

LOPPURAPORTTI

Merja Vyyryläinen



PÄIKE

**Keski-Uudenmaan alueen
päihdetyön laadullinen kehittäminen
1.3.2004 - 30.9.2006**



Esipuhe

Luet nyt Päike –hankkeen loppuraporttia. Päike – projekti on Keski –Uudenmaan alueen päihdetyön laadullisen kehittämisen hanke.

Hankkeen toimijoina ovat olleet KUUMA – kunnista¹ Järvenpää, Kerava, Mäntsälä, Nurmijärvi ja Tuusula sekä Hyvinkää. Kumppaneita ovat olleet alueen päihdepalveluiden tuottajista Järvenpään sosiaalisairaala, Kalliolan Nurmijärven klinikka sekä Ridasjärven päihdehoitokeskus. Lisäksi kumppaneita ovat olleet Diakonia – ammattikorkeakoulun Järvenpään yksikkö, Laurea – ammattikorkeakoulun Järvenpään yksikkö sekä Seurakuntaopisto ja Sosiaalitalo².

Raportissa on kuvattu alussa hankkeen taustaa ja tarvetta. Raportti jatkuu hankkeen tavoitteiden ja toimintaorganisaation kuvaamisella. Raportissa olen pyrkinyt määrittelemään keskeisimmät käytetyt käsitteet lukemisen helpottamiseksi. Kehittelytyö on kuvattu tiivistetyksi oleellisimpien toimintaprosessien osalta. Projektin tuloksia on kuvattu raportin loppuosassa ja projektipäällikön omia kommentteja ja työskentelyssä tulleita kehittämisideoita on kerätty arviointiosioon sekä loppupäätelmiin. Hanketyöskentelyn haasteita jatkohankkeita varten on arvioitu lopussa.

Tärkeimpiä tuloksia työskentelyssä ovat olleet alueen päihdeasiakkaita kohtaavien työntekijöiden verkostoituminen ja vuoropuhelun aktivoituminen. Hankkeen aikana on syntynyt kuntatasolla sekä seudullisesti erilaisia verkostoja, joiden sisällä keskustelua ja päihdetyön kehittämistä jatketaan hankkeen loputtua. Hanke on ollut koulutushanke, sillä päihdetyön laatua Keski – Uudenmaan alueella on kehitetty lukuisien koulutusten avulla. Päihdekoulutukset on pystytty koordinoimaan keskitetysti koulutuskalenterien avulla, mikä on helpottanut koulutussuunnitelmien tekoa. Hankkeessa tehdyt prosessikuvaukset ovat konkretisoineet kunnissa tehtävää päihdetyötä ja ne ovat auttaneet työntekijöitä arvioimaan omaa työtään ja sitä, kuinka työtä voisi jatkossa kehittää. Kunnat ovat voineet keskenään vertailla työprosesseja ja ottaa käyttöön naapurikunnissa hyviksi havaittuja työmallia. Päihdetyön laatua voidaan näin kehittää sekä paikallisella että seutukunnallisella tasolla. Hanke on saanut myös ituja kansainväliseen yhteistyöhön ja se on avartanut työntekijöiden työskentelyä.

Kiitän antoisasta yhteistyöstä kaikkia toimijoita ja kumppaneita. Itse olen oppinut kovasti uutta hankkeen aikana ja toivon, että työskentelystä on ollut kaikille Päiken työskentelyyn osallistuneille hyötyä.

Järvenpäässä 30.9.2006

Merja Vyyryläinen, projektipäällikkö

¹ Keski-Uudenmaan kunnat

² Sosiaalialan osaamiskeskus

SISÄLLYSLUETTELO:

1. JOHDANTO	5
1.1. Projektin taustaa	5
1.2. Projektille määritellyt tavoitteet ja aloitusseminaari	5
1.3. Hankkeen tavoitteisiin liittyvät päihdepolitiikan linjaukset Suomessa	5
1.4. Hankkeen toimintaympäristönä vauras Keski-Uusimaa, jossa korostuvat hyvinvoinnin erot	6
1.5. Päihdetyön arjen nostamat haasteet	7
2. PROJEKTISSA KÄYTETYT KESKEISET KÄSITTEET	9
2.1. Ehkäisevä päihdetyö	9
2.2. Psykososiaalinen päihdetyö	9
2.3. Päihdestrategia	10
2.4. Päihdehuollon palvelut	10
2.5. Keskeisimmät päihdehaitat	11
2.6. Päihdetyön laatu	12
2.7. Asiakasyhteistyö	12
3. HANKESUUNNITELMA	14
3.1. Projektin suunnittelun alkuvaiheet	14
3.2. Projektioorganisaatio	14
3.2.1. Ohjausryhmä	14
3.2.2. Projektiryhmä	15
3.3. Varsinainen hankesuunnitelma	15
4. KEHITTÄMISTYÖN TOIMEENPANO	17
4.1. Ohjausryhmätoiminta	17
4.2. Projektiryhmätoiminta	17
4.3. Koulutukset Päikessä	19
4.4. Prosessikuvaukset	21
4.4.1. Hyvinkää	22
4.4.2. Järvenpää	23
4.4.3. Kerava	23
4.4.4. Mäntsälä	24
4.4.5. Nurmijärvi	24
4.4.6. Tuusula	25
5. HANKKEEN TULOKSIA	26
5.1. Yhteistyö ehkäisevän päihdehuollon kanssa ja päihdestrategiat hankekunnissa	26
5.2. Vertaistukiryhmätoiminta lapsille / nuorille, joiden vanhemmat käyttävät alkoholia	26
5.3. Mini-interventio	27
5.4. Opinnäytetyöt mahdollisuutena kehittää päihdetyön laatua	28
5.5. Koulutuskalenterit	29
5.6. Yhteisöllisen oppimisen prosessi KUUMA kierre – tapahtumissa	29

5.7. Prosessikuvauksien tuottamia kehittämis ehdotuksia päihdetyöhön	33
5.8. Kansainvälinen yhteistyö	34
6. ARVIOINTIA	35
6.1. Arviointimenetelmän valinta, realistisen arvioinnin taustaa	35
6.2. Odotetut tulokset	35
6.3. Hankkeen odottamattomat vaikutukset	37
6.4. Itsearviointi	39
6.5. Teemat ja jännitteet	40
6.5.1. Työn rajapinnat	40
6.5.2. Projektipäällikön ajatuksia	41
6.5.3. Jatkohankkeissa huomioitavia asioita	43
7. JOHTOPÄÄTÖKSET	45
LÄHTEET	46
Kirjallisuus ja painetut lähteet	46
Säädökset	47
Elektroniset lähteet	47
LIITTEET	48
Liite 1	48
Liite 2	49
Liite 3-4	50

1. JOHDANTO

1.1. Projektin taustaa

Päike-projekti on Keski-Uudenmaan alueen päihdetyön laadullisen kehittämisen hanke. Projektissa ovat mukana Kuuma-kunnat (Kerava, Järvenpää, Tuusula, Nurmijärvi ja Mäntsälä) sekä Hyvinkää ja alueen oppilaitokset Diak Järvenpään yksikkö, Seurakuntaopisto ja Laurea Järvenpään yksikkö, alueen palvelujentuottajat Ridasjärven päihdehoitokeskus, Kalliolan Nurmijärven klinikka ja A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaala sekä Sosiaalitalo. Rahoittajana Päike-projektissa toimii Etelä-Suomen lääninhallitus ja kuntien osuus on puolet kustannuksista. Projektin kesto on 1.3.2004 – 30.9.2006.

Hankkeen tarve on noussut päihdeongelman monimuotoisuudesta ja psykososiaalisen tuen tarpeesta. Päihdeongelmaan kietoutuvat niin taloudelliset, sosiaaliset kuin terveydelliset ongelmat. Päihdeongelman hoito vain yhdeltä osa-alueelta on ongelmallista. Päihdekuntoutujan kanssa on oleellista, että hänen koko elämäntilanteensa muuttuu päihdekuntoutuksen rinnalla. Päihdekuntoutus pitää nähdä psykososiaalisena kuntoutuksena. Psykososiaalinen päihdetyö luo haasteita moniammatilliselle, monimenetelmäiselle ja organisaatioiden rajat rikkovalle ennakkoluulottomalle seudulliselle yhteistyölle.

1.2. Projektille määritellyt tavoitteet ja aloitusseminaari

Hankehakemuksessa määriteltiin projektille seuraavat tavoitteet:

- Kehittää ja saada käyttöön seudullisen, kokonaisvaltaisen, yhteiseen asiantuntijuuteen perustuvan päihdetyön toimintamalli.
- Kehittää ammattilaisten psykososiaalista osaamista.
- Kartoittaa ja kehittää pitkälle syrjäytyneiden päihdekäyttäjien asiakasprosesseja, palveluketjua ja -ohjausta.
- Kehittää ja mallintaa kuntakohtaisia psykososiaalisen hoidon- ja kuntoutuksen palveluketjuja.
- Kehittää seudullinen konsultaatiomalli.
- Edistää syrjäytyneiden päihdekäyttäjien edellytyksiä osallistua koulutukseen ja työmarkkinoihin.

Hankkeen aloitusseminaari järjestettiin syksyllä 2004 Järvenpäässä. Aloitusseminaariin kutsuttiin Keski-Uudenmaan ja Hyvinkään päihdeasiakkaita kohtaavia työntekijöitä. Aloitusseminaarissa esiteltiin projekti ja projektin tavoitteet sekä konkretisoitiin hankkeelle asetettuja tavoitteita.

1.3. Hankkeen tavoitteisiin liittyvät päihdepolitiikan linjaukset Suomessa

Alkoholihaittojen vähentämiseksi valtio on kirjannut kansallisia linjauksia ja tavoitteita. Viimeisin ohjelma on Alkoholiohjelma 2004-2007. Muita keskeisiä päihdepolitiikkaa linjanneita ja kuntien päihdestrategioihin vaikuttaneita julkaisuja ovat olleet 1997 ilmestynyt Onks tietoo? Esitys kansallisen ohjelman toimeenpanemiseksi -ohjelma ja vuonna 2001 ilmestynyt 2000-luvun alkoholiohjelma- Yhteistyötä ja vastuuta sekä vuonna 2002 ilmestynyt Kuntaliito ja Sosiaali- ja

terveysministeriön hyväksymä Päihdepalvelujen laatusuositukset - julkaisu. Ehkäisevän päihdetyön laatumerkittävät Laatumerkittävät tavoittelemassa on vuonna 2006 ilmestynyt Stakesin julkaisu. (Romppanen 2005,13.)

Kansallisissa ohjelmissa päihdehaittoja ehkäisevää työtä sekä koko palvelujärjestelmää ohjataan vastaamaan Suomen päihdetilannetta. Ohjelmien perusteella palvelujärjestelmä on saatettava kuntoon sekä peruspalveluiden että erityispalveluiden kohdalla. Ohjelmat painottavat haittojen ehkäisyä paikallisesti sekä päihdestrategiatyön merkitystä. (Romppanen 2005, 13.)

Nykyisen hallitusohjelman tavoitteena on ehkäistä ja torjua päihteiden aiheuttamat sosiaali- ja terveyspoliittiset haitat sekä valtakunnallisin että paikallisin toimin. Alkoholipolitiikan tarkoituksena on toimia lähellä kansalaisia. Ohjelmissa korostetaan sitä, että haittojen ehkäisy ja hoitaminen edellyttävät valtionhallinnon, kunnallishallinnon, kansalaisjärjestöjen ja elinkeinoelämän sekä kansalaisten panosta. Alkoholiohjelma 2004-2007 haastaa kunnat laatimaan ja päivittämään päihdestrategiansa. (Romppanen 2005, 14.)

Uusin huumausainepolitiikan peruslinjasta vastaava ohjelma Huumausainepoliittinen toimenpideohjelma vuosille 2004-2007 valmistui vuonna 2004. Ohjelman toimenpiteet liittyvät huumausainepolitiikan koordinointiin, huumausaineiden kysynnän ja tarjonnan vähentämiseen sekä huumausaineiden aiheuttamien haittojen lieventämiseen. (Romppanen 2005, 14.)

Vuonna 2002 ilmestyneessä Päihdepalveluiden laatusuosituksissa käsitellään päihdepalvelujen laatua ohjaavia periaatteita ja suosituksia. Suositusten mukaan jokaisella kunnalla olisi oltava päihdepalvelujen laatua ohjaavia periaatteita ja suosituksia. Jokaisen kunnan päihdestrategian on osana kunnan terveys- ja hyvinvointistrategiaa. Strategiassa tulee määritellä, miten kunnassa ehkäistään päihdehaittojen syntymistä ja miten päihdepalvelut on järjestetty sekä selvitetään sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako päihdepalveluissa. Päihdestrategia voidaan laatia yhteistyössä muiden kuntien kanssa. Suosituksissa korostetaan päihdepalvelujen laatua. (Romppanen 2005, 15.)

Päihdetyötä ohjaa lainsäädäntö. Päihdehuoltolain mukaan päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä sekä muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. (Romppanen 2005, 15.)

1.4. Hankkeen toimintaympäristönä vauras Keski-Uusimaa, jossa korostuvat hyvinvoinnin erot

KUUMA -kunnissa ja Hyvinkäällä asuu yli 200 000 asukasta. Alueen asukkaista joka neljännellä on korkeakoulututkinto ja noin kolmasosalla keskiasteen koulutus. Alueelle on ominaista alhainen työttömyysaste verrattuna koko maahan. (Uusimaa lukuina 2003.)

Vuoden 2005 alussa on haastateltu Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton julkaisemassa tutkimuksessa Hyvinvointi, palvelut ja elämänlaatu KUUMA – kunnissa yli 2300 alueella asuvaa henkilöä, mikä on 3,5 prosenttia alueen 18 vuotta täyttäneestä väestöstä. Tutkimus osoittaa sen, että hyvinvointi ja pahoinvointi polarisoituvat Keski-Uudenmaan vauraalla alueella. Alueen asukkaiden taloudellinen tilanne on keskimääräistä parempi kuin Suomessa. Kotitalouksilla on runsaasti velkaa, johon selityksenä mahdollisesti ovat ainakin opintolainat ja kalliin asumisen vuoksi hankitut asuntolainat. Velkarasitus on suuri lapsiperheissä, joissa on työttömyyttä tai puoliset opiskelevat tai ovat perhevapailla. Erityisiä kasautuneita toimeentulo-ongelmia on noin seitsemällä prosentilla

kotitalouksista. Heillä on toimeentulotuen tarvetta, maksuvaikeuksia ja tulojen riittämättömyyttä. Hyvinvoinnin puutteesta kärsivien osuus on pieni, mutta erot valtaväestöön suhteutettuna suuria. Yleisesti asukkaiden terveydentila on hyvä, mutta seitsemällä prosentilla vastaajista se on huono. Fyysinen ja psyykinen terveydentila on usein huono iäkkäillä, yksin asuvilla, heikossa taloudellisessa tilanteessa olevilla, vähemmän koulutetuilla, eläkeläisillä ja työttömillä, jotka usein asuvat keskusta-alueilla. Erityisenä ryhmänä vastaajista nousivat kaksoisdiagnosoidut henkilöt, joilla alkoholiongelma kytkeytyy psyykkisiin ongelmiin. Avun ulkopuolelle jäävien tilanne on huolestuttavaa, sillä he kuuluvat useimmiten kaikkein pienituloisimpien ryhmään. (Perälähti 2006, 16-17.)

Valtaosa Kuuma-kuntien asukkaista on taloudellisesti hyvässä asemassa, terveitä ja tyytyväisiä elämäänsä kysyttäessä hyvinvointiin, elämäntilanteeseen ja asuinkunnan palveluihin liittyviä asioita. Voimakas muuttoliike luo paineita palvelujärjestelmille ja kuntien haasteena on se, että hyvinvoinnin ongelmat kasautuvat samoille henkilöille. Sosiaalinen syrjäytyminen on riski etenkin keski-ikäisille ja sitä iäkkäämmille miehille, jotka lisäksi ovat työttömiä ja joilla on puutteita useilla hyvinvoinnin osa-alueilla. Kaikkiaan runsaalla neljäsosalla asukkaista ei ole sosiaalisia suhteita kodin ulkopuolella. Tässä järjestöjen osallistumisen muodot ja väylät nousevat tärkeiksi. Sosiaalipalveluista pyydetyissä palautteissa selviää, että lapsiperheille suunnatut palvelut vastaavat parhaiten tarpeeseen ja huonoiten tarpeeseen vastaavat sosiaaliasiamiehen palvelut, toimeentulokipalvelut ja kotihoidon tuki. Kuuma-kuntien yhteisiin palveluihin vastaajat suhtautuivat epäillen, mutta suuri osa näki, että sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluita voisi yhdessä kehittää samoin kuin joukkoliikennettä. (Perälähti 2006, 16-17.)

1.5. Päihdetyön arjen nostamat haasteet

Makkonen (2006) kirjoittaa artikkelissaan Päihdepalvelut ja asiakkaan osallisuus siitä, miten asiakas kokee päihdepalvelut. Kokeeko asiakas olevansa osallinen vai ulkopuolinen päihdehoidossa? Hoitoon hakeutumisen esteenä voi olla esimerkiksi hoitomotivaation edellyttäminen vieroitusoireissa tai päihdekierteessä. Ongelmia leimataan usein myös itse aiheutetuiksi. Jos hakeutuu hoitoon päihtyneenä tai iltaisin tai öisin, on hoitoon pääsy vaikeaa. Yleensä passitetaan kotiin tai putkaan odottamaan selviämistä. Päihdehoitotaksot eivät yksin riitä, jos paluu arkeen on asunnottomuutta, taloudellisia vaikeuksia, yksinäisyyttä, velkakierrettä, työttömyyttä tai muuta elämänhallinnan vaikeutta. Hoito ei saisi olla liian teknistä ja hoitokeskeistä. Makkosen mukaan asiakkaat toivoisivat olevansa osallisena hoidossaan ja toivoisivat pois ulkopuolisuuden tunteesta. Asiakkaat kokevat itsensä ulkopuoliseksi, jos heidän hoitomotivaatiotaan epäillään, kun he ovat päihdekierteen keskellä hakeutuneet hoitoon vieroitusoireisina tai masentuneina. Toinen yleinen ulkopuolisuuden tunnetta aiheuttava tilanne on se, jos päihdehoitoon hakeutuvaa syytetään siitä, että hän on itse aiheuttanut ongelmansa. Makkonen korostaa hoitoon pääsemisen turvaamista kaikissa olosuhteissa sekä asiakaslähtöistä päihdepalvelua. Hoitamatta jättäminen heijastuu moninkertaisesti niin kansantaloudellisesti kuin yksilön lähiyhteisön elämään. Osallisuuden ja osallistumisen vahvistaminen ja tukeminen pitäisi olla keskeinen periaate päihdepalvelujen kehittämisessä. (Makkonen 2006, 1-4.)

Erilaisten asiakaskuntien tarpeet tulisi huomioida päihdehuollossa. Naisten päihdeongelma on vaikeampi ja heille suunnatut päihdepalvelut ovat harvassa. Päihdeongelmainen nainen on heikommassa asemassa kuin mies. Hiltunen (2006) mukaan naisille erityisen raskaita ovat tilanteet, joihin liittyy perheen rikkoutuminen ja lasten huostaanotto. Asioiden jakaminen ja tuen saaminen on vaikeaa. Päihdekuntoutujat arvostavat näissä tilanteissa palveluja, joissa nähdään ongelman taakse ja heidän ajatuksensa ja tunteensa otetaan vakavasti ilman moralisointia, syyllistämistä tai ylemmydentuntoista elämän normittamista. (Hiltunen 2006,1-4.)

Kansanterveyslaitoksen tekemän tutkimuksen mukaan alkoholin veronalennus 2004 ei ole lisännyt eläkeikäisten suomalaisten alkoholinkäyttöä. Ainoa seikka, joka saattaisi tutkimuksen mukaan tukea veronalennuksen lisäävää vaikutusta ikäihmisillä on, että miehillä väkevien alkoholijuomien kulutuksessa on tapahtunut hyppäys ylöspäin vuodesta 2003 vuoteen 2005 mennessä. Alkoholisairauksien hoitajaksojen määrä on kasvanut merkittävästi vanhemmissa ikäryhmissä. Suurin kasvu on ollut 55 – 64 – vuotiaiden ryhmässä. (Uutela 2006, 1-2.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedotteessa (2005) päihdepalveluilla on uudet haasteet. Tiedotteen mukaan alkoholin käyttö kasvaa ja huumeiden käytössä näkyy lisääntynyt palvelujen kysyntä. Erityisenä huolena kunnissa on syrjäytyneiden vaikeutunut tilanne. Kuntien on vaikea pitää huolta päihdetyön voimavaroista. Palvelujen tarpeeseen vaikuttaa päihteiden käyttö. Alkoholin käyttö on lisääntynyt, huumeiden käyttö ei näytä lisääntyneen, mutta palvelujen tarve juontaa 1990-luvun kasvaneesta käytöstä. Kunnat eivät ole lisänneet hoitomahdollisuuksia tarvetta vastaavaksi. Päihdepalveluiden käyttäjistä valtaosa on suurkuluttajia, joita arvioidaan olevan 300 000 – 400 000. Suurkuluttajat juovat valtaosan juodusta alkoholista. Ehkäisevän päihdetyön merkitys korostuu ja tarvitaan monia samaan tavoitteeseen tähtäviä toimia. Samat henkilöt ovat putkassa useammin ja huonommassa kunnossa. Päihdeongelmaiset tarvitsevat kiireellisemmin uusia sosiaalipoliittisia tukitoimia. Yli kolmannes sosiaalibarometrin vastaajista katsoi, ettei päihdeongelmaisille ole riittävästi tarjolla palveluja ja että he ovat uusi sosiaalisen tuen tarpeessa oleva ryhmä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005a.)

Katkaisuhoidon tarve kasvaa ja hoitoon pääsyä joutuu jonottamaan. Suurin ruuhka on pääkaupunkiseudulla. Asiakkaat hakeutuvat katkaisuhoitoon entistä huonommassa kunnossa. Asiakkaiden vaikeat elämäntilanteet, huono terveydentila ja sekakäytön yleistymisen asettavat haasteita katkaisu- ja vieroitushoidolle sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyölle. Jotta päihdehuoltolaissa ja päihdepalvelujen laatusuosituksissa tavoiteltu välitön hoitoon pääsy toteutuisi, kuntien on lisättävä hoitomahdollisuuksia vastaamaan palvelujen tarvetta.

KUUMA – alueella päihderiippuvaisten katkaisuhoito on järjestetty terveyskeskusten vuodeosastoille paitsi huumeatkaisut. Päihdetyöntekijöiden mukaan hoitoon on päässyt ilman jonoja. Asiakkaat raportoivat välillä muuta. Asiakkaiden kokemus on, että katkaisuun ei ole päässyt, silloin kun tarve on ollut. Samanlaista kokemusta asiakkaat viestittävät päihdekuntoutuksen kohdalla. Kuntien päihdekuntoutukseen varatut rahat ovat loppu jo alkusyksystä joka vuosi.

Huumeongelmaisten ja sekakäyttäjien osalta katkaisuhoito terveyskeskusten vuodeosastoilla ei onnistu. Työskentelyssä on tuotu esille, että alueella tarvitaan huumeasiakkaille katkaisuhoitopiste. Märkäpään puute on alueella myös ongelma. Katkaisuhoitoon pyrkiviä olisi hyvä ohjata sellaiseen pisteeseen.

Ikääntyneiden päihdeongelmaisten kohdalla asiantuntijamme Päikessä ovat viestittäneet, että Keski – Uudenmaan ja Hyvinkään alueella ei ole heille suunnattuja päihdepalveluita.

2. PROJEKTISSA KÄYTETYT KESKEISET KÄSITTEET

2.1. Ehkäisevä päihdetyö

Romppanen (2005) määrittelee ehkäisevän päihdetyön toiminnaksi, jolla ehkäistään ja vähennetään päihteiden käyttöä vaikuttamalla päihteiden saatavuuteen, päihteitä koskeviin tietoihin ja asenteisiin, päihteiden käyttötapoihin sekä päihteiden ongelmakäyttöä synnyttäviin oloihin ja kulttuuriin. Ehkäisevän päihdetyön kohteena ovat kaikki päihteet, niin lailliset kuin laittomatkin. Ehkäisevän päihdetyön tarve nousee haitoista, joita päihteet aiheuttavat. Haittoja ovat riippuvuus, terveydelliset ongelmat ja sosiaaliset ongelmat. Haittojen vähentäminen sekä päihteiden kysynnän ja tarjonnan vähentäminen ovat ehkäisevän päihdetyön keinoja. (Romppanen 2005, 9.)

Ehkäisevää päihdetyötä tehdään kolmella tasolla: primaari-, sekundaari- ja tertiääritasolla. Ehkäisyn taso perustuu siihen, millaisen kohderyhmän kanssa kulloinkin työskennellään. Primaaritason ehkäisyn tavoitteena on ennaltaehkäistä päihteiden käytön aloittaminen. Sekundaaritasolla keskitytään ehkäisemään todennäköistä päihteiden käyttöä tietyissä ryhmissä tai tukemaan alkaneen käytön lopettamisessa tai vähentämisessä. Tertiääriehkäisyssä tavoitteena on pysäyttää syntyneen tilanteen paheneminen ja vähentää syntyneitä riskejä ja haittoja. (Romppanen 2005, 10.)

Ehkäisevän päihdetyön kokonaisuutta kuvaa kolmitasoinen malli. Yleinen ehkäisy, primaaripreventio koostuu toimista, joita suunnataan kaikille kuntalaisille tai jollekin tietylle ikäluokalle. Tavoitteena on silloin ehkäistä tai myöhentää käytön aloittamista tai lisätä kansalaisten tietoisuutta päihteisiin liittyvistä riskeistä. Tavallisimmin kunnissa primaaripreventio kohdistuu nuoriin kuten koululaisiin, mutta työtä voidaan kohdistaa myös riskiryhmiin kuuluville tai ongelmakäyttäjille. (Romppanen 2005,10.)

Riskiryhmäehkäisyn, sekundaariprevention kohteena ovat joko päihdeongelmien myöhemmälle kehitymiselle alttiit ryhmät tai varhaisvaiheen ongelmakäyttäjät. Tavoitteena on ehkäistä tiettyjen päihteiden käytön aloittaminen, pysäyttää alkaneen päihteenkäytön jatkuminen tai syveneminen ongelmakäytöksi, torjua syrjäytymistä ja vähentää päihteiden käytön haittoja. (Romppanen 2005, 10.)

Korjaava ehkäisy, tertiääripreventio kohdistuu ongelmakäyttäjiiin. Hoito on silloin keskeinen osa korjaavaa ehkäisyä, mutta siihen kuuluu silloin myös muu tuki ja apu sekä haittojen ja riskien vähentäminen. Stakes määrittelee, että korjaavan ehkäisyn tavoitteisiin sisältyvät:

- päihderiippuvuudesta tai ongelmakäytöstä toipuminen ja ongelman uusiutumisen ehkäiseminen sekä
- asiakkaan kärsimien haittojen vähentäminen, hänen hyvinvointinsa lisääminen tai ainakin hänen tilanteensa heikentymisen ehkäiseminen
- korjaava ehkäisy on samalla niiden haittojen vähentämistä, joita päihteiden ongelmakäyttö aiheuttaa yhteisölle ja käyttäjän läheisille. (Romppanen 2005, 10.)

2.2. Psykososiaalinen päihdetyö

Mäkelä (2006) määrittelee A-klinikkasäätiön internetsivuilla psykososiaalisen hoidon keskeiseksi elementiksi keskustelun tai yhdessä tekemisen kautta tapahtuvan vuorovaikutuksen hoitotyöntekijöiden ja asiakkaiden välillä. Asiakkaana voivat olla yksilö, pariskunta, perhe, laajempi verkosto tai asiakasryhmä. Ryhmä voi olla myös vertaisryhmä. (Mäkelä 2006.)

Psykososiaalisten hoitojen nimikkeet vaihtelevat. Toimintaympäristöstä riippuen se voi olla terapiaa, psykoterapiaa, sosiaaliterapiaa, sosiaalityötä, keskustelua tai yleistä tukemista. Toiminnassa painottuvat joko psyykkinen työskentely tai sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja elämänoloihin painottuva toiminta. Psykososiaalisessa hoidossa asiakkaalla ja läheisillä on aktiivisen toimijan rooli. (Mäkelä 2006.)

2.3. Päihdestrategia

Kansallisten ohjelmien myötä kunnissa on tehty paikallisia linjauksia päihdehaittojen ehkäisemiseksi ja näitä linjauksia kutsutaan päihdestrategioiksi. Päihdestrategia-käsitteellä ymmärretään strategiaa, joka sisältää kunnan päihdetyötä koskevia linjauksia sekä tavoitteita ja keinoja niiden toteuttamiseksi. Ehkäisevä päihdetyö linjataan kunnissa samantyyppisesti kuin hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Yleensä on kirjallisia strategioita tai toimintaohjelmia tai tietoisesti valittuja toimintamalleja. Kunnissa on sekä päihdestrategioita että päihdeohjelmia. (Romppanen 2005, 12.)

Päihdestrategia on tietoisesti päätetty toiminnan suunta, alueen yhteinen linjaus, jonka käytännön toteutukseen ja seurantaan on kiinnitettävä erityistä huomiota. Strategia on siirrettävä osaksi käytännön työtä ja työväliseksi kunnan eri hallintokuntien työntekijöiden keskuuteen. Kuntatason toimijat voivat yhteistyössä verkostoitua ja parhaimmillaan verkostotyössä löytää yhteisiä päämääriä strategian laatimiseksi. (Romppanen 2005, 12.)

Ohjelma-käsite korostaa erillistä, usein myös erillisellä rahoituksella varsinaisten avaintoimijoiden ulkopuolelta tuotettua toimintaa ja irrallisia projekteja. Suomalaisissa ehkäisevän päihdetyön strategioissa on linjauksena systemaattinen, pitkäjänteinen ja lähiyhteisön verkostoitumiseen perustuva työtapo, joten ohjelmakäsitettä paremmin strategiakäsitteen määritelmä on ominaisempi tällaiselle tavoitteelle. (Romppanen 2005, 12.)

Suurin osa päihdestrategioista on keskittynyt erityisesti päihdehuollon kehittämisen käsittelyyn ja strategia on suunnattu sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille. Sosiaali- ja terveystoimi on useimmiten asettanut päihdetyöryhmän ja osallistunut strategian laatimiseen. Päihdehuollon kehittämistoimenpiteet eivät koske pelkästään päihdeongelmaisten hoidollisia menetelmiä, vaan strategioissa on huomioitu myös ennaltaehkäisy. (Romppanen 2005, 15.)

Stakesin mukaan kunnat ovat kirjanneet päihdestrategioihin yleisimmän seuraavia asioita: moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen, toimintakäytännöistä sopiminen, uusien toimintamallien kehittäminen, lasten ja nuorten päihteiden käytön ehkäisytöiden tehostaminen, vanhempien tukeminen kasvatustehtävässä, tiedottaminen strategian välityksellä, uusien työntekijöiden perehdyttäminen ja kuntien välisen yhteistyön kehittäminen. (Romppanen 2005, 10-11.)

2.4. Päihdehuollon palvelut

Kuntien päihdestrategioissa varsinainen päihdeongelmaisten hoito, hoitoonohjaus ja kuntoutus kohdentuvat julkiselle sosiaali- ja terveydenhuollolle. Monesti julkista päihdehuollon järjestelmää täydennetään kolmannen sektorin palveluilla. Perusterveydenhuollon palvelut tai yhdistetyt sosiaali- ja terveystoimen palvelut vastaavat päivystysluonteisista palveluista ja ensiavusta. Perusterveydenhuolto vastaa päihteiden katkaisu- ja vieroitushoidosta ja päihdesairauksien, -vammojen ja -myrkytysten hoidosta. Erikoissairaanhoidon vastaa hoidosta, kun on kyse vaikeimmista päihteiden käyttöön liittyvistä psyykkisistä ja somaattisista sairauksista. Sosiaalipalveluissa annetaan ohjausta,

neuvontaa ja apua sosiaalisten ongelmien selvittämisessä. Sosiaalipalveluita ovat sosiaalityö, lastensuojelu, lasten päivähoito, kasvatus- ja perheneuvonta, vanhustenhuolto, vammaishuolto, kotipalvelut, tuetut asumispalvelut sekä ensi- ja turvakodit. (Romppanen 2005, 40.)

Päihdehuollon erityispalvelut voidaan jakaa avohoitoon, välimuotoisiin palveluihin ja laitostuntoutukseen. Avohoitoyksiköitä ovat A-klinikat, nuorisoasemat, nuorten päihde- ja huumeepysäkit, terveysneuvontapisteet ja päiväkeskukset. Välimuotoisia palveluita edustavat ensisuojaajat ja palveluasumista ja tukiasuntotoimintaa tarjoavat yksiköt. Laitostuntoutusta on katkaisuhuoltoasemilla ja kuntoutuslaitoksissa. Päihdestrategioiden mukaan A-klinikat vastaavat enimmäkseen avohuollosta. Nuorten palveluista vastaa nuorten päihdeasema. Kolmas sektori järjestöjen kautta tarjoaa palveluita tuettuun asumiseen, päivätoimintaan, vertaistukiryhmien toimintaan ja laitostuntoutukseen. (Romppanen 2005, 40.)

Päihdehuollon erityispalveluita pystytään tarjoamaan kaupunkimaisissa kunnissa. Pienet kunnat joutuvat ostamaan palveluita lähikunnista tai käyttämään kuntayhtymän palveluita tai yksityisiä palveluita. Palveluiden kasvava tarve pakottaa kuntia miettimään palveluiden tuottamista omina palveluina tai ostopalveluiden lisäämistä. Huumehoidon palveluita ostetaan usein keskitetyistä yksiköistä, koska omassa kunnassa ei ole osaamista. (Romppanen 2005, 40-41.)

Työssäkäyvät päihdeongelmaiset saavat päihdebarometrin (2005) mukaan hoitoa, mutta syrjäytyneitä ja suurkuluttajia ei tavoiteta läheskään aina perinteisillä päihdepalveluilla. Vastaajat ovat huolissaan nuorten lisääntyneestä juomisesta ja aineiden vaihtumisesta miedoista väkeviin juomiin. Positiivisena nähtiin mini-intervention lisääntynyt käyttö suunnitelmallisesti ja työikäisten hoitoonohjaus. Huumeiden käyttäjien kohdalla nähtiin resurssien parantuneen viime vuosien aikana. Tulevaisuuden uhkana nähtiin huumeiden käytön arkipäiväistyminen ja käyttäjien määrän lisääntyminen. (Terveyden edistämisen keskus 2006.)

2.5. Keskeisimmät päihdehaitat

Terveyden edistämisen keskuksen julkaisemassa vuoden 2005 päihdebarometrissa todetaan, että päihteiden lisääntynyt käyttö nähdään merkittävänä ja edelleenkin kasvavana ongelmana kaikissa kunnissa. Alkoholisairaudet ovat lisääntyneet ja kasvun ennakoitaan jatkuvan. Tämä näkyy inhimillisen hädän lisääntymisenä niin lastensuojelussa, erikoissairaanhoidossa kuin päihde- ja terveydenhuollossa. (Terveyden edistämisen keskus 2006.)

Työikäisten alkoholikuolemien määrä kasvoi vuonna 2004 ennätysellisen paljon. Erityisesti työikäisten alkoholikuolemien määrä on kasvanut ja kuolleisuus muiden syiden perusteella on vähentynyt. Alkoholisyiden perusteella kuoli vuonna 2004 työikäisiä suomalaisia 1545 (15 –64 –vuotiaita) ja kaikkiaan 1860 suomalaista. Alkoholisyihin kuolee eniten keski-ikäisiä miehiä. Joka kolmannen 45-49-vuotiaana kuolleen miehen kuolemansyynä oli alkoholi. Yleisin kuolinsyy työikäisillä miehillä on sepelvaltimotauti, mutta toiseksi yleisin syy on alkoholi. Naisilla yleisin kuolemansyy oli rintasyöpä, mutta alkoholi aiheutti melkein yhtä paljon kuolemantapauksia. Miesten alkoholikuolemat lisääntyivät edellisestä vuodesta viidenneksen. (Tilastokeskus 2005.)

Nuorten tyttöjen ja naisten juomistavoissa näkyy aiemmasta poikkeavaa rankkuutta. Päihdelääkärit tapaavat Savon Sanomien (2005) haastatteleman erikoislääkäri Hannu Pentikäisen mukaan säännönmukaisesti tyttöjä, joiden alkoholinkäyttö ylittää riskirajat huomasti. Muutos on ilmennyt viime vuosina. Tytöt eivät tiedä alkoholin vaikutuksesta naisen elimistöön ja yllättyvät, kun saavat

asianmukaista tietoa. Riskirajana käytölle pidetään miehillä seitsemää annosta ja naisilla viittä annosta³ kerralla.

Sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla kirjattiin vuonna 2004 lähes 36 500 hoitojaksoa, jotka liittyivät alkoholiin. Tämä on yli 10 prosenttia enemmän kuin vuonna 2003. Alkoholisairauksien hoitojaksojen määrä kasvoi merkittävästi vanhemmissa ikäryhmissä. Suurin kasvu oli 55 – 64-vuotiailla, joiden hoitojaksot lisääntyivät neljänneksen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005b.)

Huumausaineisiin ja lääkeaineisiin liittyviä sairaalajaksoja kirjattiin noin 10 000, joissa ei ollut kasvua edelliseen vuoteen verrattuna. Alle 25-vuotiailla huumausaineisiin ja lääkkeisiin liittyvät sairaudet olivat yleisempiä kuin alkoholisairaudet. Huumausaineiden ja lääkeaineiden käyttäjien ja kokeilijoiden määrät ovat pysyneet ennallaan 2000-luvulla. Huumausaineiden ongelmakäyttö ja sen aiheuttama hoidon tarve on lisääntynyt. Lähes puolet huumausaineiden vuoksi hoitoon hakeutuneista oli alle 25-vuotiaita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005b.)

Mäkelän (2006) mukaan alkoholiriippuvuuden hoito on tuloksellisempaa kuin hoidotta jättäminen. Hyvin suunnitellut hoito-ohjelmat ja työntekijän hyvä kokemus lisäävät hoidon tuloksellisuutta. Hoitomuodot ovat kuitenkin tuloksen kannalta keskenään melko samantasoisia. Etukäteen ei voi ennustaa, mikä hoitotapa tuottaa asiakkaalle parhaan hoitotuloksen. Läheisten mukaan ottaminen lisää hoitoon sitoutumista ja hoidon vaikutuksia. Samanaikaiset muut psyykkiset ongelmat pitäisi hoitaa samanaikaisesti saman hoitopaikan toimesta. (Mäkelä 2006.)

2.6. Päihdetyön laatu

Stakes julkaisi Ehkäisevän päihdetyön laatuksiterit – Laatutähteä tavoittelemassa – tänä vuonna 2006 keväällä. Laadun kaksitoista kriteeriä sisältävät työn kohdentamisen, sisällön, toteutuksen sekä seurannan ja arvioinnin laatuksiterit. Lisäksi annetaan ohjeita, miten rakentaa oma laatutähti. (Laatutähteä tavoittelemassa 2006.)

Valtakunnallinen suositus päihdepalveluiden laadun kehittämiseksi on annettu valtioneuvoston hyväksymässä tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000-2003. Laadukkaaseen päihdetyöhön kuuluu, että päihdehaittojen torjuntaa on toteutettava laaja-alaisesti koko kunnan toimialalla. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat keskeinen osa kuntien päihdehuoltoa. Hyvin toimivat päihdepalvelut ovat tärkeä osa sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisyä, hyvinvoinnin lisäämistä ja terveydellisen tasa-arvon vahvistamista. Asiakaslähtöinen työskentely korostuu ja palveluihin pääsyn pitää olla esteetöntä. Asiakas osallistuu itse kuntoutuksen suunnitteluun. Asiakkaan perusoikeuksia puolustetaan palveluissa. Palveluissa on huomioitava asiakkaiden ikä, sukupuoli, kieli ja muu kulttuuritausta. Väestöpohjaista ja seudullista kustannusten jakoa suositellaan käyntikertojen sijaan. Palvelujen tulee olla joustavia ja tehokkaita eivätkä maksusitoumusasiat saa olla esteenä palveluille. Palveluasumisessa ja tilapäismajoituksessa tulee kiinnittää huomiota tilojen tasoon ja asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Päihdetyön johtamista on vahvistettava ja henkilöstön mitoittamiseen, osaamiseen ja jaksamiseen on panostettava. (Päihdepalvelujen laatusuosituksat 2002.)

2.7. Asiakasyhteistyö

³ yksi annos on yksi pullo keskiolutta tai 4 cl alkoholia

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä uudistettiin kesäkuussa 2003. Lain tarkoituksena on auttaa kuntoutujaa saamaan hänen tarvitsemansa kuntoutuspalvelut ja sen tarkoituksena on edistää kuntoutujan asemaa ja osallistumista hänen kuntoutustaan koskevan asian käsittelyssä. Laissa säädetään eri hallinnonalojen yhteistyöstä ja siinä noudatettavista menettelytavoista. Asiakasyhteistyöryhmässä tulee olla edustus sosiaali- ja terveydenhuollosta, työvoimatoimistosta, Kelasta sekä opetusviranomaisen edustus. Näiden viranomaisten pitää toimia yhteistyössä muiden kuntoutusta järjestävien yhteisöjen kanssa. Kuntoutusta toteutetaan paikallisesti, alueellisesti ja valtakunnan tason yhteistyöelimissä, joista säädetään erikseen. (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 2003.)

Kunnan tehtävänä on huolehtia siitä, että alueella toimii asiakasyhteistyöryhmä ja asettaa yhteistyöryhmä neljäksi vuodeksi kerrallaan. Ryhmän toiminnasta ja kokoonpanosta on tiedotettava kunnan asukkaille, viranomaisille ja kuntoutusta järjestäville tahoille.

3. HANKESUUNNITELMA

3.1. Projektin suunnittelun alkuvaiheet

Hankesuunnitelmaa olivat miettimässä elokuussa 2003 Mäntsälän kunnan, Sosiaalitaidon, Sosiaalisairaalan ja Diakin edustajat. Keskeisenä kehittämiskohteena nähtiin silloin päihdepalvelujen kehittäminen ja pohjatyö alueelliselle päihdestrategialle. Asiakasyhteistyöryhmätoiminnasta puhuttiin myös. Verkoston tuen moniulotteisuus, ongelman psykososiaalinen luonne tukivat asiakasyhteistyöryhmien mukaan ottoa. Kaikki työ, joka pyrkii syrjäytymisuhan vähentämiseen ja päihdeosaamisen kehittämiseen on luonteeltaan ehkäisevää. Hankkeella pyritään lisäämään työntekijän osaamista ja nimenomaan peruspalveluissa, erityispalveluissa.

Syntyi ajatus laajemman hankkeen muotoilusta, jonka lähtökohtana oli ammattitaidon kehittäminen päihde- ja mielenterveystyössä. Pääteemoina nähtiin:

- Päihdesosiaalityön kirkastaminen => Menetelmällisen osaamisen syventäminen
- Lastensuojelukysymykset
- Medikalisaatiokehityksen pulmallisuus <> sosiaalityön profiilin terävöittäminen
- Arviointinäkökulma <> koko päihdehuoltoa koskien

Tietynlaisia odotuksia kehittämistyölle oli ollut kaksi vuotta. Merkittävänä näkökulmana nähtiin päihdehuollon laatusuositukset. Tässä vaiheessa työnimenä oli Päihdetyön kehittäjä.

Sosiaalisairaalassa nähtiin kehittämistarpeita seuraavilla osa-alueilla:

- Kognitiivinen psykoterapia päihdehoidossa
- Päihteen sekakäyttö ja mielenterveysongelmat
- Ryhmähoito päihdehoidon välineenä
- Nainen päihdehoidon asiakkaana
- Perhe- ja pariterapia päihdehoidossa.

Keskustelussa tulivat lisäksi esiin päihdehoidon rajapinnat sekä se, miten kukin asian näkee. Tässä vaiheessa hanke ei ollut profiloitunut vielä koulutushankkeeksi.

3.2. Projektioorganisaatio

3.2.1 Ohjausryhmä

Projektissa on toiminut alusta asti ohjausryhmä, johon on kuulunut yhteistyökumppaneiden edustajat. Rahoittaja on edellyttänyt, että ohjausryhmässä on kaikkien osallistujien edustus. Päikehankkeessa on ollut toimiva ohjausryhmä. Ohjausryhmä on kokoontunut säännöllisesti, alussa kerran kuukaudessa ja vuonna 2006 kerran kahdessa kuukaudessa. Ohjausryhmä on koordinoitunut hankkeen toimintaa, määritellyt hankkeen painopistealueita ja ohjeistanut projektipäällikköä. Ohjausryhmän puheenjohtaja on vaihtunut vuoden 2005 alusta, samoin projektipäällikkö vaihtui maaliskuun 2005 alusta. Ohjausryhmän tarkempi kokoonpano on kuvattu liitteessä 1.

Ohjausryhmän tehtävät määriteltiin 10.5.2004 pidetyssä kokouksessa seuraavalla tavalla:

- 1) Projektin vastaavan hallinnoijan / organisaation antamat tehtävät: hankkeen hallinnointi ja talousseuranta (rahoitusosuudet ja omavastuut)
- 2) Projektin tarkennetun toimintasuunnitelman hyväksyminen

- 3) Yhteistyön pelisääntöjä ja viestintäsuunnitelmaa koskevien linjojen hyväksyminen
- 4) Toimintasuunnitelmien muutosten vahvistaminen
- 5) Arviointijärjestelmän hyväksyminen
- 6) Projektinseuranta ja valvonta
- 7) Projektinraporttien käsittely ja hyväksyminen
- 8) Projektin vaikuttavuudesta ja tuloksellisuudesta vastaaminen
- 9) Linkkinä sidosryhmiin toimiminen (mm. muut projektit)
- 10) Ohjausryhmän jäsenet toimivat asiantuntijoina projektia koskevilla asioilla

3.2.2 Projektiryhmä

Projektissa kehittämistyötä on tehnyt asiantuntijaryhmä eli projektiryhmä helmikuun 2005 alusta alkaen. Jokainen hankekunta on valinnut ryhmään 3-5 asiantuntijaa joko päihdehuollosta, ehkäisevästä päihdetyöstä, psykiatrisesta yksiköstä, sosiaalitoimistosta, kuntouttavasta työtoiminnasta, terveyskeskuksesta, kouluterveydenhuollosta, nuorisotoimesta tai työvoiman palvelukeskuksesta. Ryhmään on nimetty 22 edustajaa. Ryhmä on kokoontunut kuukausittain ja hankkeen loppuvaiheessa tapaamisia on ollut useammin. Tapaamisten aiheena on ollut etukäteen Päike -projektin tavoitteisiin valittu teema. Kokoontumisissa on yleensä ollut ulkopuolinen alustaja. Kokoontumisten lisäksi työntekijät ovat keränneet kirjallisesti tietoa omista kunnistaan etukäteen annetuista aiheista. Asiantuntijat ovat muodostaneet omissa kunnissaan pientyöryhmät, joilla on ollut kokouksia seutukunnallisten tapaamisten lisäksi. Asiantuntijaryhmän tarkoituksena on levittää omassa kunnassa Päike-hankkeen vahvistamaa päihdetyön osaamista sekä toimia paikallisena seutukunnallisena osajaverkostonä. Projektiryhmän kokoonpano ja kokoonpanossa tapahtuneet muutokset näkyvät liitteessä 2.

3.3. Varsinainen hankesuunnitelma

Päikeyden hankesuunnitelma on laadittu kahtena taulukkokuvauksena hakemuksen liitteeksi, jotka ovat raportin liitteenä (liitteet 3 ja 4). Hankesuunnitelman taulukkokuvaus on tehty koulutusprosessin ja arvioinnin näkökulmasta. Arviointia ja dokumentointia on suunniteltu siinä vaiheessa toteutettavaksi vastuullisen tutkijan ja opiskelijatyön avulla. Suunnitelma oli jaettu kolmeen tasoon: yhteinen taso, kunnallinen taso ja seudullinen taso. Hanke oli kuvattu vaiheittain eteneväksi eri tasoilla.

Yhteinen taso käsitti hankkeen yhteisen aloituksen, sen esittelyn, vaiheet ja työmenetelmät. Yhteisellä tasolla oli tarkoitus edetä vaiheittain kuntakohtaisen työn esittelyyn, kehittämisen kohteiden esittelyyn ja seudullisten yhteistyöryhmien luomiseen. Seudullisten yhteistyöryhmien työn tuloksia suunniteltiin esiteltäväksi ja tarkasteltavaksi laatukriteerien avulla.

Kunnallisella tasolla suunniteltiin oman verkoston kokoamista. Hyvät käytännöt ja kehittämistä vaativat kohteet oli tarkoitus kartoittaa kuntakohtaisesti. Oma palvelujärjestelmä oli suunnitelmassa arvioida ja kehittää laatusuosituksen mukaiseksi. Lisäksi oli tarkoitus koko ajan arvioida hankkeen vaikutuksia kunnallisten verkostojen tasolla.

Seudullisella tasolla seudullisten yhteistyöryhmien perustaminen, yhteisten kehittämissuuntien sekä koulutus- ja konsultaatiotarpeiden määrittely nähtiin tärkeäksi. Yhteiset koulutushankkeet oli

suunniteltu alunperin toteutettavaksi puolen vuoden jaksona ja sen piti sisältää omaehtoista työskentelyä kunnan oman verkoston kanssa.

Loppuvaiheen suunnitelmiin sisältyi, että yhteiset koulutukset päätetään, tuloksia arvioidaan pysyvien vaikutusten näkökulmasta, yhteistyöryhmien jatkotyöskentelyn tarvetta ja muotoa arvioidaan sekä päätetään mahdollisen konsultaatiomallin käyttöönotosta.

Toimintaprosessia ja aikataulutusta on kuvattu toisessa liitteessä. Toimintaprosessia ja aikataulutusta käsittelevien toteutuneiden prosessien näkökulmasta. Aloitusseminaari pidettiin vuoden 2004 syksyllä ja hanke lähti käyntiin suunnitellusti joskin jo aikataulusta myöhässä. Yhteinen kehittämispäivä ei toteutunut vuonna 2004, mutta Seuke -hankkeen⁴ kanssa oli tammikuussa 2005 yhteinen päihde- ja mielenterveysfoorumi. Seudullisia yhteistyöryhmiä luotiin hankesuunnitelman mukaan. Hankkeessa oli oma projektiryhmä, asiakasyhteistyöryhmistä koottiin KUUMA kierretyöryhmä ja prosessikuvauspäivinä toimivat kuntakohtaiset ryhmät työskentelyssä. Koulutustarpeita on kartoitettu kaikissa tilanteissa ja koulutusprosessit toteutettiin sekä asiantuntijoille kohdistettuna että peruspalveluissa työskenteleville työntekijöille. Päihdetyön osaamista lisättiin monella tasolla työntekijöille suunnattujen koulutusten avulla.

Toimintaprosessin kuvauksessa oli kirjattuna seudullisen psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen mallintaminen, joka toteutettiin prosessikuvausten avulla terveyskeskuksissa ja sosiaalitoimistoissa. Palvelujärjestelmän kehittämistyötä piti jo hankkeen aikana toteuttaa, mutta aikataulun viivästymisen vuoksi kehittämistyössä on päästy nyt vasta vauhtiin kunnissa prosessikuvausten avulla. Päihdetyön ammattilaisten sekä seudullisten yhteistyöryhmien kouluttamisprosessi toteutettiin suunniteltua laajempaan. Tarpeita koulutukseen nousi koko hankkeen ajan ja koulutuksiin osallistuttiin laaja-alaisesti. Koulutustarpeita verkosto viestittää edelleen. Päihdetyön koulutuksista laadittiin vuodelle 2005 ja 2006 koulutuskalenterit, jotka painettiin ja jotka olivat luettavissa Sosiaalitaidon, Kuumen ja useimpien kumppaneiden internetsivuilla.

⁴ Seuke – Mielenterveys- ja päihdetyön seudullisten palvelujen rakenteellinen kehittäminen Keski-Uudenmaan kunnissa

4. KEHITTÄMISTYÖN TOIMEENPANO

Kehittämistyötä on Päike-hankkeessa hallinnoinut nimetty ohjausryhmä ja käytännön työtä on tehnyt projektipäällikkö ja nimetty projektiryhmä. Päihdetyön laadullista kehittämistä on suoritettu prosessikuvauspäivinä kunnallisissa ryhmissä sekä seudullisesti Kuuma kierre – tilaisuuksissa, joihin osallistui asiakasyhteistyöryhmien jäseniä joka kunnasta. Päihdekoulutuksien avulla on lisätty päihdeasiakkaita kohtaavien peruspalveluissa työskentelevien työntekijöiden ammatillista osaamista ja kykyä ohjata asiakkaita oikeiden palveluiden piiriin. Kaikkien työntekijöiden psykososiaalisen päihdetyön osaamista on pyritty päivittämään koulutuksien avulla. Seuraavaksi on kuvattu hankkeen kehittämistyötä.

4.1. Ohjausryhmätoiminta

Projektiorganisaatiossa on alusta asti toiminut kuntien ja kumppaneiden edustajista koottu ohjausryhmä. Ohjausryhmän tärkeimpinä tehtävinä on ollut hankkeen hallinnointi ja talousseuranta projektipäällikön esittämien tietojen perusteella, toimintasuunnitelman tarkistaminen koko projektin ajan ja painopistealueiden määrittely sekä projektipäällikön ohjeistaminen. Ohjausryhmän jäsenet ovat asiantuntijoina ottaneet kantaa projektia koskeviin asioihin ja avustaneet projektipäällikköä prosessien suunnittelussa. Ohjausryhmän kokouksia on pidetty säännöllisesti.

4.2. Projektiryhmätoiminta

Projektin kehittämistyössä on työskennellyt vuoden 2005 alusta tiiviisti kuntien perustyössä työskentelevistä asiantuntijoista koottu 22 henkilön projektiryhmä. Projektiryhmän kokoonpano on vaihdellut työskentelyn aikana, sillä työntekijöitä on siirtynyt toisiin tehtäviin ja eri paikkakunnille työhön. Projektiryhmän työskentelyn tavoitteena on ollut seutukunnallisen päihdetyön kehittäminen ja oman ammattitaidon lisääminen koulutusten avulla. Projektiryhmän jäsenet ovat toimineet oman kuntansa asiantuntijoina ja he ovat koonneet omassa kunnassaan päihdetyön asiantuntijaryhmän. Projektiryhmätoiminta on ollut innostunutta ja motivoitunutta. Kaikki ryhmän jäsenet eivät ole olleet samalla tavalla sitoutuneita ryhmän toimintaan. Työpainet ovat vaikuttaneet sitoutumiseen. Ryhmän jäsenet ovat olleet eri ammattikuntien edustajia ja ryhmätyön sisältö ei ole palvellut kaikkien työtä samalla tavalla. Projektipäällikön sosiaalityön, kuntouttavan työtoiminnan ja moniammatillisen palveluohjauksen näkökulma on ohjannut toimintaa ja koulutuksia ja toiminta on profiloitunut osittain siihen suuntaan.

Projektiryhmälle oli suunniteltu jo hankkeen alkuvaiheessa koulutusperiodi. Oheisessa taulukossa on kuvattu projektiryhmälle suunnattu koulutus.

Tilaisuus	Teema	Alustajat	Kohderyhmä	Sisällöllinen ydin
Starttipäivä 1.2.05	Toiminnan aloitus	Mikko Oikkonen	projektiryhmästä 9 henkilöä	toiminnasta sopiminen
Syrjäytyneiden problematiikka 5.4.05	Syrjäytymisen problematiikka	Jouko Karjalainen	projektiryhmästä 11 henkilöä	huono-osaisuus ja aiheeseen liittyvät ryhmyöt
Huomenuorten problematiikka 2.6.05	Vertaistukiryhmä -toiminta	ryhmän vetäjä	projektiryhmästä 10 henkilöä	vertaistukiryhmä -toiminta Jpäässä
9.8.05 Diak	Syrjäytyminen kansainvälisesti	Pamela Clayton	projektiryhmästä 7 henkilöä	syjäytymisme- kanismien pohdinta kansainvälisellä tasolla
Vierailu 14.9.05 Vantaalle	Vinkkitoimintaan tutustuminen	Vantaan Vinkin vetäjät Irti Huumeista ryhmien vetäjät	projektiryhmästä 9 henkilöä	terveysneuvonta -pisteen esittely Irti Huumeista pisteen esittely
27.9.05 Sosiaalisairaala	Huumekoulutus	Jouni Tourunen Eija Ruokonen Liisa Lauren	projektiryhmän ja kuntien edustajia 14 henkilöä	huumevieroitus ja huumekuntoutus
11.10.05 Kerava	Virrat puroiksi koulutus	Lolan Lindroos Lotta Lehmusvaara	projektiryhmän ja kuntien edustajia 9 henkilöä	mini- interventio- koulutus
29.11.05 Sosiaalisairaala	2-diagnoosipotilaan kohtaaminen	Juhani Aer Antti Holopainen	projektiryhmän ja kuntien edustajia 19 henkilöä	kaksoisdiagnos- tiikkakoulutus
15.12.05	vuoden 2005 toiminnan arviointi	projektipäällikkö	projektiryhmästä 10 henkilöä	projektiryhmän toiminnan arviointia v.2005
Tilaisuus	Teema	Alustajat	Kohderyhmä	Sisällöllinen ydin
17.1.2006 Ridasjärven päihdehoito- keskus	Päihteet ja perhe	Markku Ahtikari ja Ridasjärven päihdehoitokes- kuksen henkilö- kunta	projektiryhmän jäsenistä 13 henkilöä	perheenjäsenten huomioiminen päihdehoitossa
14.2.06 Kalliolan Nurmi- järven klinikka	Päihteet ja perhe	Jorma Virtanen Aino Koskiluoma	projektiryhmän jäsenistä 10 henkilöä	riippuvuusprose- ssi häpeä huumehoito
8.3.06 Laurea	Vanhuus ja päihteet	Timo Kumpulainen Eija Kilgus	projektiryhmän jäsenistä 8 henkilöä	ikäntyminen päihteet

Tilaisuus	Teema	Alustajat	Kohderyhmä	Sisällöllinen ydin
4.4.06 Diak	Addiktioit ja arki-päivän rutiinit	Jouni Kylmälä	projektiryhmän jäsenistä 8 henkilöä	päihdeongelma sosiologian ja synnin näkökulmasta
19.4.06 Diak	Psykososiaalinen kuntoutus – Venäjän ja Suomen kokemuksia	Jouni Kylmälä venäläiset asiantuntijat	projektiryhmäläisistä joillekin 4 henkilöä	päihdekuntoutuksen historiaa Suomessa ja Venäjällä
21.4.06 Hyvinkään työvoiman palvelukeskus	Asiakasprosessit ja yhteistyö	Satu Koskela Merja Vyyryläinen venäläiset asiantuntijat	projektiryhmäläisistä osa ja kuntien asiantuntijoita 10 henkilöä	venäläisten asiantuntijoiden ja Päiken edustajien kohtaaminen
24.4.06 Diak	Työseminaari	Antti Weckroth	ohjausryhmän ja projektiryhmän jäseniä 12 henkilöä	Päiken arviointia
8.3.06 Stakes	Hyvät työkäytännöt	Ilse Julkunen	5 henkilöä Päikestä kutsuttuna	hyvien työkäytäntöjen levittämiseen ja arviointiin ohjeita

4.3. Koulutukset Päikessä

Hankkeen alussa kartoitettiin koulutustarpeita ammattilaisilta ja peruspalveluissa toimivilta työntekijöiltä siten, että edellinen projektipäällikkö kiersi kunnissa eri työpisteissä ja haastattelema kyseli koulutustarpeita. Lisäksi projektipäällikölle on koko projektin ajan esitetty aiheita koulutuksiin. Koulutustarpeiksi esitettiin: perheväkivalta, miesten tarpeet ja miesten sielunmaailma, ikääntyminen ja päihde, päihdeperheen lapset, päihdeperheen elämää lasten kannalta, parisuhdeasiat päihdeperheessä, viikonloppuvanhempien ongelmat, etävanhempana oleminen, uusioperhe ja interventiot perheväkivaltaan. Menetelmällisiä koulutuksia toivottiin, miten kohdata esimerkiksi nuori henkilö, jota pitäisi aktivoida ja johon ei saa kunnolla kontaktia.

Prosessikuvauspäivinä sekä kokouksissa on noussut uusia toimintamalleja, joita Päiken on toivottu lähtevän kehittämään. Hankkeen tavoitteisiin on kirjattu päihdetyön psykososiaalisen osaamisen kehittäminen. Koulutuksista kerättiin yhteinen koulutuskalenteri, jossa koulutukset koottiin ihmisen elämänkaaren mukaiseen järjestykseen. Syksyn 2005 koulutuksista laadittiin erillinen koulutuskalenteri ja samoin vuoden 2006 koulutuksista. Koulutukset suunniteltiin yhdessä hankkeessa mukana olevien oppilaitosten ja palveluiden tuottajien kanssa. Syksyllä 2005 keskityttiin päihdekoulutuksissa lapsiin ja nuoriin sekä heidän perheisiin. Koulutusta oli erilaisten menetelmien käyttämiseen asiakkaan kohtaamisessa, esim. arvostava haastattelu nuoren kohtaamisessa, sosiaalisten vuorovaikutustaitojen harjoittamisen menetelmä, sukupuun käyttö hoitotyössä, mini-interventio tietokonetta apuna käyttäen. Vuonna 2006 koulutusta oli aiheista vammaiset ja alkoholi sekä ikääntyneet ja alkoholi ja aggressiokoulutus. Keväällä 2006 uusittiin arvostavan haastattelun koulutus ja aggressiokoulutukseen ilmoittautui niin paljon työntekijöitä, että

koulutus päätettiin uusiksi heti kuukauden kuluttua. Huuko -työryhmän kanssa suunniteltiin työssä jaksamis koulutus. Päiäen koulutuksissa on ollut kaikkiaan 569 osallistujaa Keski-Uudenmaan ja Hyvinkään peruspalveluista sekä loppuseminaarissa 146 osallistujaa. Koulutuksiin osallistuneet eivät ole joka kerta olleet samoja henkilöitä, vaan ohjautuminen tilaisuuksiin on tapahtunut koulutuksen sisällön mukaan.

Päiäen päihdekoulutukset vuosina 2005-2006 kuntien peruspalveluissa työskenteleville henkilöille

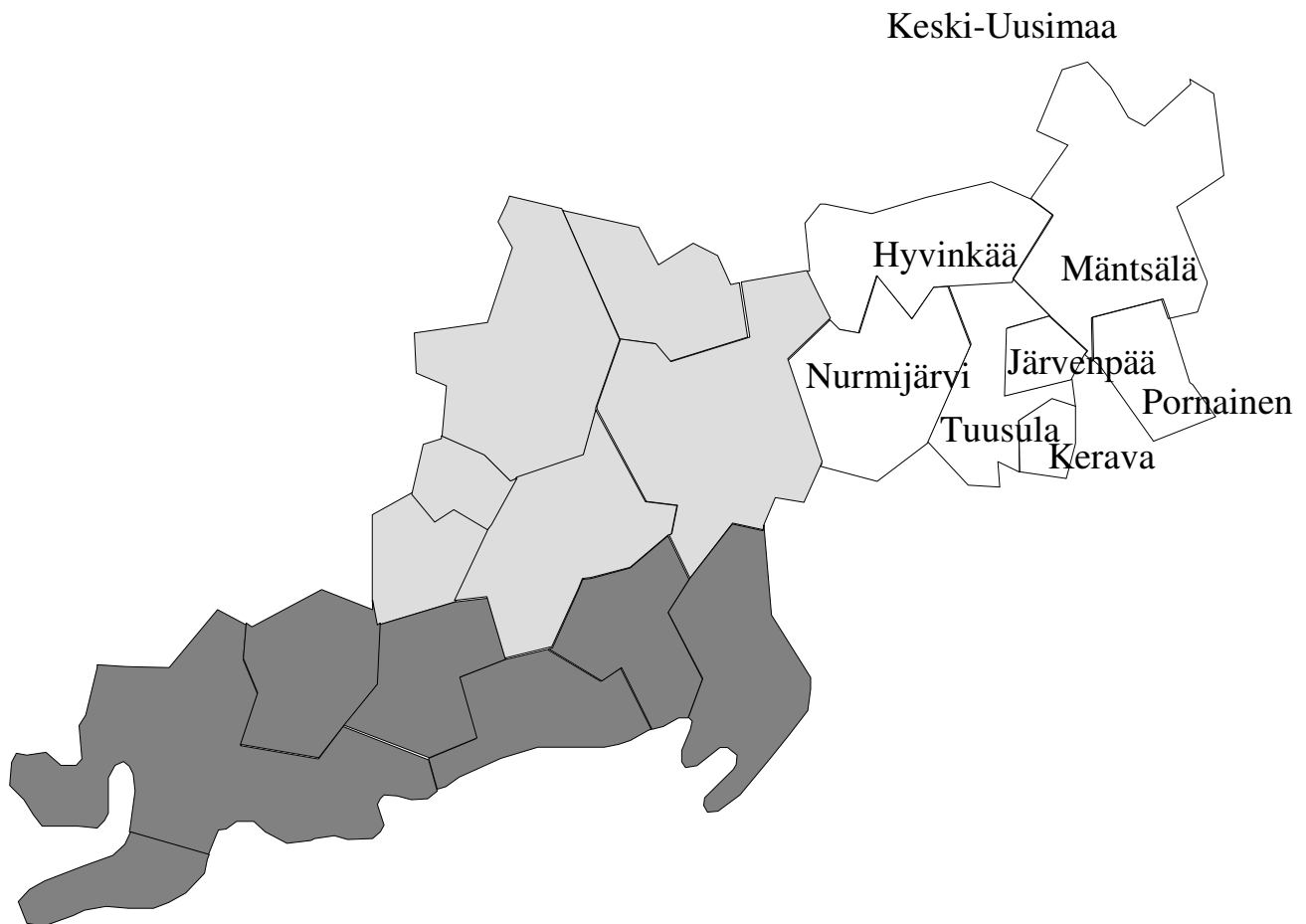
Tilaisuus	Teema	Luennoitsijat	Osallistujat	Sisältö
Hyvinkääsali 20.5.05	Mini-interventio	Mikko Oikonen Leena Piikivi	203 osallistujaa	mini-interventio
30.9.05 Kalliolan klinikka Nurmijärvi	Sukupuun käyttö hoitotyössä	Pirjo Tuhkasaari	13 osallistujaa	
11.10.05 Kerava Nikkarin koulu	Nuorten päihde- häiriöt ja mielen- terveys	Jaana Lepistö	116 osallistujaa	
17.-18.10.05 Seurakuntaopisto Järvenpää	Kognitiivis-sosiaaliset vuorovaikutustaidot	Irene Oestrich	5 kiintiöpaikkaa	
1.11.05 Kerava	Kaikki joukolla jäätt särkeämään	Tuula Wallenius	16 osallistujaa	arvostava haastattelu
16.12.05 Maaseutuopisto Järvenpää	Virrat puroiksi	Lolan Lindroos Lotta Lehmusvaara	24 osallistujaa	mini-interventio- koulutus tietokonetta apuna käyttäen
13.1.06 Järvenpää	Päihteet ja vammaisuus	Tero Hintsu Antti Holopainen Timo Väisänen	7 osallistujaa Päikestä	
3.3.06 Järvenpää	Kaikki joukolla jäätt särkeämään	Tuula Wallenius	23 osallistujaa	arvostava haastattelu
3.4.06 Järvenpää	Vihan vimmassako	Tuula Wallenius	35 osallistujaa	aggressio ja päihteet
5.5.06 Järvenpää	Vihan vimmassako	Tuula Wallenius	31 osallistujaa	aggressio ja päihteet
19.5.06 Hyvinkääsali	Hitaasti edeten keskellä kaaosta	Jaana Kauppinen	96 osallistujaa	työssä jaksamiskoulutus
6.9.06 Diak	Päiäen loppuseminaari			Päiäen arviointi Vanhuus Vammaisuus Päihteet
17.5.06 Kellokosken sairaala	Kaksoisdiagnoosipot. hoidon kehittämisen haasteet	Carola Fabricius	Päikestä muutamia osallistujia	
Kuuma kierre tilaisuudet Keravalla				

4.4. Prosessikuvaukset

Päike –projektin ohjausryhmän kokouksessa sovittiin vuoden 2004 lopulla, että laaditaan päihdeasiakkaan polusta prosessikuvauksia. Projektipäällikkö veti prosessikuvauspäiviä keväällä 2005 jokaisen hankekunnan sosiaalitoimen puolella 1-2 kertaa/kunta. Prosessikuvaukset sosiaalitoimen, nuorisotoimen ja kuntouttavan työtoiminnan sekä oppilashuollon osalta saatiin valmiiksi kesällä 2005. Syksyllä 2005 työskentelyä jatkettiin hankekuntien terveyskeskuksissa. Syksyn työskentelyn laatukriteeriksi valittiin jälkihuolto tai jälkihoito päihdekuntoutuksen jälkeen. Prosessikuvauspäiviä pidettiin myös kaksi kertaa Ridasjärven päihdehoitokeskuksessa.

Prosessikuvaustilaisuuksissa tuotiin esille päihdetyön asiakaspolussa ”heikkoja lenkkejä” alueella. Päihdetyön jakaantuminen sosiaali- ja terveystalviuuihin tuo jännitteitä työn rajapinnoille. Jokainen työntekijä joutuu oman ammatinsa osaamisen ääri- ja rajajoille ja työhön tarvitsee lisäkoulutusta. Yhteistyö ja suunnitelmien teko ovat vaikeita asioita ja ne vaativat edelleen kehittelyä. Työskentely edellyttää ohjeistuksia ja neuvotteluja, jotta se saataisiin kuntien rakenteisiin hyväksytyksi toimintamalliksi. Työntekijöiden mukaan tiedon kulku sosiaali- ja terveystoimen välillä ei ole saumatonta. Laitoskuntoutuksen jälkeen yhteistyö lähettäneen tahon kanssa olisi tärkeää, jotta asiakas ei jäisi yksin pulmineen. Jatkohoitopalveluista on puutetta. Asiakkaalle pitäisi saada aika pian avohuoltoon laitoskuntoutuksen jälkeen, mutta tässä on kuntakohtaisia vaihteluja. Tuetut asumispalvelut ja kohtuuhintaisten asuntojen puute ovat ongelmana Etelä-Suomen alueella. Vanhusten ja ikääntyneiden päihdepalveluita ei ole ja heidän kohdallaan pitäisi palvelutarpeet kartoittaa. Katkaisuhoidopotilaat terveyskeskusten vuodeosastoilla tuovat levottomuutta, etenkin jos tällaisten potilaiden määrä vielä kasvaa. Päihdekoulutuksen tarve korostui tilaisuuksissa. Osaamista kaivataan siihen, kuinka kohdataan vaativa asiakas ja sekakäyttäjä. Kuvailen seuraavaksi kuntakohtaisesti prosessikuvauksia ja kehittämisehdotuksia. Prosessikuvaukset löytyvät erillisenä julkaisuna Sosiaalitaidon internetsivuilta www.sosiaalitaido.fi.

Olen seuraavaksi kuvannut kuntakohtaisesti kehittämisajatuksia prosessikuvausten pohjalta ja peilannut ajatuksia edellisen projektipäällikön saamiin kuntien toiveisiin projektin alussa.



4.4.1. Hyvinkää

Hyvinkäällä päihdehuolto on järjestetty A –klinikalla, joka on terveystoimen alaisuudessa. A –klinikalla on mahdollisuus saada neuvontaa ja ohjausta, ryhmiin ohjausta, katkohoitoa, korvaushoitoa, akuhoitoa, erilaista riippuvuushoitoa, Vinkki-toimintaa, laitostuntoutukseen maksusitoumukset, ajokorttiseurantaa, hoitoonohjausta ja muita palveluita työnantajille. A –klinikalla on 8 tukiasuntoa. Hyvinkään myy palveluita Nurmijärven kunnalle ja tarvittaessa myös muualle.

Katkaisuhoito on järjestetty Hyvinkäällä terveyskeskussairaalassa. Lääkäri arvioi katkaisuhoidon tarpeen ja lääkärin arvion perusteella siirrytään osastolle. Terveyskeskussairaala ehdotti, että pidetään yhteinen tapaaminen eri toimijoiden kanssa ajoittain. Mukana voisi tapaamisissa olla A-klinikka, terveyskeskusosastot, sosiaalihuolto ja terveyskeskuspäivystys. Yksi yhteistapaaminen on järjestetty.

Hyvinkäällä on sovittu, että yhteys A-klinikkaan otetaan heti, kun asiakas on katkaisuhoidossa terveyskeskuksen osastolla. Hoitoneuvottelut pyritään sopimaan sekä tekemään jatkosuunnitelma. Hyvinkäällä nostettiin keskustelu siitä, onko tarpeen määritellä vuosikiintiö katkaisuhoidoille. Yhteinen linjaus terveyskeskuspäivystyksen kanssa nähtiin tarpeelliseksi. Kehittämishankkeita kritisoitiin ja tuloksia kyseenalaistettiin asiakkaiden kannalta.

Päihdeasiakkaita käy paljon sosiaalitoimessa, työvoiman palvelukeskuksessa sekä joitakin asiakkaita myös psykiatrian yksikössä. Sosiaalitoimessa arvioitiin Hyvinkään käytäntöä. Kaikki koordinoivat jonkin eteenpäin, mutta kukaan ei ota asiakkaan asiaa hoitaakseen. Etenkin nuorien kohdalla ei ole toimintaa. A-klinikan nuorten neuvontapiste Tellus toimii koordinoivana pisteenä, mutta sieltäkin ohjataan sosiaalitoimeen tai kuntouttavaan työtoimintaan. Nuorten päihdeasiakkaiden tilanne nähtiin tärkeänä ja henkilö, joka hoitaa nuorten asioita.

Hyvinkäällä on kokoontunut Päiken myötä kunnan sisäinen projektiryhmä, johon on kuulunut minimissään edustus A-klinikalta, työvoiman palvelukeskuksesta ja psykiatrian yksiköstä mutta myös sairaalan edustaja nimettiin mukaan. Mini-interventio on juurtunut hiljalleen peruspalveluihin. Työvoiman palvelukeskuksen kuntoutuskoordinaattori jalkautui peruspalveluihin kertomaan mini-interventiosta. A-klinikan työntekijät ovat pitäneet myös tietoisuutta. Työvoiman palvelukeskuksessa kuntouttavan työtoiminnan työntekijät sekä palvelukeskuksen väki ovat harjaantuneet verkostotyön ja palveluohjauksen osaajiksi.

Projektin alussa Hyvinkään toiveena on ollut yhteisten tavoitteiden määrittely ja tutustuminen toimijoiden kesken ja näiden toiveiden suuntaan on lähdetty työskentelemään. Kunnallisessa asiantuntijaryhmässä on määritelty yhteisiä tavoitteita. Toimijoiden kesken on järjestetty yhteistapaamisia kunnallisella tasolla sekä Päike-hankkeessa seutukunnallisella tasolla.

4.4.2. Järvenpää

Järvenpäässä aloitti vuoden 2005 alussa toimintansa mielenterveys- ja päihdetyön yksikkö. Järvenpäässä oli jo aiemmin laadittu prosessikuvauksia lautakuntaa varten. Päikessä aiemmin laadittuja kuvauksia paranneltiin. Päiken aikana Järvenpäässä on kehitetty koko ajan yksikön toimintaa. Kokemuksen mukaan yksikköön on alkuvaiheessa ohjattu terveyskeskuksesta paljon asiakkaita. Mielenterveys – ja päihdetyön yksikkö on terveystoimen alaisuudessa.

Katkaisuhoito toteutetaan pääsääntöisesti terveyskeskusosastolla. Päihdetyöntekijä käy viikoittain konsultoimassa terveyskeskuksessa. Laitoskuntoutus toteutetaan osana kuntoutussuunnitelmaa. Terveyskeskuksessa vuodeosastokatkolle on promilleraja 0.8 promillea ja vuoden aikana on enintään kaksi katkohoitoa. Potilas sitoutetaan hoitojakson aikana noudattamaan hoitojakson sääntöjä. Prosessikuvausta tehdessä nostettiin esille, että pitäisi olla selviämisasema ennen osastokatkojaksoa. Jatkohoito järjestyy mielenterveys- ja päihdetyön yksikön kautta, mutta sosiaalisten asioiden hoitaminen osastojaksolla korostuu. Sosiaalihoitajaa ei ole ja yhteys sosiaalihuoltoon ei aina toimi. Asiakkaat kaipaavat neuvoa matkakulujen, lääkekulujen, asuntoasioiden ja edunvalvonnan puitteissa.

Järvenpään toiveet projektille olivat alkuvaiheessa hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen, työntekijöiden koulutus, alueellinen yhteistyö ja päihdehuollon resurssikeskustelu. Kehittämiskohteina nähtiin asumispalveluiden kehittäminen ja mahdollisen yhteisen korvaushoitoklinikan perustaminen. Alueelta puuttuu märkäpää ja selviämisasema, mikä haittaa työskentelyä.

4.4.3. Kerava

Keravalla päihdehuolto on järjestetty A-klinikalla, joka on terveystoimen alaisuudessa. Katkaisuhoito on järjestetty pääsääntöisesti terveyskeskuksen vuodeosastolla. Keravalaiset toivat

prosessikuvauspäivinä esille, että Keravan sijainti pääradan varressa näkyy työssä. Junasta jäädään pois Keravalla ja se tuo omat asiakkaat. Pääkaupunkiseudun läheisyys näkyy palvelutarpeessa. Ongelmana ovat katkaisuhuoltoon pyrkivät päihtyneet asiakkaat, jotka joudutaan ohjaamaan kotiin tai omaisen luo selviämään tai soittaa poliisi hakemaan. Päihtyneille asiakkaille pitäisi olla selviämistila ennen osastokatkoa.

Visiona nähtiin, että terveyskeskuksessa olisi oma selviämistila päihtyneille asiakkaille. Terveyskeskuksen avosairaanhoidossa pitäisi olla oma sosiaalityöntekijä ja päihdetyöntekijä. Palveluohjauksen pitäisi olla selkeämpi, lääkäriellä ja sairaanhoitajalla toivottiin olevan taho, johon ohjata asiakasta, kun huomataan päihdeongelma. Ensisijaisesti mini-interventiota tarvitsevat asiakkaat pitäisi tunnistaa aiemmin ja kohdata heidät ammattitaidolla. Päihdelääkäriä kaivattiin myös yksikköön.

Keravalla nähtiin projektin alussa kehittämiskohteena kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kehittäminen sekä yhteistyö psykiatrisen yksikön kanssa. Alueelle toivottiin yhteistä katkaisuhuoltoasemaa, jossa osaaminen olisi keskittynyt. Asiakkaiden seuranta nähtiin tärkeänä. Tutkimus ja nuorten parissa tehtävä työ on tärkeää. Keravan alkuvaiheen toiveista ainakin kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon järjestämisestä on ollut useita koulutuksia Päikessä. Nuorten asioihin on kiinnitetty huomiota monissa koulutustilaisuuksissa ja menetelmäopetusta on ollut nuorten kohtaamiseen.

4.4.4. Mäntsälä

Mäntsälässä päihdehuollon avohuollossa toimii kaksi päihdetyöntekijää. Heidän toimitilansa ovat terveyskeskuksessa, vaikka he kuuluvatkin kuntoutus- ja vammaispalveluiden tulosalueeseen. Asiakasvastaanotto toimii ajanvarauksella. Päihdeasiakkaan polun kuvaukseen osallistuivat myös kouluterveydenhoitaja, erityisnuorisotyöntekijä, kuntouttavan työtoiminnan edustaja sekä sosiaalitoimi.

Alkoholikatkaisuhuolto pyritään pääsääntöisesti järjestämään terveyskeskuksen vuodeosastolla. Osastokatolla voi Mäntsälässä olla kerrallaan maksimissaan kaksi potilasta. Pienessä kunnassa asiakasohjaus työntekijöiden mukaan toimii ja suurempia ongelmia ei ole ollut

Mäntsälässä päihdetyöntekijä on esitellyt hoitohenkilökunnalle ja lääkäreille mini-interventiota. Mini-intervention käyttöönottoa terveyskeskuksen yhdeksi normaaliksi työtavaksi halutaan juurruttaa.

Projektin aikana on vahvistunut käsitys oman päihdeyksikön tarpeellisuudesta Mäntsälään. Päihdestrategian tekeminen, korvaushoidon järjestäminen ja yhteisen, useamman kunnan asukkaita palvelevan katkaisuhuoltoaseman ja asumispalveluyksikön perustaminen nähtiin kehittämiskohteena alueella. Mäntsälässä päihdestrategiaa ollaankin laatimassa. Mini-intervention esittelyä on syksyllä 2006 tarkoitus jatkaa peruspalveluiden eri työntekijäryhmille.

4.4.5. Nurmijärvi

Nurmijärvellä päihdeasiakkaita kohtaa kaksi päihdehoitajaa sekä kaksi aikuissosiaalityön työntekijää. A-klinikan palvelut ostetaan Hyvinkään A-klinikalta ja A-klinikkasäätiön Leppävaaran

yksiköstä. Katkaisuhoidon järjestetty pääsääntöisesti terveyskeskuksen vuodeosastolla, mutta sitä esitetään keskitettäväksi Uudenmaan päihdepalvelujen kuntayhtymän Ridasjärven yksikköön. Työntekijöiden mukaan päihdepalveluita ei Nurmijärvellä tarvitse jonottaa pitkään, vaan kiireisissä tapauksissa aika saattaa löytyä seuraavana päivänä.

Prosessikuvausten yhteydessä nousi esille, että vanhusasiakkaiden ja ikääntyneiden päihdeasiakkaiden määrä on kasvanut ja vanhusten ja ikääntyneiden päihdepalveluja ei ole. Nykyiset jo olemassa olevat palvelut eivät tarjoa vanhuksille ja ikääntyneille riittävää tukea ja hoitoa. Vanhusten palvelutarpeet tulisi kartoittaa ja kehittää.

Kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaiden selkeä ja pitkäjänteinen hoitaminen pitää suunnitella. Nurmijärven kunta on monen taajaman haja-asutuskunta ja palveluiden suunnittelulle ja se asettaa haasteita kehittälylle.

Nurmijärvellä kehittämiskohteena projektin alussa nähtiin syvennettyjen palveluprosessikuvausten teko ja laatuksiteereiden määrittely, kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon kehittäminen sekä avohuollon tuki. Nurmijärvellä kunnan kasvu asettaa haasteita sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiselle ja palvelujärjestelmä ei pysy perässä.

Aikuis- ja päihdetyön sosiaalityötä on selkeytetty. Nurmijärvellä suunnitellaan uutta palvelumallia päihdeasiakkaille. Päihdetyö keskitetään uuteen yksikköön vuonna 2007.

4.4.6. Tuusula

Tuusulassa päihdehuolto on terveystoimen alaisuudessa ja päihdeasiakkaita palvelee kolme päihdesairaanhoitajaa. Jokaisessa kolmessa taajamassa, Hyrylässä, Kellokoskella ja Jokelassa on mahdollisuus saada palveluita.

Työryhmän huolenaiheita: Katkaisuhoidon järjestetty pääsääntöisesti järjestetty terveyskeskuksen vuodeosastolla. Katkaisuhoidon ei voida ottaa huumeiden käyttäjiä eikä vaikeita sekakäyttäjiä. Katkopotilaiden jotkut vieraat tekevät osastojen tilanteen levottomaksi, jos he tuovat alkoholia ja lääkkeitä potilaalle. Jatkohoidon osalta tulevaisuus näyttää ankealta, jos ei ole mahdollisuutta irtautua entisistä ympyröistä. Kotihoito kuormittuu asiakkailta ja jotkut alkoholidementoituneet asiakkaat ”tuovat porukoita asunnolle”.

Työryhmä näki, että katkaisuhoidon keskittäminen, työntekijöiden koulutus ja osaamisen lisääminen on haaste jatkossa.

Päiän myötä Tuusulassa on lisätty mini-interventiotietoisuutta. Päihdesairaanhoitajat ovat kiertäneet työyksiköissä ja kouluttaneet peruspalveluissa työskenteleviä työntekijöitä. Terveyskeskuksessa mini-interventiomallia on käytetty. Tuusulassa on toiminut sairaanhoitajien kesken oma kunnallinen projektityöryhmä.

Tuusulassa nähtiin projektin alussa kehittämiskohteiksi päihdepysäkin saaminen, matalan kynnyksen paikan luominen, päihdepuolen ja psykiatrian puolen yhteistyö ja moniammatillinen yhteistyö. Hyvien työkäytäntöjen levittämistä toivottiin, yhteisiä ryhmiä, yhteisen katkaisuhoidon suunnittelu ja yhteisen psykiatrisen konsultaation saaminen.

Tuusulassa on perustettu matalan kynnyksen paikka. Moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt ja Tuusula on ollut aktiivinen hyvien työkäytäntöjen levittämisessä.

5. HANKKEEN TULOKSIA

5.1. Yhteistyö ehkäisevän päihdehuollon kanssa ja päihdestrategiat hankekunnissa

Päike –projekti on työskennellyt kiinteästi yhteistyössä alueella toimivan seutukunnallisen ehkäisevän päihdetyön Huuko –työryhmän kanssa. Huuko –työryhmän kokouksista on tullut kutsu projektipäällikölle, joissa hän on pyrkinyt olemaan mukana. Huuko on ehkäisevän päihdetyön työryhmä, johon kuuluu edustaja Keravalta, Järvenpäästä, Tuusulasta, Nurmijärveltä, Mäntsälästä, Hyvinkäältä, Riihimäeltä, Vihdistä ja Lohjalta. Kokouksissa on suunniteltu yhdessä ajankohtaisia koulutuksia, joiden kustannukset on jaettu Huuko – työryhmän kuntien ja Päiken kesken. Yhteisiä isoja koulutuksia on järjestetty kolme kertaa.

Seuke- Mielenterveys- ja päihdetyön seutukehittäjähankeessa kartoitettiin päihdestrategioiden tila Kuuma – alueella ja Hyvinkäällä. Selvityksen mukaan Hyvinkäällä on laadittu päihde- ja huumestrategia, jota päivitetään parhaillaan. Järvenpäässä ehkäisevän päihdetyön kehittämisryhmä EHKÄKE on laatinut ehkäisevän päihdetyön päihdestrategian. Keravalla on tehty alkoholi- ja huumeainepoliittinen ohjelma v. 1998, jota päivitetään. Mäntsälässä on laadittu päihdestrategia. Nurmijärvellä on laadittu ehkäisevän päihdetyön päihdeohjelma v. 2003. Tuusulassa on tehty ennaltaehkäisevä päihdestrategia vuonna 2000 ja uusi on valmisteilla. Päihdestrategiat kunnissa on useimmiten laadittu ehkäisevän päihdetyön osalta. Ongelmana on, että linkitystä korjaavaan päihdetyöhön ei strategioiden työskentelyssä ollut riittävästi. Ehkäisevä päihdetyö ja päihdehoito toimivat kunnissa melko erillisinä. Yhteisen näkemyksen löytäminen edellyttää poliittista tahtotilaa. Riittävä taloudellinen resurssointi molempiin toimintoihin on tärkeää. Projektipäällikkö on ollut useissa koulutustilaisuuksissa, joissa on korostettu, että ammattilaisten pitää toimia syrjäytymisvaarassa olevien asiakkaiden puolestapuhujina ja ammattilaisten pitää huolehtia, että päihdepalveluihin varataan riittävästi henkilöstöresursseja ja määrärahoja kuntoutukseen.

Järvenpään ehkäisevän päihdetyön työryhmä Ehjake on ollut tiiviissä yhteistyössä Päike-hankkeen kanssa. Keravan ehkäisevän työn toimikunta kutsui projektipäällikön kokoukseen esittelemään Päike-hanketta. Ehkäisevän työn toimikunta on Keravalla luottamushenkilöistä koostuva työryhmä, jonka kaupunginhallitus on valinnut. Hyvinkään työryhmä on ollut yhteistyössä Päiken kanssa kutsumalla projektipäällikköä tilaisuuksiin.

Päike-hankkeen projektipäällikölle on esitetty toiveita ehkäisevän päihdetyön ja korjaavan päihdetyön yhteistyön lisäämisestä. Koulutustarpeet ovat yhteisiä ja yhteistyötä koulutuksien suunnittelussa kannattaa hyödyntää. Koordinoija seutukunnallisesti nähdään tarpeelliseksi. HUUKO-työryhmä on osittain hoitanut koordinoitettavaa ja suunnitellut koulutuksia.

5.2. Vertaistukiryhmätoiminta lapsille / nuorille, joiden vanhemmat käyttävät alkoholia

Kunnissa on noussut lastensuojelun ja kouluterveydenhuollon puolelta tarve kehittää vertaistukiryhmätoimintaa lapsille ja/tai nuorille, jotka itse eivät käytä päihteitä, mutta joiden vanhemmat käyttävät päihteitä. Vertaistukiryhmätoiminnan järjestämistä on pohdittu alueellisissa ja seutukunnallisissa työryhmissä.

Ehkäisevän päihdetyön kokouksessa Järvenpäässä tuli keskustelussa esille, että alle 18-vuotiaille nuorille ei Keski-Uudenmaan alueella toimi vertaistukiryhmää lapsille/nuorille, joiden vanhemmat tai jompikumpi vanhemmista juo. Kouluterveydenhoitaja on joutunut tekemään lähetteen nuorisopsykiatrian tai lastenpsykiatrian poliklinikalle. Kyse on nuorista, jotka itse eivät käytä

päihteitä. Väliintulo tilanteissa on kuitenkin tarpeen. Järvenpäässä oli syksyllä 2005 pari tällaista nuorta ja kaikkiaan heitä löytyy ehkä 5-8.

Keravalla on kokeiltu vertaistukiryhmätoimintaa muutamia vuosia sitten. Ryhmään hakeuduttiin koulun oppilashuollon, sosiaalitoimen tai A-klinikan ohjaamana. Käytännössä ryhmään kiinnittyivät vain ne lapset, joiden vanhemmilla oli ollut tai oli hoitosuhde A-klinikalle. Ryhmä toimi puolitoista vuotta.

Järvenpäässä perheneuvola on kokeillut myös vastaavaa toimintaa. Hyvinkäällä ryhmätoimintoja on suunniteltu. Järvenpäässä lastensuojelun työntekijät kokeilivat vertaistukiryhmätoimintaa, mutta osallistujia ei saatu sitoutumaan. Listoja lapsista kyllä oli. Toiminta koetaan tärkeäksi joka tapauksessa.

Päikeyden ohjausryhmän kokouksessa keskusteltiin asiasta. Jatkossa toimintaa kannattaa miettiä niin, että miten se saataisiin toteutettua seutukunnallisesti, että raha ei mahdollisesti liikkuisi kuntien välillä. Esimiesten on oltava suunnittelussa mukana. Toiminta pitäisi suunnitella osaksi muita palveluja.

Tavoitteena toiminnalla olisi ”päihdeperinnön” katkaisu ja ihmissuhdevaikeuksiin puuttuminen. Lapsia tuettaisiin salaisuuden avaamiseen ja sosiaalinen vahvistaminen tapahtuisi ryhmässä toiminnallisilla keinoilla. Ryhmäohjaajan työ on vaativaa. Ryhmätyöllä pitää olla tavoite ja suunnitelma. Vetäjällä olisi hyvä olla ryhmäohjaajakoulutus.

Päike-projekti on tehnyt vertaistukiryhmätoiminnan järjestämisestä aloitteen. Asian työstämistä on jatkettu lasten ja nuorten palveluita käsittelevässä seutukunnallisessa seminaarissa Järvenpäässä. Kuuma-alueen ja Hyvinkään esimiehet vievät asiaa eteenpäin seutukunnallisessa lasten ja nuorten palveluiden työryhmässä.

5.3. Mini-interventio

Mini-interventio sekä suurkuluttajien alkoholinkäyttöön puuttuminen on otettu Päikeyden myötä Tuusulassa ja Hyvinkäällä työkäytännöksi. Hyvinkäällä kokeiltiin työvoiman palvelukeskuksessa keskustelutilaisuutta, jossa oli ruohonjuuritason työntekijöitä yhdessä miettimässä, miten alkoholinkäyttö otetaan puheeksi suurkuluttajilla ja asiakkailta, joilla on vaarana tulla suurkuluttajiksi. Sairaanhoidaja työvoiman palvelukeskuksesta alusti tilaisuuden ja oli laatinut oheismateriaalin. Työkäytäntöä on jatkettu Hyvinkäällä ja tarvetta vastaavanlaisiin tilaisuuksiin on noussut muissa hankekunnissa. Tuusulassa on pyydetty päihdesairaanhoitajia luennoimaan päihdeasioista sosiaali- ja terveystoimen työntekijöille. Prosessikuvauspäivissä nousi esille, että peruspalveluissa toimivat työntekijät toivovat oman kunnan järjestämää päihdekoulutusta, jossa kerrotaan, mitä alkoholismi on ja miten suurkuluttajan kohdalla päihteiden käyttö pitäisi ottaa puheeksi. Tuusulassa Päikeyden koulutukset saivat aikaan sen, että mini-interventio on otettu käyttöön terveyskeskuksessa lääkäreiden ja hoitajien työssä. Mäntsälässä päihdetyöntekijä on menossa kertomaan mini-interventiomenetelmästä lääkäreille ja muulle henkilökunnalle.

5.4. Opinnäytetyöt mahdollisuutena kehittää päihdetyön laatua

Päike-hankkeessa tavoitteena on koulutuksen, oman työn kehittämisen sekä tiiviiden yhteistyöverkostojen avulla parantaa päihdepalvelujen laatua niin paikallisella kuin alueellisellakin tasolla.

Projektin myötä on tullut ajatuksia erilaisten ilmiöiden tutkimisesta, joista saattaisi löytyä aihetta opinnäytetöihin. Työmarkkinatuki uudistus tuo mieleen monenlaisten ilmiöiden tutkimista. Projektipäällikkö on työskennellyt Kuuma-kunnissa ja Hyvinkään työvoiman palvelukeskuksessa kuntouttavassa työtoiminnassa. Tehtävänä on ollut laatia kuntouttavan työtoiminnan lain mukaisia aktivointisuunnitelmia yhdessä asiakkaan ja työvoimatoimiston kanssa. Haastattelussa on ollut arviolta tuhat Keski-Uudenmaan ja Hyvinkään alueen työtöntä. Hyvin usealla työnhakijalla oli havaittavissa päihde- ja mielenterveysproblematiikkaa. Kuntouttavan työtoiminnan aktivointisuunnitelmat tehdään pitkäaikaistyöttömille. Pitkäaikaistyöttömällä on tulonlähteenä työmarkkinatuki tai toimeentulotuki. Työmarkkinatuen saajissa on paljon sellaisia henkilöitä, joiden työkyky ei riitä edes kuntouttavaan työtoimintaan. Työmarkkinatuki uudistus, jossa työmarkkinatuki on muutettu entistä selvemmin vastikkeelliseksi työttömyysturvaksi, tuo siten haasteita entisestään vajaatyökykyisille työnhakijoille ja heidän kanssaan työskenteleville työntekijöille. (Vyyryläinen 2006a, 18.)

Pitkäaikaistyöttömän profiilin tutkiminen olisi mielenkiintoista. Työvoimatoimistojen Ura-järjestelmästä saa melkoisesti tietoa hakijoiden taustasta. Hyvinkään työvoimatoimiston johtajalta on tarkistettu tutkimusluvan saamisen ehtoja. Tutkimuslupia on annettu perusteltuihin hakemuksiin. Palveluiden suunnittelun kannalta olisi hyödyllistä saada Keski-Uudenmaan kuntien pitkäaikaistyöttömistä jotain profiilia. Tätä voisi tutkia useampi henkilö, profiilitietoja voisi hankkia eri hankekuntien työvoimatoimistoista ja ilmiöitä voisi tutkia hieman eri näkökulmista. Pääteiden käytön linkittyminen syrjäytymiseen ja syrjäytymisprosessin taustasyynä ovat mielenkiintoisia. Kuinka päin syy-yhteys kulkee, onko pääteiden käyttö ollut syynä työuran päättymiseen vai ovatko pääteet tulleet kuvaan mukaan työttömyyden myötä. Lisäksi tieto siitä, miten mielenterveysongelmat ja muut sairaudet korreloivat pitkäaikaistyöttömyyteen, olisi ennaltaehkäisevässä mielessä hyödyllistä. Heikkoa työmarkkina-asemaa saattaa selittää joillakin aloilla myös työn puute, mutta Keski-Uusimaa on Suomen parhaita työnhakualueita, joten työn puute on harvalla syynä työttömyyteen. Taustalla on muita työllistymisen esteitä.

Päikeyden sekä työvoiman palvelukeskuksen ohjausryhmässä on keskusteltu työvoiman palvelukeskusten työn tuloksellisuudesta. Tulostavoitteiden ja niiden mittareiden laatiminen palvelukeskusten asiakkaille on vaativaa. Ensin on määriteltävä, mikä on tulos syrjäytyneen henkilön palveluprosessissa. Työllistyminen avoimille työmarkkinoille on hyvin epärealistinen tavoite alkuvaiheessa. Työn onnistumista pitäisi pystyä arvioimaan pehmeämmillä mittareilla. Päihdeasiakkaan polusta tehdään opinnäytetyötä. Palvelukeskuksen asiakkaan polku saattaisi olla mielenkiintoinen opinnäytetyön aihe.

Starttipaja-ajatuksen kehittäminen pitkäaikaistyöttömällä, etenkin nuorilla on ajankohtainen aihe. Elämäntilanteen opettelu elämäntilanteryhmissä ennen kuntouttavaa työtoimintaa on starttipajatyypistä toimintaa. Joka ikäluokasta syrjäytyy noin 5000 henkilöä lisää. Ei siis ole kyse vain lama-aikana syrjäytyneistä henkilöistä, vaan nuorista, joita tulee koko ajan ryhmään lisää. Näiden ilmiöiden tutkiminen ja sen pohtiminen, mitä asialle voisi tehdä, olisi tärkeää, jotta voitaisiin kehittää toimintamalleja syrjäytymisen ehkäisemiseksi.

5.5. Koulutuskalenterit

Päike-hanke on toiminut koulutushankkeena. Tarkoituksena on ollut saada koulutus vastaamaan työelämän tarpeita. Lisäksi on mietitty täydennyskoulutuksen tarpeita, joihin oppilaitokset antavat mielellään oman panoksensa. Koulutustarpeita on kartoitettu edellisen projektipäällikön aloitteesta ja sitä on jatkettu koko ajan. Prosessikuvaustilaisuuksissa on kysytty koulutustarpeita ja kevään 2005 seminaarissa saatiin 50 palautetta, joista kerättiin koulutustoiveita. Koulutustoiveiden perusteella hankkeen aikana on tehty koulutuskalenterit vuosille 2005 ja 2006. Päiken päihdekoulutukset on koottu samaan esitteeseen, joka on painettu ja joka on ollut Sosiaalitaidon ja Kuuman nettisivuilla. Tämän päihdekoulutuksien yhteisen koulutuskalenterin julkaiseminen alueella on nähty jatkossa myös tärkeäksi.

5.6. Yhteisöllisen oppimisen prosessi KUUMA kierre – tapahtumissa

Kuva 1. Maija Gartman, Keravan sosiaalijohtaja, avaa tilaisuuden

Kuva 2. Merja Vyyryläinen ja Hilka Kärkkäinen



Seutukunnallista yhteistyötä ja hyvien työkäytäntöjen jakamista lähdettiin työstämään ns. KUUMA kierre-koulutuksilla. KUUMA kierre -tilaisuuksissa osallistujia oli hankekuntien asiakasyhteistyöryhmistä, asiantuntijaryhmistä, kuntouttavasta työtoiminnasta sekä Hyvinkään työvoiman palvelukeskuksesta. Osallistujien avulla kerättiin tietoa yhteisöllisen oppimisen menetelmällä alueen päihde- ja mielenterveyspalveluiden tilasta. Lopputilaisuudessa kommentaattorina toimi Diakin rehtori Jorma Niemelä. KUUMA kierre -tilaisuuksista on Sosiaalitaidossa laadittu erillinen artikkelijulkaisu, joka on luettavissa www.sosiaalitaito.fi (Päike).

KUUMA kierre - työskentely on ollut Päike-projektin ja Seuke-projektin yhteinen kehittämisidea. Tarkoituksena on ollut selvittää päihde- ja mielenterveyspalveluiden saatavuutta, palveluketjuja sekä työntekijöiden kokemuksia siitä, miten kuntalaiset suhtautuvat palveluihin.

Seuke-projekti eli Mielenterveys- ja päihdetyön seudullisen palveluverkoston kehittäminen-seutukehittäjä -hankkeen kehittämiskohteena oli mielenterveys- ja päihdetyön seudullisten palvelujen rakenteellinen kehittäminen ja keskeisimpänä tehtävänä oli koota seudullisen kehittämisen mielenterveys- ja päihdetyön asiantuntijaverkosto.

Kuuma kierre –päivien työskentelymalli sai idean Starttipaja Aapisen työskentelyprosessista, jossa projektipäällikkö oli mukana. Starttipaja Aapisen esipuheessa Markku Hassinen kuvaa starttipajaa, että se on nimensä mukaan alkukipinä jollekin ”sytytyshetkeä” pidemmälle prosessille. Projektipäällikkö kirjoitti, että verkostoyhteistyö on välttämätöntä, mutta ongelmia tulee siitä, kuka hoitaa kokonaiskoordinaation asiakkaiden kohdalla. Starttipaja Aapinen on julkaisu, jossa on koottu työntekijöiltä käytännön työssä saatua tietoa ja tämä on kirjoitettu ensimmäisen kerran julkaisuksi. Tietojen keruu tapahtui yhteisöllisen oppimisen sekä osallistuvan ryhmätyön menetelmällä. (Hassinen 2004.)

KUUMA kierre -päivissä käytettiin yhteisöllisen oppimisen menetelmää sekä jaetun asiantuntijuuden menetelmää. 5.9.2005 Keravalle tuli kattava osanottajajoukko hankekunnista ja ryhmä jakaantui myös hyvin eri asiantuntijuuden mukaan. Edustusta oli projektien asiantuntijaryhmien lisäksi kuntien asiakasyhteistyöryhmistä, kuntouttavasta työtoiminnasta, perhetyöstä, Kelasta, työhallinnosta sekä Hyvinkään työvoiman palvelukeskuksesta ja lisäksi kolmannen sektorin edustus⁵.

Yhteisöllisessä oppimisessa koko ryhmällä tai yhteisöllä on yhteiset toiminnan tavoitteet. Tavoitteena on yhdessä ratkaista jokin monimutkainen ongelma tai pyrkiä selittämään ilmiö. Tavoitteeseen pääseminen vaatii koko ryhmältä määrätietoista ponnistelua, asiantuntijuuden jakamista, monitasoista vuorovaikutusta ja kokonaan uuden tiedon luomista. Yhteisöllisessä oppimisessa korostetaan prosessia enemmän kuin lopputulosta, joka tuotetaan. Prosessissa halutaan tuoda esille jokaisen osallistujan omat vahvuusalueet, joita halutaan hyödyntää yhteisen ongelman ratkaisemiseksi. Uuden synnyttäminen tapahtuu vuorovaikutuksena yhteisön jäsenten kesken. Puhutaan jaetusta asiantuntijuudesta. Ryhmä yhdistää tietonsa ja näin rakennetaan uutta tietoa. Ongelma on yleensä niin monimutkainen, ettei kukaan pysty sitä yksin ratkaisemaan. Näin pyritään yhdessä keskustelemaan ja yhdessä ymmärtämään ilmiötä ja käsitteitä.

Kuuma kierre -tapahtumassa aktiivinen ja osallistuva ryhmätyö toteutettiin niin, että etukäteen annettiin kuusi erilaista aihetta, joista ryhmien piti tuottaa tietoa. Jokaisesta hankekunnasta eli Keravalta, Järvenpäästä, Tuusulasta, Mäntsälästä, Hyvinkäältä ja Nurmijärveltä valittiin ryhmän puheenjohtaja. Puheenjohtaja pysyi koko ajan samana, mutta ryhmäläiset jakaantuivat sattumanvaraisesti kuusi kertaa ryhmiin.

Ryhmätöiden aiheeksi valittiin Keski-Uudenmaan alueen ajankohtaisia aiheita mielenterveys- ja päihdeproblematiikasta. Päihdepalveluiden tilanteesta ryhmätyön keskustelun pohjaksi oli mietitty seuraavat kolme osa-alueita. **Nuoret 2-diagnoosipotilaat Keski-Uudenmaan ja Hyvinkään alueella.** Keravan a-klinikan sairaanhoitaja Sari Hellgren oli puheenjohtajana tässä aiheessa. Toisena päiheisiin liittyvänä ryhmätyön keskustelun virittäjänä oli **Tiedon ja vastuun jakaminen työntekijöiden kesken sekä varhainen puuttuminen alkoholin käyttöön** ja puheenjohtajana toimi Tuusulan kunnan päihdesairaanhoitaja Tarja Kärkkäinen. Kolmantena päiheisiin liittyvänä ryhmätyön aiheena oli **Yksilökohtainen kuntoutussuunnitelma/ asiakkaan voimavarojen huomioiminen** ja tämän aiheen vetäjänä sekä puheenjohtajana toimi Nurmijärven kunnan päihdesairaanhoitaja Riitta Repo.

Mielenterveyspalveluista oli etukäteen mietitty myös kolme ajankohtaisaihetta. **Kriisityön järjestäminen ja palvelujen saatavuus Keski-Uudenmaan ja Hyvinkään alueella** oli neljännen ryhmän aiheena ja puheenjohtajana toimi sairaanhoitaja Anne Salo Hyvinkään työvoiman

⁵ järjestöt

palvelukeskuksesta. Sosiaalisihteri Tuula Puranen Mäntsälästä veti ja toimi puheenjohtajana viidennelle työryhmälle, joka sai aiheekseen **Mielenterveyspalvelujen tehtävät ja työnjako – lähipalvelut / seudulliset palvelut**. Kuudennen ja viimeisen työryhmän puheenjohtajana toimi mielenterveyshoitaja Eija Linna-alho Järvenpään mielenterveys- ja päihdetyön yksiköstä ja aiheena oli **Mielenterveysvaikutusten arviointi kunnallisessa päätöksenteossa**.

Yhteisöllisen oppimisen päivän tavoitteeksi olimme asettaneet neljä päätavoitetta, jotka jakaantuivat vielä osatavoitteisiin. Ensimmäisenä tavoitteena oli Kuuma-alueen ja Hyvinkään työntekijöiden toisiin asiantuntijoihin tutustuminen sekä hyvistä työkäytännöistä keskustelu. Tavoite toteutui sekä oman kunnan alueella että seutukunnallisesti. Moni osallistuja kävi väliajalla kommentoimassa projektipäällikölle, että päivän paras anti oli tutustua muihin saman alan työntekijöihin ja vaihtaa ajatuksia työmenetelmistä omassa viiteryhmissä.

Kahden projektin kannalta oli tärkeää kerätä tietoa päihde- ja mielenterveytyön tilanteesta Kuuma-alueella ja Hyvinkäällä, sillä tilaisuuteen osallistuneilla asiantuntijoilla oli juuri ajankohtaista tietoa päihde- ja mielenterveystyöstä oman ammattinsa näkökulmasta. Tiedon keruu olikin asetettu toiseksi tavoitteeksi. Asiantuntijat ovat myös ruohonjuuritason työntekijöitä ja tapaavat kuntalaisia päivittäin työssään ja näin muodostuu näkemystä alueen palvelutarjonnasta.

Palveluiden tuotteistaminen, laatuarviointi ja mittaaminen ovat tätä päivää, kun kunnat kilpailuttavat ostamiaan palveluita. Jokainen tilaisuuteen osallistunut henkilö voi joutua mukaan kilpailuttamisprosessiin, kun mietitään päihde- ja mielenterveyspalveluiden tuotteistamista. Tästä syystä on siis hyvä olla mukana prosessissa, jossa asioita on mietitty jostain näkökulmasta jo aiemmin. Hankkeiden kannalta laatuarviointi on tärkeää. Päikessä mietitään päihdepalveluiden laatua asiakkaiden kannalta.

Ryhmätöissä oletettiin jo etukäteen syntyvän paljon kehittämissideoita. Kehittämiskohteiden kirjaaminen muistiin on tärkeää. Jatkotyöskentelyn kannalta olisi tärkeää saada kuntien johtoa ja päättäjiä mukaan työskentelyyn. Ruohonjuuritason kehittämissideat saattavat muuten hautautua muiden papereiden joukkoon. Ryhmien puheenjohtajat ovat artikkeleissaan kirjanneet kiitettävästi kehittämissideoita. Toiveena on, että niitä voidaan jatkossa hyödyntää eikä työskentely ole mennyt hukkaan.

Neljäntenä tavoitteena oli työskentelyn jatkosta sopiminen. Loppukeskustelussa syntyi ehdotus, että pidetään toinen Kuuma kierre – tilaisuus puolipäiväisesti ja pyydetään ulkopuolinen asiantuntija kommentoimaan ryhmätöiden tuotoksia. Jatkotilaisuus sovittiin pidettäväksi myös Keravalla ja ajankohdaksi sovittiin 31.10.05 klo 8.30-12.00. Kommentoijaksi pyydettiin Diakin Järvenpään yksikön rehtori Jorma Niemelä.

Tilaisuuksista pyydettiin koulutus palaute ja vastaajat korostivat päättäjien ja johdon mukaanottoa seuraaviin vastaavanlaisiin tilaisuuksiin. Ryhmätöitä ja yhteistä keskustelua pidettiin hyvänä työskentelytapana. Kommenteista nousi esille, että yhteistyötä tehdään melko vähän vielä Keski-Uudenmaan kuntien kesken. Projektien myötä yhteistyö ja tuntemus on lisääntynyt. Päihde- ja mielenterveystyön yhdistämisen malli koettiin hyväksi. Kolmannen sektorin tekemä työ nähtiin tärkeäksi ja merkittäväksi lisäksi kuntien tekemään työhön.

Ryhmätöiden tuloksena kirjoitetut artikkelit

Puheenjohtajat keräsivät kuuden ryhmän keskustelun tuotokset ja kirjasivat ne muistiin sekä kirjoittivat aiheesta lyhyen artikkelin. Puheenjohtajat kokivat tietojen keräämisen mielenkiintoisena ja haastavana työnä ja se poikkesi arkirutiinista. Osallistujat kommentoivat tilaisuudessa, että päivän anti oli hyvien työtapojen vertailua ja kokemusten vaihtoa ja näin päivä toimi myös työnohjauksellisena tilaisuutena.

Yhteenvedoa ryhmätöistä: 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, hoitonojauksesta 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.

Miten tästä eteenpäin?

KUUMA-kierre -palautepäivänä ryhmien tuotoksista esille nousi seuraavia tienviittoja tulevaisuuteen:

- Esimiehet mukaan keskusteluun ja kehittämiseen
- KUUMA –yhteistyön toteuttaminen niissä palveluissa, rakenteissa ja työmalleissa jotka sopivat kaikille ja joihin ollaan valmiit sitoutumaan
- Projekteista otetaan käyttöön hyvät, toimivat käytännöt
- Mielenterveys- ja päihdetyön yhdistäminen vahvaksi osaamisyksiköksi
- Ostopalvelujen laadunvalvonnan järjestäminen

- Verkostotyön ja verkostoitumisen lisääminen
- Päätäjien ja johdon sitouttaminen arjen tietoa lisäämällä
- Kuntien ja seutukunnan palveluoppaat
- Sosiaalipäivystyksen järjestäminen
- Päätäjien ja käytännön toimijoiden yhteiset koulutustilaisuudet

Kaiken kokoavaksi visioksi saatiin seuraava lause:

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

Kuva 3. Diakin rehtori Jorma Niemelä

Kuva 4. Ryhmätöitä KUUMA kierre -tapahtumassa



5.7. Prosessikuvausten tuottamia kehittämissuhteita päihdetyöhön

Prosessikuvaustilaisuuksissa tuotiin esille päihdetyön asiakaspolussa ”heikkoja lenkkejä”. Päihdetyön jakaantuminen sosiaali- ja terveyspalveluihin tuo jännitteitä työn rajapinnoille. Jokainen työntekijä joutuu oman ammattinsa osaamisen ääri rajoille ja työhön tarvitsee lisäkoulutusta. Yhteistyö ja suunnitelmien teko ovat vaikeita asioita ja ne vaativat edelleen kehittelyä. Työskentely edellyttää ohjeistuksia ja neuvotteluja, jotta se saataisiin kuntien rakenteisiin hyväksytyksi toimintamalliksi. Työntekijöiden mukaan tiedon kulku sosiaali- ja terveystoimen välillä ei ole saumatonta. Laitoskuntoutuksen jälkeen yhteistyö lähettäneen tahon kanssa olisi tärkeää, jotta asiakas ei jäisi yksin pulmineen. Jatkohoitopalveluista on puutetta. Aika pitäisi saada laitoskuntoutuksen jälkeen pian avohuoltoon, mutta tässä on kuntakohtaisia vaihteluja. Tuetut asumispalvelut ja kohtuuhintaisten asuntojen puute ovat ongelmana Etelä-Suomen alueella. Vanhusten ja ikääntyneiden päihdepalveluita ei ole ja heidän kohdallaan pitäisi palvelutarpeet kartoittaa. Katkaisuhoidopotilaat terveyskeskusten vuodeosastoilla tuovat levottomuutta, etenkin jos tällaisten potilaiden määrä vielä kasvaa. Päihdekoulutuksen tarve korostui tilaisuuksissa. Osaamista kaivataan siihen, kuinka kohdataan vaativa asiakas ja sekäkäyttäjät.

5.8. Kansainvälinen yhteistyö

Päiäen työryhmä on saanut osallistua kansainväliseen yhteistyöhön. Päiäen toimijoita oli Tallinnassa ehkäisevän päihdetyön seminaarissa toukokuussa 2005 ja projektipäällikkö piti puheenvuoron Päike-projektista ja nuorten aktivoimisesta. Diakin Järvenpään yksikkö on tarjonnut mahdollisuuksia puhua kansainvälisellä tasolla syrjäytymisestä ja psykososiaalisesta päihdetyöstä. Glasgown yliopistosta Pamela Clayton oli luennoimassa projektiryhmälle elokuussa 2005 syrjäytymisestä kansainvälisellä tasolla. Huhtikuussa avautui mahdollisuus kansainväliseen yhteistyöhön venäläisten asiantuntijoiden kanssa. Venäläisten asiantuntijoiden kanssa on keskusteltu medikalisaatiosta ja psykososiaalisen päihdetyön merkityksestä. Yhteistyö jatkuu syksyllä 2006.

6. ARVIOINTIA

6.1. Arviointimenetelmän valinta, realistisen arvioinnin taustaa

Hanketta arvioidaan jatkossa Peitolan (2005), Julkusen (2005) ja Dahler –Larsenin (2005) esittämien ajatusten mukaisesti. Päihdetyön laadun kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi on suoritettu suhteessa tavoitteisiin ja odotettuihin tuloksiin. Lisäksi on arvioitu odottamattomia vaikutuksia. Arvioinnissa on käytetty myös Sosiaalitaidossa kehiteltyä itsearviointin menetelmää. Itsearviointimenetelmän avulla varmistetaan, että hankkeessa tehdään oikeita asioita oikeaan aikaan. Menetelmä antaa mahdollisuuden tarkastella hanketta sen eri vaiheissa ja ennakoita muutostarpeita ajoissa. Tavoitteena on, että hankkeen päätyttyä ei tarvitse todeta ”olisi pitänyt tehdä” tai ”olisi pitänyt huomata”. Tarve muuttaa hankkeen suuntaa tai tehdä asiat toisin on huomattava aikaisemmassa vaiheessa ja itsearviointin avulla päätöksenteolle annetaan tausta ja perustelut.

Peitolan (2005) tutkimuksessa Arvioinnin soveltuvuus sosiaalityössä on käytetty tapauskohtaista realistista arviointia palveluohjauksen vaikuttavuuden ja huumeongelmaisen asiakkaan kuntoutumisen edistymisen arvioinnissa. Tutkimus on uranuurtava tapa saada kokemuksia arvioinnin käytöstä sekä sosiaalityöntekijän että asiakkaan näkökulmasta. Tapauskohtaista arviointia kohtaan on esitetty paljon kritiikkiä ja siinä tulee esille juuri sosiaalityön ja päihdetyön mittaamisen ongelma. Voidaanko sosiaalityötä yleensäkin mitata ja miten arviointi häiritsee asiakassuhdetta. Oman työn määrällinen mittaaminen on vaikeaa ja miten tuodaan esille työn vaikutuksia. Peitola (2005) pohtii tutkimuksessaan, miten ongelmia tulisi ratkaista ja kehittää. Hän ehdottaa, että jatkuva menetelmällinen kehittäminen on perusteltua sosiaalityön monimuotoisuuden ja jatkuvan muutoksen vuoksi. Perusmenetelmien hallinta ja osaaminen eivät enää riitä. Arviointi ja systemaattisuus nähdään tervetulleena osana työntekijän ja asiakkaan välisessä yhteistyössä. Arviointi tuo tutkimuksen mukaan sosiaalityöntekijöille selkeän rakenteen asiakastapaamiseen ja positiivisessa mielessä voi pakottaa intensiiviseen asiakkaan tilanteeseen paneutumiseen. (Peitola 2005, 11-14.)

Stakesin julkaisussa Vaikuttavuuden arviointi Julkunen (2005) kirjoittaa alkupuheessa vaikuttavuuden arvioinnin lähtökohdista. Arvioinnin lähtökohdista ovat selvät ja tarkat käsitykset siitä, miksi ja miten jokin tietty interventio vaikuttaa. Vaikuttavuuden arviointiin sisältyy sekä vaikuttamisen prosessi että prosessin seuraus eli vaikutus. Vaikuttavuuden arviointi rakentaa siten sillan prosessien ja niiden vaikutusten välille. Vaikuttavuuden arvioinnissa ei keskitytä niinkään kokonaisvaikutuksiin vaan enemmänkin siihen, mikä vaikuttaa mihinkin, milloin, miten ja millä edellytyksillä. (Dahler-Larsen 2005, 5-6.)

Monissa tapauksissa arvioija havaitsee interventiolla olevan sivuvaikutuksia. Sivuvaikutukset voivat olla myönteisiä tai kielteisiä sekä ennustettuja tai ennustamattomia. Ohjelmateorian mukaan ennustetut sivuvaikutukset on tutkittava ja sivuvaikutuksista on raportoitava, jos sivuvaikutukset kiinnostavat organisaation päätöksentekijöitä tai jos arvioija osallistuu organisaation oppimiseen tai jos arvioijalla on moraalinen tai juridinen vastuu ilmoittaa sivuvaikutuksista. (Dahler-Larsen 2005.)

6.2. Odotetut tulokset

Seuraavaksi on arvioitu Päike-hanketta hankkeelle asetettujen tavoitteiden mukaisesti.

1. Kehittää ja saada käyttöön seudullisen, kokonaisvaltaisen, yhteiseen asiantuntijuuteen perustuvan päihdetyön toimintamalli.

Päihdeasiakkaan polusta laadittiin hankekunnittain prosessikuvaukset. Yhteistä prosessikuvausta ja päihdeasiakkaan polkua ei voitu tehdä, sillä kuntien palvelujärjestelmät poikkeavat niin paljon toisistaan. Päihdehuolto on toisissa kunnissa sosiaalitoimen ja toisissa terveystoimen alla ja se tuo jo erilaisuutta käytäntöihin. Kaupungeissa on A-klinikat, mutta maaseutukunnissa päihdepalvelut hankitaan ostopalveluina. Katkaisuhuolto on järjestetty jokaisessa hankekunnassa terveystakeskuksen vuodeosastolla.

Prosessikuvauksia on lähdetty kunnissa kehittelemään edelleen ja naapurikuntien hyviä työkäytäntöjä on matkittu. Ohjausryhmän ja projektiryhmän yhteisessä työseminaarissa käsiteltiin Päiken konkreettisia vaikutuksia. Ryhmäläiset toivat esille, että kaksoisdiagnoosiproblematiikka on selkiintynyt koulutuksien kautta. Asiantuntijoiden tietämys on lisääntynyt kaksoisdiagnoosiasiakkaiden ongelmista. Työpisteissä on tapahtunut asennemuutosta, joka mahdollistaa uusien työkäytäntöjen löytymistä

2. Kehittää ammattilaisten psykososiaalista osaamista.

Ammattilaisille ja peruspalveluissa työskenteleville työntekijöille järjestettiin runsaasti koulutuksia ja niihin osallistui alueen työntekijöitä 569 henkilöä. Koulutusten vaikutusta perustyöhön ja asiakkaan näkökulmasta on vielä vaikea arvioida. Nämä vaikutukset tulevat vasta viiveellä. Koulutukset ovat lisänneet työntekijöiden työssä jaksamista. Mini-interventiotietous kunnissa on lisääntynyt. Työkäytäntönä asia on jalkautunut Hyvinkäällä ja Tuusulassa peruspalveluissa ja Mäntsälässä aloitetaan työkäytännön esittely. Kaikkien asiakastyötä tekevien osalta tietous on auttanut siten, että he voivat peilata asiakkaiden alkoholinkäyttöä.

3. Kartoittaa ja kehittää pitkälle syrjäytyneiden päihdekäyttäjien asiakasprosesseja, palveluketjuja ja –ohjausta.

Päihdeasiakkaan polkuja kuvattiin prosessikuvausten avulla ja prosessikuvauksien laatimisen yhteydessä huomattiin heikkoja lenkkejä palveluprosessissa. Palveluprosesseja kehitellään nyt kunnissa. Päikessä ei ole haastateltu asiakkaita, joten projektin vaikutukset suoraan asiakkaiden tilanteeseen joudutaan arvioimaan työntekijöiden vastauksista. Päikessä on keskusteltu monissa yhteyksissä, että onko asiakas kuitenkin unohtunut. Työntekijöillä on vastuu viedä tietoa päättäjille, mutta siirtyykö tietoa kuitenkaan riittävästi. Tavoitteita hankkeessa on ollut monella tasolla. Päihdetyön laadun kehittämistä voidaan tarkastella monella tasolla. Laatua voi tarkastella asiakastasolla, työntekijöiden tasolla, rakenteissa, prosesseissa sekä poliittisessa päätöksenteossa.

4. Kehittää ja mallintaa kuntakohtaisia psykososiaalisen hoidon- ja kuntoutuksen palveluketjuja.

Päihdeasiakkaan polkukuvauksia tehtiin laajasti eri hallintokuntien kesken kunnissa. Näin saatiin kartoitettua psykososiaalisen kuntoutuksen palveluketju. Yhteistyötä eri hallintokuntien välillä on vielä kehitettävä. Peruspalveluissa työntekijät ovat saaneet eväitä päihdeasiakkaiden kohtaamiseen. Palveluohjaus on kehittynyt kunnissa ja asiakkaita osataan ohjata oikeiden palveluiden piiriin.

5. Kehittää seudullinen konsultaatiomalli.

Seudullisen konsultaatiomallin kehittäminen oli projektiryhmän toiminnassa. Projektiryhmä ja sen jäsenet toimivat seudullisina konsultteina. Ongelmana on työntekijöiden suuri vaihtuvuus alueella. Työskentelyn aikana on projektiryhmän kokoonpanossa tapahtunut paljon muutoksia ja tieto on tavallaan ”kadonnut” työntekijöiden mukana. Työryhmätyöskentely jatkuu itseohjautuvana ja alueen peruspalveluissa työskentelevät työntekijät voivat konsultoida työryhmän jäseniä. Projektiryhmätoiminta on toiminut työnohjauksellisena tapahtumana. Vertaistuen avulla ammattitaito jalostuu. Tapaamiset ovat auttaneet jaksamaan omassa työssä. Hyviä työkäytäntöjä on voitu keskustella ja vertailla. Tästä on ollut hyötynä se, että korvaushoitopotilaiden hoitokäytännöt ovat kehittyneet ja yhdenmukaistuneet.

6. Edistää syrjäytyneiden päihdekäyttäjien edellytyksiä osallistua koulutukseen ja työmarkkinoihin.

Tämä tavoite on projektipäällikön mielestä parhaiten toteutunut ja se johtuu osittain siitä, projektipäällikkö on suunnittelijan ja väliaikaisen palvelukeskuspäällikön tehtävissä Hyvinkään työvoiman palvelukeskuksessa on voinut hyödyntää Päikessä kehitettyjä ideoita ja Päike on hyötynyt Hyvinkäällä tehdystä suunnittelutyöstä. Asioita on voitu esittää päättäjille ja järjestää verkostokokouksia, joissa on suunniteltu toimenpiteitä työmarkkinoilta syrjäytyneiden henkilöiden työllistymisedellytysten parantamiseksi.

Ohjausryhmän ja projektiryhmän yhteisessä työseminaarissa pohdittiin käytännön työn ja päätöksenteon kohtaamista. Projekti on toiminut kuitenkin melko irrallaan päätöksenteosta. Työkäytäntöjen juurruttamisesta pitäisi viedä tietoa alueen johtajille, KUUMA-kuntatyöskentelyyn sekä päättäjille. Päättöseminaarin kutsu ja loppuraportin jakaminen toimii minimissään tässä tiedotustehtävässä. Työseminaarissa tuli ehdotus, että kunnilla pitäisi olla yksi yhteinen päihdetyön yhdyshenkilö, joka keräisi tietoa päihdekoulutuksen tarpeesta. Yhdyshenkilö voisi kiertää kunnissa ja välittää tietoa ja toimia linkkinä uusien toimintatapojen luomiselle.

Päikeyhdistyksen loppuseminaariin nähtiin tärkeäksi kutsua kunnan virka- ja luottamusmiehiä, järjestöjä ja seurakuntien edustajia, lautakunnista kummivaltuutettuja ja alueellisia yhteistyöryhmiä. Esimiehet tulisi vastuuttaa siten, että heillä on esittelyvastuu myös syrjäytymisvaarassa olevien henkilöiden ja päihdeasiakkaiden kohdalla. Keskustelimme palvelutakuusta syrjäytymisvaarassa oleville henkilöille.

6.3. Hankkeen odottamattomat vaikutukset

Päike – projektissa on tullut odottamattomana vaikutuksena päihdepalveluita tuottavien yksiköiden uudenlaiset palvelutarjoukset syrjäytymisvaarassa oleville päihdeongelmallisille asiakkaille työvoiman palvelukeskuksessa. Laki kuntouttavasta työtoiminnasta sekä työmarkkinatukiudistus ovat osa aktivoivaa sosiaalipolitiikkaa. Työvoiman palvelukeskukset palvelevat vaikeassa työmarkkina-asemassa olevia asiakkaita, joille on järjestettävä yksilöityjä, räätälöityjä työllistymistä edistäviä palveluita. Vajaatyökykyisissä työnhakijoissa on osa päihdeongelmaisia työnhakijoita. Päihdehoitolaitosten tarjoamat työkyvyn selvitykset sekä arviointijaksot, työkokeilut ja muut työvoiman palvelukeskuksen asiakkaita palvelevat tuotteet ovat täydentävä lisä työhön. Päihdeasiakkaiden psykososiaalinen kuntoutusvastuu on laajentunut eri viranomaisille. Aiemmin asiakkaiden asioita on hoitanut perinteisesti sosiaali – ja terveydenhuolto ja niiden alaisuudessa oleva päihdehuolto, mutta lainsäädäntö on velvoittanut nyt myös työvoimaviranomaisia, Kelaa ja

kuntien asiakasyhteistyöryhmiä ottamaan kantaa päihde- ja mielenterveysongelmaisten työnhakijoiden elämäntilanteeseen. Päike –hankkeen tavoitteissa mainittu psykososiaalinen kuntoutus on mahdollista näin myös toteuttaa moniammatillisena tiimityönä eri viranomaisten kesken. (Vyyryläinen 2006a.)

Hyvinkään työvoiman palvelukeskus on Hyvinkään työvoimatoimiston, Hyvinkään kaupungin ja Kelan muodostama yhteinen palvelupiste, jossa asiakkaille tarjotaan tavoitteellista, asiakaslähtöistä ja moniammatillista palveluohjausta. Palvelukeskus ei voi korvata peruspalveluita, ei siis sosiaalitoimiston, A-klinikan, työvoimatoimiston, psykiatrisen yksikön tai Kelan antamia peruspalveluita, mutta asiakkaille voidaan ostaa yksilöllisesti räätälöityjä, työllistymistä ja työkyvyn selvittelyä varten tarvittavia ryhmä- ja muita palveluita. Päihdeasiakkaiden kohdalla tämä tarkoittaa sitä, että kunnan on järjestettävä päihdekuntoutus peruspalveluna A-klinikan kautta. Työnhakijan työkyvystä tarvitaan monissa tilanteissa lausuntoa ja sellaisen hankkiminen ei ole peruspalveluiden ensisijainen tehtävä. Projektipäällikön toinen työpiste on ollut työvoiman palvelukeskuksessa ja se on koko projektin ajan tuonut oman näkökulman työskentelyyn. (Vyyryläinen 2006a.)

Kalliolan Nurmijärven klinikka, Järvenpään sosiaalisairaala sekä Ridasjärven päihdehoitokeskus kutsuivat neuvottelemaan uusista palvelutarpeista. Kalliolan klinikat pystyvät tarjoamaan vajaatyökykyisille, päihderiippuvuudesta kärsiville työnhakijoille työkyvyn arviointeja ja jatkohoitoarviointeja. Eläke-edellytysten selvittelyä varten on mahdollisuus saada tarvittaessa lausuntoja.

Järvenpään sosiaalisairaala on maamme ainoa päihdeongelmaisten hoitoon erikoistunut sairaala. Päihdeongelmien hoidosta on viidenkymmenen vuoden kokemus. Asiakaskunta koostuu alkoholi-, lääke-, huume- ja monipäihderiippuvaisista asiakkaista ja heidän omaisistaan. Osaamista on vaikeiden päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja esimerkiksi työkyvyn arvion tekemiseen heistä. Kelan ip-projektin⁶ aikaan arviointeja tehtiin paljon ja niistä on hyviä kokemuksia. Sosiaalisairaalassa ollaan kehittämässä nyt toiminnallista kuntoutusta ja arviointia. Sairaalassa on peruskorjaus menossa, mutta peruskorjauksen jälkeen on tiloja uusille toiminnoille, joita nyt yhdessä suunnittelemme.

Keskustelussa tuli esille, että nuoria päihdeongelmaisia kannattaa kuntouttaa ja he ovat kuntoutettavissa, joten satsaukset kannattavat aina. Ikääntyneiden päihdeongelmaistenkin kohdalla voidaan arvioida jäljellä olevaa toimintakykyä. Sosiaalisairaala on valmis kehittämään toiminnallista kuntoutusta ja tuotteistamaan sitä. Tilat on peruskorjattu vuoteen 2009 mennessä ja silloin vapautuu tiloja myös asumiseen. Nyt voidaan tarjota jo palveluita, jotka eivät vaadi välttämättä asumista sosiaalisairaalassa.

Kehiteltäviksi tuotteiksi nousivat tarpeista käsin päihdeongelmaisten toiminnallinen kuntoutus, johon liittyisi asuminen ohessa niin, että asiakas asuisi itse maksavana. Työkyvyn arviointeja voidaan tehdä vaativiin tarkoituksiin ja silloin on arvioitu pitkälle myös jatkoa ja jäljellä olevaa toimintakykyä. Työnhakijoille suunnatuista ryhmäpalveluista keskusteltiin. Ryhmässä olisi maksimissaan 10 henkilöä. Arviointeja tarvitaan myös päihdekuntoutuksen tarpeesta ja siitä tarvitaan lausunto. Toiminnallisen kuntoutuksen kautta voisi tuottaa työkokeilupaiikkoja liitettynä asuntolapalvelulla. Sairaala voi tarjota ohjaavaa tai valmentavaa koulutusta, kuntouttavaa työtoimintaa, tukityöllistämistä ja ryhmätoimintoja, joihin on liitetty muutosmotivaatiotyöskentely. Toiminnallisessa arvioinnissa tehdään oikeita töitä, esim. verstaalla, pesulassa, siivouksessa, ja siihen liittyä yksilöllinen ohjaus ja ammatillinen ohjaus.

⁶ ikääntyneet pitkäaikaistyöttömät

Ridasjärven päihdehoitokeskuksessa on 80 paikkaa päihderiippuvaisille asiakkaille. Paikoista on 60 paikkaa miehille ja 20 naisille. Pariskunnat voivat tulla myös pisteeseen, mutta perhepaikkoja ei ole toistaiseksi. Keskuksessa on 34 työntekijää.

Hoidon lähtökohtana on moniulotteinen ja –menetelmäinen päihdeongelman kohtaaminen, johon sisältyy jokaiselle tehtävä oma hoitosuunnitelma, mahdollisuus osallistua ryhmätoimintoihin, mahdollisuus työntekoon sekä vapaa-ajan vietto. Työt eivät perustu tuotantoon.

Työvoiman palvelukeskuksen asiakkaille keskuksella on mahdollisuus tarjota palveluita etenkin silloin, kun täyttöaste ei ole täysi 100 %. Tukityöhön, työkokeiluun, työharjoitteluun tai kuntouttavaan työtoimintaan voidaan sijoittaa kerrallaan enintään 5 henkilöä, jos he eivät tarvitse asumispalvelua. Asumispalvelua tarvitsevan asiakkaan kohdalla neuvotellaan tilanteesta riippuen.

Työkokeilupaiikka järjestyy sopimuksen mukaan. Asuminen voidaan järjestää tarvittaessa viikolla. Arvioinnin työkokeilusta voi tehdä ohjaaja ja jos tarvitaan vaativampi arvio, talossa on psykologi ja 2 ylemmän korkeakoulututkinnon suorittanutta sosiaalityöntekijää. Työtehtäviä löytyy keittiössä, pesulassa, asiakaskahviossa, ulkotöissä ja metalli- ja puuverstaalla. Remonttimiehelle tai sekatyömiehelle löytyy työtä.

Seurakuntaopisto tarjosi työvoiman palvelukeskuksen asiakkaille mahdollisuutta ohjaavaan koulutukseen Elämässä eteenpäin hankkeen myötä. Projektin toimijat ovat käyneet esittelemässä projektia ja sen tuomia mahdollisuuksia syrjäytymisvaarassa oleville asiakkaille ja kuntoutujille.

Oppilaitokset ovat tarjonneet työnantajien tarpeisiin täydennyskoulutusta päihdeasioissa. Koulutuksille on ollut kova kysyntä, mutta kaikki halukkaat eivät ole päässeet työkiireiden vuoksi osallistumaan. Työpisteisiin voi tilata oppilaitoksilta juuri sen työyhteisön tarpeisiin suunniteltuja koulutuksia.

6.4. Itsearviointi

Sosiaalitaidossa on sovittu, että jokaisessa hankkeessa hankitaan kokemuksia itsearvioinnista. Sekä ohjausryhmä että projektiryhmä vastasivat Sosiaalitaidon kehittämisen kyselyyn.

Ohjausryhmä antoi projektille kouluarvosanan 8,25. Hajontaa vastauksissa oli kuuden ja yhdeksän välillä. Ohjausryhmä peilasi projektin onnistuneita toimia tavoitteisiin nähden. Ohjausryhmä nosti onnistuneiksi toiminnoiksi koulutustilaisuudet, asiakasprosessit, ohjausryhmän ja projektiryhmän sitoutuneen ja aktiivisen toiminnan, prosessikuvaukset ja niissä löydetty ydinprosessit. Ohjausryhmän mukaan odotettuja vaikutuksia on ollut se, että työntekijät ovat alkaneet miettiä omaa työtään. Verkostoituminen alueella on lähtenyt käyntiin sekä työntekijöiden kesken että eri palveluiden tuottajien välillä. Kunnat, järjestöt, oppilaitokset, palveluiden tuottajat ja eri organisaatiot ovat lähestyneet toisiaan. Kumppaneiden työtavat ja ihmiset ovat tulleet tutuiksi. Toimintaa on ollut riittävästi ja jossain vaiheessa liiallisestikin, sillä työaika on käytetty paljon koulutuksiin ja erilaisiin tilaisuuksiin.

Ohjausryhmä kritisoi hankkeessa sitä, että tavoitteet eivät tarkentuneet riittävästi ja priorisointia ei tehty tavoitteiden asettelussa. Laaja verkosto ja monet toimijat ovat asettaneet haasteita. Kaikki osapuolet eivät ole sitoutuneet yhtäläillä hankkeeseen. Kuntien erilaisuus ja hajanaisuus sekä pitkät matkat ovat vaikeuttaneet yhteisten linjausten tekemistä. Kunnat ovat mukana monissa hankkeissa ja seutukunnallista hajoamista tapahtuu tavoitteiden asettelussa. Tavoitteet oli alussa asetettu liian

laajoina ja vaativina, joten ne eivät tarkentuneet riittävästi. Alku hankkeessa oli tahmeaa ja aikaa kului ennen kuin päästiin alkuun. Yhteisten linjausten teko oli vaikeaa. Asetetut tavoitteet olisi pitänyt konkretisoida vielä tarkemmin ja muuttaa lähemmäs kuntia ja käytäntöjä. Tavoitteiden seutukunnallisuus ja sen eheys tai hajaannus asettavat haasteita jatkokehittelylle.

Projektiryhmän arvioinneissa kouluarvosanoja annettiin kahteen eri otteeseen ja toisen keskiarvoksi tuli 7.83 ja toisen 7.25. Projektiryhmän mukaan onnistunutta oli projektiryhmän ja ohjausryhmän toiminta ja erilaiset koulutukset. Prosessikuvausten teko nähtiin antoisana ja niiden nähtiin selkiyttävän työtä. Ongelmakohtien kirjaaminen nähtiin hyvänä. Projektiryhmän toiminta on nähty tavoitteellisena ja osallistuminen mielekkääksi. Kuuma-rajat ylittävä tiedonkulku on mahdollistunut. Muutamissa hankekunnissa lähti käyntiin myös kunnan sisäinen projektiryhmä. Verkostoituminen on toteutunut projektiryhmän ja Kuuma-kierteen avulla. Projektiryhmätoiminta on toiminut vertaistukena työntekijöille ja näin auttaa jaksamaan työssä. Yhteistyömahdollisuudet ovat kasvaneet verkostoitumisen myötä. Koulutusten sisältö nähtiin hyvänä. Koulutukset ovat olleet kuitenkin liian tiiviinä ryppäinä, mikä vaikeutti niihin osallistumista.

Projektiryhmäläiset kritisoivat hankkeessa päättäjien, johdon ja esimiesten sitoutumattomuutta koulutuksiin ja kokouksiin. Projektiryhmä näki ohjausryhmän olleen myös erillään. Asioiden kehittäminen on vaikeaa, sillä kunnat ovat hajallaan ja kunnissa on tehty erilaisia linjauksia päihdeasioiden hoidosta. Pitkälle syrjäytyneiden asiakkaiden asioiden hoito on vaikeaa, sillä päihdehuolto ei nykyisellään edes tavoita kaikkia. Syrjäytyneimmät tulevat sosiaalitoimen ja kuntouttavan työtoiminnan asiakkaiksi. Ruohonjuuritasolla on ollut hyvä havaita, että ongelmat ovat joka kunnassa samanlaisia, mutta eroa on siinä, kuinka työntekijät viestittävät asioita esitteleville virkamiehille ja päättäjille. Työntekijät ovat kokeneet, että he leimautuvat asioista puhuessaan asiakkaisiin. Päihdeasioita vähätellään päätöksenteossa. Projektiryhmäläiset pohdiskelivat, onko kuntien yhteinen toimintamalli edes realismia, sillä palvelurakenteet vaihtelevat niin paljon kunnittain.

Projektiryhmää pyydettiin arvioimaan itsearvioinnin lomakkeella hankkeen toimintaa uudelleen hankkeen loppuvaiheessa. Vastaukset olivat samansuuntaisia kuin joulukuussa. Koulutukset, verkostoituminen, projektiryhmätoiminta ja tutustumiskäynnit nähtiin edelleen onnistuneina. Päihdeasiat on nostettu esille ja pidetty niistä ääntä hankkeen myötä. Päihdeasioista kiinnostuneita ihmisiä on paljon ja työntekijäverkosto on lähtenyt hyvin mukaan. Ammattitaito on lisääntynyt ja sillä on suora vaikutus asiakastyöhön. Karu totuus on kovaa, mutta se on kuitenkin kohdattava. Asioiden kaunistelu ei vie asioita eteenpäin. Projektisuunnitelman kirjallinen puuttuminen ja tavoitteiden konkreettinen määrittely on tehnyt projektiryhmän toimintaa osallistumisen hämäräksi. Projektin vetäjän vaihtuminen ja alun kankeus on hidastanut tavoitteiden selkiintymistä. Tavoitteet esitetty alussa erittäin epäselvästi. Vähäiset työntekijäresurssit ja työpaineet sen myötä ovat estäneet osallistumista. Oma perustyö menee kuitenkin kaiken edelle. Koulutuksia on ollut liikaa projektin aikatauluun suhteutettuna. Hankkeiden tulisi saada rahoitus 3-4 vuodeksi ja työskentely tulisi suhteuttaa pitemmälle ajalle, näin saataisiin jotain pysyvää aikaiseksi.

6.5. Teemat ja jännitteet

6.5.1. Työn rajapinnat

Hankkeessa nousivat keskeisesti esiin työn rajapinnat. Päiken koulutustilaisuuksissa Jorma Niemelä on kommentoinut työn rajapintoja. Hän toteaa, että suunta on vain terveydenhuoltoon, mielenterveystyöhön ja lastensuojeluun. Päihdeongelma on suomalaisessa kontekstissa erään ja varsin suuren ryhmän osalta köyhyyden ja syrjäytymisen vastaista työtä – asunnottomuuden,

työttömyyden, sosiaalisen yksinäisyyden jne. hoitamista. Työhallinto on eriyttänyt palveluita erityistä tukea tarvitseville työnhakijoille, joiden työnhaun perusteena on joku muu syy kuin työttömyys. Päihdepalveluissa eritellään yleispalvelut ja erityispalvelut, mutta Niemelän mukaan tulee vielä harmaa alue, joka ei ole kumpaakaan. Pääasiassa järjestöt työskentelevät näiden arkielämän kontaktipintojen kanssa. Näistä esimerkkeinä ovat päiväkeskukset, työllistämishankkeet, tukiasuminen ja opinnollinen kuntoutus. Niemelä kehottaa erittelemään myös päihdehoidon ja päihdehuollon. Päihdehoitoon liittyy terapiaa ja lääkehoito. Päihdehuolto sisältää sosiaalisen tuen, toimeentulotuen ja maksusitoumukset.

Tuija Lindqvist Stakesista totesi TERVE – SOS 2006 – tapahtumassa puheenvuorossaan, että työttömyys on alettu Suomessa nähdä voimakkaasti kuntoutuskysymyksenä. Hänen mukaan pitäisi kuitenkin ihmistä auttaa tai tukea siitä olemassaolon muodosta, josta syy on peräisin. Työttömyys pitäisi nähdä yhteiskunnallisena, sosiaalisena ilmiönä eikä sosiaalipatologiana. Hän kyseenalaistaa, mitä hyvää aktivoinnilla ja hyvinvointipalveluilla halutaan tuottaa tai edistää, mikä on hyvän este tai vaje ja onko se teknistä vai moraalista ja liittyykö siihen jotain pahaa tai jotain huonoa. (Lindqvist 2006.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa toimivat työntekijät tekevät hankekunnissa edelleen melko erillään päihdetyötä. Katkaisuhoidon on jokaisessa kuudessa kunnassa järjestetty terveystieteiden vuodeosastolla. Tieto katkaisuhoidosta ei kulje riittävästi sosiaalitoimeen ja päinvastoin. Rajapinnoilla työskentelevät työntekijät joutuvat osaamisensa ääri rajoille, kun he hoitavat terveystieteiden vuodeosastolla sosiaalitoimen ja päihdetyön alaan liittyviä tehtäviä ja päinvastoin. Koulutuksen saaminen ja asioiden ymmärtäminen helpottaa työntekoa. Terveystieteiden vuodeosastoilta on vaikea irrottautua koulutuksiin, jotka pidetään talon ulkopuolella. Henkilökunta toivoi kuntien sisäistä koulutusta, jotka olisivat lyhyitä tietoiskun omaisia ja niitä voisi olla useammin työpisteissä.

6.5.2. Projektipäällikön ajatuksia

Lama-aikana Suomessa vakiintui syrjäytyneiden henkilöiden yhtenä auttamismuotona ns. EU-ruokakassien jako sekä ilmaisuokailun/edullisen työttömien ruokailun järjestäminen. Tarkoituksena oli silloin, että kyseessä on vain tilapäinen ratkaisu lama-aikana, mutta tämä käytäntö on jäänyt pysyväksi. Samalla tavalla on toimittu osittain myös kansainvälisessä yhteistyössä. Syrjäytyneiden auttaminen on muutakin kuin hätäavun antamista esimerkiksi ruuan ja vaatteiden muodossa, vaikka se voi olla kriisissä alkuapuna tarpeen. (Vyyryläinen 2005.)

Psykososiaalisessa päihdetyössä työntekijöiden laaja-alaiseen osaamiseen ja koulutukseen tulee panostaa. Tämä oli yksi Päike-projektin tavoitteista. Ongelmia pitää oppia tunnistamaan ajoissa ja esim. päihdeongelmiin pitää oppia puuttumaan (esim. erilaiset tekniikat, kuten mini-interventio). Tietoa viranomaisten välillä ei pidä salata, vaan viranomaisyhteistyöhön pitää panostaa. Verkostoyhteistyö on hedelmällistä, kun verkostoissa on toimijoita myös viranomaisverkostojen ulkopuolelta kuten järjestöt. Järjestöt pystyvät tarjoamaan asiakkaille erilaisia, kokeilemisen arvoisia vaihtoehtoja esim. vapaaehtoistyössä, kuntouttavassa työtoiminnassa, vertaisryhmien järjestämisessä, harrastuksissa ja vapaa-ajan viettämisessä, tuetussa asumisessa, kriiseissä jne. Kuntien rahatilanne on jälleen kiristynyt ja silloin 3. sektorin tarjoamien palvelujen merkitys kasvaa kaikissa niissä toiminnoissa, jotka eivät ole lakisääteisiä.

Hankekunnissa on erilaisia vaihtoehtoja tarjolla työtoimintaan mm. pajatoimintaa, työasematoimintaa, ryhmiä. Päihdepalveluissa on tarjolla ns. matalan kynnyksen paikkoja,

päihdepysäkkitoimintaa, Tellus-piste A-klinikalla. Projekteja on käynnissä ja suunnitteilla. Nurmijärvellä on kokeiltu reilun vuoden ajan Vihdissä suunniteltua Kantti kestää-mallia 6-luokkalaisille päihdevalistuksessa. Hyvinkäällä on alkamassa Just rankkaa- nuorten elämänhallinnan projekti (2005-2009) Mielenterveyden Hyvinkään yhdistys Verso ry:n järjestämänä. Ammatilliseen koulutukseen valmentava ja kuntouttava opetus AKVA on Hyvinkäällä auttanut joitakin kuntouttavassa työtoiminnassa olleita nuoria. 10-luokka olisi hyvä ratkaisu silloin, kun ammatinvalinta on vielä aivan hukassa. Hyvinkäällä on käynnissä 14 erilaista hanketta nuorille, joista osa on yhdistysten ja järjestöjen vetovastuulla. Yksi ongelma on hankkeiden koordinointi ja niistä tiedottaminen kuntien peruspalveluissa työskenteleville työntekijöille. Hyvinkäällä pidettiin yhteistyöiltapäivä, jonka tarkoituksena oli yhteistyön lisääminen ja hankkeista tiedottaminen sekä jatkotyöskentelystä sopiminen. Muissa hankekunnissa on myös käynnissä useita projekteja, joiden tarkoituksena on päihdehaittojen ehkäisy. Järvenpäässä ehkäisevän päihdetyön kokouksessa kerrottiin tuloksia onnistuneista hankkeista. (Vyyryläinen 2005.)

Yhteiskunta muuttuu koko ajan ja siksi täytyy kehitellä koko ajan uusia keinoja syrjäytyneiden tai riskiryhmässä olevien nuorten auttamiseksi. Kaikkea pitää kokeilla ennakkoluulottomasti. Suunnittelussa järjestöjen ja erilaisten projektien tuki on tarpeen. Nuorten kohdalla syrjäytymiskierrettä ehkäistään parhaiten varhaisella puuttumisella sosiaali- ja terveystoimen sekä koulu- ja nuorisotoimen työntekijöiden yhteistyönä. Kansainvälisellä tasolla myös kokemusten vaihto ja tiedon lisääminen tuo rikkautta työhön, antaa uusia toimintamalleja ja auttaa jaksamaan.

Tuusulan aikuissosiaalityössä on otettu käyttöön kirjallinen palvelusuunnitelma. Palvelusuunnitelma toimii kirjallisena lähetteenä päihdehuollossa, sosiaalitoimiston ja kuntouttavan työtoiminnan välillä, sosiaalitoimiston ja perhetyön välillä, sosiaalitoimiston ja tuetun asumisen välillä jne. Päikessä on keskusteltu Tuusulan hyvästä palvelusuunnitelmasta useissa yhteyksissä. Palveluiden tuottajat kehuvat suunnitelmaa, koska sen avulla on helppo hahmottaa kuntoutuksessa hoidon tavoitteet ja jatkosuunnitelma. Aikuissosiaalityön seutukunnallisessa työryhmässä Tuusulan sosiaalityön päällikkö esitteli palvelusuunnitelmaa ja tavoitteena on hyödyntää mallia hankekuntien alueella.

Projektiryhmäläisille tarjottiin mahdollisuus osallistua syvennettyyn päihdetyön koulutukseen, jossa on mukana kansainvälinen näkökulma. Koulutus toteutettiin yhdessä venäläisten päihdetyön asiantuntijoiden kanssa.

Venäjällä päihdelääketiedettä kutsutaan narkologiaksi ja alalle erikoistunutta lääkäriä narkologiksi. Narkologeilla on usein päihdepsykiatrin tutkinto. Päihdetyö Venäjällä on lääkärikeskeistä. Työntekijät pitävät ongelmana sosiaalityön asiantuntijoiden vähäisyyttä ja sosiaalihuollon kehittämättömyyttä. Moniammatillinen tiimityö on kehittämiskohteena. Päihdehoidon ammattilaiset kokevat erittäin suureksi ongelmaksi sosiaalisen kuntoutuksen puuttumisen Venäjällä. Venäläiset narkologit olivat tutustumassa Hyvinkään työvoiman palvelukeskuksessa tehtävään moniammatilliseen tiimityöhön, kuntoutusasiakkaiden polkuihin ja sosiaalisen työllistämisen kehittämisideoihin. Vieraat esittelivät venäläistä päihdetyötä Päike-projektin ja Hyvinkään asiantuntijoille. (Vyyryläinen 2006b.)

Venäläisten lääkäreiden sekä Päike-projektin ja Hyvinkään asiantuntijoiden yhteistapaaminen järjestettiin, jotta voisi vaihtaa kokemuksia päihdetyöstä ja psykososiaalisen kuntouttamisen kehittämisestä kansainvälisellä tasolla. Venäjällä päihdehoidon jälkeistä kuntoutusmallia vasta rakennetaan ja he kuulevat mielellään kokemuksia erilaisista malleista. Vieraiden mielestä

Suomessa Hyvinkäällä kuntoutusta on suunniteltu perusteellisesti. Me suomalaiset taas hyödyimme kokemusten vaihdosta ja työstä, jota tehdään isossa valtiossa ja huomattavasti suurempien asiakasryhmien kanssa. (Vyyryläinen 2006b.)

6.5.3. Jatkohankkeissa huomioitavia asioita

Itsearviointin tuloksena projektissa nousi esille monia seikkoja, joita olisi hyvä huomioida jatkohankkeissa. Projektin alkuhaparointi ja projektipäällikön rekrytointiongelmat veivät projektin alussa paljon aikaa ja se näkyi kiireenä loppuvaiheessa. Projektipäällikön vaihtuminen ja tauko toiminnassa välillä haittasi myös prosessin eteenpäin viemistä. Projektipäällikön osa-aikaisuus haittasi lisäksi rekrytointia. Kaikki osapuolet eivät ole sitoutuneet samalla lailla ja toiminnan tauot haittasivat vielä sitoutumista.

Projektin alkuvaiheessa olisi pitänyt tehdä hyvä projektisuunnitelma ja määrittellä tavoitteet vielä konkreettisemmin. Vetäjän oli vaikea hypätä mukaan kesken kaiken. Tavoitteiden hiontaa olisi pitänyt vielä jatkaa, jotta toimijat olisivat tietäneet tarkkaan, mitä työskennellään. Prosessikuvauksia kritisoitiin, palvelevatko ne alkuperäisiä tavoitteita ja miten niitä jatkotyöstetään. Kun tavoitteita ei oltu määriteltä riittävän selvästi, on ohjausryhmän ollut vaikeaa peilata tähän asti tehtyä alkuperäisiin tavoitteisiin.

Projektin kannalta olisi tärkeää, että siitä juurtuisi käytäntöön myös jotakin, ettei synny vain paperia paperin joukkoon. Verkostotyön jatkaminen ja kehittäminen on tärkeää edelleen. Prosessikuvauksia tulee hyödyntää paikallisen ja seutukunnallisen palvelurakenteen kehittämisessä. Hankkeella saavutetut tulokset pitää vetää yhteen ja laatia konkreettisiksi toimintasuosituksiksi ja malleiksi KUUMA -kuntien päättävälle tahoille.

Päihdetyön sisältöosaajilta on tullut kritiikkiä hankkeen koulutuksien sisällöstä ja työskentelyn profiloitumisesta osittain kuntouttavaan työtoimintaan, sosiaalityöhön ja työhallinnon toimiin. Projektipäällikön työtausta ja toinen taustaorganisaatio, työvoiman palvelukeskus, joka ei ole päihdepalveluista, on vaikuttanut välillä tietoisesti ja toisinaan tiedostamatta painotukseen. Taustatuki työvoiman palvelukeskuksesta on ollut ensiarvoisen tärkeää ja moniammatillinen tiimityö ja psykososiaalisen päihdetyön tekeminen sekä asiakasyhteistyö ovat palvelukeskuksessa myös painopistealueita.

Päihdeasioiden vieminen päätöksentekoon koetaan tärkeänä. Projektiryhmäläiset toteavat, että verkostoituminen ja asiantuntijuus kehittyvät, mutta samalla päihdetyön resurssit vähenevät joka taas estää työtapojen uudistamista. Syrjäytyneiden päihdeidenkäyttäjien tilanne on kokonaisuudessaan niin vaikea, että työllistymisen mahdollistuminen on epätodennäköistä pitkälläkään aikavälillä.

Asiakkaiden tilanne pitäisi ottaa huomioon realistisena. Keski-Uudenmaan alueelta puuttuu ns. ”märkä pää”. Asiakkaat joutuvat menemään putkaan tai palaavat kadulle tai kotiin (jos sellainen on) juopottelemaan. Työntekijöiltä on tullut toiveita tällaisen perustamisesta vaikka seutukunnallisesti.

Päihdeasioihin puuttuminen ajoissa olisi kannattavaa. Mini- intervention juurruttaminen käytäntöön ei lähtenyt käyntiin kuin parissa kunnassa. Asiakkailta tullessa palautteessa korostuu se, että kun joku olisi puuttunut ajoissa.

Vanhuksille alueella ei ole palveluverkostossa riittäviä palveluita, jos juominen vie asunnon alta. Asumisen järjestäminen huonokuntoiselle vanhukselle vaikeaa, sillä vanhustenhuollossa

useimmissa pisteissä vallitsee nolлатoleranssi. Vammaisten kohdalla on sama ongelma. Päißen loppuseminaarissa esitellään vaihtoehtoisia palvelumalleja näille asiakasryhmille.

7. JOHTOPÄÄTÖKSET

Päikessä verkostoyhteistyö on saatu hyvään alkuun. Kuuma kierre työskentely jatkuu syksyllä Kuka vaikuttaa – hankkeen kautta. Kolmas sektori tulee työskentelyyn mukaan. Anne Aholainen Sosiaalitaidosta on toimittanut Kuuma kierre nettijulkaisun, joka on alueen työntekijöiden käytettävissä jatkossa. Prosessikuvauksia käytetään kunnissa hyödyksi työn kehittämässä. Projektipäällikkö on törmännyt prosessikuvauksien jatkokehittelyyn yllättävissä yhteyksissä, joka on ollut erittäin positiivista. Koulutuskalenterikäytäntöä alueella jatketaan päihdekoulutuksien osalta. Hankkeen todelliset vaikutukset päihdetyön laadussa näkyvät vasta viiveellä.

Jatkohanketoiveita kentältä on tullut. Ehkäisevän päihdetyön seudullistamista hankkeena on esitetty Päiken jatkona. Päiken jatkoa koulutusprojektina on esitetty. Päihdetyön laadullista kehittämistä on esitetty vielä jatkohankkeena. Projektipäällikön kokemuksella jatkohankkeessa on otettava ruohonjuuritason työntekijät suunnitteluun mukaan, jotta he tietävät, mitä lähdetään kehittämään ja mitkä ovat hankkeen tavoitteet. Keski-Uudenmaan alueella on havaittavissa hankeväsymystä useista hankkeista johtuen. Työntekijät kokevat, että on tehty paljon työtä ja hankkeista saatu hyöty on vähäistä. Sitoutuminen hankkeisiin muiden töiden ohella on vaikeaa, jos ei tiedä kehittämistyön tavoitteita ja muut työt painavat päälle. Jos työyhteisössä on vireillä omia organisaatiomuutoksia ja kehittämistyötä, se vaikeuttaa lisäksi sitoutumista hanketyöhön. Toimintasuunnitelma hankkeissa pitäisi kirjoittaa tarkasti ja niin, että kaikki sen tietävät. Toimintasuunnitelman sisäistäminen lisää sitoutumista. Päätäjät ja esimiehet pitää saada hankkeen alkuvaiheessa mukaan, jotta luodaan pohjaa esitetyille kehittämisideoille.

LÄHTEET

Kirjallisuus ja painetut lähteet

Alkoholiohjelma 2004-2007 (2004): Yhteistyön lähtökohdat 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:7. Helsinki: Edita Prima Oy.

Dahler –Larsen, Peter (2005). Vaikuttavuuden arviointi. Helsinki: Stakes, FinSoc. Työpapereita 3/2005.

Hassinen, Markku (2004). Starttipaja Aapinen. Valtakunnallinen Työpajayhdistys. Balanssi Akatemia. Helsinki.

Huumausainestrategia 1997. Huumausainepoliittisen toimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Komiteamietintö 1997:10.

Karlsson, Thomas (2000). Onks´ tietoo? Arviointi kansallisen alkoholiohjelman toimeenpanosta. Teoksessa 2000-luvun alkoholiohjelma – yhteistyötä ja vastuuta (2000). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Laatutähteä tavoittelemassa. Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit (2006). Stakes. Päihdetyöryhmä. Julkaisuja 2006: Helsinki.

Lindqvist, Tuija (2006). Luento TERVE SOS päivillä 27.5.2006.

Onks´ tietoo? Esitys kansallisen alkoholiohjelman toimeenpanemiseksi (1997). Raittius- ja päihdeasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997: 14. Helsinki.

Päihdepalvelujen laatusuositukset (2002). Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto.

Peitola, Petri (2005). Arvioinnin soveltuvuus sosiaalityössä. Helsinki: Stakes, FinSoc. Työpapereita 4/2005.

Perälähti, Anne (2006). Vauraalla Kuuma-kuntien alueella hyvinvoinnin erot korostuvat. Sosiaali- ja terveysviesti 1/2006, 16-17.

Romppanen, Pia (2005). Katsaus kuntien päihdestrategioihin. Helsinki: Stakes. Raportteja 2/2005.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003 (1999). Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:16. Helsinki.

Uusimaa lukuina (2003). Uudenmaan liitto: Helsinki.

Vyyryläinen, Merja (2005). Ongelmien ehkäisy verkostoja hyödyntäen. Luento ehkäisevän päihdetyön kansainvälisessä seminaarissa 11.5.2005 Tallinnassa.

Vyyryläinen, Merja (2006a) Hyvinkään työvoiman palvelukeskus. Toimintakertomustietoja vuodelta 2005 sekä tulostavoitteita vuodelle 2006 ja toimenpide-ehdotuksia aktivointiasteen

nostamiseksi Hyvinkäällä. Liite Hyvinkään perusturvalautakunnan kokouksen pöytäkirjassa 16.3.06/68 §.

Vyyryläinen, Merja (2006b). Venäläisiä lääkäreitä vierailulla. Hyviisi, Hyvinkään kaupungin henkilöstölehti 2/2006, 13.

Säädökset

Alkoholilaki 1143/1994.

Huumausaineasetus 1603/1993.

Huumausainelaki 1289/1993.

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003

Päihdehuoltoasetus 653/1986.

Päihdehuoltolaki 41/1986.

Elektroniset lähteet

Hiltunen, Tarja (2006). Naisten tarpeet huomioitava päihdehuollossa. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/106/naistentalo.html> [23.3.2006]

Makkonen, Teija (2006). Päihdepalvelut ja asiakkaan osallisuus. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/106/asiakas.html> [23.3.2006]

Mäkelä, Rauno (2006). Alkoholiriippuvuuden psykososiaalinen hoito. <http://www.paihdelinkki.fi> [3.4.2006]

Savon Sanomat (2005). Nuorilla naisilla raavaan miehen alkoholiannoksia. <http://www.paihdelinkki.fi> [23.3.2006]

Sosiaali- ja terveysministeriö (2005a). Päihdepalvelujen uudet haasteet. <http://www.valtioneuvosto.fi> [22.9.2005]

Sosiaali- ja terveysministeriö (2005b). Katkaisuhoidon tarve kasvaa. <http://www.valtioneuvosto.fi> Stakes. Päihdetilastoja vuodelta 2004. <http://www.paihdelinkki.fi> [23.3.2006]

Terveyden edistämisen keskus (2006). Päihdebarometri 2005. http://www.health.fi/index.php?page=jul_julkaisu&i=100351 [23.3.2006]

Tilastokeskus (2005). Työikäisten alkoholikuolemien määrä kasvoi. <http://www.paihdelinkki.fi> [23.3.2006]

Uutela, Antti (2006). Viina-ale ei vaikuttanut eläkeikäisten alkoholinkäyttöön. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/106/elakeikaiset.html> [23.3.2006]

LIITTEET

Liite 1

OHJAUSRYHMÄ

Ritva Toivio, osastopäällikkö Järvenpään kaupunki 1.1.2005 lukien Mikko Oikkonen, johtava ylilääkäri
Järvenpään kaupunki (ohjausryhmän puheenjohtaja)
Tuula Puranen, sosiaalipalvelupäällikkö Mäntsälän kunta
Heikki Pyy, vastaava sosiaaliterapeutti Keravan kaupunki
Jouni Tourunen, tutkimussihteeri A-klinikkasäätiön Järvenpään Sosiaalisairaala
Petteri Heino, erikoissuunnittelija Sosiaalitaito
Asteri Saarikkomäki, koulutusjohtaja Seurakuntaopisto 1.1.2006 lukien Jaana Ignatius
Marja-Liisa Haavisto, johtava hoitaja Tuusulan kunta
Markku Ahtikari, johtaja Ridasjärven päihdehoitokeskus
Timo Kumpulainen, Laurea
Esko Vuori, mielenterveyspalvelujen johtava Hyvinkään kaupunki
Markku Mauno, päihdehuollon johtaja Hyvinkään kaupunki
Marjo Kolkka, Diak Järvenpään yksikkö
Kimmo Mustonen, projektipäällikkö Päike ja työryhmän sihteeri 1.3.05 lukien Merja Vyyryläinen

Liite 2

Päiken projektiryhmän kokoonpano

Projektiryhmään kuuluivat alussa: **Hyvinkäältä** Raija Mäki, sosiaaliterapeutti, a-klinikka, Anne Salo, kuntoutuskoordinaattori, työvoiman palvelukeskus (alussa oli Merja Vyyryläinen, työkoordinaattori, työvoiman palvelukeskus ennen kuin siirtyi projektin vetäjäksi), Tapani Wegelius, sosiaalityöntekijä, psykiatrian yksikkö, **Järvenpäästä** Tarja Latvanen, sairaanhoitaja, Terttu Tuominen, psyk. erikoissairaanhoitaja, Riitta Kautonen, sosiaaliterapeutti ja Riitta Järvelä, sosiaaliterapeutti, kaikki mielenterveys- ja päihdetyön yksiköstä, **Keravalta** Sari Hellgren, sairaanhoitaja, a-klinikka, Marjo Sormunen, yksikön johtaja ja Airi Reen työllistämisyksiköstä, **Mäntsälästä** Liisa Nieminen, päihdetyöntekijä, Anne Lantz, aikuissosiaalityöntekijä, Mea Hannila-Niemelä, nuorisotyöntekijä, Maarit Nevalainen, lääkäri, **Nurmijärveltä** Vuokko Pohjanoksa, johtava sosiaalityöntekijä, Riitta Repo, päihdesairaanhoitaja, Mika Rostedt, ehkäisevän päihdetyön työntekijä, **Tuusulasta** Tarja Kärkkäinen, päihdesairaanhoitaja, Eeva Ahdesmäki, päihdesairaanhoitaja, Irmeli Vainikainen, Pirita Kainulainen.

Projektin loppuvaiheessa projektiryhmän kokoonpano:

Hyvinkää:

Maire Karjalainen, kuntouttava työtoiminta

Raija Mäki, A-klinikka

Tapani Wegelius, psykiatrian yksikkö

Järvenpää:

Hanna-Mari Hautamäki, mielenterveys- ja päihdetyön yksikkö

Eija Linna-alho, mielenterveys- ja päihdetyön yksikkö

Riitta Kautonen, mielenterveys- ja päihdetyön yksikkö

Riitta Järvelä, mielenterveys- ja päihdetyön yksikkö

Kerava:

Sari Hellgren, A-klinikka

Airi Reen, työllisyysyksikkö

Marjo Sormunen, työllisyysyksikkö

Mäntsälä:

Anita Sorsa, kouluterveydenhuolto

Irja Hemmilä, päihdeterapeutti

Anne Lantz, aikuissosiaalityö

Maarit Nevalainen, terveystakeskus

Kati Mykkänen, nuorisotyö

Nurmijärvi:

Mika Rostedt, ehkäisevä päihdetyö

Riitta Repo, päihdesairaanhoitaja

Saara Seppänen, aikuissosiaalityö

Tuusula:

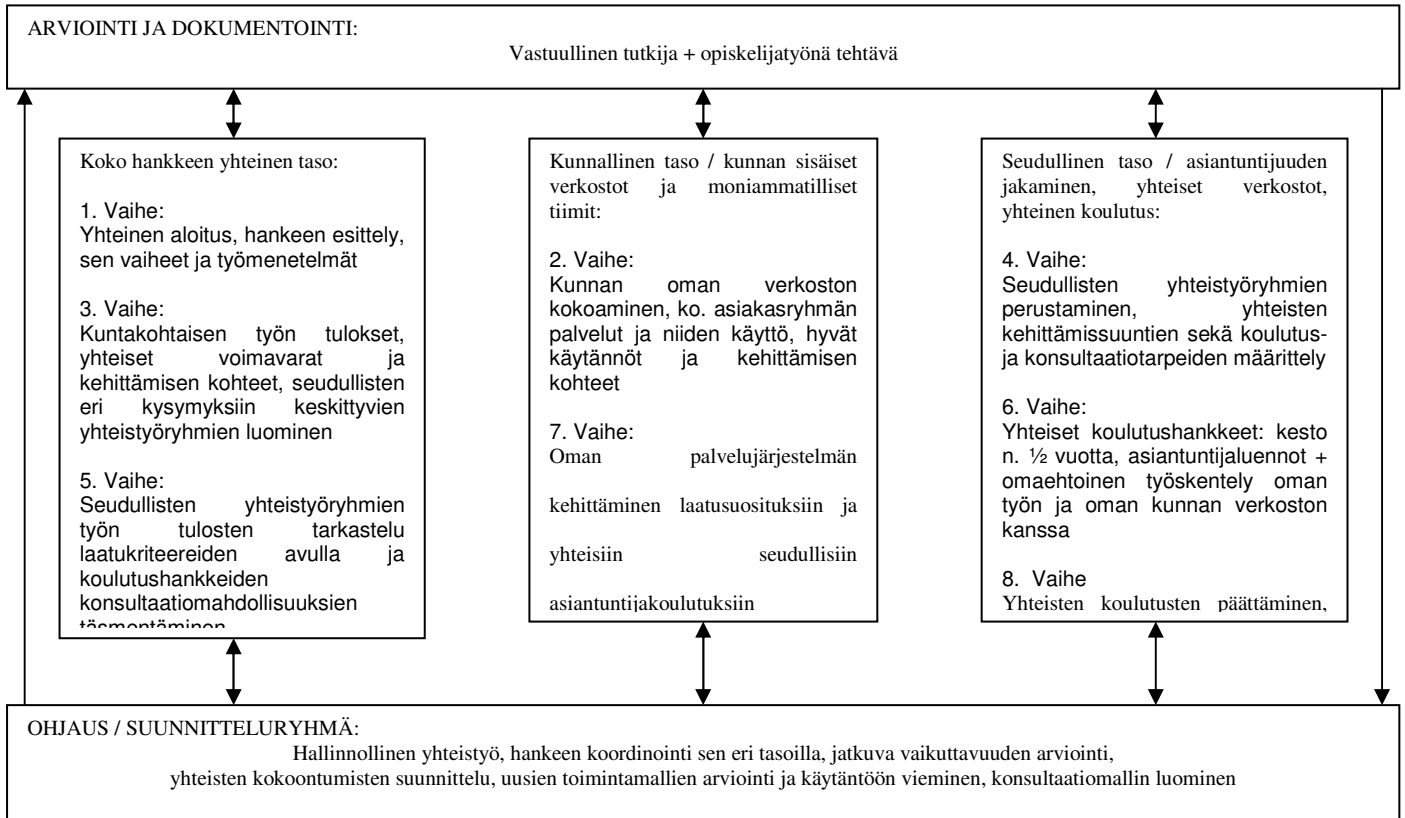
Eeva Ahdesmäki, päihdesairaanhoitaja

Marikki Forell, päihdesairaanhoitaja

Tarja Kärkkäinen, päihdesairaanhoitaja

Pinja Salmi, sosiaalityö

Liite 3



Liite 4 Keski-Uudenmaan alueen päihdetyön laadullinen kehittäminen: Hanke suunnitelma / toimintaprosessi ja aikataulu

Prosessi toiminnat eri vuosina	2004	Koulutus	2005		2006	
Toiminnan tasot						
SEUDULLINEN	<p>Alueellisen psykososiaalisen päihdehoidon ja kuntoutuksen yhteistyöryhmän perustaminen. Seudullisen päihdetyön analyysi, jossa selvitetään lähtökohdat, etsitään tarkoituksenmukainen verkosto ja määritellään käytettävät käsitteet Seudullisen psykososiaalisen päihdetyön kehittämien avausseminaari Seudullinen päihdetyön kehittämisen koulutusprosessin suunnittelu.</p>	<p>1. Vaihe: Yhteinen aloitus, jossa esitellään hanke ja sen vaiheet sekä työmenetelmät</p> <p>3. Vaihe: Yhteiset kehittämisspäivät, jossa kuullaan kuntakohtaisen työn tulokset, määritellään yhdistävät voimavarat ja kehittämisen kohteet ja luodaan seudulliset eri kysymyksiin keskittyvät yhteistyöryhmät</p>	<p>Seudullinen osaajakoulutus, jossa etsitään voimavaroja psykososiaaliseen työhön, ja tarkastellaan kehittämishankkeita. Kootaan seudullisen mallin kriteerit tuotetaan materiaalia seudulliselle päihdestrategialle</p>	<p>5. Vaihe: Seudullisten yhteistyöryhmien työn tulosten yhteinen tarkastelu laatukriteereiden avulla ja koulutushankkeiden konsultaatiomahdollisuuksien täsmentäminen</p>	<p>Seudullisen psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen mallintaminen: laatukriteerit seudullisia seminaareja ja työpajoja tiedottamista</p>	<p>10. Vaihe: Prosessin päättäminen, arviointien ja dokumentoinnin julkaiseminen, tulosten ja pysyvien vaikutusten arviointi, konsultaatiomallin käyttöön otosta päättäminen.</p>
KUNTA- /	Kuntakohtainen		Omaan		Kunta, organisaatio-	

<p>ORGANISAATIO- /PALVELUKOHTAINEN</p>	<p>päihdepalveluiden palveluketjujen kuvaus ja tarkastelu. Kootaan hyvät käytännöt. Valitaan kehittämisen kohteet Sisäinen, kuntakohtainen kehittäjäryhmä.</p>	<p>2. Vaihe: Kuntakohtainen työskentely, jossa kunnan oman verkoston ja ohjaajan kanssa luodaan kuvaus oheisen listan kysymyksistä</p>	<p>palvelujärjestelmään liittyvän kehittämistyössä tuotetun aineiston kokoaminen ja jäsentäminen. Kootaan laatukriteereitä oman organisaation tai järjestelmän päihdepalveluille. Peilinä käytetään valtakunnallisia päihdetyön laatusuosituksia. Luodaan osaajaverkoston ja konsultointimahdollisuuksia, osaamisen jakamista. Kehitetään edelleen asiakaslähtöistä toimintamallia ja ketjuuntuvaa palvelua.</p>	<p>7. Vaihe: Kuntakohtainen oman palvelujärjestelmän kehittäminen laatusuosituksiin ja seudullisiin asiantuntija koulutuksiin (omaehtoinen työskentely) integroituen</p>	<p>tai palvelukohtaista työskentelyä. Luodaan laatukriteerit ja toimintamallit, joissa sisällä: Oikeat ihmiset ovat oikeiden palvelujen piirissä Palvelujen saatavuus on hyvä Katkeamattomat palveluketjut intensiivisen tuen tarpeessa oleville asiakkaille Verkoston palvelumalli, jossa ”takapainotteiset” tukipalvelut (tukiasuminen, -työllistyminen...) Seudullinen asiantuntijaverkko ja konsultaatio Asiakasvaikuttavuuden analysointi</p>	<p>9. Vaihe: Kuntakohtainen hanke vaikutusten arviointi oman verkoston kanssa oheisten kysymysten avulla.</p>
<p>Ammattilaisen oman osaamisen kehittämisen</p>	<p>Seudullisen koulutuksen toteuttaminen. Psykososiaalinen päihdetyö oman työn näkökulmasta. Kehittäjäkoulutus:</p>	<p>4. Vaihe: Työskentely seudullisissa yhteistyöryhmissä, joissa määritellään yhteisiä ko.</p>	<p>Oman toimintalueen tuntemukseen ja osaamisen kehittämiseen liittyvä työskentely: Kokeilu- ja kehittämishankkeide</p>	<p>6. Vaihe: Yhteiset em. yhdessä määriteltyihin tarpeisiin keskittyvät koulutushankkeet: kesto n. ½ vuotta,</p>	<p>Psykososiaalisen päihdehoidon verkostossa tapahtuva asiantuntijayhteistyö ja vaihto. Omien ammatillisten</p>	<p>8. Vaihe Yhteisten koulutusten päättäminen, tulosten arviointi</p>

	Välineitä ja uusia toimintamalleja omaan työhön. Verkoston toimintatavat.	kysymysalueen kehittämissuuntia sekä koulutus ja konsultlaatiotarvetta	n muodossa työstetään omaa työorientaatiota (toimintatutkimukset, työn vaihto, Benchmarking,)	asiantuntijaluennot + omaehtoinen työskentely oman työn ja oman kunnan verkoston kanssa	käytänteiden ja työtapojen kehittäminen	pysyvien vaikutusten ja siirrettävyyden näkökulmasta, yhteistyöryhmien jatkotyöskentelytarpeesta ja muodosta sopiminen
--	---	--	---	---	---	--