



Mielenterveys- ja päihdetyön seudullisen palveluverkoston kehittäminen – Seutukehittäjä

Projektin loppuraportti



Visio: ”Päihderiippuvuuden ja mielen sairauksien tunnustaminen sairauksiksi muiden sairauksien rinnalla niin, että saatavilla on asiakaslähtöiset paikalliset ja / tai seutukunnalliset palvelut kuntien omana toimintana tai ostopalveluina.”

Hilkka Kärkkäinen

ESIPUHE

Tässä raportissa kuvataan puolentoista vuoden pituisen Mielenterveys- ja päihdetyön seutukehittäjähankkeen sisältöjä. Hankkeen taustalla on Etelä-Suomen läänissä vuosina 1997 -2003 toteutettu VEP –hanke, joka selvitti verkostoituvia erityispalveluita alueella. Keski-Uudellamaalla vuoden 2003 lopussa tehdyssä selvityksessä yhdeksi kehittämisen kohteista nostettiin mielenterveys- ja päihdepalveluiden seudullinen kehittäminen ja erityisesti kaksoisdiagnoosipotilaiden palvelut.

Mielenterveys- ja päihdetyön seudullisen palveluverkoston kehittämishanke, SEUKE, ajoittui kesästä 2004 vuoden 2005 loppuun. Hanke toteutettiin Sosiaali- ja terveysministeriön sekä KUUMA –kuntien ja Hyvinkään rahoituksella. Kuntien osuus hankkeen rahoitukseen tuli sosiaalitoimen työntekijöiden työpanoksen kautta.

Konkreettisina tuloksina hankkeesta on valmistunut kuvaus alueen mielenterveys- ja päihdepalveluista, selvitys seudullisen ensisuoja –tyyppisen asumispalveluyksikön perustamisesta, hankesuunnitelma Mielenterveys- ja päihdetyön seudullisesta kehittämisyksiköstä ja myöhemmin valmistuu KUUMA –kierre julkaisu yhteistyössä PÄIKE –projektin kanssa. Hankkeen ohjauksessa on valmistunut Diakonia -ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä Asiakkaan polku –selvitys Tuusulassa ja Laurea -ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä selvitys kriisipalveluiden järjestämisestä KUUMA –kunnissa ja Hyvinkäällä.

Puolentoista vuoden aikana seudullinen kehittämistyö saatiin hankkeessa alkuun ja sen keskeisiä haasteita saatiin konkretisoiduiksi. Projektille oli haettu rahoitusta vuotta pidemmäksi ajaksi kuin myönnetty hankerahoitus oli eikä hankkeelle asetettuja tavoitteita tarkennettu vastaamaan hankkeen kesto.

Peruspalveluiden ja erityispalveluiden työnjakokysymyksiä on seudulla pohdittu tästä hankkeesta irrallaan, sillä erikoissairaanhoidon ei saatu kytkettyä hankkeen kehittämistyöhön. Kunnissa on tehty muutoksia mielenterveys- ja päihdetyön organisoinnissa ja resurssoinnissa, esimerkiksi Järvenpäässä mielenterveystyö ja päihdetyö yhdistettiin samaan yksikköön ja joihinkin kuntiin on palkattu depressiohoitajia

perusterveydenhuoltoon. On kuitenkin vaikea sanoa, mitkä muutokset on tehty tämän hankkeen innoittamina ja mitkä muutokset olisi toteutettu joka tapauksessa.

Järvenpäässä 12.12.2005

Hilkka Kärkkäinen

erikoissuunnittelija

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO

2. PROJEKTIN TAUSTA
 - 2.1 Hankkeen valmistelu ja tavoitteet
 - 2.2 KUUMA –kumppanuusohjelma
 - 2.3 Tilastotietoa

3. PROJEKTIN ORGANISOINTI

4. PROJEKTIN TOTEUTUS 6/2004 – 12/2005
 - 4.1 Toimintaympäristöön perehtyminen
 - 4.2 Selvitykset
 - 4.2.1 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kartoitus
 - 4.2.2 Asiakkaan polku ja kriisityö –selvitykset
 - 4.2.3 Mielenterveys- ja päihdetyön osaamiskysely
 - 4.2.4 Selvitys seudullisen ensisuoja-tyyppisen asumispalveluyksikön perustamisesta
 - 4.3 Seudullinen yhteistyö
 - 4.3.1 Kehittävä asiantuntijayhteistyö
 - 4.3.2 Foorumit

5. KEHITTÄMISEHDOTUKSIA
 - 5.1 Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiskohteita
 - 5.2 Hanketyössä huomioitavaa

6. ARVIOINTIA

7. LOPPUSANAT

Mielenterveysongelmista on tulossa yksi tärkeimmistä kansanterveyskysymyksistä. On arvioitu, että yhden vuoden aikana yli neljänneksellä aikuisväestöstä olisi mielenterveysongelmia. Maailman terveysjärjestön mukaan masennus nousee vuoteen 2020 mennessä maailman tautilistalla toiselle sijalle sydän- ja verisuonitautien jälkeen. Stakesin mukaan Euroopassa esiintyy vuodessa 82,7 miljoonaa mielenterveysongelmatapausta. Mielenterveyden epäsuotuisaa kehitystä väestössä osoittavat niin Suomessa kuin useissa muissakin Euroopan maissa mielenterveysongelmien perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden lisääntyminen.

Alkoholi liittyy monin tavoin mielenterveysongelmiin ja mielen sairauksiin. Euroopassa on 87 miljoonaa alkoholin liikakäyttäjää, joiden henki tai terveys vaarantuu sen takia. Kansanterveyslaitoksen mukaan alkoholin ja muiden päihteiden käyttö on lähitulevaisuudessa suomalaisten vakavin terveysuhka. Alkoholin aiheuttamien terveysongelmien määrän tiedetään olevan suorassa suhteessa alkoholin kokonaiskulutukseen. Suomessa kuolee vuosittain noin 2200 henkeä alkoholin ja noin 100 henkeä huumeiden käytön seurauksena, mikä on noin 5% kaikista kuolemantapauksista. Sairaalahoittoa vaativien hoitajaksojen määrä, joissa päihdesairaus oli pääsairautena, oli vuonna 2002 noin 25.000 (KTL).

Viinojen kulutus Suomessa lisääntyi vuonna 2004 yli viidenneksen edellisvuoteen verrattuna. Alkoholiveron alennus 1.5.2004 on lisännyt alkoholin kokonaiskulutusta 100 prosenttiseksi alkoholiiksi muunnettuna 1 litran jokaista 18 vuotta täyttäneestä asukasta kohden, mutta väestötutkimuksilla ei ole kyetty selvittämään, mihin ryhmiin kulutuksen kasvu on kohdistunut. Voidaankin olettaa että kulutuksen kasvu on kohdentunut väestötutkimusten ulkopuolella oleviin päihteiden suurkuluttajiin, jotka ovat väestötutkimusten tavoittamattomissa. Useat tutkimukset osoittavat, että lisäämällä päihdepalvelujen ja -hoitojen saatavuutta onnistutaan väestötasolla vähentämään sairastavuutta, kuolleisuutta ja terveydenhuollon kustannuksia, puhumattakaan inhimillisen hädän lieventämisestä.

Itsemurhat ja niihin liittyvät menetykset ja kärsimykset ovat merkittävä kansanterveysongelma. Syy itsemurhaan on tavallisimmin masennus ja toivottomuus.

Miehillä taustalla on myös syrjäytymistä ja alkoholiongelmia. Vuosittain Suomessa yksi 2000 miehestä ja yksi 8000 naisesta tekee itsemurhan. Noin puolella itsemurhan tehneellä masentuneella on ollut myös päihdeongelma. Kansainvälisesti Suomi sijoittuu itsemurhakuolleisuudessa Itä-Euroopan ja Länsi-Euroopan väliin. Suomi on muita Pohjoismaita ylempänä kuolleisuustilastoissa, mutta Venäjän ja Baltian maiden alapuolella. Koulutus- ja konsultointiyhtiö Efekon mukaan naisten itsemurhien määrä on viime vuosina lisääntynyt kun miesten kohdalla tilanne on päinvastainen. Keski-Uudellamaalla itsemurhien vuoksi naisten menetettyjen elinvuosien määrä on kasvanut jyrkimmin Järvenpäässä, Keravalla ja Hyvinkäällä.

Keski-Uudenmaan kunnat ovat Etelä-Suomen lääninhallituksen tekemän selvityksen mukaan käyttäneet v. 2003 selvästi vähemmän määrärahoja päihdehuoltoon kuin Suomen kunnat keskimäärin. Saman tuloksen antaa Stakesin vertailu vuodelta 2003. Kun kunnat keskimäärin käyttivät päihdehuoltoon noin 20 euroa asukasta kohden, vastaava luku KUUMA-kunnissa oli keskimäärin 12 euroa. Mielenterveyspalveluista vastaavia tietoja ei palvelujärjestelmän pirstaleisuuden vuoksi ole saatavilla eikä vertailu sen vuoksi ole mahdollista.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen palveluvalikoima ja palvelujen saatavuus KUUMA-kunnissa vaihtelee merkittävästi kunnasta toiseen. Kun Hyvinkäällä on oma psykiatrian poliklinikka ja A-klinikka, ovat resurssit toisessa ääripäässä Mäntsälässä mielenterveys- ja päihdetyöhön yhden päihdeterapeutin varassa ja muut palvelut hoitaa joko erikoissairaanhoidon tai yksityiset palveluntuottajat. Kuntien päihdepalvelut ja mielenterveyspalvelut tuotetaan pääosin toisistaan erillään, ainoastaan Järvenpäässä on yhdistetty Mielenterveys- ja päihdetyön yksikkö.

Psykiatrian hoitajaksojen valossa mielenterveyspalvelujen tarve on Keski-Uudenmaan alueella viime vuosina ollut selvästi kasvussa. Psykiatrian hoitajakset ovat kolminkertaistuneet vuodesta 2000 vuoteen 2003. Lukuja tulkittaessa on vielä huomioitava, että mielenterveyden häiriöiden hoitoon käytetyistä hoitopäivistä vain noin puolet tuotetaan psykiatrian erikoisalalla. Päihdepalvelujen tarve on keskimäärin samaa luokkaa kuin muualla Etelä-Suomen läänissä.

2 PROJEKTIN TAUSTA

2.1 Hankkeen valmistelu ja tavoitteet

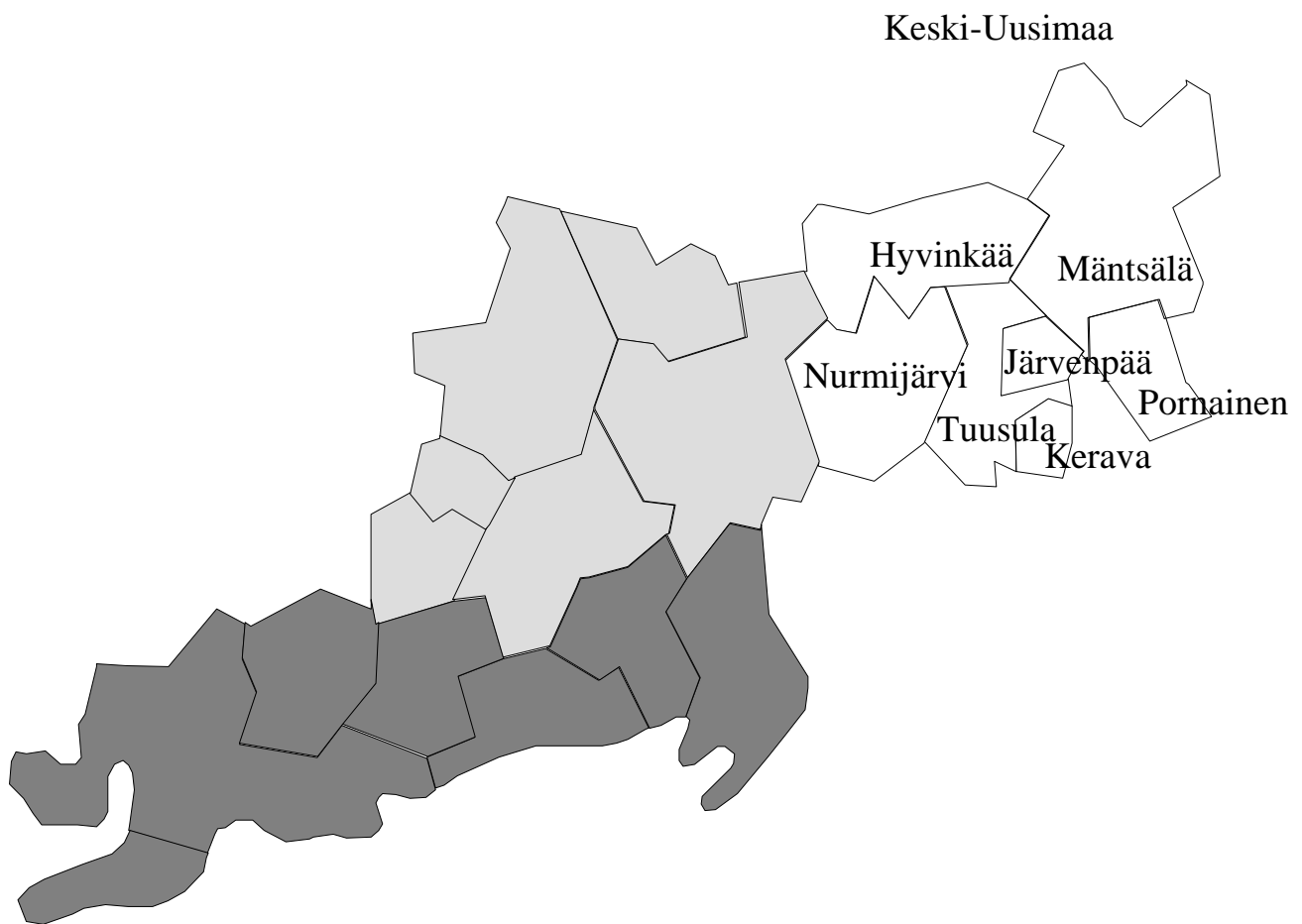
Keski-Uudellamaalla vuoden 2003 lopussa tehdyssä VEP-hankkeeseen (Verkostoituvat erityispalvelut) liittyvässä selvityksessä kehittämisen painopistealueeksi nostettiin päihde- ja mielenterveyspalvelujen seudullinen kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi Järvenpään kaupungille tätä tarkoitusta varten aloitettuun KUUMA –kuntien mielenterveys- ja päihdetyön seutukehittämishankkeeseen 90 000 euroa valtionavustusta 1.6.2004-31.12.2005. Hankkeeseen on osallistunut varsinaisten KUUMA-kuntien lisäksi Hyvinkää.

Seutukehittäjä –hankesuunnitelmaan liittyvää taustatyötä ja valmistelua tehtiin Länsi- ja Keski-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskuksessa, Sosiaalitaidossa Verkostoituvat erityispalvelut –hankkeeseen liittyvänä työnä kevästä 2003. KUUMA-kuntien ja Hyvinkään sosiaali- ja terveysjohtajat käsittelivät hanketta 3.10.2003 ja 30.10.2003. Alueen kunnista koottu asiantuntijaryhmä käsitteli hankesuunnitelmaa 14.11.2003 ja sosiaali- ja terveydenhuollon KUUMA-ohjausryhmä Hyvinkään edustajalla vahvistettuna 17.11.2003. KUUMA -komissio päätti hyväksyä seutukehittäjä-hankkeen osaksi alueen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä kokouksessaan 25.11.2003.

Mielenterveys- ja päihdetyön seudullisen kehittämishankkeen tavoitteiksi asetettiin:

- olemassa olevien palvelujen kartoitus ja arviointi
- kehittämistyön organisointi ja asiantuntijafoorumien kokoaminen
- palvelupuutteiden paikantaminen ja uusien ratkaisuvaihtoehtojen löytäminen
- seudullisten kehittämissuunnitelmien työstäminen
- seudullisen kehittämis- ja yhteistyörakenteen vakiinnuttaminen

Hankkeen avulla piti Keski-Uudenmaan kuntien mielenterveys- ja päihdetyön työntekijät koota yhdessä kartoittamaan alueen palveluja ja tiedottamaan hyvistä käytännöistä toisilleen. Tarkoituksena oli selvittää peruspalveluiden osuutta palvelujärjestelmässä sekä kehittää yhdessä hallinto- ja sektorirajoja ylittäviä mielenterveys- ja päihdetyön palvelurakenteita. Järjestöjen ja yksityisten tuottamat palvelut oli tarkoitus kytkeä osaksi toimivia palveluketjuja. Hankesuunnitelmassa hankkeen kestoksi määriteltiin 6/2004 – 12/2006, mutta rahoitus myönnettiin vain vuoden 2005 loppuun saakka.



Kuva 1. Uudenmaan maakunta (lukuunottamatta pääkaupunkiseutua)

2.2 Tilastotietoa

Keski-Uusimaa on pinta-alaltaan suhteellisen suuri alue. Alueella asuu noin 160 000 asukasta ja yli 200 000 Hyvinkää mukaan luettuna. Seutu on voimakasta muuttovoitto- ja kasvualuetta. Tämän lisäksi alueen sisäinen muuttoliike on voimakasta. Alueen asukkaista joka neljännellä on korkeakoulututkinto ja liki kolmasosalla keskiasteen koulutus. Koko maahan verrattuna keskiuusmaalaisten korkea-asteen tutkintojen osuus on hyvä. Alueen työttömyysaste on alhainen verrattuna muuhun Uuteenmaahan ja koko maahan. Keski-Uusimaa on osa pääkaupunkiseudun työssäkäyntialuetta. Seudun omista työpaikoista noin 2/3 on palvelualoilla.

Keski-Uudenmaan alueelle ominaista on, ettei alueella ole ns. keskuskuntaa, joka olisi selkeästi muita kuntia suurempi ja alueellisesti vetovoimaisin. Hyvinkää on asukasluvultaan ainoana yli 40 000 asukkaan kunta, mutta myös Nurmijärven ja Järvenpään asukasluku lähentelee jo 40 000. Tuusula ja Kerava ovat väkiluvultaan yli 30 000 asukkaan kuntia ja Mäntsälässä on lähes 20 000 asukasta. Pornainen on ainoa pieni kunta asukasluvun jäädessä alle 4 500. Kaikki kunnat ovat asukasluvultaan kasvavia: Nurmijärven kasvu (v.2003) on ollut suurinta, jopa 3,3 % ja Pornaisten kasvu on myös korkea 2,2 %. Järvenpään, Tuusulan ja Mäntsälän kasvu on ollut 1,5 %:n luokkaa ja Hyvinkäällä kasvu on ollut selvästi alhaisin 0,4 %.

Keski-Uudenmaan kilpailukyvyn kannalta keskeisiä vetovoimatekijöitä ovat mm. saavutettavuus ja nk. metropolialueeseen kuuluminen, asumismuotojen monipuolisuus sekä elinympäristön laatu ja turvallisuus. Oman erityispiirteensä alueen sosiaalialan haasteisiin tuo sekä alueen halkaisema päärata (mm. työssäkäynti, kulkuyhteydet, ihmisvirrat) että valmisteilla oleva oikorata (mm. uudet asuinalueet, muuttovoitto).

Keski-Uudenmaan kuntien työttömyystilanne vaihtelee paljon. Alhaisimmillaan työttömyysaste on Nurmijärvellä ja Pornaisissa (alle 6 %) ja korkeimmillaan Hyvinkäällä (10,3 %). Myös Järvenpäässä työttömyysaste on melko korkea (8,5 %), koko maan työttömyysasteen ollessa 11,8 %. Keravalla, Tuusulassa ja Mäntsälässä työttömyysaste on 6,5 % tietämällä.

Kuntien ikärakenne on keskenään samankaltainen. Alle kouluikäisiä on eniten Pornaisissa 12 % väestöstä ja vähiten Keravalla ja Hyvinkäällä 8 %, koko maan alle kouluikäisten osuuden väestöstä ollessa n. 8 %. Huoltosuhteen osalta Keravan ja Järvenpään huoltosuhteet jäävät alle yhden. Tuusulan ja Nurmijärven lukemat ovat hieman yli yhden ja Mäntsälä, Hyvinkää ja Pornainen 1,16 tietämässä koko maan huoltosuhteen ollessa 1,31 ja Uudenmaan 1,00. Tämän tunnusluvun valossa Keski-Uudenmaan kunnat ovat suhteellisen tasapainoisia.

2.3 KUUMA - kumppanuusohjelma

Keski-Uudenmaan kunnat, Järvenpää, Kerava, Nurmijärvi, Mäntsälä, Tuusula ja Pornainen ovat sopineet seudullisesta yhteistyöstä ja muodostaneet **KUUMA** –

kumppanuusohjelman. KUUMA-kumppanuus on näiden kuuden kunnan, yritys-elämän ja oppilaitosten yhteistoimintaa. KUUMA-kumppanuudella edistetään asukkaiden ja elinkeinoelämän tarpeita palvelevaa sujuvaa toimintaa yli kuntarajojen. Ohjelmatyön tavoitteena on vahvistaa alueen identiteettiä ja kilpailuasemaa sekä kehittää seutua vetovoimaisena ja omaleimaisena asuin- ja yritys ympäristönä. Kunnista, oppilaitoksista, yrityksistä ja muista toimijoista on muodostettu toiminnallinen verkosto, joka työskentelee yli kuntarajojen kehittämisen seudullisia yhteistyömalleja ja palveluja. KUUMA-ohjelman tavoitteena on myös vahvistaa Keski-Uudenmaan seutukuntaidentiteettiä suhteessa pääkaupunkiseutuun.

Keski-Uudenmaan kehittämistoiveet liittyvät yhteisten palveluiden laajempaan järjestämiseen ja esimerkiksi keskinäisten hankintasopimusten lisäämiseen sosiaalihuollon erityispalveluissa. Kehittämistyö nähdään uudenlaisen palvelujärjestelmän kehittämisenä. Siten kyse on palveluiden tuottamisen rakenteiden arviointi- ja kehittämistyöstä. Lähitulevaisuudessa tulee keskittyä koordinoimaan ja kehittämään edelleen seudullisia palvelu- ja yhteistyömuotoja. Keskeisin haaste seudulla on hyvin alkaneen seudullisen yhteistyön tiivistäminen ja syventäminen konkreettisiksi kehittämistoimiksi ja uudenlaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden ja muotojen luomiseksi.

Seudullisia yhteistyö- ja kehittämissuunnitelmia hankaloittaa se, että kehittämistoimia varten on useita eri ”rakenteita”, eikä oikein tiedetä mihin ”rakenteisiin” mitään yhteistyösuhteita pitäisi luoda. Eri yhteistyön rakenteet painottavat kehittämisen eri näkökulmia ja ovat luoneet jo olemassa olevia, jopa vakiintuneita, verkostoja.

Keski-Uudellamaalla vaikuttavia seudullisia rakenteita toimijoinen ovat mm.:

Kuuma-kunnat	(ei Hyvinkää, Pornainen v. 2005 alusta)
Hyvinkää-Riihimäki talousalue/AKO	Hyvinkää, Riihimäki, Hausjärvi, Loppi
Kihlakunnat	(Keski-Uudenmaan, Hyvinkään, Orimattilan ja Porvoon kihlakunnat)
Itä- ja Keski-Uudenmaan hätäkeskus	(mm. Kuumakunnat ja Hyvinkää)
Hyvinkään sairaanhoitoalue	(Kerava kuuluu Peijakseen, Pornainen Porvoon sha.)
Sosiaalitalo	Länsi- ja Keski-Uusimaa
Ammattikorkeakoulut	Diak, Laurea, HUMAK

KUUMA-yhteistyön tavoitteena sosiaali- ja terveyspalveluissa on hakea hyviä käytäntöjä ja yhtenäisiä ja taloudellisia toimintatapoja ja ottaa niitä käyttöön seudullisesti. Tavoitteena on kehittää myös yhteisiä palveluja ja valmistella esitykset niistä palveluista, jotka voidaan toteuttaa yli kuntarajojen kahden tai useamman KUUMA-kunnan yhteistyönä. Yhteistyössä on mukana myös Hyvinkään kaupunki, sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksia sekä muita alan toimijoita.

3 PROJEKTIN ORGANISOINTI

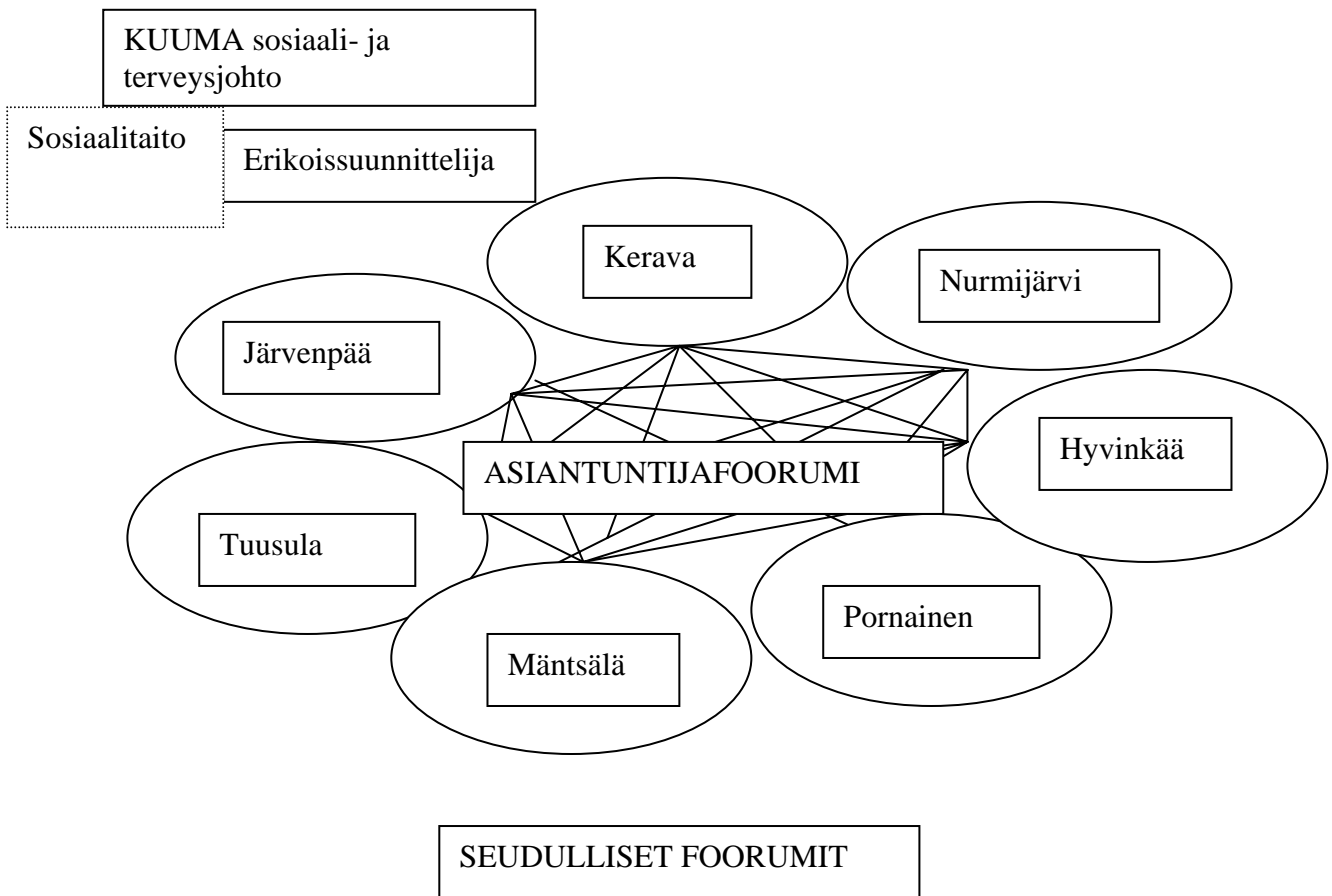
Projektin johtoryhmäksi oli jo hankesuunnitelmassa nimetty KUUMA –Sote, eli KUUMA – kuntien ja Hyvinkään sosiaali- ja terveysjohtajien ryhmä. Hankkeelle ei perustettu erillistä ohjausryhmää. Projektin käytännön toteutus tapahtui osana sosiaalialan osaamiskeskuksen kehittämistyötä, kuitenkin niin että se samalla oli organisoitu osaksi KUUMA –puheenjohtaja kuntana hakuvaiheessa toimineen Järvenpään linjaorganisaatiota. Käytännön työ tapahtui osaamiskeskusyhteisössä ja ohjauksessa kun taas johto ja hallinto, kuten raportointi ja maksatushakemukset lääninhallitukseen hoidettiin Järvenpään kaupungin organisaation kautta.

Sosiaalialan osaamiskeskus hoiti hankkeen käynnistämiseen liittyvät tehtävät ja työntekijän rekrytoinnin valmistelun yhdessä Järvenpään kanssa. Työntekijän valinta tapahtui viime kädessä Järvenpään kaupungin toimesta. Työntekijä aloitti työn projektissa 17.8.2005 erikoissuunnittelijan nimikkeellä.

Kehittämistyön kohteena on ollut KUUMA –kuntien ja Hyvinkään mielenterveys- ja päihdetyötä tekevät tahot. Tavoitteena oli koota kehittämistyöhön kuntien sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyön yksiköt ja sairaanhoitoalueiden psykiatrian yksiköt sekä Hesperian sairaalan päihdepsykiatrian yksikkö ja Keski-Uudellamaalla toimivat sairaalat. Kehittämistyöhön piti kytkeä myös näissä kunnissa toimivat kuntayhtymien ja säätiöiden omistamat mielenterveys- ja päihdeyksiköt.

Kehittämismenetelmiksi hankkeeseen valittiin foorumi–menetelmä ja kehittävä asiantuntijayhteistyö. Foorumi menetelmänä tarkoittaa työtapa, joka tarjoaa kaikille kiinnostuneille mahdollisuuden osallistua kehittämistyöhön: asiantuntijoille, ammattilaisille,

palveluntuottajille ja palveluiden käyttäjille, kaikille kuntalaisille. Tarkoituksena oli luoda keskusteluyhteyksiä erilaisten toimijoiden välille ja tarkastella asioita teorian ja käytännön sekä paikallisen toiminnan ja valtakunnallisten linjanvetojen näkökulmista. Arvioinnin piti olla osa prosessia, jota suunniteltiin tehtävän alafoorumeilla ja kokoamalla säännöllisin väliajoin yhteinen foorumi tarkastelemaan alafoorumeiden työn tuloksia ja linjaamaan kehittämistyötä edelleen. Kunkin kunnan piti päättää omista työskentelytavoistaan muodostamalla asiantuntijafoorumeja kehittämistyön eteenpäin viemiseksi kuntakohtaisesti. Hankkeessa oli tarkoitus keskittyä lähinnä mielenterveystyön prosessien tarkasteluun ja yhteistyössä PÄIKE –hankkeen kanssa selvittää päihdepalvelujen rakenteiden uudistamistarvetta.

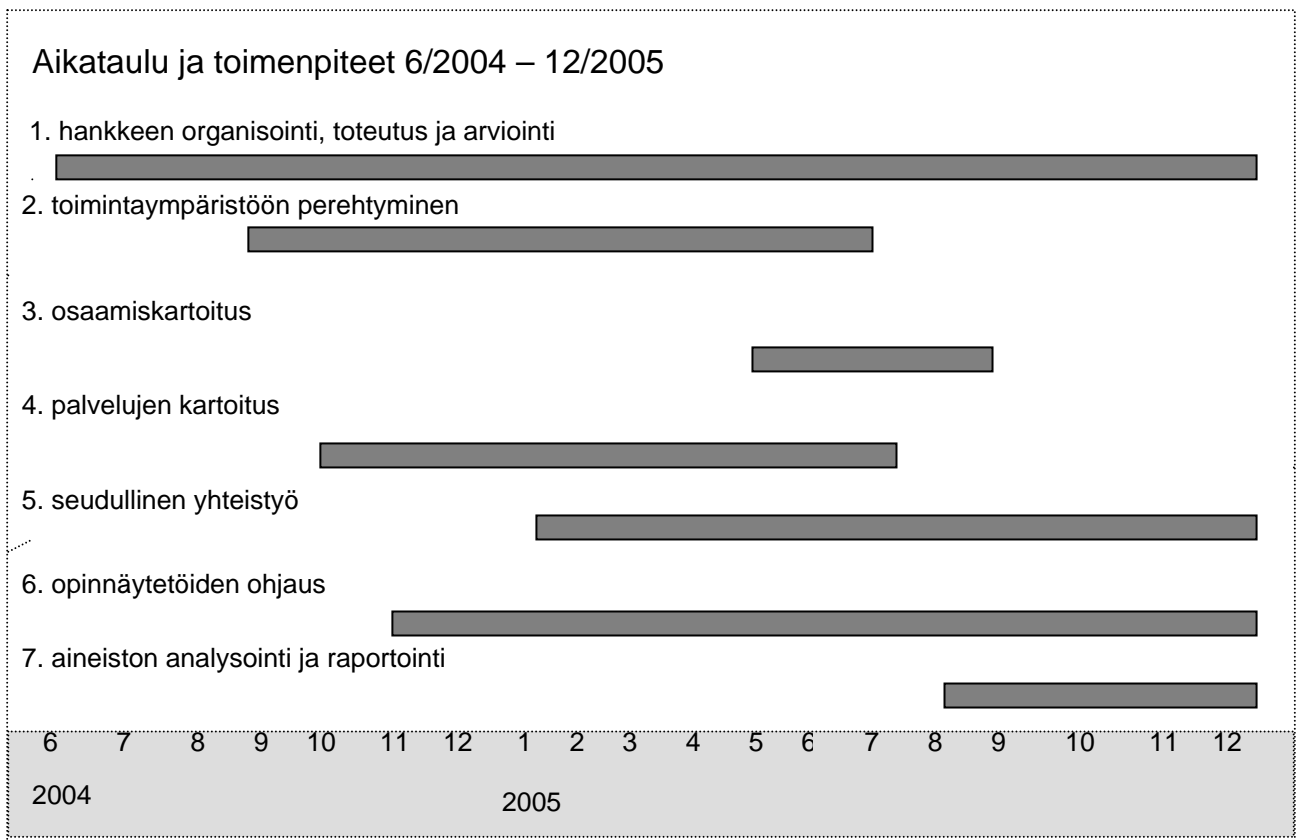


Kuva 2. Hankkeen organisaatio

KUUMA - kuntien alueella alkoi Etelä-Suomen lääninhallituksen osittain rahoittamana 1.3.2004 myös päihdehoidon laadullinen kehittämishanke PÄIKE, joka kestää 30.9.2006 saakka. Hankkeessa ovat mukana KUUMA - kuntien lisäksi Hyvinkään kaupunki, Kalliolan Nurmijärven klinikka, Ridasjärven päihdehoitokeskus, Järvenpään sosiaalisairaala, Diakonia-ammattikorkeakoulu ja Laurea-ammattikorkeakoulu. Yhteistyössä mukana ovat myös Seurakuntaopisto ja Sosiaalitaito. Hankkeen tavoitteena on koulutuksen, oman työn kehittämisen sekä tiiviiden yhteistyöverkostojen avulla parantaa päihdepalvelujen laatua niin paikallisella kuin alueellisellakin tasolla. Hankkeessa mukana olevat koulutus- ja palveluorganisaatiot ovat omalta osaltaan tiiviisti mukana luomassa yhteistä laadullista päihdetyön toimintamallia Keski-Uudenmaan alueelle.

4 PROJEKTIN TOTEUTUS 6/2004 – 12/2005

Hankkeen käytännön työ alkoi varsinaisesti elokuun 2004 lopulla, kun hankkeeseen palkattu työntekijä aloitti työnsä. Toimintaympäristöön perehtyminen alkoi aiemmin tehtyihin selvityksiin ja projekteihin perehtymällä. Projektisuunnitelman laadinta konkretisoi kehittämistyötä ja sen suunnittelua. Opiskelijoiden opinnäytetöiden ohjausta hankkeessa on tehty lähes alusta alkaen. Arviointi toteutettiin jälkeinpäin tapahtuvana itsearviointina.



Kuva 3: Projektin aikataulu

4.1 Toimintaympäristöön perehtyminen

Keski-Uudenmaan kuntien tilanteeseen perehtyminen tapahtui monella tasolla: tietoa toimintaympäristöstä koottiin erilaisista alueelta kootuista selvityksistä ja raporteista ja käytännön perehtyminen tapahtui mielenterveys- ja päihdetyön asiantuntijoiden haastatteluilla, kuntakierroksella sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmissä sekä yksityisten palveluntuottajien ja järjestöjen palveluihin tutustumalla.

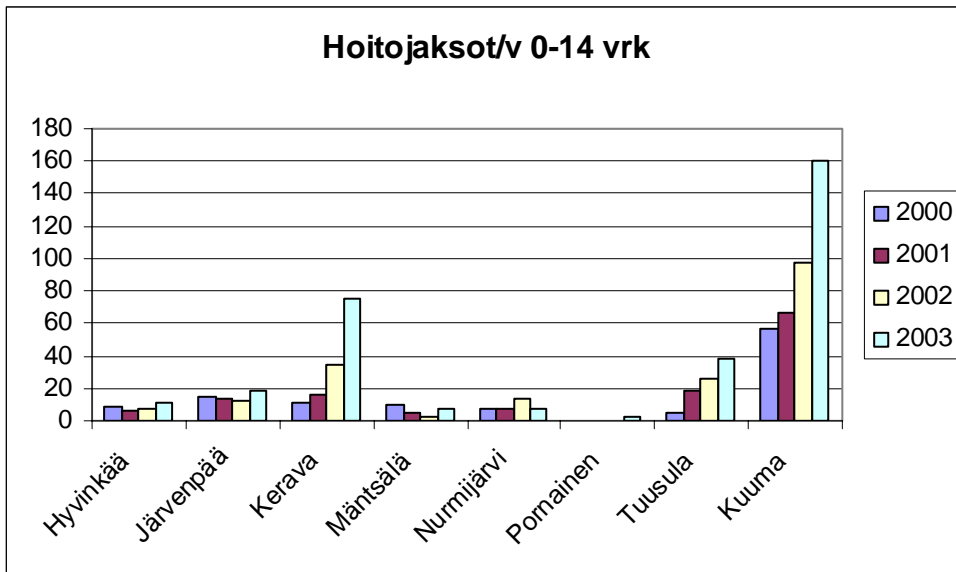
Mielenterveyspalvelut on Suomessa integroitu muuhun erikoissairaanhoidon erikoissairaanhoidolain muutoksen myötä vuonna 1991. Muutoksella tavoiteltiin potilaille matalampaa kynnystä hoitoon ja parempia kehitysmahdollisuuksia psykiatriselle hoidolle. Vuonna 1993 tehty valtionosuusuudistus muutti kuntien ja valtion välistä rahoitusjakoa. Päätösvalta palvelujen järjestämisestä siirtyi entistä selkeämmin kunnille samalla kun

valtion rahoitusosuus sosiaali- ja terveydenhuollon menoista väheni. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon kustannuksia karsittiin laman myötä huomattavasti samaan aikaan kun väestön oireilu lisääntyi ja sen myötä palvelujen tarvitsijoiden määrä kasvoi. Valtionosuusuudistuksen jälkeen vajaa puolet kunnista on päättänyt järjestää psykiatrisen avohoitonsa osana terveyskeskusten toimintaa ja lopuissa avohoidosta vastaa sairaanhoitopiiri. Terveyskeskuksiin on perustettu pieniä mielenterveysyksiköitä avohoittoa varten.

Ensisijaisina mielenterveyspalveluina ovat kunnan perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut. Ellei hoitoa peruspalveluissa voida toteuttaa, järjestää psykiatrisen avohoito yhteistyössä potilaan ja kunnan peruspalvelujen kanssa tarpeen mukaisen hoidon ja tuen. Mikäli potilas tarvitsee mielenterveyshäiriönsä vuoksi osastohoitoa ohjaa psykiatrisen avohoito hänet osastohoitojaksolle.

KUUMA -kunnat kuuluvat erikoissairaanhoidon osalta kolmeen eri sairaanhoitoalueeseen: Hyvinkää, Peijas ja Porvoo. Hyvinkään sairaanhoitoalueeseen kuuluvat KUUMA –kunnista Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi ja Tuusula. Sairanhoitoalueella toimii kaksi sairaalaa, Hyvinkään sairaala ja psykiatrisen Kellokosken sairaala. Kunnissa toimii HUS:in psykiatrian yksiköt lukuun ottamatta Hyvinkäätä, joka on kunnallistanut psykiatrian yksikkönsä. Kuntien alibudjetointi on ollut pitkään ongelmana psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.

Psykiatrian hoitajaksojen valossa mielenterveyspalvelujen tarve Keski-Uudenmaan alueella on viime vuosina ollut selvästi kasvussa. Tiedot perustuvat hoitoilmoitusrekisteriin.



Kuva 4: Kunnallisessa sairaalassa 0-14 vrk psykiatrian hoitojaksot /v

Mielenterveys- ja päihdetyö toteutetaan kunnissa pääsääntöisesti erillään, vaikka tutkimustulosten mukaan integroitu hoito on tuloksellisinta. Järvenpäässä on aloittanut 1.1.2005 Mielenterveys- ja päihdetyön yksikkö, jossa on tavoitteena päästä integroituun mielenterveys- ja päihdehoitoon kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla. Myös Järvenpään sosiaalisairaala toteuttaa integroitua hoitoa. Hyvinkäällä pohditaan A-klinikan ja psykiatrian yksikön yhdistämistä.

Päihteiden käyttäjien ensisuoja on toiminut kunnista vain Hyvinkäällä ja sielläkin se suljettiin toistaiseksi 1.3.2005. Mikään kunta ei pysty järjestämään päihdehoitoon pääsyä kaikkina vuorokauden aikoina. Jonotusaika päihdehuollon kuntouttavaan laitoshoidon on kahdessa kunnassa jopa yli kaksi viikkoa. Läninhallitusten tekemän päihdepalvelujen arvioinnin mukaan osa hoitoon pääsyn viiveistä syntyy maksusitoumuskäytännöistä.

Mielenterveys- ja päihdepalveluista ja niiden tarpeesta on erittäin vaikeaa muodostaa kokonaisvaltaista kuvaa, koska tietoja on hajallaan monissa eri paikoissa. Aikuisten mielenterveyspalveluista tilastoidaan hoitopäiviä ja -jaksoja erikoissairaanhoidossa. Terveyskeskusten tilastointi on epäyhtenäistä ja jos hoitoon hakeutumisen ensisijainen syy on joku muu kuin mielenterveysongelma, jää mielenterveysongelma usein tilastoimatta. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen rekisterit ja tilastot eivät anna riittävän kattavaa ja käyttökelpoista tietoa palveluiden seuraamiseen ja kehittämiseen. Tietoja ei voida myöskään tuottaa ja riittävästi analysoida alueellisella tai seudullisella tasolla.

Henkilöstötilastoja on myös vaikea saada. Olemassa olevat valtakunnalliset tietolähteet ovat hajallaan tilastokeskuksessa, eläkevakuutuslaitoksissa ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Etenkin avoterveydenhuollon henkilöstön tilastoinnissa on puutteita. Avohoidon palvelutuotannon tilastointiin tarvittaisiin myös ajantasaistamista ja kehittämistä.

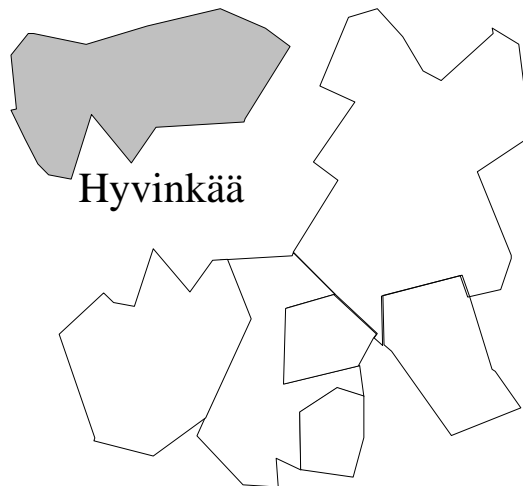
4.2 Selvitykset

4.2.1 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kartoitus

Hankkeessa kartoitettiin yhteistyössä PÄIKE –projektin kanssa KUUMA –kuntien ja Hyvinkään olemassa olevia päihde- ja mielenterveyspalveluja. KUUMA-kuntien ja Hyvinkään alueella sijaitsevien yksityisten palveluntuottajien yhteystiedot saatiin syksyllä 2004 Etelä-Suomen lääninhallitukselta. Yksittäisten tutustumiskäyntien ja haastattelujen perusteella ei ole ollut mahdollista esittää arviointia palvelujen laadusta, ainoastaan kertoa faktatietoa palveluista. Jäljempänä lyhyt yhteenveto palveluista eri kunnissa, tarkempi selvitys on erillisenä liitteenä. Yhteenvedossa esitellään kunkin kunnan alueella sijaitsevia mielenterveys- ja päihdepalveluja, vaikka ne tarjoaisivatkin palveluja laajemmalle alueelle.

Hyvinkään mielenterveys- ja päihdepalvelut

Hyvinkäällä sosiaali- ja terveystoimi on yhdistetty yhteiseksi perusturvakeskukseksi. Päihdehuolto on terveydenhuollon vastuualueella samoin kuin mielenterveystyö. Kaupungissa on aikanaan laadittu päihdestrategia, jota tänä vuonna päivitetään. Mielenterveystyön kokonaissuunnitelmaa sen sijaan ei ole tehty.



Palveluyksikkö

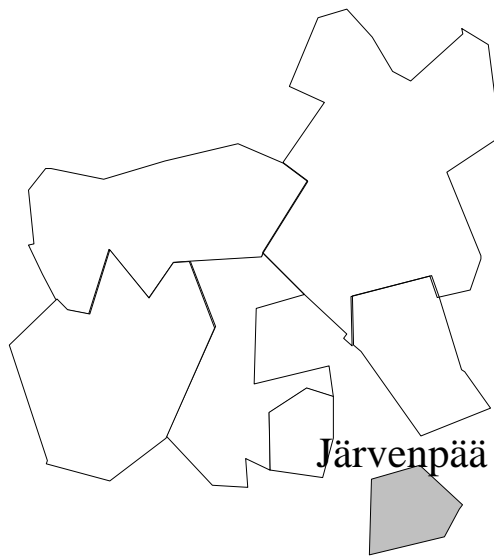
Hyvinkään pääterveysasema
Sairaanalanmäen terveysasema
Hyvinkään A-klinikka
Hyvinkään psykiatrian yksikkö
Ridasjärven päihdehoitokeskus
Hyvinkään päivätoimintakeskus Toimari
Hyvinkään kriisikeskus Mobile
Mielenterveyden Hyvinkään yhdistys Verso ry
Asuntola Hyvinkään Mäntylä
Jokipadon palvelukoti
Metsolan palvelukoti ja työsal
Pihkalan palvelukoti
Oljamikoti

Taustaorganisaatio

> Hyvinkään kaupunki
> Hyvinkään kaupunki
> Hyvinkään kaupunki
> Hyvinkään kaupunki
> Uudenmaanpäihdehuollon kuntayhtymä
> Hyvinkään Toimari ry
> Hyvinkään seudun mielenterveysseura
> Mielenterveyden keskusliitto
> Hyvinkään Mäntylä ry
> Human Care Network (HCN)
> Human Care Network (HCN)
> Human Care Network (HCN)
> Oljamikoti Oy

Järvenpään mielenterveys- ja päihdepalvelut

Järvenpään organisaatiossa sosiaali- ja terveyshuolto on yhdistetty samalle sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalle. Mielenterveys- ja päihdetyö ovat tämän vuoden alusta alkaen toimineet terveystoimen vastuualueella yhteisessä Mielenterveys- ja päihdetyön yksikössä (entinen A-klinikka). Ennaltaehkäisevän päihdetyön kehittämisryhmä, EHJÄKE on valmistellut päihdestrategiaa, joka kohdistuu lapsiin ja nuoriin ja sitä kautta myös heidän vanheempinsa. Mielenterveystyön kokonaissuunnitelmaa kaupungilla ei ole.



Palveluyksikkö

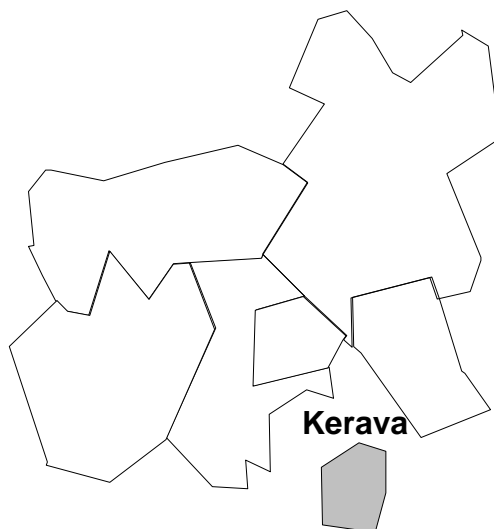
Järvenpään terveyskeskus
Mielenterveys- ja päihdetyön yksikkö
Järvenpään psykiatrian poliklinikka
Järvenpään psykiatrinen kuntoutuskeskus
Järvenpään sosiaalisairaala
Kivipuiston monipalvelukeskus
Hoivakoti Aino
Asumispalveluyksikkö Janne
Keski-Uudenmaan klubitalo
Keski-Uudenmaan päihdepysäkki
Vapaaehtoistyön keskus Rinkula

Taustaorganisaatio

> Järvenpään kaupunki
> Järvenpään kaupunki
> HUS
> HUS
> A-klinikkasäätiö
> Kivipuiston palvelukotisäätiö
> GSH oy
> GSH oy
> Keski-Uudenmaan klubitalot ry
> Keravan suojakotiyhdistys ry
> Setlementti Louhela

Keravan mielenterveys- ja päihdepalvelut

Keravan kaupungin organisaatiossa on yhdistetty sosiaali- ja terveystoiminta, jossa hoidetaan sosiaali- ja erityispalvelut ja terveyskeskustoiminnat. Kaupungilla on oma A-klinikka ja erillinen mielenterveysyksikkö perusterveydenhuollossa. Päihdehuollon asumispalvelut tuottaa suurelta osin Keravan Suojakotiyhdistys ja mielenterveyskuntoutujille palveluja ostetaan Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry:ltä. Alkoholi- ja huumausainepoliittinen ohjelma on laadittu v. 1998 ja sitä päivitetään parhaillaan. Mielenterveystyön kokonaissuunnitelmaa ei ole, mutta mielenterveyskuntoutujille on laadittu kattava ja ajantasainen palveluopas.



Palveluyksikkö

Keravan terveyskeskus

Keravan A-klinikka

Keravan hoitokoti

Keravan MIEL –yksikkö

Keravan psykiatrian poliklinikka

Keravan suojakotiyhdistys

Keski-Uudenmaan päihdepysäkki

Keski-Uudenmaan Sopimuskoti

Taustaorganisaatio

> Keravan kaupunki

> Keravan kaupunki

> Keravan kaupunki

> Keravan kaupunki

> HUS

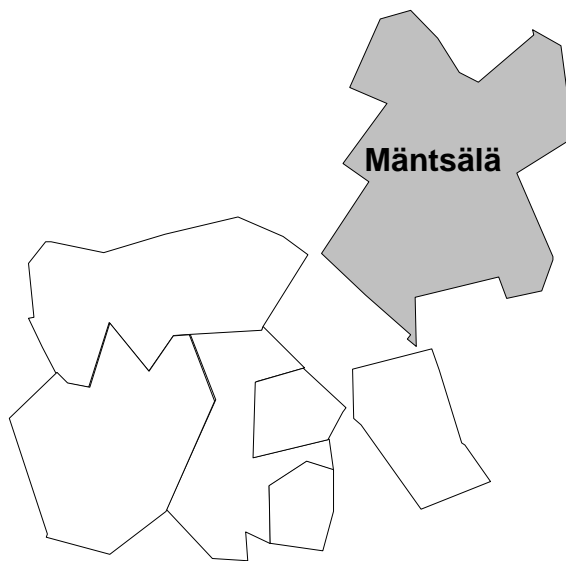
> Keravan suojakotiyhdistys ry

> Keravan suojakotiyhdistys ry

> Keski-Uudenmaan Sopimuskoti ry

Mäntsälän mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mäntsälässä sosiaali- ja terveystalvaeluja hoidetaan yhteisessä perusturvakeskuksessa. Kunnassa on yksi päihdetyöntekijä ja päihdepalvelut ostetaan pääsääntöisesti ulkopuolelta. HUS:in psykiatrian poliklinikka vastaa psyykkisten sairauksien avohoidosta eikä kunnalla ole omia resursseja mielenterveystyöhön. Kunnassa on laadittu päihdestrategia, mutta mielenterveystyön kokonaissuunnitelma puuttuu.



Palveluyksikkö

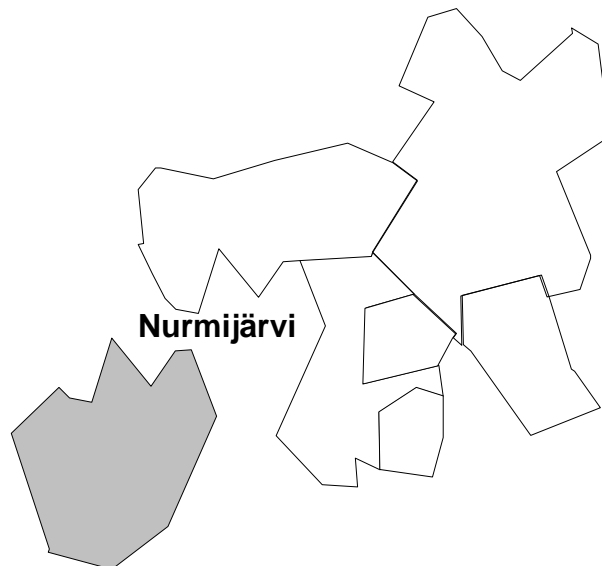
Mäntsälän perusturvakeskus
Mäntsälän psykiatrian poliklinikka
Mäntsälän psykiatrinen kuntoutuskeskus
Harjulakoti
Wisa-koti
Riihilehto
Mäntsälän mielenterveysyhdistys Kasvu ry

Taustaorganisaatio

> Mäntsälän kunta
> HUS
> HUS
> Kuntoutumiskoti Harjula Oy
> Wisa-koti Yhdistys ry
> GSH Oy
> Mielenterveyden keskusliitto

Nurmijärven mielenterveys- ja päihdepalvelut

Nurmijärven kunnan organisaatiossa on erikseen sosiaalipalvelualue ja terveysterveyspalvelualue erillisten lautakuntien alaisuudessa. Terveyskeskuksissa toimii kolme päihdesairaanhoitajaa ja kaksi psykiatrista hoitajaa. HUS:n psykiatrian poliklinikka vastaa osaltaan psyykkisten sairauksien avohoidosta ja muut päihde- ja mielenterveyspalvelut ostetaan ulkopuolelta. Ehkäisevään päihdetyöhön on laadittu v. 2003 päihdeohjelma, jossa painopisteenä on lapset ja nuoret. Mielenterveystyön kokonaissuunnitelmaa ei ole tehty.



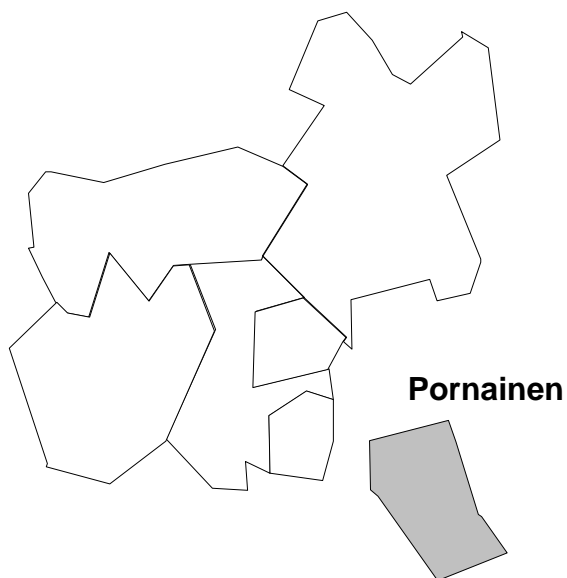
Palveluyksikkö

Nurmijärven pääterveysasema
Rajamäen terveysasema
Klaukkalan terveysasema
Nurmijärven psykiatrian poliklinikka
Nurmijärven psykiatrinen kuntoutuskeskus
Kalliolan klinikat/ Nurmijärven yksikkö
Kukkolan palvelukoti ja työsal
Terve Mieli ry
Pengerkosken hoitokoti
Palvelukoti Huvikumpu

Taustaorganisaatio

> Nurmijärven kunta
> Nurmijärven kunta
> Nurmijärven kunta
> HUS
> HUS
> Kalliolan settlementti ry
> Human Care Network (HCN)
> Mielenterveyden keskusliitto
> Osakeyhtiö
> Osakeyhtiö

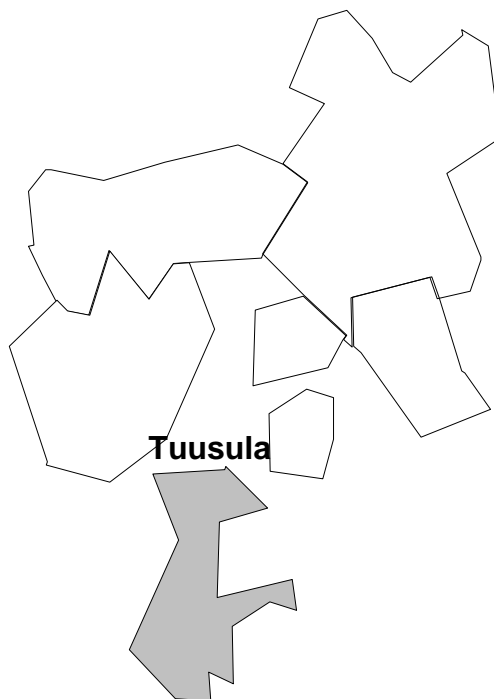
Pornaisten mielenterveys- ja päihdepalvelut



Pornaisissa sosiaalitoimella ja terveystoimella on yhteinen johto ja asiat käsitellään perusturvalautakunnassa. Päihdestrategiaa tai mielenterveystyön kokonaissuunnitelmaa kunnalla ei ole. Terveyskeskuksessa on koulutettu päihdeterapeutti. Perheterapeutti järjestää ryhmätoimintaa. Mielenterveyskuntoutujien toimintaryhmä kokoontuu kolme kertaa viikossa vanhainkodin alakerrassa ja siinä on noin 15 henkeä. Sairaalakierteen katkaisu on usein onnistunut tämän toiminnan avulla. Porvoon klubitaloa käytetään myös. Porvoon nuorisoasemalta ja Porvoon A-klinikalta ostetaan palveluja. Pornaisissa päihdepalveluja on tarjolla mutta mielenterveyspalveluja ei. Porvoon sha suunnittelee depressiohoitoketjua, johon koulutetaan perusterveydenhuollon työntekijä kunnassa.

Tuusulan mielenterveys- ja päihdepalvelut

Tuusulassa sosiaalityö ja terveystoimi toimivat erillisinä omien lautakuntien alaisuudessa. Päihdehoidosta vastaa terveystoimi ja kunnassa on yhteensä kolme päihdesairaanhoitajaa sekä yksi lääkäri, jolla on vastuualueenaan päihdehoito. Terveystoimessa on syksystä 2005 alkaen toiminut yksi ns. depressiohoitaja. Tuusulassa on laadittu ennaltaehkäisevä päihdestrategia v. 2000, mielenterveystyön kokonaissuunnitelmaa ei ole tehty.



Palveluyksikkö

Tuusulan pääterveysasema

Jokelan terveyskeskus

Kellokosken

Tuusulan psykiatrian poliklinikka

Tuusulan psykiatrinen kuntoutuskeskus

Tuusulan Kerttuli

Hoitokoti Pauliina

Tuusulan Seudun Mielenterveysyhdistys Tuumi

Taustaorganisaatio

> Tuusulan kunta

> Tuusulan kunta

> Tuusulan kunta

> HUS

> HUS

> Osakeyhtiö

> Toiminimi Hoitokoti Pauliina

> Mielenterveyden keskusliitto

Ostopalvelupaikat Keski-Uudenmaan ulkopuolella

Kunnat ostivat lisäksi asumispalveluja mielenterveyskuntoutujille seuraavista alueen ulkopuolella olevista paikoista:

Hoitokoti Metsätähti Jokelassa, Visamäen palvelukoti Hämeenlinnassa, Aholan tila oy Mieskonmäellä, Huunaan palvelukoti Tervakoskella, Tyrvännön palvelukoti Tyrvännöllä, Huunan Tuuli Oy Helsingissä, Kultarinne Oy Asumispalvelut Vantaalla, Katrinebergin palvelukoti Vantaalla, Palvelukoti Kielokoto Vantaalla, Visa Huuna Hämeenlinnassa, Olkkalan palvelukoti Vihdissä, Palvelukoti Kolmikoti Vantaalla, Kotivalli Sipoossa, Joenranta Sipoossa, Visapolun asumispalvelut Vantaalla

Päihdehuollon palveluja kunnat ostivat seuraavista alueen ulkopuolella olevista paikoista:

Espoon Diakonia-säätiö, Hietalinna-yhteisö, Jyväskylän seudun palvelusäätiö, Kankaanpään A-koti, Kan-Koti lahdessa, Kristillinen alkoholi- ja narkomaanityö, Kurvi, Mainiemen päihdehoitolaitos, Mikkeli-yhteisö, Siltavalmennus, Pellas, Tervalammen kartano, Toivola-koti, Tyynelän päihdehoitokeskus, Karismakoti, Betlehem-koti, Espoon katkaisuhuoltoyksikkö, Tessiobacka Laukaalla, Syväpuroyhteisö, Samaria-koti, Suojapoiju, Valkon hoitokoti, Hoitokoti Gröndahl.

Ostopalveluihin turvaudutaan, mikäli paikkoja lähempänä olevissa yksiköissä ei ole tai jos kyseessä on sellainen erityispalvelu, jota saa vain tietyistä yksiköistä. KUUMA-kunnat ostavat runsaasti palveluja alueen ulkopuolelta koska palveluja ei ole riittävästi tarjolla omalla seutukunnalla.

4.2.2 Asiakkaan polku ja kriisityö –selvitykset

Asiakkaan polku

Kuntien mielenterveys- ja päihdetyön rakenteita oli tarkoitus selvittää hankkeessa asiakkaan polku -selvityksin opinnäytetöinä yhteistyössä Diakonia -ammattikorkeakoulun kanssa. Neuvottelujen jälkeen asiakkaan polkua ryhtyi selvittämään Keravan

palvelujärjestelmässä yksi opiskelija ja Tuusulan palvelujärjestelmässä kolme opiskelijaa. Keravan selvitys on edelleen työn alla ja valmistuu vasta tämän hankkeen päätyttyä. Tuusulan selvitykseen valikoitui lopulta yksi asiakas, jonka polkua mielenterveys- ja päihdepalveluissa asiakkaan näkökulmasta selvitti kaksi opiskelijaa ja viranomaisnäkökulmasta yksi opiskelija.

Viranomaisnäkökulmasta tehdyssä selvityksessä seurattiin asiakkaan yhteyksiä sosiaali- ja terveystalouteen 80-luvun lopulta aina kevääseen 2005 saakka. Asiakkaan polku osoittautui pirstaleiseksi ja edestakaisin laitospalvelu- ja avohoidon palveluissa sekä sosiaali- ja terveystalouteen sahaavaksi.

Selvityksen mukaan Tuusulassa on osoittautunut ongelmalliseksi päihde- ja mielenterveystalouden yhteen nitominen. Päihdetyössä tarvitaan laaja-alaisempaa hoitoa joka ei pelkästään keskittyisi päihdeongelmaan. Mielenterveys- ja päihdetyöhön kaivattaisiin kipeästi lisäresursseja. Masentuneiden hoitoon perusterveydenhuollossa pitäisi panostaa vielä enemmän. Myös moniammatillisen työotteeseen kasvava tarve nousi selvityksessä esille. Mielenterveystalouden ongelmakohtana on hidas hoitoon ohjaus, koska ennen hoitoon pääsyä tarvitaan lähete. Haasteellisinta työntekijöiden mielestä on saada asiakaslähtöinen työtapo toteutumaan moniongelmaisten ihmisten kohdalla, koska psykiatrisen avun saanti ja psykiatrisen puolen linkittäminen mukaan kokonaisuuteen on välillä hankalaa. Työntekijöiden mielestä vertaisryhmätoimintaa saisi olla enemmän tarjolla.

Opinnäytetyö on raportin liitteenä.

Kriisityö

Kriisityön valmiuksia kunnissa selvitti Laurea amk:n opiskelija kesällä ja syksyllä 2005. Selvitystyö tehtiin pohjaksi keskustelulle kriisityön seudullisesta organisoinnista. Selvityksestä ilmenee että Keski-Uudellamaalla kriisipalvelujen saatavuus vaihtelee kunnittain.

Järvenpää

Järvenpäässä mielenterveys- ja päihdetyön yksiköstä saa apua sekä mielenterveys- että päihdeongelmiin kriisitilanteessa. Yksikön toimintaan kuuluu myös debriefingin järjestäminen tarvittaessa. Järvenpäässä debriefing-toimintaa tekee 25 henkilöä, jotka on jaettu viiteen eri ryhmään. Suurin osa on kaupungin työntekijöitä, osalla on terveydenhuollon koulutus, mutta mukana on työntekijöitä myös päivähoidosta, sivistystoimesta ja seurakunnasta. Mukana on myös joitain entisiä kaupungin työntekijöitä jotka siten ovat mukana vapaaehtoistyöntekijän statuksella. Laurea – ammattikorkeakoulusta tilataan koulutusta, jos mukaan on tullut uusia tai jos joku haluaa täydentää koulutustaan. Jälkihoitoon Järvenpäässä on kaksi eri mahdollisuutta. Ensimmäinen on mielenterveys- ja päihdetyöyksikkö, jossa on töissä tällä hetkellä kuusi psykiatrista sairaanhoitajaa. Toinen vaihtoehto on vakavissa tapauksissa käytettävä erityissairaanhoidollinen psykiatrian poliklinikka.

Hyvinkää

Hyvinkäällä toimii Kriisikeskus Mobile, joka tarjoaa nopeasti tukea erilaisissa elämäntilanteissa ja kriisin kohdatessa. Viranomaisilla ja yhteistyötahoilla on tiedossaan viranomaisnumero, josta kriisipäivystäjän tavoittaa 24 h/vrk. Hyvinkäällä toimii kaupungin erillisinä yksikköinä A-klinikka ja psykiatrian yksikkö. Molemmista saa kriisitilanteessa ainakin tietoa siitä mihin kannattaa ottaa yhteyttä. Lääkäripulan vuoksi psykiatrian yksikön akuuttityöryhmä toimii tällä hetkellä vajavaisesti, mutta sen tehtävänä on tarjota mielenterveydellisiin akuutteihin ongelmiin apua vuorokauden sisällä.

Kerava

Keravalla kriisityötä virka-aikana tekevät psykiatriset sairaanhoitajat mielenterveysyksikössä, terveyskeskus psykologi ja lasten osalta perheneuvola. Tämän lisäksi kriisityötä tekevät myös Peijaksen sairaala, Keravan lääkärit ja sosiaalityöntekijät sosiaalitoimessa, tosin ei aivan kriisityön nimellä. Virka-ajan ulkopuolella Keravalla toimii henkisen ensiavun kriisiryhmä, joka päivystää joka päivä klo 22 asti, yöllä päivystystä ei ole.

Henkisen ensiavun kriisiryhmä koostuu vapaaehtoisista ja seurakunnan työntekijöistä, mutta myös kunnan työntekijöistä, kuten terveydenhoitajista. He saavat työstään päivystyskorvauksen. Lähinnä henkisen ensiavun kriisiryhmä tekee debriefing työtä, mutta auttavat ihmisiä myös ennen debriefing istuntoja jos tarvetta on. Henkisen ensiavun ryhmään kuuluu noin 10-15 ihmistä, joista kolme toimii kerrallaan päivystysvuorossa. Yksi heistä on päivystäjä jonka tehtävä on vain päivystää. Tämän lisäksi on ykkös- ja kakkosdebriefing vetäjät. He saavat päivystäjältä tiedon debriefing istunnosta, järjestävät ja vetävät sen. Kun henkisen ensiavun kriisiryhmä on hoitanut akuutin kriisityön ja debriefing työn, jälkihoito ohjautuu mielenterveysyksikköön, perheneuvolaan tai terveyskeskus psykologille.

Mäntsälä

Mäntsälässä ei ole tällä hetkellä toimivaa kriisityöryhmää. Koska traumaattisia tapahtumia ja kriisejä on kuitenkin vuosien varrella ollut, niitä varten on jouduttu erikseen perustamaan kriisiryhmiä jotka on ostettu erikseen esimerkiksi Punaiselta ristiltä. Mäntsälässä psykiatrian poliklinikka (HUS) vastaa psyykkisten sairauksien avohoidosta, mutta siellä ei resursseja ole kriisityöhön. Akuutti kriisityö ja debriefing toiminnan lisäksi myös terapiapalvelut on ostettu. Kunnassa on vain yksi päihdetyöntekijä, mutta akuuttiin palvelutarpeeseen pyritään vastaamaan. Mäntsälä yritti ostaa kriisityön Hyvinkään Mobilesta, mutta ei sitä saanut koska Mobilella eivät ilmeisesti resurssit riittäneet.

Nurmijärvi

Nurmijärvellä kriisityö on järjestetty ostopalvelusopimuksella Hyvinkään Mobilesta. Sopimus Mobilen kanssa on ollut voimassa jo useamman vuoden. Kriisityötä Nurmijärvellä tekee myös perusterveydenhuolto eli terveyskeskus ja omalääkäri. Terveyskeskuksessa on kolme psykiatrista sairaanhoitajaa. Yhdellä heistä on kriisiterapeutin koulutus ja hän tekee pelkkää kriisityötä ja kaksi toimii depressiohoitajina. Myös sosiaalitoimi joutuu väistämättä tekemisiin traumaattisten tilanteiden kanssa. Aikaisemmin Nurmijärvellä on ollut oma kriisiryhmä, joka koostui kunnan virkamiehistä. Ryhmä kuitenkin hajosi, koska heillä ei riittänyt energiaa työpäivän jälkeen ja he väsyivät päivystämiseen.

Pornainen

Pornaisissa on aikanaan ollut yhteiskriisipäivystys Porvoon kanssa, jolloin mukana olivat myös Askola ja Porvoon mlk. Yhteistyöhön liittyi myös pätevää koulutusta. Ryhmä hajosi vuonna 1997, koska työtä tehneet kokivat, ettei heidän tekemäänsä työtä arvostettu. Tällä hetkellä Pornaisissa ei ole muuta kriisivalmiutta kuin lakisääteinen kriisisuunnitelma kouluissa. Pornaisissa ainoa kriisityöhön koulutettu työntekijä kouluterveydenhoitaja, joka tekee kriisityötä Pornaisten kouluissa.

Tuusula

Tuusulassa kriisityö on hankittu ostopalveluna Suomen mielenterveysseuran Sos-autosta. Ostopalvelu on ollut käytössä tämän vuoden alusta. Sitä ennen käytössä oli Tuusulan oma kriisiryhmä. Sos-auto hoitaa akuutin kriisityön ja debriefing toiminnan. Kunnan oma kriisiryhmä on lakkautettu resurssipulan vuoksi. Jälkihoitoa on mahdollista saada Tuusulan terveyskeskuksesta, jossa toimii erikoissairaanhoidaja. Häneltä on mahdollista saada supportiivista apua ja tukea. Lapsiperheet kääntyvät perheneuvolan puoleen ja aikuisperheet kääntyvät psykiatrian poliklinikalle. Kunnan terapiaan Tuusulan perusterveydenhuollossa ei ole resursseja.

Yhteenvetoa

Tällä hetkellä Kuuma-kunnissa ja Hyvinkäällä kriisityö on organisoitu pääosin kolmella eri tavalla. Kunnissa on joko oma kriisiryhmä, kriisityö on hankittu ostopalveluna tai kunnalla ei ole ollenkaan omaa kriisivalmiutta. Järvenpäässä ja Keravalla on omat kriisiryhmänsä. Keravalla kriisiryhmä tekee akuuttia kriisityötä ja debriefing työtä, Järvenpäässä vain debriefing työtä. Kriisiryhmät koostuvat kuntien virkamiehistä ja vapaaehtoistyöntekijöistä. Hyvinkäällä, Nurmijärvellä ja Tuusulassa kriisityö on järjestetty ostopalveluna. Tuusula ostaa kriisityönsä Mielenterveysseuran SOS-autosta ja Nurmijärvi hankkii kriisityönsä Hyvinkään Mobilesta, joka on myös Mielenterveysseuran omistuksessa. Hyvinkään kriisityön hoitaa Mobile, jossa on kolme vakituista työntekijää ja loput noin 20 ovat vapaaehtoistyöntekijöitä.. Mäntsälässä ja Pornaisissa ei tällä hetkellä ole kattavaa kriisivalmiutta. . Kummassakin kunnassa on aiemmin toiminut kriisiryhmä, mutta sen toiminta on lakkautunut.

Jokaisessa kunnassa kriisityön kanssa tekemisiin joutuvat välttämättä myös perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijät. Kaikissa kunnissa toimii terveyskeskuspäivystys ainakin klo 8-22 välisen ajan päivästä. Sinne voi päivystysluonteisesti hakeutua missä kriisitilanteessa tahansa. Kuuma –kuntien yöpäivystykset on keskitetty Hyvinkään aluesairaalaan tai Peijaksen sairaalaan (Kerava). Terveyskeskuksissa toimii psykologeja, joiden palvelujen piiriin voi ajanvarauksen kautta hakeutua myös kriisitilanteessa. Kunnissa jälkihoito on järjestetty pääosin kunnan omien mielenterveysyksiköiden tai erikoissairaanhoidon psykiatristen poliklinikoiden kanssa.

Selvitystyössä tuli esiin että kunnissa mietitään parhaillaan kannattaisiko ja voitaisiinko kriisityötä ja sosiaalipäivystystä jotenkin yhdistää. On muun muassa mietitty voisivatko kriisityöntekijät olla apuna sosiaalipäivystyksen työntekijöille. Pienissä kunnissa jossa kriisityön tarve on muutenkin vähäinen, kriisipäivystystä on suunniteltu yhdistettäväksi sosiaalipäivystykseen. Kaikissa kunnissa sosiaalipäivystyksen ja kriisityön yhdistämistä ei nähdä parhaana ratkaisuna. Erikseen järjestettävän sosiaalipäivystyksen rinnalla kriisityö nähdäänkin hyvänä systeeminä.

Tällä hetkellä kriisityö tasapainottelee jossain perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välimaastossa. Jos kriisityölle löytyisi oma paikkansa, olisi sen ehkä mahdollista saavuttaa ansaitsemansa arvostus ja riittävät resurssit. Kuntien hyvin hoidettu kriisityö ehkäisee ongelmien vaikeutumista ja vähentää siten erityisesti mielenterveyspalvelujen tarvetta myöhemmin.

Kriisipalveluista tehty opinnäytetyö on raportin liitteenä.

4.2.3 Mielenterveys- ja päihdetyön osaamiskysely

Kesäkuussa 2005 lähetettiin SEUKE -asiantuntijoiden kautta kuntiin kysely, jolla oli tarkoitus selvittää sosiaali- ja terveystoimessa peruspalveluissa työskentelevien mielenterveys- ja päihdetyön osaamista. Samalla kysyttiin ajatuksia siitä, missä toiminnoissa seudullista yhteistyötä tulisi kehittää. Kyselyyn vastasi Mäntsälästä 9 työntekijää, Tuusulasta 5, Järvenpäästä 2 ja muista kunnista tuli jokaisesta vain 1 vastaus.

Yhteensä vastauksia oli siis 18, mikä ei riitä johtopäätösten tekoon, mutta antanee viitteitä suunnasta. Alhaiseen vastausmäärään johti todennäköisesti kyselyn ajankohta kesän kynnyksellä.

Kyselyn seudullista yhteistyötä koskevaan kysymykseen vastasi kaikkiaan 14 vastaajaa. Kysymys kuului seuraavasti:

Ympäröivien kuntien ja palveluntarjoajien yhteistyön kehittäminen mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarjoamisessa. Missä toiminnoissa yhteistyötä olisi syytä kehittää a) ympäröivien kuntien kanssa, b) muiden palveluntuottajien kanssa (kunnan muut toimialat, kolmas sektori, yrittäjät).

Yksi vastaaja oli sitä mieltä, ettei seudullista yhteistyötä tarvita vaan palvelut olisi helpompi hoitaa kuntakohtaisesti. Muissa vastauksissa useimmin mainittiin yhteinen koulutus ja kehittämistyö sekä työkäytäntöjen yhtenäistäminen. Yhteistyötä ympäröivien kuntien ja mahdollisesti muiden palveluntuottajienkin kanssa toivottiin huumeiden käyttäjien erikoisyksikön ja selviämisaseman perustamisessa. Vastauksissa mainittiin myös alkoholistien vanhainkodin perustaminen, mielenterveys- ja päihdeongelmaisten monipuoliset asumispalvelut, työllistymisen tukeminen tietopankin avulla sekä sosiaalipäivystyksen ja kriisityön organisointi yhteistyössä sekä ympäröivien kuntien että muiden palveluntuottajien kanssa.

Vastausten perusteella kiinnostusta niin seudulliseen yhteistyöhön kuin yhteistyöhön muiden palveluntuottajienkin kanssa on kunnissa olemassa. Yhteiset koulutukset ja kehittämishankkeet olivat suosituimpia yhteistyön muotoja, mutta kannatusta sai myös erilaisten palvelujen tuottaminen seudullisena yhteistyönä.

4.2.4 Selvitys seudullisen ensisuoja –tyyppisen asumisyksikön perustamisesta

Toukokuussa 2005 esitettiin hankkeelle pyyntö selvittää seudullisena yhteistyönä toteutettavan päihdeongelmaisten ensisuoja –tyyppisen asumispalveluyksikön perustamista KUUMA –kuntien alueelle. Selvitys tuli tehdä nopeassa aikataulussa, jotta sitä voitaisiin käsitellä jo elokuussa pidettävässä sosiaali- ja terveysjohtajien kokouksessa.

Päihdehuoltolain 3 §:n mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Selvityksen mukaan KUUMA –kuntien alueella ei tällä hetkellä ole lainkaan päihdeongelmallisille ensisuoja –tyyppisiä, lyhytaikaista asumista tarjoavia yksiköitä. Päihdehuollon palvelujärjestelmän tulisi kuitenkin laatusuosituksen mukaan sisältää päivystyspalveluja, joihin voi hakeutua myös virka-ajan ulkopuolella ja viikonloppuisin ja saada kiireellisissä tapauksissa välitöntä hoitoa.

Kunnat käyttivät v. 2004 päihdehuollon asumispalveluihin määrärahoja seuraavasti:

Hyvinkäällä on päihdehuollon asumispalvelujen piirissä ollut yht. 92 asiakasta, joista asuntoloissa 54 ja tukiasunnoissa 38. Asumispalvelujen ostoon käytettiin rahaa 123.000 euroa, josta ensisuojan osuus oli 63.000 euroa.

Järvenpäässä on ollut päihdehuollon asumispalvelujen piirissä 19 asiakasta ja asumispalvelujen kustannukset olivat yhteensä 54.236 euroa. Näistä ostopalveluja oli 8:lle asiakkaalle 825 vrk, yhteensä 30.876 euroa ja omia (A-koti) 11 asiakkaalle 1.579 vrk, yhteensä 23.360 euroa.

Tuusulassa on ostettu päihdehuollon asumispalveluja 4 henkilölle yhteensä 825 vrk ja kustannukset olivat arviolta 54.000 euroa. Lisäksi Tuusula on ostanut asumisen tukipalveluja 15 henkilölle kerrallaan, niiden kustannukset olivat viime vuonna myös noin 54.000 euroa eli kaikkiaan asumispalveluihin käytettiin 108 000 euroa.

Keravalla oli sijoitettuna päihdehuollon asumispalveluihin 71 asiakasta ja kustannukset olivat 136 704,57 euroa.

Nurmijärvellä asiakkaita päihdehuollon asumispalveluissa oli 24 ja kustannukset olivat 77.012 euroa.

Mäntsälässä päihdehuollon asumispalveluissa oli 6 asiakasta ja kustannukset olivat yhteensä 13.250,60 euroa.

Pornaisissa ei v. 2004 ole ollut yhtään asiakasta sijoitettuna päihdehuollon asumispalveluihin eikä niin ollen myöskään kustannuksia.

Kunnan tulisi laatusuosituksen mukaan järjestää päihdepalveluja, joihin voi hakeutua myös päihtyneenä. Monesti ensimmäinen askel alkoholiongelmasta kuntoutumiseen alkaa ns. ensisuoja –tyyppisistä, lyhytaikaista apua tarjoavista yksiköistä. Inhimillisistä syistä tällaista väliaikaista asumista tulisi olla tarjolla päihteiden väärinkäyttäjille lähipalveluperiaatteella etenkin talviaikana. Mahdollisesti perustettavassa, lyhytaikaista asumista

päihdeongelmallisille tarjoavassa yksikössä pitäisi asiantuntijoiden mukaan olla sekä ns. märkää, johon voi tulla päihtyneenä selviämään, että päihdeetön, lyhytaikaiseen asumiseen tarkoitettu puoli.

Suurin osa selvitystä varten haastatelluista järjestöjohtajista oli sitä mieltä että ensisuoja – tyyppinen toiminta tulisi toteuttaa lähipalveluna jokaisen kunnan alueella. Sininauhasäätiö oli ainoana kiinnostunut yhteisen ensisuoja –tyyppisen yksikön perustamisesta Keski-Uudenmaan alueelle.

Selvityksen mukaan hanke olisi mahdollista toteuttaa ylikunnallisena siten, että pieniä lyhytaikaiseen asumiseen tarkoitettuja yksiköjä olisi joka kunnassa ja hallinnollisesti ne olisivat saman toimipisteen alaisuudessa. Hallinto voitaisiin järjestää esim. erillissopimuksella Uudenmaan päihdehuollon kuntayhtymän kautta tai isäntäkuntamallin mukaisesti esim. Järvenpään mielenterveys- ja päihdetyön yksikköön.

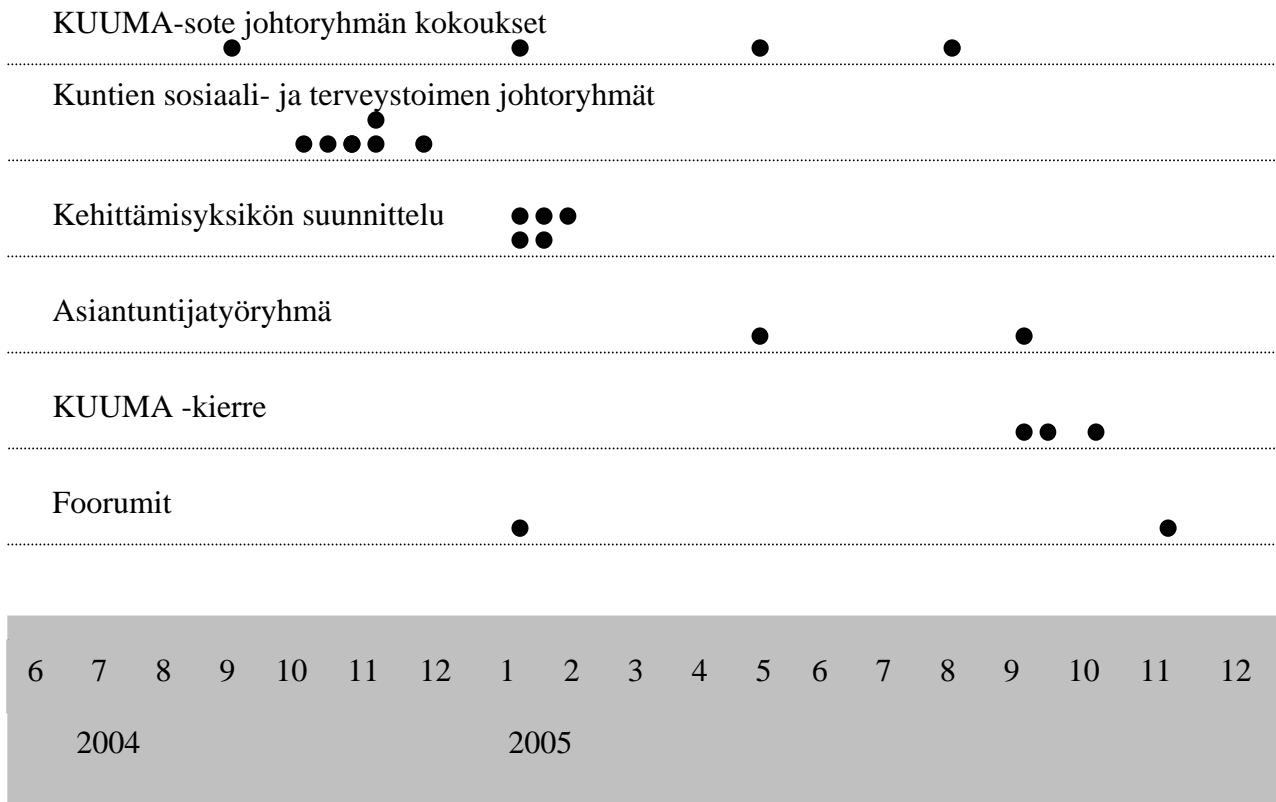
Toinen vaihtoehto olisi toteuttaa Ensisuoja –tyyppisen yksikön / yksiköiden perustaminen jonkin ulkopuolisen yhteisön toimesta, jolta kunnat ostaisivat palvelut. Järjestely edellyttäisi kaikkien kuntien sitoutumista ostamaan palveluntuottajalta tietyn määrän paikkoja sekä huolehtimaan asukkaidensa palveluista asumisjakson jälkeen tietyn ajan niin että asukkaiden kotikunta säilyy ennallaan tulossa olevasta kotikuntalain muutoksesta huolimatta.

Selvitys osoitti että valtakunnalliset päihdehuollon palveluja tuottavat yhteisöt ovat kiinnostuneita palvelujen tuottamisesta KUUMA –kunnille. Suurin osa on kuitenkin sitä mieltä, että ensisuoja –tyyppinen asumispalvelu on tyypillistä lähipalvelua eikä sitä ole järkevää tuottaa ylikunnallisena yhdessä paikassa. Tällaisia yksiköjä tulisi olla joka kunnassa, vaikka niiden hallinto olisikin järjestetty keskitetysti. Tärkeää olisi laajemman päihdepalveluverkoston kytkeminen kuntakohtaisesti asumispalveluyksiköiden toimintaan. Yksiköistä tulisi olla mahdollisuus siirtyä edelleen oman kunnan pidempiaikaisiin asumispalveluihin tai päihdehuollon kuntoutuspalvelujen piiriin.

Selvitystä elokuussa käsitelty KUUMA sosiaali- ja terveysjohtajien kokous päättyi siihen, ettei se anna aiheutta jatkotoimiin tässä vaiheessa.

4.3 Seudullinen yhteistyö

Seudullinen yhteistyö oli suunniteltu toteutettavaksi ensisijaisesti kehittävän asiantuntijatyöskentelyn ja foorumien avulla. Yhteistyö toteutui käytännössä myös suunnittelutyössä ja koulutustilaisuuksissa.



Kuva 4: Hankkeen tapahtumat ja työkokoukset

4.3.1 Kehittävä asiantuntijayhteistyö

Hankkeen alussa yhdeksi kehittämismenetelmäksi valittiin kehittävä asiantuntijayhteistyö, koska tavoiteltiin eri toimijoiden monipuolista osallisuutta hankkeeseen ja toisaalta pyrittiin prosessinomaiseen kehittämisoitteeseen. Menetelmän soveltaminen ei myöskään vaadi suuria rahallisia panostuksia. Kehittävän asiantuntijayhteistyön kehyksiin mahtuu monenlaisia työotteita: koulutusta voi hyödyntää tarpeen mukaan ja benchmarkingia apuna käyttäen etsiä kehittämistavoitteita. Oleellista on että kehittäminen tehdään yhteisesti, kaikkien henkilöstöryhmien ja asiakkaiden tietoa ja kokemusta hyödyntäen.

Kehittävän asiantuntijayhteistyön pääperiaatteena on kehittämistyön toteuttaminen sellaisena prosessina, jossa kehittämistavoitteet ja toteuttamistapa muokataan vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä hankkeessa mukana olevien ihmisten kanssa.

Erikoissairaanhoidon mukaantulo kehittävään asiantuntijayhteistyöhön olisi ollut tarpeen peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon tehtäväjaon kehittämiseksi. Tarkoituksena oli käydä Kellokosken sairaalan johtoryhmässä esittelemässä hanketta ja sopimassa yhteistyöstä. Jostain syystä sovittuna aikana ei johtoryhmän kokousta kuitenkaan ollut eikä myöhemminkään ollut mahdollisuutta sopia vastaavaa käyntiä. Erikoissairaanhoidon psykiatrian yksiköt tarjosivat pyydettyä lyhyen ajan kokouksissaan hankkeen esittelylle, varsinaiseen kehittämistyöhön työntekijät eivät sitoutuneet. Ilmeisesti tätä hanketta ei johdon taholta priorisoitu sellaiseksi, johon on lupa käyttää työaika.

KUUMA-sosiaali- ja terveysjohdon ryhmän kokoukset

Hankkeen johtoryhmäksi oli suunnitteluvaiheessa nimetty Keski-Uudenmaan kuntien sosiaali- ja terveysjohtajien ryhmä, KUUMA-sote. Erillistä ohjausryhmää ei hankkeessa ollut. Hankkeen asioita käsiteltiin kaikkiaan neljässä johtoryhmän kokouksessa. Ensimmäisessä kokouksessa syyskuussa 2004 hanke esiteltiin ja ryhmä esitti näkemyksiään siitä, mihin asioihin hanketyössä tulisi paneutua. Tammikuussa 2004 esitettiin johtoryhmälle tilannekatsaus siihen asti tehdystä työstä ja linjattiin tulevaa työskentelyä. Toukokuun johtoryhmään koottiin yhteenveto hankkeesta. Yhteenvedossa käsiteltiin hankkeen tilannetta tavoitekohtaisesti sekä ehdotuksia loppuajan työtehtävien priorisoimiseksi. Elokuun kokouksessa KUUMA-sote käsitteli selvitystä seudullisen ensisuoja-tyyppisen asumispalveluyksikön perustamisesta.

Kuntien sote-johtoryhmät

Hankkeessa oli tarkoitus osallistaa sosiaali- ja terveysjohtajat hankkeeseen muutoinkin kuin hankkeen ohjausryhmän kautta. Tätä tarkoitusta varten kuntien sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmissä käytiin syksyn 2004 aikana esittelemässä hanketta. Tavoitteena oli saada johtotaso turvaamaan hankkeen toimintapuitteet niin, että työntekijöillä olisi myös ajallisia mahdollisuuksia kehittämistyöhön osallistumiseen.

Kuntakohtaisten alafoorumien perustamista suunniteltiin kokouksissa, mutta ajatukset eivät konkretisoituneet muualla kuin Keravalla, jossa oli jo sovittu ensimmäisen mielenterveysfoorumin päivämäärä. Kunnissa olisi pitänyt olla joku vastuhenkilö suunnittelemassa ja kokoamassa kuntakohtaista foorumia. Kun hankkeen kuntakohtaisten asiantuntijoiden nimeäminen viivästy, ei tämäkään asia edennyt keskusteluja pidemmälle. Johtoryhmissä kiertäminen palveli kuitenkin hankkeesta tiedottamista.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen seudullisen kehittämissyksikön suunnittelu

Vuoden 2005 alkupuolella koottiin kuntien asiantuntijat laatimaan hankesuunnitelmaa seudullisen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämissyksikön perustamiseksi KUUMA - kuntien alueelle. Suunnittelukokouksia oli kaikkiaan viisi ja mukana suunnittelutyössä oli myös DIAK -ammattikorkeakoulun edustaja. Hankesuunnitelma ja rahoitushakemus tehtiin tiiviissä yhteistyössä parissa kuukaudessa ja jätettiin Sosiaali- ja terveysministeriöön helmikuun lopussa. Kehittämissyksikköhanke ei kuitenkaan saanut rahoitusta. Hankesuunnitelma on raportin liitetiedostona.

Asiantuntijatyöryhmä

Kuntia pyydettiin toistuvasti nimeämään edustajansa hankkeen asiantuntijayhteistyöhön ja asiantuntijatyöryhmä saatiin lopulta kootuksi keväällä 2005. Työryhmä kokoontui ensimmäisen kerran toukokuussa kartoittamaan kunkin kunnan sisäisiä heikkouksia ja vahvuuksia sekä seudullisen yhteistyön uhkia ja mahdollisuuksia. Kuntien heikkouksina esiin nousivat työntekijöiden jaksamisongelmat ja psykiatrian lääkäripula sekä matalan kynnyksen paikkojen puuttuminen niin mielenterveys- kuin päihdeasiakkaillekin. Palvelujen liian vähäinen resurssointi kauttaaltaan samoin kuin puutteelliset valmiudet peruspalveluissa aiheuttavat jonoja sekä ongelmien vaikeutumista ja pitkittymistä. Toisaalta jossain kunnassa koettiin vahvuutena mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen ja monipuoliset palvelut sekä moniammatillinen yhteistyö ja laaja, toimiva yhteistyöverkosto. Analyysin perusteella kunnat poikkeavat toisistaan hyvinkin paljon palvelujen resurssoinnissa ja organisoinnissa.

Seudullisen yhteistyön uhkana asiantuntijaryhmässä nähtiin työvoima- ja resurssipula ja pelättiin ammattitaitoisen henkilöstön saamisen vaikeutuvan. Palvelujen saatavuuden

heikkenemistä pelättiin, samoin sitä että kuntakohtaisen palvelujärjestelmän kehittäminen jäisi seutukehittämisen jalkoihin. Toisaalta seudullisen yhteistyön mahdollisuutena pidettiin palvelujen saavutettavuuden paranemista. Uskottiin myös asiakkaan valinnan mahdollisuuksien hoitopaikan suhteen paranevan. Seutuyhteistyön myötä pidettiin mahdollisuutena kuntalaisten seudullisen tasa-arvoisuuden kasvua ja seudullisten palvelujen edullisuutta sekä ostopalvelujen yhteistä kilpailuttamista. Seudulliset, isommat yksiköt eivät olisi niin haavoittuvia kuin pienet eikä pienten kuntien tarvitsisi tuottaa kaikkia palveluja itse. Mahdollisuutena nähtiin myös, että toisten osaamisen hyödyntäminen helpottuu ja työntekijöiden vertaistuen mahdollisuudet paranevat.

Asiantuntijaryhmän toinen ja viimeiseksi jäänyt kokous oli lomakauden jälkeen syyskuussa. Asiantuntijaryhmä keskittyi hankkeen arviointiin ja seutuyhteistyön pohdintaan yleisellä tasolla. Keskustelussa nousi esiin kunnissa koettu projektiväsymys ja työtehtävien kuormittavuus. Kehittämistyöhön on vaikea löytää aikaa varsinkin kun samalla alueella on kaksi projektia, joissa odotetaan osittain samojen työntekijöiden kehittämispanosta. Ihmeteltiin miksi projektirahoitusta ei aina myönnetä haetulle ajalle. Keskustelussa pidettiin parempana hylätä rahoitushakemus kokonaan kuin lyhentää suunniteltua työskentelyaikaa. Kaivattiin myös enemmän koordinoitua valtion taholta niin että samalla alueella haettuja pieniä projekteja yhdisteltäisiin laajemmiksi kokonaisuuksiksi ja tehokkuus paranisi. Pohdittiin myös palvelurakennemuutoksen vaikutuksia KUUMA-yhteistyöhön ja miten eri mallit toteutuessaan siihen vaikuttaisivat. KUUMA-yhteistyön todettiin usein jopa lisäävän byrokratiaa ja hidastavan päätöksentekoa, kun jokaisessa asiassa erikseen jokainen kunta päättää mahdollisesta mukaantulosta tai poisjäännistä.

Asiantuntijaryhmän työskentelyssä ei kahden kokouksen aikana ehditty edetä sisällölliseen kehittämiseen ja palvelurakenteiden pohdintaan, jota varten ryhmä alkujaan haluttiin koota.

KUUMA –kierre työskentely

Yhteistyö PÄIKE-projektin kanssa käynnistyi syksyllä 2005, jolloin toteutettiin kuntien asiantuntijoiden yhteistoiminnallisen oppimisen päivä, jossa käsiteltiin kolmea päihdetyöhön ja kolmea mielenterveystyöhön liittyvää teemaa. Työskentelyyn oli kutsuttu mukaan SEUKE-asiantuntijaryhmän jäsenet, PÄIKE-projektin projektiryhmän jäsenet,

Kuuma-kuntien ja Hyvinkään asiakasyhteistyöryhmien jäsenet ja kuntouttavan työtoiminnan tekijät, sekä Hyvinkään työvoiman palvelukeskuksen työntekijät. Työskentelyn tavoitteena oli Kuumakuntien ja Hyvinkään tilanteen kartoittaminen koskien seuraavia kuutta aihealuetta:

1. Nuoret 2-diagnoosipotilaat Keski-Uudenmaan ja Hyvinkään alueella
2. Tiedon ja vastuun jakaminen työntekijöiden kesken sekä varhainen puuttuminen alkoholin käyttöön
3. Yksilökohtainen kuntoutussuunnitelma/asiakkaan voimavarojen huomioiminen
4. Kriisityön järjestäminen ja palvelujen saatavuus Keski-Uudenmaan ja Hyvinkään alueella
5. Mielensterveyspalvelujen tehtävät ja työnjako – lähipalvelut/seudulliset palvelut
6. Mielensterveysvaikutusten arviointi kunnallisessa päätöksenteossa

KUUMA –kierre työskentelyssä oli mukana nelisenkymmentä kuntien päihde- ja mielensterveystyön asiantuntijaa. Diakonia-ammattikorkeakoulun rehtori Jorma Niemelä toimi kommentaattorina lokakuun lopussa järjestetyssä palautepäivässä.

KUUMA –kierre koulutuksen menetelmänä oli yhteistoiminnallinen oppiminen ja jaettu asiantuntijuus, jossa uuden synnyttäminen tapahtuu vuorovaikutuksena yhteisön jäsenten kesken. Ryhmiä oli kuusi ja kaikkien ryhmien aiheet oli ennakoon mietitty yhteisesti SEUKE- ja PÄIKE –projekteissa. Puheenjohtajat ryhmiin oli myös sovittu ennakoon.

Ryhmiin tehtävänä oli hyvien käytäntöjen kartoittaminen, epäkohtien esilletuominen ja kehittämissuunnitelmien ja korjausehdotusten tekeminen. Jokaisesta hankekunnasta eli Keravalta, Järvenpäästä, Tuusulasta, Mäntsälästä, Hyvinkäältä ja Nurmijärveltä oli etukäteen valittu ryhmiin puheenjohtajat. Puheenjohtaja pysyi koko ajan samana, mutta kaikki osallistujat kiersivät kaikissa kuudessa ryhmässä itse valitsemassaan järjestyksessä. Päivän aikana kokoontui siten kaikkiaan 36 ryhmää, joissa kaikissa oli eri kokoonpano. Puheenjohtajat kirjasivat ryhmien keskustelut ja saivat runsaan kuukauden aikaa kirjoittaa niistä artikkelit, jotka lähetettiin Diakonia-ammattikorkeakoulun rehtorille kommentoitavaksi.

Lokakuun 2005 lopussa pidettiin aamupäivän pituinen palautetilaisuus, jossa kuultiin puheenjohtajien yhteenvedot omista aiheistaan ja valmisteltu kommenttipuheenvuoro. Sen jälkeen jakaannuttiin vielä kerran ryhmiin, mutta nyt hankekunnittain. Ryhmät pohtivat tulevaisuuden visiota päihde- ja mielenterveystyössä Keski-Uudellamaalla ja Hyvinkäällä.

Ryhmiä yhteenvedoista nousi esiin seuraavia kehittämiskohteita:

Nuorten kaksoisdiagnoosipotilaiden tilannetta käsitelleissä ryhmissä kehityskohteiksi nousivat selvästi koulutus, verkostotyö ja yhteisten pelisääntöjen luominen. Konsultointimahdollisuutta pidettiin ratkaisevana potilaan hoidon kannalta. Huoleksi ryhmissä nousi resurssien vähyys ja työntekijöiden jaksaminen.

Tiedon ja vastuun jakamista ja varhaista puuttumista päihteiden käyttöön pohtineet ryhmät nostivat myös esiin koulutustarpeet mm. päihteiden käytön tunnistamisesta, puheeksiottamisesta, hoitoonohjauksesta ja verkostotyöskentelystä. Ryhmät korostivat vastuutyöntekijän sopimisen tärkeyttä verkostotyössä.

Yksilökohtaista kuntoutussuunnitelmaa ja asiakkaan voimavarojen huomioimista käsitelleet ryhmät näkivät välttämättömänä asiakkaan mukaan ottamisen kuntoutussuunnitelman laatimiseen. Vastuutyöntekijän, eräänlaisen ”asianajajan”, sopimista pidettiin tärkeänä myös tätä aihetta käsitelleissä ryhmissä.

Kriisipalvelujen saatavuutta pohtineet ryhmät kartoittivat eri kuntien kriisityön tilannetta ja totesivat kuntien järjestäneen palvelut eritasoisesti ja eri tavoin. Yhteisen näkemyksen mukaan kunnissa ollaan uuden pohdinnan edessä, jotta kriisityön valmius saataisiin kuntoon.

Mielenterveyspalvelujen tehtäviä ja työnjakoa pohtineet ryhmät korostivat ehkäisevän työotteen merkitystä työssä. Yhteinen huolenaihe oli henkilöstön riittämättömyyden ohella työssä jaksamisen ja tietotaidon ylläpitämisen / kehittämisen näkökulma. Kaikissa ryhmissä nousi esiin lisääntyvä päihdepsykiatrian tarve.

Mielenterveysvaikutuksia kunnallisessa päätöksenteossa käsitelleet ryhmät pitivät tärkeänä, että pystytään näyttämään päättäjille, mitä tuloksia työllä on saavutettu. Toisaalta pitäisi olla erilaisia mittareita, joilla voitaisiin osoittaa, mitä kustannuksia puuttumatta jättäminen aiheuttaa. Ryhmissä peräänkuulutettiin mielenterveystyön kokonaissuunnitelmia kuntiin.

Osanottajat pitivät tärkeänä johdon mukaanottoa seuraaviin vastaavanlaisiin tilaisuuksiin. Päättäjien ja ylimmän johdon arjen tiedon lisäämiseen toivottiin menetelmiä. Kommenteista nousi esille, että yhteistyötä tehdään melko vähän vielä Keski-Uudenmaan kuntien kesken. Projektien myötä yhteistyö ja toisten työn tuntemus on lisääntynyt. Päihde- ja mielenterveystyön yhdistämisen malli koettiin hyvänä ja sen nähtiin palvelevan myös osaamisen ylläpitämistä. Yhteistyön ja verkostoitumisen avuksi peräänkuulutettiin kuntien ja seutukunnan palveluoppaita mielenterveys- ja päihdetyöhön. Kehittämistyössä toivottiin otettavan huomioon paitsi kustannukset ja laatu, myös palvelujen käyttäjien näkemykset.

KUUMA-kierre työskentelyn tuloksista kootaan julkaisu PÄIKE –projektin puitteissa myöhemmin.

4.3.2 Seudulliset mielenterveys – ja päihdeforumit

Kehittävän asiantuntijayhteistyön rinnalle toiseksi menetelmäksi hankkeessa valittiin foorumimenetelmä. Foorumi menetelmänä tarkoittaa työtapaa, joka tarjoaa kaikille kiinnostuneille mahdollisuuden osallistua kehittämistyöhön: asiantuntijoille, ammattilaisille, palvelujen tuottajille ja käyttäjille, kaikille kuntalaisille. Tarkoituksena on luoda keskusteluyhteyksiä erilaisten toimijoiden välille ja tarkastella asioita teorian ja käytännön sekä paikallisen toiminnan ja valtakunnallisten linjanvetojen näkökulmista.

Mielenterveys- ja päihdefoorumi tammikuussa 2005

Ensimmäinen seudullinen mielenterveys- ja päihdefoorumi järjestettiin Järvenpään lukiossa tammikuussa 2005. Tapahtuman keskeisenä tavoitteena oli etsiä yhteistä linjaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseen Keski-Uudenmaan alueella. Foorumissa oli mukana kuntapäättäjiä, kuntien viranhaltijoita, järjestöjen ja yksityisten

palveluntuottajien edustajia ja kuntalaisia. Foorumissa esittäytyi myös 21 alan palveluntuottajaa foorumin yhteyteen kootussa näyttelyssä.

Foorumin puheenvuoroissa pohdittiin mielenterveyden käsitettä, mielenterveys- ja päihdetyön yhteistä kehittämistä, kuntien ja erikoissairaanhoidon rooleja laadukkaiden palvelujen tuottamisessa ja järjestöjen osuutta palveluissa. Ohjelmassa oli myös tulevaisuustyöryhmät, joissa luotin yhteistä visiota seudullisten palvelurakenteiden kehittämisestä. Osanottajia foorumissa oli yli kaksisataa.

Foorumissa todettiin, että Keski-Uudellamaalla on liian vähän terapiapalveluita ja psykiatreille pitkät jonot. Työntekijöillä ei aina ole riittävää ammattitaitoa eikä mahdollisuuksia kouluttautua kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon. Päihdepuolella kunnilla on liian vähän voimavaroja käytössä ennaltaehkäisevään työhön, eikä päihteiden käyttöön pystytä puuttumaan halutulla tavalla.

Tulevaisuustyöryhmien yhteenveto hyvän mielenterveyden ylläpitämiseen ja päihteiden käytön ehkäisemiseen liittyvistä asioista sisälsi yli 40 kohtaa. Lista alkoi asumisesta, perheestä, työstä ja taloudellisesta turvasta jatkuen ihmissuhteisiin, terveen kasvun tukemiseen, matalan kynnyksen palveluihin, tiedon jakamiseen, ennaltaehkäisyyn, riskitekijöiden tunnistamiseen sekä kriisipalveluihin.

Kunnallisten ja seudullisten palvelujen pohdinnan tuloksena kunnissa tulisi olla muun muassa lähipalvelut ja matalan kynnyksen pisteet, julkiset avohoitopalvelut, A-klinikat, katkaisuhuolto, päivätoimintakeskus sekä kriisiapu. Myös työvalmennus ja työpajatoiminta sekä turvakoti- ja ensisuojoiminta tulisi olla kuntien vastuulla. Seudullisena voitaisiin järjestää esimerkiksi perhetukikeskus, sairaalatason palvelut, tuettu asuminen sekä laitoshoido.

Mielenterveys- ja päihdefoorumi marraskuussa 2005

Toinen seudullinen Mielenterveys- ja päihdefoorumi järjestettiin marraskuussa 2005 ja se toimi samalla hankkeen päätöstilaisuutena. Foorumin puheenvuoroissa pohdittiin moniongelmaisten asiakkaiden auttamista, seudullista palvelutuotantoa sekä kuntien ja erikoissairaanhoidon roolia masennuspotilaiden hoidossa. Foorumissa kuultiin myös

palvelujen käyttäjän puheenvuoro ja SEUKE- hankkeen kehittämissuositukset. Foorumin yhteyteen kootussa näyttelyssä esittäytyi toistakymmentä alan palveluntuottajaa. Osanottajia foorumissa oli toistasataa.

Foorumissa todettiin palvelujen hallinnollisen ja fyysisen sijoituksen olevan eri asioita seudullisessa palvelutuotannossa. Lähipalvelut sijaitsevat lähellä, vaikka voivatkin kuulua hallinnollisesti seututasolle. Lähipalveluihin peräänkuulutettiin vähintään yhtä mielenterveystyöntekijää 20 000 asukasta kohden. Psykiatrian yksiköt tulisi sijoittaa muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden yhteyteen. Pitkän aikavälin tavoitteeksi tulisi asettaa psykiatristen sairaaloiden asteittainen integrointi sairaanhoitoalueiden / terveydenhuoltoalueiden somaattisten sairaaloiden yhteyteen

Kaksoisdiagnoosipotilaat olisi tutkittava huolella sekä päihdeongelman että psykiatrisen diagnostiikan osalta. Potilaat olisi mielellään tutkittava kokonaisvaltaisesti siellä minne ovat ensin hakeutuneet. Konsultaatioiden kehittäminen ja päihdeorganisaation vahvistaminen nähtiin välttämättömäksi jatkossa. Palvelujen käyttäjän mukaan toipumisessa auttaa ennen kaikkea vertaistuki. Sairastuminen on yksilöllistä ja toipuminen myös. Ryhmässä kokemukselle on monta peiliä ja kaikilla yhteinen halu toipua.

Mielenterveys- ja päihdetyön seudullisen kehittämishankkeen todettiin saaneen kehittämistyön liikkeelle Keski-Uudenmaan alueella. Seutukunnan työntekijät ovat tutustuneet toisiinsa ja oppineet toisiltaan. Palvelupuutteita on paikannettu ja niihin on myös löydetty ratkaisuehdotuksia. Seutufoorumien nähtiin toimineen hyvin kehittämisen välineenä.

5 KEHITTÄMISEHDOTUKSIA

Hankkeen ensisijaisena tavoitteena oli kuntien palvelujen kartoitus ja arviointi sekä seudullisen kehittämistyön alkuun saattaminen. Työskentelyn aikana on noussut esiin niin mielenterveys- ja päihdetyön sisältöihin ja rakenteisiin liittyviä kehittämiskohteita kuin hanketyöskentelyssä huomioitavia asioitakin.

5.1 Mielensterveys- ja päihdetyön kehittämiskohteita

Tähän kappaleeseen on koottu kehittämishankkeen aikana erilaisissa tilaisuuksissa ja haastatteluissa esiin nousseita ajatuksia siitä, mitä mielensterveys- ja päihdetyössä Keski-Uudellamaalla olisi hyvä lähitulevaisuudessa tehdä.

- Mielensterveyden edistämisen näkökulma tulisi kytkeä suunnitteluun mukaan siten, että mielensterveystyön suunnittelu toteutuu osana hyvinvointisuunnitelman laatimista. Kaikissa kunnissa tulisi laatia mielensterveys- ja päihdetyön kokonaissuunnitelmat ja erillään tehdyt suunnitelmat tulee viimeistään toteutustasolla kytkeä toisiinsa.
- KUUMA –kuntien tulisi perustaa yhteinen Mielensterveys- ja päihdetyön neuvottelukunta, jonka tehtävänä olisi seurata seudullista päätöksentekoa ja tehdä aloitteita mielensterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi seudulla.
- Päihde- ja mielensterveyspalvelujen rekistereitä ja tilastointia tulisi uudistaa niin että jatkossa saataisiin kattavaa ja käyttökelpoista tietoa palveluiden seuraamiseen ja kehittämiseen. Henkilöstötietoja pitäisi jatkossa olla saatavilla yhdestä paikasta. Tietoja pitäisi tuottaa myös alueellisella ja seudullisella tasolla.
- Mielensterveys- ja päihdepalveluille tulisi luoda seudulla yhteiset laatukriteerit ja palveluiden, myös ostopalveluiden, laadunhallinta ja arviointi tulisi kytkeä osaksi jokapäiväistä työtä. Palveluja kilpailutettaessa olisi hinta- ja laatukriteerien lisäksi otettava huomioon palvelun käyttäjän toivomukset.
- Kuntien tulisi yhtenäistää toimintakäytäntöjään ja koota palveluista tietopankki sekä luoda seudullinen sosiaali- ja terveysneuvonta. Työnkierron järjestäminen kuntarajat ylittäen edesauttaisi toimintakäytäntöjen yhtenäistämistä.

- Seudulle tulisi perustaa Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämissyksikkö Järvenpään mielenterveys- ja päihdetyön yksikön yhteyteen. Se toimisi seudullisena veturina mielenterveys- ja päihdetyön yhdistämisessä KUUMA –yhteistyössä.
- Osaamiskartoitusten kautta tulisi tarjota mielenterveys- ja päihdetyön täsmäkoulutuksia peruspalveluissa työskenteleville niin että ongelmat tunnistetaan ja niihin osataan puuttua varhaisvaiheessa.
- Kaikkiin terveyskeskuksiin tulisi saada psykiatrisia sairaanhoitajia. Seudullisesti organisoidut mielenterveys- ja päihdetyön konsultaatiorenkoot voisivat toimia peruspalveluissa toimivien työntekijöiden tukena.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön palkkaus tulisi saattaa samalle tasolle kaikissa Kuuma-kunnissa, etteivät kunnat kilpailisi keskenään samoista työntekijöistä. Yhteinen työvoiman rekrytointiyksikkö voisi osaltaan helpottaa tilannetta tulevaisuudessa.
- Kuuma- kunnissa ja Hyvinkäällä tulisi määritellä asumispalveluihin sijoitetuille henkilöille yhtenäiset käyttövaran määräytymisperusteet siten että käyttövara on laitoshoidon käyttövaraa suurempi.

5.2 Hanketyössä huomioitavaa

Kehittämistyöstä olen itse oppinut paljon uutta tämän hankkeen myötä. Jos olisin aloittamassa hanketta alusta, tekisin nyt joitakin asioita toisin. Seuraavassa on koottuna ajatuksia siitä, mitä hanketyötä aloitettaessa kannattaa ottaa huomioon.

- Hankehakemuksen tekijän on valmisteluvaiheessa hyvä pohtia, keitä kaikkia kehittämistyöhön tarvitaan mukaan jotta toivottuihin tuloksiin

voidaan päästä. Hankesuunnitelmaan voidaan sisällyttää kannustimia tarvittavien osapuolten mukaan tulon varmistamiseksi.

- Projektille kannattaa koota ohjausryhmä ”työrukkaseksi” linjaamaan kehittämistyötä. Ohjausryhmän avulla projektityöntekijä pystyy priorisoimaan tavoitteita kehittämistyön eri vaiheissa ja projektityöstä tulee hallittavaa ja mielekästä.
- Projektityöntekijän kannattaa hankkeen alussa tehdä ohjausryhmän kanssa tavoitteiden konkretisointi ja priorisointi hankepääätöksen resurssien mukaisesti. Seuranta helpottaa hankkeen budjetin laatiminen hanketta hallinnoivan kunnan tilikartan mukaiseksi
- Projektityöntekijän kannattaa alusta asti suunnitella hankkeen itsearviointi niin että siihen on mahdollista osallistaa ohjausryhmä ja hankkeen kohderyhmät. Työntekijöiden säännöllinen dokumentointi projektista on tarpeellista arvioinnin pohjana ja helpottaa tilannetta, jos projektihenkilöstö vaihtuu.
- Seudullisissa hankkeissa käytännön työtä helpottaa jos kaikissa kunnissa on 1-2 vastuuhenkilöä, jotka toimivat yhteyshenkilöinä hankkeeseen nähden ja välittävät tarvittavat tiedot molempiin suuntiin. Yhteyshenkilöiden tehtävänä olisi tiedonvälityksen lisäksi kuntakohtaisen tiedon kerääminen ja koulutusyhteyshenkilönä toimiminen projektihenkilöstön apuna.

5 ARVIOINTIA

Mielenterveys- ja päihdetyön seudullisen kehittämishankkeen tavoitteiksi asetettiin:

- olemassa olevien palvelujen kartoitus ja arviointi
- kehittämistyön organisointi ja asiantuntijafoorumien kokoaminen
- palvelupuutteiden paikantaminen ja uusien ratkaisuvaihtoehtojen löytäminen
- seudullisten kehittämissuunnitelmien työstäminen
- seudullisen kehittämis- ja yhteistyörakenteen vakiinnuttaminen

Hankkeessa on ollut pyrkimyksenä pysyvä seudullinen mielenterveys- ja päihdepalvelujen palvelujärjestelmän kehittämistyö. Tavoitteena oli palveluaukkojen tai palvelujen ja asiakkaiden tarpeiden kohtaamattomuuden poistaminen, asiakaslähtöisyyden lisääminen ja joustavuuden lisääntyminen. Työn piti tapahtua kiinteässä yhteydessä palvelujärjestelmän kanssa ja siksi hankkeen kehittämismenetelmiksi valittiin kehittävä asiantuntijayhteistyö ja foorumityöskentely. Hankkeelle oli haettu rahoitusta vuoden 2006 loppuun, mutta se myönnettiin vuotta lyhyemmäksi ajaksi. Hankkeen alussa olisikin ollut syytä konkretisoida ja priorisoida tavoitteet suhteessa ”lyhennettyyn” hankkeen keston.

Mitä saatiin aikaan

KUUMA-kuntien mielenterveys- ja päihdepalvelujen kartoitusta tehtiin hankkeen alusta alkaen yhteistyössä PÄIKE-projektin kanssa. Kuntien mielenterveys- ja päihdepalveluiden kuvaukset saatiin koottua yksiin kansiin ja ongelmakohtien paikantamisessa päästiin alkuun.

Molemmat seudulliset foorumit onnistuivat kokoamaan laajasti alueen asiantuntijoita, palveluntuottajia ja palvelun käyttäjiä kuulemaan viimeisintä tietoa mielenterveys- ja päihdetyön kehityksestä sekä keskustelemaan seudullisesta yhteistyöstä. Paikallisia, kuntakohtaisia foorumeita toteutettiin ainakin Keravalla ja Tuusulassa.

Hanke on edesauttanut seudun mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden verkostoitumista ja saattanut alkuun työkäytäntöjen vertailua ja yhtenäistämistä. Asioita on otettu rohkeasti

esiin myös naapurikuntien työntekijöiden kanssa. Vaikka SEUKE-hankkeessa ei ollut määrärahoja henkilöstön koulutukseen, on yhteistyö PÄIKE-projektin kanssa mahdollistanut yhteiset tilaisuudet.

Peruspalveluiden ja erityispalveluiden työnjakokysymyksiä on seudulla pohdittu ja kunnissa on tehty muutoksia mielenterveys- ja päihdetyön organisoinnissa ja resurssoinnissa. Erikoissairaanhoidon puolella on aloitettu Järvenpään, Tuusulan ja Mäntsälän yhteisen alueellisen psykiatrian poliklinikan suunnittelu. On kuitenkin vaikea osoittaa, miten tämä hanke on vaikuttanut kyseisiin muutoksiin.

Vaikka yhteistyötä tehdään vielä melko vähän Keski-Uudenmaan kuntien kesken, projektin myötä yhteistyö ja toisten kuntien työn tuntemus on lisääntynyt. Päihde- ja mielenterveystyön yhdistämisen malli on koettu hyvänä ja sen nähdään palvelevan myös osaamisen ylläpitämistä.

Mitä opittiin

Yhteistyökumppaneiden sitoutuminen kehittämistyöhön on tällaisessa hankkeessa tavoitteiden toteutumisen kannalta välttämätöntä. Toisaalta myös suurin hyöty hankkeesta tulee niille kunnille, jotka ovat eniten sitoutuneet kehittämistyöhön. Anthony Robbinsin mukaan ilman sitoutumista ei ole mahdollista saavuttaa tuloksia.

Tärkeää on johdon konkreettinen mukaanotto kehittämishankkeisiin. Työntekijöiden ja johdon yhteisillä koulutus- ja kehittämispäivillä voidaan päästä tuloksiin. Päättäjien ja ylimmän johdon arjen tiedon lisäämiseen tarvitaan menetelmiä.

Kaikki hankkeen toteuttamisen kannalta tarpeelliset tahot olisi hyvä saada mukaan jo hankkeen suunnitteluvaiheessa. SEUKE –hankkeessa piti tarkastella mm. peruspalveluiden ja erityispalveluiden keskinäistä työnjakoa, mutta se osoittautui käytännössä mahdottomaksi, koska erikoissairaanhoidon ei saatu kytkettyä hankkeen asiantuntijayhteistyöhön.

Kehittävän asiantuntijayhteistyön kautta oli tarkoitus löytää seudullisia ratkaisuja palvelujen tuottamiseen, mutta asiantuntijayhteistyö ei lähtenyt käyntiin suunnitellusti. Kuntien

asiantuntijoiden nimeäminen hankkeeseen viivästyi ja ensimmäinen asiantuntijatiimin kokous pidettiin toukokuussa 2005. Kesälomakausi aiheutti katkon työskentelyssä ja asiantuntijatiimi kokoontui toisen kerran vasta syyskuussa, jolloin jo valmisteltiin projektin päättämistä. Palvelujen syvällisempään arviointiin ja palvelupuutteiden paikantamiseen olisi myös tarvittu seudullista asiantuntijaryhmää.

Seudullinen asiantuntijayhteistyö oli tiivistä ja onnistunutta silloin kun yhteistyön tavoite oli konkreettinen ja rajattu, kuten oli Mielenterveys- ja päihdetyön seudullisen kehittämissyksikön hankesuunnitelman laatiminen tai KUUMA-kierre työskentely yhteistyössä PÄIKE-projektin kanssa. Tavoitteeksi asetettua pysyvää seudullista kehittämisrakennetta ei hankkeessa onnistuttu luomaan.

Jälkeenpäin arvioiden hankkeeseen olisi kannattanut nimetä varsinainen, käytännön työtä lähellä olevista työntekijöistä koottu ohjausryhmä linjaamaan kehittämistyötä. Jos olisin nyt aloittamassa hanketta, pyytäisin kuntia ja erikoissairaanhoidoa nimeämään ohjausryhmään edustajansa niin että sekä päihdetyön että mielenterveystyön asiantuntijuus ryhmässä toteutuu.

Vuonna 2004 käynnistyneissä hankkeissa on vielä 50 % rahoituksesta pitänyt hankkia kuntien työpanoksen kautta ja kunnissa on ollut vaikeuksia järjestää aikaa kehittämistyöhön kahteen eri projektiin samalla sektorilla. Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman SEUKE –hankkeen kanssa lähes samanaikaisesti käynnistyi Etelä-Suomen lääninhallituksen rahoittama PÄIKE –hanke Keski-Uudellamaalla. Hankkeiden samanaikainen toteuttaminen on merkinnyt käytännössä sitä että hankkeet ovat kilpailleet kuntien työntekijöiden ajasta. Kunnissa projektiväsymys on ollut selvästi havaittavissa. Hankkeiden samanaikainen käynnistyminen on myös aiheuttanut kuntien työntekijöissä hämmennystä ja kysymyksiä siitä, kumman hankkeen nimissä eri kehittämistehtäviä on tehty.

LOPPUSANAT

Hanke on edesauttanut seudun mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden verkostoitumista ja saattanut alkuun työkäytäntöjen vertailua ja yhtenäistämistä. Työntekijät ovat oppineet

tuntemaan toisiaan ja oppineet toisiltaan. Alku tavoitteeksi asetetulle pysyvälle seudulliselle kehittämiskäytännölle on luotu ja samaa työtä on tärkeää jatkaa alueen muissa kehittämishankkeissa. KUUMA-kierre asiantuntijatyöskentelyn tuloksena saatiin syksyllä 2005 luotua seudullinen mielenterveys- ja päihdetyön visio, joka suuntaa kehittämistyötä Keski-Uudenmaan alueella: ”Päihderiippuvuuden ja mielen sairauksien tunnistaminen sairauksiksi muiden sairauksien rinnalla niin, että saatavilla on asiakaslähtöiset paikalliset ja / tai seutukunnalliset palvelut kuntien omana toimintana tai ostopalveluina.”