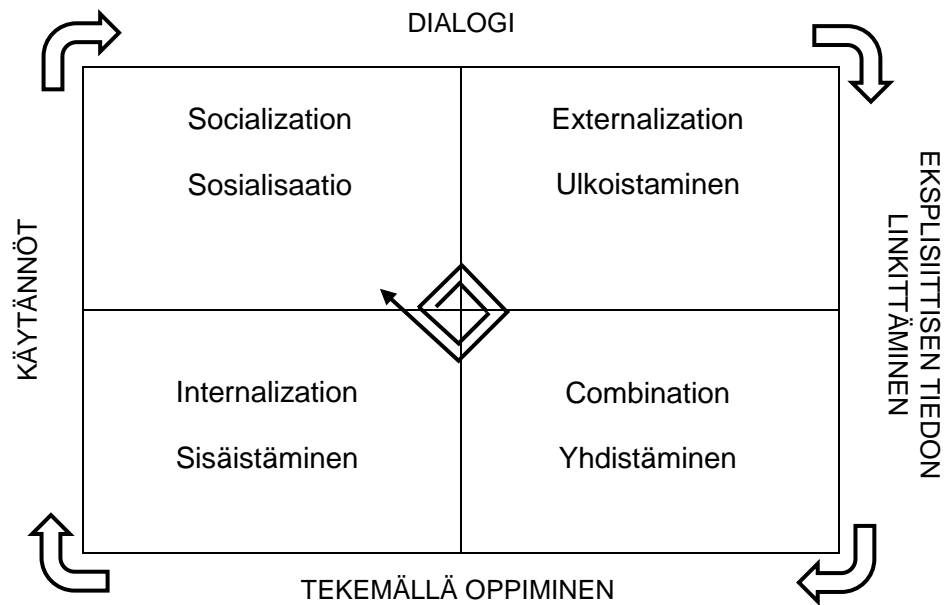
jakaa toisille ihmisille. Hyvä malli on sellainen, joka auttaa toisia ihmisiä pääsemään samaan päämäärään kuin kyseinen tiedon jakaja. (Virtainlahti 2009a, 95.)

Mallintaminen voidaan toteuttaa haastattelemalla mallinnettavaa henkilöä. Haastattelussa kysytään henkilöltä tiettyjä kysymyksiä, joita voidaan tarvittaessa tarkentaa. Hyviä kysymyksiä ovat esimerkiksi avoimet mitä-, miten- ja miksi-kysymykset. Kysymyksiä esitetään niin kauan kunnes kuva toiminnan periaatteista hahmottuu. Mallintamiseen kuuluu osana myös havainnointi. Lopuksi malli muotoillaan kuvan, kaavion tai tekstikuvauksen muotoon. Mallia voidaan testata kokeilemalla. (Ilmarinen 2013, 13; Virtainlahti 2009a, 95–96.)

Japanilaiset tutkijat Nonaka ja Takeuchi (1995, 62–73) ovat luoneet tiedon luomisen prosessimallin, SECI-mallin (kuvio 1). Se kuvaa tiedon muuntamista hiljaisesta tiedosta näkyväksi tiedoksi ja jälleen hiljaiseksi tiedoksi. Malli on jaettu neljään askeleeseen: sosialisatio (socialication), ulkoistaminen (externalization), yhdistäminen (combination) ja sisäistäminen (internationalization). (Virtainlahti 2009a, 98; Virtanen 2006, 13.)

Sosialisaatio tarkoittaa tiedon välittämistä toiselle hiljaisesti jakamalla kokemuksia, ajattelumalleja ja teknisiä tietoja. Esimerkiksi mestari opettaa oppipoikaa niin, että oppipoika havainnoi ja matkii mestaria käytännön työssä. Tällöin tärkeä oppimiseen vaikuttava asia on mestarin kokemus. Sosialisaatio on kahden ihmisen välistä vuorovaikutusta. (Nonaka & Takeuchi 1995, 62–63; Virtanen 2006, 13; Virtainlahti 2009a, 98–99;.)

Ulkoistaminen on prosessi, jossa hiljainen tieto muuttuu sanoiksi ja näkyväksi tiedoksi kielikuvien, vertausten, käsitteiden, oletusten ja mallien muodossa. Ulkoistaminen luo uutta, jolloin ihmiset laittavat kielikuvien avulla tietonsa yhteen uusilla tavoilla ja näin ilmaisevat asioita, mitä he tietävät, mutta eivät osaa sanoin kuvata. (Nonaka & Takeuchi 1995, 64–65; Virtanen 2006, 13; Virtainlahti 2009a, 99–100.)



Kuvio 1. SECI-malli (mukaellen Verkkari 2013).

Yhdistäminen tarkoittaa tiedon muuntumista monimutkaisemmaksi näkyväksi tiedoksi. Tietoa yhdistetään dokumenttien, kokousten, puhelinkeskustelujen ja tietoverkkojen kautta. Uusi tieto ja jo olemassa oleva tieto yhdistetään ja näin luodaan uutta tietoa. Tieto rakennetaan uudelleen lajittelemalla, lisäämällä, yhdistämällä ja luokittelemalla näkyvää tietoa. (Nonaka & Takeuchi 1995, 67; Virtanen 2006, 13; Virtainlahti 2009a, 100.)

Sisäistäminen on prosessi, jossa näkyvä tieto muuntuu hiljaiseksi tiedoksi. Tiedon muuntamista helpottaa, jos tieto ilmaistaan sanoin tai kaavakuvana dokumenteissa tai suullisissa tarinoissa. Tällöin uudet toimintamallit otetaan käyttöön esimerkiksi työyhteisössä. Dokumentointi auttaa yksilöitä sisäistämään heidän kokemuksensa niin, että tieto voi muuntua hiljaisesta tietämyksestä näkyväksi tiedoksi. (Nonaka & Takeuchi 1995, 69; Virtanen 2006, 13; Virtainlahti 2009a, 100.)

Uusi tieto alkaa aina yksilöistä. Uuden tiedon luomista ei voida kuitenkaan tehdä ilman yksilöiden välistä vuorovaikutusta. Jakamalla tietämystään tulee

oma tietämys näkyväksi myös henkilölle itselleen. Lisäksi oman tietämyksen jakaminen lisää yhteisön avoimuutta ja vuorovaikutusta. Toisen ihmisen tietämys tulisi kuitenkin uskaltaa myös kyseenalaistaa. Kaikki toisen ihmisen tietämys ei ole välttämättä sitä parasta tietämystä. Ihmisen tulisi siis olla kriittinen vastaanottamaansa tietämystä kohtaan. (Virtainlahti 2009a, 108–111.)

Avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri auttaa erilaisuuden ymmärtämistä sekä edistää kokemusten ja tietojen välittämistä toisille. Kaikkien yksilöiden panostusta tarvitaan yhteisöllisen ilmapiirin luomiseen. (Virtainlahti 2009a, 163.)

Hiljaista tietämystä voidaan hyödyntää silloin, kun se on ensin tunnistettu. Prosessi lähtee yksilöiden välisestä vuorovaikutuksesta. Hiljaisen tietämyksen hyödyntämistä auttaa luova ja luottamuksellinen ilmapiiri, jossa ihmiset uskaltavat tuoda esille omia ajatuksiaan ja ideoitaan. (Virtainlahti 2009a, 173.)

Tiedon luomisen prosessi voidaan jakaa viisi asteiseen malliin. Mallia voidaan tulkita prosessin ideaalisena esimerkkinä sisältäen seuraavat viisi kohtaa: 1) hiljaisen tiedon jakaminen, 2) käsitteiden luominen 3) käsitteiden perusteleminen 4) mallin luominen ja 5) tiedon jakaantuminen. (Nonaka & Takeuchi 1995, 83–84.)

Organisaation tiedon luomisen prosessi alkaa hiljaisen tiedon jakamisella. Se vastaa karkeasti sosialisatiota, koska rikas ja hyödyntämätön tieto on yksilössä itsessään ja näin tieto täytyy ensin vahvistaa organisaation sisällä. Toisessa vaiheessa jaettu hiljainen tieto muuntuu näkyväksi tiedoksi muodostaen uuden käsitteen. Prosessi on samanlainen kuin ulkoistamisessa (externalization). Luotu käsite tulee perustella kolmannessa vaiheessa, jossa organisaatio määrittelee, onko uusi käsite todella tavoittelun arvoinen. Neljännessä vaiheessa käsitteet muuntuvat malliksi, josta muotoutuu koekappale, prototyyppi. Viimeinen vaihe jatkaa tiedon luomista, esimerkiksi jakaantamalla muiden osastojen kesken tai jopa ulkopuolelle, mm. kuluttajille, yrityksille ja korkeakouluihin. Tietoa luova yritys ei toimi suljetussa järjestelmässä, ainoastaan avoimessa järjestelmässä, jossa tietoa vaihdetaan jatkuvasti ympäristön kanssa. (Nonaka & Takeuchi 1995, 84.)

Herbig, Büssing ja Ewert (2001, 687–695) selvittivät tutkimuksessaan, miten sairaanhoitajat reagoivat hätätilanteissa. Tutkimuksessa vertailtiin eksplisiittistä tietoa ja hiljaista tietoa. Sen mukaan hoitajien eksplisiittisen tiedon käytössä kriittisissä tilanteissa ei löytynyt eroja. Sillä ei ollut merkitystä, olivatko sairaanhoitajat suorittaneet onnistuneesti kriittiset tilanteet vai eivät. Sen sijaan hiljaisen tiedon osalta eroja löytyi merkittävästi. Tulokset olivat linjassa sen oletuksen kanssa, että kokemukseen perustuva tieto on erittäin tärkeää silloin kun käsitellään kriittisiä tilanteita. Herbig ym. suosittelivat ottamaan käyttöön menetelmiä, jotka edistävät hiljaisen tiedon jakamista yksilön ja organisaation välillä.

Tarinoiden avulla voidaan välittää tietoa, joka koskee historiaa, arvoja ja yhteisön identiteettiä. Yksilöt ovat hankkineet kokemusten kautta tietoja ja taitoja. Tarinoita kertomalla saatetaan jakaa hyvinkin henkilökohtaisia asioita. Tarinoista välittyvä tieto ei ole näkyvää, mutta tarinoiden avulla voidaan helpottaa uutta jäsentä sisäistämään odotettua ja vaadittua käyttäytymistä. Oppiminen tapahtuu, jos tarinat voidaan liittää johonkin tiettyyn asiayhteyteen, jonka kautta ne saavat merkityksen. Tarinoiden kautta kokemukset jäävät hyvin osallistujien mieleen. Tapaamisissa ei yleensä keskusteluja dokumentoida, mutta dokumentoinnin avulla keskusteluja voitaisiin hyödyntää laajemminkin. (Virtainlahti 2009a, 97–124.) Kertomukset voivat olla suullisia, kirjoitettuja, filmattuja tai piirrettyjä (Linde 2001, 4).

Kothari, Bickford, Edwards, Dobbins ja Meyer (2011, 198) käsitelivät tutkimuksessaan terveydenhuollon ammattilaisten käyttämää hiljaista tietoa ohjelmien suunnittelussa. Tutkimus tehtiin tarinan kerronnan avulla, jolloin osallistujat saivat itse kertoa omakohtaisista kokemuksistaan. Tutkimuksessa tarkasteltiin, kuinka terveydenhoidon ammattilaiset soveltavat hiljaista tietoa terveydenhuollon ohjelmien suunnittelussa ja täytäntöönpanossa. Tuloksista nousi esiin kaksi tärkeää asiaa: hiljaisen tiedon käyttäminen sekä hiljaisen tiedon ja näkyvän tiedon yhdistäminen. Hiljainen tieto piti sisällään aiemmat kokemukset, organisaation erityisosaamisen, yhteisössä esiintyvän tiedon ja toisten ihmisten hiljaisen tiedon tunnistamisen. Näkyvä tieto piti puolestaan

sisällään tutkimustiedon, internetin, aikakauslehdet, viralliset arvioinnit, säädökset ja määräykset. Tutkimus osoitti, että osallistujat hyödyntävät sekä hiljaista tietoa että näkyvää tietoa joka päiväisessä työssään. Hiljaisella tiedolla oli tärkeä rooli tutkimustulosten tulkinassa ja täytäntöönpanossa.

Kuronen, Säämänen, Järvenpää ja Rintala (2007, 21–30) ovat julkaisussaan ”Hiljaisen tiedon säilyttäminen ja jakaminen ydinvoimalaitoksessa” jakaneet hiljaisen tiedon jakamisen menetelmät kahteen osaan sen perusteella, pyritäänkö niissä käsitteellistämään hiljaista tietoa vai jakamaan sitä ”hiljaisessa” muodossaan. Tarinan kerronta perustuu hiljaisen tiedon käsitteellistämiseen. Sen hyvä puoli hiljaisen tiedon säilyttäjänä on, että tarinat välitetään epävirallisessa muodossa, jolloin kuulijalle jää selkeästi mieleen kokonaisuus. Tarinan kerronta voidaan toteuttaa myös ryhmätarinoinnilla, jolloin enemmän kuin yksi henkilö tuottaa tarinoita. Tarinoita eivät voi muodostaa organisaation ulkopuoliset henkilöt vaan ne tulee liittää organisaation toimintaan ja kulttuuriin.

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

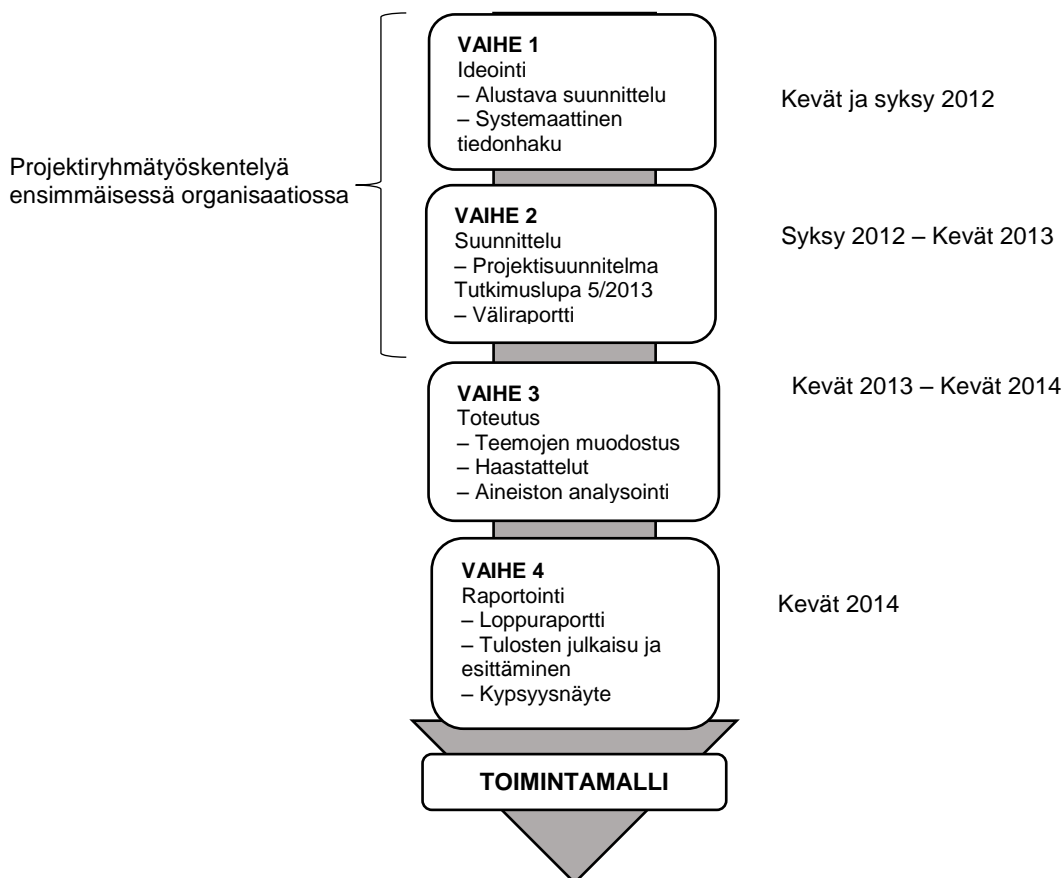
6.1 Kehittämiprojektin organisaatio

Kehittämiprojektin projektipäällikkönä toimi YAMK-opiskelija. Projektin toteutus, ohjaus ja seuranta toteutettiin projektiryhmässä. Kehittämiprojektilla oli tavallaan kaksi projektiryhmää, koska kohdeorganisaatio vaihtui kesken kehittämiprojektin tekemisen. Projektipäällikkö osallistui ensimmäisen organisaation jokaiseen projektiryhmän tapaamiseen, yhteensä 6 kertaa. Hän toimi kerran myös sihteerinä ja kerran puheenjohtajana kokouksissa. Kokouksiin osallistujat olivat Turun ammattikorkeakoulun opiskelijoita, lehtoreita sekä hankkeen projektipäällikkö.

Tutkimussuunnitelman teon aikaan kohdeorganisaatio vaihtui, jolloin myös projektiryhmä vaihtui. Projektipäällikkö keskusteli kehittämiprojektista yhdistyksen toiminnanjohtajan kanssa viisi kertaa, jolloin hän sai arvokasta tietoa työn tekemiseen. Projektipäällikkö suoritti myös muihin opintoihinsa liittyvää harjoittelua 2 viikkoa yhdistyksessä ja näin hän pystyi harjoittelun lomassa keskustelemaan toiminnanjohtajan kanssa kehittämiprojektista sekä tutustumaan yhdistyksen toimintaan.

6.2 Kehittämiprojektin eteneminen

Kehittämiprojekti alkoi tammikuussa 2012 ideavaiheella (kuvio 2), jolloin tutustuttiin alustavasti kehittämiprojektin aihealueeseen. Idea- ja esiselvitysvaiheen aikana suoritettiin aihealueen rajausta ja tutustuttiin aiheesta kertovaan kirjallisuuteen ja erilaisiin aiheita käsitteleviin tutkimuksiin. Perehdyttiin siis siihen, mitä aiheesta jo tiedettiin. Samalla tutustuttiin kohdeorganisaation toimintaan.



Kuvio 2. Kehittämiprojektin vaiheet.

Idea- ja esiselvitysvaiheen jälkeen kehittämisprojekti eteni projektin suunnittelun kautta käytännön toteutukseen. Projektisuunnitelmaa alettiin työstää syksyllä 2012. Kohde organisaation vaihtuessa tammikuussa 2013 projektipäällikkö otti yhteyttä Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n toiminnanjohtajaan. Hänen kanssaan sovittiin uudesta kohderyhmästä, joka oli uusien omaishoitajien vertaistukiryhmään kuuluvat omaishoitajat. Projektisuunnitelma valmistui lopulta toukokuussa 2013. Tutkimuslupa saatiin yhdistykseltä toukokuussa 2013.

Omaishoitajien teemahaastattelut toteutettiin lokakuussa 2013, jonka jälkeen projektipäällikkö analysoi aineistoin ja suunnitteli toimintamallin. Aineiston analysointi ja toimintamallin suunnittelu jatkui keväälle 2014 asti. Projektipäällikkö halusi haastatella omaishoitajia vielä uudestaan, joten toinen

vaihe toteutettiin syyskuussa 2014. Haastattelu suoritettiin ryhmähaastatteluna. Tässä vaiheessa omaishoitajilla oli vielä mahdollisuus antaa omakohtaisia näkemyksiä toimintamallin suunnitteluun.

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN EMPIIRINEN OSIO

7.1 Tavoite ja tutkimuskysymykset

Aineiston keruun ja analyysin tavoitteena oli teemahaastatteluilla selvittää, mitä omaishoitajien vertaistuki pitää sisällään, tuottaa uutta tietoa vertaistuen ja hiljaisen tiedon siirtämisen toimintamallin kehittämistyöhön.

Tutkimuksessa pyrittiin saamaan vastauksia seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Miten omaishoitajuus on muuttanut arjessa selviytymistä ja omaa elämänhallintaa?
2. Millaista on omaishoitajan vertaistuki?
3. Millaista on vertaistuen hiljainen tieto?
4. Miten vertaistukea tulee kehittää?

7.2 Aineiston keruu, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmä

Aineisto kerättiin Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n järjestämään vertaistukiryhmään osallistuvilta omaishoitajilta (N=8) lokakuussa 2013. Vertaistukiryhmä kokoontui kerran kuukaudessa. Ryhmä oli ollut toiminnassa syksystä 2012 lähtien. Osa ryhmään osallistujista oli ollut mukana tapaamisissa alusta lähtien kun taas osa omaishoitajista oli ollut mukana vain muutaman kerran. Yhteinen tekijä heillä oli omaishoitajuus. Heidän läheisensä sairastivat hyvinkin erilaisia sairauksia, esimerkiksi muistisairautta, Parkinsonin tautia, Alzheimerin tautia, aivoverenvuodon seurauksena syntyneitä sairauksia sekä sydänsairauksia. Yksi osallistujista oli leski. Hän oli osallistunut ryhmään jo ennen puolisonsa kuolemaa ja siksi ei halunnut vielä siirtyä Omaishoitokeskuksen järjestämään ”Selviytyjät” – leskien ryhmään.

Kehittämiprojektin projektipäällikkö kävi lokakuussa 2013 Omaishoitokeskuksessa vertaistukiryhmän tapaamisessa kertomassa

kehittämisprojektista. Tapaamisessa oli paikalla kaikki ryhmään kuuluvat omaishoitajat, 2 miestä ja 6 naista. Kaikki paikalla olleet suostuivat haastatteluun vapaaehtoisesti. He allekirjoittivat Tietoinen suostumus haastateltavaksi – kaavakkeen (liite 1). Haastateltavat laittoivat kaavakkeeseen myös puhelinnumeron ja näin haastattelun ajankohta voitiin sopia tarkemmin puhelimitse. Haastateltavat saivat valita, haluavatko haastattelun tapahtuvan Omaishoitokeskuksessa vai heidän omassa kodissaan. Yksi haastateltava halusi haastattelun tapahtuvan Omaishoitokeskuksessa ja loput haastattelut suoritettiin omaishoitajien kotona.

Haastattelut äänitettiin ja tallennettiin tietokoneelle. Haastattelutilanteessa paikalla olivat ainoastaan haastatteliija ja haastateltava. Kotona tapahtuvissa haastatteluissa omaishoidettavat olivat kotona, mutta toisessa huoneessa. Haastattelutila oli häiriötön ja rauhallinen. Haastattelujen kestot vaihtelivat 16 minuutista 46 minuuttiin. Tunnelma haastattelujen aikana oli vapautunut ja omaishoitajat vastasivat kysymyksiin avoimesti.

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun avulla ja luonteeltaan tutkimus oli laadullinen tutkimus. Teemat perustuivat kirjallisuuskatsaukseen eli siihen, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Tavoitteena oli saada luotettavaa informaatiota tutkimusongelman kannalta olennaisilta alueilta. Teemahaastattelun avulla pyrittiin keräämään sellainen aineisto, jonka pohjalta voitiin luotettavasti tehdä tutkittavaa ilmiötä koskevia päätelmiä. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 27–40.) Haastattelut suoritettiin etukäteen laadittujen teemojen (liite 2) ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2002, 76). Ensimmäisen haastattelun aikana projektipäällikkö lisäsi yhden tarkentavan kysymyksen teemoihin, jonka hän myöhemmin kysyi myös muilta osallistujilta.

Laadullisessa tutkimuksessa osallistujia on useimmiten vähän, joissakin tutkimuksissa saattaa olla vain yksi ihminen. Tutkimus kohdistuu ennen kaikkea tutkittavan ilmiön laatuun, ei määrään. Pyrkimyksenä on kerätä mahdollisimman rikas ja monitasoinen aineisto, joten yhden ihmisen haastattelussa saattaa kertyä kirjoitettua aineistoa jopa 40–60 sivua. Haastateltavia ei saisi olla liikaa,

koska tällöin se vaikeuttaa aineiston analyysia ja oleellisen löytämistä. Myös liian vähäinen osallistujien määrä voi vaikeuttaa tutkimuksen tekemistä. Osallistujamäärä tulisikin siis arvioida tapauskohtaisesti. (Chaiklin 2000, 47–59; Peters, Abu-Saab, Vydellingum & Murphy 2002, 1051–1059; Meadows, Verdi & Crabtree 2003, 981–990; Kylmä & Juvakka 2007, 27; Alasuutari 2011, 84.)

7.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin soveltaen sisällönanalyysia. Aineiston analyysissa lähtökohtana oli se, miten ihmiset tulkitsevat asioita ja miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48.) Se on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota systemaattisesti. Sen avulla voidaan myös tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21; Kylmä & Juvakka 2007, 112.)

Haastatteluja alettiin käsitellä kuuntelemalla tallennetut haastattelut useaan kertaan. Tämän jälkeen puhemuotoon tallennetut haastattelut kirjoitettiin puhtaaksi sana sanalta käyttäen apuna tietokoneen tekstinkäsittelyohjelmaa eli aineisto litteroitiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Auki kirjoitettua tekstiä verrattiin vielä kerran äänitettyyn aineistoon. Näin varmistettiin, että aineisto oli todella saatu litteroitua sanasta sanaan.

Litteroitu aineisto luettiin huolellisesti läpi useaan kertaan, jolloin varmistettiin projektipäällikön aiheeseen perehtyneisyys. Analyysin toisessa vaiheessa aineisto purettiin osiin eli ilmaukset pelkistettiin ja sisällöltään samankaltaiset osat yhdistettiin samaan luokkaan (liite 3). Tarkoituksena oli etsiä pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Yhdistämisen jälkeen muodostettiin alaluokkia ja yläluokkia. Lopuksi luotiin käsitteet eli suoritettiin abstrahointi ja näin saatiin aineisto jälleen tiivistettyä kokonaisuudeksi ja vastaukset soveltavan tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Kylmä & Juvakka 2007, 113–118; Tuomi & Sarajärvi 2002, 112–113.)

8 TULOKSET

8.1 Arjessa selviytyminen ja elämänhallinta

Haastattelujen mukaan läheisen sairastuminen oli muuttanut merkittävästi omaishoitajan ja läheisen arkea. Haastatteluissa nousi erityisesti esille omaishoitajan oman vapaa-ajan väheneminen johtuen läheisen kasvaneesta avun tarpeesta. He kokivat olevansa sidottuja kotiin 24 tuntia vuorokaudessa. Kaksi omaishoitajista oli jäänyt pois töistä hoitaakseen läheistään kotona.

”Se on vienyt mahdollisuuden käytännössä kaikkeen niin kuin omaan toimintaan, omaan vapaa-ajan käyttöön, omaa vapaa-aikaa ei käytännössä ole.”

”Sillä lailla, että mä oon hirveen sidottu tähän kottiin, kun x ei tahtois millään olla tässä kotona, mulla olis kaiken maailman menoja ja ois kaikkee.”

”Ennen oli vastuussa vain itsestään ja nyt on vastuussa sitten, et meitä on neljä...”

”On sidottu niinku sen 24/7...”

Yksi vastaajista kertoi elämän muuttuneen täydellisesti läheisen sairastumisen myötä. Sairastuminen oli tapahtunut yllättäen, joten muutokset arjessa jouduttiin myös tekemään hyvin nopealla aikataululla, esimerkiksi asuinpaikan vaihtaminen lähemmäksi palveluja. Toisella vastaajista puolestaan muutos oli tapahtunut hitaasti ja huomaamatta. Yhtäkkiä oltiin tilanteessa, jossa läheinen ei pärjännytkään enää omatoimisesti kaikesta arjen askareista. He olivat tottuneet tekemään kaiken yhdessä, joten muutosta ei ollut niin selvästi havaittavissa.

”Se iski mulle ihan täysin kun se tuli kuin salama kirkkaalta taivaalta, aivoveritulppa, sitten toispuoleinen halvaantuminen, niin se oli ihan totaalinen muutos ja kaikki asuminen ja kaikki tämmönen. Kaikki oli muutettava täysin.”

”Se hiipi vähän yllättäen meille. Me ollaan aina oltu sellaisii keskenään viihtyviä ihmisiä ja me tehtiin kaikki keskenään. Ei se alkuunkaan niin suuresti muuttanut. Me tehtiin aina kaikki porukas, ehkä se johto enempi siirty mulle.”

Pelko tulevaisuudesta oli myös vahvasti osana omaishoitajan arjessa. Vastauksissa löytyi eroavaisuuksia sen mukaan, oliko läheinen sairastunut

yllättäen vai oliko sairauden paheneminen tapahtunut pikku hiljaa niin kuin esimerkiksi Alzheimerin taudissa. Pelkoa läheisestä kokivat erityisesti ne vastaajat, joiden läheinen oli saanut aivoveritulpan, sydäninfarktin tai jonkun muun vastaavan akuutisti hoidettavan sairauden.

”Ja sitten on semmosta jännitystä. Niin... Ja sitten tosiaan semmoista, että aina pelkää, mitä sattuu... hmmm... Sitten kun siellä on se sydän siellä taustalla, pelkää aina, että se pettää.”

Vastaajien läheiset sairastivat hyvin erilaisia sairauksia. Toiset läheiset kykenivät toimimaan omatoimisesti kotona, esimerkiksi laittamaan ruokaa tai käymään yksin apteekissa. Toiset läheiset puolestaan tarvitsivat paljon apua päivittäisissä askareissa, esimerkiksi vaatteiden riisumisessa ja niiden päälle laittamisessa. Osalla vastaajista oli omaisia, jotka tarvittaessa autoivat omaishoitajia selviytymään arjen haasteista ja näin omaishoitajat saivat hieman aikaa myös itselleen.

Yksi vastaajista oli ollut omaishoitajana jo vuosia, koska läheinen oli sairastunut hyvin nuorena. Hän ei osannut siksi kuvailla, millä tavalla elämä oli muuttunut verrattuna aikaan, jolloin läheinen oli terve. Läheisen avun tarve oli vuosien myötä pikku hiljaa lisääntynyt.

”No kun mä en sitä oikein ossaa sannoo, kun hänellä on ollut tätä sairautta niin kauan... esimerkiksi pankkiautomaatista hän ei pysty ottaa enää rahoja. Muuten tätä omaishoitajuutta mulla on ollut sieltä saakka. Sikäli se ei oo muuttunut. Pelko on ollut tässä jo vuos kymmeniä.”

8.2 Omaishoitajien kokemukset vertaistuesta

Vertaistuen tarkoituksesta omaishoitajilla oli samanlaisia ajatuksia. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että vertaistuki tarkoittaa mahdollisuutta tavata muita samankaltaisessa elämäntilanteessa olevia ihmisiä. Ryhmässä saa voimaa toisilta omaishoitajilta.

”...se auttaa mua ainakin henkilökohtaisesti, et on muitakkii ihmissii vaikeis tilanteis ja niistä voidaan puhuta ihan niitten nimil ja kertoo.”

”Se tarkoittaa suurin piirtein samanlaisessa elämäntilanteessa olevien kanssa kanssakäymistä. On vähän tämmöistä vuorovaikutusta.”

Vertaistuki merkitsi vastaajille hyvin paljon. Se oli positiivinen ja tärkeä asia. Vertaistukiryhmä koettiin mahdollisuutena päästä pois kotoa ja saada pieni hengähdystauko normaalista arjesta. Toisaalta koettiin myös, että tämän pienen tauon aikana vastaaja joutui edelleen elämään hoidettavansa kautta. Ryhmässä keskustellaan ainoastaan omaishoidettavista ja siitä tilanteesta, mikä kotona sillä hetkellä vallitsee. Eräs vastaaja toivoi, että keskustelunaiheet voisivat välillä olla jokapäiväisiä asioita, esimerkiksi päivän polttavista puheenaiheista. Kolme vastaajaa kävi myös toisessa vertaistukiryhmässä.

”Nää vertaisryhmät on tavallaan semmosii mahdollisuuksia, aukkoja päästä välil sieltä kotoo pois. Tietysti siinä on se ongelma, että, et niinku, se tekee sen, et kun mulla on se pieni vapaa hetki, et silloinkin mä elän niin kuin hoidettavieni kautta.”

”Kyllä se mulle on tärkeä. Joka kerta menen, joka kerta. Vaikka siirrän jonkin muun menon, jos mulla on, että pääsen sinne. Että se on mulle nyt niin tärkeeksi tullut...”

Vastaajat kokivat tärkeäksi ryhmässä saadun käytännön tuen. Haastattelua edeltävässä vertaistukiryhmän tapaamisessa keskusteltiin yölampusta, joka helpotti erään omaishoitajan liikkumista pimeässä asunnossa. Kyseessä oli lamppu, joka laitettiin pistorasiaan ja se syttyi vain silloin, kun asunnossa oli liikettä. Toisetkin vastaajat innostuivat lampusta. Haastattelujen aikana tämä tuli useasti esille vertaistuesta kerrottavien esimerkkien myötä. Vastaajat kokivat tämän kaltaiset tiedot erittäin hyödyllisiksi. Eräs vastaaja oli saanut neuvoja erilaisten apuvälineiden hankintaan, mikä auttoi häntä arjen ongelmassa. Hän oli puolestaan tätä tietoa levittänyt eteenpäin uusille ryhmään tulleille omaishoitajille. Näin varmistettiin, että tieto saavutti jokaisen ryhmässä olevan omaishoitajan.

”Aina jottain uutta kuulee siellä, mitä ei niin ku tiää... Mutta ei oo ollu sellaista tietoo, sillai että muilta kuulee, kun ei ossaa, kun mulla ei oo ollut tällaista tilannetta eikä mulla oo kettään muutakaan, enkä mä tunne kettään, jolla olis ollu tämmönen, siis läheisistä. Nyt mä ossaan muitakin auttaa ja sannoo sillai, kun siellä on ykskin, joka sano, et se on niin hirveetä se suihkussa käynti, kysyin, et eikö sulla oo suihkutuoliakkaan. Ne heti hommas...”

Vastaajat kokivat saaneensa ryhmässä myös henkistä tukea. Omaishoidettavien sairaudet olivat hyvinkin erilaisia. Osa omaishoidettavista tarvitsi enemmän apua kuin toiset omaishoidettavat. Vastaajista kolme koki oman tilanteensa nyt paremmaksi kuin ennen vertaistukiryhmää. He olivat kuulleet ryhmässä rankkojakin selviytymistarinoita, joten he kokivat oman tilanteensa sillä hetkellä hyväksi. Ennen ryhmää he olivat pohtineet, ettei kenelläkään voi olla niin raskasta kuin heillä on. Ryhmään tulon jälkeen he olivat helpottuneita siitä, että heidän ei tarvitse olla yksin asiansa kanssa vaan löytyy ihmisiä, jotka ovat samankaltaisessa elämäntilanteessa ja he voivat jakaa kokemuksia keskenään. Eräs vastaaja koki tapaamiset voimaannuttavana.

”Jossain vaiheessa ja joissain tilanteissa niin kuuntelee kauhunsekaisin, että aijaa tämmöstäkö tää on ja tämmöstäkö tässä on edessä. Mutta sit taas toisaalta niin kun hirveen tyytyväinen oon omaan tilanteeseen ja tää on helpompi kuin monella, että ajattelee, että mä pääsen vielä helpolla.”

”Kyl mä näen sen, niin kuin mä olen sanonu, hyvin tarpeelliseksi. Toisil ihmisil on paljon ystäviä, mut mullakaa ei ol oikein.”

Yksi vastaaja piti hyvänä asiana, että vertaisten kanssa pystyttiin jakamaan asioita avoimesti. Hän oli aiemmin yrittänyt puhua kokemuksistaan työyhteisössä, mutta siellä oli tilanteet ymmärretty helposti väärin.

”..silloin kun mä töissä yritin niinku kahvitunnilla, jos kertos jotain, mikä mun mielestä oli niin kun huvittava juttu... Enhän mä kertonu niille mitään kaikista pahimpia asioita, vaan yritti sellai kertoo huvittavia anekdootteja elämästä, niin lopputulos oli se, et herran tähden ne olivat aivan kauhistuneet... Nii, et se, et mä olen jossain vertaisryhmässä, niin tavallaan voi odottaa, et ne vähän tietää paremmin.”

Yksi vastaajista toivoi ryhmän toimintatavan muutosta. Hän toivoi vapaamuotoisempaa hetkeä. Yhden tapaamiskerran aikana ei ehdi keskustella vapaasti toisten omaishoitajien kanssa, koska koko aika menee sen hetkisten kuulumisten vaihtamiseen. Tällöin ujut ihmiset saattavat kokea tilanteen ahdistavana. Vertaistukiryhmä toimi niin, että jokainen vuorollaan kertoi kuulumisiaan. Arka omaishoitaja ei kykene keskittymään muiden kuulumisiin, kun hän jo jännitti sitä omaa vuoroaan ja mietti, mitä sanoo. Toinen vastaaja

puolestaan koki sen hyvänä asiana. Silloin kun joku omaishoitajista kertoo kuulumisiaan, muut kuuntelee.

8.3 Vertaistukiryhmän toiminta

Yksi vastaajista koki vertaistukiryhmän antaman henkisen tuen merkittäväksi. Hän sai ryhmästä itsevarmuutta ja luottamusta. Aiemmin hän ei uskaltanut jättää omaishoidettavaa hetkeksikään yksin kotiin. Hän koki siitä huonoa omaatuntoa. Ryhmän antaman tuen voimin hän uskalsi ottaa jo hieman omaa aikaa ja mennä esimerkiksi yksin kuntosalille. Hän uskalsi lähteä iloisena kotoaan, ilman jatkuvaa pelkoa omaishoidettavan pärjäämisestä.

Toinen vastaajista kävi myös toisessa vertaistukiryhmässä, jossa ryhmään osallistuvien läheiset sairastivat samaa sairautta kuin vastaajan läheinen. Siellä hän havaitsi elämäntilanteensa olevan helpompi kuin monella muulla omaishoitajalla. Ennen vertaistukiryhmään osallistumista hän koki olevansa aivan yksin, mutta ryhmässä hän huomasi joidenkin omaishoitajien arjen olevan paljon haastavampaa kuin hänellä. Hän koki sen hyvin helpottavaksi, hän saattoi todeta, ettei hänellä ole mitään hätää. Hänen läheisensä on vielä hyvässä kunnossa verrattuna muihin omaishoidettaviin.

"...Ja sitten se henkinen puoli että tuota mä voin hyvällä omalla tunnolla jättää joksikin aikaa, et mä voin lähtee. Nyt henkisesti uskallan. Olen saanut sellaista itsevarmuutta ja luottamusta ja semmosta, että mäkin uskallan lähtee iloisena ovesta ulos."

"... niin mä olin niin helpottunut, kun mä ajattelin, et vaude, et onneks x ei mee pankkiasioita hoitamaan yksinään... Ei oo ainoo maailmassa, joilla on tämmösii ongelmii ja toisilla on vielä paljon pahempii ongelmii."

"...jää ittel semmonen ymmärrys, et et sä oo ihan yksin. Kun aina tykkää, että on yksin tän homman kans... Ja siel, kun kuuntelee näit, niin se antaa semmosta uskoo, et ei se asia ol kuitenkaa niin semmonen, etteikö sen kans selvii."

Vertaistukiryhmän tapaamiset koettiin paikaksi, missä saattoi avoimesti kertoa kuulumisistaan ja vastoinkäymisistään. Jos ei asioista halunnut puhua, ei ollut pakko puhua. Toiset ryhmäläiset tukivat tätä päätöstä. Jos asioista halusi

puhua, silloin muut ryhmäläiset kuuntelivat. Yksi vastaajista toivoi, että ryhmän toimintatapa ei olisi niin jäykkää. Hän toivoi vapaata ja avointa keskustelua. Ryhmä oli toiminut jo niin kauan aikaa, että jokainen uskalsi kertoa avoimesti asioistaan.

Yksi vastaajista toivoi tapaamispaikan olevan rauhallisempi. Kahdeksan omaishoitajaa istui pitkän pöydän ympärillä. Toisessa päässä pöytää olevat eivät kuulleet, mitä toisessa päässä olevat puhuivat. Tämä johtui siitä, että tapaamiset pidettiin Omaishoitokeskuksen yleisissä tiloissa. Vastaajaa ei häirinnyt hetki, jolloin omaishoidettavien toiminta loppui ja he lähtivät taksilla kotiin. Häntä häiritsi esimerkiksi astianpesukoneen kova hurina ja muut vastaavat äänet. Hän toivoi, että tällaiset ylimääräiset äänet voisi hiljentää tapaamisten ajaksi.

Kuusi vastaajista oli sitä mieltä, että muiden omaishoitajien omakohtaisista kokemuksista kuuleminen on auttanut selviytymään arjesta. 1 vastaaja oli ollut vertaistukiryhmässä vain kerran, joten hän ei osannut vastata kysymykseen. Muiden mielestä toisten ”kauhukokemukset” ovat antaneet voimaa jaksaa. Vastaajat totesivat havainneensa, ettei heillä itsellään niin kamalaa ja raskasta olekaan.

Yksi vastaajista oli ollut ennen vertaistukiryhmää ja omaishoitajuutta pitkään kotona hoitamassa läheistään. Hän ei nostanut kovinkaan korkealle ryhmässä saatavaa tukea, koska hän oli joutunut itse selvittämään suurimman osan asioista jo ennen omaishoitajaksi ryhtymistään.

”Kylhän se kuitenkin sen tukiryhmän ansiota on se tieto, mitä mulle on siitä tullut, just tällaiset tiedot, mitkä ei oo tullut mitään muuta kautta. Mä olen vasta sen nyt kuullut, että näinkin voi tehdä... mut en mä nyt lähtis kauhean korkealle sitä tukea nostamaan, et mä olen kuitenkin jo niin pitkän aikaa tehny sitä kotona. Työ sinänsä on jo opettanut mua aika pitkälti, miten menetellään.”

8.4 Vertaistuen hiljainen tieto

Yksi vastaajista siirsi vertaistukiryhmässä kuulemansa asiat suoraan omaan toimintaansa kotona. Tarinan kerronnan kautta hän sai arvokasta tietoa ja koki pärjäävänsä sen tiedon avulla kotona paremmin.

”Monesti ajattelen viikkojenkin jälkeen niitä ihmisiä ja monessa tilanteessa ajatellu, että sekin tekisi sillä lailla ja näin ja se ei lopu siihen kun mä lähen pois. Ei jää pois heti kun mä sen oven paan kiinni. Mä kertaan sitä monneen kertaan ja muistelen, mitä ne on sanonu ja paljonki ajattelen sitä sitten vielä. Omiin tilanteisiin laitan. Niin sitten tuota, milloin mikäkin asia tulee mieleen ja muistelen, et sehän sanoi silläkin tavalla ja oon sitten hoksannut semmosia jälkikäteen. Että se ajatus on aina melkein kuukauden ja ne asiat siinä ennen kuin mä meen. Ihan päivittäin mielessä.”

Yksi vastaajista sai ryhmästä voimia ja hän koki jaksavansa paremmin ryhmän tuen turvin. Nykyisin hän nauttii päivistä ja elämästä ja on löytänyt oman roolinsa. Ryhmä on auttanut ymmärtämään, ettei kannata jäädä kotiin murehtimaan sitä, että on niin sidottu kotiin. Elämästä voi ja kannattaa nauttia.

”Voimia. Ja sitä mä olen kyllä saanutkin. Mä olen nyt ihan toinen ihminen kuin jos mä en olisi käynyt. Mä olisin paljon epävarmempi ja olisin maahan lyödympi ja että mun elämä on näin hirveetä ja mun pitää aina vaan jaksaa. Mä en edes tietäis, kun mä en tiennyt minkälaista muilla ihmisillä on. Nyt kun mä tiedän, niin mä olen noussut omalle tasolleni eri tavalla sieltä... Mä olen pystynyt oman roolini löytämään. Että mä nautinkin päivistä ja elämästä ja että mä en ihan märehi siellä, että kun en enää ikkään pääse mihinkään.”

Kaikki vastaajat olivat samaa mieltä, että muiden omakohtaisista kokemuksista kuuleminen oli lisännyt omaishoitajien omaa jaksamista kotona. Yleisesti koettiin toisilla olevan raskaampaa kuin itsellä oli. Tämä vertaistukiryhmä ehkä kuitenkin hyötyi siitä, että omaishoitajien läheiset sairastivat erilaisia sairauksia. Neljän vastaajan läheinen oli monisairas, joten he hyötivät ryhmästä eniten.

8.5 Vertaistuen kehittäminen

Yksi vastaajista toivoi luentojen kehittämistä ja erityisesti luennoitsijoiden hankkimistavan parantamista. Hän kuuluu toiseenkin yhdistykseen ja tällä yhdistyksellä oli parempia luentoja. Hän totesi, että luennot ovat toki yleisiä luentoja, mutta toivoi, että niitä voisi myös hieman kehittää.

Eräs vastaaja toivoi, että omaishoitajat arvostaisivat itseään ja työtään, mitä tekevät. Hänellä oli tunne, että osa omaishoitajista pitää itseään ”kynnysmattona”. Heitä pitäisi rohkaista, että kaikkeen ei tarvitse suostua.

Yksi vastaaja toivoi, että tapaamiset olisivat vapaamuotoisempia. Vetäjä voisi antaa esimerkiksi jonkin keskusteltavan aiheen, jonka jälkeen omaishoitajilla olisi vapaata keskustelua asiasta. Lisäksi hän toivoi, että välillä keskusteltaisiin muistakin aihealueista kuin heidän arjestaan ja siihen liittyvistä ongelmista. Monelle omaishoitajalle vertaistukiryhmä on ainoa hetki kuukaudessa, jolloin heillä oli omaa aikaa. Toinen omaishoitaja puolestaan toivoi, että omaishoitajien kuulumisia käytäisiin läpi myös syvällisemmin. Hän koki, että vertaistukiryhmässä hänellä oli aikaa kertoa kokemuksistaan ainoastaan pinnallisella tasolla.

Kaksi vastaajista toivoi ryhmiä, joissa omaishoidettavien sairaudet ja ongelmat olisivat samanlaisia. Tällaisessa ryhmässä, missä sairaudet ovat erilaisia, kaikki omaishoitajat eivät voi aina kertoa avoimesti omista ja läheisensä henkilökohtaisista asioista. He pelkäävät, että toiset omaishoitajat eivät ymmärrä heidän ongelmiaan. Vastaajat kuitenkin ymmärsivät sen, että käytännössä tällaisia ryhmiä on vaikea järjestää. Ryhmän vetäjältä vaatiikin erityistä tarkkuutta havaita ryhmässä olevat omaishoitajat, jotka tarvitsisivat lisätukea kenties myös jostain toisesta vertaistukiryhmästä. Tällainen tilanne on haastava kaikille osapuolille.

Lisäksi toivottiin erilaisten matkojen järjestämistä, myös muualle kuin Turkuun. Todettiin, että todennäköisesti siihen ei ole rahaa ja välttämättä kaikki omaishoitajat eivät jaksakaan lähteä matkalle.

Vertaistukiryhmät ovat usein projekteja. Osaa vastaajista toivoi, että ryhmistä tehtäisiin pysyvämpiä. Monelle omaishoitajalle vertaisten tuki oli elinehto ja erittäin tarpeellinen. Vertaistukiryhmien jatkuvuus oli paljolti kiinni rahoituksesta. Eräs vastaaja oli ollut toisessa vertaistukiryhmässä, joka oli loppunut vuoden kuluttua johtuen projektin päättymisestä. Moni omaishoitajista oli jäänyt tavallaan ”tyhjän päälle”. Yksi ryhmä oli jatkanut tapaamisia ilman yhdistyksen

tukea. Ongelmaksi nousi kokoontumispaikkojen puute. Kahvilat olivat hyvin meluisia ja omaishoitajien kotiin ei haluttu mennä, koska siellä oli omaishoidettava paikalla. Ei haluttu mennä häiritsemään heidän arkeaan.

9 EMPIIRISEN OSION POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuuden arviointia tapahtuu, kun selvitetään, miten totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella tutkimusprosessin eri vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–130; Malterud 2001, 483–488; Mays & Pope 2000, 50–52; Nieminen 1997 215–221.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan kriteereinä käyttää uskottavuutta, vahvistettavuutta, reflektiivisyyttä ja siirrettävyyttä. Tutkijan tulee varmistaa, että tutkimustulokset vastaavat haastateltavien käsityksiä tutkimuskohteesta. Tutkimuksen uskottavuutta voidaan parantaa myös keskustelemalla tutkittavien tai samankaltaisia tutkimuksia tekevien kanssa tutkimuksen tuloksista tutkimuksen eri vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128.)

Vahvistettavuus kriteerinä tarkoittaa sitä, että tutkija on kirjannut ylös tutkimuspäiväkirjaa apuna käyttäen tutkimuksen eri vaiheita. Näin tutkija voi aineiston avulla esittää muille ihmisille, miten hän on päätenyt tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. Reflektiivisyys puolestaan edellyttää, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Hänen on myös arvioitava, miten hän itse vaikuttaa tutkimuksen aineistoon sekä tutkimusprosessiin. Siirrettävyys on tutkimuksen tuloksien siirtämistä toisiin vastaavanlaisiin tilanteisiin. Tutkijan tulee tutkimuksessaan kuvailla riittävästi tutkimukseen osallistuvia sekä ympäristöä. (Horsburgh 2003, 307–312; Kylmä & Juvakka 2007, 129; Malterud 2001, 483–488; Mays & Pope 2000, 50–52.)

Tässä kehittämisprojektissa luotettavuutta on pyritty parantamaan sillä, että kehittämisprojektin projektipäällikkö on itse haastatellut tutkimukseen

osallistuneet omaishoitajat. Näin on pyritty välttämään haastattelun aikana tapahtuvia haastatteliijoista johtuvia virheitä. Esimerkiksi haastattelijat voivat jokainen ymmärtää kysymysten merkityksen aivan eri tavalla. Lisäksi projektipäällikkö on itse siirtänyt haastattelun aineiston sanelusta kirjoitettuun muotoon. Projektipäällikkö on kirjannut ylös jokaisen sanan, minkä haastateltava on sanonut. Tällä tavalla on pyritty välttämään virheellisiä tulkintoja. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 128–129.)

Kehittämiprojektin haastattelut suoritettiin teemahaastatteluina. Haastattelujen yhteydessä projektipäällikkö piti päiväkirjaa, johon hän kirjasi tarkasti ylös haastattelujen etenemisen sekä tunnelman haastattelun aikana. Näihin päiväkirjamerkintöihin oli helppo palata tarpeen vaatiessa ja projektipäällikkö pystyi helposti palauttamaan mieleensä haastattelun tunnelman.

9.2 Eettiset kysymykset

Tutkimusetiikka tarkoittaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä ja tiedeyhteisön sisäistä ohjausta. Tieteen eettisten periaatteiden tarkoitus on estää ennalta ns. huono tieteellinen käytös. Ne myös ohjaavat tutkimuksen tekoa. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2010.) Tutkimusetiikan pohdinta on sitä, että tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta (Leino-Kilpi 2003, 284–298).

Tässä tutkimuksessa aineiston keruuseen ja analyysiin osallistuvien itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin antamalla heidän päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Omaishoitajille kerrottiin ennen teemahaastatteluja tutkimuksen tavoitteista, menetelmistä sekä tutkimuksen etenemisestä. Heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen (liite 1). Suostumuksessa kerrottiin, että tutkimuksessa haastattelun tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäisen haastateltavan näkemykset ole tunnistettavissa. Tutkimuksen voi myös halutessaan keskeyttää. Tutkija myös varmisti, että omaishoitajat tietävät, mistä tutkimuksessa on kyse. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–26, 186; Kylmä 2000; Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 609–615; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tässä tutkimuksessa saatuja tietoja ei käytetty muuhun kuin tutkimukseen osallistujille luvattuun tarkoitukseen. Tutkimustiedot olivat luottamuksellisia, eikä niitä luovutettu ulkopuolisille. Haastattelunauhojen ja – tekstien säilytyksessä otettiin huomioon se, etteivät ne joutuneet ulkopuolisten käsiin. Osallistujien tunnistetiedot pidettiin erillään varsinaisesta aineistosta. Haastattelut numeroitiin, jolloin varmistettiin osallistujien anonymiteetti. (Kylmä & Juvakka 2007, 111; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Tutkimuksen raportin kirjoittamisen jälkeen haastattelunauhat ja – tekstit hävitettiin asianmukaisesti.

Kehittämiprojektin soveltavan tutkimuksen osiossa vältettiin epärehellisyyttä koko tutkimuksen ajan, toisten tekstiä ei plagioitu, varmistettiin raportoinnin oikeellisuus eikä tuloksia kaunisteltu tai sepitetty. Sellaista tietojen hankinta menetelmää ei käytetty, mikä olisi loukannut tutkittavien yksityisyyttä tai identiteettiä. Aineiston keruun ja analyysin aikana tutkija kirjasi raportin lähdemerkinnät asianmukaisesti, välttäen plagiointia. Tutkija noudatti hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuuluvat rehellisyys, avoimuus ja kunnioitus muiden tutkijoiden töitä kohtaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–26, 186; Kylmä 2000; Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 609–615; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132.) Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruussa oltiin läheisessä kontaktissa tutkimuksen osallistujiin, joten etiikka ja eettisyyden arviointi olivat keskeisiä asioita (Kylmä ym. 2003, 509–615; Kylmä & Juvakka 2007, 27).

9.3 Tulosten tarkastelua

Tähän tutkimukseen osallistuneiden omaishoitajien läheiset sairastivat hyvinkin erilaisia sairauksia. Tästä johtuen teemahaastattelun kysymyksiin saatiin paljon erilaisia vastauksia. Vastausten perusteella voitiin todeta, että toisaalta oli hyvä, että ryhmässä oli erilaisuutta, mutta toisaalta taas hiljaisen tiedon siirtyminen omaishoitajalta toiselle olisi tehokkaampaa, jos omaishoidettavat sairastaisivat samankaltaisia sairauksia. Tämä oli nähtävissä muutaman omaishoitajan vastauksista. Yhden omaishoitajan läheisen sairaus poikkesi niin paljon toisista sairauksista, että hän tarvitsisi tukea myös toisesta vertaistukiryhmästä. Hän

koki olevansa hieman ulkopuolinen kyseisessä ryhmässä. Tähän sairauteen liittyvät vastaukset on jätetty tuloksista pois, koska ne olisivat yksilöineet kyseisen vastaajan.

Osa omaishoitajista koki kuitenkin hyötyvänsä ryhmän erilaisuudesta. Vastauksista nousi esille vahvasti ne kauhunsekaiset tunteet, jotka nousivat pintaan toisten omaishoitajien kokemuksista. Tällöin koettiin oma elämäntilanne yllättäen hyväksi. Ryhmässä vallitsi avoin ilmapiiri, jolloin omasta elämäntilanteesta kertominen oli yleensä helppoa. Omaishoitajat kokivat saavansa ryhmästä tukea arjen haasteisiin.

Vastaajilla ei ollut ennen vertaistukiryhmään osallistumista kovin korkeita odotuksia vertaistukiryhmästä. Kaivattiin yleisesti tiedottamista siitä, että omaishoitajat osaisivat hakeutua Omaishoitokeskukseen. Eräs vastaajista oli ollut kolme vuotta omaishoitajana ennen ryhmään osallistumista, joten hän koki vähiten hyötyvänsä ryhmän tuesta. Hän oli jo aiemmin itse selvittänyt esimerkiksi erilaiset tukimuodot. Osa vastaajista osallistui samaan aikaan myös toiseen vertaistukiryhmään.

Lähes kaikki (7/8) omaishoitajat olivat sitä mieltä, että toisilla omaishoitajilla oli kotona raskaampaa kuin heillä itsellään. He ihmettelivät, miten toiset jaksavat. Vastaukset osoittivat sen, että silloin kun oma läheinen sairastuu vakavasti, hoidon haastavuutta ja raskautta ei huomata. Omaisen on valmis tekemään kaikkensa läheisensä hyvinvoinnin eteen. Hän todennäköisesti pikku hiljaa auttaa läheistään yhä enemmän arjen askareissa ja huomaamattaan hän lopulta tekeekin kaiken ja hänestä tulee omaishoitaja.

Omaishoitajat kertoivat kolme tärkeintä asiaa, mitä tuli mieleen ryhmän toiminnasta. Ne olivat: mielenkiintoiset ihmiset, tunnettavuus paremmaksi, yhdessä olo, ei jännitä, mukava mennä, tila rauhallisemmaksi, auttaa jaksamaan paremmin, hyötyy toisten kokemuksista, tulee lähdettyä kotoa pois ja ryhmän avoimuus. Kyseiset asiat kuvaavat hyvin ryhmän olemassaolon tärkeyttä. Omaishoitajat jäävät helposti kotiin yhdessä läheisensä kanssa, ilman yhteiskunnan tukia. Haasteita tulevaisuudelle tuo, miten nämä omaishoitajat

löydetään ja saadaan mukaan vertaistukiryhmätoimintaan. Omaishoitajia tulisi tukea, että he jaksaisivat hoitaa läheisiään mahdollisimman pitkään kotona. Siitä hyötyvät sekä yhteiskunta että omaishoidettavat. Lisäksi eräiden tutkimuksien mukaan myös omaishoidettavien terveys paranee tuen myötä.

Kaikki omaishoitajat sanoivat eri asioita siitä, miten vertaistukea tulisi kehittää. Vastaukset olivat niin erilaisia, että jatkossa saattaa olla vaikeuksia toteuttaa jokaisen toive. Esimerkiksi yksi toivoi ryhmästä vapaamuotoisempaa kun taas toinen piti nykyistä ryhmän työskentelytapaa hyvänä. Vertaistukiryhmästä saadaan vaihteleva ja mielenkiintoinen yhdistämällä molemmat tavat toimia. Joskus voidaan jutella päivän polttavista puheenaiheista ja toisella kertaa kysellä jokaisen omaishoitajan kuulumisia.

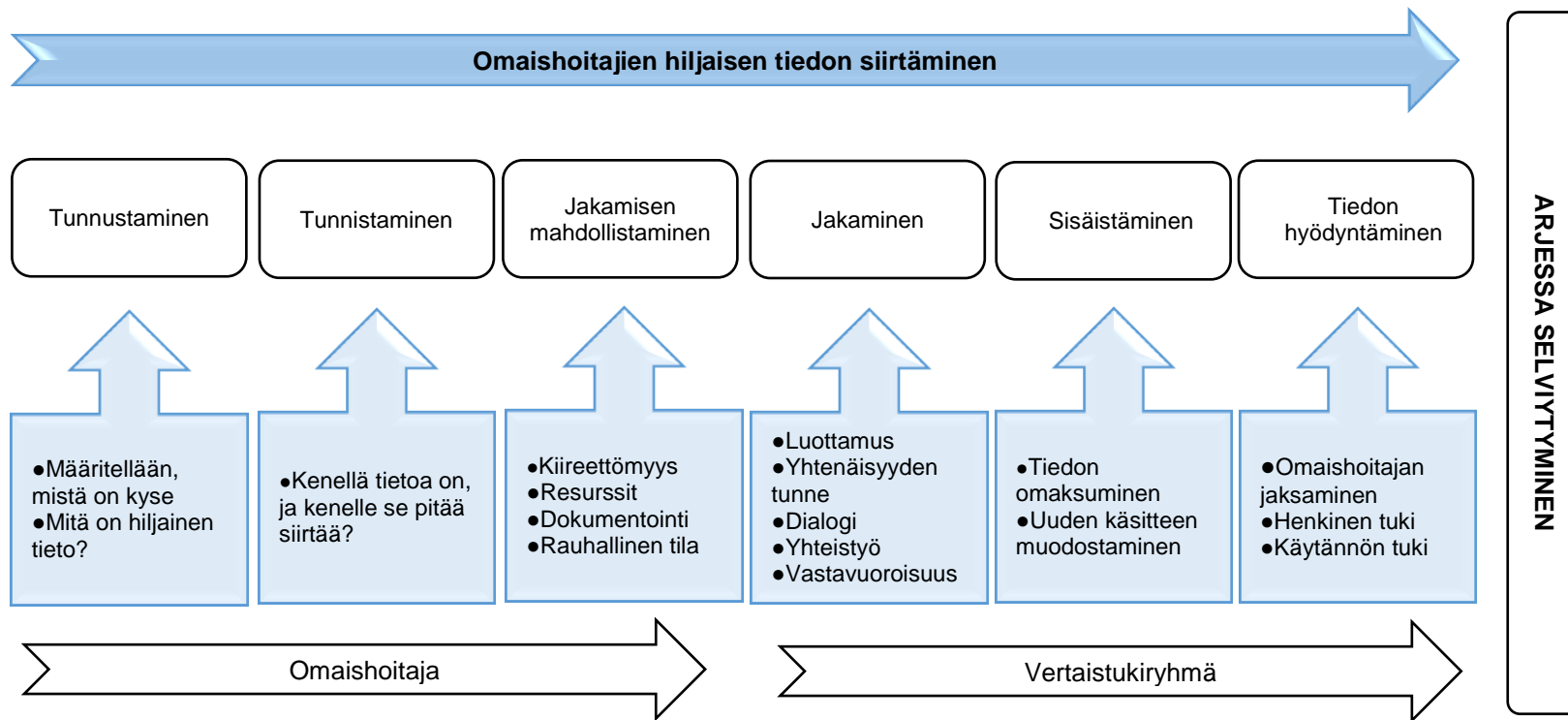
10 TOIMINTAMALLI

Tämän kehittämisprojektin lopputuotoksena syntyi ehdotus toimintamallista, jolla pyritään siirtämään omaishoitajien hiljaista tietoa vertaistukiryhmässä. Omaishoitajilla on paljon sellaista tietoa, mikä ei ole näkyvää ennen kuin siitä mallintamisen avulla tehdään näkyvää.

Tässä toimintamallissa hiljaisen tiedon näkyväksi tekeminen jaetaan kuuteen osaan. Ensimmäinen vaihe on hiljaisen tiedon tunnustaminen (kuvio 3, sivu 54). Hiljainen tieto pitää ensin tunnustaa ennen kuin sitä voidaan jakaa tai hyödyntää. Ennen tiedon siirtämistä tulee miettiä, mistä tiedosta on kyse eli määritellään, mitä hiljainen tieto on. (Kiviranta 2010, 173; Virtainlahti 2009a, 81–85.)

Omaishoitajien hiljaisen tiedon näkyväksi tekeminen alkaa siinä vaiheessa, kun vertaistukiryhmä perustetaan. Ryhmään kuuluvia jäseniä yhdistää samankaltainen elämäntilanne, omaishoitajuus. Ryhmän perustamisen jälkeen määritellään yhdessä ryhmän jäsenten kanssa, mitä tietoa ja osaamista omaishoitajilla on.

Toinen vaihe on hiljaisen tiedon tunnistaminen eli tunnistetaan, kenellä tietoa on ja kenelle sitä pitää siirtää. (Kiviranta 2010, 173; Virtainlahti 2009a, 81–85.) Omaishoitajan osaaminen ja tieto pyritään tässä kohtaa nostamaan esille. Oman osaamisen tunnistaminen voi olla aluksi hankalaa, koska omaishoitajat ovat todennäköisesti tottuneet arvioimaan monia muita itseensä liittyviä ominaisuuksia paremmin. Vertaistukiryhmässä vetäjän johdolla tulisi pysähtyä miettimään, mitä tietoa omaishoitajalla on ja kuka hyötyisi siitä tiedosta. (Viitala 2005, 133)



Kuvio 3. Toimintamalli hiljaisen tiedon siirtämisestä omaishoitajien vertaistukiryhmässä (soveltaen Virtainlahti 2009a, 81–120).

Ennen hiljaisen tiedon tunnustamista ja tunnistamista vertaistukiryhmän jäsenten tulisi kuitenkin tutustua toisiinsa, jotta syntyy luottamusta ja turvallisuuden tunnetta ryhmää kohtaan. Tiedon esille tuominen ja jakaminen vaatii aidon ja toimivan keskusteluyhteyden. Tämä saavutetaan luomalla yhtenäisyyden tunnetta ryhmäläisten välille. (Virtainlahti 2009a, 88; Viitala 2005, 132.)

Kolmannessa vaiheessa tehdään hiljaisen tiedon jakaminen mahdolliseksi. Tämä vaihe koskee organisaatiota, joka järjestää vertaistukiryhmiä. Tärkein asia on järjestää vertaistukiryhmiä, että omaishoitajilla olisi mahdollisuus jakaa heidän omakohtaisia kokemuksiaan toisten kanssa

Organisaation tulisi luoda sellainen toimintaympäristö, jossa hiljaisen tiedon jakaminen on mahdollista. Mahdollistaminen on ryhmän vetäjän vastuulla, mutta siihen vaikuttavat esimerkiksi tilat ja resurssit. (Virtainlahti 2009a, 205–2011). Tilalla on suuri merkitys ympärillä olevaan tunnelmaan. Tilan tulisi olla sellainen, että siellä olisi hyvä olla ja että vapaamuotoinen ihmisten kohtaaminen olisi siellä mahdollista. Resurssit liittyvät hyvin usein kustannuksiin. (Viitala 2005, 134, 172). Ryhmän tapaamisten dokumentointi tehostaa hiljaisen tiedon näkyväksi tekemistä.

Neljännessä vaiheessa mietitään hiljaisen tiedon jakamisen ja siirtämisen keinot. Tässä vaiheessa muutetaan omaishoitajan hiljainen tieto näkyväksi tiedoksi erilaisten menetelmien avulla. Esimerkiksi kuvaukset, tarinan kerronta ja mallittaminen auttavat tiedon muuttamisessa näkyväksi. (Kiviranta, 2010, s. 173) Omaishoitajat vaihtavat omakohtaisia kokemuksiaan toistensa kanssa esimerkiksi dialogin avulla. Dialogi tarkoittaa kahden tai useamman ihmisen välistä syvällistä keskustelua, jossa vastavuoroisuus toteutuu näkemysten kuuntelemisessa. Jäsenten erilaisuutta ymmärretään paremmin dialogin avulla. Onnistuessaan dialogiin osallistuvat ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja jakavat samalla hiljaista tietoa toisilleen. (Ilmarinen 2013, 11; Holm 2010, 26.)

Vertaistukiryhmässä hiljaisen tiedon jakamisessa ja siirtämisessä hyödynnetään ryhmätyöskentelyä. Yksi hiljaisen tiedon siirtämisen keino on järjestää

kokemustenvaihtopiiri. Se tarkoittaa jollekin tietylle ryhmälle järjestettyjä tapaamisia, joissa keskustellaan vapaasti omista kokemuksista. Keskustelu saa usein tarinan muodon. Tarinan kerronnan kautta saadaan hiljainen tieto esiin ja jäämään paremmin ryhmän jäsenten muistiin. Piirissä tulisi myös kerätä yksilöiden kokemukset yhteen ja kirjata parhaat käytännöt ylös. (Ilmarinen 2013, 11.) Omaishoitajat kertovat ryhmässä omista henkilökohtaisista kokemuksistaan ja keinoista pärjätä arjessa ehkä haastavienkin asioiden kanssa. Keskustelu on vastavuoroista kokemusten vaihtoa, jolloin jokaisella on tilaisuus oppia toisen ihmisen kokemuksista.

Yhtenäisyyden ja luottamuksen ilmapiiri on luotu pikku hiljaa vertaistukiryhmä tapaamisissa. Vastavuoroiset kokemusten vaihdot edistävät turvallisuuden tunteen lisääntymistä. Silloin kun jokainen ryhmäläinen kertoo omakohtaisista, joskus ehkä aroistakin, kokemuksista, se kasvattaa ryhmän jäsenten luottamusta toisiaan kohtaan. Ryhmässä tulee vallita sanaton sopimus, että siellä kuultuja asioita ei kerrota ulkopuolella kenellekään.

Viidennessä vaiheessa tuetaan hiljaisen tiedon sisäistämistä. Tieto omaksutaan ja vakiinnutetaan osaksi ajattelua ja toimintaa. (Kiviranta, 2010, s. 173) Muodostuu uusi käsite. Tässä vaiheessa dokumentointi tehostaa hiljaisen tiedon sisäistämistä. Hiljaisen tietämyksen tunnistamiselle, jakamiselle ja dokumentoinnille pitää antaa aikaa. Tulokset näkyvät vasta pitkällä aikavälillä. (Virtainlahti 2009b).

Kuudennessa vaiheessa hiljainen tieto on muuntunut jälleen näkyväksi tiedoksi ja omaishoitaja voi hyödyntää tietoa omassa arjessaan. Vertaistukiryhmässä omaishoitaja on kuullut toisten omaishoitajien omakohtaisia kokemuksia. Hän voi kotona omissa arkirutiineissaan peilata toisten ryhmän jäsenten kokemuksia omaan arkeensa. Hän on omaksunut tietoa, jonka avulla hän jaksaa paremmin, stressi vähenee ja sairastavuus pienenee. Hän on saanut henkistä ja käytännön tukea. Ryhmässä opitut tiedot ja taidot automatisoituvat nopeasti ja tulevat eittoisiksi tiedoiksi ja taidoiksi. Omaishoitaja voi refleктоimalla omaa toimintaa oppia tietoisesti omista kokemuksista ja synnyttää hiljaista tietoa. (Virtainlahti 2009b.)

11 ASIANTUNTIJARYHMÄN ARVIOINTI KEHITTÄMISPROJEKTISTA

Teemahaastattelujen ja toimintamallin valmistumisen jälkeen projektipäällikkö kutsui kolme omaishoitajaa (n=3) kuulemaan tutkimuksen tuloksia. Vertaistukiryhmä oli vielä kesätauolla, joten ei ollut mahdollisuutta kutsua kaikkia ryhmään osallistuvia omaishoitajia mukaan tapaamiseen. Haastattelu pidettiin rauhallisessa kahvilassa, jossa ei ollut paikalla muita asiakkaita.

Tapaamisessa omaishoitajille kerrottiin tutkimuksen kulusta, keskeisistä tuloksista sekä toimintamallista. Tunnelma oli avoin ja omaishoitajat kertoivat mielipiteitään tulosten kuulemisen lomassa. Omaishoitajat olivat yleisesti samaa mieltä tutkimuksen tuloksista, muutama eriävä mielipide tuli myös esille. Todettiin, että vertaistukiryhmässä kuultu toisen omaishoitajan näkökulma on erittäin hyvä asia. Silloin voi omaa tilannetta tarkastella hieman laajemmin. Ryhmään kuuluminen oli heille tärkeä asia, koska ystäviä ei ollut ollenkaan tai ystäviä oli vähän. Ryhmään kuulumisen tunne oli tärkeä asia.

Vertaistuen kehittämisestä oltiin yhtä mieltä, että ryhmän keskustelu voisi joskus edetä jonkun teeman mukaan. Ryhmän vetäjä voisi antaa aiheen, josta ryhmä yhdessä keskustelisi. Todettiin, että ryhmään on helppo mennä, sinne menee yhtä helposti kuin omaan kotiinsa. Siellä on vapautunut ja avoin tunnelma. Ryhmä on myös antanut rohkeutta ottaa yhteyttä puhelimitse yhdistyksen työntekijöihin, jos on jotain kysyttävää.

Projektipäällikkö esitteli omaishoitajille ehdotuksen hiljaisen tiedon siirtämisen toimintamallista. Yleisesti todettiin, että kotona hoitotilanteissa todellakin tulee välillä mietittyä, mitä toinen omaishoitaja oli sanonut vastaavasta tilanteesta vertaistukiryhmässä. Sitä tietoa sitten sovellettiin omaan tekemiseen kotona. Tila oli heidän mielestään hyvä. Luottamuksellisten asioiden kertominen yleisessä tilassa ei heitä haitannut. He totesivat tämän johtuvan siitä, että he eivät kertoneet asioita omasta henkilökohtaisesta elämästään, vaan sellaisen

ihmisen elämästä, joka ei sillä hetkellä ollut paikalla eli heidän läheisestään. Tällöin puhuminen on helpompaa.

Ryhmähaastattelusta ei tullut esille sellaista tietoa, jota olisi voinut vielä hyödyntää toimintamallin kehittämisessä. Tapaamisen aikana keskustelu palasi hyvin usein tutkimuksen tulosten tarkasteluun ja niiden pohdintaan. Keskustelu oli kuitenkin pääosin yhteneväinen tulosten kanssa.

Toimintamalli on ehdotus siitä, miten hiljaista tietoa voisi siirtää omaishoitajalta toiselle. Malli tulisi kuitenkin ensin testata käytännössä ennen kuin mallin toimivuudesta saisi luotettavaa tietoa. Myös omaishoitajat osaisivat sen jälkeen arvioida toimintamallia paremmin. Tällä kertaa aika oli niin rajallinen, ettei pystytty mallia testaamaan.

12 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA JATKOKEHITTÄMISIDEAT

Kehittämisprojekti eteni aikataulun mukaisesti ideointi vaiheesta esiselvityksen kautta projektisuunnitelman tekovaiheeseen asti. Projektisuunnitelman teko ja sen hyväksyminen kesti oletettua kauemmin, joten kehittämisprojekti valmistui aikataulusta myöhässä. Projektin riskejä arvioitiin projektisuunnitelmassa nelikenttäanalyysin (SWOT-analyysi) mukaan (Silfverbergin 2005, 32–47). Projektipäällikkö piti uhkana aikataulussa pysymistä ja se toteutui tässä projektissa. Muita suuria ongelmia projektin etenemisessä ei tullut.

Tutkimusluvan saamisen jälkeen projektipäällikkö laati teemahaastattelurungon, jonka toimivuutta testattiin ennen varsinaisia omaishoitajien haastatteluja. Teemojen laatiminen oli haastavaa johtuen kehittämisprojektin aiheesta. Hiljainen tieto on näkymätön osa ihmisen tietämystä, joten kysymysten aseteluun jouduttiin perehtymään huolellisesti. Omaishoitajien hiljaisesta tiedosta ei voitu kysyä suoraan, koska hiljainen tieto on sellaista tietoa, jota on vaikea kuvailla sanoin. Kirjallisuuslähteistä löytyi kuitenkin erilaisia keinoja, joilla omaishoitajien hiljaista tietoa voidaan saada tehokkaammin esiin ja mallintamisen avulla siirtämään omaishoitajalta toiselle.

Projektilla tulee olla selkeä organisaatio, jossa eri osapuolten roolit ja vastuut on selvästi määriteltä. Yleensä projektiorganisaatio koostuu projektipäälliköstä, projektin omistajasta ja ohjausryhmästä. (Silfverberger 2005, 49; Suomen Projekti-Instituutti Oy 2014). Tässä projektissa projektin toteutus, ohjaus ja seuranta toteutettiin projektiryhmässä. Projektiryhmän tarkoituksena oli arvioida projektin tavoitteiden saavuttamista sekä menetelmien soveltuvuutta. Ohjausryhmän tulisi myös olla tärkeä osa projektiorganisaatiota. Ohjausryhmän tarkoituksena oli osallistua projektin seurantaan, ohjaukseen ja arviointiin. Tässä projektissa erillistä ohjausryhmää ei kuitenkaan ollut, vaan ryhmä koostui lähinnä projektiryhmän jäsenistä.

Kehittämiprojektilla oli kaksi erillistä projektiryhmää. Ne eivät kuitenkaan toimineet samanaikaisesti. Ensimmäisessä organisaatiossa toteutui hyvin toisilta ammattikorkeakoulun opiskelijoilta ja lehtoreilta saatu tuki. Ohjeet autoivat kehittämiprojektin kirjallisen osion tekemisessä. Projektiryhmässä käsiteltiin samanaikaisesti toisten opiskelijoiden kehittämiprojekteja, jolloin tämän projektin projektipäällikkö pystyi peilaamaan ryhmässä käsiteltäviä asioita omaan työhönsä. Toisessa organisaatiossa saatiin puolestaan arvokasta tietoa kohdeorganisaation toiminnasta. Mentori oli organisaation työntekijä ja vertaistukiryhmän vetäjä, joten häneltä saatu tieto oli erittäin hyödyllistä. Erillistä ohjausryhmää ei ollut mahdollista muodostaa, joten projektin ohjaus ja seuranta toteutettiin projektiryhmässä.

Kehittämiprojektissa päästiin tavoitteisiin eli haastattelujen avulla löydettiin vastaukset tutkimusongelmiin. Hiljaisesta tiedosta saatiin vähiten vastauksia, mutta nekin tulokset tukivat kirjallisuudesta saatua tietoa.

Omaishoitajien teemahaastattelut sujuivat suunnitelmien mukaisesti. Omaishoitajat olivat hyvin motivoituneita kertomaan ajatuksiaan omasta arjestaan, vertaistuesta, ryhmätoiminnasta sekä vertaistuen kehittämisestä. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia ja avoimia. Projektipäällikkö piti päiväkirjaa koko prosessin ajan. Näin oli helppo palauttaa mieleen tapaamisten tunnelmat kuukausienkin jälkeen haastatteluista.

Hiljaisen tiedon siirtämisen toimintamallin luominen oli haastavaa johtuen aiheen abstraktiudesta. Hiljaista tietoa on tutkittu enemmän yrityksissä ja organisaatioissa, hoitotyössä sitä on tutkittu vähemmän. Samoja menetelmiä tiedon siirtämisessä tosin voidaan käyttää myös hoitoalalla, jos malleja hieman muokataan ja sovelletaan. Lisää tutkimuksia kuitenkin tarvitaan.

Jatkokehittämisidea voisi olla mallin vieminen käytäntöön ja sen testaaminen. Tällä kertaa aika oli rajallinen, joten toimintamallin testaaminen ei ollut mahdollista. Tässä projektissa malli esiteltiin kolmelle omaishoitajalle, mutta he eivät osanneet arvioida sen hyödyllisyyttä. Käytännön toteutuksessa haastattelujen vastaukset voisivat olla toisenlaiset. Projektissa ei ollut tällä

kertaa mahdollisuutta haastatella kaikkia vertaistukiryhmän omaishoitajia samaan aikaan, joten tiedot mallin toimivuudesta olivat suppeat.

Kansainvälisissä tutkimuksissa oli tarkasteltu erilaisten vertaistuen muotojen toimivuutta. Vertaistukea oli annettu sekä puhelimitse että internetissä. Tällä tavalla saatiin mukaan nekin vertaistuesta hyötyvät ihmiset, joilla ei ollut mahdollisuutta osallistua vertaistukiryhmän tapaamisiin. Suurena hyötynä pidettiin myös mahdollisuutta toimia nimettömästi, osallistuminen oli helppoa ja välttyttiin matkakustannuksia. Eräät suomalaiset tutkimukset ovat päätyneet samoihin johtopäätöksiin (mm. Karppinen & Paananen 2008, 2; Heino & Kaivolainen 2010, 29). Internetin avulla voidaan mahdollisesti saada yhä enemmän omaishoitajia vertaistuen piiriin. Monille omaishoitajille henkilökohtainen kontakti vertaistukiryhmään on kuitenkin erittäin tärkeä hetki, joten internetissä tapahtuva vertaistuki ei sovi kaikille omaishoitajille. Jatkotutkimuksissa tästä aiheesta voisikin tehdä selvityksen, kuka hyötyy ja kuka ei hyödy. Esimerkiksi kehitysvammaista lastaan kotona hoitavat vanhemmat saattavat olla hyvin tottuneita internetin käyttäjiä kun taas iäkkäät puolisoaan hoitavat eivät välttämättä ole koskaan käyttäneet internetiä.

LÄHTEET

- Abendroth, M. 2014. Caring for the caregiver. Parkinson Resource Organisation. Viitattu 1.10.14 <http://www.parkinsonsresource.org/education/caring-for-the-caregiver/>
- Alasutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Neljäs, uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Brown, J.; McKee, K.J.; Öberg, B.; Bledowski, P.; Quattrini, S.; Lüdecke, D. & Prouskas, C. 2006. Sampling and recruitment. Teoksessa K.J. McKee; J. Brown & M. Nolan. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. The National Survey Report for the United Kingdom. EUROFAMCARE. Viitattu 20.10.2014 http://www.uk.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_uk.pdf
- Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B. & King, M. 2011. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. Research Department of Mental Health Sciences, University College Medical School, Marie Curie Palliative Care Research Unit, London, UK; Auckland, New Zealand. (viitattu 5.10.2014) <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007617.pub2/abstract>
- Chaiklin, H. 2000. Doing case study research. American Journal of Dance Therapy 22(1), 47-59.
- Döhner, H.; Triantafillou, J. & McKee, K.J. 2006. Introduction to the study: EUROFAMCARE. Teoksessa K.J. McKee; J. Brown & M. Nolan. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. The National Survey Report for the United Kingdom. EUROFAMCARE. Viitattu 20.10.2014 http://www.uk.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_uk.pdf
- Halmesmäki, A-M.; Herranen, L.; Järnstedt, P.; Kauppi, S.; Lamminen, M.; Malmi, M.; Pitkänen, A-M & Väisänen, M. 2010. Minäkö omaishoitaja. Ensiopas omaishoidosta. Pori: Kehitys Oy.
- Havula, K. 2014. Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry. Toimintasuunnitelma 2014.
- Heino, M. & Kaivolainen, M. 2011. Toimivat vertaiset. Kirjanen omaishoitoyhdistysten vertaistukitoimintaan. Omaishoitajat ja Läheiset Liitto ry:n julkaisuja 2/2010.
- Heisler, M. 2006. Building Peer Support Programs to Manage Chronic Disease: Seven Models for Success. California Health Care Foundation. Viitattu 25.10.14 <http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/B/PDF%20BuildingPeerSupportPrograms.pdf>
- Herbig, B.; Büssing, A. & Ewert, T. 2001. The role of tacit knowledge in the work context of nursing. Journal of Advanced Nursing 34(5), 687–695.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara P 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Holm, J. 2010. Vertaistoiminta kannattaa. Ihmisen kohtaaminen ja arvostava vuorovaikutus. Vertaisryhmätoiminnan kulmakivi. Asumispalvelusäätiö ASPA. 21–32. Viitattu 8.9.2014 http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/Oheismateriaali_Vertaistoiminta%20kannattaa%20koulutusaineisto.pdf

Horsburgh, D. Evaluation of qualitative research. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 307-312.

Hyväri, S. 2005. Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa M. Nylund, A. B. Yeung (toim.) *Vapaaehtoistoiminta: anti, arvot ja osallisuus*. Tampere: Vastapaino.

Iivonen, S. & Lilja, V. 2009. ”Reipastun siellä käytyäni”. Vertaistukiryhmä omaishoitajien tukena. *Opinnäytetyö*. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Ilmarinen. 2013. Lisää vuorovaikutusta, lisää osaamista. Keinoja hiljaisen tiedon jakamiseen. Viitattu 8.9.2014 www.ilmarinen.fi

Invalidiliitto ry. 2013. Vertaistuki. Viitattu 29.7.13
<http://www.invalidiliitto.fi/portal/fi/toiminta/vertaistuki/>

Järnstedt, P.; Kaivolainen, M.; Laakso, T. & Salanko-Vuorela, M. 2009. Omainen hoitajana. *Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry*. Helsinki: Kirjapaja.

Kaivolainen, M. 2011. Vertaisryhmästä tukea omaishoitajille. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen, M. Salanko-Vuorela (toim.) *Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry*. Helsinki: Duodecim. 126–130.

Kalliomaa, S. 2012. Muistisairaana tukeminen – ohjeita läheisille. *Lääkärikirja Duodecim*. 27.8.2012. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kalliomaa-Puha, L. & Mattila, Y. 2010. Omaishoidon oikeudelliset kehykset. Teoksessa m. Meriranta (toim.) *Omaishoitajan käsikirja*. EU: UNIPress. 19–136.

Karppinen, R. & Paananen, H. 2008. Vertaistuki verkossa. *Opinnäytetyö*. Kemi/Tornio: Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu.

Kiviranta, R. 2010. *Onnistu eri-ikäisten johtamisessa*. Helsinki: Sanoma Pro.

Koivunen, H. 1997. *Hiljainen tieto*. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Kothari, A.; Bickford, J.; Edwards, N.; Dobbins, M. & Meyer, M. 2011. Uncovering Tacit Knowledge: A Pilot Study to Broaden the Concept of Knowledge in Knowledge Translation. *BMC Health Services Research*, 11:198.

Kuronen, T.; Säämänen, K.; Järvenpää, E. & Rintala N. 2007. Hiljaisen tiedon säilyttäminen ja jakaminen ydinvoimalaitoksessa. Helsinki: Helsinki University of Technology.

Kuula, A. 2001. *Tutkimusetiikka ja lakipykälä*. Viitattu

Kylmä J. 2000. Dynamics of hope in adult persons living with HIV/AIDS and their significant others—a substantive theory. *Kuopio University Publications E. Social Sciences* 85. Kuopio.

Kylmä, J.; Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus—mitä, miten ja miksi? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 119(7):509–615.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laimio, A. 2010. Vertaistoiminta kannattaa. Vertaistoiminta – kokemuksellista vuorovaikutusta. *Asumispalvelusäätiö ASPA*. Viitattu 9.10.14 <http://www.aspasaatio.fi>

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WS Bookwell Oy, 21–43

- Leino-Kilpi, H. 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välimäki. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY. 284–298.
- Levonen, T. 2001. Ikä karttuu. Elämä jatkuu. Ikääntyminen muuttuvassa yhteiskunnassa. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Linde, C. 2001. Narrative and Social Tacit Knowledge. *Journal of Knowledge Management*, 5(2), Viitattu 25.10.14 <http://cseweb.ucsd.edu/~goguen/courses/papers/linde-narr-tacit.pdf>
- Luumi, A. 1997. Uudelle polulle. Teoksessa M. Purhonen & P. Rajala (toim.) Omaishoitaja arjen ristiaallokossa. Helsinki: Kirjapaja.
- McKechnie, V.; Barker, C. & Stott, J. 2014. The Effectiveness of an Internet Support Forum for Carers of People With Dementia: A Pre-Post Cohort Study. *Journal of Medical Internet Research* 16(2): e68. Viitattu 13.9.14 <http://www.jmir.org/2014/2/e68/>
- McKee, K.J.; Lamura, G.; Wojczel, B.; Krevers, B.; Mestheneos, L. & Mnich, E. 2006. Sampling and recruitment. Teoksessa K.J. McKee; J. Brown & M. Nolan. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. The National Survey Report for the United Kingdom. EUROFAMCARE. Viitattu 20.10.2014 http://www.uked.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_uk.pdf
- Malterud, K. 2001. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 358(11), 483-488.
- Mays, N. & Pope, C. 2000. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* 320(1), 50-52.
- Meadows, L., Verdi, A. & Crabtree, B. 2003. Keeping up appearances: using qualitative research to enhance knowledge of dental practice. *Journal of Dental Education* 67(9), 981–990.
- Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 173. Akateeminen väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Mikkonen, I. 2007. Vertaistukea läheiselle. Itä-Helsinki. Parkkis 3/2007, 12–13.
- Moilanen R.; Tasala M. & Virtainlahti S. 2005. Hiljainen tieto näkyväksi. Helsinki: Edita
- Muistiliitto. 2009. Vertaistuki. Viitattu 5.5.2013 <http://www.muistiliitto.fi>
- Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. 215–221.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. *The Knowledge – Creating Company*. Oxford University Press.
- Northouse, L.; Williams, A-L.; Given, B. & McCorkle, R. 2012. Psychosocial Care for Family Caregivers of Patients With Cancer. *Journal Of Clinical Oncology*, vol. 30 (11), 1227-1234.
- Nurminen, R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Nuutinen, O. 2012. Hiljainen tieto. Kansalaisyhteiskunnan tutkimusportaali. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 19.8.12 <http://kans.jyu.fi/sanasto/sanat-kansio/hiljainen-tieto>
- Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry. 2013. Mitä omaishoito on. Viitattu 9.9.2013 <http://www.omaishoitajat.fi/mit%C3%A4-omaishoito>
- Peters, M.; Abu-Saad, H.; Vydellingum, V. & Murphy, M. 2002. Research into headache: the contribution of qualitative methods. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 42(10), 1051-1059.
- Polanyi, M. 1966. *The tacit dimension*, Doubleday & Company. Garden city. New York.

Polanyi, M. 1983. The Tacit Dimension. Gloucester: Peter Smith.

Purhonen, M.; Nissi-Onnela, S. & Malmi, M. Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen, M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry. Helsinki: Duodecim. 12–17.

Reinders, H. 2010. The importance of tacit knowledge in practices of care. Journal of Intellectual Disability Research, Volume 54, 28-37.

Salanko-Vuorela, M. 2010. Omaishoidon yleisyys Suomessa. Teoksessa M. Meriranta (toim.) Omaishoitajan käsikirja. EU: UNIpress. 7-18.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV. Litterointi. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 21.4.14 <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint Oy. Työministeriö.

Sosiaaliportti. 2011. Vammaispalvelujen käsikirja. Viitattu 3.2.2013. <http://www.sosiaaliportti.fi>

Sosiaaliportti. 2012. Vertaistuki – en ”olekaan ainut”. Viitattu 5.5.2013 <http://www.sosiaaliportti.fi>

Suomen omaishoidon verkosto. 2013. Omaishoito. Viitattu 27.10.13 <http://www.omaishoidonverkosto.fi>

Suomen Projekti-Instituutti Oy. 2014. Projektijohtamisen sanastoa. Viitattu 26.10.14 http://www.projekti-instituutti.fi/osaamisen_kehittaminen/projektijohtamisen_sanastoa

Tallila, M. 2011. Vertaistukiryhmätoiminta ympärivuorokautisessa hoidossa olevien hoidettavien / asukkaiden omaisille ja läheisille. Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry. Viitattu 10.9.14 www.muistiturku.fi

THL. 2014. Vertaistuki. Viitattu 20.10.14 www.thl.fi

Toom, A. 2008. Hiljaista tietoa vai tietämistä? Näkökulmia hiljaisen tiedon käsitteen tarkasteluun. Teoksessa A. Toom.; J. Onnismaa & A. Kajanto (toim.). Hiljainen tieto. Tietämistä, toimimista, taitavuutta. Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-3. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Latvia: Livonia Print.

Verkkari. 2013. Kirjaston arjessa luodaan ja prosessoidaan tietoa. Helsingin yliopiston kirjaston verkkolehti. 6/2013. Viitattu 10.3.14 <http://blogs.helsinki.fi/verkkari-lehti/kirjaston-arjessa-luodaan-ja-prosessoidaan-tietoa>

Viitanen, J. & Purhonen, M. 2010. Järjestöt ja vertaistuki omaistoiminnassa. Teoksessa M. Meriranta (toim.) Omaishoitajan käsikirja. EU: UNIpress. 161–178.

Viitala, R. 2005. Johda osaamista. Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Helsinki: Otava

Virtainlahti, S. 2005. Hiljaisen tiedon tunnistaminen ja siirtäminen. Teoksessa R. Moilanen, M. - Tasala & S. Virtainlahti (toim.) Hiljainen tieto näkyväksi. 26–45. Helsinki: Edita Prima Oy.

Virtainlahti, S. 2009a. Hiljaisen tietämyksen johtaminen. Helsinki: Talentum.

Virtainlahti, S. 2009b. Hiljaisen tietämyksen johtaminen. Paimela: TacitPro Oy. Viitattu 26.10.14
http://www.henryorg.fi/data/dokumentit/UU_2009/mater/Hiljaisen%20tietamyksen%20johtaminen.pdf

Virtanen I. 2006. Hiljaisen tiedon ongelma – kuinka hiljaista hiljainen tieto on. Tampere: Tampereen yliopisto. Pro-Gradu –tutkielma. Viitattu 6.5.13
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01163.pdf>

Wei, Y-S.; Chu, H.; Chen, C-H.; Hsueh, Y-J.; Chang, Y-S.; Chang, L-I. & Chou, K-R. 2012. Support groups for caregivers of intellectually disabled family members: effects on physical–psychological health and social support. *Journal of Clinical Nursing* 21, 1666-1677.

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. 2010. Tutkimusetiikka ja lakipykäliä. Viitattu 6.4.14
www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html.

Youngmee, K. & Schultz, R. 2008. Family Caregivers' Strains: Comparative Analysis of Cancer Caregiving With Dementia, Diabetes, and Frail Elderly Caregiving. *Journal of Aging and Health*, vol. 20, 483-503.

Tiedote omaishoitajakyselyn haastatteluun osallistuville

Päiväys

Opinnäytetyön nimi: Omaishoitajien vertaistuki hiljaisen tiedon näkökulmasta

Hyvä vastaaja

Pyydän Teitä osallistumaan haastatteluun, jonka tavoitteena on kehittää omaishoitajien vertaistukea. Tutkimuksen tarkoituksena on tunnistaa vertaistuen sisältö ja merkitys sekä määrittää vertaistuen kehittämiskohteet. Lupa aineiston keruuseen on saatu Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:ltä syyskuussa 2013. Suostumuksenne haastateltavaksi vahvistatte allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja antamalla sen haastattelijalle.

Teidän osallistumiseen haastatteluun on erittäin tärkeää, koska omaishoitajien vertaistukiryhmät ovat yksi tärkeimmistä yhdistyksen tarjoamista tukimuodoista. Yhdistyksen vertaisryhmätoiminnassa pyritään jatkumoon, jossa vertaistukea on tarjolla omaishoidon eri vaiheissa ja tilanteissa. Vertaistukitoimintaa tulee kehittää jatkuvasti. Haastattelun tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäisen haastateltavan näkemykset ole tunnistettavissa. Teillä on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Teihin liittyvää aineistoa, jos niin haluatte. Haastattelusta kieltäytyminen ei vaikuta mitenkään Teidän osallistumiseen vertaistukiryhmässä.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on lehtori, Turun AMK/Terveysala.

Osallistumisestanne kiittäen

Sairaanhoitaja AMK, yamk-opiskelija

Yhteystiedot:

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa Omaishoitajan vertaistuki hiljaisen tiedon näkökulmasta - opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Yhteystiedot (tarvittaessa) _____

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Arjessa selviytyminen ja elämänhallinta

- Millä tavalla teidän läheisenne sairastuminen on vaikuttanut jokapäiväiseen toimintaanne?
 - Millä tavalla arki on muuttunut verrattuna aikaan ennen läheisen sairastumista?
- Mitä sairautta läheisenne sairastaa?

Vertaistuki

- Mitä sana vertaistuki mielestänne tarkoittaa?
- Mitä vertaistuki teille merkitsee?
- Oletteko saaneet aikaisemmin vertaistukea?
 - Jos olette, millaista tukea olette saaneet?
- Millaisia odotuksia teillä oli vertaistuesta?
- Millaisia kokemuksia teillä on vertaistuesta?

Vertaistukiryhmä

- Onko ryhmässä toimiminen auttanut selviytymään arjesta?
 - Jos on, niin miten?
- Kertokaa kolme tärkeintä asiaa (mitä tulee ensimmäisenä mieleen), mitkä tulevat mieleen ryhmän toiminnasta?
 - Ovatko toisten ryhmäläisten omakohtaisista kokemuksista kuuleminen auttaneet selviytymään arjesta / lisänneet omaa jaksamistaanne?
 - Millä tavalla se on auttanut?

Vertaistuen kehittäminen

- Miten vertaistukea tulee mielestänne kehittää?
- Mitä muuta toivoisitte saavanne vertaistukiryhmässä toimimisesta?

ESIMERKKI AINEISTON ANALYSOIMISESTA

Arjessa selviytyminen ja elämäntilanne			
Alkuperäinen lainaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
1. "Se on vienyt mahdollisuuden käytännössä kaikkeen omaan toimintaan, omaan vapaa-ajan käyttöön tai osallistua mihinkään... Ajatellun tulevaisuuden täydellinen muuttuminen..."	Vapaa-ajan puuttuminen ja elämän kapeutumisen	Rajoittaa omaa elämää	OMAN VAPAA-AJAN VÄHENEMINEN
3. "Mä oon hirveen sidottu nyt tähän kottiin... Mä jäin silloin pois töistä, kun x sairastu... mä oon jotenkin niin kiinni tässä kämpässä..."	Töistä pois jääminen omaisen sairastuttua ja tämän jälkeen hyvin sidottu kotiin.	Sidottu kotiin	
2. "...se oli ihan totaalinen muutos ja kaikki asuminen ja kaikki ja tämmönen kaikki oli muutettava täysin."	Totaalinen muutos elämässä, oli muutettava palveluja lähelle	Täydellinen elämän muutos	ARJESSA SELVIITYMINEN
7. "Se hiipi vähän yllättäen meille... Ei se alkuunkaan niin suuresti muuttanut. Me tehtiin aina kaikki porukas, ehkä se johto sit enempi siirty mulle."	Muutos tullut pikku hiljaa, jolloin muutosta ei ole selvästi huomattu.	Yhdessä tekeminen vähenee	
4. "No, ensinnäkin mä olen virkavapaalla... et mä en sitten enää niinku pystyny töissä käymään... on niinku sidottu sen 24/7... ennen oli vastuussa vain itsestään ja koirastaan ja nyt on vastuussa sitten, et meitä on neljä..."	On vastuussa muista ihmisistä ja sidottu kotiin 24/7, omasta työstä luopuminen	Vastuun kantaminen	OMAIHOITAJAN JAKSAMINEN
5. "Se rajoittaa aika paljon... Ja sitten tosiaan semmoista, että aina pelkää, mitä sattuu..."	Jatkuva pelko tulevaisuudesta	Epävarma tulevaisuus	
6. Kyllähän se sitoo ihan hirveesti... se on 24 h vrk:ssa, koko ajan täytyy niin kuin olla palveluvalmiina... sata kertaa päivässä mä nousen ja palvelen. Kaikki tuon eteen, ihan kaikki."	Omaishoidettavan jatkuva "passaaminen", sidottu kotiin	Palveleminen	
8. "... Hän tarvitsee aika paljon apua nykyään ja vaatettamises ja riisumis... Pitää enempi huolehtia asioista..."	Tarvitsee apua päivittäisissä rutiineissa.	Avun tarve lisääntyy	