

Hyvinvointilähete. Uusi toimintamalli lappilaisessa kontekstissa

Eeva Rossi, Anne Korpelainen ja Minna Zechner

2022

Rovaniemi: Lapin yliopisto



LAPIN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF LAPLAND

Hyvinvointilähete. Uusi toimintamalli lappilaisessa kontekstissa	1
1. Johdanto	4
1.1. Hanke hyvinvointiläheteen käyttöönottoon	4
2. Hyvinvointiläheteen taustaa.....	6
2.1 Iso-Britannia hyvinvointiläheteen kotimaana	6
Hyvinvointiläheteen perusteita	6
Kriittisiä näkökulmia	7
2.2 Linkki lappilaiseen hyvinvointiin	8
Hankkeen alkuvaihe	9
Luvun 2 keskeinen viesti.....	10
3. Lapin yliopiston tutkimus	11
3.1. Tutkimuksen tehtävät ja lähestymistapa	11
3.2. Aineistot ja niiden analyysit.....	11
Haastatteleamalla tietoa	11
Muita aineistoja ja aineistojen analyysi	14
Luvun 3 keskeinen viesti.....	14
4. Lappi toimintaympäristönä	15
4.1 Kemijärvi, Muonio ja Enontekiö hankkeen konteksteina	15
4.2. Lapin sairaanhoitopiiri toimijana	17
Luvun 4 keskeinen viesti.....	17
5. Hankkeen tavoitteet ja toiminta	18
5.1 Toiminnan tavoitteet	18
5.2 Hyvinvointilähetetoiminnan aloittaminen ja prosessi	21
Tavoitteista suunnitelmaan ja toteuttamiseen	21
Hyvinvointilähete käytännössä	24
5.3. Linkkihenkilökoulutus	28
Suomalainen linkkihenkilökoulutus.....	29
Koulutukseen ja linkkihenkilöksi valikoituminen	31
Luvun 5 keskeinen viesti.....	32
6. Hankkeen keskeisten toimijoiden kokemuksia	33
6.1 Lähetteen saajasta tuensaajaksi	33
Hyvinvointilähete vastaa erilaisiin tarpeisiin	34
Positiivisen mielenterveyden mittaaminen	35
Hyvinvointilähetteen kieltäytyminen	36
6.2. Sosiaalista tukea ja lisääntyvää hyvinvointia	36
Emotionaalinen tuki	37

Tiedollinen tuki	39
Verkosto- ja toiminnallinen tuki	41
Välineellinen tuki	43
Monipuolista tukea	44
Luvun 6 keskeinen viesti	47
7. Hankeen laajemmat tulokset	48
7.1. Asiantuntemus ja päätöksenteko	48
7.2. Institutionaaliset seikat	51
Luvun 7 keskeinen viesti	54
8. Lopuksi	55
8.1 Tavoitteiden saavuttaminen	55
8.2 Yhteisluomisen tutkan pääteemat	57
Lähteet	59
Liite 1: Lähetteensaajan tietoon perustuva suostumus	70
Liite 2: Muiden haastateltujen suostumus	71
Liite 3: Hankkeen aikajana	72
Liite 4: Hyvinvointilähetelomake	74
Liite 5: Hyvinvointilähetteen tiedonkulku Virtu- palvelussa	75

1. Johdanto

1.1. Hanke hyvinvointilähetteen käyttöönottoon

Linkki lappilaiseen hyvinvointiin-hankkeen (2020–2022) tavoitteena oli kehittää ja ottaa käyttöön Hyvinvointilähete-toimintamalli ihmisten tukemiseksi yhteisöllisin keinoin tilanteissa, jolloin sosiaali- tai terveyspalveluiden tuki ei ole riittävää tai ei vastaa ihmisen tarpeita. Hanke sai sosiaali- ja terveysministeriön myöntämää valtionavustusta terveyden edistämisen määrärahasta (hankkeen tunniste 202010056). Hanke toteutettiin Lapin sairaanhoitopiiriin lukeutuvissa Kemijärven, Muonion ja Enontekiön kunnissa. Taustalla on näkemys tarpeesta perustaa uudenlainen, ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia tukeva toimintamalli. Tällöin keskiössä ovat ihmisen itse määrittelemät tarpeet, niitä myötäilevä toiminta ja sitä kautta subjektiivisen hyvinvoinnin, osallisuuden ja toimintakyvyn parantuminen. Tavoitteena on linkittää ihminen kunnan ja etenkin kolmannen sektorin palveluihin ja toimintaan siten, että ne muodostavat hyvinvointia tukevan kokonaisuuden. Hyvinvointilähete perustuu Iso-Britanniassa kehitettyyn *Social Prescribing*-toimintamalliin (esim. NHS 2020), jota kuvaamme tarkemmin luvussa kaksi.

Hanke toteutettiin väestön ikääntymisen kontekstissa. Vanhusväestön määrän kasvu lisää terveys- ja sosiaalipalveluiden sekä eläkkeiden kysyntää. Tämän lisäksi työikäisen väestön määrän pieneneminen heikentää työllisten määrää. Sen myötä talouden kasvu saattaa hidastua ja verotulot pienentyä (Aalto ym. 2020.) Suomalaisessa yhteiskunnassa ei, vastakkaisista tavoitteista huolimatta, ole pystytty kaventamaan hyvinvointi- ja terveyseroja (esim. Talala ym. 2014). Hyvinvointierot ilmenevät elinoloissa, terveydessä ja koetussa hyvinvoinnissa. Näihin eroihin vaikuttavat muun muassa sosioekonominen asema (koulutus, tulot), pääasiallinen toiminta, sukupuoli sekä etninen tausta. (Talala ym. 2014; Kestilä & Karvonen 2019; Saikkonen ym. 2019.) Kasvava kysyntä ja niukka resursointi voivat johtaa yhä heikkenevään palveluihin pääsyyn. Hankkeen suunnitelmassa mainitaan, että palveluissa kohdattaviin ihmisten tilanteisiin ja tarpeisiin ei kyetä aina vastaamaan. Tällöin apuna voisivat olla kolmannen sektorin, vapaaehtoistoimijoiden ja seurakuntien tuottamat palvelut ja toiminta. Esimerkiksi potilasjärjestöt mainittiin suunnitelmassa toimijoina, joiden toiminta olisi hyvä liittää kiinteämmin osaksi hoitoprosesseja (Linkki lappilaiseen hyvinvointiin 2019).

Näistä lähtökohdista Linkki lappilaiseen hyvinvointiin-hanke lähti liikkeelle. Uudenlaista toimintamallia kokeiltaessa ja kehitettäessä on tärkeä dokumentoida ja arvioida sekä kehittämisen prosessia että uudenlaisen toiminnan tuottamia mahdollisia hyötyjä ja vaikutuksia. Koska kyse on Suomen kontekstissa uudenlaisesta toiminnasta, on tässä raportissa keskeisellä sijalla toimintaympäristön ja itse toiminnan kuvailu. Vaikka tämä raportti ei varsinaisesti arvioi hanketta,

hyödynnämme väljästi Kansalaisuuden kuplat ja kuilut (BIBU) -tutkimushankkeessa kehiteltäviä Yhteisluomisen tutka -mallia (Rask & Ertiö 2019). Se on kokonaisvaltainen ja etenkin osallisuuden arviointiin kehitetty lähestymistapa. Kokonaisvaltaisuus tarkoittaa arvioinnin laajentamista osallistujien toiminnan ja tuotosten arvioinnista esimerkiksi organisaatioissa käytettävissä olevien taitojen tai osaamisen arviointiin. Yhteisluomisen tutkassa arvioinnin indikaattorit jakautuvat neljään pääalueeseen: tavoitteet, toteutus, toimijat ja tuotokset. Tavoitteiden sisällä ovat demokraattisuus, kestävyys ja ajankohtaisuus. Toteutus-pääalue kattaa suunnittelun, laadun ja tehokkuuden sekä arvioinnin. Toimijoihin sisältyvät oppiminen ja voimaantuminen, motivaatio sekä edustuksellisuus. Tuotokset-pääalue sisältää instituutionaaliset vaikutukset, päätöksenteon ja vastuuvollisuuden sekä taidot ja asiantuntemuksen. (Rask & Ertiö 2019.) Kukin näistä kahdestatoista indikaattorista tarjoaa erilaisen näkökulman toiminnan arviointiin. Tässä raportissa käytämme Yhteisluomisen tutkaa tai sen osia rakenteena ja tukena kokonaisvaltaisen näkemyksen aikaansaamiseksi. Indikaattorit on sovitettu Linkki lappilaiseen hyvinvointiin-hankkeen tavoitteisiin, toimintaan ja päämääriin.

Tarkastelemme hanketta eri toimijoilta saadun tiedon kautta. Raportissa käytämme ilmaisuja lähetteen tekijä, koordinoiva linkkihenkilö (joka ottaa vastaan lähetteet ja yhdistää tuensajaan ja linkkihenkilön), linkkihenkilö (joka toimii yhdessä tuensajaan kanssa) sekä tuensaja (jolle hyvinvointilähete on kirjoitettu ja toiminta suunnattu). Hankkeessa on tuensajista puhuttu pääosin asiakkaina ja myös lähetteensajina. Asiakas viittaa lähinnä virallisten palveluiden käyttäjiin, joten se ei välttämättä ole soveltuva hyvinvointiläheteeseen. Tuensajaa on neutraalimpi ilmaisu kuin asiakas, ja sitä ehdotti eräs lähetteen saanut haastateltava. Käytämme ilmaisua lähetteensaja kuvaamaan tilannetta, jolloin henkilö on saanut lähetteen. Toimintaan mukaan lähdettyään hänestä tulee tuensaja. Vaikka käytämme ilmaisua tuensaja, se ei tarkoita, että hän olisi passiivinen vastaanottaja.

Raportti etenee siten, että ensin esittelemme lyhyesti Iso-Britanniassa kehitetyn ja laajasti käytössä olevan hyvinvointilähete-toiminnan (*Social Prescribing*) periaatteita. Tämän jälkeen kerromme, miten tämä tutkimus on toteutettu ja siirrymme sitten kuvaamaan hankkeen lappilaista kontekstia, eli kolmea kuntaa, joissa hanke toteutettiin. Sen jälkeiset luvut käsittelevät hankkeen tuotoksia ja tuloksia. Raportin kirjoittamisen vaiheessa hankkeen toiminta on laajentunut neljänteen kuntaan, Sodankylään. Siellä on käynnistynyt oma, hieman versioitu hanke koulutuksineen. Tätä hanketta emme käsittele raportissamme. Lukujen lopussa on laatikoita, joissa on koottuna kunkin luvun keskeinen viesti.

2. Hyvinvointilähetteen taustaa

2.1 Iso-Britannia hyvinvointilähetteen kotimaana

Käytämme yksinkertaisuuden ja kielellisen yhtenäisyyden vuoksi tästä eteenpäin ilmaisua hyvinvointilähete myös silloin, kun viittaamme Iso-Britannian vastaavaan *Social Prescribing* -toimintaan. Iso-Britanniassa hyvinvointilähetetoiminta on saanut alkunsa julkisten palveluiden resurssien niukkuudesta, pitkäaikaissairauksien hoidon haasteista ja lähinnä terveydenhuollon lähtökohdista (Kimberlee 2015; NHS 2020). Paikallisessa terveydenhuollossa korostetaan myös hoidon ja henkilökohtaisuutta tai räätälöintiä (*personalised care*), jolloin potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa ja joiltain osin päättää omasta hoidostaan (NHS 2020).

Hyvinvointilähetteen perusteita

Hyvinvointilähetetoiminnan taustalla on Iso-Britanniassa monia erilaisia kokeiluja, kuten lähetteen kirjoittaminen taidetoimintaan, kirjallisuuden, liikunnan, puutarhanhoidon tai opintojen pariin (esim. Bickerdike ym. 2017; Heijnders & Meijs 2018; Kellezi ym. 2019; Vidovic ym. 2021). Yhteistä näillä lähetteillä on se, että niiden kautta usein pitkään psyykkisiä ja/tai fyysisiä sairauksia sairastaneet ihmiset saavat sekä kiinnostavaa toimintaa, että sosiaalisia kontakteja elämäänsä. Näillä taas on yhteenkuuluvuuden ja mielekkyyden tunteita lisäävä vaikutus, ja ne voivat kasvattaa ihmisten hyvinvointia. Ihmisen sosiaalisuuden, psyykkisen hyvinvoinnin ja terveyden välinen yhteys alkoi 2000-luvun Iso-Britanniassa tulla terveydenhuollossa kiinnostuksen kohteeksi (Chatterjee ym. 2018) ja tämä toimi sysäyksenä hyvinvointilähetetoiminnalle.

Yksinkertaistettuna hyvinvointilähetteessä on kyse siitä, että terveydenhuollon ammattilaiset kirjoittavat potilaille lähetteen sosiaaliseen toimintaan. Iso-Britanniassa lähete tehdään terveydenhuollon tietojärjestelmässä ja sille on yhteisesti sovitut koodit, joita järjestelmässä käytetään (kolme koodia: hyvinvointilähetettä tarjottu, hyvinvointiläheteestä kieltäydytty ja hyvinvointilähetetoimintaan ohjattu). Lähete etenee paikalliselle koordinoivalle toimijalle, joka toimittaa lähetteen saatavilla olevalle linkkihenkilölle. Linkkihenkilö ottaa yhteyttä lähetteensaajaan ja yhteistyössä he selvittävät mitä lähetteensaaja haluaa tehdä tai tavoitella hyvinvointinsa edistämiseksi. Linkkihenkilö hyödyntää paikallisia järjestöjä ja muita toimijoita, jotka tarjoavat mahdollista toimintaa, kuten harrastuksia. (NHS 2020.)

Hyvinvointilähetettä suositellaan erityisesti monista terveydellisistä haasteista kärsiville pitkäaikaissairaille, ihmisille, joilla on mielenterveydellisiä haasteita, paljon sosiaali- ja terveystalvueluita käyttäville, yksinäisille tai eristyksissä eläville ja henkilöille, joilla on monenlaisia

hyvinvointiin heikentävästi vaikuttavia sosiaalisia tarpeita (Chatterjee ym. 2018; NHS 2020). Hyvinvointilähetteitä on hyödynnetty etenkin sellaisilla asuinalueilla, joissa tulotaso ja sosiaaliset olosuhteet ovat keskimääräistä heikompia (Husk ym. 2019). Hyvinvointilähete-toiminnasta on tehty paljon tutkimusta, joista monissa esitetään hyvinvointilähetteen olevan moni tavoin hyödyllinen. Esimerkiksi seuraavanlaisia hyötyjä hyvinvointilähetteestä on tutkimuksissa tuotu esiin: itsetunnon vahvistuminen, osallisuus, myönteinen mieliala, psyykkinen hyvinvointi, parempi fyysinen terveys, terveellisemmät elintavat, vähentynyt terveyspalveluiden käyttö, sosiaalisuuden lisääntyminen, vuorovaikutustaitojen kehittyminen, yksinäisyyden ja eristyneisyyden väheneminen, motivaation, toivon ja optimismin lisääntyminen, uusien taitojen oppiminen, masennuksen, negatiivisen mielialan ja ahdistuksen väheneminen (Polley ym. 2017; Chatterjee ym. 2018; Pescheny ym. 2019).

Kriittisiä näkökulmia

Hienoja tuloksia esittelevät tutkimukset ovat kohdanneet kuitenkin vakavaa kritiikkiä. Hyvinvointilähete-toiminnan alle voidaan laittaa lähestulkoon mitä tahansa yhteisöissä tapahtuvaa toimintaa, joten on vaikea sanoa, onko kyse loppujen lopuksi hyvinvointilähetteestä vai jostain muusta (Husk ym. 2019). Hyvin pieni osa tehdyistä tutkimuksista pohjaa satunnaistettuun vertailukokeeseen (*randomized controlled trial*) (Polley ym. 2017), jossa vertaillaan kahta ryhmää. Tällaisissa tutkimuksissa interventoryhmä osallistuu hyvinvointilähete-toimintaan ja kontrolliryhmä on sen ulkopuolella. Näin voidaan verrata eroja toimintaan osallistuneiden ja osallistumattomien välillä. Lääketieteessä tällainen tutkimusasetelma on tavallinen, mutta yhteiskuntatieteissä, joissa tutkitaan sosiaalisia ilmiöitä, tällainen ei ole mahdollinen, koska ihmisten elämässä on niin paljon tekijöitä, joiden vaikutuksia ei voida tutkimuksessa kontrolloida (esim. Deaton & Cartwright 2018). Esimerkiksi jos hyvinvointilähetteen saaja saa lapsen tai palkankorotuksen, ei näillä ole todennäköisesti mitään tekemistä hyvinvointilähete-toiminnan kanssa, mutta ne vaikuttavat silti todennäköisesti toiminnan aikaansaamiin tuloksiin.

Myös muita menetelmällisiä ongelmia on raportoitu hyvinvointilähete-toimintaa käsittelevissä tutkimuksissa, muun muassa aineiston keruu, tutkittavien rekrytointi ja aineiston analyysi on saatettu jättää osin kuvaamatta (Pescheny ym. 2019). Tutkimuksissa, joissa on hyödynnetty erilaisia mittareita (ne mittaavat esimerkiksi ahdistusta, masennusta, fyysistä aktiivisuutta elämänlaatua tai sosiaalista tukea), ei usein käy selväksi, miten mittaria on käytetty, tai mittaustuloksille ei välttämättä ole tehty tilastollisia vertailuja esimerkiksi laajemman joukon mittaustuloksien suhteen (Chatterjee ym. 2018). Monet tutkimuksista eivät ole vertaisarvioituja, mikä myös antaa aiheen pohtia kriittisesti saatuja tuloksia (Bickerdike ym. 2017; Husk ym. 2019).

Hyvinvointilähete-toimintaan on kuitenkin syntynyt varsin luja usko, sillä toimintaa on organisoitu tai ainakin kokeiltu monissa muissakin maissa Iso-Britannian lisäksi, ainakin Australiassa (Aggar ym.

2020), Espanjassa (RECETAS-hanke 2021), Hollannissa (Heijnders & Meijs 2018) ja Kanadassa (Nowak & Mulligan 2021). Toimintamallin kiinnostavuus ja houkuttelevuus on ymmärrettävää, sillä se vastaa uuden julkisen hallinnan (*New Public Governance*) mukaista ajattelua, jossa julkisten palveluiden tuotannossa lähtökohtana on luonnollisen systeemin näkökulma. Tällöin palveluiden organisoimisen ja tuottamisen keskiössä ei ole julkinen toimija, vaan kokonaisuus, jossa palveluiden käyttäjät ovat myös niiden yhteistuottajia (*co-producer*) ja myös kolmannen sektorin toimijat integroidaan palveluiden tuottajiksi (*co-creation*). Tällaisessa systeemissä julkisen toimijan tehtävänä on saada eri toimijat toimimaan yhteen ja tuomaan resurssinsa mukaan, kun palveluiden tarpeita aiheuttavia ongelmia ratkotaan (Osborne 2010; Torfing & Triantafillou 2013). Kaikki resurssit saadaan käyttöön ja julkinen vastuu kevenee ja siirtyy yhä enemmän yksilöille ja järjestökentän toimijoille. Julkisten varojen säästäminen onkin ollut yksi keskeinen motiivi hyvinvointilähetetoiminnalle ihmisten hyvinvoinnin tukemisen ja kasvattamisen lisäksi (esim. Dayson & Bashir 2014; Maughan ym. 2016). Tämän kansainvälisen taustoituksen jälkeen esittelemme hyvinvointilähetetoiminnan alkua Lapissa.

2.2 Linkki lappilaiseen hyvinvointiin

Vuonna 2015 käynnistyi Lapin liiton Lapin Sote-Savotta hanke, jossa pohdittiin silloiseen sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotantoalueen keskeisiä asiakasprosesseja (Niskala & Räisänen 2016). Tuon hankkeen yhtenä tuloksena oli kuvaus Sote Personal Trainer toimintamallista. Sote Personal Trainer on työntekijä, jolle voidaan osoittaa asiakkaita, mutta joka myös tekee etsivää työtä. Tavoitteena oli löytää palveluiden suurykäyttäjiä tai palveluiden ulkopuolelle jääneitä ihmisiä, jotka tarvitsevat tukea elämänhallintaan ja joita voidaan tukea kannustamalla ja ohjaamalla palveluihin. (Niskala ym. 2016.) Syksyllä 2017 Lapin sairaanhoitopiiri ja Kaufman Agency selvittivät Muonion ja Enontekiön alueella miten paljon sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävien asiakkaiden tilanteita voitaisiin helpottaa, ja miten ammattilaiset kokevat tällaisten henkilöiden auttamisen. Selvityksessä korostui yksilöllisen palvelutarpeen arvion tarve ja ammattilaisten ihmistuntemuksen tärkeys. Haastatellut työntekijät kokivat, että heiltä puuttui organisaatorajoja ylittävään yhteistyöhön tarvittava näkyvyys sekä työkalut, eikä aikaa monialaiseen yhteistyöhön ollut tarpeeksi. Selvityksen jatkona Lapin sairaanhoitopiiri ja Business Finland (2019) selvittivät, miten sairaanhoitopiiri voisi luoda, ottaa käyttöön ja kehittää uudenlaisen ja asiakaslähtöisen palveluintegraation tuotantoalustan (Lapin sairaanhoitopiiri & Business Finland 2019). Selvitysten myötä alettiin suunnitella Linkki lappilaiseen hyvinvointiin-hanketta yhdessä sidosryhmien kanssa, joita olivat muun muassa Itä-Lapin hyvinvointikuntayhtymä ja High Five-hanke, Lapin ammattikorkeakoulu, Lapin liitto, Lapin maakunta- ja sotevalmistelu, Lapin yliopisto, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Poske, Sitra, Sosiaali- ja terveysministeriö ja Sosiaali- ja terveysturvayhdistys ry. Mukana oli myös kuntien edustajia muun muassa Enontekiöltä, Kemijärveltä ja Rovaniemeltä.

Hankkeen alkuvaihe

Joulukuussa 2018 Lapin sairaanhoitopiirin hallitus hyväksyi hankkeen valmistelun ja rahoitushakemuksen tekemisen kevään 2019 aikana. Kokeiltavaksi toimintamalliksi valittiin Iso-Britanniassa käytössä oleva hyvinvointilähete-toimintamalli. Keväällä 2019 Lapin sairaanhoitopiiri haki hankkeelle rahoitusta Sosiaali- ja terveysministeriön terveydenedistämisen määrärahasta. Alustava rahoitus myönnettiin marraskuussa ja virallinen päätös valtion avustuksesta saapui 10.2.2020. Rahoituksen hallinnoivana tahona toimii terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Valtionavustus kohdistuu vuoden 2020 ensimmäiseen terveyden edistämisen painopisteeseen: Hyvinvointijohtaminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhdyspinnoilla. Rahoitusaika oli 1.1.2020-31.12.2021, mutta Covid-19 pandemian vuoksi hanke sai jatkoa helmikuun 2022 loppuun. Hankkeeseen osallistuvat Kemijärven, Muonion ja Enontekiön kunnat, Lapin ammattikorkeakoulu linkkihenkilöiden koulutuksen toteuttajana ja Lapin yliopisto tutkimuksesta vastaavana tahona sekä High Five kumppanuushankkeena.

Hyvinvointilähetteen toiminta paikantuu sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä järjestökentän välimaastoon. Tavoitteena on sosiaalinen osallistuminen. Toiminnalla pyritään kokemuksellisen hyvinvoinnin lisäämiseen ja oman hyvinvoinnin edistämiseen. Tällä tavalla hyvinvoinnin tuottamisen painopiste siirtyy palveluista kohti yksilöä ja osallistumisen verkostoja (esim. Holding ym. 2020; Halder ym. 2021). Kyse on paitsi kokemuksellisen, arjen hyvinvoinnin lisäämisestä myös resurssien uudeltaisesta allokoinnista tapaan, joka on uuden julkisen hallinnan oppien mukaista (Osborne 2010; Torfing & Triantafillou 2013).

Arjen hyvinvoinnin lisäksi hyvinvointilähete-hanke nojautuu myös mielenterveyspalvelujen piirissä yleistyneeseen toipumisorientaation viitekehukseen. Se on ajattelun ja toiminnan holistinen viitekehys, jossa painottuvat voimavarat, osallisuus, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys (Nordling & Rissanen 2020). Toipumisorientaation taustalta puolestaan löytyy useita eri teoreettista orientaatiota, kuten humanistiseen psykologiaan, eksistentiaalismin ja sosiaaliseen konstruktionismiin liittyvät teoriat sekä erilaisia toimintamalleja, kuten sosiaalityöhön kiinnittyvät psykososiaalinen työ ja yhteisöllinen sosiaalityö. Linkki lappilaiseen hyvinvointiin hankkeen kannalta keskeisiä toipumisorientaation perusarvoja ovat henkilösuuntautuneisuus, osallisuus, itsemääräämisoikeus ja mahdollisuus yksilölliseen kasvuun. Henkilösuuntautuneisuus tarkoittaa ajattelua, jossa asiakas nähdään ennen kaikkea persoonana omine yksilöllisine vahvuuksineen, rajoituksineen, kykyineen, tuen tarpeineen ja mielenkiinnon kohteineen (Nordling & Rissanen 2020, 11). Tämän on nähty eroavan perinteisestä terveydenhuollon potilassuuntautuneisuudesta, jossa toiminnan keskiössä on sairaus. Tällöin hoito määräytyy enemmänkin diagnoosin kuin henkilöiden yksilöllisten tarpeiden mukaan. Henkilösuuntautuneisuus on samansuuntainen kuin Iso-Britannian terveydenhuollon hoidon ja henkilökohtaisuutta tai räätälöintiä (*personalised care*) korostava näkökulma (NHS 2020; Howarth ym. 2020). Käytännössä tämä tarkoittaa, että terveyspalveluissa huomioidaan enemmän sosiaalisia tekijöitä,

kuten potilaiden sosiaalisia suhteita ja rooleja sekä niiden tukemista hyvinvointilähetetoiminnalla. Seuraavassa luvussa kerromme, miten tämä tutkimus on tehty.

Luvun 2 keskeinen viesti

- Hyvinvointilähetetoiminta pohjaa Iso-Britannian *Social Prescribing* -toimintaan.
- Hyvinvointilähetteen tavoitteena arjen hyvinvoinnin lisääminen ja siinä tarvittavien resurssien uudenlainen hyödyntäminen
- Iso-Britannian hyvinvointilähetetoiminasta on tehty paljon tutkimusta, ja ne tukevat näkemystä toimintamallin toimivuudesta. Vahva tieteellinen näyttö kuitenkin puuttuu.

3. Lapin yliopiston tutkimus

3.1. Tutkimuksen tehtävät ja lähestymistapa

Hankesuunnitelmaan kirjattiin kolme pääasiallista tehtävää Lapin yliopiston vastuulla olevalle tutkimukselle. Ensimmäinen näistä on kuvailu. Koska hyvinvointilähetetoimintaa ei ole aiemmin Suomessa kokeiltu, on tärkeää tehdä näkyväksi hyvinvointilähetetoimintaa, sen suunnittelua ja toteutusta sekä toiminnan ympäristöjä ja toimintaan osallistuneita. Toisena tehtävä on tuoda esiin kokemuksia toimintaan jollain tavalla osallistuneiden näkökulmasta. Vaikka tässä ei ole varsinaisesti kyse arviointitutkimuksesta, huomioidaan tulosten esittelyssä toiminnan tavoitteita ja odotuksia. On tärkeää tuoda esiin eri toimijoiden kokemuksia: lähetteen tekijät ja tuensaajat, linkkihenkilöt, koordinoivat linkkihenkilöt, toiminnan hallinnointiin ja suunnitteluun osallistuneet sekä kouluttajat. Tutkimuksen kolmas tehtävä on tuottaa tietoa siitä, miten toteutunut toiminta, tulokset ja kokemukset suhteutuvat koko hankkeelle asetettuihin tavoitteisiin. Tämän perusteella on mahdollista myös pohtia toiminnan tulevaisuutta sekä tehdä tarvittavia suosituksia.

Tämän raportin varsinaiset tulosluvut (5, 6 ja 7) pohjaavat yhteisluomisen tutkaan (Rask & Ertio 2019), sillä se tukee moninäkökulmaista lähestymistapaa. Yhteisluomisen tutka on kehitetty osallisuuden arviointiin. Se sisältää neljä pääaluetta: tavoitteet, toteutus, toimijat ja tuotokset, jotka sopivat hyvin yhteen myös hankesuunnitelmassa asetettujen tutkimuksen kolmen tehtävän kanssa. Kunkin tulosluvun alussa esittelemme yhteisluomisen tutkan periaatteita ja sitä, miten niitä on sovellettu tässä raportissa. Tässä luvussa kuvaamme vielä tutkimuksen aineistot ja niiden analyysin.

3.2. Aineistot ja niiden analyysit

Pyrimme tuomaan esiin eri toimijoiden näkökulmia mahdollisimman laajasti. Hankkeen tavoitteena on edistää kuntalaisten hyvinvointia, joten tuensaajien näkökulma on erityisen tärkeä. Siinä vaiheessa, kun tätä raportti kirjoitettiin, hanke oli vielä toiminnassa. Aineiston keruu päätettiin kuitenkin marraskuun 2021 loppupuolella, joten tässä esitetyt tulokset heijastavat sen hetkistä tilannetta.

Haastattelemalla tietoa

Tutkimuksen pääasiallisena aineistona ovat haastattelut, joihin osallistui kaikkiaan 47 henkilöä (ks. Taulukko 1) joko yksilö- tai ryhmähaastatteluihin. Kaikilta haastatteluihin tai kyselyihin osallistuneilta pyydettiin tietoon perustuva suostumus joko suullisesti tai kirjallisesti (Ks. liitteet 1 ja 2).

Taulukko 1: Haastatteluihin osallistuneet

Osallistujaryhmä	Lukumäärä	Haastattelun toteutus
Tuensaajat	18 (16)	15 kasvokkain 3 puhelimitse/verkkovälitteisesti
Lähetteen tekijät	11	11 puhelimitse/verkkovälitteisesti
Linkkihenkilöt	9 plus 3 koordinoivaa linkkihenkilöä	1 ryhmä kasvokkain 2 ryhmää verkkovälitteisesti
Kouluttajat	4	Verkkovälitteisesti
Yhteensä	47	

Toimintaan osallistuneet tuensaajat saivat itse valita, tehtiinkö haastattelu kasvokkain, verkkovälitteisesti vai puhelimella. Lisäksi he päättivät haastattelun paikan, joka useimmiten oli heidän kotinsa. Haastatteluja tehtiin myös hanketyöntekijöiden työtiloissa tai muussa työnantajan tilassa. Tuensaajien haastattelut olivat teemahaastatteluja, joissa käsiteltiin seuraavia teemoja: tiedon saanti ja odotukset hyvinvointilähetetoiminnalle, kokemukset toiminnasta sekä näkemys toiminnan vaikutuksista. Haastattelut olivat vapaamuotoisia ja osa haastateltavista kertoikin laajasti omasta menneestä ja nykyisestä elämäntilanteestaan.

Kaikkiaan tutkijat tavoittivat puhelimitse tai kasvokkain 20 toimintaan osallistunutta tuensaajaa, joista yksi henkilö ilmoitti, ettei halua osallistua haastatteluun, mutta antoi puhelimesta lyhyet kommentit toimintaan osallistumisesta. Toinen henkilö sairasti muistisairautta eikä keskustelua otettu mukaan aineistoon. Lisäksi kaksi haastateltavaa ei muistanut koko hyvinvointilähetettä tai linkkihenkilön tapaamista. Myös nämä jätettiin pois varsinaisesta analyysistä, joten mukaan tarkasteluun otettiin 16 haastattelua. Tuensaajien kasvokkaist haastattelut kestivät 32 minuutista 79 minuuttiin. Puhelinhaastattelut olivat pituudeltaan 20 ja 36 minuutin välillä. Kaikki tuensaajien haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin tekstiksi, jota kertyi yhteensä 457 sivua tekstiä (fontti 12).

Alun perin tarkoituksena oli haastatella tuensaajia sekä toiminnan alkuvaiheessa että loppuvaiheessa. Tämä ei ollut mahdollista, koska pandemian vuoksi hankkeen aloitus viivästyi ja ensimmäiset toimintaan johtaneet Kemijärven kokeiluvaiheen läheteet kirjoitettiin vasta lokakuun 2020 alussa. Näiden jälkeen seuraavat toimintaan johtaneet läheteet kirjoitettiin maaliskuussa 2021 eikä kaikilla toiminta ehtinyt päättyä ennen aineistonkeruun päättymistä. Kun arvioidaan toiminnasta saatuja kokemuksia ja erityisesti koettuja hyötyjä, on toiminnan keskeneräisyys huomioitava: mukana on sekä hyvinvointilähetetoiminnan päättäneitä, että siinä vielä mukana olevia tuensaajia. Siihen mennessä, kun aineistonkeruu päätettiin, oli hyvinvointiläheteitä tehty kaikkiaan 63. Hyvinvointilähetetoiminnasta kieltäytyneitä (joille lähete on tehty) emme voineet haastatella, mutta koordinaattorit ovat koonneet kieltäytymisen syitä silloin kun se on ollut mahdollista.

Toinen keskeinen aineiston tuottamiseen osallistunut ryhmä koostui linkkihenkilöistä. Heitä haasteltiin ryhmissä, yksi ryhmä tavattiin kasvokkain, toinen siten, että tutkija oli verkkovälitteisesti paikalla ja linkkihenkilöt yhdessä tilassa ja kolmas oli koordinoivien linkkihenkilöiden verkkovälitteinen haastattelu. Kahteen tapaamiseen osallistui yhteensä 9 linkkihenkilöä ja kolmanteen kaikki kolme koordinoivaa linkkihenkilöä. Haastatteluissa tutkija toimi fasilitaattorina, nostaen keskusteluun haastattelun teemoja: syyt ryhtyä linkkihenkilöksi, kokemukset toiminnasta sekä toiminnan kehittäminen ja tulevaisuus. Ryhmäkeskustelujen lisäksi linkkihenkilöt vastasivat lyhyeen kyselyyn, jolla kartoitettiin linkkihenkilöiden ajatuksia toiminnasta. Haastattelut kestivät lyhimmillään 81 minuuttia ja pisimmillään 101 minuuttia. Tekstinä haastattelut ovat kaikkiaan 101 sivua (fontti 12).

Hyvinvointilähetetoiminnan kolmas keskeinen toimijaryhmä ovat lähetteen tekijät, jotka ovat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Saimme tiedon koordinoivilta linkkihenkilöiltä eri kunnissa lähetteitä tehneistä henkilöistä. Kemijärvellä heitä oli 12 ja Muoniossa sekä Enontekiöllä yhteensä 9, mutta yksi ei ollut tutkimuksen teon aikana työelämässä mukana. Lähetteen tekijöille osoitettujen 20 haastattelupyynnön avulla saimme haastateltavaksi 11 henkilöä. Lähetteen tekijät edustivat monipuolisesti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä. Iältään vastaajat olivat 33–63 vuoden välillä. Yleisimmin vastaajat olivat tehneet 2 lähetettä, mutta vaihteluväli oli yhdestä kahteentoista lähetteeseen. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja ja niitä tehtiin sekä puhelimitse että verkkoyhteydellä. Haastattelujen aluksi lähetteen tekijöille tehtiin kysely hyvinvointilähetetoiminnasta tiedottamisesta, lähetteen tekemisistä ja sen tarpeellisuudesta. Näiden teemojen pohjalta keskusteltua jatkettiin puolistrukturoidusti käsitellen tiedon saamista hankkeesta, lähetteen tekemistä sekä toiminnan arviointia ja kehittämistä. Haastattelut kyselyineen kestivät noin puolesta tunnista lähes tuntiin. Tekstiä niistä kertyi yhteensä 149 sivua (fontti 12).

Lähetteen tekijöiden osalta on syytä muistaa, että heillä voi olettaa jo lähtökohtaisesti olleen myönteinen suhtautuminen hyvinvointilähetetoimintaan. Osa lähetteen tekijöistä oli ollut myös mukana toiminnan kehittämisessä ja heillä saattoi olla samanaikaisesti eri rooleja: lähetteen tekijä, projektiryhmän jäsen ja kunnan avainhenkilö.

Neljäs haasteltavien ryhmä koostui hankkeen neljästä kouluttajasta. He tuottivat ryhmäkeskustelussa tietoa linkkihenkilöiden koulutuskokonaisuuden luomisesta ja sen toimivuudesta, linkkihenkilöiden valikoitumisesta. Lisäksi he myös pohtivat koulutuksen tulevaisuutta ja koko hanketta kouluttajien näkökulmasta. Osa kouluttajista oli mukana myös hankkeen projektiryhmässä ja näin kehittämässä myös koko toimintaa eteenpäin. Tämä haastattelu kesti noin 60 minuuttia, joka tarkoitti noin kahtakymmentä sivua tekstiä (fontti 12).

Muita aineistoja ja aineistojen analyysi

Haastatteluiden lisäksi tässä raportissa hyödynnetään erilaisia hankkeen toteutuksessa ja hyvinvointilähetetoiminnassa syntyneitä dokumentteja ja aineistoja. Näitä ovat hankehakemus ja –suunnitelma sekä projektiryhmän ja ohjausryhmän muistiot. Näiden aineistojen avulla on mahdollista tarkastella hankkeen ja toiminnan kehittymistä ja muutosta erityisesti toimintaa organisoineiden ja hallinnoivien toimijoiden näkökulmasta. Tätä näkökulmaa on täydennetty myös haastattelemalla hankkeen avainhenkilöitä (hankkeen projektipäällikkö Mika Heikkilä, hankesuunnittelija Tarja Mouhi, ja yllilääkäri Miia Palo). Koordinoivat linkkihenkilöt tilastoivat lähetteitä, kirjoittivat niistä yhteenvetoja, seurasivat toiminnan toteutumista ja toteutuneiden tapaamisten määriä. Lisäksi he keräsivät tietoja hankkeessa käytetystä positiivisen mielenterveyden mittarista (SWEMBS). Tavoitteena oli myös haastatella kuntien sellaisia toimijoita, joilla oli joku rooli hyvinvointilähetetoiminnan aloittamisen ja/tai jatkamisen kannalta. Yhteydenotot eivät johtaneet tuloksiin, joten näiden toimijoiden näkökulmia ei tähän saatu mukaan muuten kuin hankedokumenttien kautta. Osa haastatelluista lähetteen tekijöistä on kunnassa päättävissä asemassa, joten kunnan näkökulma tulee sitä kautta hieman esiin.

Haastatteluaineistojen analysointi aloitettiin tutustumalla huolellisesti aineistoon. Haastattelujen litteroinnit tarkistettiin ja haastatteluista tehtiin samalla huomioita. Tämän jälkeen aineistoa teemoitettiin yhteisluomisen tutkan teemojen suuntaisesti. Tavoitteena oli säilyttää eri toimijoiden näkökulmat suhteessa hyvinvointilähetetoiminnan toteutukseen, onnistumisiin, oppimisiin, hankaluuksiin ja tulevaisuuteen. Aineistoja on analysoitu sisällönanalyysin keinoin (Elo & Kyngäs 2008), jolloin aineistoa on lähestytty aiemman hyvinvointilähetetoimintaan kiinnittyvän tiedon ja käsitteiden näkökulmasta. Painopiste on toiminnan sisällöissä ja toiminnasta saatujen kokemusten tarkastelussa. Tuloksia ei ole eritelty kuntien mukaan, koska aineisto on pieni ja yksittäisten henkilöiden tunnistaminen voisi olla helppoa. Seuraavassa luvussa esittelemme sitä kontekstia, jossa hanke toteutettiin.

Luvun 3 keskeinen viesti

- Tutkimuksen tehtävänä kuvata toimintaa, tuoda esiin saatuja kokemuksia ja pohtia hankkeen tavoitteita ja tuloksia.
- Pääasiallinen tutkimusaineisto koostuu haastatteluista, joihin osallistui 47 henkilöä. Haastatteluista syntyi 727 sivua tekstiä.
- Aineistoa analysoitiin sisällönanalyysin avulla hyödyntäen aiempaa tutkimusta ja toimintamallin käsitteellisiä näkökulmia.
- Aineistonkeruu päättyessä oli hyvinvointilähetteitä tehty kaikkiaan 63.
- Haastatellut lähetteen tekijät olivat tehneet keskimäärin 2 lähetettä (vaihteluväli 1–12).

4. Lappi toimintaympäristönä

4.1 Kemijärvi, Muonio ja Enontekiö hankkeen konteksteina

Lapin maakunnan itäosassa sijaitseva Kemijärvi on Suomen pohjoisin kaupunki. Asukkaita kaupungissa on vuonna 2020 kaikkiaan 7191. Asukkaista alle 15-vuotiaita on 9,7 %, 16–64-vuotiaita 50,3 % ja yli 64-vuotiaita 40 %. Työttömien osuus työvoimasta on 14,6 %, eläkeläisten osuus asukkaista on 46 %. Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset asukasta kohti vuonna 2019 oli 5446,20 €. Työpaikoista 74,5 % on palvelualoilla, jalostuksessa 18,6 % ja alkutuotannossa 6 %. (Kemijärvi 2021; Tilastokeskus 2021.)

Kemijärvellä toimiva Hyvinvointikeskus Lapponia on aluesairaalan ja terveyskeskuksen fuusioista syntynyt kaupungin kokonaisuus, joka tarjoaa perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluja. Leikkaustoiminta ja erikoissairaanhoito lakkautettiin Kemijärvellä vuonna 2014. Kesällä 2016 kaupungin sosiaalipalvelut yhdistettiin Sairaala Lapponiaan ja nimi muutettiin sairaalasta hyvinvointikeskukseksi. Näin Kemijärvi halusi osaltaan varautua sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistukseen. Hyvinvointikeskus Lapponia tarjoaa akuuttisairaanhoitoa ja lääkärin ilta- ja viikonloppupäivystystä päivittäin kello 8–21 Kemijärven lisäksi Sallan, Savukosken ja Pelkosenniemen kuntien asukkaille. Ympäri vuorokautinen akuuttisairaanhoito ja yöpäivystys kello 21–08 on tarjolla Rovaniemellä Lapin keskussairaalan päivystyksessä. (Kemijärvi 2021; Lapin sairaanhoitopiiri 2021a.)

Enontekiö sijaitsee Suomen Lapin käsivarressa, Norjan ja Ruotsin rajalla. Enontekiö kuuluu saamelaisten kotiseutualueeseen ja kunnalla on yhteistä rajaa Ruotsin ja Norjan kanssa yli 450 kilometriä. Enontekiön alueella on 60 % kaikista Suomen tuntureista. Kunta on pinta-alaltaan Suomen kolmanneksi suurin ja sen asukastiheys on noin 0,21 asukasta/km². Enontekiö on Suomen toiseksi harvaanasutuin kunta, jossa on 1808 asukasta (2020). Asukkaista alle 15-vuotiaita on 12,5 %, 15–64-vuotiaita 58,3 % ja yli 64-vuotiaiden osuus on 29,2 %. Työttömien osuus työvoimasta on 15 % ja asukkaista 32,6 % on eläkeläisiä. Kunnan elinkeinorakenteen suurin osuus tulee palveluista (73,7 %), muita elinkeinon muotoja ovat muun muassa alkutuotanto (10,2 %) ja jalostus (11,9 %). Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset asukasta kohti vuonna 2019 oli 4760,1 (Enontekiö 2021; Tilastokeskus 2021.)

Muonion kunta sijaitsee Tunturi-Lapissa Muonio-joen varrella. Asukkaita kunnassa vuonna 2020 on 2297. Heistä 14,9 % on alle 15-vuotiaita, 15–64-vuotiaita noin 56,7 % ja yli 64-vuotiaita 28,3 %. Työttömien osuus työvoimasta on 6,6 % ja eläkeläisten osuus väestöstä on 30,4 %. Työpaikoista

palvelujen osuus on 89 %, jalostuksen 6,9 % ja alkutuotannon 2,7 %. Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset asukasta kohti vuonna 2019 oli 4591,4 €. (Muonio 2021; Tilastokeskus 2021.)

Muonion ja Enontekiön kuntien perusterveydenhuollon palveluista vastaa Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Palvelujen päätoimipaikka on Muonion terveyskeskus, jossa on lääkäreiden ja hoitajien vastaanotot, neuvolat, kuntoutus, hammashoitola, laboratorio, röntgen ja 24-paikkainen vuodeosasto. Hetan terveysasemalla (Enontekiö) on lääkärin vastaanotto, laboratorio ja neuvolat sekä kuntoutuspalveluita. Karesuvannon terveysasemalla (Enontekiö) on terveydenhoitajan vastaanotto, kotisairaanhoitaja ja lääkärillä on terveysasemalla viikoittainen vastaanotto. Kilpisjärvellä (Enontekiö) on toimipiste, jossa on lääkärin ja terveydenhoitajan vastaanotot kerran kuukaudessa. Muonio ja Enontekiö tuottavat hyvinvointi- ja sosiaalipalvelut itse, mutta virka-ajan ulkopuolinen sosiaalipäivystys toimii Rovaniemellä. Enontekiöllä kuntalaiset voivat kysyä neuvoja aikuissosiaalityöhön, lastensuojeluun, lapsiperheiden sosiaalipalveluihin, toimeentulotukeen, vammaispalveluihin ja vanhustenhoitoon liittyen verkkoneuvonta Virtusta (ks. virtu.fi). Palvelua saa myös saamen kielellä (Lapin sairaanhoitopiiri 2021b).

Taulukko 2: Taustatietoja Enontekiön, Kemijärven ja Muonion kunnista.

	Enontekiö	Kemijärvi	Muonio
Asukasluku (2020)	1808	7191	2297
Asukkaiden ikärakenne			
- alle 15-v %	12,5	9,7	14,9
- 15–64-v %	58,3	50,3	56,7
- yli 64-v %	29,2	40	28,3
Pinta-ala, km ²	8391,31	3931,14	2037,78
Asukastiheys asukasta/km ²	0,21	2,04	1,22
Työttömyys%	15	14,6	6,6
Eläkeläiset %	32,6	46	30,4
Elinkeinorakenne			
- palvelut %	73,7	74,5	89
- jalostus %	11,9	18,6	6,9
- alkutuotanto %	10,2	6	2,7
Sotetoiminnan nettokäyttökustannukset €/asukas	4760,1	5446,20	4591,4

Lähde: Tilastokeskus 2021.

Kuntien keskinäisessä vertailussa Kemijärven ikärakenne painottuu iäkkäisiin verrattuna Enontekiöön ja Muonioon. Kuntien elinkeinorakenne vaihtelee hieman, Kemijärvellä jalostus on suurimmassa ja Muoniossa pienimmässä roolissa. Muoniossa työttömyys on selvästi alemmalla tasolla verrattuna muihin kuntiin.

4.2. Lapin sairaanhoitopiiri toimijana

Lapin sairaanhoitopiiri on 15 kunnan omistama kuntayhtymä, joka vastaa alueensa väestön erikoissairaanhoidon palveluista. Lisäksi sairaanhoitopiiri tuottaa perusterveydenhuollon palvelut Muonio-Enontekiölle. Omistajakunnat ovat Enontekiö, Inari, Kemijärvi, Kittilä, Kolari, Muonio, Pelkosenniemi, Pello, Posio, Ranua, Rovaniemi, Salla, Savukoski ja Sodankylä. Lapin sairaanhoitopiiri kuuluu Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen (erva-alue). Henkilökuntaa on noin 1700. Lapin sairaanhoitopiirin alueella asuu 116 866 asukasta (2019), joista alle 15-vuotiaita on 14,6 %, 15–64-vuotiaita 60,8 % ja yli 64-vuotiaita 24,6 %. Hoidon tarvetta kasvattavat myös maakunnassa vuosittain käyvät noin 1,8 miljoonaa matkailijaa. Sairaanhoitopiirin alueella on pitkät välimatkat, esimerkiksi Utsjoelta on matkaa Rovaniemelle 450 km ja Kilpisjärveltä 425 km. Lapin sairaanhoitopiiri tekee rajat ylittävää yhteistyötä Ruotsin ja Norjan kanssa muun muassa ensihoidossa ja psykiatrisessa hoidossa. (Lapin sairaanhoitopiiri 2021c.)

Koska Iso-Britanniasta liikkeelle lähtenyt hyvinvointilähetetoiminta on saanut alkunsa terveydenhuollon piiristä, esittelimme hankkeeseen osallistuneiden kuntien erilaisen perusterveydenhuollon organisoitumisen. Muonion ja Enontekiön perusterveydenhuolto on hanketta hallinnoivan Lapin sairaanhoitopiirin vastuulla, kun taas Kemijärvi hallinnoi sitä itsenäisesti. Näin ollen hankkeen voidaan nähdä olevan ensin mainittujen kuntien perusterveydenhuollon omaa toimintaa, kun Kemijärvellä kyse on kaupungin ulkopuolelta tulevasta hankkeesta. Osa Kemijärvellä toimivista linkkihenkilöistä oli hankkeen ajan palkkionsaajasopimukseen perustuneessa suhteessa Lapin sairaanhoitopiiriin, osa teki linkkihenkilötyötä osana omaa työtään, ja joillain ollut sopimusta linkkihenkilönä toimimisesta. Muoniossa ja Enontekiöllä sopimussuhde oli kuntiin, eikä sairaanhoitopiiriin.

Luvun 4 keskeinen viesti

- Hankekunnat ovat pieniä lappilaisia kuntia (asukkaita 1808–7191), joissa eläkeläisten osuus on melko suuri (30,4–46 % asukkaista) ja työttömyys varsin korkealla tasolla (6,6–15%).
- Sosiaali- ja terveystalouden nettokäyttökustannukset per asukas vaihtelevat välillä 4760–5446 €.
- Lapin sairaanhoitopiiri, eli hankkeen hallinnoija vastaa Muonion ja Enontekiön perusterveydenhuollosta, mutta Kemijärvi vastaa perusterveydenhuollostaan itse.
- Hyvinvointilähetetoiminta lähtee liikkeelle terveydenhuollon tarpeista.

5. Hankkeen tavoitteet ja toiminta

Tässä luvussa tarkastelemme yhteisluomisen tutkamallin mukaisesti hankkeen tavoitteita ja toteutusta. Vastaamme näin tutkimuksemme ensimmäiseen, kuvailun tehtävään. Ensimmäisessä alaluvussa kuvaamme tavoitteita kuten ne hankesuunnitelmaan kirjattiin. Suhteutamme niitä yhteisluomisen tutkamallin tavoitteiden pääosion alla oleviin *ajankohtaisuuden* ja *kestävyyden* ulottuvuuksiin sekä tämän hankkeen kannalta keskeisten *hyvinvoinnin* ja *osallisuuden* käsitteisiin. Toisessa alaluvussa keskitymme tutkamallin mukaisen toteutuksen yhden pääosion eli suunnittelun kuvaamiseen. Kolmannessa alaluvussa esittelemme lyhyesti hankkeessa toteutettua linkkihenkilökoulutusta sekä osallistujien kokemuksia siitä. Tämä osio liittyy tutkamallin toimijat-pääosioon, jossa keskeisiä ovat oppiminen ja voimaantuminen, motivaatio sekä edustuksellisuus. Kaikki alaluvut pohjautuvat hankesuunnitelmaan, hankkeen dokumentteihin sekä keskeisten toimijoiden haastatteluihin.

5.1 Toiminnan tavoitteet

Hankesuunnitelmassa tavoitteet on kiinnitetty seitsemään ongelmalliseen tilanteeseen, joita hankkeella pyritään ratkaisemaan. Lähtökohtana oli tulkinta, jonka mukaan nykyisestä palvelujärjestelmästä puuttuu eri toimijoita tavoittava ja yhdistävä toimintamalli asiakkaan ohjaamiseksi hyvinvointia, terveyttä ja osallisuutta tukeviin palveluihin. Erityisesti esiin on nostettu nykyisten sekä julkisten palvelujen että järjestöjen vaikeus tavoittaa niitä ihmisiä, joilla on sosiaalisen toimintakyvyn ongelmia (esim. Leeman & Hämäläinen 2016). Osin tästä syystä asiakkaat ohjautuvat palveluihin, jotka eivät vastaa heidän tarpeisiinsa. Edelleen kiinnitetään huomiota tarpeiden tunnistamisen vaikeuksiin sekä tiedon kulun ja seurantajärjestelmien puutteisiin. Näiden ongelmien ratkaisemiseksi on hankkeen eräänlaiseksi päätavoitteeksi kirjattu pyrkimys kehittää ”toimintamalli yksilökohtaisen terveyden, hyvinvoinnin ja osallisuuden vahvistamiseen laajassa yhteistyössä pilottikuntien alueella”. Konkreettisesti hankkeelle on asetettu seitsemän päämäärää.

1. Luodaan hyvinvointilähete-toimintamalli, testataan sitä ja jalkautetaan osaksi jokapäiväistä toimintaa hankkeen loppuun mennessä.
2. Hyvinvointilähete-toimintamallin kehittämisellä luodaan eri toimijoille väylä auttaa kansalaista ratkaisemaan ongelmat, jotka voivat johtaa kalliiden palveluiden käyttöön. Tähän liittyy linkkihenkilöiden etsivä työtapaa ja vaivannäkö yhteyden ja luottamuksen rakentamiseksi tuensaajaan.
3. Pilottikunnissa saadaan lisää ymmärrystä siihen, mitä tarpeita esimerkiksi kolmannen sektorin ja seurakuntien tarjoamalle tuelle on.

4. Hyvinvointilähetetoimintamalliin sisällytetään vaikuttavuuden arviointi, siten että vähintään yksi vaikuttavuusmittari on liitetty toimintamalliin ja vaikuttavuuden mittaamista on arvioitu arviointiraportissa. Apuna ovat myös haastattelut sekä hyvinvointilähetteen tietojärjestelmästä saatava tieto.
5. Kootaan pilottialueiden kolmannen sektorin palveluiden tieto yhteen portaaliin.
6. Hyvinvointilähetteen tekemiseen otetaan käyttöön helppokäyttöinen ja tietoturvallinen ratkaisu, josta saadaan myös seurantatietoa.
7. Linkkihenkilöt kykenevät toimintamallin mukaisesti sopimaan kansalaisen kanssa hänelle itselleen sopivista elämänhallinnan tuen muodoista. Ehkäistään sosiaali- ja terveystalveluiden tarvetta ja parannetaan kansalaisten hyvinvointia ja elämänhallintaa.

Toimintamallin avulla on tarkoitus ohjata asiakasta hyvinvointia, terveyttä ja osallisuutta tukeviin toimintoihin ja palveluihin ja sitä kautta lisätä hänen kokemaansa hyvinvointia sekä ehkäistä syrjäytymistä. Hankkeen yhdistäminen syrjäytymiseen ja sen ehkäisyyn lähestyy Järvikosken (2013) näkemystä sosiaalisesta kuntoutuksesta. Hänen mukaansa sosiaalisen kuntoutuksen käynnistymisen perusteena on syrjäytyminen ja sen päämääränä osallisuuden vahvistaminen. Osallisuus yhteisöihin, esimerkiksi järjestötoimintaan osallistumisena, on perusteltavissa hyvinvoinnin tukemisen näkökulmasta. Yksi hyvinvoinnin perustekijä on sosiaalinen osallisuus (Doyal & Gough 1991), ymmärrys inhimillisen elämän perusluonteesta ja ihmisestä sosiaalisena olentona. Pääsy erilaisiin suhteisiin ja rooleihin on osallisuutta liittymisenä ja osallistumisena erilaisiin hyvinvointia tuottaviin ja elämän merkityksellisyyttä lisääviin yhteisöihin ja vuorovaikutussuhteisiin (Järvikoski 2013; Isola ym. 2017). Sosiaaliin ryhmiin osallistuminen ja identifioituminen vähentää yksinäisyyttä sekä lisää itseluottamusta ja sosiaalisen tuen mahdollisuuksia (Kellezi ym. 2019).

Hyvinvointilähetetoiminnan tavoite on, että ihminen tulee kuulluksi omissa asioissaan, jotta hän motivoituu osallistumaan hyvinvointia tukevaan toimintaan. Hankkeen tavoitteissa näkyy ymmärrys osallisuudesta omaan elämänsäkuuluun, erilaisiin mahdollisuuksiin, toimintoihin ja palveluihin vaikuttamisesta ja osallistumisesta (Kellezi ym. 2019). Oman elämän kannalta keskeisiin asioihin vaikuttaminen tarkoittaa myös autonomisena yksilönä toimimista ja kuulluksi tulemistä. Kun esimerkiksi asiakas itse osallistuu oman palvelunsa suunnitteluun ja siitä päättämiseen, näyttäytyy hän autonomisena ja harkitsevana toimijana, ei ainoastaan passiivisena päätöksenteon ja avun kohteena (Valokivi 2014). Tällä on merkitystä myös yhteiskunnallisuuden kestävyuden kannalta, esimerkiksi hyvinvointivaltiota on mahdollisesti helpompi tukea, kun kokee olevansa sen aktiivinen toimija. Osallisuus yhteiskunnalliseen elämään voi tarkoittaa avun vastaanottamista ja sen myötä palvelujärjestelmään kiinnittymistä ja siinä mukana olemista (Mars ym. 2008). Hankkeessa yhteiskunnallinen ulottuvuus keskittyy etenkin kansalaisyhteiskunnassa, ei palvelujärjestelmässä,

mukana olemiseen. Vaarana on, että vastuu hyvinvoinnista ja terveydestä siirtyy yhä enemmän yksilöiden, perheiden ja kansalaisyhteiskunnan vastuulle (esim. Lloyd ym. 2014).

Linkkihenkilötoiminnassa on yhtymäkohtia esimerkiksi sosiaali- ja palveluohjaukseen sekä sosiaaliseen kuntoutukseen, mutta linkkihenkilöt eivät ole palvelujärjestelmän työntekijöitä, vaan toimivat palkkiosuhteisesti ja palveluiden ulkopuolella. Toisaalta linkkihenkilötoiminnan on tarkoitus olla julkisten palvelujen rinnalla tapahtuvaa ja niitä täydentävää toimintaa. Riittävien hyvinvointipalvelujen tuottaminen on tärkeää yhteiskunnan kestävyyskannalta väestön ikääntyessä. Tällöin kyse on enemmänkin taloudellisesta kuin sosiaalisesta kestävydestä, vaikka ne kytkeytyvät toisiinsa vahvasti. Parhaimmillaan ne tukevat toisiaan: sosiaalisesti kestävät toimenpiteet vahvistavat talouden kestävyttä. Linkkihenkilötoiminnan kustannukset ovat julkisen palvelujärjestelmän ja asiantuntijoiden työhön verrattuna pienempiä ja näin toiminnassa voi yhdistyä sekä sosiaalinen että taloudellinen kestävyys: hyvinvointi lisääntyy ja palveluiden kysyntä vähenee. Toisaalta vaarana on, että ammatillista osaamista edellyttäviä tehtäviä annetaan ei-ammattilaisten vastuulle. Sosiaalinen kestävyys taas sisältää edellä tarkastellut hyvinvoinnin ja osallisuuden ulottuvuudet (Alila ym. 2011).

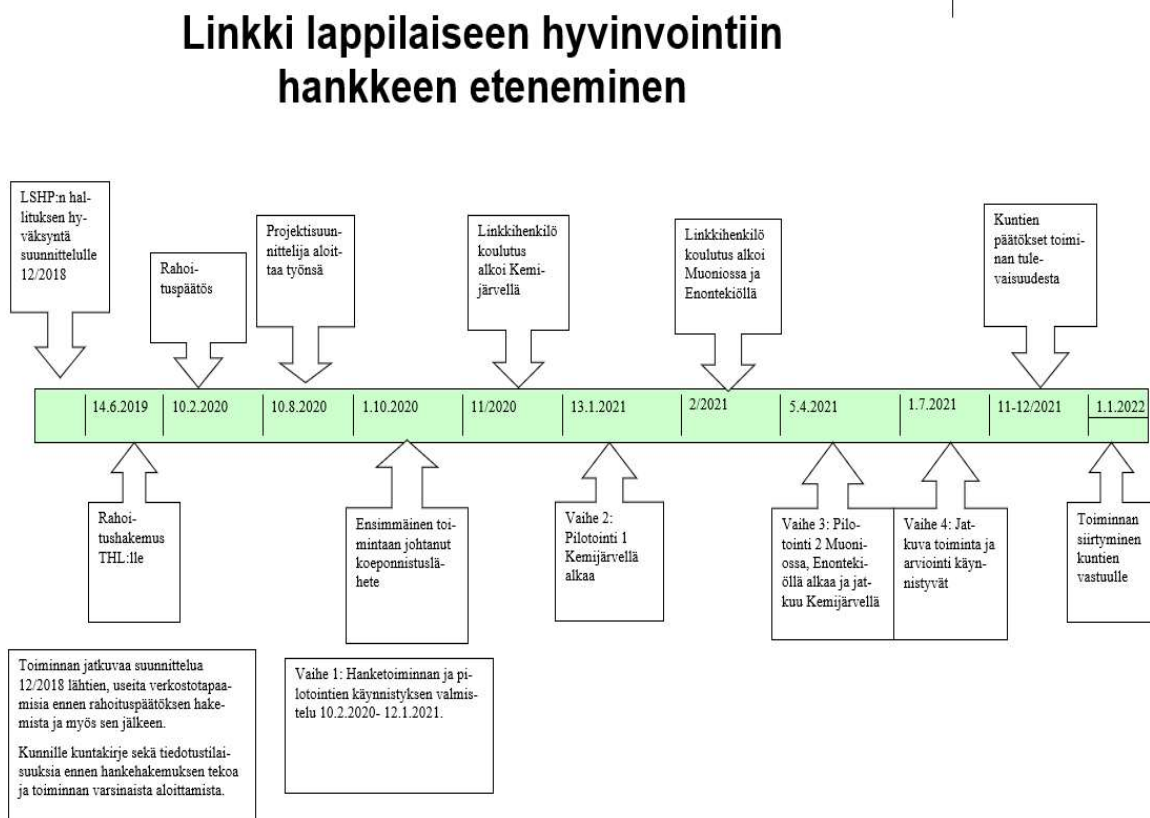
Hankkeessa on hyvinvointi ymmärretty kokonaisvaltaisena arjen hyvinvointina, mutta myös psyykkisenä hyvinvointina ja positiivisena mielenterveytenä. Tavoitteissa mainituksi vaikuttavuuden mittariksi valittiin positiivisen mielenterveyden mittari (WEMWBS), josta kerromme tarkemmin seuraavassa luvussa. Positiivinen mielenterveys nähdään myönteisenä mielen hyvinvointina, joka sisältää ihmisen psyykkisiä voimavaroja, vaikuttamismahdollisuuksia omaan elämään, toiveikkuutta ja tyydytystä tuottavien sosiaalisten suhteiden olemassaoloa, myönteistä käsitystä omasta itsestä ja omista kehittymismahdollisuuksista sekä toiveikkuutta ja taitoa kohdata vastoinkäymisiä (Luukkala ym. 2018; Solin ym. 2019.) Positiivinen mielenterveys on siten ymmärrystä mielenterveydestä muunakin kuin sairauden poissaolona. Tämä positiivisen mielenterveyden vahvistaminen ja mielen hyvinvoinnin lisääminen on hallitustasolla asetettu yhdeksi tavoitteeksi Suomessa (Luukkala ym. 2018). Näin ollen hanke kiinnittyy myös ajankohtaisiin poliittisiin tavoitteisiin.

Keskeinen ja ajankohtainen poliittinen tavoite on myös toiminnan organisointi ”laajassa yhteistyössä kunnan alueella”. Linkkihenkilötoiminta voidaan nähdä yhtenä tapana toimia välittäjänä näiden eri toimijoiden keskellä. Hankkeen ajankohtaisuus kiinnittyy myös yhteiskunnalliseen tilanteeseen, jossa on tarpeen lisätä tietoa ihmisten avuntarpeista sekä luoda ja kehittää uusia keinoja niihin vastaamiseksi julkisen sektorin niukkuuden sekä käynnissä olevan palvelujärjestelmän muutoksen aikana.

5.2 Hyvinvointilähetetoiminnan aloittaminen ja prosessi

Tavoitteista suunnitelmaan ja toteuttamiseen

Hankesuunnitelmaan kirjattuja tavoitteita ja suunnitelmia tarkasteltaessa on hyvä huomioida, että toiminnan ja prosessin etenemisen myötä tavoitteet ovat hieman muuttuneet toiminnan jatkuvan kehittämisen idean mukaisesti. Tämä osoittaa myös sitä, että hanke on kiinnittynyt aikaan ja toimintaympäristöönsä. Seuraavaksi hahmottelemme, miten hyvinvointilähetetoimintaa on käynnistetty ja millaiseksi se on tämän raportin kirjoittamiseen mennessä muotoutunut. Seuraava kuvio (Kuvio 1) osoittaa aikajanalla eräitä toiminnan kehittymisen kannalta keskeisiä kohtia.



Kuvio 1: Toiminnan suunnittelun ja toteutuksen aikajana

Vaikka toiminnan suunnittelu tapahtui ennen kaikkea hankkeen keskeisten toimijoiden perustamissa työryhmissä, oli mukana monia hankkeen ulkopuolisia toimijoita, esimerkiksi eri paikkakuntien järjestöedustajia. Näiden toimijoiden mukanaolo vaikutti hankkeen suunnitteluun ja toteutukseen. Koko hankkeen suunnittelun prosessia kuvaa linkkihenkilöitä kouluttaneen henkilön toteamus koulutuksen etenemisestä “Meillä oli se esiyymmärrys ja ajatus, mitä tämä on, ja me siltä pohjalta se juttu

rakennettiin¹”. Hankkeessa oli Britanniaasta ja muualta Euroopasta saatu esiyymmärrys siitä, mistä toiminnassa voisi olla kyse, mutta prosessin aikana toiminta muotoutui paikalliset olosuhteet sekä tilanteet huomioiden. Hankkeen alkuvaiheessa tehdyistä muistioista ja muistiinpanoista näkyy esimerkiksi se, että tuolloin ajateltiin toiminnan keskiössä olevan pääosin erilainen terveelliseen elämäntapaan tukeva ohjaus. Vastanotetuissa läheteissä korostui kuitenkin yksinäisyys.

Myönteisen Rahoituspäätöksen jälkeen hanke on mahdollista jakaa neljään vaiheeseen, joiden ajallinen kesto on ollut erilainen. Hankkeelle myönnettiin 200 000 € terveyden edistämisen määrärahaa ja hankkeen omarahoitus oli 51 000 €, joten hankkeen kokonaisrahoitus oli yhteensä 251 000 €. Kuvaamme vaiheet tässä lyhyesti ja vaiheet on projektipäällikkö Mika Heikkilä kuvannut liitteessä 3 olevien kuvioden mukaisesti. Vaihe 1 on hanketoiminnan valmistelu (10.2. 2020 – 12.1.2021), joka käynnistyi rahoituspäätöksen tultua, vaikka suunnittelu alkoi jo paljon aiemmin. Valmisteluvaiheeseen sisältyi kokeilu (ns. koeponnistus), jolloin ensimmäisiä läheteitä ja niihin vastaamista kokeiltiin Kemijärvellä. Vasta varsinaiset kokeilut (Pilotti 1, 13.1.–4.4. 2021 ja Pilotti 2, 5.4.-17.6.2021) pitävät sisällään toiminnan käynnistymisen: ensimmäisessä Kemijärvellä (2. vaihe) ja toisessa Muoniossa ja Enontekiöllä (3. vaihe). Kesäkuusta 2021 lähtien toiminta on ollut jo vakiintuneempaa ja malli on kehittynyt toteutettavaan muotoonsa (Jatkuva toiminta ja Arviointi, 17.6. 2021 – 28.2.2022 eli 4. vaihe).

Hankkeen suunnittelussa ennakoimattomana, mutta hankkeeseen käynnistymiseen ja toteuttamiseen vaikuttavana tekijänä oli maaliskuussa 2020 alkanut Covid-19 pandemia. Sen myötä kansalaisten ja yhteiskunnan arki muuttui yhteiskunnassa voimaan tulleiden erilaisten suositusten, ohjeiden ja rajoitustoimenpiteiden myötä. Pandemia vaikutti ja vaikuttaa kaikkien kansalaisten hyvinvointiin, vaikka erilaisissa toimenpiteissä ja rajoituksissa on ollut alueellisia sekä ajallisia eroja. Erilaisia toimintoja, kuten harrastuksia ja ryhmätoimintoja, suljettiin ja kasvokkaisia kohtaamisia rajoitettiin. Erityisen merkittävää tämä oli heti pandemian alkuvaiheessa, keväällä 2020, mutta saman vuoden syksyn ja vuoden 2021 aikana tilanne helpottui ainakin joksikin aikaa. (Harrikari ym. 2021.) Hankkeen toiminnan kannalta pandemia vaikutti kahdella tapaa: tarve hyvinvointilähetille ja linkkihenkilötoiminnalle lisääntyi, kun muita palveluja oli vähemmän tarjolla esimerkiksi ikäihmisille ja toisaalta tuensaajien liittäminen osaksi uusia yhteisöjä tai toimintoja ei ollut mahdollista sulkujen vuoksi. Pandemia viivästytti hankkeen aloitusta ja kasvokkaiseksi suunniteltu koulutus toteutettiin verkossa eikä kaikkia suunniteltuja toimintoja ollut mahdollista toteuttaa. Näistä syistä hankkeen rahoitusta arvioitiin uudelleen ja vuoden 2021 lopulla hyväksyttiin hankkeelle uusi, pienempi talousarvio, jonka mukaan myönnetty määrärahasi tuli 171 000 ja omarahoituksen osuudeksi 44 000. Perusteluna oli muun muassa matkakulujen pienentyminen.

¹ Aineistolainauksista on poistettu toistoa ja puhekielisyyttä on vähennetty.

Hankkeen etenemisestä vastasivat suurelta osin Lapin sairaanhoitopiirissä työskennelleet projektipäällikkö ja projektisuunnittelija, joista ensin mainittu vastasi ennen kaikkea hankehallintoon liittyvistä asioista, mutta osallistui muun muassa projektiryhmän ja työntekijöiden kokousten myötä myös toiminnan suunnitteluun. Toiminnan suunnittelusta vastasi ylilääkäri yhteistyössä hankkeen työntekijöiden kanssa. Käytännön toteutuksessa keskeinen rooli oli hankesuunnittelijalla (kokoaikainen 1.8.2020-31.12.2021; osa-aikainen (20 %) 1.1.-28.2.2022), joka toimi myös Kemijärvellä koordinoivana linkkihenkilönä sekä joidenkin tuensaajien linkkihenkilönä. Hän oli Kemijärvellä Hyvinvointikeskus Lapponiassa, mutta ei kuitenkaan osa hyvinvointikeskuksen organisaatiota, vaan osa Lapin sairaanhoitopiirin hankeorganisaatiota. Tämän takia hän työskenteli etenkin ennen Muonion ja Enontekiön projektityöntekijöiden työn aloittamista osin yksin ja irrallaan molemmista organisaatiosta. Muonion ja Enontekiön osa-aikaiset projektityöntekijät vastasivat käytännön toteutuksesta omissa kunnissaan, mutta sen lisäksi he osallistuivat projektin työryhmien kokouksiin ja toimivat myös linkkihenkilöinä joillekin tuensaajille. Hankesuunnitelmassa oli varattuna erillinen hanketyöntekijä kussakin kunnassa, mutta tämä toteutui ainoastaan Kemijärvellä.

Koska hyvinvointilähete on uusi toimintamalli, kävivät hankkeen työntekijät erityisesti valmisteluvaiheessa monia keskusteluita eri yhteistyötahojen kanssa ja esittelivät mallia esimerkiksi kuntien ja sairaanhoitopiirin sosiaali- ja terveystoimen henkilöstölle sekä järjestöille. Näin he lisäsivät eri toimijoiden ymmärrystä ja tietoa hankkeesta, sen tavoitteista ja tarkoituksesta. Tiedon vieminen myös sekä mahdollisille linkkihenkilöille että lähetteen tekijöille oli keskeistä hankkeen toteuttamisessa. Näin saatiin rekrytoitua linkkihenkilöitä ja läheteitä oli mahdollista kirjoittaa, kun lähetteen tekijät tiesivät mistä oli kyse. Haastatellut lähetteen tekijät kokivat, että selkeää tietoa hyvinvointilähetetoiminnasta oli helposti saatavilla. Linkkihenkilöt kuvasivat haastattelussa, että joko sähköpostiin tullut tieto tai hanketyöntekijän henkilökohtaiset tapaamiset olivat innostaneet heitä lähtemään mukaan linkkihenkilökoulutukseen. Molempien ryhmien haastatteluista välittyi kuva, että erityisesti henkilökohtaiset kohtaamiset olivat merkittävä tekijä toiminnasta kiinnostumisen heräämiseksi. Hankkeen aikana tehtiin hyvinvointilähetetoimintaa kuvaava huoneentaulu lähetteen tekijöiden tueksi sekä esite toiminnasta jaettavaksi toiminnasta kiinnostuneille ja erityisesti mahdollisille tuensaajille. Tuensaajille tehtiin lisäksi kaksi videota hyvinvointiläheteestä, yksi suomeksi (Lapin sairaanhoitopiiri 2021d) ja toinen pohjoissaameksi (Lapin sairaanhoitopiiri 2021e).

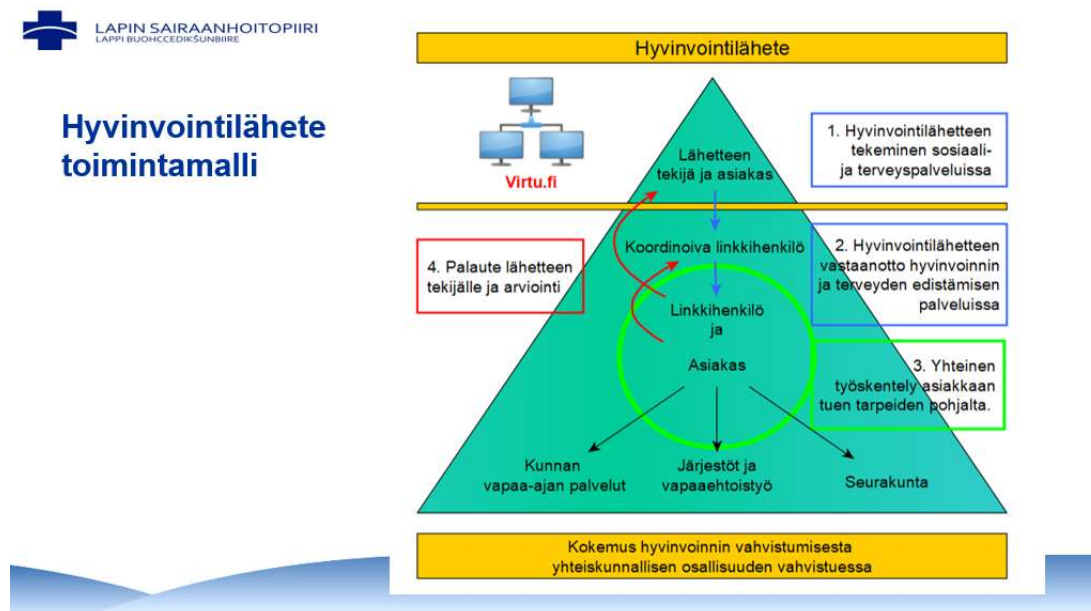
Rahoituksen varmistuttua hankkeeseen nimettiin ohjausryhmä, johon jäsenet tulivat Lapin sairaanhoitopiiristä, hankekunnista Kemijärveltä, Muoniosta ja Enontekiöltä, Lapin ammattikorkeakoulusta, Lapin yliopistosta, Sosiaali- ja terveysministeriöstä, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta sekä Lapin järjestöneuvottelukunnasta. Sodankylän kunnan kanssa sovitun kumppanuussopimuksen jälkeen nimettiin ohjausryhmään myös Sodankylän edustaja. Lisäksi ohjausryhmään osallistuivat hankkeen työntekijät. Ohjausryhmä kokoontui kolmesta neljään kertaan

vuodessa. Ohjausryhmä seurasi hankkeen etenemistä, resurssien jakautumista ja riittävyyttä sekä tavoitteiden saavuttamista.

Käytännön toimintaa varten hankkeeseen nimettiin projektiryhmä, jossa oli edustajat hankekunnista, sairaanhoitopiiristä, oppilaitoksista sekä järjestöistä ja lisäksi Pohjois-Suomen osaamiskeskuksesta ja kumppanuushankkeesta (High Five, joka vuosina 2014–2020 pyrki lisäämään osallisuuden toimintamallin avulla asukkaiden hyvinvointia Itä-Lapissa). Myöhemmin projektiryhmään osallistui myös Sodankylän kunnan edustaja, koska kunnassa ryhdyttiin valmistelemaan hyvinvointilähetetoiminnan aloittamista. Projektiryhmään kutsuttiin myös muita osallistujia aina tilanteen ja tarpeen mukaan. Viikoittain kokoontuvassa projektiryhmässä pohdittiin sekä hankkeen periaatteellisia että käytännön kysymyksiä.

Hyvinvointilähete käytännössä

Hyvinvointilähete paikantuu sosiaali- ja terveyspalvelujen, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palvelujen sekä kolmannen sektorin toiminnan välimaastoon. Toiminta lähtee liikkeelle sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaan tai potilaan ja ammattilaisen välisestä kohtaamisesta ja sen perusteella tehdystä läheteestä. Kyse on prosessista, joka etenee vaiheittain ja tätä mallia on hankkeessa havainnollistettu seuraavan kuvion (kuvio 3) mukaisesti. Kuvaamme ensin kuviossa esitetyt prosessin vaiheet ja sen jälkeen toiminnassa käytetyn Virtu-portaalin (virtu.fi).



Kuvio 3: Hyvinvointilähete-toimintamalli (Mika Heikkilä ja Tarja Mouhi)

Hyvinvointilähetteen voi tehdä sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen, esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja tai sosiaalityöntekijä, joka arvioi, että asiakas tai potilas voisi hyötyä linkkihenkilötoiminnasta. Kun lähetteen tekijät kertoivat odotuksistaan toiminnalle, he toivoivat sen tuovan apua erityisesti yksinäisyyteen, masentuneisuuteen ja henkisen hyvinvoinnin lisäämiseen. Syksystä 2020 lähtien lokakuun 2021 loppupuolelle mennessä oli kolmessa kunnassa lähetteitä tehty yhteensä 63 ja lähetteen tekijöitä oli 21. He työskentelivät perusterveydenhuollossa, päihde- ja mielenterveyspalveluissa, työllisyyspalveluissa ja iäkkäiden palveluissa. Kemijärvellä läheteistä suurin osa tehtiin iäkkäiden palveluissa, lähinnä kotihoidossa, ja lokakuun 2021 loppuun mennessä ei Kemijärven perusterveydenhuollosta tullut yhtään lähetettä. Muoniossa tilanne oli päinvastainen: suurin osa läheteistä tuli perusterveydenhuollosta ja iäkkäiden palveluista ei tullut yhtään lähetettä. Molemmissa kunnissa päihde- ja mielenterveyspalvelut olivat myös merkittäviä läheteiden tekijöitä. Enontekiöllä lähetteitä oli tehty 25.10.2021 mennessä vain neljä ja tulivat tasaisesti eri palveluista: kotihoidosta, perusterveydenhuollosta ja sosiaalityöstä.

Lähete on tarkoitus tehdä yhdessä sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan tai potilaan kanssa. Siihen kirjoitetaan lyhyt kuvaus asiakkaan tai potilaan tilanteesta ja lähetteen tekemisen perusteista, mutta ei kuitenkaan diagnooseja tai muuta asiakas- tai potilastietoa. Läheteeseen kirjoitetaan asiakkaan haluamat asiat. Aineistosta kävi ilmi, että esimerkiksi lääkärit, jotka ovat tottuneita tekemään lähetteitä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon, kokivat tarvitsevansa ohjeistusta siitä, mitä läheteeseen kirjataan. Vaikka käytössä oli lähetelomake, oli tekstin muoto vapaa ja siten kirjatusta tavoitteista tuli yksilöllisiä. Yksi lähetteen tekijä tosin mainitsi, että usean lähetteen jälkeen kirjaamiseen alkaa muodostua toistuvia fraaseja.

Lähteet tehtiin ensin paperisena, mutta hankkeen aikana luotiin yhdessä Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa lähetelomake (liite 4) Lapin sähköisten sosiaali- ja terveyspalveluiden portaaliin, Virtuu (virtu.fi). Virtu on ollut Lapissa käytössä jo aiemmin ja osalla ammattilaisista oli kokemusta sen käytöstä. Kuvaamme tämän alaluvun lopussa tarkemmin sähköistä portaalia ja sen roolia toimintamallin eri vaiheissa. Yhtenä keskeisenä tarkoituksena tai periaatteena on, että tuensaaja pystyy hallinnoimaan omia tietojaan, eikä toiminnan aikana kertyvä tieto siirry suoraan potilas- tai asiakastietojärjestelmiin, vaan vaatii lähetteen tekijältä ja saajalta toimenpiteitä. Lähetteen tehnyt ammattilainen voi pyytää portaalin kautta toiminnasta palautetta toiminnan koetuista vaikutuksista asiakkaan hyvinvointiin. Erityisesti hankkeen alkuvaiheessa sähköinen järjestelmä tuotti pulmia, koska osalla lähetteen tekijöistä ei ollut Virtun tunnuksia. Toiminnan aikana portaalin käyttö yleisty.

Hyvinvointilähetteen vastaanottaa koordinoiva linkkihenkilö, joka on läheteensaajaan yhteydessä 1–3 päivän sisällä lähetteen tekemisestä. Läheteensaajalle lähetetään ensin tekstiviesti, jossa kerrotaan puhelinsoiton tarkka aika. Koordinoiva linkkihenkilö kertoo läheteensaajalle toiminnasta sekä

varmistaa, että lähetteensaaja haluaa aloittaa toiminnan. He myös keskusteleivat mahdollisesta linkkihenkilöstä ja lähetteensaaja voi ilmoittaa, mikäli hänellä on toiveita linkkihenkilön suhteen. Osa lähetteensaajista halusi tutun ja toiset taas tuntemattoman linkkihenkilön. Koordinoiva linkkihenkilö selvittää myös linkkihenkilön näkemyksen tuensaajan tuttuuden suhteen (onko mahdollinen tuttuus haitaksi). Lisäksi pyritään huomioimaan linkkihenkilön mahdollinen erityisosaaminen, esimerkiksi liikunnasta, kalastuksesta tai päihdetyöstä. Kävi ilmi, että linkkihenkilön käytettävissä oleva aika vaikutti myös linkkihenkilön valintaan. Sopivan linkkihenkilön valinta ja löytyminen on keskeinen, jopa kriittinen tekijä toiminnan onnistumisen kannalta.

Tuensaajan ja linkkihenkilön yhteistyön on tarkoitus kestää 1–6 kuukautta. Toiminnan kesto, tapaamisten intensiteetti, yhteydenpidon tavat ja sisältö muotoutuvat tuensaajan ja linkkihenkilön yhteistyössä. Tilastot osoittavat tapaamisten määrien suurta vaihtelua, jotkut tapasivat viikoittain ja toiset kerran tai kaksi kuukaudessa. Tapaamisten kesto oli keskimäärin 1–2 tuntia, mikä oli määritetty myös hankehallinnon kautta. Toisaalta osa tapaamisista kesti huomattavasti pidempään, jopa neljä tuntia. Nämä erot saattavat tukea tulkintaa siitä, että toiminta on tuensaajalähtöistä ja sitä kautta kokemuksellista hyvinvointia ja osallisuutta vahvistavaa.

Tuensaajan ja linkkihenkilön yhteistyön päätyttyä annetaan palaute lähetteen tekijälle. Puolet lähetteen tekijöistä ei tiennyt, miten prosessi lähetteen teon jälkeen oli edennyt tai milloin se oli päättynyt ja toinen puolet koki saaneensa riittävästi tietoa. Useimmiten tieto toiminnasta oli kulkenut lähetteensaajien kautta, jos he olivat asioineet lähetteen tekijän kanssa. Osa lähetteen tekijöistä ei tarvinnut tietoa lähetteen etenemisestä, mutta suurin osa heistä oli pyytänyt saada toiminnan loputtua palautteen. Nämä palautteet koettiin niukoiksi.

Hankkeen vaikuttavuuden arvioimiseksi käytettiin Warwickin ja Edinburghin yliopistoissa kehitettyä mittaria (WEMWBS), joka mittaa henkistä ja psyykkistä hyvinvointia (Leeman ym. 2021). Mittari keskittyy koettuun kompetenssiin, autonomiaan ja ihmissuhteisiin tyytyväisyyteen. Käytössä oli Warwickin ja Edinburghin yliopistoissa kehitetyn mittarin (WEMWBS) lyhyt seitsemän väittämää sisältävä versio (ks. Esim. Luokkala ym. 2018). Väittämät koostuvat hyvän mielenterveyden eri osa-alueista (Solin ym. 2019):

- Olen tuntenut itseni toiveikkaaksi tulevaisuuden suhteen
- Olen tuntenut itseni hyödylliseksi
- Olen tuntenut itseni rentoutuneeksi
- Olen käsitellyt ongelmia hyvin
- Olen ajatellut selkeästi
- Olen tuntenut läheisyyttä toisiin ihmisiin

- Olen kyennyt tekemään omia päätöksiä asioista

Väittämiin vastataan viisiportaisella asteikolla: ei koskaan (1 piste), harvoin (2 pistettä), silloin tällöin (3 pistettä), usein (4 pistettä), koko ajan (5 pistettä). Mittarin tuottamien pisteiden vaihteluväli on 7–35. Mittaria käytetään väestötasolla kuvaamaan positiivisen mielenterveyden tilaa, mutta sitä on mahdollista käyttää myös yksilötasolla.

Hankkeessa tuensaajille tehtiin toiminnan käynnistyessä ensimmäinen mittaust, toiminnan päättyessä toinen ja kolmas kolmen kuukauden kuluttua toiminnan päättymisestä. Hankkeessa pohdittiin ja osin myös oli tavoitteena, että tuensaajat täyttäisivät mittarin itsenäisesti virtu.fi -palvelua käyttäen. Käytännössä mittarin täyttö tapahtui kuitenkin yhteistyössä linkkihenkilön ja tuensaajan kanssa. Näin se toimi myös eräänlaisena puheeksi ottamisen välineenä. Hankkeen koetun vaikuttavuuden selvittämiseksi tehtiin tuensaajille palautekysely toiminnan loputtua. Siinä tiedusteltiin heidän kokemustaan hyvinvointinsa vahvistumisesta toiminnan myötä (viisiportainen Likert asteikko) ja suosittelisivatko he toimintaan osallistumista muille (asteikolla 1–10).

Nyt palaamme hankkeen aikana kehitettyyn sähköiseen portaaliin ja käymme toimintamallia lävitse sähköisen, Virtun käytön näkökulmasta. Virtua ylläpitää ja kehittää Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Liitteessä 5 on suunnittelija Maria Martinin tekemä hankkeen aikainen prosessikuvaus portaalin käytöstä ja eri toimijoiden rooleista. Lähetteen käytännössä Virtun kautta tehtävä tiedon siirto lähetteen tekijältä koordinoivalle linkkihenkilölle. Kyse on asiantuntijoiden välisestä vuorovaikutuksesta, jota on konsultaatiopalveluna (ks. esim. Vesterinen 2007) sekä sähköisenä tiedonsiirtona ollut Lapissa käytössä jo vuosia, esimerkiksi sosiaalihuollon huoli-ilmoituksissa. Hyvinvointilähetettä varten luotiin olemassa olevaan palvelutarjottimeen uudenlainen palvelu. Virtua hyödynnettiin ja edelleen käytetään hyvinvointilähetteestä kertomiseen ja opastamiseen ammattilaisille (ks. esim. eKollega, 2022a) Virtussa on ollut käytössä myös kuntalaisten oma osio ja hyvinvointilähetteen toimintamalli on osa sitä (ks. eKollega 2022b).

Kun sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen on yhdessä asiakkaan tai potilaan kanssa päättänyt tehdä lähetteen, kirjautuu ammattilainen sähköiseen portaaliin joko erillisin tunnuksin tai toimikortilla ja tekee lähetteen. Tieto lähetteestä menee koordinoivalle linkkihenkilölle, joka tekee lähetteen saajalle ”hyvinvointireseptin” (tämä on alustan tekninen termi, jonka jatkossa lyhennämme reseptiksi) ja välittää tiedon asiakkaasta linkkihenkilölle. Reseptille kirjataan lähetteen saajan henkilötunnus sekä tietoja lähetteestä. Linkkihenkilöllä on mahdollisuus kirjata tietoja reseptiin ja edellä mainittu positiivisen mielenterveyden mittari tehdään myös Virtussa. Kun toiminta päättyy, kirjaavat linkkihenkilö ja tuensaaja palautteen reseptille. Mikäli lähetteensaaja on pyytänyt palautetta toiminnasta, kopioi koordinoiva linkkihenkilö lähetteeseen linkkihenkilön ja tuensaajan kirjaaman

palautteen ja palauttaa lähetteen sen tekijälle. Aiemmin kuvattu tuensaajan palautekysely täytetään myös Virtussa. Lisäksi Virtu-palvelun kautta kertyy toimintaa kuvaavia tietoja esimerkiksi tuen saajien määristä. Toimintamallissa lähetteen- tai tuensaaja ei itse kirjaa tietoja Virtuun, mutta hänellä on katseluoikeus reseptiin toiminnan aikana ja mahdollisuus tarkistaa itseään koskevia tietoja. Vaikka tuensaaja itse ei kirjaa tietoja, on tarkoituksena, että eri vaiheissa tehtävät kirjaukset tehdään yhdessä hänen kanssaan. Tavoitteena on näin vahvistaa tuensaajan osallisuutta.

Vaikka Virtu oli ainakin osittain tuttu hankkeen toimijoille, on sen kehittäminen erityisesti toimintamallia varten vaatinut sekä hanketoimijoiden että Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen Virtu-tuen panostusta. Ensimmäinen vaihe, hyvinvointilähetteen laatiminen, oli entuudestaan tuttua ja sen luominen portaaliin oli sen vuoksi suhteellisen helppoa. Sen sijaan toisen vaiheen eli reseptin, siihen liittyvien tietosisältöjen ja myös teknisten toimenpiteiden kehittäminen, vaati aikaa tekemiselle ja eri toimijoiden yhteisen kielen ja ymmärryksen löytämisestä. Muiden kiireiden ja osin yhteisen kielen puuttumisen vuoksi prosessi pitkittyi ja sähköinen portaali oli käytössä vasta hankkeen loppupuolella. Hankkeen tavoitteiden näkökulmasta oli tärkeää sisällyttää Virtuun hyvinvointilähetteen tilastointi. Virtun käyttö ei siis tarkoita vain sujuvaa lähetteen tekoa ja etenemistä, vaan myös mahdollisuutta seurata toiminnan määrää, laajuutta ja sisältöjä.

Virtu-tuki paitsi loi lomakkeet ja tiedon kulun portaaliin, myös avasi palvelut käyttäjille. Tämä tarkoitti palvelun vaatimien tunnusten ja palvelukorttien luomista, käyttöönoton opastusta sekä ohjeiden laatimista. Käytännössä koordinoivat linkkihenkilöt, opittuaan käyttämään Virtua, tukivat muita sen käyttämisessä. Teknisen tuen antaminen ja käyttöön rohkaiseminen, painottuivat Virtun käyttöönottovaiheeseen, mutta tarve tekniselle tuelle jatkuu uusien lähetteen tekijöiden, linkkihenkilöiden ja koordinoivien linkkihenkilöiden aloittaessa sen käytön. Hyvinvointilähetteen siirtyessä kuntien toiminnaksi jatkuu Pohjois-Suomen osaamiskeskuksen antama tekninen tuki linkkihenkilöille ja kunnille Virtun käyttöön.

5.3. Linkkihenkilökoulutus

Vaikka linkkihenkilötyö ei ole ammatillista työtä, hankkeen suunnittelusta alkaen oli tarkoituksena tarjota linkkihenkilöille koulutus. Koska toimintamalli oli Suomessa uusi, hankkeessa kehitettiin oma koulutuskokonaisuus. Suunnittelussa hyödynnettiin muistioiden mukaan jonkin verran Britanniassa saatuja kokemuksia, mutta pääasiallisesti kouluttajat loivat koulutuksen. Linkkihenkilöiden koulutuksesta vastasi Lapin ammattikorkeakoulu (lehtori Paula Yliniemi) ja koulutukseen ja sen suunnitteluun osallistuivat myös Lapin sairaanhoitopiirin koulutussuunnittelija (Anne-Mari Savukoski) sekä kumppanuushankkeessa mukana olleen hankkeen (High Five) työntekijät (Jukka Hakola ja Riikka

Köngäs). Kouluttajat olivat pääasiassa terveydenhuollon ja koulutuksen ammattilaisia, joilla on monipuolista osaamista koulutuksen teemoista sekä osalla myös mentoroinnin vaatima pätevyys.

Vaikka Iso-Britanniassa on monia eri linkkihenkilökoulutuksen tarjoajia, siitä ei käytännössä ole tehty lainkaan tutkimusta. Tutkimuksissa kuitenkin kuvataan linkkihenkilöiden tehtäviä, joita ovat muun muassa:

- Työskennellä potilaiden kanssa, jotta he kykenevät määrittämään itselleen mielekkäitä tavoitteita.
- Tehdä yhdessä potilaan kanssa suunnitelma toimintaan.
- Tukea tuensaajan yhteyttä järjestöihin ja muihin yhteisöihin.
- Antaa motivaatiotukea tavoitteiden saavuttamiseksi.
- Työskennellä ammattilaisten kanssa lähetteen tekemisen tukena.
- Antaa palautetta ammattilaisille toiminnan tuloksista.
- Arvioida kenelle hyvinvointilähete soveltuu
- Ymmärtää mielenterveyden ongelmia, jotta toiminta onnistuu.
- Ylläpitää vuorovaikutusta erilaisten ihmisten ja toimijoiden välillä.
- Luoda luottamuksellinen suhde tuensaajaan. (Drinkwater ym. 2019; Frostick & Bertotti 2019; Hazeldine ym. 2021.)

Suomalainen linkkihenkilökoulutus

Hankkeen kouluttajien mukaan dialogisuus ja toipumisorientaatio asetettiin hankkeen ja koulutuksen keskiöön jo suunnittelun varhaisessa vaiheessa. Koulutuksessa dialogisuus on yhtäältä kouluttajien keskinäistä dialogisuutta, mutta myös kouluttajien ja siihen osallistuneiden välistä dialogia, jonka myötä koulutuksen toteutus muuttui ajan mittaan. Koulutuksen laajuus on 5 opintopistettä ja se koostuu orientaatiopäivistä, viidestä koulutuspäivästä, itsenäisestä opiskelusta ja mentoroinnista. Orientaatiopäivien jälkeen kaikki koulutukseen hakeneet haastateltiin, jotta sekä kouluttajat että koulutukseen hakeutuneet saivat arvioida koulutukseen ja toimintaan osallistumisen mahdollisuuksia.

Orientaatiopäivissä esiteltiin Linkki lappilaiseen hyvinvointiin -hanketta ja hyvinvointilähete-toimintamallin taustoja, tavoitteita ja toteutusta sekä linkkihenkilön tehtäviä. Tähän kuului sekä Britanniassa kehitetyn että hankkeen suunnittelutyön tuloksena syntyneen lappilaisen mallin kuvaaminen. Lisäksi kerrottiin koulutuksen sisällöt, tavoitteet ja toteutus. Orientaatiopäivässä ohjeistettiin myös oppimispäiväkirjan kirjoittamiseen. Päiväkirjan tarkoituksena oli tukea omaa oppimista ja reflektointia ja se oli vain opiskelijan omaan käyttöön, ei kouluttajille palautettavaksi.

Kouluttajat kuvasivat koulutuksen tavoitteeksi sen, että koulutusprosessin läpikäytyään osallistuja osaisi:

- Tukea asiakasta hänen omien tarpeidensa pohjalta hyödyntämään kunnan, kolmannen sektorin ja seurakuntien tarjoamia palveluita.
- Tukea ihmistä oman elämäntilanteensa hahmottamisessa ja henkilökohtaisen suunnitelman laatimisessa.
- Soveltaa dialogisuutta keskustelussa.
- Linkkihenkilönä toimiessaan tunnistaa minkälaisiin arvoihin ja eettisiin periaatteisiin oma työtapa perustuu.
- Käyttää mentorointia oman ammatillisen ja persoonallisen kasvun kehittämisessä ja tukemisessa.

Nämä ovat hyvin samansuuntaisia kuin edellä kuvatut brittitutkimuksessa määritellyt linkkihenkilöiden tehtävät (Drinkwater ym. 2019; Frostick & Bertotti 2019; Hazeldine ym. 2021). Varsinaisissa koulutuspäivissä sisältöinä olivat tietämyksen lisääminen hyvinvointilähetemallista, toipumisorientaatiosta, dialogisuudesta, huoli puheeksi-mallista sekä motivoivasta haastattelusta. Lisäksi koulutuksessa käytiin läpi Virtun toimintaa. Jokaiseen päivään liittyi myös ryhmämentorointi, jossa keskusteltiin linkkihenkilöiden kokemuksista sitä mukaa kun niitä alkoi kertyä. Linkkihenkilönä toimiminen siis aloitettiin ennen kuin koulutus oli päättynyt ja mentorointi oli osa oppimisprosessia, mutta myös konkreettista tukea linkkihenkilönä toimimiselle. Haastatteluissa linkkihenkilöt kertoivat mentoroinnin olevan tärkeää, mutta aikataulullisesti sitä ei aina ollut saatavilla silloin kun omassa työssä oli tuen tarvetta. Kouluttajat järjestivät linkkihenkilöille viisi mentorointikertaa myös koulutuksen jälkeen. Koulutuksessa ja erityisesti ryhmämentoroinnissa osallistujat saivat vertaistukea toisiltaan. Koulutuspäivät toteutettiin muutaman viikon välein yksi päivä kerrallaan, ja koulutuspäivien välillä osallistujat tekivät oppimistehtäviä, joissa piti osittain hyödyntää kirjallisuutta. Osa haastatelluista linkkihenkilöistä koki, että etenkin koulutuksen alussa kouluttajien puhe oli liian vaikeaselkoista ja abstraktia. Toisaalta osa osallistujista vertasi koulutuksen teemoja lähihoitajan koulutukseen, jolloin aihepiirit olivat entuudestaan tuttuja. Linkkihenkilöiden erilaiset koulutukselliset ja kokemukselliset taustat vaikuttivat näin koulutuskokemuksiin.

Koulutuksessa korostettiin linkkihenkilön kykyä kuunnella ja kohdata tuensaaja vertaisena ja tukea hänen omia valintojaan. Linkkihenkilön tehtävänä ei ole ohjata ja neuvoa. Terveelliset elämäntavat, sosiaalinen aktiivisuus ja yhteiskunnassa mukana oleminen etenkin ansiotyön kautta ovat hyvinvointilähetetoiminnan taustalla olevia osin kirjoittamattomia suomalaisen yhteiskunnan ja etenkin hyvinvointivaltion arvoja ja periaatteita (esim. Karjalainen & Keskitalo 2013).

Vuorovaikutus ja dialogisuus olivat keskeisiä koulutuksen toteuttamisessa siten, että koulutuspäivillä varmistettiin jokaisen kuulluksi tuleminen. Pandemian vuoksi koulutus toteutettiin verkkovälitteisesti, mikä ei ollut alkuperäisen suunnitelma mukaista. Kouluttajien mukaan verkko-opetuksen työkalut kehittyivät koulutuksen aikana ja tilanteen aikaansaamat hankaluudet ja viiveet myös konkretisoivat linkkihenkilöille sitä, etteivät yllättävät tilanteet ja niihin mahdollisesti liittyvät epäonnistumiset ole haitaksi. Ne ovat osa inhimillistä vuorovaikutusta.

Koulutus keskittyi siis etenkin linkkihenkilön ja tuensaajan väliseen suhteeseen. Hyvinvointilähetetoiminnassa on kuitenkin yhtenä tarkoituksena liittää tuensaaja kolmannen sektorin ja mahdollisesti myös palveluiden piiriin, mikäli se katsotaan tarpeelliseksi. Koulutuksessa ei kuitenkaan käyty palvelujärjestelmää tai järjestökentän toimintaa läpi. Tässä mielessä koulutus erosi ainakin joistain brittikoulutuksista, joissa saatetaan opiskella esimerkiksi palvelujärjestelmään, tietoturvaan ja turvallisuuteen, ammattilaisten kanssa kommunikointiin, hoivaan ja järjestöjen toimintaan liittyviä seikkoja (esim. Bromley by Bow Centre; Linkworker; Training Hub). Toisaalta Iso-Britanniassa linkkihenkilöitä koulutetaan työskentelemään erityisillä aloilla, palveluissa tai asiakasryhmien kanssa, esimerkiksi mielenterveyspalveluissa tai iäkkäiden potilaiden kanssa (esim. Maughan ym. 2016; Kono ym. 2017), joten koulutuksissa voi olla erilaisia painotuksia.

Linkkihenkilöt mainitsivat haastatteluissa tiedon ja koulutuksen tarpeen palveluista ja järjestöjen sekä muusta vapaa-aikatoiminnasta. Sen sijaan he arvostivat ja pitivät erittäin antoisana ja toimintaa tukevana sitä, että koulutus mahdollisti myös eräänlaisen henkilökohtaisen kasvun. Linkkihenkilöille lokakuussa 2021 pidetyssä tapaamisessa moni toi tätä seikkaa esiin ja osa niistä, joilla oli entuudestaan sosiaali- tai terveysalan koulutus, totesi että he oppivat jälleen kuuntelemista ja asiakaslähtöisyyttä omassa varsinaisessa työssään, valmiiden ratkaisujen tarjoamisen sijaan. Kouluttajat arvioivat, kahden toteutuneen koulutuksen perusteella, ettei koulutuksen sisältöjä ole syytä ainakaan vielä muuttaa.

[Koulutukseen ja linkkihenkilöksi valikoituminen](#)

Kaikki tiedotukseen ja orientaatioon osallistuneet ja linkkihenkilötoiminnasta kiinnostuneet haastateltiin henkilökohtaisesti ennen varsinaista koulutuksen aloittamista. Haastattelijoina toimivat kouluttajat. Osassa haastatteluista paikalla oli myös kuntien edustajia. Haastattelujen teemoina olivat motivaatio koulutukseen ja linkkihenkilöksi hakeutumiseen, käsitys linkkihenkilötoiminnasta, omat vahvuudet ja heikkoudet linkkihenkilönä toimimiseen sekä osallistujan sitoutuminen ja mahdollisuudet osallistua toimintaan ja koulutukseen. Lisäksi haastatteluissa käytiin lävitse aiemmin annettu ennakkotehtävää, jossa haastateltava pohti omia kokemuksiaan kohtaamisista ja kuulluksi tulemisesta. Haastattelujen perusteella sekä kouluttajat että osallistujat punnitsivat koulutukseen ja toimintaan osallistumista. Haastattelijat olivat laatineet koulutukseen valikoitumisen kriteerit, joissa korostettiin osallistujan motivaatiota ja mahdollisuutta osallistua koulutukseen ja toimintaan. Tällä haluttiin

varmistaa, ettei henkilö esimerkiksi itse ole keskellä suurta kriisiä tai muuta voimia vievää tilannetta. Konkreettisenä osoituksena motivaatiosta pidettiin ennakotehtävän tekemistä.

Koulutukset toteutettiin kahteen kertaan eli Kemijärven sekä Muonio-Enontekiön ryhmänä. Vaikka haastatteluissa ennen koulutuksen varsinaista alkamista korostettiin motivaation ja toimintaan osallistumisen todellisia mahdollisuuksia, joutui osa jättämään koulutuksen kesken tai he eivät voineet sitoutua toimimaan linkkihenkilöinä. Lokakuun 2021 lopussa linkkihenkilötoiminnassa oli mukana 19 henkilöä. Syynä pois jäämiseen olivat elämäntilanteiden tai työtehtävien ja jälkimmäisen myötä työnantajan suhtautumisessa tapahtuneet muutokset: työaika ei voinut enää käyttää linkkihenkilönä toimimiseen. Linkkihenkilöillä on hyvin erilaisia taustoja. Mukana on muun muassa seurakunnan työntekijöitä, järjestötoimijoita ja sosiaalialan ihmisiä. Linkkihenkilöltä ei vaadita mitään pohjakoulutusta, mutta tekemämme kyselyn perusteella (n=13) noin puolella on joko sosiaali- tai terveysalan koulutus. Työelämässä heistä oli 10 ja kolme työelämän ulkopuolella. Iältään kyselyyn vastanneista kymmenen oli 41–59-vuotiaita.

Luvun 5 keskeinen viesti

HANKKEEN TAVOITTEET

- Lisätä ihmisen arjen ja psyykkistä hyvinvointia.
- Ehkäistä syrjäytymistä ja lisätä osallisuutta mahdollistamalla linkkihenkilön avulla ihmisen kuulluksi tuleminen ja osallistuminen erilaisiin sosiaalisiin ryhmiin.
- Toimia toipumisorientaation ja dialogisuuden periaatteiden mukaisesti.

HYVINVOINTILÄHETEMALLIN KEHITTÄMINEN

- Hyvinvointilähetetöiminta luotiin yhteistyössä ja vaihteittain.
- Toimijoiden välinen tiedon jakaminen ja keskustelu olivat tärkeitä mallia kokeiltaessa.
- Virtuaan luotiin lähete, resepti sekä tilastointi tiedon kokoamista varten.
- Koordinoivan linkkihenkilön rooli on tärkeä sopivan linkkihenkilön löytämisessä ja läheteensaajan sitoutumisessa toimintaan.
- Toiminnasta saatiin tietoa positiivisen mielenterveyden mittarin ja palautekyselyn avulla.

KOULUTUS

- Linkkihenkilöiden koulutus keskittyi hyvinvointilähetemalliin, toipumisorientaatioon, dialogisuuteen, huolen puheeksi ottoon sekä motivoivaan haastatteluun.
- Koulutukseen osallistui 19 koulutettavaa kahdessa eri ryhmässä.
- Osa koulutukseen osallistuneista jäi pois koulutuksesta ja/tai linkkihenkilötoiminnasta, vaikka sitoutuminen pyrittiin varmistamaan ennalta.
- Linkkihenkilöiden mukaan koulutus tuki tuensaajan kanssa työskentelyä ja tuensaajan kuulluksi tuleamista sekä linkkihenkilön henkilökohtaista kasvua.
- Linkkihenkilöt toivat esiin tarpeen tiedolle palveluista ja vapaa-ajantoiminnasta.

6. Hankkeen keskeisten toimijoiden kokemuksia

Tässä luvussa menemme yhä enemmän hankkeen toimijoiden kokemuksiin. Yhteisluomisen tutkan neljästä osa-alueesta kolmas on otsikoitu toimijoiksi. Vaikka olemme jo esitelleet hankkeessa mukana olevia toimijoita ja osin myös heidän kokemuksiaan, tarkastelemme nyt etenkin tuensaajien ja linkkihenkilöiden kokemuksia hyvinvointilähetetöinnasta eli koettuja vaikutuksia. Käsitlemme myös lähetteen tekijöiden näkemyksiä. Ensimmäisessä alaluvussa kuvaamme tuensaajia sekä heitä tukeneita linkkihenkilöitä.

6.1 Lähetteen tuensaajaksi

Hankkeessa tehtiin 25.10.2021 mennessä yhteensä 63 lähetettä, joista 44 (noin 70 %) johti toimintaan. Hyvinvointilähetteestä lähetteen tekemisen hetkellä kieltäytyneiden määristä ei ole tietoa. Lähetteen tuensaajat jakautuivat eri kunnissa ikäryhmittäin taulukkojen 3 ja 4 mukaan.

Taulukko 3: Kemijärven lähetteen- ja tuensaajat ikäryhmittäin.

Ikäryhmä	Kemijärvi asukkaat	Kemijärvi lähetteen tuensaajat	Kemijärvi tuensaajat
20–64	2615	19 (0.73)	14 (0.54)
65–74	1556	3 (0.14)	2 (0.13)
75–	1323	28 (2.12)	19 (1.44)
Yhteensä	5494	50 (0.91)	35 (0.64)

Asukasluvut ovat vuodelta 2020. Suluissa olevat luvut ovat prosentteja vastaavasta ikäryhmästä. (Tilastokeskus 2021b.)

Taulukko 4: Enontekiön ja Muonion lähetteen- ja tuensaajat ikäryhmittäin.

Ikäryhmä	Enontekiö asukkaat	Enontekiö lähetteen tuensaajat	Enontekiö tuensaajat	Muonio asukkaat	Muonio lähetteen tuensaajat	Muonio tuensaajat
20–64	839	2 (0.24)	2 (0.24)	1192	8 (0.67)	7 (0.59)
65–74	349	0 (0.00)	0 (0.00)	366	0 (0.00)	0 (0.00)
75–	179	2 (1.12)	2 (1.12)	275	1 (0.36)	0 (0.00)
Yhteensä	1367	4 (0.29)	4 (0.29)	1833	9 (0.49)	7 (0.38)

Asukasluvut ovat vuodelta 2020. Suluissa olevat luvut ovat prosentteja vastaavasta ikäryhmästä. (Tilastokeskus 2021b.)

Hyvinvointilähete vastaa erilaisiin tarpeisiin

Ikäryhmittäin tarkasteltuna toiminnassa painottuivat iäkkäät, etenkin Kemijärvellä. Lähetteen etenemättömyys toimintaan oli Kemijärvellä ja Muoniossa suurinta 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien ryhmässä. Hankkeen suunnitteluvaiheessa ei tarkalleen määritelty minkä ikäisistä kohderyhmän ajateltiin koostuvan. Kohderyhmään arvioitiin kuuluviksi aikuiset, joille nykyiset palvelut ovat vaikeasti saavutettavissa, joiden tarpeita palvelut eivät kohtaa tai jotka ovat syrjäytyneitä tai syrjäytymisvaarassa olevia. Lähetteensaajista ei kerätty tarkempaa tietoa, kuten laajemmin palvelujen tarpeesta tai sosiaalisesta asemasta. Lähetteiden tekemisen taustalla olevat syyt antavat kuitenkin jotain käsitystä kohderyhmästä.

Lähetteen tekijä kirjasi lähetteisiin lähetteensaajan kanssa käymiensä keskustelun perusteella perusteet lähetteen tekemiselle, asiat tai tilanteet, joihin toivottiin muutosta sekä tavoitteet linkkihenkilötoiminnalle. Lähetteen teon taustalla saattoi olla useampi asia. Läheteissä oli seuraavia mainintoja (suluissa mainintojen lukumäärät):

- Yksinäisyyden poistaminen (29) (kokemuksellinen yksinäisyys)
- Sosiaalisten kontaktien lisääminen (13)
- Arjen toiminnallisuuden kasvattaminen (13) (esimerkiksi uusi harrastus, ulkoilun tuki)
- Ryhtymiseen tukeminen (8) (esimerkiksi kuntosaliharjoittelun aloittaminen, kun ei kykene yksin lähtemään)
- Elämäntavan muutoksen tukeminen (3) (päihitteettömyys, elämäntilanteesta johtuvaan muutokseen sopeutuminen)
- Konkreettisen arjen avun antaminen (2) (esim. asiointiapu)

Yli puolessa läheteistä oli mainittuina yksinäisyys, sosiaalisten kontaktien tai keskustelukavereiden puute. Lähetteen tekijät mainitsivat haastatteluissa ihmiset, jotka esimerkiksi jonkun toimintarajoituksen takia eivät pääse tai uskalla lähteä kotoaan ja tarvitsevat tähän tukea ja apua. Myös omaishoitajat ja hoivan saajat mainittiin; omaishoitajille toivottiin järjestyvän pieni tauko omaishoivasta ja hoivan tarvitsijalle virikkeitä. Lähes kaikki lähetteen tekijät perustelivat lähetettä lähetteensaajan motivoinnilla toimintaan ja kotoa poistumiseen. Läheteitä tehtiin myös muistisairaille henkilöille, joille toivottiin löytyvän esimerkiksi tukihenkilö tai apua kodin ulkopuolella liikkumiseen. Vaikka yksinäisyys, erilaisesta toiminnasta sivussa oleminen tai kotiin jääminen eivät ole välttämättä varsinaisia syrjäytymistä kuvaavia tilanteita, voivat ne kuitenkin kiinnittyä syrjäytymiseen, joten hyvinvointilähete saavutti ainakin osin suunnitellun kohderyhmän.

Positiivisen mielenterveyden mittaaminen

Läheteitä tehtiin usein yksinäisyyden vuoksi. Yksinäisyys heikentää positiivisen mielenterveyden kokemusta (Luukkala ym. 2018). Hankkeessa seurattiin positiivista mielenterveyttä Warwickin ja Edinburghin yliopistoissa kehitetyn mittarin (WEMWBS) avulla. Tämän raportin kirjoittamiseen mennessä oli 27 tuensaajan kanssa tehty alkumittaus heti lähetetoiminnan alettua. Tutkimusjoukko on pieni, mutta se antaa käsitystä hankkeeseen osallistuneista. Alkumittauksen painotettu keskiarvo oli koko joukolla 20.11 (keskihajonta 3.34, vaihteluväli 15.32–28.13). Samalla mittarilla Lapin väestötutkimuksessa (ks. Appelqvist-Schmidlechner 2015) painotettu keskiarvo oli kaikilla lappilaisilla 27.07 (keskihajonta 4,44) eli selkeästi korkeampi kuin läheteensaajilla. Positiivisen mielenterveyden mittaria käytetyissä tutkimuksissa (esim. Solin ym. 2019) vastaajat jaetaan yleensä kolmeen luokkaan. Niihin, joilla on matala, kohtalainen tai korkea positiivinen mielenterveys. Luokat on laskettu aineiston keskihajontaa apuna käyttäen: alimpaan luokkaan kuuluvat ne, joiden pisteet ovat enemmän kuin keskihajonnan verran alempana kuin keskiarvo ja ylimpään puolestaan ne, joilla enemmän kuin keskihajonnan verran korkeammalla kuin keskiarvo. Loput kuuluvat keskimmäiseen luokkaan. (Appelqvist-Schmidlechner 2015; Solin ym. 2019.)

Vaikka Linkki lappilaiseen hyvinvointiin-hankkeen osallistujajoukko on pieni, tarkastelemme tuloksia tarkemmin. Hankkeen tuensaajien pistemäärä on pienempi kuin aiemmissa tutkimuksissa. Varovasti tulkiten hanke näyttäisi siis tavoittaneen sellaiset henkilöt, jotka ovat olleet tuen tarpeessa. Tulkintaa tukee se, että mittarin täyttäneiden keski-ikä on 66.1 vuotta ja siitä huolimatta keskiarvo on alhaisempi kuin Lapin väestötasolla mitattuna. Aiemmassa koko Suomea käsittävässä tutkimuksessa (Solin ym. 2018) on todettu, että 60 vuotta täyttäneiden positiivinen mielenterveys on korkeammalla tasolla kuin nuoremmilla. Poikkeuksena ovat 80 vuotta täyttäneet naiset, joista vain 15 prosenttia kuului korkean positiivisen mielenterveyden ryhmään. Toisaalta, kun tarkastellaan tähän hankkeeseen osallistuneiden keskinäistä jakautumista (hankkeen sisäisen luokittelun kautta laskettu) voidaan todeta Solinin ja muiden (2019) kanssa samansuuntaisesti, että vanhemmilla on korkeampi positiivinen mielenterveys: matalan positiivisen mielenterveyden ryhmään kuuluvien (n=4) keski-ikä on 49.8 vuotta, kohtalaisen (n=19) 67.5 vuotta ja korkean (n=4) 80.5 vuotta. Sukupuolta ei mittauksissa hankkeessa tilastoitu, joten siltä osin emme voi tuensaajien tilannetta arvioida. Kun läheteiden yleisin yksittäinen tuen tarpeen syy oli yksinäisyys, voi tämä selittää matalaa positiivista mielenterveyttä. Luukkala kumppaneineen (2018) tarkastelivat yksin elävien kokemusta mielenterveydestä ja yksinäisyyttä kokevat sijoittuivat yleensä matalan tai kohtalaisen positiivisen mielenterveyden luokkaan. Jos taas yksinäisyyden kokemuksia ei ollut tai ne olivat hyvin harvinaisia, tutkittavat sijoittuivat joko kohtalaisen tai korkean positiivisen mielenterveyden luokkaan.

Hyvinvointilähetteestä kieltäytyminen

Edellä on kuvattu henkilöitä, jotka ovat lähteneet mukaan toimintaan. Kuten taulukot 3 ja 4 osoittavat, on osa lähetteensaajista kieltäytynyt toiminnasta tai todennut ensimmäisen tapaamisen jälkeen, ettei halua jatkaa tapaamisia linkkihenkilön kanssa. Tutkijoina emme tavoittaneet näitä henkilöitä. Koordinoivat linkkihenkilöt olivat lähetteensaajiin yhteydessä ja heidän kirjaamiensa tietojen mukaan lähetteestä kieltäytymisen taustalla olivat muuttuneet elämäntilanteet, esimerkiksi muutto toiselle paikkakunnalle tai muutos ihmissuhteissa, oma kokemus siitä, ettei tarvitse linkkihenkilötoimintaa tai tilanteesta tehty uudelleenarvio, jossa on todettu, ettei toiminta vastaa hänen tarpeisiinsa ja/tai niihin voidaan vastata muilla palveluilla.

On mahdollista, että toiminnasta kieltäytymisen taustalla on ollut myös heikko tietämys siitä, mistä hyvinvointiläheteessä on kyse. Osa haastatelluista tuensaajista arvioi, että he saivat lähetteen tekijöiltä tietoa toiminnasta hyvin vähän. Osa ei ehkä uskalla lähteä mukaan uudenlaiseen toimintaan tai tarkentuneen tiedon perusteella arvioi, ettei toiminta vastaa toiveita ja tarpeita. Koordinoivat linkkihenkilöt toivat myös ilmi, että hankkeen aikana oli yksittäisiä tilanteita, jolloin lähetteensaajalle ei heti löytynyt sopivaa linkkihenkilöä ja tämän vuoksi toiminta ei ollut päässyt käyntiin. Tuolloin kyse oli toiminnalle riittävien henkilöresurssien puutteesta.

Myös lähetteen tekijät kertoivat kokemuksiaan lähetteestä kieltäytymisestä. Useampi lähetteensaaja oli alun perin suostunut toimintaan, mutta tullut myöhemmin toisiin ajatuksiin. Jotkut olivat kokeneet epämiellyttävänä sen, että vieras ihminen tulee kotiin ja että hänelle pitäisi jakaa omia asioitaan. Myös muistisairauden mukanaan tuoma epävarmuus ja epäluuloisuus ovat olleet esteenä toiminnalle. Kieltäytymisen taustalla oli myös henkilön oma kokemus, ettei tarvitse kyseistä palvelua, vaikka ammattilainen arvioi, että potilas tai asiakas voisi hyötyä läheteestä. Osa lähetteen tekijöistä myös koki, että ei ehkä osannut antaa oikeanlaista informaatioita toiminnasta.

Seuraavaksi pohdimme hyvinvointilähetetoiminnan tavoitteiden saavuttamista. Hyvinvoinnin lisääminen oli hankkeen yleinen tavoite ja lähetteen tekijöiden näkökulmasta sosiaalinen tuki ja toiminta osoittautuivat keskeisiksi, joten keskitymme niihin.

6.2. Sosiaalista tukea ja lisääntyvää hyvinvointia

Sosiaalista tukea on määritelty eri tavoin. Tässä tutkimuksessa ymmärrämme sosiaalisen tuen toisen henkilön, läheisen, sosiaalisen verkoston jäsenen tai yhteisön antamana apuna, joka voi olla myös läsnäoloa. Tämä apu tuottaa positiivisen kokemuksen ja vaikutuksen ihmisen terveyteen, toimintaan ja/tai emotionaaliseen hyvinvointiin (esim. Schwarzer & Knoll 2010; Taylor 2011).

Hyvinvointilähetetoiminnassa ja linkkihenkilöiden työssä annettu ja vastaanotettu tuki näyttäytyy neljänlaisena: emotionaalisena, tiedollisena, välineellisenä ja verkostotukena. Emotionaalinen tuki on empatian ja hyväksynnän saamista, tiedollinen on informaation saamista ja jakamista, välineellinen on käytännön asioiden suhteen saatua tukea ja verkostotuki on sitä, että pääsee liittymään sosiaalisiin verkostoihin (esim. House ym. 1988; Wong ym. 2005; Goldsmith & Albreht 2011; Hiilamo & Tuulio-Henrikson 2012). Erot näiden välillä rakentuvat toiminnan erilaisuuden sekä toimijoiden erilaisten roolien kautta. Toki tuensaajan ja linkkihenkilön suhteessa nämä eri sosiaalisen tuen muodot ovat usein läsnä yhtäaikaaisesti, eri tilanteissa eri tavoin painottuen.

Emotionaalinen tuki

Emotionaalien tuki viittaa hyvinvointilähetetoiminnassa etenkin tuensaajan ja linkkihenkilön väliseen suhteeseen, joka oli tuensaajien arvion mukaan luottamuksellinen ja dialoginen. Nämä ovat juuri niitä seikkoja, joita myös linkkihenkilökoulutuksessa korostettiin, ilmeisen onnistuneesti. Linkkihenkilö näyttäytyi kuuntelevana, aikaa antavana ja tuensaajan asioista kiinnostuneena. Tuensaajan tehtävänä oli puolestaan kertoa omasta elämäntilanteestaan, toiveistaan ja ajatuksistaan. Linkkihenkilöt kertoivat myös samansuuntaisia kokemuksia, tuensaajat opettivat heitä pysähtymään ja kuuntelemaan. Keskustelun luonteella on oma merkityksensä. Tuensaajat esittivät, että kuuntelemisen ja kysymisen lisäksi linkkihenkilön on tärkeää myös jakaa jotain omasta elämästään. Tämä korostui erityisesti iäkkäämpien tuensaajien kuvauksissa. Omien kokemusten jakaminen voi olla myös tiedollista tukea (Nordling & Rissanen 2020), samankaltaisten kokemusten pohdinnan avulla. Aineistossamme kokemusten jakaminen liittyi arkisiin ja elämänkululliseen kokemusten jakamiseen, eikä omien kokemusten käyttämiseen tuen ja tiedon jakamisen välineenä.

Emotionaalisen tuen merkitys korostui etenkin iäkkäiden tuensaajien kerronnassa. Osin kyse oli myös Covid-19 pandemiasta, joka rajoitti erityisesti iäkkäiden elämää. Iäkkäitä kehoitettiin juuri hankkeen toiminnan alkuaikoina välttämään sosiaalisia kontakteja ja erilaiset yhteiset toiminnot kuten päiväpalvelut tai kolmannen sektorin harrastustoiminta oli laitettu tauolle. Yhtä lailla linkkihenkilöiden oli vaikea ohjata tuensaajia eteenpäin, koska harrastustoiminta oli pysähdyksissä. Myös lähetteen tekijät arvioivat, että keskusteluseura sinällään on monille lähetteen saajille tärkeää ja tämä saattaa helpottaa ammattilaisen työtä, kun osa tuen tarpeista ohjautuu muualle. Osa lähetteen tekijöistä arvioi, että soitot ja käynnit vähentyivät hyvinvointilähetteen myötä. He myös pohtivat sitä, että linkkihenkilöillä on enemmän aikaa keskusteluun. Aika on merkittävä resurssi ja tuensaajat ymmärsivät tämän eron suhteessa palvelujärjestelmän sisällä tapahtuneisiin kohtaamisiin.

Toisaalta edes hyvinvointilähetetoiminta ei ole aikarajoitteista vapaa. Hankkeessa oli ohjeistettu linkkihenkilöitä siihen, että aikaa olisi käytettävissä noin tunti viikossa tuensaajaa kohden. Sekä linkkihenkilöt että tuensaajat ilmaisivat, että aikaa yhteiselle tekemiselle käytettiin usein runsaammin.

Sekä linkkihenkilöt että tuensaajat kritisoivat ajankäytön rajoittamista. Linkkihenkilö voi joutua pohtimaan, vastaako hän asiakkaan ilmaisemaan tarpeeseen vai organisaation vaateeseen ajan kannalta (Fook 2012). Ajanpuute liittyi myös linkkihenkilöiden työ- ja elämäntilanteeseen. Linkkihenkilöt eivät työskennelleet kokoaikaisesti linkkihenkilöinä, vaan useilla oli muu päätoimi, joka rajoitti heidän mahdollisuuksiaan kohdata tuensaajaa. Myös toiminnan katkoksellisuus esimerkiksi vuosilomien vuoksi tuotiin esiin tuensaajien, linkkihenkilöiden sekä lähetteen tekijöiden toimesta. Lähetteen tekijät pohtivat toiminnan haavoittuvuutta ja sitä keskeytyykö toiminta, jos linkkihenkilö estyy hoitamasta tehtävää. Tuensaajien ja linkkihenkilöiden keinona korvata kasvokkaisia tapaamisia oli viestittely puhelimitse tapaamisten välillä ja tämä toimi ainakin jonkinlaisena tukena. Viestein saatu tieto toisen henkilön olemassaolosta voi olla joskus riittävää (Rimkus 2011).

Toimintaa rajattiin ajallisesti myös siten, että tavoitteena oli kuuden kuukauden määräaika linkkihenkilön työlle. Tämän jälkeen tuensaajan tulisi olla siirtynyt toiseen toimintaan ja löytänyt erilaisia ratkaisuja tilanteeseensa. Sekä tuensaajien että linkkihenkilöiden mukaan osalla toiminnan ei tarvinnut jatkua puolta vuotta, joillekin puoli vuotta oli sopiva ja osalle liian lyhyt aika. Aineistosta saattoi päätellä, että kun tuen tarve liittyi yksinäisyyteen tai pitkään jatkuneeseen alakuloisuuteen tai masennukseen, oli toiveena pidempi hyvinvointilähetetoiminta. Lähetteen tekijät pohtivat miten määräaikaisuus toimii ja miten toisaalta toiminnan saa loppumaan niin, ettei asiakas jää tyhjän päälle.

Linkkihenkilön näkökulmasta toimintaan soveltuvan tuensaajan tulisi olla motivoitavissa muutokseen. Osa tuensaajista toikin esille, että emotionaalinen tuki tuotti heille kokemuksen oman ajattelun muutoksesta ja uudenlaisista näkökulmista omaan elämään. Linkkihenkilölle vaarana on toisaalta se, että tuensaaja ripustautuu liikaa linkkihenkilöön tai käyttäytyy uhkaavasti. Tästä näkökulmasta linkkihenkilöt pohtivat myös vakuutuksia: kenen vastuulla on, jos jotain tapahtuu joko tuensaajalle tai linkkihenkilölle hyvinvointilähetetoiminnan aikana. Myös emotionaalinen kuormitus on vaarana, sillä tuen antaminen ihmisen vaikeissa elämäntilanteissa voi tuottaa linkkihenkilöille psyykkistä kuormittumista. Kouluttajat korostivat mentoroinnin tärkeyttä ja esittivät mahdollisen tarpeen yksilölliselle mentoroinnille kuormittavissa tilanteissa. Linkkihenkilöt myös kokivat mentoroinnin erittäin tärkeänä ja toivoivat sen olevan saatavilla silloin, kun asiat tuensaajan kanssa alkavat kuormittaa tai vaativat eettistä pohdintaa. Hankkeen aikana linkkihenkilöt saivat tukea paitsi mentoreilta, myös koordinoivilta linkkihenkilöiltä ja toisilta linkkihenkilöiltä. He korostivat sitä, että vain hyvinvoivana kykenee työskentelemään linkkihenkilönä.

Viimeisenä emotionaalisen tuen muotona on yhteinen tilanteen arviointi ja jäsentäminen, eri vaihtoehtojen punnitseminen sekä rohkaisu ja arvostuksen osoittaminen (Nordling & Rissanen 2020; Rossi 2021). Osallisuuden näkökulmasta tällainen tuki ja yhdessä asioiden pohtiminen mahdollistaa omaan elämään liittyvien päätösten tekemisen ja siten omassa elämässä osallisena olemisen (Kivistö

2014; Rossi & Valokivi 2018). Tuensaajat arvioivat, että keskustelut linkkihenkilön kanssa ovat erilaisia kuin ammattilaisen kanssa, sillä kyse on vertaistoiminnasta. Monilla linkkihenkilöillä on tosin sosiaali- tai terveysalan koulutus ja he kokivat tärkeänä ja osin haastavana pitää ammatillisuuden poissa toiminnasta. Lähetteen tekijät korostivat, että linkkihenkilöllä ei voi olla minkäänlaista hoitovastuuta tuensaajasta ja että linkkihenkilön työssä on erilainen orientaatio kuin ammattilaisilla. Töissä nähtiin myös yhteisiä piirteitä, muun muassa psykososiaalinen työ ja motivointi. Linkkihenkilöt itse korostivat myös vaihteluvallisuutta.

Tiedollinen tuki

Tiedollisessa tuessa keskeistä on informaation jakaminen (Compton ym. 2005). Tiedollisen tuen merkitys on siinä, ettei ihmisen ole mahdollista toimia ja olla osallisena omissa asioissaan ja elämässään ilman tietoa. Sitä tarvitaan sekä päätösten tekemiseen, että erilaisen osallistumisen mahdollistamiseksi (Rossi & Valokivi 2018). Jaettu informaatio voi perustua tuen antajan omiin kokemuksiin (Nordling & Rissanen 2020), mutta myös virallisen tiedon jakamiseen.

Tiedollinen tuki näyttäytyi aineistossa linkkihenkilön tuottamina ideoina ja tietoina paikoista ja yhteisöistä joihin tuensaaja voisi liittyä. Tuensaajat kuvasivat kiinnostuksen kohteitaan, aiempia harrastuksiaan tai toimintaa, joka oli aiemmin koettu mielekkääksi. Näiden pohjalta linkkihenkilö esitti omia ajatuksiaan tai selvitti mahdollisuuksia, jotka olisivat mielekkäitä tuensaajalle. Usein tuensaaja totesi, ettei hänellä itsellään ollut ajatusta siitä, mikä toisi mielekkyyttä arkeen. Näissä tilanteissa linkkihenkilön omat kokemukset, tiedot ja taidot nousivat keskeisiksi tekijöiksi: linkkihenkilö saattoi ehdottaa itselle tuttua toimintaa ja harrastusta. Linkkihenkilöt itse kaipasivat laajempaa näkökulmaa ja enemmän tietoa alueen harrastustoiminnasta sekä palveluista. Kyse on hankkeen keskeisestä resurssista: ajan tasalla olevasta tiedosta ennen kaikkea paikkakunnalla olevista kolmannen sektorin toiminnoista, mutta myös palveluista. Kun tuensaajat kertoivat tarpeistaan, osoittautui esimerkiksi linkkihenkilöiden työuran kautta muodostunut tietämys palvelujärjestelmästä tärkeäksi. Tuolloin linkkihenkilö pystyi ohjeistamaan tuensaajaa siinä, miten palvelu- ja etuusjärjestelmässä tulee toimia. Linkkihenkilöt itse pyrkivät rajaamaan ammatillisen tietämyksen hyödyntämisen sellaisiin tilanteisiin, jossa tuensaaja ilmaisi juuri heidän osaamisalueeseensa kohdentuvan tiedollisen tuen tarpeen. Lähetteen tekijät taas pohtivat linkkihenkilöiden tiedontarvetta esimerkiksi siitä näkökulmasta, että onko heillä valmiuksia kohdata liikuntarajoitteisia tuensaajia.

Linkki lappilaiseen hyvinvointiin-hankkeen yhtenä tavoitteena oli koota alueiden kolmannen sektorin palveluiden tieto yhteen portaaliin, mutta tämä tavoite ei toteutunut. Ajantasaisen tiedon ylläpitäminen yhdessä paikassa on haasteellista, mutta eri toimijoiden näkökulmasta tarpeellista. Juuri tällaisen tiedon hallitseminen voisi olla keskeinen ero palvelujärjestelmän ammattilaisten ja hyvinvointilähetetoiminnan kannalta tärkeä. Linkkihenkilöiden tehtäväksi suunniteltiin tuensaajan

tarpeiden, toiveiden ja tavoitteiden näkyväksi tekemisen lisäksi myös niihin vastaamiseen tähtäävien vaihtoehtojen selvittäminen. Linkkihenkilö olisi tällöin tiedon välittäjä, kun taas tuensaaja olisi enemmänkin tiedon vastaanottaja ja tietenkin lopullisen päätöksen tekijä. Linkkihenkilön koulutus voisi sisältää tietoa paikallisista mahdollisuuksista sekä siitä, mistä alati muuttuvaa ja päivittyvää tietoa on mahdollista saada. Iso-Britanniassa toteutettaviin koulutuksiin, ainakin osaan, tällaista on sisällytetty (ks. luku 5.3).

Linkkihenkilöiden näkökulmasta tiedollisen tuen taustalla oli kysymys myös siitä, miten paljon he tiesivät tuensaajan tilanteesta. Tuensaaja itse kertoi asioistaan sen minkä halusi, mutta linkkihenkilöt pohtivat muita tiedontarpeita. Esimerkiksi heille oli tärkeää tietää, sairastaako tuensaaja muistisairautta tai kykeneekö hän kävelemään tai liikkumaan ulkona. Edelleen mielenterveyden häiriöiden suhteen pohdittiin tarvetta tietää esimerkiksi, onko tuensaajalla toimiva hoitosuhde palveluihin. Tällaisilla tiedoilla on vaikutusta siihen, millaisissa paikoissa tuensaajaa voidaan tavata tai onko joitain tilanteita, joita tulee välttää esimerkiksi pelkotilojen tai ahdistuksen vuoksi. Läheteisiin ei kuitenkaan kirjata tällaisia tietoja siksi, että kyse ei ole sosiaali- eikä terveyspalveluista eikä ammattilaisten välisestä tiedonvaihdosta. Linkkihenkilöt keskustelivat myös vaitiolovelvollisuudesta sekä ilmoittamisen vaateesta, mikäli tuensaaja on vaaraksi itselleen tai muille, tai muuten riskialttiissa tilanteessa.

Lähetteen tekijät pohtivat myös tietoa omasta näkökulmastaan. Suurin osa heistä koki saaneensa riittävästi tietoa hyvinvointilähetetoiminnasta kyetäkseen arviomaan kenelle lähete kannattaa tehdä. Sen sijaan melko moni lähetteen tekijä koki, ettei ollut saanut riittävästi tietoa siitä, mitä lähetteen teon jälkeen tapahtui. Toisinaan lähetteen tekijä oli ollut mukana prosessissa ja käynyt esimerkiksi yhteisellä kotikäynnillä linkkihenkilön kanssa. Tällöin tieto toiminnasta on liikkunut lähetteen tekijän suuntaan varsin hyvin. Usea lähetteen tekijä toivoi saavansa tiedon siitä, onko hyvinvointilähetteen prosessi lähtenyt käyntiin ja siitä, milloin toiminta päättyy. Moni esitti myös, että olisi hyvä tuensaajan luvalla saada linkkihenkilöltä tietoa siitä, millaisia haasteita on noussut esiin ja miten niihin on pyritty vastaamaan ja mitä voitaisiin vielä tehdä. Tärkeäksi koettiin myös tieto siitä, ovatko käynnit toteutuneet ja toiminnot olleet tarkoituksenmukaisia.

Hyvinvointilähetetoiminta on tuensaajaa lähellä olevaa ja siten hän saa päättää miten paljon ja millaista tietoa hänestä annetaan eri toimijoille. Ammattilaisilla, lähetteen tekijöillä, on sen sijaan intressinä mahdollisimman sujuva tiedonkulku eri toimijoiden välillä. Näin vältetään esimerkiksi päällekkäiseltä toiminnalta tai tuelta, joka ei enää vastaa tuensaajan muuttunutta tilannetta. Hyvinvointilähete perustuu toimijoiden verkostoon ja seuraavaksi käsittelemme verkosto- ja toiminnallista tukea.

Verkosto- ja toiminnallinen tuki

Verkostotuki on linkkihenkilötoiminnassa keskeistä, sillä tavoitteena on mahdollistaa tuensaajalle pääsy uudenlaisiin verkostoihin esimerkiksi esittelemällä tuensaaja uusille ihmisille tai yhteisöille (Nordling & Rissanen 2020). Verkostotuki on lähellä tiedollista tukea, esimerkiksi harrastuksista tiedottamista, mutta tarkastelemme verkostotukea konkreettisena liittämisenä ja linkittämisenä. Tuensaajat kuvaavat verkostotukea erilaisiin uusiin paikkoihin ja tilanteisiin tutustumisena. Toisinaan kyse on syystä tai toisesta keskeytyneeseen toimintaan uudelleen osallistumisesta linkkihenkilön tuella. Verkostotuessa on kyse siitä, että tuensaaja ja linkkihenkilö ovat yhdessä osallistuneet eri toimintoihin ja aikanaan tuensaaja ehkä kykenee osallistumaan niihin ilman linkkihenkilön läsnäoloa.

Verkostotuki on usein myös toiminnallista tukea, yleensä yhdessä tekemistä ja toimimista. Tällaista ovat vaikka puistossa kävelyllä käyminen tai laavulla makkaroiden paistaminen. Kyse ei ole siis välttämättä erityisen vaativasta tekemisestä, mutta haastavassa elämäntilanteessa merkittävästä (esim. Day ym. 2020). Sekä verkostotuessa että toiminnallisessa tuessa keskeistä on toiminnallisuus, liikkeelle lähtö ja tuensaajan kotoa lähteminen, kun emotionaalisessa tuessa keskiössä oli tuensaajan elämäntilanteen äärelle yhteisestä pysähtymisestä, mikä saattoi tarkoittaa tuensaajan kotona tapahtunutta keskustelua. Kotoa lähtemisen näkökulmasta linkkihenkilön tietämys tuensaajan fyysisistä tai psyykkisistä rajoitteista on tärkeää. Tämän lisäksi osalla tuensaajista tekemistä estävät taloudelliset haasteet, sillä moni harrastus tai vaikka kahvilassa käynti maksaa. Linkkihenkilöiden kannalta seikka on myös tärkeä, sillä linkkihenkilötoiminnasta ei saisi aiheutua heille kuluja. Vaikka itse toiminta, esimerkiksi metsäretki on ilmaista, maksavat retkievää jotain. Maksavatko kumpikin omat evänsä, vai huolehtiiko hyvinvointilähetetoiminnan organisoiija siitä, että linkkihenkilö voi osallistua tuensaajan kanssa toimintaan maksutta?

Erityisen merkityksellistä yhdessä tekeminen oli tuensaajille, joiden elämänpiiri oli kaventunut omaan kotiin. Lähetteen tekijät mainitsivat tässä yhteydessä erityisesti ikäihmiset. Lähetteen tekijät korostivat lähetteensaajan motivointia toimintaan ja kotoa poistumiseen lähetteen teon perusteina. He arvioivat siten, että hyvinvointilähetteen merkitys on juuri verkostollisen ja toiminnallisen tuen antamisessa ja keskeisenä kohderyhmänä he näkivätkin yksinäiset ihmiset. Toiveena oli erityisesti, että toiminnan kautta saataisiin apua ihmisten henkisen hyvinvoinnin lisäämiseen, yksinäisyyteen ja masentuneisuuteen. Hyvinvointilähetteen tuomaksi hyödyksi he arvioivat juuri sen, että tuensaaja oli aktivoitunut liikkumaan kodin ulkopuolella ja uskaltanut lähteä erilaisiin toimintoihin mukaan.

Yhdessä tekeminen oli myös piirre, jonka tuensaajat kuvasivat erottavan linkkihenkilötoiminnan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Tuensaajat tiedostivat, että yhdessä tekeminen voi joskus edellyttää voimakasta suostuttelua ja taitoa ymmärtää, millä tavoin ihmistä voi motivoida. Tätä pohtivat myös linkkihenkilöt ja he puhuivat lievästä pakottamisesta esimerkiksi siten, että tapaamiset sovittiin

joka päivä hieman aikaisemmaksi päivällä ja näin tuensaajan päivärytmi muuttui, eikä hän nukkunut koko päivää. Linkkihenkilön tapaaminen toi elämään rytmiä ja loi motivaatiota nousta ylös. Muina keinoina linkkihenkilöt mainitsivat kannustamisen, kuuntelemisen ja rinnalle asettumisen. Lähetteen tekijät pitivät tärkeänä sitä, että tuensaaja ymmärtää toiminnan tarpeen ja on motivoitunut osallistumaan siihen. Pitkälle edennyt muistisairaus on este, sillä tällöin henkilön ei voida olettaa jatkavan esimerkiksi uutta harrastusta itsenäisesti, ellei hän saa siihen jotain muuta kuin linkkihenkilön tukea hyvinvointilähetetoiminnan päätyttyä.

Samansuuntaisesti tuensaajat toivat myös esille kuulluksi tulemisen tärkeyden eli toimintaa tulee suunnitella ja toteuttaa tuensaajan lähtökohdista sekä kunkin sen hetkisestä tilanteesta käsin, kuten koulutuksessakin korostettiin. Linkkihenkilön tulisi osata heidän mukaansa arvioida, milloin voimakkaampi ohjailu tai kannustaminen on soveliaista ja milloin taas ei. Toisinaan ongelmana on se, että paikkakunnalla ei ole tarjolla soveliaista toimintaa. Tämän seikan huomioivat myös lähetteen tekijät. Hyvinvointilähetteessä tarkoituksena ei ole se, että linkkihenkilö tarjoaa tuen ja toiminnan, vaan että linkkihenkilö on tuki, väline ja keino siihen, että tuensaaja löytää ystäviä, seuraa, toimintaa, motivaatiota ja muuta sellaista, mikä lisää hänen hyvinvointiaan (Drinkwater ym. 2019). Sopivan toiminnan puute, esimerkiksi harrastusryhmät tai tukihenkilötoiminta, hankaloittivat tuensaajan linkittämistä eteenpäin ja saattoi pidentää tuensaajan ja linkkihenkilön yhteisen toiminnan kestoa.

Toisinaan verkostotuen esteenä olivat toimintaan pääsyn kustannukset. Lapissa välimatkat ovat pitkiä, julkinen liikenne vähäistä ja sääolot etenkin talvella ovat haastavat. Tämä korostui erityisesti tilanteissa, joissa tuensaaja asui muualla kuin kuntakeskuksessa ja/tai hänellä oli liikkumisen vaikeuksia, mutta käytettävissä ei kuitenkaan ollut sosiaalihuoltolain (1301/2014) tai vammaispalvelulain (380/1987) mukaisia liikkumista tukevia palveluja. Vaikka käytettävissä olisi liikkumista tukevia palveluja, ne saattavat riittää vain välttämättömien asioiden hoitamiseen. Linkkihenkilöt pohtivat taksin käyttöä, mutta erityisesti kun kuljettava matka on pitkä ja/tai ihmisellä on pienet tulot, se ei ole mahdollista ilman yhteiskunnan tukea. Liikkuminen on yhdenlainen resurssi ajan ja tiedon lisäksi vaikuttaen voimakkaasti osallistumisen mahdollisuuksiin.

Linkkihenkilöt ilmaisivat myös tarvetta verkostotuella. He kaipasivat vertaistukea ja sitä myös organisoitiin. Linkkihenkilöt kertoivat olevansa omatoimisesti yhteydessä toisiinsa. Linkkihenkilöiden yhteisö alkoi muodostua, mikä tuli tutkijoillekin näkyviin linkkihenkilöiden tapaamisessa hankkeen loppupuolella. Kouluttajat kuvasivat tätä prosessia osana linkkihenkilöiden henkilökohtaista kasvua. Linkkihenkilöt kokivat koordinoivien linkkihenkilöiden tuen erittäin tärkeänä, samoin kuin koulutukseen liittyvän mentoroinnin.

Välineellinen tuki

Edellä esiteltyt sosiaalisen tuen muodot, emotionaalinen, tiedollinen ja verkostotuki olivat jo hankkeen suunnittelun vaiheessa eri tavoin sisäänrakennettuna. Sen sijaan välineellinen tuki näyttäisi piirtyvän esiin vasta toiminnan aloittamisen myötä. Välineellinen tuki on konkreettista tekemistä, jolloin tuen antaja antaa suoraa apua tuensaajalle (esim. Hjelm & Berterö 2009; Myers ym. 2021).

Konkreettinen tekeminen saattoi olla paitsi yhdessä myös puolesta tekemistä, esimerkiksi papereiden tulostamista hakemuksiin. Yhdessä tekemisessä on samalla kyse myös toiminnallisesta tuesta: tehdään asioita yhdessä ja ohjataan tuensaajaa lähtemään liikkeelle ja ryhtymään asioihin. Välineellisessä tuessa painottuu linkkihenkilön aktiivinen toiminta. Holding kumppaneineen (2020) ovat todenneet, että tällaisissa tilanteissa linkkihenkilöt haluavat tukea haavoittuvissa tilanteissa olevia, jolloin heidän roolinsa muuttuu lähemmäksi ammattilaisen, kuten sosiaalityöntekijän roolia. Sosiaalityöntekijät usein toimivat asiakkaiden asioiden eteenpäin viejinä ja tukevat asiakasta asioiden hoitamisessa (Jokinen & Juhila 2008). Kyse on osin myös palvelujärjestelmän monimutkaisuudesta tai siinä toimimisen edellyttämistä voimavaroista, joita henkilöllä ei ole käytössään. Tukien hakeminen saattaa edellyttää tietoteknisiä välineitä tai osaamista, mitä kaikilla haastatelluilla tuensaajilla ei ollut. Linkkihenkilön toiminta täyttää tällaisessa tilanteessa jonkin aukon palvelujärjestelmässä (Holding ym. 2020), mikä ei ole hyvinvointilähetteen tarkoitus. Välineellisessä tuessa linkkihenkilö on konkreettisen avun antaja ja tuensaaja avun vastaanottaja. Tutkimusten mukaan välineellisen tuen vaikutus esimerkiksi käyttäytymisen muutokseen on lyhytaikaisempi verrattuna siihen, että annetaan joko emotionaalista tukea tai välineellistä tukea ja muuta tukea samanaikaisesti (Hjelm & Berterö 2009; Myers ym. 2021). Konkreettista tukea tarvittiin myös liikkumiseen, mutta linkkihenkilöillä ei kuitenkaan ollut lupaa ottaa tuensaajia oman auton kyytiin. Tällaisessa tilanteessa linkkihenkilöt jälleen pohtivat vakuutuksia ja vastuita sekä toiminnan esteitä. Linkkihenkilöt olivat vakuutettuja työntekijöiden tapaan, mutta vakuutukset eivät kata esimerkiksi tuensaajien kuljettamista.

Välineellisen, arjessa auttamisen tarve oli tuensaajille erityisen tärkeää silloin kun heillä ei ollut läheisiä tai he asuivat kaukana. Toisinaan välineellinen tuki tarkoitti eräänlaista taustatukea, kuten tukihenkilönä olemista lääkärin vastaanotolla. Näin hankkeen avulla saatiin näkyviin ihmisten tarpeita pysyvämmälle tukihenkilölle tai omatyöntekijälle, mikä vaatii pohtimaan, olisiko tällainen toiminta virallisen palvelujärjestelmän tehtävä. Tätä on tärkeä arvioida etenkin silloin, kun henkilö on asiakkaana useissa eri palveluissa, kuten kotihoidossa tai mielenterveyspalveluissa. Esimerkiksi sosiaalihuoltolain (1130/2014, 5. luku §4) mukaan sosiaalihuollon asiakkaalle on nimettävä asiakkuuden ajaksi omatyöntekijä, jonka tehtävänä on edistää palvelujen toteutumista siten, että ne edistävät asiakkaan itsenäistä selviytymistä ja tuen tarpeen päättymistä.

Lopuksi tarkastelemme muiden toimijoiden mahdollisesti tarvitsemaa välineellistä tukea hyvinvointilähetetoiminnassa. Lähetteen tekijät arvioivat, että heillä oli riittävästi tietoa ja osaamista läheteiden tekemiseen, eivätkä tarvinneet siihen enempää tukea. Osalla heistä ei kuitenkaan ollut tunnuksia sähköiseen järjestelmään läheteiden tekemiseksi. Linkkihenkilöt toivat myös esiin sähköisen järjestelmän paremman hyödyntämisen tiedonkulun kannalta. Linkkihenkilöiden keskuudessa pohdittiin toiminnan konkreettista organisointia, kuten kenen tulisi olla työnantaja; kunnan, järjestön, sairaanhoitopiirin vai jonkun muun. Palkkion tasoa myös mietittiin ja tulisiko se olla saman tasoinen kaikille linkkihenkilöille. Osa linkkihenkilöistä teki linkkihenkilötyötä osana muuta työtään ja sai sen mukaisen palkan. Toiset taas tekivät linkkihenkilötyötä esimerkiksi muun työn ohessa tai työttömänä ja saivat palkkion. Palkkioon liittyvää paperityön määrää kritisoitiin tällaisessa tilanteessa ja ongelmia kohdattiin myös siinä, miten palkkio sovitetaan työttömyysetuuteen. Palkkion tasoa (12,43 €/tunti) pidettiin symbolisena suhteessa tehtävän työn laatuun ja määrään, mutta silti tärkeänä. Se, että linkkihenkilötyöstä saa palkkion, saattaa aiheuttaa järjestöjen näkökulmasta hankalia tilanteita vapaaehtoistyöntekijöiden rekrytointiin, jos järjestöissä tehdään hyvin saman tapaista toimintaa kuin hyvinvointilähetetoiminnassa.

Monipuolista tukea

Kun hyvinvointilähetetoimintaa tarkastellaan tuensaajien näkökulmasta, olivat kaikki toimintaan ja haastatteluihin osallistuneet siihen tyytyväisiä. Myös linkkihenkilöt arvioivat toiminnan tuensaajille hyödylliseksi, mutta huomioivat että se ei sovi kaikille, esimerkiksi jos mielenterveys ei ole tasapainossa, päihteiden käyttö on voimakasta tai tuen tarve ei ole ohimenevä, kuten muistisairailla. Toisinaan ongelmia linkkihenkilöiden mukaan syntyi siitä, että toimijoiden odotukset hyvinvointilähetetoimintaa kohtaan olivat erilaisia. Tuensaaja tai lähetteen tekijä saattoi olettaa linkkihenkilön olevan tuensaajalle pitkäaikainen tuki ja konkreettinen apu, esimerkiksi liikkumisessa. Joka tapauksessa haastatelluista lähetteen tekijöistä suurin osa (n=11, 8/11) totesi lähetteestä olleen apua toimintaan osallistuneille, mutta hyödyn arviointi oli heidän näkökulmastaan vaikeaa.

Tuensaajien tyytyväisyys kiinnittyi ennen kaikkea emotionaaliseen tukeen, mutta myös toiminnallisuuteen ja yhdessä tekemiseen. Emotionaalisen tuki liittyy myös hyvinvointilähetetoiminnan taustalla olevaan toipumisorientaatioajatteluun. Siinä on nostettu esiin toisen henkilön rooli toipumisen ja hyvinvoinnin lisäämisessä. Kyse on rinnalla kulkijasta, joka rakentaa luottamusta ja toivoa sekä uskoa ihmisen omiin voimavaroihin ja kykyihin silloinkin, kun ihminen ei itse niitä huomaa. (Anthony 1993; Kivistö 2020.) Sosiaalisen tuen merkitys elämänmuutoksissa ja oman käyttäytymisen muuttamisessa on myös tärkeää, etenkin kun se on monipuolista sisältäen samanaikaisesti erityyppistä sosiaalista tukea (esim. Gariépy ym. 2016; Strom & Egede 2021).

Eri toimijat toivat haastatteluissa esille toimintaan vaikuttavana tekijänä linkkihenkilöiden sopivuuden tehtäväänsä. Tässä on yhtäältä kyse sopivien ja toimintaan motivoituneiden henkilöiden saamisesta mukaan toimintaan, mutta myös koulutuksen laadusta ja koordinoivien linkkihenkilöiden toiminnasta. Koulutuksen tehtävänä on taata linkkihenkilöiden toiminnan perusteet ja koordinoivat linkkihenkilöt taas yhdistävät lähetteen saaneen henkilön ja linkkihenkilön. Koordinaattorit saattoivat myös palauttaa lähetteitä lähetteen tekijöille, koska lähetteessä kirjattu tarve ei vastannut hyvinvointilähetetoimintaa. Tällaisia olivat esimerkiksi mielenterveyspalveluiden tarve, ulkoilutus ja seurustelu. Koordinaattorin työ oli Lapin kontekstissa välillä haastavaa, sillä ihmiset tuntevat toisensa ja osa tuensaajista ja linkkihenkilöistä ei halunnut toimia entuudestaan tutun henkilön kanssa. Osa taas halusi mieluummin tutun henkilön. Toisinaan pienellä paikkakunnilla hyvinvointilähetetoiminta saattoi aikaansaada juoruja, etenkin jos tuensaaja ja linkkihenkilö olivat eri sukupuolta. Tuensaajat kuvasivat linkkihenkilöitä kannustavina, lämpiminä, aktiivisina, periksiantamattomina ja läsnä olevina henkilöinä, joilla oli heille aikaa. Linkkihenkilöille haasteita aiheuttivat tehtävään sitoutumisen vaikeus, kun he tasapainoilivat ansiotyön ja perheen sekä linkkihenkilötoiminnan välillä. Linkkihenkilöt kertoivat onnistuneensa tehtävässään silloin, kun tuensaaja innostuu liikunnasta tai harrastuksista, hän osoittaa omatoimisuutta, kertoo olonsa olevan hyvä, on tutustunut uuteen asuinympäristöön, on saanut tekemistä tai sosiaalisia kontakteja tai saanut otteen elämästä muutosten jälkeen.

Entä mitä tapahtuu hyvinvointilähetetoiminnassa, kun linkkihenkilön kanssa kuusi kuukautta on mennyt? Osa tuensaajista pohti uuden lähetteen saamista ja yksi heistä järjesti itselleen uuden lähetteen, mikä ei ole toiminnan tarkoituksen mukaista (ks. myös Holding ym. 2020). Linkkihenkilöt pohtivat mahdollisuutta palauttaa asiakkaan asia lähetteen tekijälle, kun toiminta päättyy ja tuensaajan tuentarve jatkuu. Osa lähetteen tekijöistä olisi halunnut tietää tuensaajan tilanteesta enemmän toiminnan päättyttyä. Joillakin tuensaajilla oli omatyöntekijä, jonka kanssa linkkihenkilö ja tuensaaja yhdessä suunnittelivat niin linkkihenkilötoimintaa kuin sen jälkeisiä tukitoimia. Joka tapauksessa seuranta toiminnan vaikutuksista ja koetuista vaikutuksista olisi tarpeellista.

Hankkeen lyhyen keston ja aineistojen rajallisuuden vuoksi emme pysty tarkastelemaan toiminnan vaikutuksia ihmisten hyvinvointiin tai palvelujen käyttöön pidemmällä aikavälillä. Hankkeessa oli käytössä positiivisen mielenterveyden mittari, ja mittauksia oli tarkoitus tehdä toiminnan alussa ja lopussa sekä kolmen kuukauden kuluttua toiminnan päättymisestä. Alkumittauksia oli tehty aineistonkeruun päättyessä 27 henkilölle, toisia mittauksia 17 ja kolmansia mittauksia 2. Niiden kohdalla, joiden kanssa oli tehty kaksi mittausta, ensimmäisen ja toisen mittauksen välillä on painotettu keskiarvo hivenen noussut: 1. mittausta 20,87 ja 2. mittausta 21,58. Seitsemästätoista kahden mittauksen läpi käyneestä tuensaajasta 52,9 prosentilla olivat arvot nousseet, 35,3 %:lla laskenut ja 11,8 %:lla pysynyt samana. Missään yksittäisessä seitsemästä ulottuvuudesta ei ollut erityisen huomattavaa muutosta, vaan nousu jakautui tasaisesti eri ulottuvuuksille. Yksittäisen henkilön osalta mittarin

näyttämä muutos oli pääosin enintään 2 pistettä (raakapiste) suuntaan tai toiseen, mutta yhdellä henkilöllä mittarin antama pistemäärä nousi peräti 8 pistellä. Mittaukseen osallistuneiden lukumäärä oli liian pieni johtopäätösten tekoon, mutta ne antavat jotain suuntaa.

Vaikka hyvinvointilähetetoimintaa on toteutettu Iso-Britanniassa jo pitkään, sen vaikutuksista on saatu vähän mittareilla todennettua tietoa (ks. luku 2). Vuonna 2019 (Benson ym.) julkaistussa tutkimuksessa testattiin lyhyttä henkilökohtaisen hyvinvoinnin mittaria (Personal Wellbeing Score PWS), ja se arvioitiin helppokäyttöiseksi. Mielenterveyttä kuvastavat kysymykset koettiin hyväksyttäväksi, sillä niihin jätettiin harvoin vastaamatta. Mittaria testattiin vain iäkkäillä henkilöillä, joilla oli monilla terveydellisiä haasteita. Tutkimukseen osallistuneiden mittaustulokset osoittivat hyvinvoinnin kokemuksen kohentumista hyvinvointilähetetoiminnan aloittamisen jälkeen. Monet hyvinvointilähetettä käsittelevät tutkimukset päätyvät siihen tulokseen, että sen vaikutuksia ei voida selkeästi osoittaa, mutta siihen osallistuneet tuensaajat ja asiakkaiden kanssa eri palveluissa työskentelevät arvioivat sen vaikuttavan positiivisesti tuensaajiin (esim. Pilkington ym. 2017; Reinhardt ym. 2021; Vidovic ym. 2021). Linkki lappilaiseen hyvinvointiin hankkeessa tuensaajilta kysyttiin heidän kokemustaan hankkeen vaikutuksesta hyvinvointiin (viisiportainen Likert asteikko). Raportin kirjoittamisen vaiheessa vastauksia tähän kysymykseen oli saatu yhdeksältä tuensaajalta. Vastausten keskiarvo oli 4.45 eli toiminta oli vahvistanut heidän hyvinvointiaan. Samalla tapaa vastaajat suosittelivat toimintaa muille: keskiarvo oli 8.9. asteikolla 1–10 Vastaajien vähäinen määrä ei mahdollista laajempia johtopäätöksiä.

Luvun 6 keskeinen viesti

TEHDYT LÄHETTEET

- Kaikkiaan 63 lähetettä (25.10.2021 mennessä) on tehty ja niistä noin 70 % johti toimintaan osallistumiseen.
- Sekä lähetteen tekijän, että tuensaajan on tärkeä tietää jo lähetteen teon vaiheessa mistä hyvinvointilähetetöinnassa on kyse. Tämä vaikuttaisi lisäävän toimintaan osallistumisen todennäköisyyttä.
- Lähetteen taustalla oli ennen kaikkea yksinäisyys, sosiaalisten kontaktien ja keskustelukavereiden puute.
- Kemijärvellä painottui tuensaajissa iäkkäiden, yli 75 vuotiaiden osuus, kun taas Muoniossa suurin ryhmä oli alle 65 vuotiaat.

KOKEMUKSIA

- Toiminnan tarjoama sosiaalinen tuki näyttäytyi emotionaalisenä, tiedollisena, välineellisenä ja verkostotukena.
- Tuensaajat kokivat toiminnan tuottaneen erityisesti emotionaalista tukea, joka mahdollisti omien asioiden käsittelyn ja kuulluksi tulemisen.
- Verkostotuen mahdollisuudet olivat suunniteltua vähäisemmät toimintaympäristöön liittyvien tekijöiden (COVID -19, pienet kunnat) johdosta.
- Keskeisiä tekijöitä olivat linkkihenkilön sopivuus tuen saajan tarpeisiin nähden, linkkihenkilön käytettävissä oleva aika ja tieto erilaisista toiminnoista.
- Toiminta oli rajattu kestämään puoli vuotta, jonka osa koki riittäväksi ja osa riittämättömäksi.
- Toimintaa vaikeuttivat puutteelliset taloudelliset resurssit, jotka estivät tuensaajan lähtemisen kotoa tai osallistumisen maksulliseen toimintaan.
- Linkkihenkilön antamasta tuesta näyttivät hyötyvän eniten ne,
 - jotka tarvitsivat tukea oman elämän jäsentämiseen
 - joiden elämänpiiri oli kaventunut kotiin
 - joiden motivoinnissa kodin ulkopuolelle lähtemiseen linkkihenkilöt onnistuivat
 - joilla oli riittävästi toimintakykyä osallistua toimintaan ja tehdä muutoksia elämässään.

7. Hankeen laajemmat tulokset

Yhteisluomisen tutkan neljäs osa-alue on nimetty tuotoksiksi ja sillä tarkoitetaan esimerkiksi hankkeen vaikutuksia organisaatioon, päätöksentekoon tai laajempaan institutionaaliseen ympäristöön. Organisaatioon hanke voi vaikuttaa esimerkiksi taitojen ja asiantuntemuksen kehittymisenä sekä toiminnan uudenaikaisena organisointina, päätöksenteon näkökulmassa taas kyse on vastuusta, tiedonkeruusta ja sen hyödyntämisestä. Vaikutuksina institutionaaliseen ympäristöön voi olla palveluihin tehdyt muutokset tai vaikka uuden yritystoiminnan aloittaminen (Rask & Ertiö 2019).

Linkki lappilaiseen hyvinvointiin-hankkeen kannalta olemme käsitelleet jo linkkihenkilöiden taitojen ja asiantuntemuksen kehittymistä hankkeen koulutuksen yhteydessä (ks. luku 5.3). Tässä luvussa pohdimme asiantuntemuksen muutosta lähetteen tekijöiden suhteen. Päätöksenteko ja vastuuvollisuus puolestaan ovat eri toimijoiden sitoutumista hyvinvointilähteeseen sekä toiminnan sijoittumista osaksi organisaatiota ja palvelujärjestelmää hankkeen aikana ja tulevaisuudessa. Sitoutumista kuvaavat myös toimintaan käytetyt resurssit, jotka ovat mahdollistaneet toiminnan kehittämisen ja käynnistymisen. Kolmantena ulottuvuutena ovat hankkeen institutionaaliset vaikutukset, joissa keskitymme siihen, miten hanke on ollut vuorovaikutuksessa hankkeen ulkopuolisten toimijoiden kanssa.

7.1. Asiantuntemus ja päätöksenteko

Hankkeessa tavoiteltiin palveluiden asiantuntijalähtöisen ajattelutavan muuttamista sellaiseksi, jossa ihmisen tuen tarpeisiin vastattaisiin keskittyen hänen tavoitteisiinsa ja lähtökohtiinsa. Yhtäältä kyse on siitä, että hyvinvointilähteellä pyritään ratkaisemaan sellaisia ongelmia, joissa asiakkaan tai potilaan oma sitoutuminen ja toiminta on tärkeää. Tällaisia ovat esimerkiksi fyysisten ja psyykkisten pitkäaikaissairauksien hoito tai yksinäisyys (esim. Chatterjee ym. 2018; Heijnders & Meijs 2018; Vidovic ym. 2021). Toisaalta kyse on siitä, että nykyinen hyvinvointivalttiollinen politiikka korostaa yksilön vastuuta uuden julkisen hallinnan oppien suuntaisesti ja yksilöt valjastetaan osaksi palveluiden tuotantoa (Osborne 2010; Torfing & Triantafillou 2010).

Haastatelluista lähetteen tekijöistä moni (11/7) toi esiin sen, että tapa toimia asiakkaiden tai potilaiden kanssa on muuttunut hankkeen myötä. He esimerkiksi etsivät uudenlaista toimintaa asiakkaan tai potilaan tueksi. Usea lähetteen tekijä myös koki, että oma työ oli ainakin hieman helpottunut lähetteen myötä, kun tuensaaja oli vähentänyt käyntejään ja soittojaan linkkihenkilön mukaan tulon myötä. Toimintaan ohjaaminen koettiin mielekkääksi, sillä lähetteen tekijät kokivat pystyvänsä tarjoamaan asiakkaalle jotain konkreettista apua. Etenkin pitkäaikaisten asiakkaiden ja potilaiden kohdalla tämä on

tärkeä seikka, sillä ammattilaiset haluavat auttaa ja samanlaisena pysyvä tai heikkenevä tilanne vaivaa heitä. Tällöin esimerkiksi mielenterveyspalveluissa saattaa lääkkeiden käyttö lisääntyä. (ks. Zechner ym. 2022.) Lähetteen tekijöistä kolme arvioi, että hyvinvointilähetetoiminnalla ei ollut mitään vaikutusta omaan työhön, muutama jopa arvioi, että toiminta lisäsi yhteydenottoja ja käyntejä.

Päätöksenteon ja hankkeen toiminnan ovat mahdollistaneet hankkeen resurssit. Tarkoituksena oli palkata Lapin sairaanhoitopiiriin kokopäiväinen suunnittelija koko hankkeen ajaksi sekä viiden kuukauden ajaksi kaksi kokopäiväistä projektityöntekijää, jotka organisoisivat hyvinvointilähetetoiminnan Kemijärvellä, Muoniossa ja Enontekiöllä. Tämän sijaan palkattiin Kemijärvelle yksi kokopäiväinen koko hankkeen suunnittelija, joka toimi Kemijärvellä myös linkkihenkilönä ja koordinoivana linkkihenkilönä. Muoniossa ja Enontekiöllä ei palkattu projektityöntekijöitä, vaan kuntien hyvinvointikoordinaattorin ja -ohjaajan työpanoksesta osa siirrettiin hankkeelle. Näin heidän työpanostaan kyettiin jakamaan pidemmälle ajanjaksolle, kun henkilöstökustannukset jäivät suunniteltua pienemmiksi. Pandemian aiheuttamien toiminnan aloituksen viivästymisen ja toisaalta toiminnan mahdollisimman pitkän juurruttamisvaiheen luomiseksi oli ratkaisu varmasti järkevä.

Hankkeessa työskentelivät lisäksi Lapin sairaanhoitopiirin projektipäällikkö (4 henkilötyökuukautta) ja perusterveyden huollon ylilääkäri (2 henkilötyökuukautta). Lisäksi sairaanhoitopiirin koulutussuunnittelijan työpanosta käytettiin koulutuksen toteutuksessa, mikä kattoi myös osan hankkeen omarahoitusosuudesta. Myös tietohallinnon suunnittelijan (0,6 henkilötyökuukautta), tietosuojaavastaavan (0,8 henkilötyökuukautta) ja tietoturvakoordinaattorin (1 henkilötyökuukautta) työpanokselle oli varattu resursseja, mutta niitä hyödynnettiin aiottua vähemmän. Koulutussuunnittelijan ennakoitua suurempi osuus hankkeessa saattoi korvata näitä. Tietohallinnon tehtävät liittyivät sähköiseen lomakkeeseen ja sen tietoturvaan. Tietohallinnon, projektipäällikön ja ylilääkärin työpanos ja kustannuksineen ovat hankekustannuksia, jotka toiminnan vakiintumisen myötä jäävät hyvinvointilähete toiminnasta pois.

Vuoden 2021 lopulla on hankekunnissa pohdittu miten hyvinvointilähetetoimintaa olisi mahdollista jatkaa. Samalla on ollut tarvetta tarkastella sitä, millaisia kustannuksia toiminta on vaatinut. Keskeisiä kustannuksia tuottavia tekijöitä ovat jatkossa koordinoivan linkkihenkilön ja linkkihenkilöiden palkkatai palkkiokustannukset, sekä lähetteen tekijöiden käyttämä aika lähetteen tekemiseen. Tämä kuitenkin arvioidaan osaksi heidän muutenkin tekemää työtään. Koordinoivien linkkihenkilöiden rooli on toiminnassa keskeinen. Hankkeen aikana Muonio-Enontekiön (yhteensä noin 4000 asukasta) kahden osa-aikaisen koordinoivan linkkihenkilön yhteenlasketuiksi kustannuksiksi laskettiin alle 1000 euroa kuukaudessa. Saatujen kokemusten perusteella hankkeen suunnittelija esitti, että koordinoivan linkkihenkilön tulisi toimia vähintään 50 %:lla työajalla isommassa kunnassa, kuten Kemijärvellä (noin

7000 asukasta). Vuosikustannukseksi arvioitiin tällaiselle tehtävälle kaikkine sivukuluineen noin 40 000 euroa. Linkkihenkilöille maksettavien palkkioiden osalta hän arvioi, että linkkihenkilölle voitaisiin maksaa 12,43 euroa/tuensaajan tapaamistunti. Mikäli näihin palkkioihin varattaisiin esimerkiksi 5 000 euroa/vuosi, sillä saataisiin noin 380 tuntia linkkihenkilön työtä. Mikäli jokainen tuensaajan ja linkkihenkilön tapaaminen kestäisi kaksi tuntia, niitä olisi noin 192 vuodessa. Projektisuunnittelija arvioi, että näin voitaisiin tavoittaa noin 40 tuensaajaa vuosittain. Lisäksi hän arvioi, että yksi linkkihenkilö pystyisi ottamaan vastaan 3–4 tuensaajaa vuodessa, joten 40 tuensaajan tavoittaminen edellyttää noin kymmentä toiminnassa mukana olevaa linkkihenkilöä vuodessa. Koska moni linkkihenkilö ei ainakaan hankkeen aikana kyennyt sitoutumaan tehtävään kovin pitkäksi aikaa, tulisi koulutusta olla usein tarjolla. Koulutuksen ja työnohjauksen hinnaksi on arvioitu 5 000 euroa. Hyvinvointilähetteestä aiheutuu varmasti enemmän kustannuksia, kuin vaikka järjestöjen tarjoamasta ryhmätoiminnasta, mutta on tärkeää huomioida, että kohderyhmä on sellainen, joka käyttää paljon sosiaali- ja/tai terveyspalveluita. Mikäli linkkihenkilöiden avulla palveluiden kysyntää saadaan vähennettyä, kustannukset ovat melko pieniä. Konkreettisia laskelmia ei käytössämme olevalla aineistolla voida vielä tehdä, eikä toiminnan taloudellisia tai sosiaalisia vaikutuksia voida osoittaa.

Kustannusten lisäksi hankkeessa mukana olevissa kunnissa on suunniteltu toiminnan organisointia tulevaisuudessa. Etenkin hyvinvointilähetetoiminnan paikantuminen nykyisiin ja tuleviin hyvinvointialueiden rakenteisiin on ollut yksi keskeinen pohtimisen kohde. Hyvinvointilähete tehdään pääosin sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä työllisyyspalveluissa. Hyvinvointilähetteen vastaanottajan, koordinoivan linkkihenkilön paikka on hankkeen aikana määritelty osaksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palveluita, jotka ovat kuntien vastuulla, kun hyvinvointialueet aloittavat toimintansa. Paikkaa määrittää yhtäältä toiminnan luonne, kuten onko se samantyyppistä kuin palveluohjaus tai -neuvonta, sosiaalinen kuntoutus tai sosiaaliohjaus. Toisaalta paikkaa voi pohtia sitä kautta, onko linkkihenkilön työ asiantuntijan vai vertaistoimijan tai -tukihenkilön työtä tai jotain siltä väliltä. Vapaaehtoistyöhön se ei täysin vertaudu, koska siitä saa palkkion.

Linkkihenkilö on tuensaajan kanssa dialogista keskustelua käyvä vertainen toimija, rinnalla kulkija, kuuntelija ja motivoija. Lisäksi tehtävänä on tukea tuensaajaa liittymään osaksi esimerkiksi järjestöjen toimintaa. Linkkihenkilö toimii näin välittäjänä julkisen sektorin palvelujärjestelmän ja esimerkiksi järjestöjen välillä ja siten erilaisten hyvinvointia tuottavien toimijoiden rajapinnoille. Yhtäältä tämä on osa uudenlaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kenttää, jossa keskeistä on asiakaslähtöisten yhteistyömuotojen lisääminen paitsi sosiaali- ja terveyspalvelujen kesken, sekä niistä ulospäin. Toisaalta tällainen yhdyspinnoilla työskentely on hyvinvoinnin edistämisen toimintaa, joka tulevaisuuden palvelurakenteissa jää kuntien vastuulle. (Niemelä & Kivipelto 2019.)

Hyvinvointilähete- ja linkkihenkilötoiminnan paikantumista tulee tarkastella myös hallinnollisesta tai organisatorisesta näkökulmasta. Tällöin kyse on esimerkiksi siitä, kuka linkkihenkilöt työllistää, millaisin sopimuksin ja millaista palkkaa tai palkkiota työstä maksetaan ja kenen toimesta. Organisatorisen paikan pohdinnassa on huomioitavat myös linkkihenkilöiden oikeusturva, kuten vakuutukset ja niiden kattavuus, kun toimitaan tuensaajan kanssa. Edelleen linkkihenkilöiden ja asiakkaan kohtaamisista kertyvät kustannukset ja niiden kattaminen ovat ratkaistavia kysymyksiä. Entä mitä tapahtuu, kun tuensaaja on halukas harrastamaan, mutta hänellä ei ole siihen varaa? Kemijärvellä koordinoivan linkkihenkilön toiminta siirtyy hankkeen jälkeen kansalaisopiston vastuulle ja se tekee jatkossa työ- tai palkkiosopimuksen linkkihenkilöiden kanssa. Pohdinnassa oli myös tehdä kuten Enontekiöllä ja Muoniossa, joissa toiminta on hankkeen aikana osa kuntien hyvinvointikoordinaattorien tai – ohjaajien työtä. Kaikissa suunnitelmissa hyvinvointilähetetoiminta ja sen koordinointi jäisi osaksi kuntien vastuulla olevaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä eikä siirtyisi tulevien hyvinvointialueiden tehtäviin.

Vuoden 2022 hallitusohjelmaa tukevan valtionavustushaun oppaassa mainitaan hyvinvointilähete (STM 2021, 34). Se on sijoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuuden vahvistamisen ja kustannusvaikuttavuuden lisäämisen alle, ja siellä tavoitteena on edistää hoitotakuun toteutumista vahvistamalla ennaltaehkäisyä ja ongelmien varhaista tunnistamista. Oppaan mukaan ”[.] valtionavustusta kohdennetaan hyvinvoinnin monialaisen palvelukonseptin kehittämiseen ja käyttöönottoon. Palvelukonseptilla tarkoitetaan hyvinvointialueelle luotavaa toimintamallia, jonka avulla alueen kuntien ja kolmannen sektorin hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä, pärjäävyyttä, terveyttä ja osallisuutta edistävät palvelut ja toiminnot ovat sekä asiakkaiden että ammattilaisten helposti löydettävissä. Kehittämistyössä luodaan monialainen digitaalinen palvelutarjotin sekä työkalut ja toimintamalli, joiden avulla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset pystyvät ohjaamaan asiakkaita näiden palveluiden ja toimintojen piiriin.” (STM 2021, 33). Kuvaus vastaa hyvinvointilähetetoimintaa ja sen toiminnan alueeksi määritellään kuntien sijaan hyvinvointialue.

7.2. Institutionaaliset seikat

Hyvinvointilähetetoiminnan onnistuminen riippuu paljon toiminnan kontekstista. Kun toiminnan keskeisenä tavoitteena on tuensaajin linkittäminen osaksi erilaisten kolmannen sektorin toimijoiden, kuten järjestöjen ja seurakuntien ja myös yritysten toimintaa, ovat paikalliset toimijat tärkeitä. Hankkeen yhteistyö kolmannen sektorin kanssa oli monitasoista. Yhtäältä järjestöjen ja seurakuntien kautta ja avulla kyettiin tiedottamaan hyvinvointilähetetoiminnasta ja niiden edustajien kanssa keskusteltiin hanketoiminnan sisällöstä ja siitä, millaista toimintaa kolmas sektori voi tarjota

tuensaajille. Hanketyöntekijät osallistuivat näiden toimijoiden tapaamisiin ja tapahtumiin ja osa linkkihenkilöistä rekrytoitiin kolmannen sektorin toiminnan kautta. Näin heistä tuli aktiivisia toimijoita kolmannen sektorin lisäksi myös linkkihenkilötoiminnassa ja he kykenivät yhdistämään kummankin toiminnan kautta tullutta osaamistaan ja tietämystään.

Vaikka järjestöt on nähty keskeisenä kumppanina toiminnassa, toivat järjestötoimijat esiin myös uudenlaiseen toimintamalliin liittyvää huolta siitä, asettaako hyvinvointilähetetoiminta järjestölle ulkopuolisia vaateita. Järjestöillä on usein pulaa vapaaehtoisista, voiko osa ohjautua linkkihenkilöiksi ja jäädä pois järjestöjen toiminnasta? Tähän liittyi myös huoli toiminnan eriarvoisuudesta: linkkihenkilöt saavat korvauksen toiminnastaan, kun taas järjestöissä toimitaan palkattoman vapaaehtoisuuden pohjalta. Kaiken kaikkiaan järjestöjen rooli hankkeessa näyttää jääneen suunniteltua pienemmäksi. Jos hyvinvointilähetetoiminnan yksi institutionaalinen tavoiteltu vaikutus oli kolmannen sektorin toiminnan laajeneminen tai vahvistuminen, ei tämä toteutunut. Osaksi tähän varmasti vaikutti pandemia, jonka vuoksi kolmannen sektorin toimijat joutuivat rajoittamaan toimintaansa. Yksi tapa sitouttaa järjestöjä olisi se, että koko linkkihenkilötoiminta ja sen koordinointi on kolmannen sektorin toimintaa (ks. esim. Holding ym. 2020), jota kunnat tai hyvinvointialueet tukisivat. Toiminnan jatkuvuuden kannalta edellytyksenä on, että alueella on jokin kolmannen sektorin organisaatio, jolla on myös ammatillisia ja/tai palkallisia työntekijöitä.

Hyvinvointilähetetoiminta tapahtuu ammatillisen toiminnan rajalla, joten on pohdittava sen suhdetta esimerkiksi sosiaaliohjaukseen, sosiaaliseen kuntoutukseen tai yhteisösosiaalityöhön. Sosiaaliohjaus on sosiaalihuoltolain (1301/2014, 16 §) mukaan yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen neuvontaa, ohjausta ja tukea palvelujen käytössä sekä yhteistyötä eri tukimuotojen yhteensovittamisessa. Sosiaalinen kuntoutus taas tavoittelee sitä, että kaikilla yhteiskunnan jäsenellä olisi yhtäläiset mahdollisuudet päästä sellaisiin vuorovaikutussuhteisiin, toimintoihin ja rakenteisiin, jotka muodostavat jokapäiväisen elämän perustan (Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 2017). Yhteisösosiaalityö on yhteisöissä tapahtuvaa toimimista ja vaikuttamistyötä, jonka tosin on arvioitu olevan suomalaisessa sosiaalityössä poikkeustapaus tai kokeilu sosiaalityön yksilötyöhön painottuvassa toiminnassa (Matthies 2008). Ehkä siksi, että hanke ja hyvinvointilähetetoiminta myös muissa maissa, lähtee terveydenhuollon tarpeista, sosiaalityön ja sosiaalipalveluiden sekä hyvinvointilähetetoiminnan välinen suhde jää usein vähälle pohdinnalle. Hankkeessa kyllä käytiin tätä keskustelua niin suunnittelun kuin toteutuksen aikana. Kansainvälisessä tutkimuksessa, joka on lähinnä tehty terveystieteiden piirissä hyvinvointiläheteen ja sosiaalityön suhde saatetaan ilmaista esimerkiksi siten, että ero on tavoitteessa: hyvinvointilähetete auttaa potilasta tuen äärelle ja sosiaalityön tehtävänä on antaa tukea (Kilgarriff-Foster & O’Cathain 2015). Tällainen näkökulma jättää huomiotta sen, että sosiaalityöntekijät ja -ohjaajat toimivat usein asiakkaiden asioiden eteenpäin viejinä ja avustavat palveluihin pääsemisessä (Jokinen & Juhila 2008).

Hankesuunnitelman yhteisötason tavoitteina oli tiedon ja ymmärryksen saaminen siitä, mitä tarpeita kolmannen sektorin toiminnalle ja tuelle kuntalaisilla on (tavoite 3). Yksinäisyys oli keskeinen syy läheteiden tekemiselle, erityisesti iäkkäille henkilöille. Etenkin Kemijärvellä hankkeen avulla saatiin esiin se, ettei paikkakunnalla välttämättä ole yksinäisyyttä lieventävää toimintaa riittävästi tarjolla. Kemijärvellä hanketoimijat järjestivät kaikille avoimen keskustelutilaisuuden, jossa pohdittiin yhdessä keinoja vastata iäkkäiden yksinäisyyteen. Tuloksena oli, että kaupungissa uudelleenorganisointiin järjestöjen kanssa yhteistyössä muistikahvilatoimintaa. Tässä hankesuunnittelijan rooli oli keskeinen ja hänen työnsä muistuttaa vahvasti yhteisösosiaalityötä. Raja hyvinvointilähetetoiminnan ja sosiaalityön välillä on siis häilyvä ja onkin pohdittava sitä, onko hyvinvointilähetteessä kyse siitä, että terveydenhuollon ammattilaiset eivät tiedä mitä sosiaalihuollossa tehdään? Voi onko ehkä kyse siitä, että sosiaalihuollon palveluiden resurssit ovat liian pienet, eivätkä avuntarvitsijat saa tukea sen vuoksi? Vielä on arvioitava sitä, onko hyvinvointilähetteessä riskinä se, että linkkihenkilöt työskentelevät tuensaajien kanssa, joilla olisi ennemminkin tarve sosiaali- ja/tai terveyspalveluille. Tätä seikkaa hankkeen suunnittelun, toteutuksen ja koulutuksen aikana pohdittiin ja keskeistä on se, että läheteen tekijät tietävät kenelle hyvinvointilähete sopii. Myös koordinoiva linkkihenkilö voi estää läheteen etenemisen ja paljon vastuuta on linkkihenkilöillä, joiden on tärkeää tunnistaa toiminnan rajat. Palataksemme järjestökenttään, tuensaajien haastatteluista kävi ilmi, linkkihenkilön kanssa oli keskusteltu myös muiden sopivien ryhmien perustamisesta, mutta hankkeen työntekijäresurssit eivät mahdollistaneet esimerkiksi uudenlaisten ryhmätoimintojen aloittamista.

Sopivan toiminnan puute osin vaikeutti hankkeen tavoitteiden saavuttamista. Toinen tavoitteiden saavuttamista vaikeuttava seikka oli koulutettujen linkkihenkilöiden puute. Linkkihenkilöitä ei aina ollut riittävästi käytettävissä ja vuosilomat, sairauslomat tai yllättävät työ- tai elämäntilanteet estivät ajoittain linkkihenkilöiden toimimisen. Tätä raporttia kirjoitettaessa esimerkiksi Kemijärven kahdestatoista koulutetusta linkkihenkilöstä seitsemällä on mahdollisuus toimia linkkihenkilönä. Koordinoivat linkkihenkilöt korostivatkin sitä, että linkkihenkilökoulutuksia tulisi organisoida jatkuvasti, sillä välillä linkkihenkilöiden puute pakotti tuensaajat odottamaan linkkihenkilön saamista ja toiminnan käynnistymistä. Toisinaan lähete jäi tekemättä, koska oletuksena oli, ettei lähetteeseen voida vastata linkkihenkilöiden rajallisen saatavuuden vuoksi. Yksittäisissä tapauksissa hyvinvointilähetetoiminta ei käynnistynyt linkkihenkilön puuttumisen vuoksi, sillä oikeaksi koettu aika tuen antamiseen oli jo mennyt ja motivaatio osallistua oli vähentynyt.

Luvun 7 keskeinen viesti

- Hyvinvointilähetteen tavoitteena on palveluiden asiantuntijalähtöisen ajattelutavan muuttaminen kohti tukea tarvitsevan omiin tavoitteisiin ja lähtökohtiin keskittymistä.
- Toiminta korostaa yksilön ja järjestöjen vastuuta uuden julkisen hallinnan suuntaisesti.
- Kemijärvellä (7000 asukasta) koordinoivan linkkihenkilön vuosikustannus voisi olla noin 40 000 euroa, linkkihenkilölle maksettaisiin 12,43 euroa/tuensaajan tapaamistunti. 5000 euron vuosikustannuksella saataisiin noin 380 tuntia linkkihenkilön työtä ja tavoitettaisiin noin 40 tuensaajaa vuosittain. Toiminnassa tulisi olla kymmenen linkkihenkilöä ja koulutusta tulisi olla usein tarjolla. Koulutuksen ja työnohjauksen hinta on noin 5 000 euroa.
- Hyvinvointilähete voi olla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palvelua, joka on kuntien vastuulla, tai se voi tukea hyvinvointialueiden hoitotakuun toteutumista.
- Toiminnan suhde järjestöihin on tärkeä, sillä ne pääosin tuottavat ne toiminnot joihin tuensaajia on tarkoitus ohjata. Toisaalta vaarana on, että järjestöjen vapaaehtoiset jättävät vapaaehtoistyön ja siirtyvät linkkihenkilöiksi.
- Hyvinvointilähetetoiminnan suhde sosiaalityöhön ja -ohjaukseen on epäselvä.
- Hyvinvointilähetteen tarkoitus ei ole korvata sosiaali- ja/tai terveystalvveluita.

8. Lopuksi

8.1 Tavoitteiden saavuttaminen

Käymme lopuksi läpi luvussa 5.1 esiteltyt hankkeen seitsemän tavoitetta ja arviomme, onko ne saavutettu. *Ensimmäinen tavoite* oli: Luodaan hyvinvointilähete-toimintamalli, testataan sitä ja jalkautetaan osaksi jokapäiväistä toimintaa hankkeen loppuun mennessä. Toimintamalli luotiin prosesseineen, toimijoiden tehtävien kuvauksineen ja vastuineen ja otettiin käyttöön Kemijärvellä, Muoniossa ja Enontekiöllä. Lisäksi kouluttajat kehittivät koulutuksen, jolla vahvistettiin toimijoiden osaamista sekä varmistettiin toiminnan keskeisten periaatteiden, toipumisorientaation ja dialogisuuden sekä niiden kautta hyvinvoinnin lisäämisen tavoitteen sisäistäminen. Toiminta laajeni myös Sodankylään. Hanke on raportin kirjoittamisen aikaan vielä käynnissä, mutta hyvinvointilähetetoiminta on jatkumassa pilottikunnissa hankkeen jälkeen.

Hankkeen toteuttamiseen ja mallin jalkauttamiseen vaikutti toimintaympäristö eri tavoin. Hanke ja COVID-19 pandemia alkoivat samaan aikaan, ja se viivästytti toiminnan käynnistymistä. Yhdellä pilottipaikkakunnalla tehtiin terveydenhuollon laaja organisatorinen muutos. Näiden johdosta keskeisten sosiaali- ja terveysalan toimijoiden voimavarat ottaa hyvinvointilähete käyttöön, olivat ehkä tavallista heikommät. Pandemian vuoksi koulutukset siirrettiin verkkoon ja tuensaajien linkittämisen kannalta keskeisiä toimintoja oli tauolla. Yllättävistä tilanteista huolimatta hyvinvointilähete otettiin käyttöön ja se oli mahdollista toimintamalliin ja sen periaatteisiin sitoutuneiden toimijoiden ansiosta. Hankkeessa oli ilmeistä se, että erityisesti hankkeen työntekijät ja kouluttajat panostivat jatkuvaan kehittämiseen. Erityisen tärkeää oli hankkeesta tiedottaminen ja keskeisten toimijoiden jalkautuminen julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden sekä kolmannen sektorin toimijoiden keskuuteen. Edelleen hankkeessa koulutetut linkkihenkilöt ja heidän muodostamansa verkosto oli toiminnan kannalta keskeinen ryhmä. Lähetteen tekemisen jälkeen ovat koordinoivat linkkihenkilöt kriittisiä toimijoita, sillä pääosin heidän varassaan on yhteen sopivien tuensaajien ja linkkihenkilöiden kohtaaminen, mutta myös linkkihenkilöiden tukeminen työskentelyn aikana. Muita keskeisiä tekijöitä ovat linkkihenkilöiden aikaresurssi, mentorointi tai työnohjauksellinen tuki sekä selkeys oman tehtävän, vastuiden ja oikeuksien suhteen (sopimukset, palkkio, vaitiolo, ilmoitusvelvollisuus, vakuutukset, omien kulujen kattaminen jne.).

Toinen tavoite oli: Hyvinvointilähete-toimintamallin kehittämisellä luodaan eri toimijoille väylä auttaa kansalaista ratkaisemaan ongelmat, jotka voivat johtaa kalliiden palveluiden käyttöön. Tähän liittyy linkkihenkilöiden etsivä työtapaa ja vaivannäkö yhteyden ja luottamuksen rakentamiseksi tuensaajaan. Hyvinvointilähetetoiminta loi väylän auttaa kansalaisia ratkaisemaan joitakin ongelmia. Sillä kyettiin tukemaan sellaisten henkilöiden hyvinvointia, joilla elämänpiiri oli kaventunut ja jotka tarvitsivat tukea

kotoa lähtemiseen, omissa asioissa toimimiseen sekä osallistumiseen. Osallisuuden tukeminen kiinnittyi kokemuksiin tulla kuulluksi ja päästä osaksi yhteisöjä ja toimintaa. Suurin osa tuensaajista oli yksinäisyyttä kokevia iäkkäitä ihmisiä. Linkkihenkilöt saivat vähennettyä yksinäisyyttä kohtaamisten aikana, mutta pysyviä vaikutuksia heidän hyvinvointiinsa ei välttämättä syntynyt. Toki hankkeen myöstä kunnassa aloitettu Kemijärven muistikahvilatoiminta saattoi tuoda pitkäkestoisia vaikutuksia. Selvää ei kuitenkaan ole, estikö tai vähensikö toiminta kalliisiin palveluihin tukeutumista. Osa lähetteen tekijöistä arvioi, että heihin tukeuduttiin vähemmän, osa taas arvioi, että enemmän hyvinvointilähetetoiminnan myötä. Hyvinvointilähteessä on samankaltaisuutta palvelu- tai sosiaaliohjauksen, sosiaaliseen kuntoutuksen sekä ja yhteisösosiaalityön sekä järjestötoiminnan kanssa. Kun toimintamallia jatkossa sovelletaan ja kehitetään edelleen, on tärkeää selkeyttää eri toimijoiden roolia ja pohtia paikallisesti yhdys- ja rajapintoja, jotta yhteistyö eri toimijoiden välillä on sujuvaa eikä organisoida päällekkäistä toimintaa. Etsivän työhön linkkihenkilöitä ei koulutettu, eivätkä he sellaisesta raportoineet haastatteluissa. Sen sijaan he ja tuensaajat arvioivat linkkihenkilöiden nähneen vaivaa yhteyden ja luottamuksen rakentamiseksi.

Kolmas tavoite määriteltiin seuraavasti: Pilottikunnissa saadaan lisää ymmärrystä siihen, mitä tarpeita esimerkiksi kolmannen sektorin ja seurakuntien tarjoamalle tuelle on. Tämä tavoite toteutui ainakin osin, sillä useat haastateltavat mainitsivat, että tuensaajille ei välttämättä ole soveliasta toimintaa kunnassa tarjolla. Kemijärvellä havaittiin iäkkäiden ihmisten yksinäisyyttä leivittävien palveluiden tarve ja kunnassa organisointii avoin keskustelu järjestöihin ja seurakuntiin kohdistuvista tarpeista ja toiveista. Hyppäämme tässä *viidenteen tavoitteeseen*, sillä se liittyy kolmanteen: Kootaan pilottialueiden kolmannen sektorin palveluiden tieto yhteen portaaliin. Tätä ei hakkeessa tehty, mutta sekä linkkihenkilöt, että tuensaajat esittivät tarpeen ajantasaiselle tiedolle järjestöjen toiminnasta. Hankkeen aikana pohdittiin Lapin sosiaaliturvayhdistyksen lappilaiset.fi sivuston hyödyntämistä tiedon saamisen kanavana, mutta tämä sivusto ei tavoittanut tai palvellut linkkihenkilöitä ja tuensaajia.

Neljäs tavoite oli: Hyvinvointilähetetoimintamalliin sisällytetään vaikuttavuuden arviointi, siten että vähintään yksi vaikuttavuusmittari on liitetty toimintamalliin ja vaikuttavuuden mittaamista on arvioitu arviointiraportissa. Apuna ovat myös haastattelut sekä hyvinvointilähetteen tietojärjestelmästä saatava tieto. Hankkeessa hyödynnettiin positiivisen mielenterveyden mittaria. Sen käyttöä toiminnan vaikutusten arviointiin vaikeutti paitsi pieni määrä mittaustuloksia, myös suomalaisten viitearvojen puuttuminen. Lisäksi voidaan pohtia, olisiko hyvinvointia ja osallisuutta syytä tarkastella hyvinvointilähetetoiminnassa laajemmin kuin vain positiivisen mielenterveyden kautta. Tuolloin käytettävänä välineinä voisivat olla esimerkiksi Maailman terveysjärjestön (WHO 1996) kehittämä WHOQOL-Bref-mittari, joka mitta hyvinvointia yksilön omasta näkökulmasta (esim. Toimiva kotihoito Lappiin 2018) tai Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa kehitetty osallisuusindikaattori (esim. Leeman ym. 2021). Yhden mittarin valitseminen helpottaa koko toiminnan vaikutusten

arviointia, mutta samalla se johtaa yksipuoliseen ymmärrykseen siitä, mitä hyvinvointilähetetoiminnalla tavoitellaan ja on osin jopa sen periaatteiden vastaista. Toiminnan tavoitteena on tuensaajien yksilöllisiin tuen tarpeisiin vastaaminen ja tuen tarjoaminen yksilölliset erot huomioiden. Tätä kirjoa voi olla vaikea mitata yhdellä mittarilla.

Kuudes tavoite oli se, että hyvinvointilähetteen tekemiseen otetaan käyttöön helppokäyttöinen ja tietoturvallinen ratkaisu, josta saadaan ulos myös seurantatietoa. Tämä toteutui, kun hyvinvointilähetettä varten tehtiin Virtun sähköinen lomake. Siitä saadaan tietoa ainakin lähetteen määristä ja siitä, aloitettiinko toiminta vai ei, sekä lähetteen teon syistä. Siitä, miksi lähete ei edennyt toimintaan, ei saada Virtun lomakkeen kautta tietoa. Lähetteen tekijöiden mukaan toiminnan päätyttyä osa heistä kaipaisi tarkempaa tietoa siitä, mitä on tehty ja millaisia onnistumisia ja haasteita toiminnassa on kohdattu.

Viimeinen, eli *seitsemäs tavoite* oli, että Linkkihenkilöt kykenevät toimintamallin mukaisesti sopimaan kansalaisen kanssa hänelle itselleen sopivista elämänhallinnan tuen muodoista. Ehkäistään sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta ja parannetaan kansalaisten hyvinvointia ja elämänhallintaa. Hyvinvointilähetettä kokeiltiin kolmella pienehköllä, harvaanasutulla, mutta maantieteellisesti laajalla lappilaisella paikkakunnalla. Tuensaajien tarpeisiin vastaavaa järjestötoimintaa ei tällaisilla paikkakunnilla ole aina tarjolla. Lisäksi etäisyydet osallistumisen paikkoihin voivat olla pitkiä, mikä on merkityksellistä erityisesti, kun tuensaajalla ei ole omaa autoa käytettävissä tai julkiset kulkuneuvot eivät kulje. Harrastamisen hinta liikkumisen, osallistumismaksujen ja varusteiden tai tarvikkeiden kustantamisen myötä voi olla myös osallistumisen esteenä. Toimintaa hankaloittivat myös tuensaajien tarve kuutta kuukautta pidemmälle tuelle ja vaikeudet irrottautua tukisuhteesta sekä se, että osa lähetteen tuensaajista ei ollut oikeaa kohderyhmää. Ongelmia syntyi myös linkkihenkilöiden saatavuuden suhteen. Vaikka hankkeessa koulutettiin 19 linkkihenkilöä, osalla työ- ja elämäntilanteiden muutokset estivät toimimasta linkkihenkilönä. Osa tuensaajista joutui odottamaan linkkihenkilöä ja osa lähetteen tekijöistä jätti lähetteen tekemättä, koska arvioi ettei linkkihenkilöä ole saatavilla.

8.2 Yhteisluomisen tutkan pääteemat

Koska tämä raportti nojaa, vaikkakin kevyesti, yhteisluomisen tutkan periaatteisiin, pohdimme vielä lopuksi saamiamme tuloksia sen neljän pääteeman avulla. Ensimmäinen teema on *tavoitteet*, jotka jakautuvat tutkassa demokraattisuuteen, kestävyyteen ja ajankohtaisuuteen (Rask & Ertio 2019). Hyvinvointilähete tähtää sosiaaliseen ja taloudelliseen kestävyyteen siten, että lähetteen ja linkkihenkilöiden avulla pyritään auttamaan sellaisia ihmisryhmiä, joita sosiaali- ja terveyspalvelut ainakin osin pystyvät heikosti auttamaan. Kun mahdollisimman moni kansalainen saa tarvitsemaansa apua ja tukea, sekä kokee osallisuutta, se kasvattaa hyvinvointia ja mahdollistaa sosiaalisesti ja

taloudellisesti kestävä yhteiskunnan. Osallisuuden lisääntyminen on tärkeää demokraattisuuden kannalta, sillä kun ihminen kokee olevansa osallinen, hän todennäköisemmin osallistuu myös demokraattiseen päätöksentekoon, esimerkiksi äänestämällä (esim. Mattila ym. 2018). Hyvinvointilähetetoiminta siis ainakin tavoitteli demokraattisuutta ja kestävyttä, mutta miten paljon niitä saavutettiin, ei ole selvää. Joka tapauksessa hanke on ajankohtainen, sillä hyvinvoinnin edistäminen on etenkin kuntien näkökulmasta tärkeää nyt, kun sosiaali- ja terveyspalveluiden organisointi siirtyy kunnilta hyvinvointialueille. Lisäksi väestön ikääntymisen myötä palvelujen kysynnän hillitseminen uuden julkisjohtamisen keinoin, kansalaiset ja järjestöt palveluiden tuotantoon valjastamalla, ajankohtaista. Tämä näkyy muun vuoden 2022 hallitusohjelmaa tukevan valtionavustushaun opasta tarkastelemalla (STM 2021).

Toinen tutkan pääteema on *toteutus*, joka jakautuu suunnitteluun, laatuun ja tehokkuuteen sekä arviointiin (Rask & Ertio 2019). Tämä raportti on pyrkinyt kuvailemaan hankkeen suunnittelua ja toimeenpanoa, mutta toiminnan laatua ja tehokkuutta ei kyetä aineistollamme tarkastelemaan. Arvioinnin näkökulma keskittyi asetettujen tavoitteiden esittelyyn ja niiden saavuttamisen pohdintaan (luku 8.1).

Tutkan kolmas pääteema sisältää *toimijat* ja niiden oppiminen ja voimaantuminen, motivaatio sekä edustuksellisuus. Tässä näyttäisi olevan hankkeen vahvuus. Mukana oli suuri joukko hyvinvointiläheteteeseen ja sen periaatteisiin sitoutuneita toimijoita. Koulutuksen myötä niin mukana olleet ammattilaiset kuin koulutetut linkkihenkilöt saivat joko uutta tai vahvistettua sitä näkökulmaa, että joidenkin sosiaalisten ongelmien, kuten yksinäisyyden, alavireisyyden tai aikaansaamisen puutteen ratkaisuisa on tärkeää tuensaajan oma motivaatio ja toiminta. Motivaation ja toiminnan edistämiseksi linkkihenkilötoiminta voi parhaassa tapauksessa tarjota monipuolista sosiaalista tukea (emotionaalinen, tiedollinen, välineellinen ja verkostotuki). Haastatteluista kävi ilmi, että ainakin linkkihenkilöt kokivat voimaantumista, oppivat ja olivat motivoituneita tehtäväänsä. Myös haastatellut tuensaajat olivat tyytyväisiä kokemuksiinsa ja lähetteen tekijöistä osa arvio oppineensa hyvinvointilähetetoiminnasta.

Tutkan neljäs pääteema sisältää *tuotokset*, joita ovat instituutionaaliset vaikutukset, päätöksenteko ja vastuuvollisuus sekä taidot ja asiantuntemus. Konkreettisin hyvinvointilähetteen institutionaalinen vaikutus on se, että toiminta jatkuu pilottikunnissa hankkeen päätyttyä ja että hyvinvointilähetetoimintaa on ryhdytty kokeilemaan myös Sodankylässä. Ainakin hankkeessa mukana olleista haastatelluista ammattilaisista suurin osa sai uutta tietoa hyvinvointilähetteestä. Miten se mahdollisesti vaikuttaa heidän toimintaansa tulevaisuudessa, jää nähtäväksi.

Lähteet

Aalto, Assi, Ahola, Ilari, Hytönen, Jukka, Paavonen, Marja, Palmén, Olli, Pääkkönen, Jenni & Tamminen, Veliarvo (2020) Suomen julkisen talouden kestävyys. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2020:59. Helsinki: Valtiovarainministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-367-287-1> (3.11.2021).

Aggar, Christina, Caruana, Theresa, Tamsin, Thomas & Baker, J. R. (2020) Social prescribing as an intervention for people with work-related injuries and psychosocial difficulties in Australia. *Advances in Health and Behavior* 3(1), 101–111. <https://doi.org/10.25082/AHB.2020.01.001>

Alila, Antti, Gröhn, Kari, Keso, Ilari & Volk, Raija (2011) Sosiaalisen kestävyuden käsite ja mallintaminen. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistiot 2011:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. [untitled \(valtioneuvosto.fi\)](http://untitled.valtioneuvosto.fi). (15.11.2021)

Anthony, William, A. (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16 (4), 11–23.

Appelqvist-Schmidlechner, Kaisa (2015) Positiivisen mielenterveyden mittari: Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). Luento 8.6.2015.
<https://thl.fi/documents/974282/1449788/WEMWBS+-+Kaijan+esitys.pdf/2c8632cc-b6b6-4cbc-af08-c72f6e834dd6>. (15.12.2021)

Appelqvist-Schmidlechner, Kaisa, Tuisku, Katinka, Tamminen, Nina, Nordling, Esa & Solin, Pia (2016) Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? *Suomen lääkärilehti* 71(24), 1759–1764.

Benson, Tim, Sladen, Joe, Liles, Andrew & Potts, Henry W. W. (2019) Personal Wellbeing Score (PWS)—a short version of ONS4: development and validation in social prescribing. *BMJ Open Quality* 8:e000394. doi:10.1136/bmjopen-2018-000394

Bickerdike Liz, Booth, Alison, Wilson, Paul, M. Farley, Kate & Wright, Kath (2017) Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open* 7, e013384. doi:10.1136/bmjopen-2016-013384

Bromley by Bow Centre. Linkkihenkilökoulutusta Iso-Britanniassa
<https://www.bbbc.org.uk/introduction-to-social-welfare-course/> (17.12.2021)

Chatterjee, Helen J., Camic, Paul M., Lockyer, Bridget & Thomson, Linda J. M. (2018) Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. *Arts & Health* 10(2), 97–123, DOI: 10.1080/17533015.2017.1334002

Compton, Beulah R., Galaway, Burt & Cournoyer, Barry R (2005) *Social Work Processes*. Seventh edition. Belmont: Brooks/Cole –Thomson Learning.

Day, Patricia, Gould, Jill & Hazelby, Gayle (2020) A public health approach to social isolation in the elderly. *Journal of Community Nursing* 34(3), 54–59.

Dayson, Chris & Bashir, Nadia (2014) *The social and economic impact of the Rotherham Social Prescribing Pilot. Main Evaluation Report*. Sheffield: Sheffield Hallam University.
<https://www4.shu.ac.uk/research/cresr/sites/shu.ac.uk/files/social-economic-impact-rotherham.pdf>

Deaton, Angus & Cartwright, Nancy (2018) Understanding and misunderstanding randomized controlled trials. *Social Science & Medicine* 210, 2–21.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.005>.

Doyal, Len & Gough, Ian (1991) *A Theory of Human Need*. Lontoo: Macmillan.

Drinkwater, C., Wildman, J., & Moffatt, S. (2019) Social prescribing. *BMJ*, 364: 11285.
 doi:10.1136/bmj.11285

Elo, Satu & Kyngäs, Helvi (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62: 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

eKollega.fi (2022a) Hyvinvointilähete. <https://ekollega.fi/kemijarvi-hyvinvointilahete>

eKollega.fi (2022b) Hyvinvointiresepti. <https://virtu.fi/kemijarvi-hyvinvointiresepti>

Enontekiö (2021) Kunnan internetsivut. <https://enontekio.fi>. (9.11.2021)

Fook, Jan (2012) *Social work: A Critical approach to practice*. London: Sage.

Frostick, Caroline & Bertotti, Marcello (2019) Social prescribing in general practice. *British Journal of General Practice* 69(688), 538–539. DOI: 10.3399/bjgp19X706157

Gariépy, Geneviève, Honkaniemi, Helena, & Quesnel-Vallée, Amélie (2016) Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in Western countries. *British Journal of Psychiatry* 209(4), 284–293. doi:10.1192/bjp.bp.115.169094

Goldsmith, Daena J & Albrecht, Terrance L (2011) Social support, social networks and health. A guiding Framework. Teoksessa Thompson, Teresa L & Parrot, Roxanne & Nussbaum, Jon F. (toim.) *The Routledge Handbook of Health communication*. New York: Routledge. 335-

Halder, Moon M. & Wakefield, Juliet RH., Bowe, Mhairi, Kellezi, Blerina, Mair, Elizabeth, McNamara, Niamh, Wilson, Ian & Stevenson, Clifford (2021) Evaluation and exploration of a social prescribing initiative: Study protocol. *Journal of Health Psychology* 26(3) 345–356 DOI: 10.1177/1359105318814160

Harrikari, Timo, Romakkaniemi, Marjo, Fiorentino, Vera, Saraniemi, Sanna, Tiitinen, Laura & Leppiaho, Tuomas (2021) Sosiaaliala ja koronaviruspandemia. Sosiaalialan ammattilaisille vuosina 2020 ja 2021 esitettyjen kyselyjen tuloksia. Julkaisuja 46. Rovaniemi: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Poske.

Hazeldine, Emma, Gowan, Gemma, Wigglesworth, Rachel, Pollard, Julie, Asthana, Sheena, & Husk, Kerry (2021) Link worker perspectives of early implementation of social prescribing: A ‘Researcher-in-Residence’ study. *Health Soc Care Community* 29, 1844–1851. <https://doi.org/10.1111/hsc.13295>

Heijnders Miriam, L & Meijs JJ. (2018) 'Welzijn op Recept' (Social Prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts - an explorative qualitative study. *Prim Health Care Res Dev* 19(3), 223–231.

Hiilamo, Heikki & Tuulio-Henriksson, Annamari (2012) Terapiaa, lääkkeitä ja toisia ihmisiä Sosiaalisen tuen merkitys masennuksesta toipumisessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 49. 209–219.

Hjelm, Katarina & Berterö, Carina (2009) Social support as described by Swedish people diagnosed with type 2 diabetes mellitus. *Primary Health Care Research & Development*, 10(1), 26–37. doi:10.1017/S1463423608000923

- Holding, Eleanor, Thompson, Jill, Foster Alexis & Haywood, Annette (2020) Connecting communities: A qualitative investigation of the challenges in delivering a national social prescribing service to reduce loneliness. *Health Soc Care Community* 28, 1535–1543. DOI: 10.1111/hsc.12976
- House, J. S., Umberson D., & Landis K. R. (1988) Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology* 14, 293–318. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.14.080188.001453>
- Howarth, Michelle, Griffiths, Alistair, da Silva, Anna & Green Richard (2020) Social prescribing: a ‘natural’ community-based solution. *British Journal of Community Nursing* 25(6), 294–298.
- Husk, Kerry, Elston, Julian, Gradinger, Felix, Callaghan, Lynne & Asthana, Sheena (2019) Social prescribing: where is the evidence? *British Journal of General Practice*. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700325>
- Isola, Anna-Maria, Kaartinen, Heidi, Leeman, Lars, Lääperi, Raija, Schneider, Taina, Valtari, Salla & Keto-Tokoi, Anna (2017) Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Työpäperi 33/2017. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitost
- Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (toim.) (2008) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino
- Järvikoski, Aila (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveystministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Helsinki: Sosiaali- ja terveystministeriö.
- Karjalainen, Vappu. & Keskitalo, Elsa (toim.) (2013) Kaikki työuralle! Työttömien aktiivipolitiikkaa Suomessa. Helsinki: THL. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104433/URN_ISBN_978-952-245-888-9.pdf?sequence=1#page=22 (17.12.2021)
- Kellezi, Blerina, Wakefield, Juliet Ruth Helen, Stevenson, Clifford, McNamara, Niamh, Mair, Elizabeth, Bowe, Mhair, Wilson, Ian & Halder, Moon Moon (2019) The social cure of social prescribing: a mixed-methods study on the benefits of social connectedness on quality and effectiveness of care provision. *BMJ Open* 9: e033137. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033137
- Kemijärvi (2021) Kunnan internetsivut. www.kemijarvi.fi (8.11.2021)
- Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (toim.) (2019) Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: THL.

Kilgarrieff-Foster, Alexis & O’Cathain, Alicia (2015) Exploring the components and impact of social prescribing. *Journal of Public Mental Health*, 14(3), 127–134. doi:10.1108/jpmh-06-2014-0027

Kimberlee, Richard (2015) What is Social Prescribing? *Advances in Social Sciences Research* 2(1), 102–110.

Kivistö, Mari (2014) Kolme ja yksi kuvaa osallisuuteen. Monimenetelmällinen tutkimus vaikeavammaisten ihmisten osallisuudesta toimintana, kokemuksena ja kielenkäyttönä. *Acta Universitatis Lapponiensis* 283. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Kivistö, Mari (2020) Sähköiset mielenterveyspalvelut toipumisen näkökulmasta. *Integroiva kirjallisuuskatsaus. Kuntoutus* 43 (3), 34-50.

Kono, A. Yoshiyuki, N. Kanaya, Y. Soga, T. (2017) Community diagnosis with local volunteers and care professionals in age-friendly city initiatives. *Innovation in Aging* 1(suppl_1), 513–514.
<https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.1821>

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, 3.4.1987/380.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380> (7.1.2022)

Lapin sairaanhoitopiiri (2021a) Keskussairaalan päivystystiedot. www.lshp.fi/fi-fi/sairaanhoitopalvelut/paivystys (9.11.2021)

Lapin sairaanhoitopiiri (2021b) Muonion ja Enontekiön perusterveydenhuollon tiedot.
https://www.lshp.fi/fi-fi/sairaanhoitopalvelut/perusterveydenhuolto__muonio_ja_enontekio (8.11.2021)

Lapin sairaanhoitopiiri (2021c) Yleiset tiedot ja tunnusluvut Lapin sairaanhoitopiiristä.
<https://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri> (21.12.2021)

Lapin sairaanhoitopiiri (2021d) Hyvinvointilähete. Videoesittely suomeksi
<https://www.youtube.com/watch?v=SNwapagzvW8> (5.1.2022)

Lapin sairaanhoitopiiri (2021e) Hyvinvointilähete – Saame. Videoesittely saamen kielellä.
https://www.youtube.com/watch?v=-BU95iuY_rY (5.1.2022)

Lapin sairaanhoitopiiri & Business Finland (2019) Project X. Ihmiskeskeinen palveluintegraatio alustatalouden aikana. Julkaisematon raportti. Rovaniemi: Lapin sairaanhoitopiiri.

Leeman, Lars & Hämäläinen, Tuija (2016) Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. Yhteiskuntapolitiikka 81(5), 586–594.

Leeman, Lars, Martelin, Tuija, Koskinen, Seppo, Härkänen, Tommi & Isola, Anna-Maria (2021): Development and Psychometric Evaluation of the Experiences of Social Inclusion Scale, Journal of Human Development and Capabilities, DOI: 10.1080/19452829.2021.1985440

Linkki lappilaiseen hyvinvointiin (2019) Julkaisematon Hankesuunnitelmaluonnos v. 0.5.

Linkworker. Linkkihenkilökoulutusta Iso-Britanniassa <https://www.linkworker.co.uk/training/> (17.12.2021)

Lloyd, Liz, Tanner, Denise, Milne, Alisoun, Ray, Mo, Richard, Sally, Sullivan, Mary Pat, Beech, Christian & Phillips, Judith (2014) Look after yourself: active ageing, individual responsibility and the decline of social work with older people in the UK. European Journal of Social Work 17(3), 322–335.

Luokkala, Kirsi, Tamminen, Nina & Solin, Pia (2018) Yksin kotona. Yksinelävien positiivinen mielenterveys ja kokemuksia yhteiskunnallisesta asemasta. Yhteiskuntapolitiikka, 5-6. 555-561.

Mars, Godelief M. J., Kempen, Gertrudis I. J. M., Mesters, Ilse, Proot, Ireen M. & van Eijk, Jacques T. M. (2008) Characteristics of social participation as defined by older adults with a chronic physical illness. Disability and Rehabilitation, 30 (17), 1298–1308.

Matthies, Aila-Leena (2008) Kansalaisosallistuminen ja yhteisöllisyys eurooppalaisen hyvinvointipolitiikan murroksessa. Teoksessa I. Roivainen, M. Nylund, R. Korkiamäki & S. Raitakari (toim.) Yhteisöt ja sosiaalityö kansalaisen vai asiakkaan asialla. Jyväskylä: Ps-kustannus, 61–79.

Mattila, Mikko, Wass, Hanna., Lahtinen, Hannu. Martikainen, Pekka, Rapeli, Lauri Sund, Reijo & Söderlund, Peter (2018) Terveys ja poliittinen osallisuus. Tutkimustuloksia terveyden ja poliittisen kiinnittymisen välisestä suhteesta. Yhteiskuntapolitiikka 83(2), 182–190.

Maughan, Daniel, L., Patel, Alisha, Parveen, Tahmina, Braithwaite, Isobel, Cook, Jonathan, Lillywhite, Rob, & Cooke, Matthew (2016) Primary-care-based social prescribing for mental health:

An analysis of financial and environmental sustainability. *Primary Health Care Research & Development*, 17(2), 114–121. doi:10.1017/S1463423615000328

Muonio (2021) Kunnan internetsivut. <https://www.muonio.fi/> (10.10.2021)

Myers, S., Page, A. E. & Emmott, E. H. (2021) The differential role of practical and emotional support in infant feeding experience in the UK. *Philosophical Transactions of the Royal Society B* 376: 20200034. <https://doi.org/10.1098/rstb.2020.0034>

Niemelä, Jorma & Kivipelto, Minna (2019) Asiakaslähtöinen palvelupolkumalli tulevaisuuden sote-keskusten lähtökohdaksi. Työpaperi 37/2019. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138819/TY%C3%962019_37_Asiakas%C3%A4ht%C3%B6inen%20palvelupolkumalli_verkko_tark.pdf?sequence=1&isAllowed (15.12.2021)

Niskala, A. & Räisänen, R. (toim.) Lapin sairaanhoitopiirin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden nykytilan kuvaus. Microsoft Word - Lapin palveluiden nykytilakuvaus 1.4.2016.doc (lapinkorkeakoulukonserni.fi) (11.2.2021)

Niskala, A., Räisänen, R. & Martin, M. (toim.) (2016) Lapin sairaanhoitopiirin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden palveluprosessit. Loppuraportti. Microsoft Word - Asiakasprosessityöskentelyn III-vaiheen raportti.docx (lapinkorkeakoulukonserni.fi) (11.2.2021)

NHS (2020) Social prescribing and community-based support. Summary guide. <https://www.england.nhs.uk/publication/social-prescribing-and-community-based-support-summary-guide/> (3.11.2021)

Nordling, Esa & Rissanen, Päivi (2020) Mielenterveystyö uudistuu. Toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. Työpaperi. 40/2020. Helsinki: Terveys- ja hyvinvoinnin laitos.

Nowak, Dominic Alex & Mulligan, Kate (2021) Social prescribing. A call to action. *Canadian Family Physician* 67(2) 88–91. DOI: 10.46747/cfp.670288

Osborne, Stephen P. (2010) Introduction. *The (New) Public Governance: a suitable case for treatment?* Teoksessa S. P. Osborne (toim.) *The New Public Governance?: Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London: Routledge, 1–16.

Pescheny, Julia, V., Randhawa, Gurch, & Pappas, Yannis (2019) The impact of social prescribing services on service users: a systematic review of the evidence. *European Journal of Public Health*, 1–9. doi:10.1093/eurpub/ckz078

Pilkington, Karen, Loef, Martin & Polley, Marie (2017) Searching for Real-World Effectiveness of Health Care Innovations: Scoping Study of Social Prescribing for Diabetes. *J Med Internet Res* 19(2), e20. doi: 10.2196/jmir.6431

Polley, Marie, Bertotti, Marcello, Kimberlee, Richard, Pilkington, K. & Refsum, Charlotte (2017) A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. Westminster: University of Westminster.
<https://westminsterresearch.westminster.ac.uk/item/q1455/a-review-of-the-evidence-assessing-impact-of-social-prescribing-on-healthcare-demand-and-cost-implications> (3.11.2021)

Rask, Mikko & Ertiö, Titiana (2019) Yhteisluomisen tutka. Malli osallisuustoiminnan kokonaisvaltaiseen arviointiin. Helsinki: Helsingin yliopisto, Kuluttajatutkimuskeskus.
<http://hdl.handle.net/10138/304554> (3.11.2021)

RECETAS-hanke (2021) The RECETAS Project Will Test Whether Nature-Based Social Prescribing Can Reduce Loneliness and Promote Mental Wellbeing in Cities. <https://www.isglobal.org/en/-/the-recetas-project-will-test-whether-nature-based-social-prescribing-can-reduce-loneliness-and-promote-mental-wellbeing-in-cities> (30.12.2021)

Reinhardt G, Vidovic D, Hammerton C. (2021) Understanding loneliness: a systematic review of the impact of social prescribing initiatives on loneliness. *Perspectives in Public Health* 141(4), 204-213. doi:10.1177/1757913920967040

Rimkus, Valdas (2011) Bridging the Islands of Society: Modeling Delinquency Prevention through Optimization of Social Support. *Acta Universitatis Lapponiensis* 204. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Rossi, Eeva (2021) Osista muodostuva kokonaisuus - Kuvaus gerontologisesta sosiaalityöstä, sen käytännöistä ja niiden tutkimisesta. Rovaniemi: Lapin yliopisto

Rossi, Eeva & Valokivi, Heli (2018) Ikääntyneiden sosiaalinen kuntoutus. Teoksessa Lindh, Jari & Härkäpää, Kristiina & Kostamo-Pääkkö, Kaisa (toim.) *Sosiaalinen kuntoutuksessa*. Lapland University Press. 149–173.

Saikkonen, Paula, Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura (2019) Katse kohti hyvinvointipolitiikan tulevaisuutta. Teoksessa Laura Kestilä & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: THL, 332–346.

Schwarzer, Ralf & Knoll, Nina (2010) Social support. Teoksessa D. French, K. Vedhara, A. A. Kaptein & J. Weinman (toim.) Health Psychology. Chicester: BPS Blackwell, 283–293.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:5. Helsinki: STM. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3959-2>

Solin, Pia, Partonen, Timo, Suvisaari, Jaana, Tamminen, Nina & Viertiö, Satu (2018) Psyykkinen toimintakyky ja positiivinen mielenterveys. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017-tutkimus. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. 129–131.

Solin, Pia Crista Milana, Reinikainen, Jaakko, Martelin, Tuija & Tamminen, Nina (2019) Predicting high and low levels of positive mental health among people living alone in the Lapland region of Finland. *Journal of Public Mental Health*. 18(4), 214–223.

STM (2021) Suomen kestävä kasvun ohjelma. Hankeopas STM:n ensimmäiseen valtionavustushakuun vuodelle 2022. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:39. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163722> (7.1.2022)

Strom, Joni, L. & Egede, Leonard, E. (2021) The Impact of Social Support on Outcomes in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Curr Diab Rep* 12, 769–781. <https://doi.org/10.1007/s11892-012-0317-01>

Taylor, Shelley, E. (2011) Social support: A review. Teoksessa H. S. Friedman (toim.) *The Oxford handbook of health psychology*. Oxford: Oxford University Press, 189–214.

Talala, Kirsi, Härkänen, Tommi, Martelin, Tuija, Karvonen, Sakari, Mäki-Opas, Tomi, Manderbacka, Kristiina, Suvisaari, Jaana, Sainio, Päivi, Rissanen, Harri, Ruokolainen, Otto, Heloma, Antero & Koskinen, Seppo (2014) Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. *Suomen Lääkärilehti* 69 (36), 2185–2192.

Tilastokeskus (2021a). Kuntien avainluvut-tilasto: asukasluvut ikäryhmittäin, eläkeläisten osuus, työttömien osuus, elinkeinorakenne, sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannukset.
https://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/Kuntien_avainluvut/Kuntien_avainluvut__2020/kuntien_avainluvut_2020_viimeisin.px/ (8.11.2021)

Tilastokeskus (2021b) Väestörakenne. Tunnuslukuja väestöstä alueittain.
https://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/statfin_vaerak_pxt_11ra.px/table/tableViewLayout1/. (15.12.2021)

Toimiva kotihoito lappiin (2018) Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen Lapissa. Kotihoidon käsikirja. Rovaniemi: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus.
[https://lapitoy.sharepoint.com/sites/Virtu-tiedostomateriaali/Jaetut
 asiakirjat/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FVirtu-tiedostomateriaali%2FJaetut
 asiakirjat%2FTuotantoympariston
 tiedostomateriaali%2Fekollega%2Fjulkaisut%2FOppaat%2FKotihoidon_kasikirja%2Epdf&parent=%
 2Fsites%2FVirtu-tiedostomateriaali%2FJaetut asiakirjat%2FTuotantoympariston
 tiedostomateriaali%2Fekollega%2Fjulkaisut%2FOppaat&p=true](https://lapitoy.sharepoint.com/sites/Virtu-tiedostomateriaali/Jaetut%20asiakirjat/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FVirtu-tiedostomateriaali%2FJaetut%20asiakirjat%2FTuotantoympariston%20tiedostomateriaali%2Fekollega%2Fjulkaisut%2FOppaat%2FKotihoidon_kasikirja%2Epdf&parent=%2Fsites%2FVirtu-tiedostomateriaali%2FJaetut%20asiakirjat%2FTuotantoympariston%20tiedostomateriaali%2Fekollega%2Fjulkaisut%2FOppaat&p=true). (28.12.2021)

Torfin, Jacob & Triantafillou, Peter (2013) What's in a Name? Grasping New Public Governance as a Political-Administrative System. *International Review of Public Administration*, 18(2), 9–25.

Training Hub. <https://cptraininghub.nhs.uk/social-prescribing-link-workers/> Linkkihenkilökoulutusta Iso-Britanniassa (17.12.2021)

Valokivi, Heli (2014) Harkinnan käyttäjänä vai kohteena? Vanhuspalvelujen asiakkaan näkökulma harkintaan. Teoksessa Kalliomaa-Puha, L., Kotkas, T. & Rajavaara, M. (toim.) *Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen*. Teemakirja 13. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 292–306.

Vidovic, Dragana, Reinhardt, Gina Yannitell & Hammerton, Clare (2021) Can Social Prescribing Foster Individual and Community Well-Being? A Systematic Review of the Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(10):5276.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18105276>

Virtu.fi (2021) Lapin virtuaalinen sosiaali- ja terveystalokeskus. <https://virtu.fi/> (15.12.2021)

WHO (1996) WHOQOL-Brief. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version. WHO: Geneva. https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf (7.1.2022)

Wong, Sabrina T., Yoo, Grace J. & Stewart, Anita L. (2005) Examining the Types of Social Support and the Actual Sources of Support in Older Chinese and Korean Immigrants. *The International Journal of Aging and Human Development* 61(2):105-121. doi:10.2190/AJ62-QQKT-YJ47-B1T8

Zechner, Minna, Näre, Lena, Karsio, Olli, Olakivi, Antero, Sointu, Liina, Hoppania, Hanna-Kaisa & Vaittinen, Tiina (2022) *The politics of Ailment. A New Approach to Care*. Bristol: Policy Press.

Liite 1: Lähetteensaajan tietoon perustuva suostumus

Tuensaajan suostumus



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI
LAPPI BUOHCCEDIKSUNBIIRE



LAPIN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF LAPLAND

LAPIN AMK⁷
Lapland University of Applied Sciences

KEMIJÄRVI
LAPLAND

ENONTEKIÖ
Sen rokki soma paikka allää
Det lee duoddat somas buiki eallit

MUONIO

Linkki lappilaiseen hyvinvointiin-hanke

Tutkimukseen osallistuvien tietoon perustuva suostumus

Hyvinvointilähete on kolmessa kunnassa (Enontekiö, Kemijärvi ja Muonio) tehtävä noin vuoden mittainen hanke. Hankkeen toteuttaa Lapin sairaanhoitopiiri ja rahoittaa Sosiaali- ja terveysministeriö terveyden edistämisen määrärahoista. Jotta hyvinvointiläheteestä saadaan hyödyllistä tietoa kehittämiseen ja toiminnan laajentamiseen, tehdään siitä Lapin yliopistossa tutkimusta.

Toivottavasti osallistut tähän vapaaehtoiseen tutkimukseen. Sen aikana haastattelisimme sinua mahdollisesti kahteen kertaan. Haastattelut tehdään joko puhelimitse tai kasvokkain. Lisäksi käyttäisimme hyvinvointiläheteen käynnistämistä toiminnasta Virtuun (Virtuaalinen sosiaali- ja terveyspalvelukeskus, virtu.fi) kirjattuja tietoja. Virtusta ei siirry tietoja asiakas- tai potilastietorekisteriin.

Pyydämme nimeäsi ja puhelinnumeroasi, jotta voimme sopia haastatteluista. Tavoitteena on saada mukaan tutkimukseen kaikki hyvinvointiläheteen saaneet henkilöt. Päätät itse mitä tutkijalle kerrot, ja voit keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa. Tutkimuksesta ei aiheudu sinulle kuluja, eikä siitä makseta palkkiota. Osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta palveluiden saamiseen. Hyvinvointilähete ja sen toiminta ei ole sosiaali- eikä terveyspalvelua.

Tiedot tallennetaan yliopiston tutkijan koneelle salasanalla suojattuna. Niihin ei pääse käsiksi muut kuin tutkijat. Raportit kirjoitetaan niin, että tutkimukseen osallistuvia on mahdollisimman vaikea tunnistaa, eli ilman nimiä ja joitakin tietoja voidaan muuttaa tunnistamisen estämiseksi. Hankkeen päätyttyä ja rahoittajan hyväksyttyä raportit, tutkimukseen osallistuneiden tiedot hävitetään tutkijan koneelta. Tämä tapahtuu vuoden 2022 aikana.

Tutkimuksesta vastaa ja lisätietoja antaa sosiaalityön apulaisprofessori Minna Zechner puhelin: 0400 13 8788, sähköposti: minna.zechner@ulapland.fi

Päivämäärä _____

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus, nimenselvennys ja puhelinnumero haastatteluista sopimista varten

Tätä suostumusasiakirjaa on tehty kaksi (2 kpl), joista toinen annetaan tutkimukseen osallistuvalla ja toinen suostumuksen vastaanottajalle.

Liite 2: Muiden haastateltujen suostumus



LAPIN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF LAPLAND



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI
LAPPI BUOHCCEDIKSUNBIIRE

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences



TIEDOTE LINKKI LAPPILAISEEN HYVINVOINTIIN – HANKKEEN TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVALLE

Linkki lappilaiseen hyvinvointiin-hanke

Tutkimukseen osallistuvien tietoon perustuva suostumus

Haluan vapaaehtoisesti osallistua Lapin yliopiston tekemään tutkimukseen.

Olen lukenut tai minulle on luettu tutkimukseen liittyvä tiedotteen ja olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja sisällöstä. Minulle on annettu mahdollisuus kysyä kysymyksiä ja kysymyksiini on vastattu minua tyydyttävällä tavalla. Tiedän, että tutkimus käsittelee Linkki lappilaiseen hyvinvointiin hankkeessa kehitettyä hyvinvointilähetettä.

Tiedän myös, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja voin peruuttaa suostumukseni ilman perustelua niin halutessani tutkimuksen aikana tai myöhemmin ilman, että siitä aiheutuu minulle mitään seuraamuksia.

Allekirjoittamalla tämän suostumuslomakkeen annan suostumukseni siihen, että haastatteluistani saa käyttää tutkimuskäyttöön sekä tarvittaessa myös yliopistollisen opinnäytetyön tekemiseen. Annan lisäksi luvan haastatteluni nauhoittamiseen sekä siihen, että henkilö, joka sitoutuu pitämään aineiston salassa kirjoittaa puhutun aineiston tekstiksi.

Osallistujan allekirjoitus _____

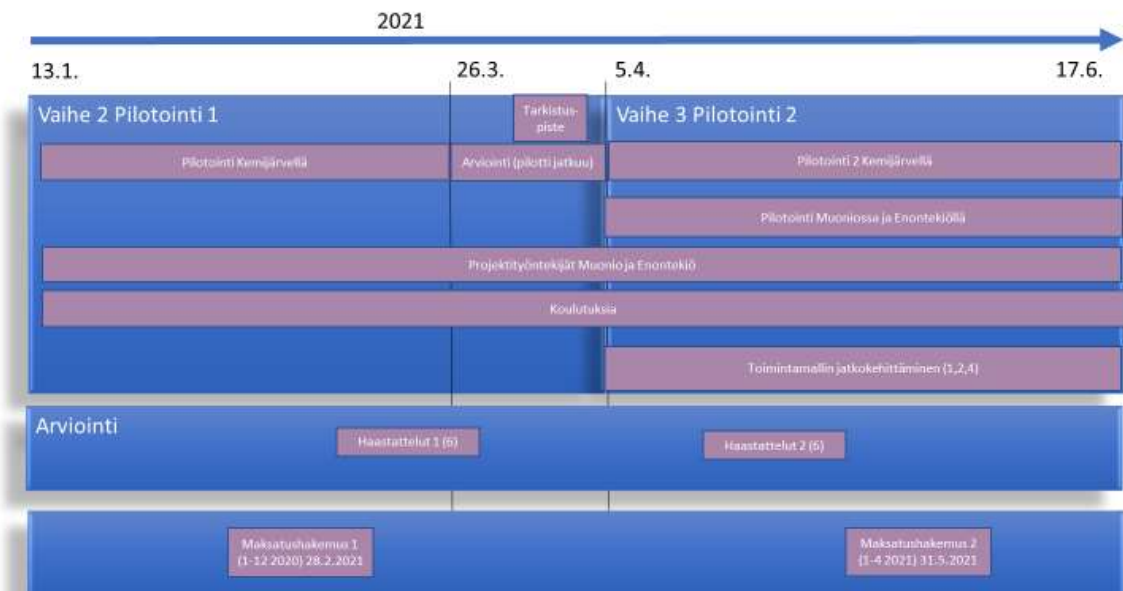
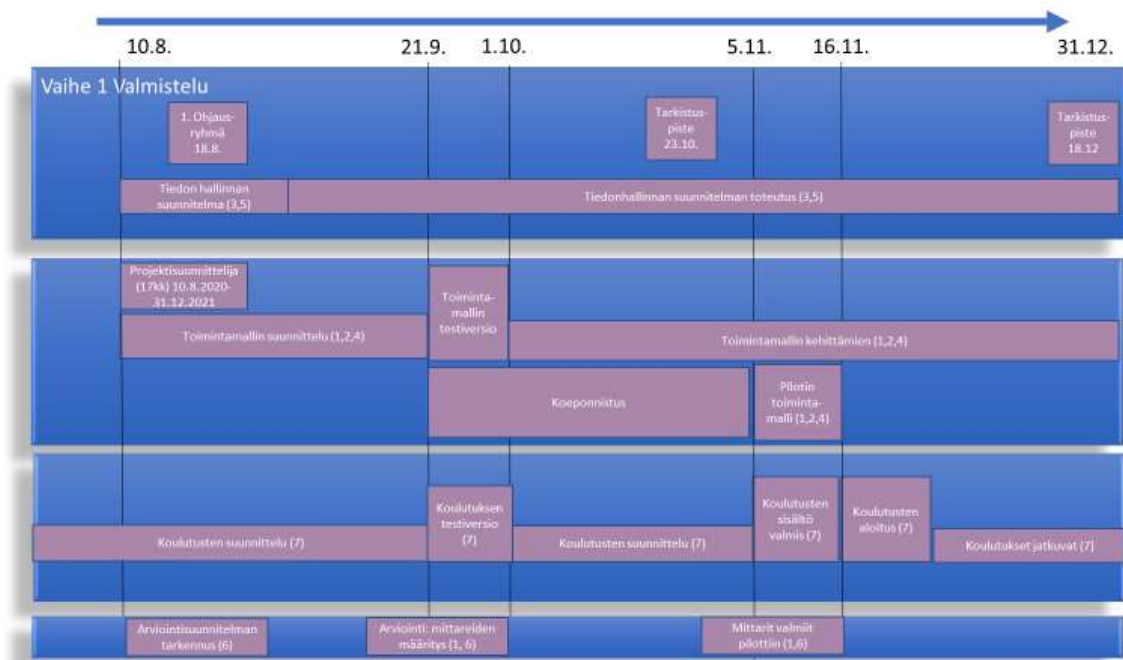
Nimen selvennys _____

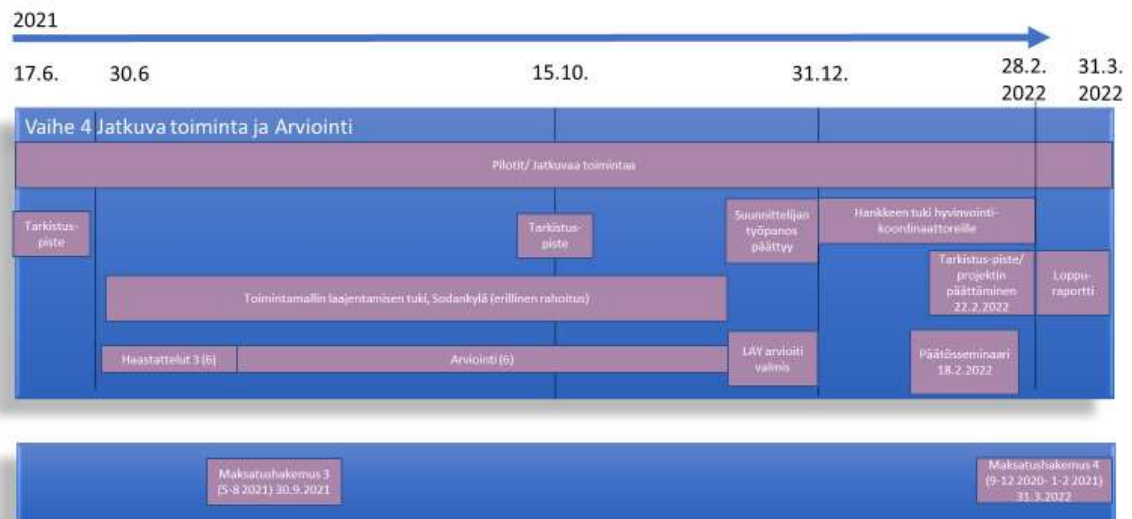
Paikka ja aika _____

Tutkimuksesta vastaa ja lisätietoja antaa sosiaalityön apulaisprofessori Minna Zechner
puhelin: 0400 13 8878, sähköposti: minna.zechner@ulapland.fi

Tätä suostumusasiakirjaa on tehty kaksi (2 kpl), joista toinen annetaan tutkimukseen osallistuvalla ja toinen suostumuksen vastaanottajalle.

Liite 3: Hankkeen aikajanat





(Projektipäällikkö Mika Heikkilä., Lapin sairaanhoitopiiri)

Liite 4: Hyvinvointilähetelomake

Hyvinvointilähete

Hyvinvointilähete on sosiaali- tai terveysalan ammattilaisen asiakkaalle tekemä ohjaus palveluun, joka linkittää kolmannen sektorin ja vapaa-ajan palvelut asiakkaan hyvinvoinnin tukemiseen. Hyvinvointilähetteen kautta asiakas saa itselleen nimetyn linkkihenkilön, jonka kanssa hän voi yhdessä suunnitella ja toteuttaa hyvinvointia ja osallisuutta lisääviä asioita.

Hyvinvointilähetteen pohjalta aloitettava asiakkaan ja linkkihenkilön toiminta ei ole sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua. Hyvinvointilähete on asiakkaalle maksuton palvelu.

Hyvinvointilähete tehdään yhteistyössä asiakkaan/potilaan kanssa ja sen sisällön tulee olla hänen tiedossaan.

Lähetteen tekijän tiedot

Tekoaika 10.01.2022 12:50:08

Tekijän nimi Tarja Mouhi

Tehtävänimike

Työnantaja/yksikkö

Hyvinvointilähetteen asiakkaan tiedot

Nimi

Henkilötunnus

Sukupuoli

Puhelinnumero

Kuvaus

Kuvaa lyhyesti, minkä vuoksi hyvinvointilähete tehdään

Suostumus

Asiakas on antanut suostumuksensa hyvinvointilähetteen tekemiseen

☐ On suostumus

Lähetteen tekijä haluaa saada palautteen hyvinvointilähetteestä

☐ Kyllä

☐ Ei

Lähetä

← Takaisin

