

Eini Pihlajamäki ja Susann Sjöström



**Rannikko-Pohjanmaan kunta-
yhtymän sosiaali- ja terveyden-
huolto muutoksessa 2009-2010**

Rannikko-Pohjanmaan kunta-yhtymän sosiaali- ja terveydenhuolto muutoksessa 2009-2010



KUST-ÖSTERBOTTENS SAMKOMMUN FÖR SOCIAL- OCH PRIMÄRHÄLSOVÅRD
RANNIKKO-POHJANMAAN SOSIAALI- JA PERUSTERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ

Hävkraft
från EU
2007-2013



Europeiska unionen
Europeiska regionala utvecklingsfonden



Ab Det finlandssvenska kompetenscentret
inom det sociala området

Eini Pihlajamäki ja Susann Sjöström: Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän
sosiaali- ja terveydenhuolto muutoksessa 2009-2010
FSKC Raportit 2/2011
Ab Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området
Julkaisu luettavissa ruotsiksi pdf-tiedostona kotisivullamme www.fskc.fi
Helsinki 2011

Käännös Kristiinankaupunki syksy 2011

Sisällys

1	JOHDANTO	9
2	K5:N ALKUVAIHE	12
2.1	Muutosprosessin ensimmäinen vaihe	14
3	KUNTAYHTYMÄN MUODOSTAMINEN ARVIOINNIN KOHTEENA	18
3.1	Arvioinnin tarkoitus ja teoreettinen viitekehys	18
3.2	Arviointikysymykset ja -menetelmät	20
4	RANNIKKO-POHJANMAAN KUNTAYHTYMÄ LÖYTÄÄ MUOTONSA	22
4.1	Kuntayhtymän visio ja tavoitteet	22
4.2	Sosiaali- ja terveydenhuolto kuntayhtymässä	25
5	MUUTOKSEN TOTEUTUS 2009-2010	28
5.1	Resurssit	28
5.2	Työryhmien suorittama kehitystyö	29
5.2.1	Koulutustyöryhmän toiminta	30
5.2.1.1	JET-erikoisammattitutkinto	32
5.2.1.2	Tulevaisuus - haasteet ja mahdollisuudet	23
5.2.2	K5:n lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma	34
	5.2.2.1 Nykytilanteen arviointi ja henkilöstön kuuleminen	35
	5.2.2.2 Alueelliset kehitystarpeet	38
	5.2.2.3 Perhetyö	39
	5.2.2.4 Suunnitelman seuranta	40
5.2.3	Sosiaalihuollon työryhmä	41
5.2.4	Rannikko-Pohjanmaan mielenterveysstrategian 2010-2015 laatiminen	42
	5.2.4.1 Tausta ja lähtökohdat	42
	5.2.4.2 Mielenterveysneuvosto ja muut resurssit	44
	5.2.4.3 Lähtökohdat ja periaatteet	46
	5.2.4.4 Työ- ja kehitysprosessit	48
	5.2.4.5 Strategian tavoitteet	51
5.2.5	Pohdintoja mielenterveysstrategiasta	55
	5.2.5.1 Päihdehuolto	55
	5.2.5.2 Käyttäjien osallisuus	56
	5.2.5.3 Yhtiestyö sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kanssa	55
5.3	K5 -kunnissa parhaillaan toteutettavat hankkeet	58
5.3.1	Välittäjä-hanke	59
5.3.2	PerheKaste	64
5.3.2.1	Muutama pohdinta	66

5.3.3	IkäKaste: Terveyttä ja elämänlaatua Pohjanmaan ikäihmisille	497
	5.3.3.1 Muutama pohdinta	70
	5.3.3.2 Etälääketieteelliset palvelut	71
5.3.4	Kotouttamishanke	72
5.3.5	Arviointihanke	73
5.4	Tilaaaja-tuottajamalli	76
5.4.1	Uudet roolit	79
5.4.2	Tilaaaja-tuottajamallin soveltaminen	58
5.4.3	Uusien yhteistoiminta-alueiden haasteet	593
5.4.4	Tilaaaja-tuottajamallin soveltamisen menestystekijät	84
6	K5-PROSESSI JATKUU – ALUEELLISTA PALVELUA KEHITETÄÄN	86
6.1	Tilaaajaorganisaatiota vahvistetaan	87
6.2	Hankeresurssit	88
7	YHTEENVETO JA KESKUSTELU	89
	Kunta- ja palvelurakennemuutos ja K5	89
	Tavoitteet ja kehitys	90
	Palveluja kehitetään	91
	Muutos hankkeiden tukemana	93
	Kehitystyö vaatii resursseja	94
8	LÄHDELUETTELO	96
	Kuviot	
Kuvio 1	Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä	12
Kuvio 2	Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän strategiset tavoitteet	22
Kuvio 3	K5-alueen kuntien mielenterveysstrategian jäsentyminen	49
Kuvio 4	Mielenterveys- ja päihdepalvelujen organisointi	50
Kuvio 5	K5:n tilaaaja-tuottajamalli	77
	Liitteet	
Liite 1	K5:n työryhmät	100
Liite 2	Lähi- ja erityispalvelujen organisointi osaamista koskevien vaatimusten mukaisesti	105
Liite 3	Kirje K5:n hankkeissa työskentelevälle henkilökunnalle	107
Liite 4	Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä	109
Liite 5	Muutamien kunta- ja palvelurakennemuutoksessa käytettävien käsitteiden määrittely	111

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistaminen on ollut tärkeä poliittinen tavoite Suomessa viime vuosina. Tämä johtuu suureksi osaksi siitä, että Suomen väestö ikääntyy ja työkykyinen väestö vähenee, mikä vaikuttaa sekä talouteen että palveluntarpeeseen. Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen tarve lisääntyy hyvin todennäköisesti väestön ikääntyessä. Myös kilpailu ammattitaitoisesta työvoimasta kiristyy.

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen muutosta ohjaa tällä hetkellä kaksi valtakunnallista ohjelmaa: Kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen ohjelma, Kaste. Molempien tavoitteena on väestön terveyden ja hyvinvoinnin turvaaminen asuinpaikasta riippumatta.

Kunta- ja palvelurakennemuutosta koskevassa laissa säädetään, että perusterveydenhuolto ja sosiaalihuolto on järjestettävä kokonaisuutena vähintään 20 000 asukkaan alueelle. Uudistuksen tavoitteena on elinvoimainen ja toimintakykyinen sekä eheä kuntarakenne. Tämä toteutetaan mm. parantamalla tuottavuutta ja hillitsemällä kuntien menojen kasvua. Lisäksi lain tavoitteena on turvata asukkaiden terveys ja hyvinvointi sekä varmistaa koko maassa laadukkaat palvelut asuinpaikasta riippumatta (Laki 169/2007). Uudistusprosessia ohjaava puitelaki on määräaikainen ja voimassa vuoden 2012 loppuun. Eduskunta hyväksyi maaliskuussa 2011 lakimuutoksen, joka pidentää sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetta koskevaa suunnittelukautta vuoden 2014 loppuun. (Ks. liite 5, uudistukseen liittyvien termien selitykset).

Maalahden, Korsnäsän, Närpiön, Kaskisten ja Kristiinankaupungin kunnat päättivät vuonna 2007 muodostaa yhteisen yhteistoiminta-alueen, jolla on riittävä väestöpohja, luodakseen edellytykset sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen järjestämiselle alueen asukkaille. Vuonna 2008 yhteistoiminta-alueesta muodostettiin perussopimuksen avulla kuntayhtymä, jolle annettiin nimeksi ”Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä” (Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård). Kuntayhtymää kutsutaan yleisesti K5:ksi, niin myös tässä raportissa.

Yhteistoiminta-alueen kunnat ja kuntayhtymä osallistuvat myös erilaisiin Kaste-hankkeisiin. Kaste-ohjelma on sosiaali- ja terveysministeriön strateginen työväline ja sen tarkoituksena on parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon laatua ja saatavuutta sekä kaventaa alueellisia eroja.

Ajatus K5-kuntayhtymän luomisen ja palvelujen kehittämisen arvioinnista syntyi Länsi-Suomen lääninhallituksessa Vaasassa pidetyissä kokouksissa. Marianne West-Ståhl Lääninhallituksesta kutsui helmikuussa 2007 koolle kaikki koulutuksenjärjestäjät ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat ruotsinkielisellä Pohjanmaalla. Aloitteen tarkoituksena oli koordinoida Pohjanmaalla annettavaa täydennyskoulutusta sekä tutkimus- ja kehityspanoksia alueellisten tarpeiden pohjalta. Kutsutut osapuolet kokoontuivat kahtena ryhmänä noin vuoden ajan. Yhdessä kokouksessa Eini Pihlajamäki Det finlandssvenska kompetenscentret på det sociala området (FSKC) -osaamiskeskuksesta teki aloitteen arviointi- ja kehityshankkeeksi ja tuloksena oli tämä EU:n aluekehitysrahaston rahoittama hanke.

Hankkeen nimi on "Gemensam social- och hälsovårdsservice - samarbete, samverkan, framgång? - Utvärdering av en process" (alla Arviointihanke). Euroopan aluekehitysrahasto myönsi Länsi-Suomen läänin kautta rahoituksen hankkeelle ajaksi 1.1.2009 - 30.6.2011. Hankkeelle on myönnetty jatkoa 31.12.2011 saakka. Hankkeen omistaja ja hallinnoija on Åbo Akademi, Vaasa. Yhteistyötahot ovat Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området - FSKC ja Yrkeshögskolan Novia Vaasassa. Hankkeessa työskentelee kokoaikaisesti Åbo Akademin palkkaama hankekehittäjä Susann Sjöström, joka aloitti työnsä 1.5.2009. Hankepääällikkönä toimii (osa-aikaisesti) Eini Pihlajamäki FSKC:stä ja hankekoordinaattorina (osa-aikaisesti) Anna Smirnoff Åbo Akademin Centret för livslångt lärande -keskuksesta. Ammattikorkeakoulu Novia on nimennyt koulun sisällä K5-ryhmän, joka vastaa mm. hankkeeseen liittyvästä tutkimuksesta ja kehityksestä sekä opinnäytteistä ja harjoittelujaksoista.

Hankkeen tavoitteena on lyhyesti ilmaistuna osallistuvan arvioinnin avulla tukea Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän jäsenkuntia sosiaali- ja terveydehuollon Paras-prosessissa. Arvioinnin tarkoitusta ja teoreettista viitekehystä selostetaan tarkemmin 3. luvussa. Hankkeen toimia ja tuotteita (esim. raportit ja seminaarit) selostetaan luvussa 5.3.5.

Hanke julkaisee muutosprosessista kaksi raporttia, joista tämä ensimmäinen raportti kuvaa yhteistoiminta-alueen/kuntayhtymän muodostamisen lähtökohtia ja vuoden 2011 alkuun mennessä suoritettua kehitystyötä. Selostamme eri työryhmissä ja K5:n hankkeissa tehtyä työtä. Eini Pihlajamäki on kirjoittanut luvut 1. - 5.1. ja 5.3; 5.3.2 - 5.3.4 sekä 6 ja 7. Susann Sjöström on kirjoittanut luvut 5.2.-5.2.5 ja 5.3.1. Luvun 5.3.5. olemme kirjoittaneet yhdessä. Anna Smirnoff ja Eini Pihlajamäki ovat kirjoittaneet luvun 5.4. yhdessä.

2 K5:n alkuvaihe

Tässä luvussa selostetaan Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän (K5) valitsemia perusratkaisuja sekä valmistavien työryhmien antamia ehdotuksia palvelun jäsentämiseksi.

Maalahden, Korsnäsin, Närpiön, Kaskisten ja Kristiinankaupungin valtuustot päättivät vuonna 2007 muodostaa perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalihuollon palvelujen yhteistoiminta-alueen. Tämä ilmoitettiin myös valtioneuvostolle elokuun lopulla 2007 lähetetyssä toimeenpanosuunnitelmassa. Toimeenpanosuunnitelmassa korostettiin, ettei Paras-hanke aiheuta kuntajaon muutoksia kyseisten kuntien osalta, vaan että yhteistoiminta-alue toteutetaan perustamalla kuntayhtymä, joka ensisijaisesti toimii tilaajaorganisaationa (sitaatti Maalahden kunnanhallituksen pöytäkirjasta 10.6.2008).

Maalahdessa mielipiteet yhteistoiminta-alueeseen osallistumisesta jakaantuivat. Monet puolsivat yhteistyötä Vaasan kanssa. Kristiinankaupungissa päätös yhteistoiminta-alueeseen osallistumisesta tehtiin yhden äänen enemmistöllä. Puolet Kristiinankaupungin päättäjistä halusi osallistua suomenkieliseen yhteistoiminta-alueeseen, Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymään.



Kuvio 1 Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä

Yhteistoiminta-alueen väestömäärä on 26 013 asukasta (2008). Väestö jakaantuu kunnittain seuraavasti: Kaskinen 1478, Korsnäs 2219, Kristiinankaupunki 7262, Maalahti 5549 ja Närpiö 9505. Kuntayhtymä on kaksikielinen. Enemmistö asukkaista puhuu ruotsia äidinkielenään. Suurin osa alueen suomenkielisestä väestöstä asuu Kristiinankaupungissa ja Kaskisissa. Kuntayhtymän alueella asuu myös suhteellisen paljon maahanmuuttajia. Vuoden 2010 lopulla maahanmuuttajien määrä oli 1246, mikä on 4,8 % alueen koko väestöstä (Tilastokeskus, 2011).

Kuntayhtymän tehtävistä ja suhteesta jäsenkuntiin säädetään perussopimuksessa. Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän perussopimus astui voimaan 1.8.2008. Varsinainen toiminta ja kehitystyö aloitettiin 1.1.2009.

Kuntayhtymän toimielimet ovat yhtymävaltuusto ja -hallitus. Perussopimuksen mukaan jäsenkunnat valitsevat jäseniä (+ varajäseniä) yhtymävaltuustoon kuntien asukasmäärän suhteessa. Jäsenten toimikausi on sama kuin kunnanvaltuuston toimikausi. Yhtymähallituksessa on 11 jäsentä ja yhtä monta varajäsentä, ja sen toimikausi on kaksi vuotta. Lisäksi kuntayhtymällä on tarkastuslautakunta. Muita toimielimiä asetetaan johtosäännön määräysten mukaisesti. Kuntayhtymän taloudesta ja talouden ja hallinnon tarkastuksesta säädetään perussopimuksen 15 - 27 §:ssä (www.kviisi.fi -> asiakirjat -> sopimukset).

Perussopimuksen 3 §:n 2. momentissa säädetään palveluista seuraavaa:

"Kuntayhtymä järjestää alueen asukkaiden palvelut sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/92) mukaisesti. Kuntayhtymä toimii tilaajana, mikä tarkoittaa sitä, että kuntayhtymä päättää palvelujen laajuudesta, laadusta ja tuotantotavasta yhteistoiminnassa jäsenkuntien kanssa. Kuntayhtymä voi järjestää toiminnan siten, että palvelut järjestetään omana tuottajana, jäsenkuntien toimesta tai kolmannelta osapuolelta hankittavana ostopalveluna. Kristiinankaupungissa, Maalahdessa ja Närpiössä on terveyskeskus sekä Kaskisissa ja Korsnäsissä terveysasema, jossa on lääkärint vastaanotto. Jäsenkunta voi määrittellä omalta osaltaan sellaiset palvelut jotka sisällöltään ja laadultaan ylittävät kuntayhtymän yleisen tason, jolloin jäsenkunta vastaa niistä aiheutuista lisäkustannuksista."

Kuntayhtymä valitsi palvelujen organisointimalliksi tilaaja-tuottajamallin. Mallia selostetaan tarkemmin luvussa 5.4.

2.1 Muutosprosessin ensimmäinen vaihe

Kunnat asettivat aluksi ohjausryhmän, joka johti työvaliokunnan ja osa-aikaisen sihteerin (Jenny Malmsten) avulla uuden yhteistoiminta-alueen suunnittelua. Lisäksi asetettiin kolme työryhmää: (1) Talouden ja hallinnon työryhmä, jonka tehtävänä oli laatia ehdotus perussopimukseksi, johtosäännön ja työjärjestyksen suuntaviivoiksi, henkilöstölle ja asukkaille tarkoitettu tiedotuspaketti sekä pohtia IT-kysymyksiä. (2) Sosiaalihuollon työryhmä ja (3) Terveysdenhuollon työryhmä, jotka kartoittivat palveluja, yhteisiä virkoja, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamista, kustannustehokkuutta ja hoitoporrasta. (Malmsten, 2008a) Maalahden kunnanhallituksen pöytäkirjassa (10.6.2008) todetaan, että valmistelutyö eteni hyvässä hengessä.

Ohjausryhmän kokouksessa marraskuun 2007 lopulla sosiaalihuollon ja terveydenhuollon työryhmät saivat samanlaiset tehtävät, eli niiden tuli työstää ehdotusta siitä, mitkä sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon osat voitaisiin tuottaa kuntayhtymän toimesta, toisin sanoen järjestää alueellisenä palveluna vähintään 20.000 asukkaalle. Lisäksi tehtävänä oli kuvailla:

- muita sosiaalihuoltoa ja perusterveydenhuoltoa sivuavia yhteistyöalueita
- millä tavalla omat palvelut tuotetaan kuntayhtymässä
- tähän tarvittavaa henkilökuntaa
- kerrannaisvaikutuksia sekä luoda hyvät palvelut tarjoava, kustannustehokas ja joustava malli
- mistä ostetaan ne palvelut, joita ei tuoteta kuntayhtymän tai peruskuntien toimesta.

Ohjausryhmän työryhmille antamat tehtävät osoittavat, että tavoitteena oli palvelujen uudelleenjärjestäminen. Suunnittelun tässä vaiheessa K5:lle ei kuitenkaan ollut vielä vahvistettu strategiaa.

Työryhmien asettaminen varmisti henkilöstön osallisuuden muutosprosessissa/työssä. Työryhmät kokoontuivat neljä kertaa ja pitivät lisäksi yhteisen kokouksen. Työryhmien työn koordinoiminen annettiin tehtäväksi selvitysmies Harry Bondasille. (Jäsenluettelo liitteenä 1)

Ryhmät jakoivat palvelut kategorioihin järjestäjävastuun, tuottajan ja toimipisteen mukaan. Työryhmien yhteisessä koosteessa järjestäjävastuu on kuntayhtymällä. Palveluja voisi tuottaa kuntayhtymän ja kuntien toimesta tai kolmannelta osapuolelta ostettavana palveluna. Kartoitus

siitä, mitkä palvelut voitaisiin tuottaa kuntayhtymän toimesta, käsiteltiin perusterveydenhuollon työryhmässä huhtikuussa 2008 ja sosiaalihuollon työryhmässä 5.5.2008.

Työryhmien mukaan kuntayhtymä voisi tuottaa seuraavat palvelut:

- terveyden edistämisen koordinaattori
- koulutus- ja kehityskoordinaattori, henkilöstön rekrytointi (markkinointi)
- hankintatoimi (vastuuhenkilö keskushallinnossa)
- yhteinen sosiaali- ja potilasasiamies (osa-aikainen)
- puheterapeutti (kiertävää lähipalvelua)
- toimintaterapeutti
- ravitsemusterapeutti (liikkuvaa lähipalvelua, kouluttaa hoitohenkilöstöä)
- psykososiaaliset palvelut ml. perheneuvonta (psykologi, masennushoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, kuraattori)
- päihdekuraattori (liikkuvaa lähipalvelua, polikliinista toimintaa)
- kuntoutus (fysioterapiaoasasto)
- hammaslääkäripooli
- lääkäripooli
- muistipoliklinikka (liikkuvaa lähipalvelua, geriatri)
- maahanmuuttajakoordinaattori (liikkuvaa lähipalvelua).

Myös henkilöstö olisi ehdotuksen mukaan kuntayhtymän palveluksessa.

K5:n ostopalveluiksi työryhmät ehdottivat seuraavia:

- erityisryhmien palveluasuminen
- päihdehuolto
- lastensuojelun laitospaikat
- sosiaalipäivystys
- kehitysvammaisten huolto
- perheneuvonta- ja kasvatuspalvelut
- laboratorio- ja röntgenpalvelut
- silmänpohjan kuvaukset
- työterveyshuolto
- adoptioneuvonta
- dementiapotilaiden hoito
- perheasioiden neuvontapalvelut
- hammasteknikon palvelut
- sairaankuljetukset.

(Malmsten, 2008a, Väliraportti, liite).

Keskustelut palvelujen järjestämisestä jatkuivat syksyllä 2008. Vastaperustetun kuntayhtymän hallitus asetti kokouksessaan 20.8.2008 viisi uutta työryhmää: hallinnon organisoinnin työryhmä, jäsenkuntien koordinoinnin työryhmä, IT:n suunnittelutyöryhmä sekä kaksi työryhmää yhteisten palvelujen suunnittelemiseksi. Terveystenhuollon työryhmä jatkoi työtään keskustelemalla yhteisistä palveluista, lääkäri- ja hammaslääkäritiimeistä sekä vuosien 2009-2011 toimintastrategioista. Sosiaalihuollon työryhmä kokoontui syksyllä 2008 pohtimaan

sosiaalihuollon rakennetta peruskunnissa 2009 lähtien, yhteisiä palveluja, sopimusasioita ja vuosien 2009-2011 toimintastrategioita. (Malmsten, 2008b)

Vuoden 2009 alussa sosiaali- ja terveysministeriö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, sekä valtiovarainministeriö tekivät yhteisen SOTE-kyselytutkimuksen. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisointia kunnissa pari vuotta Kunta- ja palvelurakennemuutoksen (Paras) käynnistymisen jälkeen. Tutkimus osoitti, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudelleenjärjestely oli vielä vuonna 2009 hyvin epäselvä monessa kunnassa ja monella yhteistoiminta-alueella. Kartoitus toteutettiin kaikkiin Suomen kuntiin lähetetyn kyselyn avulla ja siihen vastasi yksi edustaja jokaisesta kunnasta - myös K5:n alueella. Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området -osaamiskeskus laati valtakunnallisen kyselyaineiston perusteella koosteen sosiaalialan perus- ja erityispalvelujen järjestämisestä mm. K5-kunnissa. Kooste sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen mahdollisesta jakamisesta "lähipalveluihin" ja "alueellisiin palveluihin" liitteenä 2. Kooste on tehty SOTE-kyselyn aineiston ja kuntayhtymän oman kartoituksen pohjalta. (Backman, 2009)

3

Kuntayhtymän muodostaminen arvioinnin kohteena

Kuntien sosiaalihuollon edustajat olivat ilmaisseet tarpeen saada vahvistusta siihen, että prosessi etenee oikeaan suuntaan sekä tarpeen uudistaa työtapoja ja vahvistaa sektorin palveluja laadullisesti. Nämä tarpeet olivat käynnistyslaukaus osallisuus- ja arviointihankkeen suunnittelulle. (Hankesuunnitelma, 2008)

Arvioinnin kohteena ovat kuntayhtymän muodostaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen kehittäminen. Tämä toteutetaan hankeprosessien (ml. tilaaja-tuottajatoiminto) osallistuvan arvioinnin avulla. Hankkeen arviointi toteutetaan pääosin kahdella tavalla: 1) tutustumalla asiakirjoihin ja osallistumalla muutamiin vuosina 2009-2010 K5:ssä toimineisiin työryhmiin sekä 2) tukemalla muutosprosessia erilaisin toimenpitein kuten selvityksin ja kehitysseminaarein.

3.1 Arvioinnin tarkoitus ja teoreettinen viitekehys

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän muodostamista voidaan tarkastella muutosohjelmana, jolla on tavoitteita, strategioita ja resursseja ja jonka puitteissa toteutetaan toimenpiteitä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Arvioinnin tarkoituksena on toisaalta osallistuvan arvioinnin avulla seurata K5:n muodostamista ja toisaalta tukea K5:ssä toteutettavaa muutostyötä. Osallistuva arviointi perustuu Horellin mukaan kahteen periaatteeseen (2007; alunp. Cousins & Whitmore, 1998):

1. Käytännöllinen osallistuva arviointi tähtää relevanssin ja käytön lisäämiseen. Siksi osallistuminen toteutetaan läheisessä yhteistyössä ydinryhmän kanssa.
2. Arvioinnissa pyritään voimaannuttamiseen. Arvioijat pyrkivät laajaan ja syvään osallistumiseen ja antavat osapuolille (ydinryhmä = hankkeen ohjausryhmä) mahdollisuuden kontrolloida arviointiprosessia.

Tässä hankkeessa sovelletaan käytännöllistä osallistuvaa arviointia. Pyrimme relevanssiin tekemällä läheistä yhteistyötä kuntayhtymän johdon ja erilaisten työryhmien sekä muiden K5:ssä toteutettavien hankkeiden kanssa. Reagoimme ja toimimme myös kuntayhtymän toivomusten ja hankkeen ohjausryhmän esiin nostamien tarpeiden pohjalta.

Arvioinnin lähtökohdana ovat Chenin (2007) kolme suuntaviivaa:

1. Pyrkimyksenämme on tehdä kokonaisarviointi ottaen huomioon, miten muuttuvat tekijät vaikuttavat tulokseen (kuntayhtymän muodostaminen). Esim. yhteistoiminta-alueen muodostamisen lähtökohdat, resurssit, poliittinen ympäristö ja valtion ohjaus kehityksessä. Keskitymme sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluihin ja kuntayhtymän organisointiin.

2. Ohjelmateorian mukaan tarkastelemme keskeisten toimijoiden näkemyksiä siitä, mitkä toiminnot ja niiden valinnat ovat tarpeen toimivan kuntayhtymän ja toimivien palvelujen luomiseksi. Kysymme myös, tuovatko valitut toimenpiteet toivottuja tuloksia.
3. Arviointistrategian mukaan tarkoituksena on, arvioinnin lisäksi, myös tukea keskeisiä toimijoita selventämällä ja nostamalla esiin tärkeitä ja tarpeellisia tekijöitä menestyksekkään hankkeen (kuntayhtymä) aikaansaamiseksi. Ohjelmateoria toimii käsitteellisenä viitekehyksenä vaikutusten arvioinnille.

Chenin (2007) mukaan arviointihankkeen tulee asettaa kaksi yleistä kysymystä muutosohjelman kohteena olevasta toimintaympäristöstä:

- Miksi interventiot vaikuttavat tuloksiin?
- Miten alueen resurssit ja ohjelman toiminnot on organisoitu toimenpiteiden toteuttamiseksi ja muutoksen tukemiseksi?

Tässä raportissa keskitymme kysymykseen ”miten”. Selostamme lyhyesti kuntayhtymän syntymistä, alkuperäisiä lähtökohtia ja tavoitteita sekä sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen kehittymistä vuoden 2011 alkuun mennessä. Arviointitoimenpiteet noudattavat samoja periaatteita kuin toteutusmallissa (Chen, 2007):

- Arvioida, kehittää ja varmistaa organisaatioiden/ja toimijoiden kapasiteetti.
- Rekrytoida, kouluttaa ja ylläpitää tuottajan osaamista ja osallisuutta.
- Avoin ja uskottava dokumentointi
- Luoda yhteistyötä lähiorganisaatioiden kanssa.
- Pyrkii saamaan tukea ympäristöltä.
- Tunnistaa, rekrytoida ja antaa palvelua kohderyhmälle.

3.2 Arviointikysymykset ja -menetelmät

Paraslain tarkoituksena on luoda edellytykset elinvoimaiselle kuntarakenteelle, kehittää palvelujen tuotanto- ja organisointimuotoja ja saada aikaan resurssien tehokas käyttö. Kuinka K5 on onnistunut kuntayhtymän muodostamisessa suhteessa asetettuihin tavoitteisiin? Tässä arvioinnissa tutkittavat tavoitteet perustuvat toisaalta lainsäädäntöön ja toisaalta kuntayhtymän omiin tavoitteisiin ja strategioihin sekä työryhmien ehdotuksiin. Miten tavoitteet on operationalisoitu, eli mikä strategia on valittu ja mihin toimenpiteisiin ryhdytään kuntayhtymän muodostamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen kehittämiseksi?

Hankkeessa on kaksi päämenetelmää. seurataan muutostyötä, tutkitaan asteittaisia prosesseja, tarkkaillaan kentällä toteutettavia toimenpiteitä (ammattihenkilöstön mielipiteet) ja tutkitaan kokousasiakirjoja:

1. Hankekehittäjä osallistuu K5:n työryhmien työskentelyyn ja toimii resurssina ja tarkkailijana. Hän dokumentoi työryhmien työtä sekä keskustelee K5:n avainhenkilöiden kanssa. Hankepäällikkö tutustuu työryhmien asiakirjoihin ja kommentoi tarvittaessa suunnitelmia ja strategioita.

2. Hanke tukee muutostyötä ja pyrkii myös reagoimaan kuntayhtymässä esiin tuotuihin tarpeisiin a) järjestämällä toimintoja, b) olemalla yhteydessä ja tekemällä yhteistyötä muiden K5:ssä toteutettavien hankkeiden kanssa ja käymällä (arvioivia) keskusteluja K5:n hankehenkilöstön kanssa, c) luomalla yhteistyöfoorumeita kuntayhtymän sekä korkeakoulujen ja yliopistojen välillä sekä d) selvittämällä ja dokumentoimalla.

Usein hankkeiden ja ohjelmien arvioinnissa on keskitytty lopputulokseen, jolloin prosessi on saattanut jäädä vaikutusten tarkkailun varjoon. Weiss (1998) korostaa, että arvioijan tulee tuloksen lisäksi tarkastella, mitä hankkeessa tai ohjelmassa todella tehdään. Voidaanko vaikutuksia ylipäänsä arvioida, jos ei tunneta prosessia (Kettunen 2010)? Tässä ensimmäisessä raportissa olemme päättäneet antaa toisaalta kuvan siitä, missä vaiheessa K5 on suhteessa tavoitteisiinsa, mihin sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen alueisiin (palvelut ja kehitys) K5 on päättänyt panostaa sekä kuvailla tähän asti suoritettut toimenpiteet. Muutosprosessia tutkitaan sen tiedon avulla, joka on saatu:

- osallistamalla työryhmiin
- osallistamalla muuhun kehitystyöhön, ohjausryhmään, seminaareihin
- haastatteleamalla hankekehittäjiä
- käymällä läpi asiakirjoja, kuten toimintasuunnitelmia, talousarvioita ja taloussuunnitelmia ym.
- selvityksistä ja pöytäkirjoista
- erilaisista tukiteksteistä.

4

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymä löytää muotonsa

4.1 Kuntayhtymän visio ja tavoitteet

Yhteistoiminta-alueen tavoitteet esiteltiin arviointihankkeen suunnittelu-kokouksessa huhtikuussa 2008 seuraavasti:

- Täyttää puitelain ehdot.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon koordinointi, päällekkäisten toimintojen poistaminen.
- Yhtenäisempi hoitoporras sekä hoitoportaan mahdollisten vinoutumien parempi tunnistaminen.
- Toiminnan parempi ohjaus ja keskittyminen asiakkaan tarpeisiin.
- Kustannustehokkuus koordinoimalla kotihoitoa, yhteisiä hankintoja, tiedotus- ja viestintäteknologian käyttöä.
- Parempi taloudellinen ja väestöllinen pohja eräiden erityispalvelujen kuten puhe- ja toimintaterapian osalta.

(Malmsten, 2008)

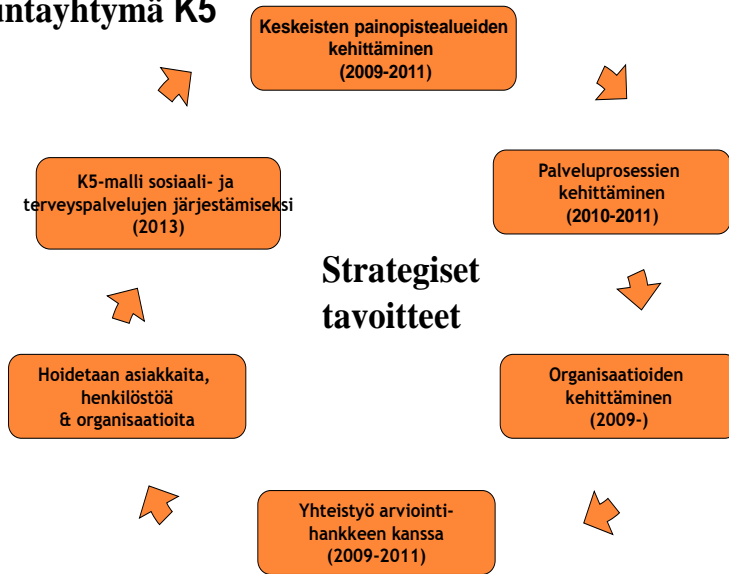
Kuntayhtymän ensimmäinen toimintasuunnitelma ja strategia ”Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän kehittämisprosessin lähtökohtia ja toimintasuunnitelman keskeiset strategiat (2009-2011)” laadittiin syksyllä 2008. Strategiassa todetaan aluksi, että K5:n perussopimus astui voimaan 1.8.2008 ja että varsinainen toiminta ja kehitystyö aloitetaan 2009.

Toimintasuunnitelmassa selostetaan lyhyesti visiota ja toimintaa: ”Kuntayhtymän tehtävänä on taata demokraattisessa järjestyksessä yhteistoiminta-alueen asukkaille lakisääteiset perusterveyden- ja sosiaalihuollon palvelut. Kuntayhtymä vastaa myös siitä, että toiminta on tuloksellinen ja rationaalinen sekä tehokas samanaikaisesti kun se takaa asukkaiden perusturvan.” Lisäksi siinä sanotaan, että: ”Kuntayhtymän toiminta-ajatus, tavoitteet ja kehitysstrategiat määritellään tarkemmin talousarviossa, taloussuunnitelmassa sekä erillisillä päätöksillä. ” (Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän kehittämisprosessin lähtökohtia...) 2008)

Vuoden 2010 talousarvion ja vuosien 2011-2012 taloussuunnitelman (hyväksytty syksyllä 2009) mukaan Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän toiminta-ajatuksena on ”kehittää läpinäkyvä, kuntalaisten tarpeisiin pohjautuva sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen malli, jossa asiakkaalle tilataan ja osin tuotetaan toimivat lähipalvelut ja että yhteistoiminta-alueella (K5) toimii mahdollisuuksien mukaan integroitu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestelmä”.

K5:n vuosien 2009-2011 toimintasuunnitelmassa esitellään neljä strategiaa. Ensimmäinen on yhteistoiminta-alueen yleinen strategia, joka kuvaa K5:n kehitysvaiheita.

Rannikko-Pohjanmaan Kuntayhtymä K5



Kuvio 2 Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän strategiset tavoitteet
Lähde: Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän kehittämisprosessin lähtökohtia..., 2008, 6

Kehitysprosessi aloitetaan kehittämällä keskeisiä painopistealueita sekä sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen palveluprosesseja, joiden tulee olla valmiit vuonna 2013.

Vastaavanlaisella kuviolla on esitelty henkilöstöstrategiaa, palvelustrategiaa ja muutosstrategiaa. Henkilöstöstrategian elementit ovat rekrytointi, osaaminen, johtaminen ja verkostoituminen. Palvelustrategian lähtökohtana on asiakaskeskeinen toiminta ja sen elementteinä ovat hyvinvoinnin turvaaminen, terveyden edistäminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen sekä asumispalvelujen, liikkuvien palvelujen kehittäminen ja innovaatioiden kehittäminen sekä palveluketjujen rakentaminen. Muutosstrategiassa mainitaan organisaatioiden, sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon, tietokonejärjestelmien, keskeisten käsitteiden ja asiakaskunnan muutokset.

Yhteistoiminta-alueen muodostamisen tärkein peruste oli todennäköisesti puitelain ehtojen täyttäminen. Yhtymähallituksen puheenjohtaja Anita Ismark kirjoittaa myös Korsnäs nytt -lehden numerossa 2/2010 (26.3.2010) julkaistussa artikkelissa, jonka otsikko on: K5 - Ett år av verksamhet: *Sosiaali- ja perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueemme perustettiin elokuussa 2008 puitelain edellyttämän 20 000 asukkaan toiminta-alueen täyttämiseksi.*

Visio ja tavoitteet on oletettavasti tarkoituksella muotoiltu hieman löysiksi toisaalta siitä syystä, että yhteistoiminta-alueen kuntien pyrkimyksenä oli ainoastaan "täyttää lain vaatimukset" ja toisaalta sen takia, että haluttiin antaa kehitysprosessin vaikuttaa kuntayhtymän muotoiluun. Siinä tapauksessa voisi puhua bottom up -suunnittelusta, jossa annetaan keskeisten toimijoiden (esim. työryhmät ja hankkeet) osallistua kuntayhtymän muotoiluun.

4.2 Sosiaali- ja terveydenhuolto kuntayhtymässä

K5:n kuntayhtymää perustettaessa K5-alueella oli kolme itsenäistä terveyskeskusta ja 11 terveysasemaa sekä sosiaalihuoltopalveluja kaikissa kunnissa. Henkilöstömäärä oli yhteensä n. 1000 (talousarvio 65 M€). Vuoden 2009 alussa purettiin perusterveydenhuollon kuntayhtymät ja jokainen kunta perusti oman, yhdistetyn sosiaali- ja terveydenhuoltohallinnon. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut päivähoitoa lukuun ottamatta kuuluvat vuodesta 2009 lähtien uuden kuntayhtymän (K5) alaisuuteen. (Päivähoidossa on mahdollista tehdä kunnanrajat ylittävää yhteistyötä.) Kunnat voivat hankkia lisäpalveluja yhteistoiminta-alueesta riippumatta.

Vuosien 2009-2011 toimintasuunnitelmassa, kuntayhtymän ensimmäisessä strategia-asiakirjassa todetaan seuraavaa:

”Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kulmakiviä ovat lähipalvelut ja asiakaslähtöisyys. Riittävästi monipuolisten palvelujen avulla on helpompi turvata kuntalaisten hyvinvointia sekä edistää terveyttä. Palvelujen suunnittelussa on jätettävä tilaa myös syrjäytymisen ehkäisylle, joka on poikkisektorikaalinen haaste. Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymä on maantieteellisesti melko harvaan asuttua seutua, joten etäisyyksien hallinta on sosiaali- ja terveyspalvelujen työntekijöille suuri haaste. Tämän takia on syytä kehittää liikkuvia palveluja. Jotta palvelut ovat käyttäjälle saumattomia ja vastaavat käyttäjien tarpeita, tulee palvelujen nykytila kuvata ja selvittää. Hoitoketju on työkalu, jonka avulla määritellään terveydenhuollon eri toimijoiden työnjako. Palvelu- ja hoitoketjun työskentelyn yhtenä lähtökohdانا on asiakaslähtöisyyden varmistaminen, eri palvelujen integroiminen toisiinsa sekä hoidon porrastus.” (Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän kehittämisprosessin lähtökohdiana..., 2008)

Toimintasuunnitelman mukaan palvelujen kehittämisen keskeiset painopistealueet ovat:

- kansansairauksien hoito ja ehkäisy (kuten sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, masennus, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, päihdeongelmat)
- vanhustenhuollon moniongelmaisuus
- psykososiaalisten palvelujen kehittäminen
- perustason erikoispalvelujen suunnittelu (psykiatria, geriatria, konsultointi)
- henkilöstön rekrytointi ja täydennyskoulutus
- hoitoketjut esim. lastensuojelussa
- lastensuojelusuunnitelman laatiminen 2009
- alueellisen perheneuvolatoiminnan vahvistaminen
- yhteisen maahanmuuttajakoordinaattorin viran perustaminen
- palveluprosessien kehittäminen, esim. IKT (tieto- ja viestintäteknikka), alueelliset potilastietokannat.

Toimintasuunnitelmassa todetaan, että Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän keskeisin haaste on perusterveydenhuollon henkilöstön rekrytointi sekä henkilöstön täydennyskoulutus.

Toimintasuunnitelmassa korostetaan, että psykososiaalisia palveluja tulee kehittää ja vahvistaa. Todetaan, että mielenterveyspalvelut tulee järjestää lähtökohtaisesti avohoitopalveluina. Kuntayhtymän psykososiaalisia palveluja tulee vahvistaa ja tavoitteellista olisi myös selvittää tarkemmin alueen mielenterveyspalvelujen tilaa ja järjestämisen mahdollisuuksia tulevaisuudessa.

(Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän kehittämisprosessin lähtökohtia..., 2008). Yhtenä keinona mainitaan Rannikko-Pohjanmaan mielenterveysstrategian laatiminen vuonna 2010. Tällä hetkellä Maalahdella ja Korsnäsillä on yhteinen masennushoitajan toimi ja Kristiinankaupungilla puoliaikainen masennushoitajan toimi, jotka tukevat perusterveydenhuollon mielenterveyshuoltoa. Alueen perusterveydenhuollossa on myös psykologeja.

Vanhustenhuollon osalta suunnitelmassa todetaan, että tarvitaan välineitä, joilla voidaan osoittaa tarkemmin palvelujen tarve sekä arvioida ja suunnitella ikääntyvien ihmisten hoitoa ja kuntoutusta.

Palvelujen kehittämissuunnitelmissa korostetaan yleensä asiakaslähtöisyyttä ja tasavertaisuutta. Suunnitelmaan on myös sisällytetty muutamia kuntayhtymän kehitystyötä koskevia periaatteita: asioiden jatkuva kyseenalaistaminen, yhdessä tekeminen, kokeilunhaluinen ja kannustava ilmapiiri sekä kyky selviytyä muutoksista. (Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän kehittämisprosessin lähtökohtia..., 2008).

5

Muutoksen toteutus 2009-2010

5.1 Resurssit

Vuosien 2009-2011 toimintasuunnitelmassa todetaan, että Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän hallinnon kehittäminen ja sosiaali- ja terveystalvelujen yhteen sovittaminen on lähivuosien keskeinen haaste. (Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän kehittämisprosessin lähtökohtia..., 2008).

Muutostyön resurssien organisointi on keskeinen asia interventiohankkeissa (Chen, 2007). Tässä arvioinnissa tarkastelemme, miten ja millä resursseilla K5:n muutosprosessi toteutetaan. Muutos toteutetaan eri tasoilla ja erilaisten resurssien avulla: Tilaajaorganisaatio ja sen (hallinnolliset) resurssit, K5:n asettamat työryhmät, Kaste-ohjelma osahankkeineen sekä muut hankkeet.

Tilaajaorganisaation perustaminen aloitettiin johtajan palkkaamisella. Jarkko Pirttipera palkattiin syksyllä 2008. Osa-aikaisena kehityssihteerinä toimi aluksi Jenny Malmsten - ja lyhyemmän aikaa Magdalena Berg. Tammikuussa 2010 palkattiin vakinainen hallintosihteeriksi, Petra Ollus. Johtajan ja hallintosihteerin sijoituspaikkana on Maalahti. Lisäksi kuntayhtymällä on osa-aikainen kanslistinvirka. Tilaajaorganisaation muodostamiseksi varatut resurssit olivat siten hyvin niukat ensimmäisten vuosien aikana. Vuoden 2009 alusta myönnettiin johtajaresurssit sosiaalihuoltoa ja terveydenhuoltoa varten. Närpiön vanhustyön johtaja Pirjo Wadén on toiminut johtavana sosiaalijohtajana ja Peter Riddar Kristiinankaupungista johtavana lääkärinä. Molempia johtavia tehtäviä on hoidettu sivutoimisesti. Aluksi resursointi oli 10 % ja 1.1.2010 lähtien johtava sosiaalijohtaja ja johtava lääkäri voivat käyttää 20 % viikkotyöajastaan kuntayhtymän hyväksi. Henkilöstöresurssit lisääntyvät vuosina 2011 ja 2012 (ks. tarkemmin luku 6).

Vuosina 2009-2010 kuntayhtymällä on ollut viisi työryhmää: lastensuojelun, mielenterveyspalvelujen, koulutuksen, sosiaalihuollon ja hinnoittelun työryhmä. Lisäksi toteutetaan kolme Kaste-hanketta, sisäasiainministeriön rahoittama hanke sekä tämä arviointihanke, jota rahoittaa Euroopan aluekehitysrahasto (EAKR). Näiden hankkeiden henkilöstö vastaa noin viittä henkilötyövuotta. K5:n suunnitteluun ja kehittämiseen osallistuu huomattava määrä virkamiehiä.

Seuraavissa jaksoissa selostetaan työryhmien ja hankkeiden työtä K5:ssä ja siihen suoraan liittyvässä kehitystyössä.

5.2 Työryhmien suorittama kehitystyö

Arviointihanke on seurannut neljän työryhmän työtä vuosina 2009-2010. Sosiaalihuoltoryhmällä oli perinteitä ennestään ja jatkoi tehtävänsä kuntayhtymän perustamisen jälkeenkin. Koulutuksen suunnittelun työryhmä oli uusi, mutta sillä oli perinteitä ennestään. Alueellisen lastensuojelusuunnitelman laatimiseksi asetettu työryhmä ja mielenterveysneuvosto olivat uusia

ryhmiä, jotka perustettiin kuntayhtymän muodostamisen yhteydessä. Luvussa 4.1. huomautetaan, että K5:n kehittäminen näyttää tapahtuvan bottom up -strategian avulla. K5 muotoutuu vähitellen yksiköissä, toiminnassa ja palveluorganisaatiossa. On myös olemassa muita ryhmiä ja alaryhmiä, joiden seuranta ei ole tässä vaiheessa ajankohtainen. Varsinkin sosiaalihuollossa on eri työryhmiä, jotka selvittävät mm. suuntaviivoja kuljetuspalvelua ja sosiaalihuoltolain mukaisia matkoja varten, vammaispalvelua, sosiaalihuollon tuotteistamista ja hinnoittelua. Tässä raportissa ei selosteta tarkemmin sosiaalihuollon alaryhmiä.

Arviointihanke anoi läsnäolo-oikeutta työryhmien kokouksissa voidakseen mahdollisimman uskottavasti arvioida prosessia. Yhtymähallitus myönsi läsnäolo-oikeuden. Hankekehittäjä on osallistunut aktiivisesti työryhmien työskentelyyn. Hankepäällikkö on antanut palautetta K5:n lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman sekä Mielenterveysstrategian 2010-2015 luonnoksesta. Hanke järjesti vuoden 2010 alussa yhteisen seminaarin kaikille työryhmille. Seminaarin tarkoituksena oli saada paremman kokonaiskuvan K5:ssä toteutettavasta muutoksesta sekä keskustella yhteisesti kuntayhtymän strategioista. Kutsutut työryhmät esittelivät siihenastisen työnsä. Esittelyt keskittyivät kahteen kysymykseen: Minkälaista muutosta tarvitaan? Miten muutos toteutetaan? Hankehenkilöstö huomautti, että työryhmien välillä on useita kosketuskohtia, jopa päällekkäisyyksiä, jotka on nostettava esille ja otettava keskusteluun.

5.2.1 Koulutustyöryhmän toiminta

Vuodesta 2004 työnantaja on lain mukaan velvollinen huolehtimaan siitä, että terveyden- ja sosiaalihuollon henkilöstö saa vuosittain riittävästi täydenniskoulutusta työntekijän ammattitaidon ja osaamisen ylläpitämiseksi, päivittämiseksi ja parantamiseksi (Sosiaalihuoltolaki 1982/2005, § 53 sekä Terveydenhuoltolaki 2010, § 5). Lähtökohtana on, että henkilöstö saisi täydenniskoulutusta 3 - 10 päivää vuodessa. Velvollisuus järjestää täydenniskoulutusta sosiaalihuollon henkilöstölle astui voimaan 1.8.2005. K5:n hallitus asetti keväällä 2009 työryhmän koulutuksen suunnittelua varten. (Yhtymähallituksen pöytäkirja 27.3.2009) Työryhmän tarkoituksena on koordinoita koulutukset, kartoittaa tarve sekä järjestää koulutuksia ja kursseja koko K5:lle. Tavoitteena on antaa osaamista ja tietoa kartuttavaa koulutusta sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmille. (Sjöberg, 2010)

Kuntayhtymällä on perinteitä täydenniskoulutuksen suunnittelussa. Suupohjan rannikkoseudun terveyden- ja sairaanhuoltohenkilöstön koulutuksen suunnittelusta on vuodesta 2003 lähtien vastannut yhteinen suunnittelutyöryhmä, joka aloitti toimintansa Sydin-hankkeen puitteissa. (Söderlund, 2007) Neliapila-jatkohankkeen osahankkeessa tätä ryhmää kutsuttiin ”TTT-ryhmäksi”, Tieto - taito - toimiva palveluketju. Tavoitteena oli taata alan organisaatioille osaavaa henkilökuntaa, jonka ammattitaitoa ylläpidetään ja täydennetään. Henkilöstön täydenniskoulutuksen tärkeä tavoite on toimivien hoitoketjujen takaaminen. (Yhtymähallituksen pöytäkirja 27.3.2009) K5:n sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelee n. 1.000 henkilöä, ja he ovat kaikki peruskuntien, ei kuntayhtymän, palveluksessa, minkä vuoksi koulutuksen järjestämisedellytykset vaihtelevat.¹

¹ Vuodesta 2011 kuntayhtymä on palkannut puheterapeutin, palliatiivisen sairaanhoitajan ja kaksi päihdekoordinaattoria.

Uuden koulutuksen suunnittelutyöryhmän puheenjohtajaksi valittiin kevästä 2009 lähtien Kristiinankaupungin johtava kodinhoitaja Elisabeth Sjöberg. Enemmistö työryhmän jäsenistä edustaa vanhustenhuoltoa ja perusterveydenhuoltoa. (Yhtymähallituksen pöytäkirja 15.9.2010) Tämä käytäntö on periytynyt Sydin- ja Neliapila-hankkeista ja nämä ovat kunnan suurimmat palvelualueet sekä palvelujen käyttäjiä että henkilöstöä ajatellen. (Ks. liite 1)

K5:n koulutustyöryhmä on mm. järjestänyt tai tiedottanut seuraavista kursseista: ravintokoulutus, turvallisuuskoulutus, vanhusten hieronta sekä ensiavun kertauskurssi. Seuraavia kursseja on suunniteltu: lääkekoulutus, IV-koulutus, rokotuskoulutus, hammashoitajien täydennyskoulutus. K5:n kotisivulla on linkki puheenjohtajan kokoamaan koulutustiedotukseen. Lisäksi suunnitellaan nk. täydennyskoulutuskorttien käyttöönottoa ja suurella osalla henkilöstöstä on jo nyt tällainen kortti Neliapila-hankkeen ansiosta. Kurssien järjestämisen lisäksi työryhmä on saanut tietoa alueen koulutuksenjärjestäjiltä.

Työryhmien yhteisessä kehitysseminaarissa tammikuussa 2010 todettiin, että koulutuksen suunnittelutyöryhmällä tulisi olla keskeinen rooli kuntayhtymän kehityksessä. Lisäksi strategiapäivän aikana todettiin olevan toivottavaa, että koulutuspanostukset tukisivat kuntayhtymän strategioita, eli että koulutuspanokset olisivat rakenteeltaan sellaisia, että ne tukisivat ajatusta yhteisestä sosiaali- ja terveydenhuollosta, matalan kynnyksen periaatetta, toimivien hoitoketjujen luomista. (Sjöström, 2010)

Koulutustyöryhmän voidaan todeta olleen luonteeltaan koulutuksenjärjestäjä. Tehtäviin on kuulunut kaikenlaista aina suunnittelusta ja tarjousten pyytämisestä tilojen varaamiseen. Tämä on tietenkin resursseja vaativaa, varsinkin kun tehtävät joutuu hoitamaan varsinaisen työnsä ohella. Toukokuussa 2010 Elisabeth Sjöberg luopui puheenjohtajuudesta. Toukokuun kokouksessa keskusteltiin työryhmän tavoitteista ja koulutustyöryhmän roolista K5:ssä ja päättyttiin seuraaviin kuntayhtymän koulutusten tavoitteisiin:

- Osaava henkilöstö sekä ammattipätevyyden kehittäminen
- Toimivien hoitoketjujen turvaaminen
- Koulutuksen järjestäminen paikallisesti molemmilla kielillä sekä paikalliset koulutuspaikat.

Todettiin, että myös seuraavat asiat ovat ajankohtaisia:

- JET-koulutus
- IkäKasteeseen sisältyvä mentorointi².
- Kaskinen järjestää oman suomenkielisen koulutuksen sähköisen potilastietojärjestelmän (Effic) käyttöönotossa.
- Närpiössä on otettu käyttöön RAI (ks. selostus s. 64).

5.2.1.1 JET-erikoisammattitutkinto

Muutosprosessit asettavat suuria vaatimuksia johtajuudelle. Kuntayhtymä halusi panostaa esimiehille tarkoitettuun JET-koulutukseen. JET-koulutus on johtajuuden erikoisammattitutkinto ja

² Keväällä 2009 aloitti 7 menttori-mentoroitava -paria koulutuksen, joka päättyi huhtikuussa 2011. (Nyman, 2011)

lyhenne tulee sen suomenkielisestä nimestä: ”Johtamisen erikoisammattitutkinto”. Rahoitus järjestetään Länsi-Suomen Oppisopimustoimiston kautta ja tutkinto on opetushallituksen hyväksymä. K5:n koulutuksen kohderyhmänä ovat etupäässä sosiaali- ja terveydenhuollon esimiehet ja tavoitteena oli saada 20 hengen ryhmä koulutuksen käynnistämiseksi. JET-tutkintoon sisältyy organisaation toiminnan suunnittelu ja johtaminen. (Yhtymähallituksen pöytäkirja 23.9.2009)

Seuraavalla tavalla kuvaillaan, minkälainen rooli koulutuksella voisi olla: *”JET-tutkinto voisi olla yksi työkalu, jonka avulla Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymässä valmistaudutaan tulevaisuuden haasteisiin ja toisaalta koulutuksen edetessä voisi kuntayhtymämme strategia painopistealueita edelleen työstää ja viedä kehitystyötä jäsenkuntien organisaatioihin.”* (Yhtymähallituksen pöytäkirja 27.3.2009)

K5:ssä JET-koulutusta suorittaa kolmetoista henkilöä, joista noin puolet työskentelee muualla kuin sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla, esim. päivähoidossa tai hallinnossa. On osoittautunut, että JET-koulutuksessa keskitytään yksilölliseen johtajuuteen ja käsitellään hyvin vähän K5:n ja/tai sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä. Kolmetoista koulutuksen aloittanutta ja jatkanutta valmistuu syksyllä 2011. (Frans 2010).

5.2.1.2 Tulevaisuus - haasteet ja mahdollisuudet

Syksyllä 2010 työryhmä jatkoi työtään puheenjohtajanaan sosiaalijohtaja Pirjo Wadén. Haasteena on yksittäisten yksiköiden ja henkilöstön täydennyskoulutustarpeiden tyydyttäminen. Toinen haaste on kuntayhtymää pidemmällä tähtäimellä hyödyttävien koulutusten koordinoiminen, varsinkin väestön palveluja ajatellen. Tällöin koulutuksen suunnittelutyöryhmällä tulee olla kokonaisnäkemys kuntayhtymän kaikista tasoista.

Muut kuntayhtymässä toteutettavat osahankkeet järjestävät paljon koulutuksia terveyden- ja sosiaalihuollon henkilöstölle (esim. IkäKaste ja Välittäjä -hankkeet). Koulutus ja yhteiset panostukset sekä sosiaali- että terveydenhuollon henkilöstöön ovat tärkeitä kerrannaisvaikutusten, toimivan hoitoportaan sekä asiakkaan kannalta kokonaisvaltaisen ajattelutavan luomiseksi. Kaiken kuntayhtymän sisällön luomiseen tähtäävän toiminnan tavoitteena on laadukkaan palvelun luominen ja takaaminen.

Tammikuussa 2010 K5:n työryhmille järjestetyssä yhteisessä strategiapäivässä koulutustyöryhmän puheenjohtaja Elisabeth Sjöberg korosti seuraavia tulevia haasteita: (Sjöberg, 2010)

- Koulutuksen koordinointi. Työaika koulutusten yhteensovittamiseksi.
- Enemmän yhteistyötä nykyisten täydennyskoulutusyksiköiden kanssa koulutusten suunnittelussa.
- Maalahden ja Kristiinankaupungin välinen etäisyys on haaste koulutukseen osallistuville.
- K5:n tulisi budjetoida varoja koulutusta varten.
- Palautetta koulutuksista, laatuaspekti.

Pirjo Wadén korosti myös toista haastetta tarkastuslautakunnalle antamassaan selostuksessa:

Hankkeiden ongelmana on se, että koko ajan pitää olla jotain uutta, vaikka jotkut hankkeet on juuri aloitettu. Panostetaan koulutukseen, mutta ei ole mahdollisuutta panostaa aikaa oppimansa toteuttamiseen.
(Sosiaalihuollon työryhmän pöytäkirja 1.6.2010)

Työryhmän kokouksessa alkusyksyllä 2010 puheenjohtaja Pirjo Wadén totesi, että täydennyskoulutuksen suunnittelussa ja järjestämisessä on tapahtunut muutoksia alueellisella tasolla. Sifko-keskus sekä Opinpolku ja Edu-vuxen -hankkeet ovat omalta osaltaan keränneet tietoja koulutusten, koulutusneuvonnan ja ohjauksen järjestämiseksi myös sosiaali- ja terveydenhuoltoyksiköille (www.sifko.fi ja www.opinovi.fi). K5:n koulutuksen suunnittelutyöryhmä voi yhteistyössä mainittujen hankkeiden kanssa kehittää henkilöstön täydennyskoulutusta yksiköiden haasteita vastaavaksi. (Koulutustyöryhmä, 2010b)

5.2.2 K5:n lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma

K5:n yhtymähallitus päätti lokakuussa 2008, että kuntayhtymä laatii yhteisen alueellisen lastensuojelusuunnitelman (Yhtymähallituksen pöytäkirja 31.10.2009). Uudessa vuonna 2007 voimaan tullessa lastensuojelulaissa säädetään, että kunnan tai useiden kuntien yhdessä tulee laatia tällainen suunnitelma. Suunnitelman hyväksyy kunkin kunnan valtuusto ja sitä tarkistetaan joka neljäs vuosi. (Lastensuojelulaki, § 12, 417/2007)

K5 asetti yhteisen lastensuojelusuunnitelman laatimista varten poikkihallinnollisen työryhmän, jossa oli sosiaalihuollon, terveydenhuollon, erikoissairaanhoidon (psykiatria), koulutuksen, vapaa-aikatoimen ja teknisen sektorin edustajia. Elokuussa 2009 palkattiin Johanna Aspelin-Wikman osaaikaiseksi (60 %) hankekoordinaattoriksi. Työryhmän puheenjohtajana on toiminut Närpiön perhepalvelujen johtaja Yvonne Lindén ja sihteerinä Johanna Aspelin-Wikman. (Muut jäsenet, ks. liite 1)

Yhteisen lastensuojelusuunnitelman laatimisen tarkoituksena on:

"Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman tavoitteena on antaa päätöksentekijöille parempi kokonais käsitys lasten kasvuoloista ja hyvinvoinnista sekä tähän työhön tarvittavista resursseista. Raportti koostuu toisaalta K5:n alueella asuvien lasten ja nuorten kasvuolojen nykytilanteen analyysistä ja toisaalta keskeisistä ehdotuksista lasten ja nuorten hyvinvoinnin kehittämiseksi. Nykytilanteen analyysissä aineistoa on kerätty mm. eri tietokannoista, mutta aineistoon sisältyy myös eri sektoreiden ja tahojen kuntakohtaisia tietoja." (Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma, 2010, 4)

Lastensuojelu-käsitteellä ymmärretään usein vain korjaavaa toimintaa, eli tukea syrjäytyneille ja apua tarvitseville perheille, lasten huostaanottoa, terapiaa ym., käsitteen ja toiminnan ollessa itse asiassa paljon laajempi (ks. lastensuojelulaki, 2007). Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman laadinnan lähtökohdaksi olivat lastensuojelulain suuntaviivat ja kuntaliiton suositukset lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman laatimiselle. (Johanna Aspelin-Wikman, 2009 sekä Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma, 2010, 4). Suunnitelmassa korostetaan ennalta ehkäisevää työtä ja sitä, että se koskee kaikkia yhteiskunnan sektoreita.

Helmikuussa 2010 suunnitelma esiteltiin K5:n hallitukselle, joka hyväksyi sen. Hallitus lähetti suunnitelman edelleen kuntien valtuustoille lausuntoa ja hyväksymistä varten. Närpiö, Kaskinen

ja Korsnäs hyväksyivät suunnitelman kokonaisuudessaan. Maalahdessa ja Kristiinankaupungissa asian käsittely etenee keväällä 2011.

5.2.2.1 Nykytilanteen arviointi ja henkilöstön kuuleminen

Suunnitelman ja siihen sisältyvien kehitysehdotusten laatimiseksi kuvailtiin ja analysoitiin nykytilannetta. Palvelut jaettiin osa-alueisiin (ks. alla olevaa luetteloa) ja niiden pohjalta kuvattiin ja analysoitiin nykytilannetta, sekä kunnittain että alueellisesti. Suunnitelmassa selostettiin yksityiskohtaisesti jokaista osa-aluetta. Sivistystoimi (päivähoito, koulut ja vapaa-aika) sekä tekninen sektori eivät kuulu K5:n vastuualueeseen, mutta ne on sisällytetty yhteiseen lastensuojelusuunnitelmaan. Lasten ja nuorten hyvinvoinnin kuvaamiseksi on valittu seuraavat osa-alueet:

- kasvuympäristön turvallisuus
- lasten ja nuorten terveys, kehitys ja koulutus
- osallisuus
- neuvolatoiminta
- päivähoito
- koulu
- suun terveydenhuolto
- lasten ja nuorten vapaa-aikapalvelut
- järjestöjen ja yksityisten palveluntuottajien palvelut
- kotipalvelu, perhepalvelut
- tekninen sektori
- erityispalvelut.

Kullakin osa-alueella työryhmä on käyttänyt valtakunnallisesti valittuja indikaattoreita (esim. huostaanottojen määrä, oppilashuollon henkilöstömäärä, vapaa-aikatoiminnot ym.) K5:n tilanteen kuvaamiseksi. Nämä indikaattorit olivat myöhemmin toimenpide-ehdotusten perusteena. Suunnitelmaan sisältyy laaja ja yksityiskohtainen tilannearvio ja analyysi K5:ssä asuvien lasten ja nuorten kasvuoloista, taustatietoja, tilastoa, taulukoita ja katsauksia, jotka selkeyttävät palvelujen nykytilaa ja puutteita.

Lastensuojelusuunnitelmassa korostetaan neuvolatoimintaa tärkeänä ennalta ehkäisevänä palveluna. Åbo Akademin opiskelijan laatimasta, K5:n neuvolatoimintaa koskevasta raportista työryhmä sai tietoa palvelujen muotoilusta ja mahdollisista puutteista kunnittain. Raportissa haastateltiin 10 ensisynnyttäjää ja kysyttiin heidän näkemyksiään lasten- ja äitiysneuvolasta.³ (Håkans, 2010)

³ Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 28.5.2009/380. Asetus astui voimaan 1. heinäkuuta 2009. Kunta on velvollinen järjestämään 9 ja 10 §:n mukaiset määräaikaiset terveystarkastukset 1 päivästä tammikuuta 2011.

Nykytilanteen tilastollisen analyysin lisäksi työryhmä halusi saada käsityksen siitä, miten alueen henkilökunta haluaisi kehittää lastensuojelua sekä omassa kunnassaan että K5:ssä. Siksi työryhmä järjesti työseminaarin myöhäissyksyllä 2009. Seminaariin kutsuttiin sellaista henkilökuntaa, joka työssään on tekemisissä lasten, nuorten ja perheiden kanssa. Työseminaarin tarkoituksena oli selvittää, mitä ennaltaehkäisevää ja tukevaa työtä sektorit tekevät lasten ja nuorten hyvinvoinnin osalta, miten sektoreiden yhteistyö toimii sekä mitä osa-alueita halutaan kehittää alueella. (Kutsu työseminaraariin 5.11.2009) Työkokousta voidaan pitää (puitelain tarkoittamana) henkilöstön kuulemisena.

Työryhmä katsoi olevan tärkeää kuulla mahdollisimman monta saadakseen tietoa m. siitä, mitä pidetään lastensuojelun tärkeimpänä työalueena, koska tällä kentällä sektorirajat ylittävä toiminta, yhteydenotot ja yhteistyö ovat tärkeitä. Tilaisuuteen osallistui runsaat 50 henkilöä kuntayhtymästä ja he edustivat seuraavia sektoreita: neuvola, päivähoito, koulu, kouluterveydenhuolto, vapaa-aikasektori, sosiaalisektori, tekninen sektori ja seurakunta. Työseminaarissa osanottajat keskustelivat eri teemoista kunnittain ja sen jälkeen sektoreittain kuntien välillä. Seminaaria johti hankepäällikkö Eini Pihlajamäki ja sihteereinä toimivat Johanna Aspelin-Wikman ja Susann Sjöström.

Osanottajat saivat pohtia kolme teemaa: 1) Kasvua ja kehitystä edistävä toiminta sekä ennalta ehkäisevä toiminta, 2) Kasvua ja kehitystä tukeva toiminta ja 3) Korjaava toiminta. Kaikkien teemojen osalta oli vastattava seuraaviin kysymyksiin; Kenen/minkä sektoreiden kanssa teette yhteistyötä? Mikä toimii hyvin? Mitä tulisi parantaa/kehittää? Yhteistyössä kenen/ minkä sektorin kanssa?

Rajat ylittävän yhteistyön katsotaan olevan pitkälle kehittynyt K5:n jäsenkunnissa. Työseminaarin tulos esitetään suunnitelman liitteenä. (Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma, 2010, 38)

Työseminaarissa kiteytettiin erilaiset kehitystarpeet. Seuraavia palveluja voisi kehittää alueellisesti keskitetyiksi lasten ja perheiden palveluiksi:

- perheneuvola
- vanhempainkoulutus
- moniammatillinen vastuu ehkäisevästä työstä
- perhekeskus
- kriisiryhmä
- puheterapeutti
- perhekahvilatoiminta
- ehkäisevä päihdehuolto
- enemmän yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa
- asenne- ja suvaitsevaisuuskasvatus
- erityispalvelut
- oppilashuolto
- henkilöstön täydennyskoulutus
- Job Center

ja seuraavia palveluja halutaan/ voisi kehittää lähipalveluiksi:

- perhepalvelukeskus

- koulukuraattori (Kristiinankaupunki)
- K5:n JOPO-ryhmä (joustava perusopetus sellaisille oppilaille, jotka ovat vaarassa jäädä ilman päästötodistusta).

5.2.2.2 Alueelliset kehitystarpeet

Tässä yhteydessä selostetaan lyhyesti lastensuojelusuunnitelmassa esitettyjä, koko K5:tä koskevia kehitysehdotuksia. Suunnitelman tuloksena on esitetty seitsemän keskeistä kehitysehdotusta K5:n alueella asuvien lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin edistämiseksi ja niiden osalta on annettu yhteensä 21 toimenpide-ehdotusta. Seitsemän kehitysehdotusta ovat:

1. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja heidän osallistumisensa päätöksentekoon turvataan.
2. Kehittää ja turvata lapsille ja nuorille suunnattuja palveluja
3. Ehkäisevä lastensuojelutyö
4. Lasten ja nuorten vapaa-ajantoiminnan turvaaminen ja kehittäminen.
5. Koulutus ja kasvatus.
6. Kuntayhtymän asiantuntijapalvelut.
7. Monikulttuurisen taustan omaavien lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja kehitetään.

Muiksi alueellisiksi palveluiksi ehdotetaan mm:

- Että K5:ssä on lääkäri, jolla on päävastuu kouluterveydenhuollon suunnitelmallisesta työstä.
- Että kuntayhtymä asettaa poikkihallinnollisen ohjausryhmän ehkäisevän työn kehittämiseksi.
- K5:lle yhteisiä täydennyskoulutuksia, esim. vanhemmuuden arviointi.
- Perhepalvelujen erityisosaamista alueellisella tasolla, esim. pari- ja perheterapia.
- Alueellinen vastaiskuryhmä päihdehuollon ehkäisevässä toiminnassa.
- Alueellinen ratkaisu puhe- ja toimintaterapiatarpeen tyydyttämiseksi.
- K5:n kriisiryhmätoiminnan koordinointi.

Useilla toimenpiteillä halutaan aikaansaada ensinnäkin yhteinen näkemys K5:n yhteistoiminta-alueella siitä, mitkä ovat hyvinvoinnin takaamisen haasteet sekä siitä, mitä voidaan tehdä lasten ja nuorten hyvinvoinnin lisäämiseksi. Toiseksi pyritään löytämään yhteisiä ratkaisuja mahdollisesti syntyviin ongelmiin. Muut kehitysehdotukset ja siten tavoitteet riippuvat suoraan tai välillisesti yksittäisen kunnan tilanteesta ja palvelujen nykytilasta. Oppilashuoltoa ehdotetaan hoidettavan kokonaan yksittäisten kuntien (opetustoimen) toimesta. Koulukuraattoreita on vain Maalahdessa ja Närpiössä.⁴ Pätevien sosiaalityöntekijöiden saaminen tulevaisuudessa tulee olemaan haaste.

⁴ Maalahden koulukuraattori on palkattu yhteiseen Maalahden-Korsnäsin TK:hon (perusturvalautakunta). Närpiön koulukuraattori on sivistystoimen palveluksessa.

5.2.2.3 Perhetyö

Perhetyö on palvelu, joka vaihtelee paljon yhteistyökuntien välillä. Perhetyöllä tarkoitetaan sosiaalihuollon palvelua.⁵ (K5:n lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma, 2010, 15)

Joissakin kunnissa perhetyö kuuluu kotipalvelun alaisuuteen, kun se taas joissakin kuuluu lastensuojelun alaisuuteen. Sen takia perhetyön sisältö vaihtelee. Kristiinankaupungissa ja Kaskisissa perhetyö on järjestetty kotipalvelun alaisuudessa. Korsnäsissä sosiaalityöntekijä vastaa palvelusta ja Närpiössä on n. puoli virka (0,4) kotipalvelussa ja lastensuojelussa. Maalahti on ainoa jäsenkunta, jolla on sosiaalihuollossa kokopäiväinen perhetyöntekijä, joka ei kuulu kotihoidon alaisuuteen, vaan lastensuojelun alaisuuteen. (K5:n lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma, 2010, 21)

Perhetyön vahvistamisen tavoitteissa on kosketuskohtia mielenterveysstrategian kanssa:

"Pyrkimyksenä tulee olla perhetyön vahvistaminen ja yhtenäistäminen K5:n kunnissa, mikä merkitsee, että kuntien tarvitsemat panostukset vaihtelevat. K5:n puitteissa voitaisiin laatia yhteiset suuntaviivat perhetyön sisällölle, rakenteelle ja hallinnolle. Perhetyön kehittämisessä voidaan ottaa huomioon syksyllä 2009 laadittu perhetyön kompetenssarviointi." (Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma, 2010, 15)

5.2.2.4 Suunnitelman seuranta

Yhtymähallitus hyväksyy suunnitelman sekä päättää siitä, miten se toteutetaan kunnissa ja miten kunnat saadaan sitoutumaan suunnitelmaan. Lastensuojelulain 12 §:n mukaan kunkin kunnan valtuusto hyväksyy suunnitelman. (K5:n lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma, 2010, 30)

Kehitys- ja toimenpide-ehdotukset hyväksytään suuntaa-antaviksi lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointia edistävälle kuntayhtymän ja yksittäisten kuntien työlle. Ehdotetut toimenpiteet toteutetaan suunnitelmallisesti (2010 →) ja kuntayhtymän ja/tai kuntien taloudellisten resurssien puitteissa.

Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman laatimisesta vastannut moniammatillinen työryhmä vakiinnutetaan alueellisessa yhteistyössä ja se saa päävastuun suunnitelman päivittämisestä ja seurannasta. Työryhmä seuraa kehitystä ja antaa vuosittain raportin yhtymähallitukselle ja kuntien valtuustoille.

Lastensuojelusuunnitelmaa seurataan vuosittain ja suunnitelmaan kirjattuja suoritteita arvioidaan. Seurannalla ja arvioinnilla pyritään luomaan kokonaiskuva ja löytämään vastaus seuraaviin kysymyksiin: Miten lapset ja nuoret voivat ja kuinka hyvinvointi on kehittynyt? Miten lasten, nuorten ja perheiden palvelut toimivat ja kuinka lasten ja nuorten kasvuympäristö on kehittynyt? Kuinka suunnitelmaan kirjatut tavoitteet ja toimenpiteet ovat toteutuneet?

Monet suunnitelman ehdotuksista liittyvät suoraan muihin K5:n puitteissa laadittuihin suunnitelmiin, perusterveydenhuollon kehittämiseen sekä mielenterveysstrategiaan. K5:n lastensuojelussa ja mielenterveyshuollossa halutaan panostaa perustason ennalta ehkäisevään

⁵ Pohjanmaan lastensuojelun kehittämisyksikkö -hankkeen puitteissa 2007-2009 arvioitiin perhetyön osaamista Pohjanmaalla. <http://www.jakobstad.fi/barnskydd>.

työhön, ja K5 on asettanut ehkäisevän työn ohjausryhmän, jonka työhön sisältyvät lastensuojelusuunnitelman toimenpide-ehdotukset. (Yhtymähallituksen pöytäkirja 25.2.2010)

5.2.3 Sosiaalihuollon työryhmä

Kuntayhtymän perustan muodostamisen yhteydessä 2007 asetettiin sosiaalihuollon työryhmä, joka on jatkanut työtään. Sen puheenjohtajana on johtava sosiaalijohtaja (20 %) Pirjo Wadén. Maaliskuusta 2011 lähtien Wadén toimii K5:n kokoaikaisena hoitotyön ja hoivan johtajana. Ryhmän muut jäsenet ovat jäsenkuntien sosiaalijohtajat (ks. liite 1). Tarvittaessa työryhmän työhön on myös osallistunut vanhustyön johtajia. Sen lisäksi, että sosiaalihuollon työryhmä on tukenut asiantuntemuksellaan kuntayhtymän muodostamistyötä, se on myös toiminut monella tavalla sosiaalijohtajan viiteryhmänä sekä tiedotusfoorumina. Pohjanmaalla toteutetaan erilaisia hankkeita, joilla on yleistä merkitystä sosiaalihuollon kannalta, esim. IkäKasteen K5:n osahanke, K5:n Kotouttamishanke, K5:n Välittäjähanke sekä Pohjanmaan PerheKaste.

Sosiaalihuollon työryhmällä on ollut alaryhmiä, joiden tehtävänä on ollut laatia ehdotuksia kuntayhtymän yhteisiksi ratkaisuksi. Yksi ryhmä on esimerkiksi työstänyt yhteisiä suuntaviivoja kuljetuspalvelulle ja sosiaalihuoltolain mukaisille matkoille sekä vammaispalveluille, esim. vaikeavammaisten subjektiivinen oikeus henkilökohtaiseen avustajaan. (Sosiaalihuoltoryhmä, pöytäkirja 2.12.2009)

Kuntayhtymän haasteena on sosiaalihuollon palvelujen tuotteistaminen ja hinnoittelu. Tätä varten on ollut alaryhmä, joka aloitti työnsä mm. vanhustenhuollon palvelujen hinnoittamisella. Auditorin palveluja on käytetty hinnoittelutyön vahvistamiseksi. Hinnoittelulle varatut määrärahat osoittautuivat liian pieniksi eikä K5:llä ollut henkilökuntaa, joka olisi voinut tehdä tätä työtä kokoaikaisesti muutaman kuukauden ajan, minkä vuoksi tuotteistaminen ja hinnoittelu eivät edeneet suunnitellulla aikataululla. Hinnoittelutyöryhmä ei ole kokoontunut vuonna 2010. (Yhtymähallituksen pöytäkirja 20.5.2009)

Sosiaalihuollon työryhmä on antanut lausunnon alueellisen lastensuojelusuunnitelman kehittämiseksi asetetulle työryhmälle sekä mielenterveysneuvostolle. Helmikuussa 2010 sosiaalihuollon työryhmä laati seuraavan luettelon toivomuksista ja tarpeista PerheKaste-hankkeelle.

1. Vanhemmuuden arviointi; kaikki viisi kuntaa korostivat vanhemmuuden arvioinnin jatkamista ja kehittämistä. Koulutukseen osallistuu henkilöitä kaikista viidestä kunnasta ja eri sektoreilta (terveydenhuolto, sosiaalityö, perhetyö, psykologi).
2. Vanhempaintuki; eri sektorit korostavat vanhempaintuen merkitystä jo varhaisiässä, tarkoituksena vahvistaa vanhemmuutta ja vanhempainroolia (asenteita muokkaava, uusavuttomuus). Vanhempainvalmennuskurssien jatkoa korostettiin (vrt. K5:n vanhempien haastatteluja).

Muuta:

- sosiaalityöntekijöiden foorumi - sekä K5:ssä että yhteinen koko maakunnalle
- perhetyö - yhteinen työmalli, yhteiset suuntaviivat K5:lle
- perhetyö koulussa
- alkuarviointi - toimeenpanotilaisuuksia

- Vaasan sairaanhoitopiirin konsultointi oppilashuoltoryhmille (Kristiinankaupunki)
- tehostettu neuvolatyö - riskiperheille: ohjausta, tietojen syventämistä, konsultaatiota (Kaskinen)
- läksyjentekoapu maahanmuuttajataustaisille lapsille (Korsnäs, Kaskinen)
- perhekahvilatoiminta (Kaskinen)
- poikkihallinnollinen koulutus
- linjavalinta tärkeä - minkälaiseen menetelmään/työtapaan panostetaan yhteisen, pysyvän työkäytännön aikaansaamiseksi esim. varhaisessa puuttumisessa? Olemassa olevaa osaamista tulee aktiivisesti hyödyntää (käytettävien menetelmien, saadun tiedon kartoitus). Järjestettävän koulutuksen tulee olla poikkihallinnollinen -> lisää osallistujien ymmärrystä toistensa työtä, toistensa sektoreita kohtaan.

Sosiaalihuollon työryhmän ajankohtaisia teemoja kesällä/syksyllä 2010 ovat olleet:

- hankehakemukset PerheKaste ja Ikäkaste
- K5:n kotouttamishanke ja monikulttuurinen työ
- yhteiset ratkaisut esim. potilasasiain toiminnalle
- perhetyön tilannekartoitus
- K5:n sosiaalityöntekijöiden verkostoryhmä, toistensa tukemiseksi, tällainen ryhmä on ollut myös aikaisemmin

Todettakoon, että monet rinnakkaiset prosessit edellyttävät resursseja; muutosprosesseihin osallistuville työntekijät tarvitsevat aikaa ja tukea. Jos malli tuntuu epäselvältä, minkä Pirjo Wadén esitti K5:n työryhmien strategiapäivässä, on kuntayhtymän visiota sekä tilaaja-tuottajamallin merkitystä selkeytettävä. (Sjöström, 2010)

Pirjo Wadén toteaa Rannikko-Pohjanmaan tarkastuslautakunnalle syksyllä 2009 antamassaan selostuksessa sosiaalihuollon kehityksestä:

K5:n jäsenyys on tuonut lisää työtä. Osallistuminen erilaisiin työryhmiin vie paljon aikaa, mikä vie resursseja kunnassa tehtävästä tavallisesta työstä, ja matkakustannukset ovat nousseet. Tilaaja-tuottaja -mallin toteuttamista koskevaa suunnittelua voisi selkiyttää ja aikaperspektiivi voisi olla selkeämpi. Koska alue on laaja ja tilanne kunnissa vaihtelee, tämä työ vie ja sen tulee saada viedä aikaa. Laajempi yhteistyö viiden kunnan sosiaali- ja terveydenhuoltohallintojen välillä on kuitenkin käynnistynyt hyvin. (Wadén, 2009)

K5:n sosiaalihuollon työryhmä jatkaa tehtävänsä, jota ohjaa suureksi osaksi valtakunnallinen ja alueellinen sekä yksittäisten yksiköiden kehitys. Sosiaalihuollon työryhmän keskeisiä kysymyksiä ovat yhteiset ratkaisut uusien lakien ja ohjeiden tulkinnaalle, koulutukselle ja sosiaalityöntekijöiden foorumin ylläpitämiselle. Myös vuorovaikutusta muiden K5:n kehitysprosessien kanssa korostetaan. Pirjo Wadénin toimiessa maaliskuusta 2011 lähtien sekä perusterveydenhuollon että sosiaalihuollon kokoaikaisena hoitotyön ja hoivan johtajana alueen kehittämisedellytykset paranevat merkittävästi.

5.2.4 Rannikko-Pohjanmaan mielenterveysstrategian 2010-2015 laatiminen

5.2.4.1 Tausta ja lähtökohdat

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen on Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän keskeisiä painopistealueita ja strategisia valintoja. Yksi valituista kehityskohteista ovat mielenterveyspalvelut ja tarkoituksena on ollut laatia yhteinen mielenterveysstrategia, käsittäen myös päihdepalvelut, vuoteen 2010 mennessä. (Yhtymähallituksen pöytäkirja 29.4.2009)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on laatinut kansallisen suunnitelman mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi (Mieli). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma noudattaa kansainvälisen maailmanterveysjärjestön WHO:n ja Euroopan unionin linjauksia, joiden mukaan mm. väestön psyykkinen terveys on otettava huomioon kaikissa poliittisissa ohjelmissa. (THL, 2009)

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen (ml. ennalta ehkäisevät panostukset) kehittäminen on haaste kuntayhtymälle. Varsinkin kansanterveyden näkökulmasta on kyse erittäin tärkeästä alueesta. Mielenterveyden häiriöt ja päihdeongelmat ovat suurimmat syyt pitkäaikaisiin sairauslomiin, psyykkisiin sairauksiin, työkyvyttömyyseläkkeeseen ja kuolleisuuteen (alkoholista johtuvat vauriot) sekä syrjäytymiseen. Ongelmat eivät vaikuta pelkästään yksittäiseen henkilöön vaan koko perheeseen sekä lasten ja nuorten kasvuohtoihin. (Ks. mm. THL 2009)

Strategia on jaettu selvitysosaan ja toimenpide-osaan ja siinä korostetaan teorioita ja tutkimuksia, jotka liittyvät psyykkisen terveyden edistämiseen koko elinkaaren aikana ja varsinkin ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin. Strategian lähtökohdانا ovat olleet varsinkin psyykkistä terveyttä edistävät ja häiriöitä ehkäisevät panostukset. (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 2-30). Lisäksi tavoitteena on ollut, että kuntayhtymä tarjoaisi yhä enemmän palveluja lähipalveluina tai alueellisina palveluina, sekä kuntayhtymän tuottamina että/tai tilaamina. *”Toimintoja uudelleen kohdentamalla sekä työn sisältöjä kehittämällä pyritään siihen, että aikaisemmin erikoissairaanhoidon avo- ja laitospalveluihin käytettäviä resursseja voitaisiin jatkossa suunnata yhä enemmän perus- ja lähipalveluiden käyttöön.”*

(Mielenterveysstrategia 2010-2015, 60)

Mielenterveys- ja päihdetyö asetetaan etusijalle kansallisella tasolla, mikä näkyy mm. Mieli-työryhmän suunnitelmassa: ”Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma sekä ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015”⁶, Pohjanmaan-hankkeessa⁷ ja Välittäjä-hankkeessa. Kansalliset ja alueelliset ohjelmat tuovat alueeseen liittyvää tietoa, tutkimusta ja kehitysideoita, jotka tukevat K5:n mielenterveysneuvoston esittämää kehitystä. Toisin sanoen ei ole vaikeaa löytää selityksiä, teorioita, kokonaisnäkömymiä ja argumentteja suunnitelmaa varten, koska alueella on tehty paljon tutkimuksia ja selvityksiä.

⁶ Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa suunnitelman toimeenpanoa ja asetti keväällä 2010 ohjausryhmän. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tukee toimeenpanoa tiedotusaineistolla, kuntakonsultaatioilla ja kehityshankkeilla. Kunnat vastaavat suunnitelman toteutuksesta, <http://info.stakes.fi/mielijapaihde/>

⁷ Pohjanmaan hanke on laajapohjainen hanke päihde- ja mielenterveyspalvelujen kehittämiseksi. Hanke toteutetaan Vaasan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien, Keski-Suomen erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymän, SONet BOT-NIA:n sekä sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyönä [http //www.pohjanmaahanke.fi/](http://www.pohjanmaahanke.fi/)

Yhtymähallitus antoi mielenterveysneuvostolle seuraavan tehtävän:

”Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän alueelle nimettävään mielenterveysneuvoston ensimmäisenä tehtävänä olisi yhteisen mielenterveysstrategian johtoryhmänä toimiminen. Mielenterveysneuvosto voisi jatkossa ottaa kantaa mielenterveystyön kehittämiseen, antaa lausuntoja sekä ylläpitää eri toimijoiden välistä verkostoa. Eri toimijoilla tarkoitetaan peruspalveluja, erikoissairaanhoidoa sekä kolmatta sektoria. Mielenterveysneuvostoon tulee nimetä myös palvelujen käyttäjien edustajia sekä omaisia.” (Yhtymähallituksen pöytäkirja 29.4.2009, ks. myös Mielenterveysneuvoston johtosääntö, liite 4)

5.2.4.2 Mielenterveysneuvosto ja muut resurssit

Yhtymähallitus valitsi jäsenet mielenterveysneuvostoon, jonka tehtävää on jatkettu myös mielenterveysstrategian valmistumisen jälkeen. Koordinaattoriksi ja mielenterveysneuvoston puheenjohtajaksi valittiin Närpiön vastaava psykologi Ralf Häggqvist. Muut mielenterveysneuvoston jäsenet ja asiantuntijat on lueteltu liitteessä 1. (Yhtymähallituksen pöytäkirja 29.4.900) Strategian kirjoittamiseksi palkattiin Tiia Järvinen THL:stä osa-aikaisesti 5 kuukaudeksi. Järvinen on osallistunut mielenterveysneuvoston kokouksiin ja myös toiminut sihteerinä, lisäksi hän on koonnut tilastolliset tiedot.

Hallituksessa huhtikuussa 2009 käsitellyn ehdotuksen mukaan mielenterveysneuvostoon kuului käyttäjiä ja omaisten edustajia, mikä myöhemmin muutettiin siten, että mielenterveysneuvosto kutsuu tarvittaessa käyttäjien ja omaisten edustajia kokouksiin.

Mielenterveysneuvoston käytettävissä oli lähtökohdista laadittu luonnos, jonka K5:n johtaja Jarkko Pirttipera oli laatinut yhdessä mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiantuntijoiden kanssa, ”Psykkisen hyvinvoinnin tiimi”. Tiimi on keskustellut mielenterveyspalvelujen rakenteesta ja sisällöistä sekä mielenterveysstrategian laatimisprosessista. Hallituksen huhtikuun kokoukseen laaditussa valmistelussa Jarkko Pirttipera kirjoittaa: *”Mielenterveysstrategian laatiminen on pitkä prosessi ja kannattaa hyödyntää alueemme mielenterveystyöhön liittyvää tahtotilaa.”* (Yhtymähallituksen pöytäkirja 29.4.2009)

Neuvosto on kuullut asiantuntijoita, varsinkin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylilääkäri Veijo Nevalaista. Nevalainen on ”Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman” vastuuhenkilöitä (THL 2009) sekä nk. Imatramallin puolestapuhuja ja kehittäjä. Nevalainen on osallistunut asiantuntijana muutamaan mielenterveysneuvoston kokoukseen ja hän on myös kommentoinut mielenterveysstrategian luonnosta. Muita kuultuja asiantuntijoita ovat sairaanhoitopiirin psykiatrisen yksikön ylilääkäri ja johtava sairaanhoitaja sekä K5:n hanketyöntekijöitä. Rose-Marie Holmberg Jäljillä-hankkeesta on osallistunut kutsuttuna päihdehuollon asiantuntijana. Britt-Marie Lindqvist Välittäjä-hankkeesta on myös osallistunut asiantuntijana mielenterveysneuvoston kokouksiin tammikuusta 2010 lähtien. Lisäksi neuvosto on kuullut kolmatta sektoria, esim. omaishoitajayhdistyksiä, Anhörigas stöd för mentalvården i Vasanejden r.f. -yhdistystä, Svalan-yhdistystä sekä Jobcenteriä ja Pixnekliniikkaa. (Mielenterveysneuvoston pöytäkirja 15.1., 3.2.2010)

Muutama mielenterveysneuvoston jäsen on osallistunut mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyviin sekä K5:ssä järjestettyihin seminaareihin. Muutama mielenterveysneuvoston jäsen osallistui Imatralla järjestettyyn tutustumismatkaan.

Muita K5:n hankkeita, joita voidaan pitää mielenterveysneuvoston resursseina ovat: Välittäjä, IkäKaste, PerheKaste, Alueellisen lastensuojelusuunnitelman laatimista varten asetettu työryhmä, yhdessä Vaasan kaupungin kanssa toteutettu Kotouttamishanke ja Arviointihanke.

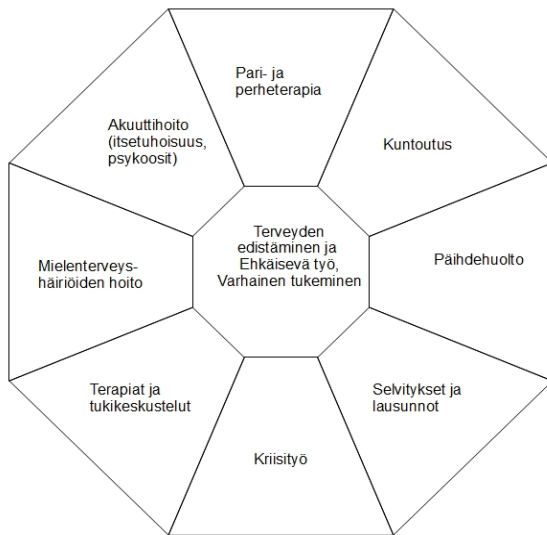
Sekä kunnan että Vaasan sairaanhoitopiirin palveluksessa olevaa mielenterveys- ja päihdehuollon henkilöstöä on kuultu. Huhtikuussa 2010 järjestettyyn kuulemistilaisuuteen oli kutsuttu sairaanhoitopiirin, Närpiön ja Kristiinankaupungin psykiatrisen poliklinikan henkilökuntaa, Vaasan kaupungin mielenterveystoimiston johtaja sekä Maalahden-Korsnäsin TK:n henkilökuntaa, Maalahden ja Kristiinankaupungin masennushoitajat sekä Närpiön päihdeneuvoja. Kristiinankaupungissa järjestettyyn kokoukseen osallistui runsaat 30 henkilöä. (Mielenterveysneuvoston pöytäkirja 7.4.2010)

5.2.4.3 Lähtökohdat ja periaatteet

K5:n mielenterveysneuvosto on valinnut strategiatyölle seuraavat lähtökohdat kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman pohjalta. (THL 2009)

1. Asiakaslähtöiset palvelut.
2. Matala kynnyks ja tarpeenmukainen hoitopääsy.
3. Yhden oven periaate.
4. Ennalta ehkäisevä terveystyö.

Neljäs periaate on tärkeä lähtökohta läpi koko strategian. Ennalta ehkäisevä työ on ollut kaiken muun lähtökohta. Mielenterveysneuvosto kuvaa tämän seuraavasti:



yminen (Häggqvist, sisältyy Mielenterveysstrategiaan).

Kuviota ja sen sisältöä selostetaan seuraavasti mielenterveysstrategiassa:

"Kuvion ydin, mielenterveyden edistäminen ja häiriöitä ehkäisevä työ on kaiken toiminnan lähtökohtana. Kuvion eri sektoreita tullaan myöhemmin tässä strategiassa avaamaan yksityiskohtaisemmin niiden nykyisen palveluntuotannon tilanteen, kehittämishaasteiden ja tavoitteiden osalta.

Lisäksi otetaan kantaa siihen, miten kukin näistä sektoreista asettuu paikallistason, alueellisen K5-tason sekä erikoissairaanhoidon tason toimintoihin.

Mielenterveystyöstä muodostuu siten yhtenäinen kenttä, jossa kuvion eri sektorin muodostavat tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden K5-alueen kuntalaisten mielenterveyden edistämiseksi ja hyvinvoinnin turvaamiseksi."

(Mielenterveysstrategia 2010-2015, 10)

Mielenterveysstrategian tiivistelmässä selostetaan mielenterveysneuvoston lähtökohtaisia ajatuksia kehittämisehdotusten määrittelyssä:

"Mielenterveysneuvosto on luonut kokonaissuunnitelman Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän mielenterveystyölle. Terveyttä edistävää ja ennaltaehkäisevää toimintaa, kuntoutusta ja hoitoa on käsitelty rinnakkain ja korostettu tärkeinä osina kokonaisuutta. Strategiassa korostetaan koko alueen yhteisiä ja selkeästi ilmaistuja tavoitteita. Poliittisella johdolla on tärkeä rooli hyvinvointi-indikaattoreiden, hyvinvointitilinpäätöksen ja arviointivälineiden luomiseksi työn ohjauksivälineiksi, joilla edistetään koko väestön hyvinvointia." (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 5)

Kehitysehdotukset on määritelty mm. seuraavien periaatteiden pohjalta:

1. Mielenterveystyön henkilöstöstä muodostetaan kokonaisuus, psykososiaalinen palvelukeskus, jossa on erikoislääkärin johtamaa toimintaa.
2. Olemassa oleva henkilöstöresurssi siirretään yksikön alaisuuteen.
3. Toiminta järjestetään sekä peruskuntatasolla perusturvakeskuksissa että keskitetysti yhteisenä toimintana.
4. Henkilöstö suunnittelee ja toteuttaa toimintaa siten, että käytössä olevat voimavarat käytetään mahdollisimman tehokkaasti.
5. Uudet toimintakäytännöt integroidaan jo olemassa oleviin tai uusiin rakenteisiin huomioiden asiakkaiden ja omaisten näkökulmat.
6. Yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin kanssa kehitetään osana mielenterveystyön kokonaisuutta.
7. Toiminta on taloudellisesti kestävä.
8. Potilaiden ja omaisten asiantuntijuus tuodaan esille suunnittelussa ja toimeenpanossa.
9. Potilas- ja omaisjärjestöjen osaamista hyödynnetään.

"Tavoitteiden toteuttamiseksi perustetaan myös psykososiaalinen yksikkö, johon kootaan henkilöstön mielenterveystyön erityisosaaminen. Henkilöstön työtehtävät ja työpisteet muuttuvat suunnitelman mukaisesti. Esteiden ja päällekkäisyyksien välttämiseksi osa henkilöstöstä sijoitetaan lähelle käyttäjiä ja sosiaali- ja terveydenhuollon eri yhteistyötahoja. Työryhmät käsittelevät eri hoitotarpeita ja sopivat keskenään työjaosta." (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 5)

5.2.4.4 Työ- ja kehitysprosessit

Mielenterveysneuvoston työ on edennyt seuraavien vaiheitten kautta:

1. Kartoittanut palvelujen nykytilaa, puutteita ja toivomuksia.
2. Määrittänyt palvelujen sisällön yllä olevien periaatteiden pohjalta.
3. Strukturoinut palvelut peruspalvelujen (lähipalvelut), alueellisten palvelujen ja laajan väestöpohjan perusteella.
4. Tehnyt hallinnollisen / rakenteellisen ja taloudellisen analyysin.
5. Laatinut kattavan aikataulun strategian toteuttamiseksi kuntayhtymässä.
6. Laatinut ehdotuksen mielenterveysstrategiaksi sisältöineen, rakenteineen, henkilöstöineen (uutta henkilökuntaa ja uusia tiimejä).
7. Järjestänyt kuulemistilaisuuksia.
8. Mielenterveysneuvoston työn lähtökohtana on ollut prosessinomainen dialoginen ajattelu, jolloin ei ole ollut valmista mallia, vaan neuvosto on laatinut oman mallin.

Mielenterveysneuvosto on kokoontunut säännöllisesti yhdeksän kuukauden aikana ja kokousten väliajaksi neuvoston jäsenet ovat saaneet tehtäviä. He ovat esimerkiksi selvittäneet, miten palvelut toimivat peruskunnissa, mitkä palvelut puuttuvat ja minkälainen henkilöstörakenne on. Kaikki neuvoston jäsenet saivat esim. tehtäväksi laatia tietyn palvelun osa-aluearvioinnin. Tällöin jokainen täytti kaavakkeen, jossa palvelut jaetaan lähipalveluihin / keskitettyihin palveluihin sekä perusosaamiseen / erityisosaamiseen. Kaavakkeen perustana toimi alun perin Turunmaalle laadittu neljän kentän lomake, jota on myöhemmin kehitetty perus- ja erityispalveluihin liittyvässä työssä (Pihlajamäki & Henriksson, 2004; Ks. liite 2, Backman, 2009).

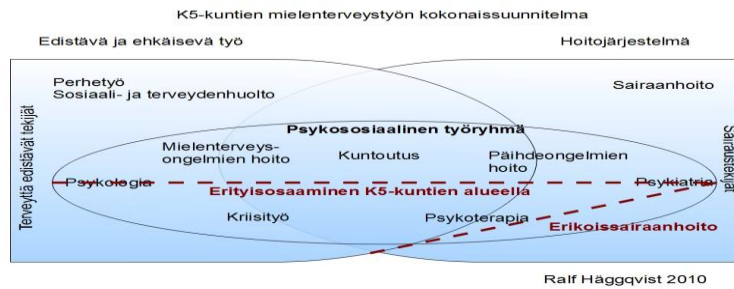
	Tuotetaan lähipalveluna omalla perusalueella	Tuotetaan keskitettynä palveluna koko hela K5-alueella
Perusosaaminen		
Erityisosaaminen		
Resurssien tarve yhteensä		

(Mielenterveysneuvoston pöytäkirja 11.12.2009)

Kuviossa esitetyn jaon perusteella selvitettyt osa-alueet olivat: kuntoutus, päihdepalvelut, perhekeskustelut/perheterapia, terapiat ja tukikeskustelut/pari- ja perheterapia Maalahdessa-Korsnäsissä, kriisiryhmätoiminta, ennalta ehkäisevä ja terveyttä edistävä mielenterveystyö sekä selvitykset ja lausunnot (Mielenterveysneuvoston pöytäkirjat 11.12.2009 ja 7.1.2010).

Mielenterveysneuvosto laati työstetyn luonnoksen pohjalta mallin palvelujen sisällölle, periaatteet asiakastyölle ja palvelun järjestämiselle sekä palveluntarpeen kartoituksia väestön tarpeiden ja henkilöstön resurssien pohjalta.

Alla kuvio K5:n mielenterveys- ja päihdehuollon palveluista:



Kuvio 4 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen organisointi (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 44).

Kuvaa selostetaan seuraavasti: *”Kuviota voidaan ajatella jatkumona, jossa vasemmalla reunalla ovat terveyttä edistävät tekijät ja oikealla reunalla puolestaan sairaustekijät. Tähän välimaastoon sijoittuu joustavasti psykososiaalinen työkenttä, jossa on sekä perus- että erikoistason osaamista. Edistävää ja ehkäisevää työtä on ennen kaikkea peruskunnissa tehtävän mielenterveystyön lähtökohta, mutta sen tulee olla toimintaa määrittävänä tavoitteena myös alueellisella, K5-tasolla, sekä sairaanhoitojärjestelmän piirissä. Ihminen kohdataan ensimmäiseksi perhetyössä tai sosiaali- ja terveydenhuollossa, jonne olisi saatava mielenterveyden osaamista niin tunnistamisen, puheeksi ottamisen kuin hoitoonohjaamisenkin tasoilla”.* (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 44).

Mielenterveysneuvosto on kartoittanut nykyiset erityistason palvelut. Hanketyöntekijä Tiia Järvinen on ottanut esille tilastomateriaalia erikoissairaanhoidon käytöstä kunnissa. Kuntakohtaiset tiedot on selostettu suunnitelmassa. Tilaston lisäksi on tehty taloudellisia laskelmia, jolloin erityisenä painopisteenä on ollut laitoshoidon asiakasmäärän vähentäminen panostamalla avohoitoon ja kuntayhtymän toimesta järjestettävään kuntoutukseen. Analyysin perustana ovat olleet perustason palvelut ja alueelliset palvelut sekä laaja väestöpohja.

5.2.4.5 Strategian tavoitteet

Tarkoituksena oli, että strategia käsiteltäisiin yhtymähallituksessa keväällä 2010, mutta päätöstä lykättiin tiukan aikataulun takia syyskuuhun 2010. Suunnitelma on hyväksytty ja strategian täytäntöönpano alkaa 1.1.2012. Ralf Häggqvist on tammikuusta 2011 alkaen puolipäiväisesti suunnitellut strategian toteutusta. Alla selostetaan mielenterveysstrategian jatkotyötä: *”Mielenterveysstrategian toimeenpanosuunnitelman 2010 - 2013”* mukaisesti. (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 60).

K5-kuntayhtymän alueellisen mielenterveysstrategian tavoitteet on määritelty seuraavasti:

Tavoitteena on kehittää asiakaslähtöinen, avohoitopainotteinen ja lähipalveluiden mielenterveysosaamiseen rakentuva mielenterveystyön kokonaisuus:

- priorisoimalla varhainen puuttuminen ja sijoittamalla terveyttä ja hyvinvointia edistävään toimintatapaan

- kehittämällä matalan kynnyksen ja yhden oven periaatteella terveystieteiden hoidontarpeiden arviointia alueen asukkaiden oikea-aikaisten ja laadukkaiden mielenterveyspalveluiden varmistamiseksi
- tuomalla liikkuvan työryhmän mielenterveysosaaminen ja -palvelut ihmisten arkiympäristöihin joustavasti, nopeasti ja tarpeen mukaan
- kehittämällä kuntouttavaa mielenterveystyötä siten, että jokaisella on mahdollisuus toimia itsenäisesti arjessa ja mahdollisuudet palata takaisin työelämään/opiskeluun
- kehittämällä palvelujen alueellista saatavuutta.

Lisäksi todetaan: *”Käytännössä tämä merkitsee sitä, että toimenpiteitä tullaan suuntaamaan em. tavoitteisiin pääsemiseksi muun muassa uuden henkilöstörakenteen mukaisesti. Toimintoja uudelleen kohdentamalla sekä työn sisältöjä kehittämällä pyritään siihen, että aikaisemmin erikoissairaanhoidon avo- ja laitospalveluihin käytettäviä resursseja voitaisiin jatkossa suunnata yhä enemmän perus- ja lähipalveluiden käyttöön. Jotta mielenterveysstrategia lähtee juurtumaan kuntien perusturvapalveluihin, tulee esimerkiksi hoito- ja terapiafilosofian sekä hoitotoimintakäytäntöjen yhtenäistämisen taustalla olla ammattilaisten henkilökohtainen kiinnostus ja sitoutuminen työn ja ammattitaidon kehittämiseen.”* (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 60)

Strategia, jota emme analysoi syvemmin tässä raportissa, on hyvin tehty⁸. Se on helppotajuinen ja siihen sisältyy kaikki tarvittavat faktat strategiakokonaisuuden käsittämiseksi. Samalla se mahdollistaa joustavuutta sekä tarpeisiin ja muutoksiin sopeuttamista kuntayhtymän, yksittäisten jäsenkuntien ja käyttäjien tarpeiden mukaan. Suunnitelmassa määritellään myös strategia-käsitettä seuraavalla tavalla: *”Strategia kehittyy ja muuttuu jatkuvasti, jolloin on samanaikaisesti pidettävä mielessä suuret linjat ja joustettava tilanteen mukaan.”* (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 21)

Neuvosto on tehnyt valintoja, ja on pystynyt tekemään valintoja ideoiden tulvasta. Tavoitteiden asettelu ja olennaisten lähtökohtien määrittäminen ovat johtaneet tulokseen. Se noudattaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen suosituksia (Mieli). Strategia on jaettu selonteko-osaan ja toimenpideosaan.

Pitkän tähtäimen tuloksia ovat väestön hyvinvoinnin ja mielenterveyden turvaaminen sekä yhdenvertaisten palvelujen takaaminen väestön tarpeiden pohjalta. Tämä toteutetaan mm. panostamalla alueellisiin ratkaisuihin, jolloin K5-kuntayhtymällä on kokonaisvastuu mielenterveys- ja päihdepalveluista. Toinen tärkeä pitkän tähtäimen tulos on vahvistaa asiakkaan asemaa ja käyttää näyttöön perustuvia menetelmiä, panostaa matalan kynnyksen ja yhden oven periaatteeseen. Yhtenä tavoitteena on, että sosiaali- ja perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdehuoltohenkilöstö muodostaa kokonaisuuden, tiimin.

5.2.4.6 Kehitysehdotukset

Mielenterveysstrategia sisältää kehitysehdotuksia, joihin sisältyy uutta henkilöstöä ja uusia kokonaisuuksia. Lyhyellä tähtäimellä halutaan mm. palkata koko kuntayhtymälle yhteinen kuntoutusvastaava, perustaa liikkuva työryhmä ja vahvistaa oppilashuoltoa palkkaamalla kuntiin

⁸ ”Syvemmällä analyysillä” ymmärretään tässä, ettei ihmisten näkemyksiä ja/tai psykologia/sosiologia/sosiaalipoliittisia teorioita analysoida syvemmin.

lisää koulukuraattoreita ja koulupsykologeja. Strategian pohjalta halutaan kehittää psyykkisen terveyden edistämistä perustasolla, erityisesti perhepalveluissa, ja tällöin tulee terveyskeskusten ja sosiaalitoimistojen henkilöstön muodostaa työryhmä.

Perhekeskuksia ja oppilashuoltoa kehittämällä mielenterveysneuvosto haluaa vahvistaa ennalta ehkäisevää hoitoa. Samalla halutaan tarjota esimerkiksi perheterapiaa alueellisena palveluna, jota yksittäiset kunnat tähän mennessä ovat ostaneet ulkopuoliselta.

Koko kuntayhtymän alueella toimiva liikkuva työryhmä takaa sen, että asukkaiden tarpeet tyydytetään ja että asukkaat saavat nopeasti ja joustavasti hoitoa matalan kynnykset ja yhden oven periaatteen mukaisesti. (Liikkuva työryhmä ei työskentele öisin). Mielenterveysneuvosto on ottanut monta ideaa Imatran mallista, johon kuuluu liikkuva työryhmä ja siellä on myös panostettu yhden oven periaatteeseen ja matalan kynnyksen vastaanottoon. Imatralla on lisäksi palkattu lisää henkilökuntaa mielenterveys- ja päihdepalveluihin, mikä pidemmällä tähtäimellä on osoittautunut hyväksi ratkaisuksi, koska tällöin on pystytty vähentämään erikoissairaanhoidon hoitovuorokausien määrää. Imatran työryhmissä ja K5:n alaisuuteen suunniteltuun työtiimiin kuuluu lisäksi sekä sosiaali- että perusterveydenhuollon henkilökuntaa. Tämä merkitsee sitä, että peruspalveluhenkilöstön tulee saada koulutusta ja työvälineitä perustason mielenterveys- ja päihdekysymysten parissa työskentelyä varten.

Psykososiaalinen keskus sijoitettaisiin keskelle K5:n aluetta (Närpiö) ja sillä olisi henkilökuntaa selvitys-, terapia- ja liikkuvaa toimintaa varten. Tämän toteuttaminen edellyttää, että liikkuvalla työryhmällä on psykologin virka ja kaksi sairaanhoitajaa ja että lapsitiimillä on puoli psykologin virka. Alueellisen saatavuuden vahvistamiseksi paikallisiin terveyskeskuksiin sijoitetaan kuusi psykiatrian sairaanhoitajaa ja kaksi päihdehoitajaa, mikä on puolentoista sairaanhoitajanviran lisäys. Psykososiaalisen palvelukeskuksen johto vastaa sekä ennaltaehkäisevän ja edistävän että hoitavan mielenterveystyön kehittämisestä ja johtamisesta kaikissa K5-alueen kunnissa. (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 51)

Jotta voidaan varmistaa, että käyttäjät saavat äänensä kuuluville, tehdään yhteistyötä esimerkiksi mielenterveystyön omaisyhdistysten kanssa. Perustamalla työryhmiä ja tekemällä yhteistyötä kuntoutuksen osalta kolmas sektori saadaan mukaan hoitoon ja kuntoutukseen luonnollisena osapuolena. Yhden oven ja matalan kynnyksen periaate taataan paikallisten työryhmien avulla ja heille suunnitellaan koulutusta ja ohjausta terveyskeskuksissa. Myös kotihoidon henkilökunnalle suunnitellaan koulutusta mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden kohtaamisessa. Suunnitelmien onnistuminen edellyttää keskustelua sairaanhoitopiirin kanssa ja yhteistä näkemystä hoitoketjusta ja lähetemenettelystä. (emt., 44-59)

Päihdepalvelujen osalta on yhteistyö parhaillaan toteutettavan Välittäjä-hankkeen kanssa tärkeää. Hanke panostaa mm. perustason osaamisen kehittämiseen mini-interventiokoulutuksen avulla. Tällä hetkellä on vain yhdellä kunnalla (Närpiö) toimiva kriisiryhmä ja mielenterveysneuvosto katsoo voivansa antaa oman panoksensa myös tämän palvelun kehittämiseksi. Osia työterveyshuollosta integroidaan myös mielenterveysstrategiaan. Alueellisen tason erityisosaamisesta voivat vastata ko. alan osaamista omaavat henkilöt K5:ssä, muilta osin tulee sopia ostopalvelusta, esim. neurologiset tutkimukset. Parantamalla sosiaali- ja

perusterveydenhuollon yhteistyötä taataan hyvät palvelut, joiden lähtökohtana ovat väestön palveluntarpeet. (emt., 44-59)

Mielenterveysstrategiaan sisältyy monta kehittämis- ja muutosehdotusta, joiden käyttöönottoa on tärkeää seurata. Strategian seurannasta ja arvioinnista todetaan seuraavaa:

”Mielenterveysneuvoston linjauksissa kokonaisvastuu seurannan toteuttamisesta on K5-johtoryhmällä. Toki mielenterveysneuvosto on toiminnallisesti vielä olemassa tämän strategialuonnoksen valmistumisen jälkeenkin. Voitaneen esimerkiksi toteuttaa käyttäjäkyselyt tms. strategiaa arvioitaessa. Nyt laadittava strategia on suunniteltu vuoteen 2015 saakka, joten ensimmäinen arviointi tulee toteuttaa ennen vuoden 2013 loppua.” (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 63)

Asetettujen tavoitteiden saavuttamisen seuraamiseksi luodaan alueellinen, paikalliset erityistarpeet huomioonottava mittaristo.

Muutoksia muun muassa avo- ja laitospalveluiden käytössä uuden henkilöstörakenteen toiminnan aloittamisen jälkeen tullaan seuraamaan. (emt., 63)

K5:een suunnitellaan mielenterveysstrategian pohjalta seuraavia virkoja:

1. Psykologi Ralf Häggqvist palkataan osa-aikaisesti 1.1.2011 - 31.5. 2011 toteutuksen suunnittelua varten (toteutettu).
2. Terveyttä edistävän työn koordinaattori kuntayhtymään, 2013.
3. Koulukuraattori ja kaksi koulupsykologia, 2013.
4. Kuntoutusohjaaja, 2014.
5. Liikkuva työryhmä, joka vastaa myös kuntouttavasta toiminnasta, 2015.

5.2.5 Pohdintoja mielenterveysstrategiasta

5.2.5.1 Päihdehuolto

Mielenterveysstrategian kehittämisen perustana mielenterveysneuvosto on käyttänyt ”Kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan” sisältyviä lähtökohtia ja periaatteita. (THL, 2009). Suunnitelmassa mielenterveys- ja päihdeasiaa tarkastellaan kokonaisuutena:

”Psykkisestä sairaudesta johtuva työkyvyttömyys on lisääntynyt samalla kun alkoholiperäiset sairaudet ja kuolintapaukset ovat yleistyneet. Siitä huolimatta, että yhä useammalla on samanaikaisesti sekä psyykkisiä että päihdeongelmia, palvelut on usein erotettu toisistaan. On tärkeää yhdessä kehittää psyykkisen terveyden edistämistä ja päihhteettömyyttä, psyykkisen terveyden ennalta ehkäisevää päihdevastaista työtä sekä psyykkisten sairauksien ja päihhteiden väärinkäytön hoitoa.” (THL 2009)

Mielenterveysstrategiassa ei korosteta päihdepalveluja ja niiden palveluketjuja erityisen selkeästi, kuten myös strategiassa todetaan: *”Nämä laaditut päihdetyön kehittämistä koskevat suunnitelmien johtopäätökset tulisi mahdollisuuksien mukaan (kirjoittajan alleviivaus) huomioida mielenterveysstrategiatyössä, vaikka työstämmeekin ensisijaisesti mielenterveyteen liittyvää suunnitelmaa”*. (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 15)

Kuulemistilaisuudessa, johon oli kutsuttu sairaanhoitopiirin edustajia korostettiin ongelmia, jotka johtuvat siitä, että päihdepalveluja ei ole riittävän selkeästi nostettu esille K5:n mielenterveysstrategiassa. Tutustuttuaan suunnitelmaluonnokseen he katsoivat, että päihdetyölle on varattu vähän virkoja ja pieni osa suunnitelmasta suhteessa ongelmien laajuuteen. (Mielenterveysneuvoston pöytäkirja 19.3.2010)

Jos päihdeongelmaisten tilannetta ei nosteta esille, vaarana on, että he joutuvat hoitoketjun ulkopuolelle tai että heidän kanssaan työskentelevät jäävät melko yksin ja joutuvat taistelemaan asiansa puolesta. K5:llä on tammikuusta 2011 alkaen kaksi kokopäiväistä koordinaattoria päihdepalvelujen avohoidossa. Työ on käynnistynyt Välittäjä-hankkeen myötä ja hankkeen kautta kuntien sosiaalityöntekijöille ja terveyskeskusten henkilöstölle on järjestetty mini-interventiokoulutusta. Yhteistyötä ja yhteyttä Välittäjä-hankkeeseen ja K5:n alueellisten päihdehuollon strategioihin on syytä selkeyttää.

5.2.5.2 Käyttäjien osallisuus

Käyttäjät ja heidän osallisuutensa muodostavat lisähaasteen. Mielenterveysstrategian mukaisesti kehitettävien palvelujen tulee perustua asiakkaan tarpeisiin matalan kynnyksen ja yhden oven periaatteen mukaisesti. Olisi toivottavaa saada yksityiskohtaisempi selostus palvelu- ja hoitoketjusta, jotta saataisiin selkeämpi kuva käyttäjän matkasta "ensimmäiseltä ovelta" kuntoutusvaiheen viimeisiin vaiheisiin.

K5:n mielenterveysstrategian kehityksen yhteydessä ei tehty käyttäjäarviointia palvelujen nykytilanteesta, vaan viitattiin seudun kahteen alueelliseen strategiaan. Samalla mielenterveysstrategiassa todetaan, että: *"Strategiaprosessin kannalta on merkittävää kuunnella paikallisia asiantuntijoita sekä palveluiden asiakkaiden ja heidän omaistensa näkemyksiä. Mielenterveyspalveluiden asiakkaat ja heidän omaisensa ovatkin oman kokemuksensa kautta asiantuntijoita, jolloin tulevaisuuden mielenterveystyön rakenteen toimivuuden kannalta heidän roolinsa palveluiden sisällöllisessäkin kehittämisessä tulee olla suuri".* (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 9)

K5:n mielenterveysneuvoston asettamisen yhteydessä tarkoituksena oli, että käyttäjille valittaisiin edustaja. Yhtymähallitus muutti tätä kohtaa siten, että käyttäjiä voidaan tarvittaessa kuulla. Mielenterveysneuvosto kuuli käyttäjiä välillisesti omaisyhdistysten sekä päihdepalvelujen hoitoyksiköiden kautta. Prosessin aikana kuullut omaisyhdistykset toivoivat laajempaa yhteistyötä ja he suhtautuivat myös myönteisesti suunniteltuun liikkuvaan työryhmään.

Lisäksi todetaan, että strategian arvioinnissa kiinnitetään huomiota käyttäjänäkökulmaan käyttäjäkyselyn tai vastaavan muodossa. (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 63). Käyttäjien mielipiteet ovat tärkeitä ja niiden sisällyttäminen prosessiin on haasteellista. Käyttäjien aktivoiminen palvelujen suunnittelussa ja kehityksessä vaatii sekä taitoa että uskallusta.

5.2.5.3 Yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen kanssa

Sosiaalityöntekijöiden roolia korostetaan mielenterveysstrategiassa, jossa mm. todetaan, että sosiaalityöntekijöillä tulee olla psykiatrian perustaidot. Lisäksi todetaan, että sosiaalityöntekijät olisi saa-

tava mukaan hoitosuunnitelmien tekeviin psykiatriisiin tiimeihin. (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 53). Terveyskeskusten perustason henkilöstöllä edellytetään myös olevan taitoja kohdata mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista kärsiviä henkilöitä. Mielenterveysneuvostolla on haasteellinen tehtävä saada mukaan henkilöstöä, joiden tehtäväkuvaukseen tai vastuutehtäviin ei tällä hetkellä kuulu mielenterveys- ja päihdeasioiden hoitaminen. (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 13, 41, 45).

Jotta mielenterveysstrategia lähtee juurtumaan kuntien perusturvapalveluihin, vaaditaan strategian mukaan halukkuutta muuttua ja työskennellä uusissa verkostoissa. (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 60). Tammikuusta 2011 alkaen Ralf Häggqvist työskentelee osa-aikaisesti strategian toteuttamiseksi. Hän tapaa lähes koko suunnitelman piiriin kuuluvan K5:n henkilökunnan ja kuulemistilaisuuksista laaditaan yhteenveto.

5.3 K5-kunnissa parhaillaan toteutettavat hankkeet

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset kehitystavoitteet ja toimenpiteet vuosiksi 2008-2011 on määritelty kansallisessa Kaste-kehittämishjelmassa. Nykyistä Kaste-ohjelmaa toteutetaan vuosina 2008-2011 ja uutta Kaste II-ohjelmaa ryhdytään toteuttamaan vuodesta 2012 alkaen.

Kaste on strateginen ohjausväline suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamiseen. Sen pää-tavoitteena on

- lisätä osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä,
- lisätä terveyttä ja hyvinvointia sekä
- parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta, saatavuutta ja kaventaa alueellisia eroja.

Tavoitteisiin pyritään

- ehkäisemällä ongelmia ennalta ja puuttamalla niihin mahdollisimman varhain,
- varmistamalla alan henkilöstön osaaminen ja riittävyys sekä
- luomalla sosiaali- ja terveydenhuollon ehyet palvelukokonaisuudet ja hyvät toimintamallit.

Ohjelma sisältää 39 toimenpidettä, joita toteuttavat valtio, kunnat, kuntayhtymät ja järjestöt. Ensimmäisen kauden toimenpiteiden määrää (39) on pidetty liian suurena. Suomen kaikki viisi Kaste-aluejohtoryhmää ovat jättäneet sosiaali- ja terveysministeriölle lausunnon, jossa he korostavat, että vuonna 2012 alkavaa uutta Kaste II -ohjelmaa on syytä rajata, jotta voidaan keskittyä nykyistä pitkäjänteisempään kehittämistyöhön. (Kaste-lausunto 25.10.2010)

Kaste-kehittämishjelma on tiedonohjauksen asiakirja. Kaste-ohjelmaan sisältyy myös resurssienohjausta hankeavustusten kautta, joita kunnat ja kuntayhtymät voivat anoa vuosittain. Ensimmäisen ohjelmakauden rahoitustuki on 105 miljoonaa euroa. Kehittämistyötä ohjaa kolme kansallista ja viisi alueellista johtoryhmää. Kuntayhtymä K5 kuuluu Väli-Suomen alueeseen. Ensimmäisen Kaste-kauden aikana Väli-Suomen alueen painopisteinä olivat lapset ja ikäihmiset. (www.stm.fi).

Vuonna 2010 K5:n kunnissa toteutettiin kolme Kaste-hanketta ja yksi sisäasiainministeriön rahoittama hanke. Näitä selostetaan tarkemmin luvuissa 5.3.1 - 5.3.4. PerheKaste ei sisälly kuntayhtymän talousarvioon. Hankkeiden työntekijöitä haastateltiin huhtikuussa 2010, jotta

saataisiin kuva kuntayhtymän ja eri hankkeiden tavoitteiden välisistä yhteyksistä. Haastatteluteemat oheistetaan raporttiin (Liite 3).

5.3.1 Välittäjä-hanke

Väli-Suomen Välittäjä-hanketta 2009 toteutetaan 1.11.2009 - 31.10.2011 välisenä aikana. Hankkeelle on myönnetty jatkoa syksystä 2011 syksyyn 2013. Hankkeen tavoitteena on lähinnä vahvistaa mielenterveystyön ja päihdehuollon perustason osaamista sekä kehittää uusia toimintatapoja ja työmenetelmiä.

Välittäjä-hankkeen tavoitteet ovat:

1. Peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön toimintamallien ja palvelurakenteiden kehittäminen ja jalkauttaminen.
2. Asiakkaiden osallisuuden lisääminen palveluissa sekä niiden kehittämisessä ja arvioinnissa.
3. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja juurruttaminen
4. Päihde- ja mielenterveystyön osaamisen vahvistaminen
5. Saumattomat palveluketjut peruspalveluista erityispalveluihin.
6. Alueellisten mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmien laatiminen yhdessä kuntien ja kuntayhtymien kanssa. (Välittäjä-hankesuunnitelma 2009)

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymä anoi rahoitusta Välittäjä-hankkeelle 2009 yhdessä K3-alueen, nyttemmin K2-alueen, kanssa⁹. Hankkeeseen osallistuvat Vaasan sairaanhoitopiiri, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Pohjanmaa-hanke, Tampereen kaupunki, Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä ja Lahden kaupunki. Toimijat muodostavat viisi osahanketta Välittäjä 2009-hankkeen puitteissa ja niissä työskentelee yhteensä noin kolmekymmentä hanketyöntekijää. (Välittäjä-hankesuunnitelma 2009)

K5 palkkasi Britt-Marie Lindqvistin hankkeen koordinaattoriksi tammikuusta 2010 alkaen. Hänen asemapaikkanaan on Kristiinankaupunki. Keväällä 2010 palkattiin hankerahoituksen turvin päihdehuollon koordinaattori, Maria Lindell, Maalahden-Korsnäsin alueelle, ja hän on tammikuusta 2011 alkaen K5:n palveluksessa. Kristiinankaupungissa, Kaskisissa ja Närpiössä vuosina 2006-2008 toteutetun Jäljillä-hankkeen puitteissa palkattiin päihdehuollon koordinaattori, Rose-Marie Holmberg, joka on myös vuodesta 2011 alkaen K5:n palveluksessa. Hankkeen koordinaattori ja päihdehuollon koordinaattorit tekevät läheistä yhteistyötä. He tekevät myös yhteistyötä K2:ssa toteutettavan hankkeen työntekijöiden kanssa ja heillä on myös yhteinen viiteryhmä. K5:llä ei siten ole erityistä ohjausryhmää tai viiteryhmää hankkeelle.

Pohjanmaalla on tehty kaksi päihdetyötä koskevaa suunnitelmaa: Jäljillä-hanke (2007) sekä Vaasan seudun alueellinen päihdestrategia (2009). Jäljillä-hanke toteutettiin Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän eteläosan kunnissa (Kaskinen, Närpiö ja Kristiinankaupunki) ja hankkeen suositusten pohjalta palkattiin päihdekoordinaattori koordinoimaan alueen päihdetyötä sekä

⁹ K2:n yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Mustasaari ja Vöyri. 1.1.2010 alkaen Vöyrin kunnan muodostavat Vöyri-Maksamaa ja Oravainen, yhteistoiminta-alueen nimi oli aikaisemmin K3.

toimimaan myös kliinisessä työssä. Vaasan seudun alueellisessa päihdestrategiatyössä kuntayhtymän jäsenkunnista mukana olivat Maalahti ja Korsnäs. (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 15)

Mielenterveysstrategia on laadittu K5:lle ja yhtymähallitus hyväksyi sen syksyllä 2010. Välittäjä-hankkeen tavoitteissa ja K5:n mielenterveysstrategian lähtökohdissa korostetaan käyttäjien sananvaltaa, matalan kynnyksen periaatetta ja joustavaa hoitoketjua.

Vuoden 2010 alussa Britt-Marie Lindqvist kartoitti Välittäjä-hankkeen tavoitteen pohjalta panostusten tarvetta K5:n alueen sosiaalitoimistoissa ja terveyskeskuksissa. Jäljillä-hankkeen kautta moni K5:n alaisuuteen kuuluva työntekijä oli saanut koulutusta mini-interventiomentelmässä ja Lindqvist kartoitti menetelmän käyttöönottoa hankekauden alussa. Osoittautui, että on olemassa henkilöitä, jotka osaavat käyttää menetelmää, mutta että sitä käytetään hyvin vähän. (Lindqvist 2010a). On haasteellista panostaa strategisesti yhteisiin koulutuksiin ja luoda edellytyksiä uusien menetelmien käyttöönotolle. Laajempi kartoitus: *"Osaamiskartoitus päihde- ja mielenterveysasioissa"* tehtiin syksyllä 2010 ja se on hyödyksi hankkeen jatkosuunnittelulle. (ZEF-tulokset Välittäjä K5, 2010)

Hankkeen tavoitteen toteuttamiseksi (mm. ennalta ehkäisevään toimintaan liittyvä työ, varhainen puuttuminen, hoidon ja siten palvelun kehittäminen), Välittäjä-hanke on päättänyt panostaa ensisijaisesti henkilöstön mielenterveys- ja päihdehuolto-osaamisen lisäämiseen sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Hankkeen pääasiallinen kohderyhmä on aikuisväestö: (Välittäjä-hankesuunnitelma 2009; Hankehaastattelu, Välittäjä, 2010a).

Hankkeen puitteissa on järjestetty mm. seuraavat koulutukset, joihin K5:n henkilöstö on osallistunut vuonna 2010: (Hankehaastattelu, Välittäjä, 2010b, 2011)

- Vuoden aikana on yhteensä 10 henkilöä osallistunut K5:n mini-interventiokoulutukseen.
- Psykkisen ensiavun sekä suomen- että ruotsinkielinen koulutus, yhteensä 57 osallistujaa kuntayhtymästä on suorittanut koulutuksen.
- Motivoivien keskustelujen koulutus, sekä suomen- että ruotsinkielinen, yhteensä 57 osallistujaa K5:stä.
- Suomenkielisille tarkoitettu koulutus; Masennuskoulu ja Ahdistuskoulu, 24 henkilöä osallistui. Ruotsinkieliseen masennus- ja ahdistuskouluun osallistui 42 henkilöä.
- Unikouluun osallistui 23 henkilöä.
- Masennuskoulun pilotointia suunnitellaan Kristiinankaupungin perusturvakeskuksessa.
- Yhdessä K3:n ja hankkeen muiden osakkaiden kanssa järjestettiin toukokuun lopulla ÖPP:n (Örebro Preventions Program) ohjaajakoulutus, johon osallistui 3 henkilöä K5:stä.
- ASI-koulutus (Addiction Severity Index) järjestettiin syksyllä 2010 ja K5-alueelta osallistui kuusi henkilöä. ASI-menetelmä käännetään myös suomeksi.
- Myös Bearsdlee-perheinterventiokoulutusta järjestetään syksystä 2010 alkaen ja se jatkuu vuoden 2011 puolelle, kolme henkilöä K5:stä osallistuu.
- Henkilökohtaisen palveluohjaajan suomenkielinen koulutus on järjestetty Vaasassa ja ruotsinkielinen Pietarsaassa, 4 henkilöä K5:n alueelta on osallistunut.

Koulutusten lisäksi hanke on tehnyt yhteistyötä Ammattikoulu Novian kanssa seuraavasti:

YH Novian (amk) opiskelijat ovat järjestäneet kampanjapäiviä (12.5.2010). Opiskelijat jakoivat esitteitä ja tarjosivat AUDIT-testejä (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)¹⁰ Mustasaaren, Oravaisten, Kristiinankaupungin ja Maalahden terveyskeskuksissa. Kampanjat jatkuvat mm. kouluissa, yrityksissä ja kaupoissa. Tavoitteena on saada tulevaisuudessa toimiva malli samankaltaiselle yhteistyölle ammattikorkeakoulujen kanssa. (Välittäjä-hanke 9.9.2010). Ammattikorkeakoulu Novian kanssa tehdään yhteistyötä kahden opinnäytteen puitteissa. Toisen opinnäytteen painopisteenä on käyttäjänäkökulma ja omaisten huomioon ottaminen hoidossa, toinen koskee päihdehuollon hoitoketjua. (Hankehaastattelu, Välittäjä, 2010b).

Hankesuunnitelman mukaan painopisteenä on vuodesta 2011 alkaen hoidon kehittäminen ja kuntoutus (Välittäjä hankesuunnitelma 2009). Tarkoituksena on hankkeen avulla: *selkeyttää ja tehostaa päihdepalveluja, edistää raittiutta, ehkäistä ongelmia sekä toteuttaa hoito ja kuntoutus asiakkaan tarpeiden pohjalta*. (Hankehaastattelu, Välittäjä, 2011). Lindqvistin mukaan on laadittu ehdotuksia päihdehuollon katkeamattomasta hoitoketjusta ja lisäksi kaikille K5:n kunnille on kehitetty yhtenäinen hoitoketju ajokorttiseurannalle. (Hankehaastattelu, Välittäjä, 2010a ja 2011)

Hankkeen tavoitteena on lisäksi vahvistaa yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa. Yhteistyö etenkin seudun omaisyhdistysten kanssa on ollut tärkeä osa kehitystyötä. K5:n johtoryhmä on hyväksynyt mini-interventio-oppaan, joka on painettu ja jaettu ja myös lähetetty elektronisesti kaikkiin K5-alueen terveyskeskuksiin ja sosiaalitoimistoihin. Oppaan lisäksi laaditaan päihdehuollon internetsivusto. (Hankehaastattelu, Välittäjä, 2010a ja 2011).

Välittäjä-hanke on tärkeä K5:lle kun ryhdytään toteuttamaan mielenterveysstrategiaa, erityisesti päihdepalvelujen osalta. Mielenterveysstrategian painopisteenä on psyykkisen terveyden suunnitelma. Tätä kuvaillaan seuraavalla tavalla mielenterveysstrategiassa:

”Väli-Suomen Välittäjä 2009-hankkeen avulla alueelle ollaan saamassa lisää voimavaroja myös päihdetyön kehittämiseen eli tavoitteena on palkata päihdekoordinaattori myös kuntayhtymän pohjoisosiin ja erityisesti nuorten päihdetyötä kehittämään. Nämä laaditut päihdetyön kehittämistä koskevat suunnitelmien johtopäätökset tulisi mahdollisuuksien mukaan huomioida mielenterveysstrategiatyössä, vaikka työstämmekin ensisijaisesti mielenterveyteen liittyvää suunnitelmaa. Seuraavaksi esitellään lyhyesti K5-kuntien alueella toimineita mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeita.” (Mielenterveysstrategia 2010-2015, 15)

Hanke on tehnyt panostuksia, jotka ovat tärkeitä kun halutaan kiinnittää huomiota henkilöstön osaamiseen mielenterveys- ja etenkin päihdekysymyksissä. Resurssit on pääasiassa kohdistettu henkilöstön koulutukseen. Hankkeen tähänastiset panostukset voivat olla perustana henkilöstön saamiseksi mukaan jatkomuutostyöhön. Lindqvist kertoo käyneensä alustavia keskusteluja ja suunnittelevansa työtä osittain yhteistyössä mielenterveysstrategian jatkosuunnittelusta vastaavan Ralf Häggqvistin kanssa, jonka kanssa hän pitää säännöllisesti yhteyttä. Hän on myös toiminut asiantuntijana mielenterveysneuvostossa kuntayhtymän mielenterveysstrategiaa laadittaessa. Hanke kestää syksyyn 2011 ja jatkoa on anottu ja myös myönnetty. Lindqvist korostaa, että tietyt panostukset ja käyttöönotto tulee vaatimaan lisää aikaa muotonsa löytämiseksi ja että tarvitaan uutta ajattelua ja uusia yhteistyömuotoja. Tulevaisuuden priorisoinnit ja suuntaviivat ajankohtaistuvat keväällä 2011. (Hankehaastattelu, Välittäjä, 2011). Tärkeä seikka ajatellen hankkeen jatkokehitystä

¹⁰ Testin voi tehdä netissä *Päihdelinkki* (<http://www.paihdelinkki.fi>)

suhteessa mielenterveysstrategiaan on, että tässä on suurelta osin kyse muutostyöstä, joka koskee samoja henkilöstöryhmiä ja samoja käyttäjiä. K5:n Välittäjä-hankkeen haasteena on olla tarkkakuuloinen koko hankkeen yleisille linjavedoille ja yhteisessä viiteryhmässä K2:n kanssa, K5:lle ja mielenterveysstrategian toteutuksessa sekä väestön palvelutarpeille.

5.3.2 *PerheKaste*

Pohjanmaan PerheKaste-hanke kuuluu "Väli-Suomen lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluiden kehittämishankkeeseen, KASPERI" 2009-2011. Hanketta hallinnoi Vaasan kaupunki. Pohjanmaan PerheKaste-hanke koostuu neljästä osahankkeesta, joista K5 osallistuu hankkeeseen "Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin edistäminen sekä lastensuojelun kehittäminen".

Hankkeeseen osallistuvat kaikki Pohjanmaan 17 kuntaa, myös kaikki K5:n kunnat. Hanke ei sisälly kuntayhtymän talousarvioon, vaan peruskunnat ovat hankkeen osallistujia.

Hankkeella on Pohjanmaalla neljä tavoitetta (Antila ym. 2010a):

- Varhaisen vastuunoton kehittäminen lapsille ja lapsiperheille suunnattuna palvelukäytäntönä.
- Vanhemmuuden arvioinnin kehittäminen.
- Laaja-alaisen lastensuojelutyön osaamisen turvaaminen.
- Alueellisen perhehoitomallin kehittäminen (suunnittelun aloittaminen).

Ko. kauden aikana on järjestetty "Huoli puheeksi" -koulutus, joka on suunniteltu kouluttajille. K5-alueelta kouluttajakoulutukseen osallistuu seitsemän henkilöä, jotka vuorostaan kouluttavat lasten, nuorten ja perheiden parissa työskentelevää henkilöstöä. Tavoitteena on, että varhaisen vastuunoton työtapaa juurrutettaisiin peruspalveluihin. Maakunnassa on kokeiltu eri työmalleja vanhemmuuden tukemiseksi, esim. "Föräldraskapet främst" (Folkhälsanin toiminta) ja "Ihmeelliset vuodet" (aikaisemmassa hankkeessa), mutta työmalleja ei ole otettu käyttöön päivittäisessä toiminnassa. Vanhemmuuden arviointikoulutus on toteutettu ja hankkeen henkilöstö järjestää keskustelupäiviä hankekauden lopussa. (Hankehaastattelu, PerheKaste, 2010).

Perhetyö on ollut myös aikaisempien hankkeiden painopistealueena. Nyt kehitetään K5-kuntien perhetyötä siten, että alueen perhetyöntekijät osallistuvat säännöllisesti ammatillisiin kehitysfoorumeihin. Kuntayhtymä asetti hankkeen aloitteesta syyskuussa 2010 moniammatillisen pikkulasten vuorovaikutustiimin (RIST = Relations Inriktat Småbarns Team). Ryhmän tavoitteena on tukea vuorovaikutukseen liittyvissä ongelmissa ja antaa neuvolan ja lastensuojelun henkilöstölle lausuntoja ja tukitoimenpide-ehdotuksia. (Antila ym. 2010b)

Hankkeen henkilöstöresurssit vastaavat kaksi henkilötyövuotta ja ne jaetaan siten, että K5-kuntien henkilöstöresurssi on 40 %. Hankkeella oli kevääseen 2010 saakka kolme työntekijää: Britt-Helen Tuomela-Holti, Pamela Antila ja Johanna Aspelin-Wikman, jotka työskentelivät K5-kunnissa. Aspelin-Wikmanin jäätyä äitiyslomalle ovat kaksi ensiksi mainittua vastanneet koko hankkeesta. Lisäksi Närpiön kunnalla on kokoaikainen hanketyöntekijä "Servicehelheten för utveckling av multikulturellt familjearbete" (Monikulttuurisen perhetyön palvelukokonaisuuden kehittäminen) -hanketta varten.

Närpiön monikulttuurisen perhetyön hankkeen tavoitteena on kehittää ja vahvistaa toimintoja, joiden avulla maahanmuuttajat saadaan osallisiksi. Vastamuuttaneita maahanmuuttajia ja ylimääräistä tukea tarvitsevia maahanmuuttajia tukee henkilökohtainen asiamies. Lisäksi kehitetään palvelunohjausta ja tukiperhetoimintaa sekä vahvistetaan ystävänkutoimintaa. Hanke tekee yhteistyötä alueen muiden hankkeiden kanssa sekä kolmannen sektorin järjestöjen kanssa. (Antila ym. 2010b)

Hankkeessa "Resurssikoulu, resurssitiimi ja intensiivimalli" pilotoidaan resurssitiimimallia, joka merkitsee sitä, että perusterveydenhuollon henkilökunnalla on mahdollisuus konsultoida Vaasan sairaanhoitopiirin lapsi- ja nuorisopsykiatria. K5:n kunnat osallistuvat tähän osahankkeeseen. (Antila, ym. 2010b)

Hanke on tehnyt yhteistyötä K5:n sosiaalihuollon työryhmän kanssa. Sosiaalihuollon työryhmä on PerheKaste-hankkeen pyynnöstä jättänyt luettelon hankkeen toivomista panostuksista. Luettelossa asetetaan etusijalle vanhemmuuden arviointi ja vanhempien tuki. Kaikki kunnat korostivat olevan tärkeää, että vanhemmuuden (=RIST-ryhmä) arviointi jatkuu ja että sitä kehitetään edelleen sekä että vanhemmuutta vahvistetaan. Lisäksi tarvitaan ammattifoorumi sosiaalityöntekijöille ja yhteinen työmalli K5:n perhetyölle. K5-kuntien toivomuksista on laadittu yhteenveto luvussa 5.2.3, jossa selostetaan sosiaalihuollon työryhmän työtä.

5.3.2.1 Muutama pohdinta

Hankkeen toimenpiteiden ja K5-kuntien toivomusten vertailu osoittaa, että PerheKaste-hanke on pienistä resursseista huolimatta onnistunut suhteellisen hyvin kohtaamaan K5:n sosiaalihuollon työryhmän esille ottamia tarpeita. Osaselitys voi olla, että hanketyöntekijät ovat onnistuneet löytämään tärkeitä kehitystarpeita ja järjestämään tarvetta vastaavia koulutuksia. Hanketyöntekijät ovat kartoittaneet alueellisia ja kunnallisia tarpeita järjestämällä säännöllisiä moniammatillisia kokouksia (Hankehaastattelu, PerheKaste, 2010).

Hankkeen tavoitteet pohjautuvat Kaste-ohjelman tavoitteisiin. Kuntayhtymän tarpeita ja hankesuunnitelman tavoitteita ei ole sovitettu yhteen. Toisaalta tulee todeta, että toimintasuunnitelman 2009-2011 keskeisiä strategioita käsittelevässä asiakirjassa ei myöskään mainita tavoitetta lapsi- ja perhepalvelujen kehittämistä. Sitä vastoin mainitaan painopistealueena lastensuojelusuunnitelman tarkistus. "K5:n lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma" valmistui keväällä 2010. (Suunnitelmaa selostetaan luvussa 5.2.2).

Arviointihankkeen järjestämässä keskustelutilaisuudessa kävi ilmi, ettei PerheKasteen hanketyöntekijöillä ollut visiota ja selviä tavoitteita kuntayhtymän osalta. (Hankehaastattelu PerheKaste, 2010) PerheKaste-hankkeen henkilöstö on ruvennut tekemään yhteistyötä kuntayhtymän muiden työryhmien ja hankkeiden kanssa ja on tällä tavalla tutustunut lähemmin kuntayhtymässä parhaillaan toteutettavaan kehitystyöhön. Johanna Aspelin-Wikman on toiminut hankkeen ja kuntayhtymän välisenä yhteyshenkilönä. Hanketyön lisäksi hän on laatinut kuntayhtymän lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman.

Hanketyöntekijät ovat kuntakierroksilla kartoittaneet henkilöstön osaamistasoa ja tällöin todenneet, että henkilöstöllä on osaamista, mutta luottamus omaan osaamiseen on heikkoa. Tämän

seurauksena saattaa henkilöstön työmenetelmäosaaminen jäädä käyttöön ottamatta. Tämä saattaa vuorostaan johtaa henkilöstön turhautumiseen ja siihen, että henkilöstö peräänkuuluttaa uusia menetelmiä ja uusia koulutuksia. (Hankehaastattelu, PerheKaste, 2010). Organisaation jäsenet saattavat hyvinkin unohtaa kerran oppimansa rynnätessään kohti uusia trendejä. Tämä on johtajien ja esimiesten haaste. Niukkoja resursseja ei käytetä parhaimmalla mahdollisella tavalla, jos ei ole päätetty niistä menetelmistä, joihin on panostettu koulutusresursseja.

5.3.3 IkäKaste: Terveyttä ja elämänlaatua Pohjanmaan ikäihmisille

Pohjanmaan IkäKaste-hanke kuuluu Väli-Suomen Ikäkaste -hankkeeseen ja se toteutetaan 1.11.2009 - 31.10.2011. Tavoitteena on kehittää terveyttä edistäviä toimintoja, jotka tukevat ikäihmisten osallisuutta sekä varhaista puuttumista ja ennalta ehkäisevää työtä ikäihmisen turvallisuuden ja terveyden hyväksi. Hankkeen tavoitteena on kehittää alueellisiin tarpeisiin perustuvia työmenetelmiä, joiden avulla ikäihmisten toimintakykyä voidaan tukea kotihoidossa ja laitoksissa. IkäKaste-hankkeen hakemukseen osallistui 13 kuntaa ruotsinkieliseltä Pohjanmaalta. Vuonna 2010 Vaasan kaupunki irrottautui hankkeesta. Lisäksi K5:llä on erillinen IkäKaste-hanke. Molemmilla hankkeilla on toimintoja, eikä hankkeita erotella toisistaan tässä selostuksessa vaan selostamme kaikkia K5:n etujen hyväksi toteutettavia toimintoja. Hankkeella on kolme työntekijää, joista Isabella Nyman työskentelee kokoaikaisesti K5:n palveluksessa sijoituspaikkanaan Närpiö.

K5:n IkäKasteen puitteissa halutaan muuttaa palvelurakennetta laitospainotteisesta avohoitopainotteisemmaksi. Myös ikäihmisten osallisuutta korostetaan ja mahdollistetaan hankkeen kautta seniorineuvonnan, ehkäisevien kotikäyntien ja päivätoiminnan avulla. Tavoitteena on myös lisätä ikäihmisten osallisuutta ja palvelun saatavuutta sekä vahvistaa mahdollisuuksia mielekkääseen arkeen. (IkäKaste, K5:n hankesuunnitelma).

Hanketyöntekijät ovat tehneet kuntakierroksia ja saaneet vahvistusta sille, että kunnat haluavat ensisijaisesti kehittää vanhusneuvoston toimintaa. Halutaan luoda seniorineuvonnan malli, jolla saadaan helposti tietoja koko K5:n alueen senioreille. Lisäksi kunnat ovat nostaneet esille lisätarpeita. Korsnäsissä tavoitteena on kehittää tehostettua muistisairaiden palveluasumista (Anna-koti), Maalahden tavoitteena on toteuttaa ehkäiseviä kotikäyntejä, Närpiössä halutaan kehittää ikäihmisten toimintakykyä tukevia työtapoja kulttuuriaktiiviteettien avulla ja Kristiinankaupungissa halutaan testata käsikirjaa, joka auttaa henkilöstöä havaitsemaan masennusta ikäihmisten keskuudessa. Lisäksi kaikki kunnat haluavat kehittää seniorineuvontaa ja mentorointia (IkäKaste, K5:n hankesuunnitelma).

K5:n kunnilla on oma IkäKaste-työryhmä, joka johtaa ja seuraa hanketta K5:n näkökulmasta. Työryhmän puheenjohtajana toimii hankkeen vetäjä Ann-Sofie Smeds-Nylund ja ryhmä on kokoontunut noin kerran kuukaudessa K5-kuntien vanhustenhuollon yksiköissä. Mainittujen tavoitteiden lisäksi K5:n IkäKaste-työryhmä on nostanut esille tarpeen säännöllisesti seurata ikäihmisten palveluntarvetta. Työryhmä toteaa, että: *"K5:llä ei vielä vaikuta olevan selkeää strategiaa ikäihmisten asumisen ja palvelujen järjestämiselle"*. (IkäKaste, K5:n työryhmä, 27.1.2010).

Toteutettuja tai parhaillaan toteutettavia toimintoja ovat mm.:

- Ikäihmisten infokahvila yhteistyössä seurakuntien ja kolmannen sektorin organisaatioiden kanssa.
- Mentorointiseminaareja on pidetty. Seitsemän mentorointiparia on muodostettu. Artikkelit mentorointiprosessista julkaistaan Vård i Fokus -lehdessä kun prosessin arviointi on valmistunut.
- On järjestetty ammattifoorumi ikäihmisten toimintakykyä tukevien työtapojen kehittämiseksi sekä työpajoja hyvinvointia edistävien kotikäyntien kehittämiseksi.
- On järjestetty ikäkonferenssi, joka pidetään myös vuonna 2011.
- Sosiaaligerontologian koulutus on järjestetty koko Pohjanmaalle.
- Ikäihmisten ateriat -teemaa on nostettu esille.
- Kaskisissa järjestetään neljä suomenkielistä luentoa mm. aktivoivista työtavoista järjestetään Kaskisissa.
- RAI-järjestelmän koulutusta järjestetään aloittelijoille ja pidemmälle ehtineille. RAI-asiantuntijoiden verkosto perustetaan. RAI:n (Resident Assessment Instrument) avulla voidaan monipuolisesti arvioida ikäihmisen hoidon tarvetta sekä hoidon laatua ja kustannuksia. Mittausjärjestelmä sisältää suuren määrän kysymyksiä, jotka muodostavat testattuja indikaattoreita. Väline sopii mm. hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimiseen sekä hoitotulosten seurantaan.
- Eettinen käsikirja K5:n yhteistyölle kolmannen sektorin kanssa.
- Käsikirja ikäihmisten masennusten kohtaamiseksi otetaan käyttöön laitoksissa. Liikuntaa ja aktivointia korostetaan selkeämmin psyykkisten sairauksien ehkäisemiseksi. Erityisesti Kristiinankaupunki haluaa kiinnittää huomiota laitoksissa asuvien ikäihmisten psyykkiseen terveyteen.
- Senioribarometri on laadittu, jotta saataisiin vastaus siihen, minkälaisia tarpeita ja toivomuksia ikäihmisillä on palvelujen ja asumisen suhteen. Sosionomiopiskelija on laatinut asiaa käsittelevän opinnäytteen. Barometri löytyy K5:n verkkosivuilta. Barometri on valmis otettavaksi käyttöön koko K5:n alueella ja lisäksi luodaan tietokanta helpottamaan vastausten täyttämistä ja tulosten saamista, ja se valmistuu suunnitelmien mukaan viimeistään toukokuussa 2011. (IkäKaste, K5:n työryhmä, 27.1. - 13.12.2010, Nyman 2010b).

Seniorineuvontaa suunnitellaan ja vuoden 2001 aikana käynnistetään kokeilutoiminta Pohjanmaan Ikäkeskuksen Närpiölle luoman mallin mukaisesti. Närpiössä seniorineuvonta toteutetaan "tulevaisuusdialogin" avulla. Seniorineuvonta käsittää palveluista annettavan tiedotuksen lisäksi myös suunnattuja kotikäyntejä ja terveystarkastuksia ja tavoitteena on, että jokaisessa kunnassa olisi neuvonta.

Seniorineuvonnan kehittämisen perusteluissa sanotaan mm., että ennalta ehkäisevissä palveluissa on aukko. Eläköitymisen jälkeen suurin osa eläkeläisistä jää ennalta ehkäisevien sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen ulkopuolelle. Siksi tarvitaan ikäihmisten neuvontaverkosto. Hankkeessa lähdetään siitä, että seniorineuvonnan avulla tuetaan sekä ikäihmisten osallisuutta yhteiskunnassa että heidän mahdollisuuksia asua kauemmin omassa kodissa. Hankkeen aikaisemmassa suunnitteluvaiheessa pyrittiin luomaan kiertävä seniorineuvonta alueellisena palveluna. Ajatuksesta luovuttiin sillä perusteella, että jokaisessa kunnassa tulee olla

neuvolatoimintaa ja nyt on kehitetty perusmalli. K5:n kunnat päättävät itse käytetäänkö perusmallia vai kehitetäänkö oma malli. (Nyman, 2010, 2010b)

Yksittäiset kunnat ovat työskennelleet suunnitelmien mukaisesti:

Korsnäsissä työstetään hankesuunnitelmaa Anna-kodin kehittämisestä ja resurssikeskuksen luomisesta muistisairauksista kärsiville. Suunnitelman mukaan seuraava toiminta sisällytetään: päivätoiminta, lyhytaikahoito, päivähoito, yöhoito, koulutus, ohjaus, puhelinneuvonta. Maalahdessa avatun Westerhemmetin vaikutuksia on arvioitu. Maalahdessa toimiva henkilöstö osallistuu hyvinvointia edistävien kotikäyntien kokouksiin. Tavoitteena on, että kotikäynneillä käytetään samoja kaavakkeita koko Pohjanmaalla. Lomakkeiden kansallisia suuntaviivoja työstetään vielä. Närpiössä teemana on ollut kulttuuri hoidossa, jossa on mm. otettu draama mukaan toimintaan. Teeman osalta tehdään myös pohjoismaista yhteistyötä. Kulttuurin hyödyntämisestä hoidossa on kirjoitettu hankeraportti. Kristiinankaupungissa työstetään edelleen masennuskäsikirjaa, joka kehitettiin ensimmäisessä Ikäkeskus Pohjanmaan -hankkeessa. (Nyman, 2010b)

5.3.3.1 Muutama pohdinta

IkäKasteen tavoitteet Pohjanmaalla noudattavat kansallisen Kaste-ohjelman tavoitteita ja kartoitettuja kuntien tavoitteita. Kuntayhtymän toimintasuunnitelmassa (2009-2011) vanhustenhuollon kehittämiselle ei ole annettu kovin suurta tilaa. Todetaan, että ikääntyvän väestön osuus lisääntyy nopeammin Pohjanmaan maakunnassa verrattuna muihin maakuntiin. Lisäksi todetaan, että vanhustenhuollon kehittämiseksi tarvitaan välineitä, joilla palveluntarvetta pystytään tarkemmin osoittamaan ja ikäihmisten hoitoa ja kuntoutusta arvioida ja suunnitella. (Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän kehittämissprosessin lähtökohtia..., 2008)

IkäKasteen toteuttamia tai suunnittelema toimenpiteitä ovat olleet avohoidon ja ennalta ehkäisevän työn kehittäminen. Hankkeessa on kehitetty työkaluja, jotka parantavat työn laatua avohoidossa ja mahdollisuuksien mukaan myös laitoshoidossa (masennuskäsikirja, aktivoivat työtavat). Kuntayhtymän vuosien 2009-2011 strategian osalta on ensijaisen tärkeää osata arvioida ikäihmisen hoidon tarvetta sekä hoidon laatua ja kustannuksia, minkä vuoksi RAI-järjestelmän koulutus on ollut hyvä panostus. Myös senioribarometrin avulla pystytään osoittamaan ikäihmisen palveluntarvetta ja se voi siten olla kuntayhtymän peräänkuuluttama työkalu.

Vaikka kuntayhtymän strategiassa esitetyt vanhustenhuollon tavoitteet ovat vaatimattomia, hankkeen henkilöstö ja työryhmä ovat pystyneet kartoittamaan tarpeet kuntakierroksilla. Yhteisen kehitystyön perustaa työstettiin aikaisemmassa K5-työryhmässä ja Ikäkeskus Pohjanmaa -hankkeessa. Siksi on ollut mahdollista jatkaa kehitystyötä laajalta pohjalta ja syventää sitä. Hankekauden aikana kehitettiin erityisiä työkaluja, jotka hyödyttävät kaikkia kuntia, esim. senioribarometri ja seniorineuvolan malli sekä käsikirjoja.

Hankkeen henkilökunta suhtautuu myönteisesti kunta- ja palvelurakennemuutostukseen sekä kuntayhtymän prosessiin, mutta vaikuttaa siltä, että kuntien työntekijät ajattelevat kehitystä oman kunnan näkökulmasta (Hankehaastattelu IkäKaste 14.4.2010). Yhteisten "ajatusten" vähäisyys saattaa johtua siitä, ettei kuntayhtymän tavoitteita pidetä riittävän selkeinä.

IkäKaste-hankkeen tavoitteena on muuttaa palvelurakennetta avohoitopainotteisemmaksi. Hankkeen avulla pystytään lisäämään henkilöstön osaamista ja kehittämään työkaluja, mutta itse hankkeilla pystytään harvoin muuttamaan palvelu- ja hoitorakenteita. Päätös hoidon rakenteen muuttamisesta avohoitopainotteisemmaksi tulee tehdä kunta- ja/tai kuntayhtymätasolla. Rakennemuutoksessa on hyvät edellytykset onnistua, kun henkilöstö on saanut työkaluja ja valmiuksia työskennellä avohoitopainotteisemmin.

5.3.3.2 Etälääketieteelliset palvelut

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymä on testannut uutta etälääketieteellistä palvelua vanhustenhuollon lääkärinpalvelujen järjestämiseksi. Kuntayhtymä aloitti vuonna 2010 yhteistyön palvelujen ostamiseksi Doctagon Oy:ltä. Kokeilun arvioinnin pitkittymisen takia kokeilukautta pidennettiin 30.4.2011 saakka. Etälääketieteelliset palvelut hankitaan 12 vanhustenhuollon yksikölle (yhteensä 258 potilaspaiikkaa + n. 8 lyhytaikaispaikkaa). Seuraavat yksiköt osallistuvat kokeiluun: Kristiinakoti & De Gamlas Hem (Kristiinankaupunki), Alvina & Pörtehemmet (Närpiö), Lärknäs & Annahemmet (Kornäs), Mogården, Grangården, Evahemmet, Adamhemmet, Björkgården & Tallgården (Maalahti). (Yhtymähallituksen pöytäkirja 24.11.2010)

5.3.4 Kotouttamishanke

Hankkeessa keskitytään suunnittelemaan toimintaa liittyen maahanmuuttajien alkuvaiheen kotoutumiseen ja palveluohjaukseen (perhepalvelut, mielenterveys) sekä matalan kynnyksen neuvolapalveluihin. Tavoitteena on tukea sekä riittävän kielitaidon että ns. "terveyslukutaidon" omaksumista. Hankkeen tavoitteena on helpottaa tasavertaisten palvelujen luomista maahanmuuttajille ja yhtenäisten työmenetelmien luomista alueen lapsi- ja perhekeskusyksiköissä. Hanke päättyi 31.12.2010. Hanketta rahoitti sisäasiainministeriö ja sen kokopäivätoimisena hanketyöntekijänä toimi Mirja Högstrand. Hankkeen ohjausryhmän puheenjohtajana toimi Ralf Häggqvist.

Hankkeen pääasiallisena tavoitteena oli koordinoida ja valmistella maahanmuuttajakeskuksen ja maahanmuuttajakoordinaattorin perustamista K5:n alueella. Hankkeen painopisteinä ovat olleet maahanmuuttajalasten ja -perheiden palvelut, hoito ja terveyttä edistävä työ. Hankkeen pilotoima toimintamalli toteutetaan jatkossa Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymässä yhteisen maahanmuuttajakoordinaattorin toimesta. Maahanmuuttajakoordinaattorin toimi sisältyi kuntayhtymän ensimmäiseen strategiasuunnitelmaan (2008) ja sisältyy nyt kuntayhtymän vuoden 2012 taloussuunnitelmaan. (Vuoden 2011 talousarvio ja vuosien 2012-2013 taloussuunnitelma)

Hankkeella on samanlaiset tavoitteet kuin Närpiössä toetuettavalla monikansallisen perhetyön hankkeella ja hankkeen puitteissa on tehty yhteistyötä K5:n alueellista lastensuojelusuunnitelmaa kehittävän työryhmän ja PerheKaste-hankkeen kanssa.

K5 on perustanut moniammatillisen työryhmän, joka hoitaa erityistehtäviä ja koordinoi ennalta ehkäisevän työn resursseja tavoitteena luoda alueelle moniammatillisia ja monikulttuurisia työmenetelmiä.

Hanke on luonut infopankin K5:n tarpeiden pohjalta. Infopankin tarkoituksena on antaa hoitohenkilökunnalle paremmat edellytykset kohdata kulttuurista moninaisuutta maahanmuuttajien kotoutumisen helpottamiseksi yhteiskunnassa. Henkilökunnalle tarkoitettu materiaali on saatavilla suomeksi ja ruotsiksi. Maahanmuuttajat voivat saada materiaalin ruotsiksi ja suomeksi ja se on myös käännetty alueen maahanmuuttajien yleisimmille käyttämille kielille; bosniaksi, vietnamiksi ja venäjäksi. Oppaita on laadittu raskausajasta, synnytyksestä, vauvan ensimmäisistä kuukausista, kodin lääkkeitä, yleisimmistä lastentaudeista ja neuvolasta. Ne löytyvät kuntayhtymän kotisivuilta, www.kviisi.fi. (Hankehaastattelu, Kotoutuminen 16.4.2010, Närpiön Info 2010).

5.3.5 Arvionitihanke

Arviointihanke "*Gemensam social- och hälsovårdsservice - samarbete, samverkan, framgång? - Utvärdering av en process.*" (Arviointihanke) toteutetaan 1.1.2009 - 30.6.2011. Euroopan aluekehitysrahasto myönsi Länsi-Suomen läänin kautta rahoituksen hankkeelle. Pohjanmaan Liitto, joka nykyään hallinnoi hanketta on myöntänyt hankkeelle jatkoaikaa 31.12.2011 saakka. Hankkeen omistaja ja hallinnoija on Åbo Akademin Vaasan yksikkö. Yhteistyötahoja ovat Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området - FSKC ja Yrkeshögskolan Novia Vaasassa.

Hankkeen kehittäjä Susann Sjöström työskentelee Åbo Akademin palveluksessa ja hän aloitti työnsä 1.5.2009. Hankepäällikkönä toimii (osa-aikaisesti) Eini Pihlajamäki FSKC:stä ja hankekoordinaattorina (osa-aikaisesti) Anna Smirnoff Åbo Akademin Centret för livslångt lärande -keskuksesta. Ammattikorkeakoulu Novia on nimennyt koulun sisällä K5-ryhmän, joka vastaa mm. hankkeeseen liittyvästä tutkimuksesta ja kehityksestä sekä opinnäytteistä ja harjoittelujaksoista. Arviointihankkeen ohjausryhmä koostuu K5:n johtavista viranhaltijoista ja hankkeen osapuolista, ks. tarkemmin liite 1. Sen puheenjohtajana toimii johtava sosiaalijohtaja Pirjo Wadén.

Hankkeella on kaksi päämenetelmää, hankkeen työntekijät ovat toisaalta osallistuvia arvioijia ja toisaalta kuntayhtymän resursseja muutosprosessissa:

1. Hanke seuraa muutostyötä, tutkii asteittaisia prosesseja, tarkkaillee kentällä toteutettavia toimenpiteitä (ammattihenkilöstön mielipiteet) ja lisäksi tutkitaan kokousasiakirjoja. Hankekehittäjä osallistuu K5:n työryhmien työskentelyyn ja toimii resurssina ja tarkkailijana. Hän dokumentoi työryhmien työtä. Hankepäällikkö tutustuu työryhmien asiakirjoihin ja on suunnitteluvaiheessa kommentoinut lastensuojelusuunnitelmaa ja mielenterveysstrategiaa. Hankepäällikkö johti lastensuojelusuunnitelmaa käsittelevää työseminaaria.
2. Hanke tukee muutostyötä ja pyrkii reagoimaan kuntayhtymässä tai arviointihankkeessa esiin tulleisiin tarpeisiin:
 - a) Järjestämällä aktiviteetteja:
 - yhteinen seminaari kaikille K5:n työryhmille, joiden yleisenä tarkoituksena oli löytää kosketuskohtia ja yhteisiä perusteita yhteiselle strategialle.

- kaksi seminaaria K5:n työntekijöille ja luottamushenkilöille (kesä- ja marraskuu 2010) tilaaja-tuottajamallista.

- johtajuutta tukevia kehityspäiviä K5:n johtajille ja esimiehille, syys- ja lokakuu 2010.

- b) Tekemällä yhteistyötä K5:n muiden hankkeiden kanssa ja käymällä evaluointikeskusteluja K5:n puitteissa toteutettavien hankkeiden työntekijöiden kanssa.
- c) Luomalla yhteistyöfoorumi kuntayhtymän sekä korkeakoulujen ja yliopistojen välillä.

Hankeosapuolena toimii Ammattikorkeakoulu Novia Vaasassa. Noviassa laaditaan tutkimuksia ikäihmisistä ja osa sosionomiopiskelijoista on keväällä 2010 suorittanut harjoittelujakson, jossa he haastattelivat esimiehiä mm. kuntayhtymän ja palvelujen kehityksestä.

Oppilaitos tekee yhteistyötä Helsingin yliopiston (HY) Svenska social- och kommunalhögskolan - korkeakoulun Vaasaan sijoitetun sosiaalityöntekijäkoulutuksen sekä HY:n sosiaalityön ja valtiotieteiden laitosten kanssa. HY:n valtiotieteiden laitoksessa on aloitettu pro gradu -tutkielmaa, jonka aiheena on K5:n tilaaja-tuottajamalli. Åbo Akademin kanssa on keskusteltu yhteistyöstä kehityopsykologiassa ja sosiaalipolitiikassa.

- d) Selvittämällä:

- syksyllä 2009 hanke suoritti K5:n johdon toimeksiannosta kyselyn lääkäreiden ja hammaslääkäreiden mielipiteistä palvelujen järjestämisestä.

- K5 kuuluu yhteistoiminta-alueena sosiaalialan perus- ja erityispalvelujen järjestämisestä laadittuun katsaukseen. (FSKC:n raportti 1/2009).

- Novian tutkimusyksikkö on laatinut raportin hankkeessa: "Ikääntyvien elinehdot K5:ssä - GERDA-materiaalin ja Oman kodin puolesta -kyselyn analysointi" 2010.

- Sosionomiopiskelijoiden keväällä 2010 suorittamat haastattelut on koottu raporttiin: "Esimiesten mielipiteet vanhustenhuollon ja päivähoidon kehittämistarpeesta Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymässä." (FSKC:n raportit 1/2011).

- e) Tukemalla johtajuutta muutostyössä

- Arviointihankkeen yhtenä tavoitteena on vahvistaa K5:n viranhaltijoiden ja esimiesten osaamista ja johtajuutta. Koska K5 oli panostanut esimiesten JET-koulutukseen syksyllä 2009, hanke ei ole halunnut käynnistää sitä vastaavaa koulutusta, vaan halusi saada lisää näkemyksiä toteutettavista prosesseista ennen panostusten suunnittelua. Keväällä 2010 hankkeen ohjausryhmän kokouksissa keskusteltiin lisääntyneen yhteistyön ja yhteistoiminnan tarpeesta kaikilla tasoilla ja erityisesti johtajien ja esimiesten keskuudessa. Lisäksi kävi ilmi, että kentällä on tarvetta saada lisää tietoja K5:stä ja kuntayhtymän kehittämisestä. (EAKR-ohjausryhmän kokous, pöytäkirja 18.3. 2010)

- Arvionitihanke päätti tarjota "johtajuuteen" liittyviä panostuksia kesäkuusta 2010 alkaen. Tilaaja-tuottajamallista järjestettiin strategiapäivä. Seminaariin osallistui runsaat 60 henkilöä, sekä viranhaltijoita, että keskijohtoa, poliitikoita ja muutama henkilö muista kunnista. Panostusta jatkettiin pienemmissä ryhmissä syksyllä 2010. Johtajuuden kehityspäivät suunniteltiin yhteistyössä K5:n johdon ja arviointihankkeen ohjausryhmän kanssa.

Kehityspäivien luennoitsijana toimi Kristiina Strandman. Osallistujat jaettiin aihekohtaisiin ryhmiin: (1) lapsi- ja perhetyö, (2) aikuissosiaalityö ja perusterveydenhuolto sekä (3) vanhustenhuolto. Päiviin osallistui n. 25 johtajaa ja esimiestä. Yhteinen päätöstilaisuus järjestettiin marraskuun 2010 lopulla, jolloin järjestettiin uusi seminaari tilaaja-tuottajamallista painopisteenä mallin käytännön toteutus, seminaariin osallistui n. 40 henkilöä.

- Kehityspäivä sektorirajat ylittävistä yhteistyömalleista järjestettiin tammikuussa 2011 ja tilaisuuteen osallistui n. 50 henkilöä K5:stä, hankkeista ja seudun koulutusyksiköistä. Seminaari oli tarkoitettu koulussa, päivähoitossa, sosiaalihuollossa ja terveydenhuollossa työskenteleville ammattihenkilöille, jotka halusivat saada käsityksen sektorirajat ylittävästä työskentelystä sekä yhteistyön ja dialogisen työskentelyn mukanaan tuomista hyödyistä.

Tietoinen panostus dokumentaatioon tulee näkymään erityisesti vuonna 2011, kun useat raportit valmistuvat. Nämä voivat luoda perustan kuntayhtymän johdon kehittämiseksi.

5.4 Tilaaja-tuottajamalli

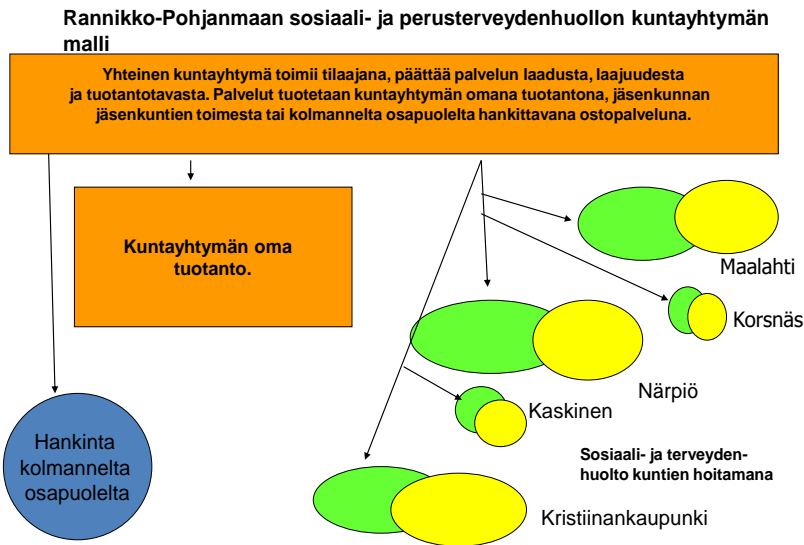
Kuntayhtymä valitsi perussopimuksen mukaisesti tilaaja-tuottajamallin sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelujen järjestämismalliksi.

Asiakirjassa Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän kehittämisprosessin lähtökohtia ja toimintasuunnitelman 2009-2011 keskeiset strategiat (2008, 3) selostetaan tilaaja-tuottajamallia seuraavasti:

”Tilaaja-tuottaja malli koostuu toimeksiantajista, tilaajasta, tuottajista sekä palvelujen käyttäjistä. (Kauppa- ja teollisuusministeriö 2006: 14–15). Toimeksiantajien tulee määritellä kuntalaisten palvelutarpeet ja osoittaa niihin tarvittavat voimavarat. Rannikko-pohjanmaan tilaaja-tuottaja mallin toimeksiantajia ovat tässä vaiheessa jäsenkunnat. Kuntayhtymä toimii sosiaali- ja terveyspalvelujen tilaajana. Tilaaja koordinoi jäsenkuntien tavoitteet ja voimavarat kustannustehokkuus huomioiden ja on vastuussa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä.

Yhteistoiminta-alue on tilaaja ja vastaa siitä, että vastuu palvelukokonaisuuksista on yhdellä toimielimellä tai juridisella henkilöllä. Yhteistoiminta-alueen vastuulle siirrettävä palvelu on järjestettävä yhtäläisin perustein kaikille asukkaille. Yhteistoiminta-alue päättää palvelun laajuudesta, laadusta ja tuotantotavasta.

Palvelut tuotetaan joko kuntayhtymän, yhteistoiminta-alueen jäsenkuntien sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden tai ulkopuolisten palveluntuottajien toimesta. Tilaajan ja tuottajan välistä suhdetta ohjaavat sopimukset. Tuottaja päättää, miten sovitut palvelut tuotetaan ja ohjaa sovittuihin palveluihin liittyviä tuotantoprosesseja. Tuottaja vastaa tilaajalle ja käyttäjälle tuotetun palvelun laadusta.”



Kuvio 5 K5:n tilaaja-tuottajamalli. Lähde: Malmsten, 2008

Arviointihankkeen aikana on osoittautunut, että K5:ssä tarvitaan lisää tietoa tilaaja-tuottajamallista, erityisesti tilaajan ja tuottajan roolit ovat epäselviä. Hankkeen ohjausryhmä keskusteli maaliskuussa 2010 tarpeesta saada tukea muutostyölle. Kuntayhtymän johtaville viranhaltijoille ja esimiehille päätettiin suunnitella ja järjestää kehityspäiviä. Hieman myöhemmin kuntayhtymän johtaja otti yhteyttä ja ilmaisi tarpeen järjestää seminaari tilaaja-tuottajamallista, koska tiedot mallista ovat puutteellisia.

Tilaaja-tuottajamallin ja K5:n jäsenkuntien yhteistyön kehittämiseksi yhtymähallitus päätti marraskuussa 2010 perustaa tilaaja-tuottajatyöryhmän. (Yhtymähallituksen pöytäkirja 24.11.2010)

Arviointihanke järjesti kaksi seminaaria poliitikoille ja johtaville viranhaltijoille, ensimmäisen kesäkuussa ja toisen marraskuussa 2010. Lisäksi hanke järjesti kaksi kehityspäivää johtajille ja esimiehille. Ensimmäisenä päivänä selostettiin tilaaja-tuottajamallia ja toisena päivänä kiinnitettiin huomiota päällikön rooliin muutostyössä. Hallintotieteiden tohtori Kristiina Strandman luennoi. Päivistä saatu palaute osoitti, että on olemassa ilmeinen tarve saada lisää tietoa mallista.

Kesäkuussa 2010 järjestetyn ensimmäisen seminaarin esitelmöitsijöinä olivat professori Jari Stenvall, toimitusjohtaja Eero Vaissi ja kaupunginjohtaja Märten Johansson. Toinen seminaaripäivä pidettiin marraskuussa, jolloin Anne Knaapi-Lamminen esitteli Kallion kuntayhtymän mallia ja tilaaja-johtaja Jukka Lindberg Hämeenlinnan mallia. Kaikki esittelyt löytyvät kuntayhtymän kotisivuilta www.kviisi.fi.

Koska tiedot tilaaja-tuottajamallista (tai malleista) edelleen vaikuttavat olevan melko suppeita, sisältyy seuraavaan melko laaja yhteenveto kesäkuussa 2010 pidetyn seminaaripäivän esittelyistä ja keskusteluista (Pihlajamäki ym., 2010, Sjöström ja Ollus, 2010).

5.4.1 Uudet roolit

Kunnille on todella haasteellista siirtyä uuteen toimintatapaan. Jotta siirtyminen onnistuisi, on tärkeää kartoittaa lähtötilannetta, suunnitella huolellisesti ja kouluttaa toimijoita. Lisäksi on toivottavaa, että arvioidaan mallin vaikutuksia eli ts. seurataan, onko suurella muutoksella saavutettu haluttu tulos.

Tilaaaja-tuottajamallin käyttöönotto on pitkä prosessi, joka voi kestää monta vuotta. Raaseporissa siirtyminen on kestänyt n. kaksi vuotta (Johansson, 2010). Moni siirtyy malliin asteittain, esimerkiksi yksi toiminta kerrallaan. Prosessin liian nopea toteuttaminen saattaa johtaa ongelmiin.

Kunnan organisoidessa toiminnan erottamalla selkeästi tilaaja ja tuottaja, se ei automaattisesti merkitse sitä, että palvelua tulee kilpailuttaa tai että se välttämättä asettaa kunnan palvelutuotannon markkinaehtojen mukaiseen asemaan.

Jos menetelmää sovelletaan ilman ulkoista hankintaa, se merkitsee sitä, että sopimuksenmukaista ohjausta vahvistetaan kunnassa. Kilpailutusta sallivassa sovellutuksessa kunnan palveluyksiköt saavat kilpailla joistakin palvelukokonaisuuksista oman kuntaorganisaation ulkopuolisten palvelutuottajien kanssa.

Eri toimijoiden rooleja ei ole helppo ratkaista mallin käyttöönoton yhteydessä, koska kysymys siitä, kuka tekee mitään, on kiinteä osa prosessia. Raaseporin kaupungin toiminnon nykyiset toimielimet ovat erikoistuneet eri tehtäviin. Perusturvalautakunta on erikoistunut politiikkaan (mitä tilataan) ja perusturvajohtokunta tuotantoon ja toiminnan optimointiin ja niiden välinen vuoropuhelu on vilkasta (Johansson, 2010).

Tilaaajan ydintehtäviä ovat palveluntarpeen ja sen kehityksen arviointi sekä palveluiden hankinta ja kilpailutus. On tärkeää, että luottamushenkilöillä on resursseja toimia tilaajina, koska he määrittelevät konkreettisesti, mitä palveluja asukkaille järjestetään ja missä muodossa. Tilaaajat vastaavat myös viime kädessä palvelujen järjestämisestä ja laadun ylläpitämisestä. (www.kunnat.net). On myös kiinnitettävä huomiota siihen, että malliin saattaa osallistua useita osapuolia, esim. jäsenkuntien valtuustot ja ulkopuoliset tuottajat. Tilaaajan tulee siksi toimia toteuttajana. Tarpeen kartoittaminen vaatii kuitenkin resursseja, joita tilaajalla ei ehkä aina ole käytettävissään. (Vaissi, 2010)

Raaseporin kunnassa perusturvalautakunta toimii oman väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen tilaajana ja tilaa palvelut omasta tuotannosta ja sopimustuottajilta. (Johansson, 2010)

Palveluntuottaja päättää, miten tilaaajan kanssa sovitut palvelut tuotetaan. Tuottaja keskittyy siis täysin tuotantoprosessin hallintaan ja vastaa palvelunsa laadusta tilaajalle ja asiakkaalle (asiakkaat, käyttäjät). (www.kunnat.net). Tuottaja toimii mahdollisimman itsenäisesti ja tilaaajan tekemän tilauksen perusteella. (Stenvall, 2010)

Tuotantopuolella korostuu johdon liiketoiminnan osaaminen.

Palveluja tuottavat organisaatiot voivat olla joko oman kunnan organisaation sisäisiä yksiköitä tai ulkoisia organisaatioita esim. kuntaorganisaatioon kuuluva yhtiö, kuntayhtymä, toinen kunta, kolmas sektori tai yksityinen yritys.

Esimerkiksi Raaseporin kunnassa perusturvatuotanto (yksikkö) tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja perusturvalautakunnan tilauksen perusteella. (Johansson, 2010)

K5:n perussopimuksen mukaisessa mallissa palvelut toteutetaan kuntayhtymän omana tuotantona, jäsenkuntien toimesta tai kolmannelta osapuolelta hankittavana ostopalveluna.

5.4.2 Tilaaja-tuottajamallin soveltaminen¹¹

Professori Jari Stenvall totesi luennossaan, että tilaaja-tuottajamallia on sovellettu monella eri tavalla Suomessa. Sovellusten painopisteenä ovat olleet sopimuksenmukaisuuden (sopimusten) toteutuminen. Vieläkin tärkeämpää olisi selvittää, mihin tavoitteisiin kaupunki, kunta tai yhteistoiminta-alue mallilla pyrkii.

Tilaaja-tuottajamallin käyttöä perustellaan usein toiminnan näkyvyyden lisääntymisellä. Läpinäkyvyydellä tarkoitetaan toiminnan avoimuutta kustannusten, tulosten ja tuotteiden osalta. Kuntayhtymä voi valita ”kalliita” ratkaisuja, mutta tärkeintä on tietää, mikä aiheuttaa kustannuksia.

Kumppanuus merkitsee sitä, että tilaaja-tuottajarooleja ei täysin eroteta toisistaan, vaan osapuolet kehittävät toimintaa yhdessä. Kustannustehokkuuden kautta pyritään luomaan taloudellisiin tekijöihin perustuvia yhteistyöratkaisuja ja mallia kehitetään taloudellisesta näkökulmasta. Eero Vaissi toteaa olevan usein epäselvää, kenellä on vastuu tuotannon tehokkuudesta, jota lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollossa on vaikea mitata (Vaissi, 2010).

Tilaaja-tuottajamalli luo myös usealle palveluntuottajalle toimintamahdollisuuksia ja antaa siten tilaajalle mahdollisuuden monipuolistaa julkisesti rahoitetun palvelun tuotantoa käyttämällä yhdistyksiä ja yrityksiä. Koska tilaaja voi tilata palveluja osaksi omilta tuottajiltaan, osaksi yksityisiltä, tulee myös ottaa kantaa siihen, asetetaanko ulkopuolisille palveluntuottajille samat toimintavaatimukset kuin omille palveluntuottajille. Stenvall korostaa selkeästi muotoiltujen tavoitteiden olevan tärkeitä, muuten mallin toteuttaminen käytännössä on vaikeaa. Tavoitteet on muotoiltava yhteistoiminta-alueen erityispiirteet huomioon ottaen, mutta kuitenkin mahdollisimman yksinkertaisesti. (Stenvall, 2010)

Tilaaja-tuottajamalli perustuu tilaajan ja tuottajan molemminpuoliseen sopimukseen. Sopimukset solmitaan sisällöstä käytyjen neuvottelujen pohjalta. Sopimusohjaus on keskeinen, mutta sopimusten sisällöt saattavat vaihdella suuresti. Stenvall huomauttaa, että on vaikea laatia alusta alkaen kaikilta osin toimiva sopimus, vaan se kehittyy koko ajan. Ongelmana on yleensä, että sopimuksista tulee liian yleisluonteisia. Malli edellyttää palvelun tuotteistamista, jotta sopimukset olisivat mahdollisimman selkeät ja tilaus konkreettinen (Stenvall, 2010, Vaissi 2010).

Osapuolten välinen tehtävänjako voi olla epäselvä ja sitä tulisi tarkastella jatkuvasti. Keskeistä on varsinaisen toiminnan ja siten palvelujen kehittäminen. Pahimmassa tapauksessa kehitystyö jää toteuttamatta, jos ei ole selkeää työnjakoa eli ei tiedetä, kuka siitä vastaa, tilaaja vai tuottaja?

¹¹ Luku perustuu Annette Tallbergin merkintöihin seminaarista 10.6.2010. Sisältyy teokseen Tallberg, A. Varför beställarförförmodellen? – organiseringen av social- och hälsovårds inom samkommunen K5 ur ett institutionellt perspektiv. Pro gradun julkaisematon käsikirjoitus, 2010

Lisäksi tuottajat saattavat jatkaa vanhan mallin mukaan tehtävillä, jotka uuden mallin mukaan varsinaisesti kuuluisivat tilaajalle, esim. tilastointi ja maksujen perintä. Roolien välillä saattaa olla tietynlaista jännitettä - toisaalta tuottaja voidaan mieltää liian itsenäiseksi toteuttaessaan tuotannon omalla tavalla, toisaalta tilaaja saattaa sekaantua liikaa tuottajan toimintaan. Jännite saattaa johtua siitä, että tilaaja haluaa tietää mahdollisimman paljon toiminnasta voidakseen puolustautua, jos sitä kritisoidaan julkisesti.

Stenvall toteaa mallin edellyttävän, että koko toiminta hoidetaan periaatteessa sopimusohjauksen kautta, myös silloin kun palveluntarvetta on arvioitu väärin ja tarve siten ylittää tilauksen. Tilaaja-tuottajamallin mukaan tilaajan tulisi sellaisissa tapauksissa määritellä ylittyvän tarpeen ja jättää tuottajalle tilaus, eikä ryhtyä korjaamaan tarvetta lisätalousarviolla. Vaissi huomauttaa, että tuottaja ei voi mallin mukaan tuottaa palveluja ilman tilausta. Toimijat voivat myös yrittää optimoida oman tuotantonsa tilaajan ja tuottajan välisessä neuvottelutilanteessa.

5.4.3 Uusien yhteistoiminta-alueiden haasteet ¹²

Mallia tutkinut Stenvall toteaa (luento 10.6.2010), että kunnat ovat joutuneet tekemään merkittäviä rakennemuutoksia Paras-prosessin myötä. Useat kunnat kokevat, että heidät on pakotettu mallin käyttöönottamiseen. Uuden organisaation käynnistäminen on siten saattanut olla vaikeaa, mutta siitä huolimatta ei ole mahdotonta saada malli toimimaan, Stenvall korostaa. Sitä vastoin jotkut kuntayhtymät ovat vaikeuttaneet toimintaa hallinnollisesti.

Koska organisatoriset muutokset edellyttävät käytöstapojen muuttamista ruohonjuuritasolle saakka, on tärkeää, että yhteistoimintamalli on selkeä. Epäselvä pää rakenne saattaa aiheuttaa epävarmuutta organisaation henkilöstön keskuudessa ja epävarmuus johtaa helposti vastustukseen.

Keskeinen käsite on tuottajavastuu, joka Stenvallin mukaan on herättänyt keskustelua Paras-prosessin yhteydessä. Tuottajavastuun merkityksestä on useita tulkintoja, yksinkertaisimmillaan se tarkoittaa sitä, että sen, jolla on tuottajavastuu, eli tilaajan tulee taata, että alueen kuntien asukkaille on tarjolla palveluja. Lisäksi tilaaja vastaa siitä, että yhteistoiminta-alueen kuntalaisilla on oikeus yhdenvertaisiin palveluihin kotikunnasta riippumatta. Tämä edellyttää sitä, että tilaajalla on hyvät tiedot kuntien palveluntarjonnasta ja asukkaiden palveluntarpeesta.

Toinen haaste on myös sosiaali- ja terveydenhuollon kehityksen avoimuus, minkä vuoksi Paras-prosessin aikana luotujen yhteistyöalueiden tulisi olla riittävän joustavia pystyäkseen vastaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon uusiin muutoksiin. Lisäksi vallitsee erimielisyyttä siitä, tuleeko kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut siirtää yhteistoiminta-alueen hoidettavaksi vai voisiko osa jäädä kuntien hoidettavaksi.

Jos jäsenkuntien, ammattiryhmien sekä kuntien johtoryhmien välillä vallitsee epäluottamusta, se vaikuttaa yhteistoiminta-alueen toimivuuteen. Epäluottamus johtaa monimutkaisiin yhteistoimintamalleihin, joita on vaikea seurata ja jotka pidemmän päälle tulevat kunnille kalliiksi.

¹² Luku perustuu Annette Tallbergin merkintöihin seminaarista 10.6.2010. Sisältyy teokseen Tallberg, A. Varför beställarförförarmodellen? - organiseringen av social- och hälsovårds inom samkommunen K5 ur ett institutionellt perspektiv. Pro gradun julkaisematon käsikirjoitus, 2010.

Stenvallin mukaan yhteistyön onnistuminen edellyttää, että jäsenkunnat ovat valmiita hyväksymään myös sellaisia ratkaisuja, jotka eivät ehkä ole parhaita mahdollisia yksittäisen kunnan kannalta, mutta jotka edistävät yhteistoiminta-aluetta kokonaisuutena ottaen. Koska yhteistoiminta-alue koostuu useista osapuolista, vaaditaan osapuolten kesken suurta luottamusta kerrannaisvaikutusten aikaansaamiseksi. (Stenvall, luento 10.6.2010). Tilaajan tulee tarkastella kokonaisuutta puolueettomasti ja tehdä tilaus todellisen tarpeen pohjalta (Vaissi, 2010).

Poliittinen päätöksenteko muuttuu yhteistoiminta-alueita luotaessa. Se tuo sekä muutoksia päätöksenteon logiikkaan että poliitikoiden rooliin. Päätöksenteko perustuu entistä enemmän neuvotteluihin eikä ole itsestään selvää, että luottamushenkilöillä on samanlaiset mahdollisuudet vaikuttaa kuntayhtymän toimintaan kuin oman kunnan toimintaan. (Stenvall, 2010). Assymmetrinen tiedon kulku voi myös vaikeuttaa osapuolten välistä luottamusta, koska tilaaja ei tiedä mitä tuottaja tekee (Vaissi, 2010).

Uuden mallin käyttöönotto tuo muutoksia aikaisempaan organisaatorakenteeseen ja siksi on kiinnitettävä erityistä huomiota johdon kykyyn johtaa muutoksia sekä henkilöstön kokemuksiin ja toivomuksiin. Stenvallin mukaan organisaatiomuutosten toteuttaminen kestää normaalisti 3-5 vuotta eikä yhteistoiminta-alueen luominen ole poikkeus. Vaikka kuntien tehtävät ovat pitkälle samankaltaisia, voivat toimintakulttuurit (esim. päätös- ja johtajuusrutiinit) poiketa toisistaan huomattavasti.

Johdolta vaaditaan paljon energiaa sekä muutoksen aikaansaamiseksi että sen johtamiseksi organisaatiossa. On vaikeaa luoda osallisuutta ruohonjuuritasolla ja vaarana on, että muutos toteutetaan vain hallinnollisella tasolla. Henkilöstö on sisällytettävä muutosprosessiin, jotta organisaatio pystyisi kokonaisuutena ottaen hyödyntämään sitä. Organisaation toimintakulttuurin muuttaminen on siten pitkä prosessi. (Stenvall, 2010).

5.4.4 Tilaaja-tuottajamallin soveltamisen menestystekijät

Yllä olevan pohdinnan pohjalta kootaan alla tärkeimmät menestystekijät TT-mallin käyttöönoton toimivuutta ajatellen:

- mallin tulee olla selkeä
- mallin tavoitteiden tulee olla selkeitä
- mitä palveluja on tarjottava/tarjotaan?
- osapuolten välinen luottamus
- uudet roolit, työnjako
- tilaajan osaaminen/pätevyys
- tilaajalla on oltava riittävästi resursseja ja työkaluja; tilaustaulukko, tuoteselostus, laatumäärittelyt
- tuotteistaminen
- palvelukokonaisuuksien analysoiminen ”poikkeamien” löytämiseksi, jossa rahaa valuu hukkaan (Vaissi)
- selkeät sopimukset ilman tulkintamahdollisuuksia
- suurempia kokonaisuuksia koskevat sopimukset
- tuottajapuolen on oltava monipuolinen (Vaissi)

- johtajuus ja linjanvedot. Johtamisjärjestelmän on tuettava TT-mallia
- asteittainen käyttöönotto
- aika.

6

K5-prosessi jatkuu - alueellista palvelua kehitetään

Vuonna 2011 kuntayhtymän painopisteenä tulee olemaan alueellisten palvelujen sekä organisaation kehittäminen. K5 haluaa nyt panostaa yhteisen alueellisen erityispalvelun luomiseen (Talousarvio 2011). K5:n alueelliset palvelut ovat erityispalveluja, joita tuotetaan kunnan tasolla ja jotka ovat koko alueen väestön saatavilla. Kuntayhtymän lähivuosien panostuksia alueellisiin palveluihin on esitelty lyhyesti Närpiön Infossa syksyllä 2010. (Pirttiperä, 2010)

Vuonna 2011 palveluihin perustetaan useita toimia: ruotsinkielinen puheterapeutti (1.2.2011 alkaen), kaksi päihdehuollon koordinaattoria ja kiertävä palliatiivinen sairaanhoitaja yhteistyössä Pohjanmaan Syöpäyhdistyksen kanssa. Vuonna 2010 suunnitellaan neljän uuden alueellisen toimen perustamista: toimintaterapeutti, ravitsemusterapeutti, maahanmuuttajakoordinaattori ja muistihoitaja. Lisäksi suunnitellaan muistihoitajan viran siirtämistä Kristiinankaupungista siten, että K5:llä olisi kaksi alueellista muistihoitajaa.

Kuntayhtymä suunnittelee myös joidenkin palvelujen järjestämistä alueellisena palveluna koko alueen väestölle: Maalahden-Korsnäsin terveyskeskus vastaisi tähystystoiminnasta esim. gastroskopiasta ja colonoskopiasta ja Kristiinankaupungissa toimiva Selkämeren sairauskoti geriatriasta. Mielenterveysstrategian mukaan K5 perustaa psykososiaalisen palvelukeskuksen Närpiöön. Kuntayhtymä on varannut resursseja (puoliaikatoimi) mielenterveysstrategian toimeenpanoa varten ajalle 1.1. - 31.5.2011.

Mielenterveysstrategiassa esitetyn psykososiaalisen palvelukeskuksen perustaminen merkitsisi mm. erikoissairaanhoidon palvelujen siirtämistä kuntayhtymälle. Kuntayhtymällä on myös muita vastaavia suunnitelmia. Vuonna 2012 suunnitellaan neljän erikoislääkärin viran perustamista: sisätautien erikoislääkäri, geriatreri, röntgenlääkäri ja psykiatri. Virkoja perustellaan sillä, että erikoissairaanhoito saadaan tällä tavalla lähemmäksi asiakkaita, jolloin kustannuksia voidaan vähentää pitkällä tähtäimellä. (Pirttiperä, 2010).

Kaikki nämä uudet toimet ja virat vahvistavat kuntayhtymän roolia palvelujen järjestäjänä. Kehitys noudattaa kuntayhtymän soveltamaa tilaaja-tuottajamallia, eli palvelut tuotetaan kuntayhtymän, peruskunnan tai kolmannen osapuolen toimesta.

6.1 Tilaajaorganisaatiota vahvistetaan

Alueellisten palvelujen luominen ja kehittäminen on siten edennyt monta askelta. Onko tilaajaosaamisen ja -organisaation kehitys edennyt samaan tahtiin? Tietoa tilaaja-tuottajamallista annettiin vuonna 2010 kahdessa seminaarissa. Osallistujamäärä oli molempina päivinä suuri. Marraskuussa 2010 yhtymähallitus asetti tilaaja-tuottajatyöryhmän mallin käyttöönoton vauhdittamiseksi.

Kuntayhtymän asettamien työryhmien joukossa on myös ollut hinnoitteluryhmä, jonka työ kuitenkin on keskeytynyt. Hinnoittelu on osoittautunut vaikeaksi tehtäväksi, vaikka tehtävää varten on ostettu konsultaatiota Auditorilta. Tilaajaorganisaatiota vahvistettiin maaliskuusta 2011 alkaen taloussuunnittelijan palkkaamisen myötä.

Tilaajaorganisaation tärkeä resurssi ovat kilpailutuksen ja talouden asiantuntijat. Kilpailutuksen avulla kunnat voivat saada taloudellista hyötyä. Jo sosiaali- ja perusterveydenhuollon ensimmäiset työryhmät kiinnittivät huomiota hankinnan vastuuhenkilön tärkeyteen. Onko K5:ssä panostettu riittävästi tähän osaamiseen?

Tilaajaorganisaation resurssit lisääntyvät edelleen, koska johtavan lääkärin työpanos on lisätty 50 %:iin, ja hoitotyön ja hoivan johtaja (mukaan lukien johtavan sosiaalijohtajan työ) aloittaa työnsä maaliskuussa 2011. Lisäksi on perustettu johtavan hammaslääkärin virka, joka kuitenkin täytetään aikaisintaan 2012. (Talousarvio 2011)

6.2 Hankeresurssit

Ikäihmistien sekä lasten ja perheiden palveluja kehitetään kahden Kaste-hankkeen puitteissa. Myös Välittäjä-hanketta eli mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehitystä, rahoitetaan Kaste-ohjelman kautta. Näille kolmelle hankkeelle, joiden on tarkoitus päättyä lokakuussa 2011, on saatu lisärahoitusta Kaste-ohjelmasta ja ne voivat jatkua vuoteen 2013 saakka.

Kuntayhtymä jätti vuoden 2010 lopulla anomuksen kolmen uuden hankkeen rahoituksesta. Kuntayhtymä on anonut ja saanut rahoitusta kolmeksi vuodeksi sisäasiainministeriön ”Osallisena Suomessa” -hankkeelle. Hankkeen tarkoituksena on kehittää kotouttamismalli K5:n alueen maahanmuuttajille. Hankkeen toteutus perustuu sisäasiainministeriön alullepanemiin ehdotuksiin sekä kuntien runs. 20 vuoden kokemuksiin kiintiöpakolaisten, työperäisten maahanmuuttajien, Suomen kansalaisen kanssa avioituneiden ulkomaalaisten ja nyttemmin myös turvapaikanhakijoiden kotouttamistyöstä. Tavoitteena on kehittää polku maahanmuuttajille, jotka haluavat nopeasti työmarkkinoille sekä erityistä tukea tarvitseville maahanmuuttajille. Kunnilla on suunnitelman mukaan kokemuksia pakolaisten vastaanottamisesta. Kunnilla ei ole yhtenäistä mallia kohderyhmien palvelujen järjestämisestä eikä joustavaa tasoihin sopeutettua ja nykyaikaista opetustapaa, mikä suunnitelman mukaan kuuluu hankkeen päätehtäviin. (Osallisena - hankesuunnitelma 8.11.2010)

Kuntayhtymä on päättänyt osallistua Kaste-rahoitteiseen hankkeeseen sosiaalityön kehittämiseksi Väli-Suomessa (yhtymähallitus, pöytäkirja 24.11.2010). Hanke on nimeltään ”Syrjäytyneestä osalliseksi sosiaalityön keinoin, S.O.S”. Rahoitusta on myönnetty ajalle 1.11.2011 - 31.10.2013.

Yhtymähallituksen pöytäkirjassa (24.11.2010) todetaan, että Kristiinankaupungin johdolla on laadittu pitkälle meneviä suunnitelmia TEKES-hankerahoituksen saamiseksi ikäihmistien kaksivuotiselle palveluhankkeelle, johon osallistuvat kuntien perusturvayksiköt, K5, Selkämeren sairaskoti, alan koulutusjärjestöt sekä Vaasan sairaanhoitopiiri.

7

Yhteenveto ja keskustelu

Kunta- ja palvelurakennemuutos ja K5

Kunnat ovat muutospaineen alla. Valtio ohjaa aktiivisesti Paras-lainsäädännön kautta kuntia suurempiin kokonaisuuksiin tai laajempiin yhteisiin palvelurakenteisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sisällön kehittämistä ohjataan kansallisen Kaste-ohjelman ja siihen kuuluvan hankerahoituksen avulla toteutettavan tiedon- ja varojenohjauksen kautta.

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut järjestetään tulevaisuudessa yhä suurempina kokonaisuuksina koko maassa. Ruotsin- ja kaksikielisten kuntien kunta- ja palvelurakennemuutoksen ensimmäisistä vaiheista laaditusta Arttu-hankkeen tutkimuksesta käy ilmi, että kunta- ja palvelurakennemuutos on tuonut laajoja muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteisiin. Yli 200 Suomen kuntaa käsittävien yhteistoiminta-alueiden määrä on vähentynyt ja alueiden koko on kasvanut. Aikaisemmin vallitsevaa kuntayhtymämuotoa on täydennetty isäntäkuntamalleilla ja uusia tapoja organisoida tilaaja- ja tuottajatoimintoja on otettu käyttöön. Isäntäkuntia ovat esimerkiksi Mustasaari (sopimuskunnat Oravainen, Vöyri-Maksamaa ¹³), Vaasa (Laihia, Vähäkyrö) ja Pietarsaari (Pedersören kunta, Luoto, Uusikaarlepyy). Ruotsin- ja kaksikielisillä alueilla on vuonna 2010 enää kaksi perusterveydenhuollon ja siihen liittyvien palvelujen kuntayhtymää: Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymä (K5) ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä (Berg, mm. 2010).

Maalahden, Korsnäsän, Närpiön, Kaskisten ja Kristiinankaupungin kunnat päättivät kunta- ja palvelurakennemuutuksesta annetun lain mukaisesti muodostaa yhteisen yhteistoiminta-alueen vuonna 2007. Yhteistoiminta-alue perustettiin Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän perussopimuksen myötä vuonna 2008. Perussopimuksen mukaan kuntayhtymä toimii tilaajana kun taas toiminta voidaan järjestää kuntayhtymän omana tuotantona, jäsenkunnan toimesta tai kolmannelta osapuolelta ostettavana palveluna. Kuntayhtymän alueen väestömäärä on n. 26000 asukasta, joten lain ehdot vähintään 20 000 asukkaasta täyttyvät. Päätös yhteistoiminta-alueen perustamisesta ei ollut yksimielinen kunnissa, vaan mielipiteet jakautuivat erityisesti Kristiinankaupungissa ja Maalahdessa.

Kuntayhtymän perustamisen osalta K5-kuntien tavoitteena oli puitelain ehtojen täyttäminen. K5:n vuoden 2010 talousarviossa ja vuosien 2011-2012 taloussuunnitelmassa (yhtymävaltuuston hyväksymä 26.10.2009) valmistelijat haluavat kuitenkin avata strategisen keskustelun kuntayhtymän tulevaisuudesta. Asiakirjassa asetetaan tärkeä kysymys: "Mitä haluamme kuntayhtymältä?" Löytyykö nyt kevättalvella 2011, kun K5 on ollut toiminnassa runsaat kaksi vuotta, poliittista tukea kuntayhtymän ja sen palvelujen kehittämiseksi? Onko luottamushenkilöillä yhteistä visiota K5:n sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluista? Valtaosan kysymyksiin ei saa vastausta, minkä vuoksi meillä on syytä palata niihin hankkeen toisessa raportissa.

¹³ 1.1.2011 alkaen Vöyri

Arviointihankkeen tavoitteena on tässä raportissa selostaa kuntayhtymän toimintoja kuvan luomiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutettavasta kehitystyöstä. Tässä yhteydessä on myös tärkeää selostaa tavoitteita ja kehitystyön toteuttamisen resursseja. Voimme todeta, että monia rinnakkaisia prosesseja toteutetaan parhaillaan. Siksi on paikallaan kysyä, onko näillä prosesseilla samat tavoitteet? Ovatko tavoitteet yhteisiä ja kuntayhtymän asettamia?

Tavoitteet ja kehitys

Muutosprosessin ensimmäinen askel otettiin vuonna 2007 mm. työryhmien asettamisen myötä. Sosiaali- ja perusterveydenhuollon työryhmien tehtävänä oli antaa ehdotuksia kuntien ja kuntayhtymän palvelujen järjestämisestä sekä kolmannelta osapuolelta hankittavista palveluista. Työryhmät antoivat ehdotuksensa keväällä 2008. Ehdotuksen pääasiallisena tavoitteena oli, että kunnat järjestäisivät suurimman osan palveluista lähipalveluina mutta, että osa palveluista voitaisiin ostaa kolmannelta osapuolelta ja erityispalvelut voitaisiin järjestää yhteisesti kuntayhtymän toimesta. Kuntayhtymän järjestettäväksi ehdotettuja palveluja olivat varsinkin sellaiset erityispalvelut, joita ei ollut saatavilla kaikissa kunnissa, esim. puheterapia, toimintaterapia, ravitsemusterapia, päihdekoordinaattori ja psykososiaaliset palvelut. Ehdotuksia ryhdytään nyt toteuttamaan: Uusien tointen perustaminen sisältyy kuntayhtymän vuosien 2011 ja 2012 toimintasuunnitelmiin.

Kuntayhtymän tehtävänä on ensimmäisen strategia-asiakirjan 2009-2011 lakisäätelien palvelujen sekä perusturvan takaaminen asukkailla. Kuntayhtymä vastaa siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa harjoitetaan järkipäisesti ja tehokkaasti. Keskeisiä alueita, joita halutaan kehittää, ovat kansantautien ennalta ehkäiseminen, vanhustenhuollon monisäikeiset ongelmat ja psykososiaalisten palvelujen kehittäminen sekä erityispalvelujen suunnittelu perustasolla. Tarvetta kehittää päihdepalveluja ja erityisesti mielenterveystyötä korostetaan kuten myös yhteisen alueellisen lastensuojelusuunnitelman laadintaa.

Asiakirjan tavoitteet on muotoiltu yleisellä tasolla eikä siihen sisälly visiota palvelurakenteen kokonaisuudesta tulevaisuudessa. Tämä voi olla yksi syy siihen, miksi K5:n tavoitteet ovat jääneet monelle epäselviksi, mikä on ilmennyt seminaareissa, kokouksissa ja hankehenkilöstön kanssa käydyissä keskusteluissa. Toiminnan muuttamisen yhteydessä ovat yhteinen tahdonilmaus ja selkeä strategia hyvin tärkeitä työkaluja (ks. esim. Strandman, 2010). Yksinkertaisen ja selkeän strategian puute saattaa vaikeuttaa kehitystyön edistymistä, koska yhteiset tavoitteet ja toivotut tulokset kannustavat kehitykseen (Dewey, 2005). Muutostyö saattaa vaikeutua paljonkin, jos muutosprosesseja johtavat henkilöt eivät tunne tavoitteita ja keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi, eli strategiaa.

Palveluja kehitetään

Miten K5 on onnistunut palvelujen kehityksessä ja rakennemuutoksessa? Mm. neljä työryhmää on työskennellyt palvelujen kehittämiseksi vuosina 2009-2010: koulutussuunnittelutyöryhmä, sosiaalihuollon työryhmä, lapsi- ja perhepalvelujen työryhmä ja mielenterveysneuvosto. Kaksi palvelustrategiaa on laadittu ja yhtymähallitus hyväksyi ne vuonna 2010. Mielenterveysstrategia tuo suuria rakennemuutoksia palveluihin, jolloin tavoitteena on sekä parantaa että tehostaa K5:n

palveluja. Strategian mukaan osa erityispalveluista siirretään sairaanhoitopiiriltä kuntayhtymälle ja mm. liikkuvia palveluja tarjoavaa psykososiaalista palvelukeskusta kehitetään. Strategian käyttöönottoon liittyvä työ alkoi vuoden 2011 alussa.

Toisen strategian ”K5-alueen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma” avulla halutaan parantaa erityisesti ennalta ehkäiseviä palveluja ja kiinnittää päätöksentekijöiden huomio lasten oikeuksiin sekä hyvinvoinnin puutteisiin. Yhtymähallitus on asettanut työryhmän suunnitelman ehdotusten toteutuksen seurantaan varten. Työryhmä ei ole kokoontunut vuonna 2010. Suunnitelmaa ei myöskään toistaiseksi ole hyväksytty kaikissa kunnissa.

Terveydenhoitopalveluihin on perustettu uusia alueellisia toimia. Vuodesta 2011 ja 2012 alkaen kuntayhtymässä täytetään uusia liikkuvien palvelujen toimia esim. puhe-, toiminta- ja ravitsemusterapian sekä päihdepalvelujen osalta. Lisäksi perusterveydenhuollossa on käynnistetty kuntien välinen työnjako, jolloin suunnitellaan joidenkin palvelunosien keskittämistä tiettyihin terveyskeskuksiin. Lääkäreiden kiinnostus uutta vastuun- ja työnjakoa kohtaan kävi ilmi mm. kuntayhtymässä syksyllä 2009 suoritetussa kyselyssä (Pihlajamäki & Sjöström, 2010). Perusterveydenhuollon lääkäripula K5:n kunnissa on vaikeasti ratkaistava ongelma. Yhtymähallitus päätti maaliskuussa 2011 ostaa yksityisiä lääkärinpalveluja Kristiinankaupunkiin ja Närpiöön. Vuodesta 2010 alkaen on ostettu etälääketieteellisiä vanhustenhuollon palveluja. Kuntayhtymä pitää näitä ratkaisuja tilapäisinä.

Kahtena ensimmäisenä vuotena K5-kuntien palveluja on kehitetty K5:n toimintasuunnitelman 2009 - 2011 mukaisesti. Toimintasuunnitelmassa korostetaan erityisesti psykososiaalisten palvelujen kehittämistä ja vahvistamista. Nykyisten suunnitelmien mukaan palveluihin, erityisesti terveydenhuoltopalveluihin, tehdään lähivuosina joitakin uudelleenjärjestelyjä. Tilaaja-tuottajamallin kehittäminen ja hinnoittelutyö ovat edenneet hitaammin. Tilaaja-tuottajamalliin liittyvän osaamisen lisäämiseksi järjestettiin vuonna 2010 kaksi seminaaria ja vuoden lopulla kuntayhtymä asetti työryhmän mallin käyttöönoton edistämiseksi.

Muutos hankkeiden tukemana

Hyvinvointipalveluja on kehitetty useissa hankkeissa. Ikäihmisten sekä lasten ja perheiden palveluja kehitetään kahden Kaste-hankkeen puitteissa. Mielensterveys- ja päihdepalvelujen osaamista kehitetään Välittäjä-hankkeen puitteissa ja vanhustenhuoltoa kansallisen Kaste-ohjelman puitteissa. Lisäksi on vuoden 2010 loppuun saakka toteutettu kotouttamishanke. Hankkeiden ensisijaisina painopistealueina ovat olleet henkilöstön jatkokoulutukset, materiaalin (esim. käsikirjojen) ja työmenetelmien sekä tietyssä määrin myös uusien palvelumuotojen kehittäminen, esim. seniorineuvonnan malli.

Suuri määrä jatkokoulutuksia on järjestetty, mutta usein henkilöstön oppimaa uutta osaamista ja työmenetelmiä ei ole otettu käyttöön. Jatkokoulutukset, joihin sisältyy ohjausta, ovat osoittautuneet tuloksiltaan paremmiksi.

Hankkeiden henkilömäärä (henkilötyövuosi) on vuosina 2009 - 2010 ollut kuntayhtymän henkilömäärää suurempi. Voimme siten sanoa, että kuntayhtymä/K5:n kunnat ovat hyvin onnistuneet hankkimaan ulkoista (valtion) rahoitusta muutostyönsä vahvistamiseksi.

Kuntayhtymälle on haasteellista, ettei hankkeita ole suunniteltu vuorovaikutuksessa kuntayhtymän strategisen työn kanssa. Hankkeiden pääasiallisena painopisteenä on palvelujen laadun parantaminen. K5 voisi käyttää hankeresursseja paremmin kytkemällä hankkeet rakenteelliseen muutostyöhön. Välittäjä-hanke on esim. K5:n oman strategisen työn ohella kehittänyt mielenterveys- ja päihdepalveluja. Hyvä kontekstuaalinen integrointi tuo kuntayhtymälle useita ”työkaluja” ja integrointi antaa myös eri hanketoimintoihin osallistuvien kuntien henkilökunnalle paremman kuvan kuntayhtymän tavoitteista. Koordinointi on kangerrellut kuntayhtymän puutteellisten resurssien takia. Jatkossa on ensisijaisen tärkeää, että kaikki hankkeet suunnitellaan läheisessä yhteistyössä kuntayhtymän kanssa, jotta resursseja voidaan käyttää tehokkaammin.

Kuntayhtymän strategisen työn (työryhmien) ja hankkeiden epäsuhta on ehkä suurin ammatillisessa jatkokoulutuksessa. Kaikki hankkeet - myös arviointihankkeet - järjestävät koulutuksia, mutta kuntayhtymän koulutussuunnittelutyöryhmällä ei ole yhteistä suunnitelmaa eikä se koordinoi kuntayhtymässä toteutettavia koulutuksia. Henkilöstön rekrytointi ja jatkokoulutus ovat toimintasuunnitelman 2009-2011 mukaan K5:n suurimpia haasteita.

Parempi yhteistyö hankkeiden ja koulutusryhmän kanssa antaisi kokonaiskuvan tarpeesta lisätä osaamista eri sektoreilla. Tällaista kokonaiskuvaa ei nyt ole.

Kehitystyö vaatii resursseja

Ei ole helppoa muuttaa palvelu- ja toimintarakenteita. Kyseessä on monimutkainen järjestelmä, jossa monet toimijat, esim. ammattihenkilöt, luottamushenkilöt, asiakkaat, erilaiset organisaatiot ja intressiryhmät sekä media ylläpitävät järjestelmän pysyvyyttä jatkuvuutta omasta näkökulmastaan. Erilaisten toimijoiden väliset suhteet pyrkivät säilyttämään olemassa olevaa järjestelmää. Järjestelmän pysyvyyttä vahvistavat myös juridiset ja muut sopimukset (Kivisaari & Saranummi, 2008, 280-281).

Muutosprosessi on erityisen vaativa johtajille, esimiehille ja vastuuhenkilöille. Kuntayhtymän omat henkilöstöresurssit ovat kahden ensimmäisen vuoden aikana olleet hyvin niukat. Ensimmäisenä toimintavuonna työntekijöitä oli vain kaksi; kokoaikainen johtaja ja puolipäiväinen kehityssihteri. Vuonna 2010 resursseja lisättiin, jolloin kehityssihterin sijaan palkattiin kokoaikainen hallintosihteri. Vuonna 2009 käyttivät johtava sosiaalijohtaja ja johtava lääkäri ½ päivää viikossa kuntayhtymän asioiden hoitamiseksi. Vuonna 2010 työaika lisättiin 20 %:iin viikkotyöajasta. Tilanne parani merkittävästi vuoden 2011 alussa, kun johtavan lääkärin työpanos lisättiin 50 %:iin ja hoitotyön ja hoivan johtajan työpanos (mukaan lukien johtavan sosiaalijohtajan tehtävät) lisättiin kokoaikaiseksi. Vuoden 2011 aikana voidaan palkata taloussuunnittelija ja myös mielenterveysstrategian käyttöönotolle on resursseja vuonna 2011. Näiden resurssilisäysten ansiosta kuntayhtymä pystyy saavuttamaan toimintasuunnitelmassa 2011 asetetut tavoitteet.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät ovat päivittäisen työnsä ohella aktiivisesti osallistuneet kehitystyöhön eri työryhmissä, seminaareissa ja koulutuksissa. Henkilöstö on osoittanut tukevansa uudistusta vahvasti ja mm. ottanut esille ehdotuksia hyviksi palvelumalleiksi. Laajaa selvitystyötä on tehty sekä mielenterveysstrategian että lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman laadinnan yhteydessä. Nyt on varmistettava työn jatkuminen, jotta

strategiat johtavat toimenpiteisiin ja palvelujen parannuksiin. Myös vanhustenhuollossa on suoritettu monipuolista kehitystyötä. Ikärakenteen ja palveluntarpeen muutoksia ajatellen olisi paikallaan laatia K5:n vanhustenhuollon strategia.

8

Lähdeluettelo

- Antila, P. & Tuomela-Holti, B-H. (2010a) Hankkeen eteneminen 3/2010-11/2010. Esittely hankkeen ohjausryhmälle 12.11.2010.
- Antila, P., Tuomela-Holti, B-H. & Esch, H. (2010b) Hanke Pohjanmaan perhe-kaste - Kaste -familjeprojektet. Närpiön kaupungin tiedotuslehti 7.11.2010.
- Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 28.5.2009/380.
- Aspelin-Wikman, J. (2010) Alueellisen lastensuojelusunnitelman kehittäminen. Esittely K5:n työryhmien strategiapäivässä 21.1.2010.
- Backman, A. (2009) Hur skall bas- och specialservicen organiseras inom det sociala området? - En översikt av läget hösten 2009. FSKC:n työpapperi 13/2009.
- Berg, K., Meriluoto, J., Sandberg, S., & Sjöblom, S. (2010) Försiktighet och förändring på egna villkor. Kommun- och servicestrukturreformens första skede i de svensk- och tvåspråkiga kommunerna av projektet Förvaltningslösningars språkliga konsekvenser (SpråKon) Arviointitutkimusohjelma Arttu: tutkimus nro 11, Kuntaliitto.
- Chen, H.T. (2007) Program Theory: A Conceptual Framwork for Evaluating Effektivness. Esitys Stakesin seminaarissa 16.10.2007.
- Dewey, J. (2005) Människans natur och handlingsliv. Uddevalla 2005.
- Frans, R. (2010) Jet-koulutuksen koordinaattorin, Rafael Fransin puhelinhaastattelu, 23.4. 2010, haastattelija Susann Sjöström.
- Horelli, L. (2007) Osallistuva ja osallistava arviointi. Esitys Sosiaali- ja terveysjärjestöjen arviointifoorumissa, Terveiden edistämisen keskus, Helsinki, 14.11.2007.
- Häkans, F. (2010) Rådgivningsverksamheten inom Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård. Praktikrapport Åbo Akademi. Luettavissa: <http://www.kfem.fi>
- Hankehaastattelu, Välittäjä-hanke (2010a) (B-M Lindqvist) 16.4.2010. Susann Sjöströmin julkaisemattomat muistiinpanot.
- Hankehaastattelu, Välittäjä-hanke (2010b) (B-M Lindqvist) 11.10.2010. Susann Sjöströmin julkaisemattomat muistiinpanot.
- Hankehaastattelu, Välittäjä-hanke (2011) (B-M Lindqvist) 8.2.2011. Susann Sjöströmin julkaisemattomat muistiinpanot.
- Hankehaastattelu, Ikä-Kaste (I. Nyman, A-S. Smeds-Nylund) 14.4.2010. Eini Pihlajamäen julkaisemattomat muistiinpanot.
- Hankehaastattelu, Kotouttamishanke (M. Högstrand) 16.4.2010. Eini Pihlajamäen julkaisemattomat muistiinpanot.
- Hankehaastattelu, PerheKaste (P. Antila, J. Aspelin, B-H.Tuomela-Holti) 14.4.2010. Eini Pihlajamäen julkaisemattomat muistiinpanot.
- Hankesuunnitelma (2008) Gemensam social- och hälsovårdsservice - samarbete, samverkan, framgång? - Utvärdering av en process. (1.1.2009-30.6.2011)
- Ismark, A. (2010) K5 - Ett år av verksamhet. Korsnäs Nytt 2/2010 (26.3.2010).
- IkäKaste, K5: työryhmä, 27.1.2011. Haettu 9.1.2011 <http://www.korsholm.fi/sv/> Utvecklingsgrupp
- IkäKaste, K5: työryhmä, Muistio 27.1-13.12.2010. Haettu 9.1.2011 <http://www.korsholm.fi/sv/> Utvecklingsgrupp
- IkäKaste, K5:n hankesuunnitelma, 2008. Luettavissa: <http://www.korsholm.fi/sv>
- Johansson, M. (2010) Raaseporin kokemuksia tilaaja-tuottajamallista. Esitys Tilaaja-tuottajamalli seminaarissa 10.6.2010, Vaasa, Academill. Luettavissa: www.kviisi.fi
- Kaste -lausunto (2010) Kaste-ohjelman alueellisten johtoryhmien lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle Kaste II-ohjelman valmistelussa huomioitavaksi 25.10.2010.
- Kaste - ohjelma, Sosiaali- terveysministeriö. Luettavissa: <http://www.stm.fi/>
- Kettunen, P. (2010) Esitys seminaarissa Sosiaalipalvelujen suunta palvelurakenneuudistuksessa THL, Jyväskylä 11.3.2010.
- Kivisaari, S. ja Saranummi, N. (2008) Vuorovaikutteisuus ja systeemiset innovaatiot terveydenhuollossa. Sisältyy teokseen: Saari, J. (toim) Sosiaaliset innovaatiot ja hyvinvointivaltion muutos. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Helsinki, 2008.
- Koulutussuunnittelutyöryhmä (2010a), pöytäkirja 5.5.2010.

K5:n lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma (2010). Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä. Julkaisematon raportti.

K5:n kuntayhtymä: kuntayhtymän pöytäkirjat luettavissa osoitteessa www.kviisi.fi

Koulutussuunnittelutyöryhmä (2010b), pöytäkirja 15.9.2010.

Laki 169/2007, Laki kunta ja palvelurakenneuudistuksesta, kehyslaki 2007.

Lastensuojelulaki (417/2007). <http://www.finlex.fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

Lastensuojelutyöryhmä. Alueellisen lastensuojelusuunnitelman laatimista varten asetettu työryhmä (2010).

Maalahden kunnanhallitus, pöytäkirja 10.6.2008.

Malmsten, J. (2008) Esitys Academill:ssä 16.4.2008 järjestetyssä työkokouksessa.

Malmsten, J. (2008a) Väliraportti työryhmien työstä, syksy 2007- kevät 2008. Koottu 8.5.2008.

Malmsten, J. (2008b) Väliraportti työryhmien työstä, syys-marraskuu 2008, 20.11.2008.

Mielenterveysstrategia 2010-2015. Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä. Luettavissa: www.kviisi.fi

Mielenterveysneuvoston pöytäkirjat 11.12.2009 ja 7.1.2010.

Mielenterveysneuvoston pöytäkirja 7.4.2010.

Nyman, I. (2010) Seniorineuvonta suunnitteilla K5:ssä. Närpiön kaupungin tiedotuslehti 7.11.2010.

Nyman, I. (2011) Hankekoordinaattori Isabella Nymanin haastattelu 7.3.2011, haastattelija Susann Sjöström.

Osallisena Suomessa, hankesuunnitelma 8.11.2010.

Parasuudistuksesta selonteko 12.11.2009, valtiovarainministeriö, <http://www.vm.fi>, haettu 11.3.2011.

Pihlajamäki, E. & Henriksson, P. (2004) Åboland - Turunmaa. Sisältyy VEP:iin, Sosiaalihuollon verkostoituvat erityispalvelut. Selvityksistä suunnitelmiin Varsinais-Suomessa (2004) Merja Anis, Juha Klemelä, Pirkko Pakkala ja Päivi Pihlaja (toim.). Länsi-Suomen lääninhallituksen Julkaisuja 3/2004

Pihlajamäki, E. & Sjöström, S. (2010) Kartoitus lääkäreiden ja hammaslääkäreiden mielipiteistä työtilanteestaan ja työn organisoinnista Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymässä syksyllä 2009. FSKC Raportti 1/2010.

Pihlajamäki, E., Sjöström, S., Smirnoff, A. & Tallberg, A., Ollus, P. Muistiinpanoja (julkaisematon) tilaaja-tuottajamalli seminaarista 10.6. 2010, Academill.

Pirttipä, J. (2010) Mitä on K5? Närpiön kaupungin tiedotuslehti, 7.11.2010.

Pohjanmaanhanke (2004). Luettavissa: <http://www.pohjanmaanhanke.fi/>

Pohjanmaan perhekaste - Kaste familje-projektet i Österbotten. Tidigt ansvarstagande/tidigt ingripande i den service som riktar sig till barn och barnfamiljer (Varhainen vastuunotto/varhainen puuttuminen lapsille ja lapsiperheille suunnatuissa palveluissa). Esite 2010.

Päihdelinkki (2010) www.paihdelinkki.fi / www.droglanken.fi

Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän perussopimus. Astui voimaan 1.8.2008, sovellettu 1.1.2009 lähtien.

Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän mielenterveysneuvoston johtosääntö (2009). Luettavissa: <http://www.kviisi.fi>

Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä. (2009) Talousarvio ja toimintasuunnitelma 2010.

Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä. Talousarvio 2011 ja taloussuunnitelma 2012-2013.

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän kehittämisprosessin lähtökohtia ja toimintasuunnitelman keskeiset strategiat (2009-2011), marraskuu 2008.

Sjöberg, E. (2010) Koulutuksen työryhmä. Esitys, K5:n työryhmien strategiapäivä: Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymä vuonna 2013, Närpes vuxeninstitut, Yttermark 21.1.2010.

Sjöström, S. (2010) Muistiinpanoja K5:n työryhmien strategiapäivästä "Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymä vuonna 2013", Närpes vuxeninstitut, Yttermark 21.1.2010.

Sjöström, S. & Ollus, P. (2010) Yhteenveto: Tilaaja-tuottajamalli seminaari 10.6.2010 Vaasassa, Academill.

Sosiaalihuollon työryhmän pöytäkirja 1.6.2010.

Sosiaalihuoltolaki 1982/2005/710, § 53.

Stenvall, J. (2010) Tilaja-tuottajamallin kipupisteet - neljän mallin esittely. (Beställar -utförarmodellens smärtpunkter; presentation av fyra modeller.) Esitys tilaja-tuottajamallin seminaarissa 10.6.2010, Vaasa, Academill. Luettavissa: www.kviisi.fi

Strandman, K. (2010) Yhteisessä laivassa. Luento K5:n johtajien ja päälliköiden kehityspäivillä, Närpes vuxeninstitut, 14.-16.9.2010. Luettavissa: www.kfem.fi

Strandman, K. (2010) Kuntayhtymän muutosprosessit. Luento, K5:n työryhmien strategiapäivä: Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymä vuonna 2013, Närpes vuxeninstitut, Yttermark 21.1.2010.

Söderlund, G. (2007) Projektet Fyrklövern - Neliapila hanke. Närpiö, Kristiinankaupunki, Karijoki, Kaskinen ja Selkämeren sairaskoti. Loppuraportti.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326 § 5.

THL (2008) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma - Yhteiset linjaukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015.

Tietoa kuntaliiton verkkosivuilta www.kunnat.net

Tietoa K5:n verkkosivuilta, www.kviisi.fi, haettu 12.11.2010.

Tilastokeskus, <http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/tau.html>, haettu 31.3.2011

Wadén, P. (2009) Selostus yhteistoiminta-alueen sosiaalihuollosta, Rannikko-Pohjanmaan tarkastuslautakunta 12.11. 2009.

Vaissi, E. (2010) Tilaja-tuottajamalli tarvitsee läpinäkyvyyttä ja ohjausta - Case Maisema-malli. (Beställar-utförarmodellen behöver tydlighet och styrning- Case Maisema-modellen). Esitys Tilaja-tuottajamalli seminaarissa 10.6.2010, Vaasa, Academill. Luettavissa: www.kviisi.fi

Weiss. C.H. (1998) Evaluation. Methods for studying programs and policies. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, cop. 1998.

Välittäjä hankesuunnitelma (2009). Luettavissa: <http://www.valittajahanke.fi/>

Välittäjä- hanke (2010) Viiteryhmän kokous, pöytäkirja 9.9.2010

Yhtymähallituksen pöytäkirja 27.3.2009.

Yhtymähallituksen pöytäkirja 29.4.2009.

Yhtymähallituksen pöytäkirja 15.9.2010.

Yhtymähallituksen pöytäkirja 24.11.2010.

ZEF-tulokset Välittäjä K5, 2010. Luettavissa: <http://www.valittaja.fi>

Liite 1

K5:n työryhmät

Kolme ensimmäistä työryhmää syksy 2007 – kevät 2008:

Perusterveydenhuollon työryhmä

Puheenjohtaja Björn Forsén
Varapj. Raimo Iso-Aho
Anna-Greta Olsio-Tuisku
Juhani Holm
Jaana Tuokkola
Britta Vikberg
Ann-Mari Teerimäki
Patrick Ragnäs
Björn-Olof Heikkilä
Benita Vestergren

Sosiaalihuollon työryhmä

Puheenjohtaja Yvonne Lindén
Varapj. Carina Mattans
Pirjo Wadén
Runa Harju
Seija Miettinen
Kerstin Sjöstrand
Riitta Palmberg
Elisabeth Sjöberg
Yvonne Holming
Monika Björk

Hallinnon ja talouden työryhmä

Puheenjohtaja Dan-Anders Sjöqvist
Varapj. Caroline Westerdahl
Keijo Hautala
Jyrki Jussila
Hannu Louhi
Anna-Lena Kronqvist
Kent-Ole Qvisén
Roy Wilson
Mats Brandt
Birgitta Majors

Koordinaattori Harry Bondas
Sihteeri Jenny Malmsten

Ryhmät 2009 – 2010

Arviointihankkeen ohjausryhmä

Pirjo Wadén, puheenjohtaja (vanhuspalvelujen johtaja, Närpiö)
Ralf Häggqvist (vastaava psykologi, Närpiö)
Yvonne Lindén (perhepalvelujen johtaja, Närpiö)
Birgitta Majors (hallintopäällikkö, Maalahti-Korsnäs TK)
Mikael Nygård (lehtori ÅA)
Petra Ollus (hallintosihteeri K5)
Riitta Palmberg (vanhuspalvelujen esimies, Kristiinankaupunki)
Tony Pellfolk (tutkimuksen johtaja, Novia)
Eini Pihlajamäki (hankepäällikkö, Ab Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området)

Jarkko Pirttipera (johtaja, K5)
Peter Riddar (johtava lääkäri Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymä, Kristiinankaupungin johtava lääkäri)
Kerstin Sjöstrand (vanhuspalvelujen johtaja, Korsnäs)
Berit Varho (sosiaalijohtaja, Kaskinen)
Susann Sjöström (hankekehittäjä CLL/ÅA)

Sosiaalihuollon työryhmä

Pirjo Wadén pj.
Berit Varho, Kaskinen
Linda Staffans 06/2010 saakka Johanna Björkman 06/2010 lähtien
Yvonne Holming, Maalahti
Viola Broo-Rönnlund, Kristiinankaupunki
Yvonne Linden, Närpiö
Petra Ollus sihteeri 01/2010 lähtien
Vanhuspalvelujen johtajat kutsuttu tarvittaessa

Koulutussuunnittelutyöryhmä

Pirjo Wadén, K5 pj. syksystä 2010 -
Elisabeth Sjöberg Kristiinankaupunki, pj. 05/2010 saakka
Kirsi Widberg, Kristiinankaupunki syksystä 2010
Pirjo Tåg, Kristiinankaupunki kevääseen 2010 saakka
Seija Miettinen, Kaskinen
Birgitta Udd, Närpiö
Yvonne Lindén, Närpiö
Barbro Sjöholm, Närpiö
Ingegärd Till-Norrdahl, Korsnäs
Yvonne Holming, Maalahti
Monica Björk, Maalahti
Rita Udd, Maalahden-Korsnäsin TK
Benita Vestergren, Maalahden-Korsnäsin TK
Nancy Holmqvist, Maalahden-Korsnäsin TK

Alueellisen lastensuojelusuunnitelman laatimiseksi asetettu työryhmä:

Yvonne Lindén, puheenjohtaja, perhepalvelujen johtaja, Närpiö
Johanna Aspelin-Wikman, sihteeri, hankekoordinaattori K5
Agneta Martin, sivistyksen johtaja, Maalahti-Korsnäs
Anders Hendricksson, vapaa-aikasihteeri, Maalahti
Berit Varho, sosiaalijohtaja, Kaskinen
Birgitta Blomqvist, lastenhoidon johtaja, Korsnäs
Edd Grahm, tekninen johtaja, Närpiö
Helena Lundman-Evars, psykologi, Kristiinankaupunki
Tuula Sandberg, lastenneuvolan terveydenhoitaja, Kristiinankaupunki

Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän mielenterveysneuvosto

(varajäsenet suluissa)

Ralf Häggqvist, vastaava psykologi, Närpiö, pj. (Carina Engström)
Stina Lähteenmäki, lääkäri, Kaskinen, (Berit Varho)
Eva-Stina Häggdahl, psykologi, Maalahti, (Mia Böling)
Mats Bergvik, koulukuraattori, Maalahti, (Monika Björk)
Birgitta Eklund, osastonhoitaja, psykiatrinen poliklinikka, Närpiö ja Kristiinankaupunki, (Birgitta Udd)
Helena Lundman-Evars, psykologi, Kristiinankaupunki, (Pirjo Tåg)
Johanna Björkman, sosiaalijohtaja, Korsnäs, (Carina Westberg)
Gun-Kristin Nordström (Hans Ingvesgård)

Kutsuttu mielenterveysneuvoston kokouksiin:

Jarkko Pirttipera
Peter Riddar
Pirjo Wadén
Eini Pihlajamäki
Susann Sjöström

Tiia Järvinen
Britt-Marie Lindqvist (Välittäjä-hanke 2009)

Asiantuntijat, joita mielenterveysneuvosto on konsultoinut:

Veijo Nevalainen, ylilääkäri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Vaasan sairaanhoitopiiri Tuula Rönkkö-Kuivalainen (johtava ylilääkäri)
Birgitta Ivars (osastonhoitaja), sekä Hilka-Maija Kolehmainen
Anhörigas stöd för mentalvården i Vasanejden rf Marja-Leena Nordman,
Susanne Westerlund,
Svalan Päivi Isuls, Svalan r.f.:n pj., ja Job-Centerin toiminnanjohtaja
Hanna Södergrann, diakonissa ja mielenterveysasioista vastaava, Kaskisten seurakunta.
Tore Lund ja Lilian Antfolk Pixneklinalta.
Mielentervetystyötä tekeviä järjestöjä, seurakuntia, omaisia ja mielenterveyspalvelujen käyttäjiä sekä Pixneklinan edustajia
K5:n kunnissa mielenterveystyötä tekeviä henkilöitä

Välittäjä -hanke

K5:n ja K2:n (K3) yhteisen viiteryhmän jäsenet:

Maria Hammar
Maria Lindell
Britt-Marie Lindqvist
Päivi Somero
Ann-Britt Björkström
Gunnevi Vesimäk
Gunilla Jusslin
Jean Sandvik
Christer Rönnlund
Yvonne Holming
Benita Vestergren
Eva-Stina Häggdahl
Jarkko Pirttipera
Håkan Söderman
Birgitta Udd
Pirjo Tåg
Stina Lähteenmäki
Alice Backström
Esko Kuoppala
Inger Bjon
Pirjo Wadén

Työryhmät 2011 - 2012

Toimikunta toiminnan yhteensovittamiseksi jäsenkuntien kanssa (työvaliokunta)

Anita Ismark, Korsnäs
Hans-Erik Lindqvist, Närpiö
Mats Brandt, Maalahti
Marlene Svens, Kaskinen
Riitta El-Nemr, Kristiinankaupunki
Jarkko Pirttipera, K5
Peter Riddar, K5
Pirjo Wadén, K5
Petra Ollus, K5 siht.

Perusterveydenhuollon työryhmä

Peter Riddar, K5, pj.
Tom Lövdahl, Närpiö
Stina Lähteenmäki, Kaskinen

Raimo Isoaho, Maalahti
Jarkko Pirttipärä, K5 siht.

Sosiaalihuollon työryhmä

Pirjo Wadén, K5, pj.
Berit Varho, Kaskinen
Yvonne Lindén, Närpiö
Yvonne Holming, Maalahti
Johanna Björkman, Korsnäs
Viola Broo-Rönnlund, Kristiinankaupunki
Petra Ollus, K5, siht.

Tilaja-tuottaja työryhmä

Britta Vikberg, Korsnäs
Folke Forsberg, Maalahti
Gun Forsman, Närpiö
Mirja Högstrand, Kaskinen
Åsa Blomstedt, Kristiinankaupunki
Camilla Hamberg, Maalahti
Jyrki Jussila, Kaskinen
Keijo Hautala, Kristiinankaupunki
Kerstin Sjöstrand, Korsnäs
Peter Andersén, Närpiö
Jarkko Pirttipärä, K5
Peter Riddar, K5
Pirjo Wadén, K5
Petra Ollus, K5

Liite 2

Lähi- ja erityispalvelujen organisointi osaamista koskevien vaatimusten mukaisesti

<p>Erityispalvelut</p>	<p>Erityispäivähoito</p> <p>Lastensuojelu - sosiaalityö - sosiaaliohjaus - suunnitelmat - avohuollon tukitoimet, toimeentulotuki, asuminen, perhe-työ, tukihenkilö/-perhe.</p> <p>Psykososiaaliset palvelut: Perheneuvonta (psykologi, masen-nushoitaja, psykiatrinen hoitaja, kuraattori)</p> <p>Päihdekuraattori (polikliininen toiminta)</p> <p>Vammaispalvelut - sosiaalityö - kuntoutusohjaus/palveluohjaus - tuettu asuminen - kotihoito - kehitysvammaisten neuvonta - palveluasuminen</p> <p>Muistipoliiklinikka</p> <p>Puheterapia</p> <p>Toimintaterapia</p> <p>Ravitsemusterapia</p>	<p>Väkivaltauhrien palvelut - matalan kynnyksen avohoitopalvelut - suojakoti Väkivaltaa tekevien palvelut (?)</p> <p>Lastensuojelu - huoltoyksiköt, esim. koulukoti (Lagmansgården) - seksuaalisesti hyväksikäytettyjen tutkimukset ja hoito - suomenruotsalaisten perhehoito (esim. Kärkullan perhepankki) - sijaishuolto - juridinen apu (ostopalvelu)</p> <p>Kansainväliset adoptiopalvelut</p> <p>Peliriippuvuuden ja muiden vaativien riippuvuusongelmien yh-teydessä annettavat palvelut</p> <p>Mielenterveyspalvelut - päivä- ja työtoiminta - tukiasunnot</p> <p>Päihde- ja mielenterveyshuollon asiakkaiden palvelut - a-klinikka (Vaasa) - nuorisosaema (Vaasa) - sosiaalihuollon päihdetyö/perusturvakeskus (Korsnäs, Närpiö) - päihdehuollon asiakkaiden kuntouttavat asumismuodot (Kors-näs, Närpiö, Kristiinankaupunki) - mielenterveyshuollon asiakkaiden kuntouttavat asumismuodot (Maalahti, Korsnäs) - katkaisuhuolto (lähipalvelu Kristiinankaupungissa) - tilapäiset yöpymiset - kuntoutuslaitokset (esim. Pixne, Tolvishemmet) - palveluasuminen (tehostettu)</p> <p>Kuntouttava työtoiminta (Jobcenter, Jupitersäätiö Vaasassa, Fö-regångarna)</p>
<p>Erityisosaaminen</p>	<p>Muistipoliiklinikka</p> <p>Fysikaaliset palvelut Päivähoito Lapsiperheiden palvelut - kotipalvelu (ostettu/oma tuotanto)</p> <p>Ehkäisevä lastensuojelu/lapsiperheiden palvelut (päivähoi-dossa, kouluissa, terveydenhuollossa)</p> <p>Perhekeskus (suunnitteilla) (käsittää sosiaali- ja terveyden-huoltoresurssit)</p> <p>Aikuissosiaalityö - toimeentulotuki - muutostyö - sosiaalipalvelujen päihdetyö/perusturvakeskus (Kristiin-an-kaupunki, Maalahti) - sosiaalipalvelujen mielenterveystyö/perusturvakeskus - kuntouttavat asumismuodot päihdehuollon asiakkaille (Maa-lahti) - kuntouttavat asumismuodot mielenterveyshuollon asiakkail-le (Närpiö, Kristiinankaupunki)</p> <p>Vammaispalvelut - asuntojen muutostyöt - henkilökohtaisen avustajan järjestäminen</p> <p>Parisuhdeväkivaltaa ehkäisevä työ</p> <p>Ikäihmisten palvelut - kotipalvelu ja kotihoito - pitkäaikainen ja lyhytaikainen hoito terveyskeskussairaalassa - omaishoidon koordinaatio - asumispalvelut - gerontologinen sosiaalityö</p> <p>Perusterveydenhoito -lääkärin, sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotto</p> <p>Hammashuolto</p> <p>Laboratoriokokeet</p> <p>Sairaankuljetukset</p> <p>Kouluterveydenhoitaja</p>	<p>Vammaispalvelut - kuljetuspalvelu - tulkkauspalvelu - työtoiminta - päivätoiminta - kuntouttavat tukipalvelut - kehitysvammaisten laitoshoido - autististen ja muiden erityisryhmien palvelut</p> <p>Seulontapalvelut -mammografia -silmäpohjankuvaus</p> <p>Erikoishammashuolto Maahanmuuttajakoordinaattori Kotouttamispalvelut Neuvola Sosiaalipäivystys Kriisipäivystys Ehkäisevä nuorisotyö (Jobcenter, Klara, Föregångarna) Sosiaaliasiamies</p> <p>Perheoikeudelliset asiat Isyys-, elatus-, huoltajuus-, tapaamisoikeus-, adoptioasiat</p> <p>Velkaneuvonta</p> <p>Asunnottomien sosiaalipalvelut Kuntouttava työtoiminta</p> <p>Ikäihmisten palvelut - päiväkeskustoiminta - tehostettu palveluasuminen - laitoshoido, vuodeosastohoido - kuljetuspalvelu - omaishoitajien tukipalvelut - tukipalvelut (ruokapalvelu, siivouspalvelu ja turvapalvelut)</p> <p>Päivystys klo 16-22 (Vaasassa, Kristiinankaupungissa, Närpiössä)</p>

Perusosaaminen	Apuvälinepalvelut	Muuna aikana (Vaasassa, Kristiinankaupungissa) Röntgen
	Lähipalvelut ¹⁴	Aluettain keskitetyt palvelut

Aineisto perustuu STM:n SOTE-kyselytutkimukseen (2009) ja K5-alueen omaan palvelukartoitukseen.

¹⁴ Kaskisten kaupungilla on enemmän keskitettyä toimintaa kuin muilla kunnilla, mitä ei ole tarkennettu tässä taulukossa.

Liite 3

Kirje K5:n hankkeissa työskentelevälle henkilökunnalle

Turku 7.4.2010

Hyvät kollegat!

Olemme iloisia siitä, että meillä on mahdollisuus tavata keskustelemaan kehitystyöstänne. Hankkeellamme (osallistuva arviointi) haluamme nyt tarkastella kuinka pitkälle K5:n kuntayhtymän rakentamisprosessi on edennyt. Kuntayhtymässä toteutetaan parhaillaan useita rinnakkaisia muutosprosesseja, joista eri hankkeet ovat tärkeitä toimijoita. Tapaamme tällä kertaa neljän hankkeen henkilöstöä; Äldrecentrum, PerheKaste, Välittäjä ja Kotouttamishanke.

Alla esitämme muutamia kysymyksiä/aiheita tueksi keskustelulle, jota Susann Sjöström ja allekirjoittanut haluaa käydä kanssanne tapaamisessa. Toivomme, että pystytte varaamaan kaksi tuntia keskustelua varten. Aika on melko lyhyt ja siksi otamme mielellämme vastaan myös kirjallisia selostuksia.

Eini Pihlajamäki

Puh. 040-5155244, eini.pihlajamaki@fskc.fi

Keskusteluaiheita:

1) K5:ssä toteutettavan hankkeesi tärkein tavoite:

2) Mitä osatavoitteita hanke on asettanut ja minkälaisella aikataululla?
(edelleen K5:lla)

3) Selosta toimintaympäristöäsi/toimintaympäristöänne K5:ssä.

- mitkä verkostot? (hankeesi/hankkeenne käytettävissä olevien henkilöiden/organisaatioiden/hallintojen nimet)

- mitkä yhteistyöosapuolet? (yhteistyöosapuolten nimet)

- minkälaisena pidät toimintaympäristöä alueellasi/alueellanne tehtävää kehitystyötä ajatellen?

4) Interventiot

Useat hankkeet ovat käynnistyneet melko hiljattain, mutta mitä toimenpiteitä olette jo ehtineet toteuttaa?

Minkä intervention/mitkä interventiot aiotte hankkeessanne toteuttaa lähikuukausina?

Mihin osatavoitteeseen/osatavoitteisiin interventiot liittyvät?

5) Missä suhteessa hankkeen tavoitteet, osatavoitteet ja interventiot ovat K5-kuntayhtymän asettamiin tavoitteisiin?

6) Mitä haluat korostaa myönteisenä asiana omasta näkökulmastasi? ...ja mitä esteitä mielestäsi on olemassa?

Liite 4 Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä

MIELENTERVEYSNEUVOSTON JOHTOSÄÄNTÖ

1§ Toiminnan tarkoitus

Rannikko-Pohjanmaan mielenterveysneuvosto on alueen jäsenkuntien ja alueen järjestöjen, mielenterveyspalvelujen käyttäjien ja heidän omaistensa yhteistyöfoorumi.

Mielenterveysneuvosto pyrkii toimimaan alueen väestön psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseksi sekä myötävaikuttamaan mielenterveyspalvelujen kehittämiseen mahdollisimman käytännöllisiksi. Mielenterveysneuvosto tekee ehdotuksia kuntayhtymähallitukselle ja tarvittaessa muille hallintoelimille mielenterveyspalvelujen kehittämiseksi sekä turvaamiseksi.

2§ Neuvoston asettaminen ja kokoonpano

Yhtymähallitus valitsee mielenterveysneuvostoon omaa toimikauttaan vastaavaksi ajaksi 8-12 jäsentä henkilökohtaisine varajäsenineen. Jäsenten tulee edustaa monipuolisesti mielenterveystyön viran- ja toimenhaltijoita. Lisäksi yhden jäsenen ja henkilökohtaisen jäsenen tulee olla yhtymähallituksen varsinainen jäsen tai varajäsen.

Mielenterveysneuvosto valitsee keskuudestaan puheenjohtajan, varapuheenjohtajan sekä sihteerin. Puheenjohtaja valmistelee kokoukset ja sihteeri kutsuu neuvoston koolle. Neuvosto kokoontuu 2-5 kertaa kalenterivuoden aikana.

Koska neuvosto toimii yhteistyöfoorumina, se voi tarvittaessa kutsua palvelujen käyttäjien ja omaisten edustajia asiantuntijoiksi.

3§ Tehtävät

Mielenterveysneuvoston keskeiset tehtävät ovat

- seurata kuntayhtymän alueen väestön psyykkistä hyvinvointia
- pohtia ja kehittää eri toimijoiden välistä yhteistyötä mielenterveystyön alueella
- seurata mielenterveyspalvelujen alueellista saatavuutta ja tasa-arvoa
- kehittää palveluja kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman linjausten mukaisesti (Mieli 2009)
- tehdä mielenterveyspalveluja koskevia kehittämissuhteita yhtymähallitukselle ja tarvittaessa jäsenkuntien perusturvalautakunnille
- antaa pyydettäessä lausuntoja eri hallintoelimille

4§ Viranhaltijaedustus

Kuntayhtymän johtoryhmän jäsenillä sekä yhtymähallituksen puheenjohtajalla on oikeus osallistua mielenterveysneuvoston kokouksiin. Kokouksiin voidaan tarvittaessa kutsua jäsenkuntien perusturvalautakuntien jäseniä sekä muita asiantuntijoita.

5§ Voimaantulo

Tämä johtosääntö astuu voimaan 1.7.2009.

Liite 5

Muutamien kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa käytettävien käsitteiden määrittely

Määrittelyt on pääosin otettu syksyllä 2010 julkaistusta Arttu-raportista (Berg ym.).

Kuntarakenteella tarkoitetaan yksittäisten kuntien muodostamaa kokonaisuutta. *Palvelurakenteella* tarkoitetaan kuntien asukkailleen tarjoamien palvelumuotojen muodostamaa kokonaisuutta. Tarjonta voi vaihdella sekä laajuudeltaan että monipuolisuudeltaan.

Kunnan palveluprofiililla tarkoitetaan, missä määrin tietty väestöryhmä - esim. ikäihmiset - todellisuudessa käyttävät kyseiselle väestöryhmälle tarjottavia kunnan palvelumuotoja - esim. ikäihmisten palveluja.

Palvelurakenne muodostuu erityyppisistä toiminnoista. Tavallisesti erotetaan perus-, tuki- ja lisätoiminnot tai -palvelut. *Perustoiminnoilla* toteutetaan palvelun perustehtävä, esim. koulun opetus. Tukipalvelut ovat *tarpeellisia* perustoimintojen toteuttamiseksi. Tällaisia ovat esim. oppilashuolto ja koulukuljetukset. *Lisätoiminnot* eivät ole tarpeen perustoimintaa ajatellen, mutta ne vaikuttavat palvelujen laatuun, esim. koulun valinnaisaineiden määrä.

Palveluverkko tarkoittaa kaikkia fyysisiä palveluyksiköjä/toimintapaikkoja, joissa kunta tarjoaa asukkailleen palveluja. Palveluverkot voivat olla luonteeltaan sekä paikallisia että alueellisia palvelutyypistä riippuen. Nk. lähipalveluissa (ks. alla) on yleensä kyse paikallisista palveluverkoista. Palveluyksiköjen ei kuitenkaan tarvitse olla kunnallisia siinä mielessä, että ne "kuuluisivat kunnalle", vaan ne voivat myös kuulua muille palveluntuottajille. Yksiköt voivat kuulua muille organisaatioille, mutta ne tuottavat palveluja, joiden järjestämisvastuu kuuluu kunnalle.

Järjestämisvastuulla tarkoitetaan, että kunta päättää palvelujen määrästä, laadusta ja tuotantomuodosta. Jos järjestämisvastuu siirretään yhteistoiminta-alueelle, yksittäinen kunta ei voi tehdä päätöksiä, - esim. talousarviosta - jotka johtavat yhteistoiminta-alueen palvelujen saatavuuden kuntakohtaisiin eroavuuksiin, (ks. myös luku 5.4. Tilaaja-tuottajamallista).

Palvelujen *saavutettavuutta* voidaan ymmärtää kahdella tavalla. Peruskysymyksenä on se, onko kyseinen palvelu saatavilla vai ei; tässä yhteydessä onko palvelu järjestetty kielivähemmistölle (saatavuus). Vaikka palvelu on saatavissa, se ei välttämättä merkitse sitä, että se on hyvin *saavutettavissa*. Se, että palvelu on saatavilla ei siis kerro sitä, onko se myös erilaisten ryhmien saavutettavissa. Saavutettavuuteen vaikuttavat myös etäisyydet, palvelun saavuttamiseen tarvittava aika ja erilaiset viiveet (jonot, odotus- ja aukioloajat).

Palveluketjulla tarkoitetaan kokonaisuutta, joka koostuu eri palvelumuodoista, jotka ovat tarpeellisia asiakkaan tarpeita ajatellen. Ketjun eri vaiheet koskettavat usein useita toimintoja ja/tai palveluyksiköitä. Tunnusomaista toimivalle palveluketjulle on siten, että kunta vastaa laadukkaiden palvelujen tarjoamisesta mahdollisimman lähellä asukkaita. Tällöin palvelukonsepttiin liittyy myös ajatus siitä, että etäisyys eri toimintoihin voi vaihdella. Siten on olemassa sekä sellaisia toimintoja, jotka on katsottava *lähipalveluiksi* (on tarjottava asukkaiden lähiympäristössä) sekä sellaisia palveluja, jotka voidaan järjestää joko alueellisina tai keskitettyinä palveluina, jotka edellyttävät laajan väestöpohjan.

Lähipalveluille on tunnusomaista, että niitä käytetään yleisesti. Lähipalveluja ovat mm. ikäihmisten kotihoito, palveluasuminen, lasten päivähoito, perhetyö, sosiaaliset lähipalvelut ja toimeentulotuki. Vastuu lähipalvelujen järjestämisestä ei kuitenkaan välttämättä tarvitse olla peruskunnalla; myös laajaan väestöpohjaan perustuva kuntayhtymä tai erityisvastuualue voi järjestää lähipalveluja.

Alueellisille palveluille on tunnusomaista, että ne saavutetaan yleensä omalla ajoneuvolla tai joukkoliikenteen avulla. Alueellisia palveluja voi myös järjestää liikkuvana palveluna, esim. liikkuvat päihdeterapeutti-palvelut. Etäisyydet voivat siis yleensä olla pitempiä. Sivistyspalveluissa alueellisia palveluja voi olla vapaa sivistystyö, esim. kansalaisopistot ja monipuoliset kirjasto- ja tietopalvelut, joita ei ole mahdollista ylläpitää kaikkien kuntalaisten välittömässä läheisyydessä. Laajan väestöpohjan edellyttäviä palveluja voidaan pitää lähipalvelujen ja alueellisten palvelujen erikoistuneena täydennyksenä. Palveluja tarvitaan harvemmin, mutta ne edellyttävät erityisosaamista, erityislaitteita tai moniammatillista osaamista. Esimerkkejä ovat erikoissairaanhoidon päivystys ja erikoissairaanhoidon vuodeosastot. Julkiset, laajan väestöpohjan edellyttävät palvelut järjestää yleensä kuntayhtymä, jolla on laaja väestöpohja. Vrt. liite 2.



AB DET FINLANDSSVENSKA KOMPETENSCENTRET
INOM DET SOCIALA OMRÅDET – FSKC
Tavastvägen 13, 00530 HELSINGFORS
www.fskc.fi