

Kannuskadun palvelukeskus

Omavalvontasuunnitelma 2026-2027

päivitetty 10.6.2026



Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus
Klient- och patientsäkerhetscentret

Sisällys

Kannuskadun palvelukeskus	1
Omavalvontasuunnitelma 2026-2027	1
Lukijalle	3
1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot.....	3
1.1 Palveluntuottajan perustiedot.....	3
1.2 Palveluyksikön perustiedot.....	4
1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	4
1.4 Päiväys	15
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako.....	15
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat.....	16
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen	16
3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen	19
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen	21
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen.....	36
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen..	41
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen.....	49
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely.....	49
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta	50
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä.....	51
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano.....	52
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi	53
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi	53
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi.....	56

Lukijalle

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta astui voimaan 1.1.2024. Sen mukaan palveluntuottajan on valvottava oman ja alihankkijansa toiminnan laatua ja asianmukaisuutta sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta.

Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien sekä niiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajien, jotka antavat palveluja useammassa kuin yhdessä palveluyksikössä, pitää laatia toiminnastaan omavalvontaohjelma.

Palveluntuottajan on laadittava jokaiselle palveluyksikölleen omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palvelut, jotka tuotetaan palveluyksikössä tai sen lukuun. Omavalvontasuunnitelman avulla varmistetaan toiminnan laatua, asianmukaisuutta ja turvallisuutta sekä seurataan asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyttä.

Sosiaali- ja terveystieteen lupa- ja valvontavirasto Valvira julkaisi 14.5.2024 määräyksen omavalvontasuunnitelman laatimisesta ja seurannasta. Määräyksessä annetaan ohjeistusta suunnitelman sisällöstä.

Tämä Omavalvontasuunnitelman mallipohja on tarkoitettu julkisten ja yksityisten palveluntuottajien tueksi. Se ohjaa käytännönläheisesti palveluyksikön omavalvontasuunnitelman laadintaa. Mallipohja on yleisluonteinen, ja se kattaa Valviran määräyksen edellyttämät asiat.

Omavalvontasuunnitelman laajuus ja sisältö määräytyvät palveluyksikössä tuotettavien palvelujen ja toiminnan laajuuden mukaan. Sen vuoksi mallipohjaa kannattaa muokata oman palveluyksikön tarpeisiin sopivaksi. Esimerkiksi yksin työskentelevän psykoterapeutin tai fysioterapeutin omavalvontasuunnitelma on hyvin erilainen kuin ison asumispalveluyksikön tai terveyskeskuksen omavalvontasuunnitelma.

Omavalvontasuunnitelman mallipohja on laadittu valmisteluryhmässä, johon kuului kuudentoista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjän edustajat. Työkalu on ollut kommenttikierroksella Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen verkostoissa sekä hyväksytty Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen Asiantuntijaneuvostossa.

Keskeiset lähteet:

- ✓ Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023
- ✓ Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontalain soveltaminen: Sote-valvontalain+soveltamisohje.pdf (stm.fi)
- ✓ Sosiaali- ja terveystieteen lupa- ja valvontavirasto (Valvira): Määräys sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajan palveluyksikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman sisällöstä, laatimisesta ja seurannasta: file:///C:/Users/ov060731/Downloads/01_Valvira_maarays_1_2024%20(1).pdf
- ✓ Sosiaali- ja terveystieteenministeriön asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (STM:n julkaisu 2022:2).

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

Palveluntuottajan nimi	Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö sr (Mente Palvelut)
Y-tunnus	1466522-2

Yhteystiedot

Kirkkokatu 27, 3. krs
15140 Lahti
info@mente.fi

1.2 Palveluyksikön perustiedot**Palveluyksikön nimi**

Kannuskadun palvelukeskus

Yhteystiedot

Kannuskatu 6
15830 Lahti
03-8754400

Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukaisen vastuuhenkilön tai palvelualojen vastuuhenkilöiden nimet ja yhteystiedot

Jenni Mettälä, palvelukeskuksen johtaja
040 184 6860
jenni.mettala@mente.fi

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet**Palvelumuoto; asiakasryhmä, jolle palvelua tuotetaan; asiakaspaikkamäärä**

- Asumispalvelut / Ympäri vuorokautinen ja vaativa ympäri vuorokautinen, 57 asiakaspaikkaa + yksi arviointipaikka, mielenterveys- ja päihdekuntoutajat

Palvelu tuotetaan Mente Palvelujen omana tuotantona Päijät-Hämeen hyvinvointialueella, Mente Palvelujen Päijät-Hämeen hyvinvointialueen, Vantaa-Keravan hyvinvointialueen sekä Etelä-Savon hyvinvointialueen kanssa tekemiin palvelusopimuksiin perustuen.

Palvelu tuotetaan läsnäpalveluna. Palveluja saavien asiakkaiden kanssa tehdään 1 kk sisällä palvelun alkamisesta heidän palveluntarvettaan vastaava yksilöllinen toteuttamissuunnitelma, joka päivitetään vähintään puolivuositain, ja aina palvelun tarpeen muuttuessa.

Alihankintana ostetut palvelut ja niiden tuottajat

Ostopalvelujen tuottajat:

- ISS-palvelut Oy (kiinteistöhuolto)
- LIT Oy (kiinteistöisännöinti)
- Oksman Oy (siivouspalvelut)
- Avarn Security Oy (turvallisuus/ kamerat))
- Ascom Oy (turvallisuus/ puhelinjärjestelmä)
- Certego Oy (lukitusjärjestelmät)
- Berendsen Textil Service Oy (vaihtomatot)
- Lassila ja Tikanoja Oyj/ Meine (jätekuljetus)
- Netproce Oy (asiakastietojärjestelmä)
- Fraidei Oy (ICT-tuki)

Toimintalupatiedot

Ympäri vuorokautinen palvelutoiminta (yksityiset ympärivuorokautista toimintaa harjoittavat yksiköt)

Rekisteröintipäätöksen ajankohta: 9.3.2009

Toiminta-ajatus

Mente Palveluiden tarkoituksena on edistää mielenterveyttä ja tukea sekä kehittää mielenterveys- ja päihdetyötä. Menten tarkoituksena on myös osallistua uusien kuntouttavien toimintamuotojen kehittämiseen ja työskennellä avohoidossa olevien mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ja osallisuuden lisäämiseksi.

Mente Palveluiden toimintaa ohjaavat keskeiset lait ovat:

- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023
- Laki Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000
- Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011
- Lastensuojelulaki 417/2007
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
- Terveystoimintalaki 1326/2010
- Terveystoimintalaki 763/1994
- Työturvallisuuslaki 738/2022
- Vammaispalvelulaki 675/2023

Toimintaa ohjaavat keskeiset, ajantasaiset lait on koottu IMS-järjestelmään. Lisäksi käytössä on Finlex-sivut.

Arvot ja toimintaperiaatteet

Mente Palveluiden arvot ovat osallisuus, vastuullisuus ja yhdenvertaisuus. Mente Palvelut vahvistaa osallisuutta sekä edistää vastuullisuutta ja yhdenvertaisuutta omalla toiminnallaan.

Käytännössä Mente vahvistaa osallisuutta tukemalla asiakkaidensa oman elämän haltuunottoa. Vastuullisena toimijana Mente edistää sekä asiakkaiden että henkilöstön osallistumista Menten päätöksentekoon ja kantaa omasta toiminnastaan laaja-alaisesti sosiaalista vastuuta. Menten toimintaa ohjaavat keskeisesti kestävä kehitys ja yhdenvertaisuuden periaatteet.

Toimintamme perustuu HA(LL)USSA HYVÄ ELÄMÄ -ajattelulle, joka tarkoittaa sitä, että toipuminen ja oman elämän haltuun ottaminen on aina muuttuva ja yksilöllinen prosessi. Henkilön toipuminen mielenterveyden häiriöistä tai sairauksista on matka, jonka varrella ihminen löytää uuden merkityksellisen elämän ja sairaudestaan erillisen identiteetin – uuden minäkuvan. Mente palveluiden työskentely perustuu toipumisorientaation lähestymistavalle ja se on Kannuskadun palvelukeskuksen ominainen toimintakulttuuri.

Arvot liittyvät läheisesti myös työn ammattieettisiin periaatteisiin ja ohjaavat työskentelyä. Mente on laatinut ammattieettiset periaatteet vuonna 2022. Kannuskadun palvelukeskuksen

henkilökuntaa on osallistunut työpajoihin, joissa Menten ammattieettisiä periaatteita on työstetty. Keskustelua arvoista ja toimintaperiaatteista käydään työryhmän kanssa säännöllisesti. Arvot ja yhdessä sovitut toimintaperiaatteet muodostavat Kannuskadun palvelukeskuksen toimintakulttuurin, mikä näkyy esimerkiksi asiakastyössä ja omaisten kohtaamisessa.

Mente Palveluiden palvelulupaukset ovat:

Mente on voittoa tavoittelematon, yhteiskunnallinen yritys. Toimintamme tavoitteena on ratkaista yhteiskunnallisia ongelmia, kantaa yhteiskunnallista vastuuta ja tuottaa yhteiskunnallista hyvää. Mahdollinen voitto ohjataan suoraan toimintaan ja sen kehittämiseen.

Sinun unelmiasi ja toiveitasi tulee yhteisiä tavoitteitamme ja työskentelemme yhdessä niiden toteuttamiseksi. Kannustamme sinua löytämään ja toteuttamaan niitä sekä kokeilemaan uusia asioita elämässäsi.

Sinun näkemyksesi ja kokemuksesi on yhteistyömme lähtökohta. Kuulemme sinua ja olemme kiinnostuneita sinun tarinastasi sellaisena kuin haluat sen kertoa.

Sinä olet tärkeä juuri sellaisena kuin olet. Puhumme kanssasi, emme sinusta. Tuemme sinua löytämään merkityksellisiä rooleja ja toimintamahdollisuuksia lähiyhteisöissä ja yhteiskunnassa kansalaisena. Saat vertaistukea ja voit toimia vertaistukena halutessasi.

Sinä päätät. Etsimme yhdessä tietoa, pohdimme kanssasi päätösten seurauksia ja autamme sinua vaihtoehtojen löytämisessä.

Menten palvelulupauksia on katselmoitu ja arvioitu vuoden 2024 aikana organisaatiotasolla. Kannuskadun palvelukeskuksen henkilökuntaa on osallistunut palvelulupausten mukaiseen keskusteluun kevään 2025 Mente iltapäivissä.

Hyvinvointia, kuntoutumista ja kasvua tukeva toiminta

Yksilöllinen tuki ja ohjaus

Asiakasta tuetaan ja ohjataan yksilöllisesti toteuttamissuunnitelmassa sovittujen tavoitteiden ja keinojen mukaisesti. Yksilöllisellä tuella ja ohjauksella voidaan edistää ja ylläpitää asiakkaan psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia, vahvistaa asiakkaan arjen- ja elämänhallinnan taitoja, tukea asiakasta sairauden oireiden hallinnassa ja toipumisessa, tukea asiakasta omien vahvuuksien ja voimavarojen löytämisessä sekä itselleen hyvän ja oman näköisen elämän rakentamisessa.

Yksilöllistä tukea ja ohjausta asiakkaille antavat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset sekä tarvittaessa kokemus- tai vertaisohjaajat. Jokaiselle asiakkaalle on nimetty vastuuohjaaja.

Vastuuohjaajan tehtävä on asiakkaan tarpeiden ja edun mukaisesti edistää sitä, että asiakas saa palvelutarpeen mukaista tukea ja kuntoutusta.

Kannuskadun palvelukeskuksessa asiakas saa omien tavoitteiden ja tarpeidensa mukaisesti yksilöllistä ohjausta ja tukea esimerkiksi:

- itsestä huolehtimiseen (hygieniat, vaatehuolto ja pukeutuminen, terveelliset elämäntavat, ravitsemus, liikunta, lepo, terveydenhoito ja lääkehoito),
- arjenhallintaan (kodinhoito, talouden hoito ja taloudellisten etuuksien hakeminen, paikalliset palvelut, kauppa- ja pankki ym. asioinnit, sähköisten palveluiden käyttäminen),
- psyykkiseen hyvinvointiin (itsetuntemus, omat vahvuudet, itseluottamus ja toivo, itsenäinen päätöksenteko),
- päihitteettömyyteen (päihdetietous, päihteiden käytön haitat, puheeksi otto ja varhainen puuttuminen)
- sosiaaliin suhteisiin (suhteet omaisiin ja läheisiin, ryhmätoiminta, harrastukset, vapaa-ajan toiminta) sekä
- opiskeluun, työhön tai muuhun itselle merkitykselliseen ajan käyttämiseen.

Ryhmämuotoinen tuki ja toiminta

Kannuskadun palvelukeskuksessa asiakas osallistuu ryhmiin, joiden tavoitteet tukevat hänen omia tavoitteitaan ja tarpeitaan. Osallistuminen ryhmätoimintaan sovitaan yhdessä asiakkaan kanssa toteuttamissuunnitelmassa. Ryhmämuotoisella toiminnalla voidaan tukea asiakkaan arjen- ja elämänhallinnan taitoja, sairauden oireiden hallintaa ja toipumista, omien vahvuuksien ja voimavarojen löytämistä sekä työhön tai opiskeluun suuntautumista. Kuntoutumisen edistytessä tuetaan asteittaista opiskeluihin, työelämään tai vapaaehtoistyöhön siirtymistä.

Ryhmätoiminnan sisällöt jakaantuvat esimerkiksi erilaisiin:

- teemaryhmiin (ravitsemus, liikunta, ympäristö ja yhteiskunta),
- toiminnallisiin ryhmiin (rentoutus, kädentaidot, leivonta ja ruoan valmistus),
- liikuntaryhmiin (ulkoilu, kuntosali, erilaiset jumpat, tanssi, palloilu),
- virkistys- ja harrasteryhmiin (retket, elokuvat, taide- ja kulttuuritapahtumat, musiikki, laulu, tanssi, pelit ja visailut),
- ilmaisuryhmiin (ajatukset, tunteet ja muistot; kuvina, runoina, musiikkina ja keskusteluna),
- vertaisryhmiin (vertaisuuteen perustuvia keskusteluryhmiä ja toiminnallisia ryhmiä) sekä
- valmennuksellisiin ryhmiin (työelämän ja opiskelun infotilaisuudet ja tutustumiskäynnit, työhön ja opiskeluun pääsyn valmiudet, kansalais- ja työelämätaidot, ammatinvalintatestit, kognitiivisten prosessien vahvistaminen)
- koulutuksellisiin ryhmiin (toipumisorientaatio, sairaudet, elämänhallinta).

Ryhmämuotoisen toiminnan suunnittelu ja sisältö perustuvat asiakkaiden tarpeisiin sekä säännöllisesti asiakkailta kerättyihin ryhmäpalautteisiin. Ryhmätoimintakaudet ovat syksy, kevät ja kesä, joiden mukaisesti rytmittyy ryhmätoiminnan suunnittelu, toteutus, arviointi ja kehittäminen. Ryhmätoiminnan suunnittelusta, ohjaamisesta, arvioinnista ja kehittämisestä vastaavat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset yhdessä asiakkaiden, omaisten ja läheisten sekä kokemusasiantuntijoiden kanssa.

Säännöllinen ja monipuolinen viikko-ohjelma tuo elävyyttä yksikön arkeen ja mahdollistaa sen, että asiakkaat voivat rakentaa itselleen hyvin yksilöllisen viikko-ohjelman. Kannuskadun palvelukeskuksessa on jatkettu vuonna 2025 aloitettuja ryhmiä ja aloitettu uudenlaisia ryhmiä, kuten toipumisorientaatioon perustuva Toivon avaimet-ryhmä, pelailu-ryhmä liikkumiseen sekä asiakkaan pitämä vertaistuellinen ulkoiluryhmä.

Yhteisöllinen tuki ja toiminta

Kuntoutuminen ei tapahdu tyhjiössä, vaan vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Ihminen tarvitsee kuntoutumiseen ympäristöä, jossa hän hahmottaa valintojaan ja mahdollisuuksiaan saaden ympäristöltään palautetta.

Yhteisöllisellä toiminnalla voidaan edistää ja ylläpitää asiakkaan psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia, vahvistaa asiakkaan arjen- ja elämäntaitojen taitoja sekä tukea asiakasta omien vahvuuksien ja voimavarojen löytämisessä sekä itselleen hyvän ja oman näköisen elämän rakentamisessa.

Asiakas osallistuu toteuttamissuunnitelmassa yhdessä sovittujen tavoitteiden ja keinojen mukaisesti yhteisölliseen toimintaan, joka voi olla esimerkiksi:

- osallistumista yhteisön arkeen (yhteiset säännöt, yhteiset ruokailut, yhteiset oleskelu- ja toimintatilat, vertaisuus),
- osallistumista yhteisön omaan viikko-ohjelmaan (ryhmät, retket, tapahtumat),
- vastuun ottamisen ja jakamisen harjoittelua yhteisön kanssa (keittiö- ja siivousvuorot, yhteisten oleskelutilojen ja piha-alueiden pienimuotoiset huoltotehtävät, yhteisökokousten puheenjohtajan ja sihteerin tehtävät) sekä
- vaikuttamisen ja päätöksentekemisen harjoittelua yhteisökokouksissa (yhteisön yhteisten oleskelutilojen sisustus ja toiminta), ryhmätoiminnan palaverissa, asiakasedustajina toimimisessa.

Kannuskadun palvelukeskuksen eri yhteisöt ja niiden toimintatavat vahvistavat asiakkaan mahdollisuuksia vaikuttaa omiin ja yhteisönsä asioihin. Asiakasta tuetaan ja kannustetaan edistämään oman hyvänsä lisäksi myös yhteistä hyvää. Yksikön toiminta perustuukin demokraattiselle päätöksenteolle, jolla pyritään ensisijaisesti lisäämään asiakkaiden yhteistä vastuuta ja valtaa heidän kykyjensä sekä tilanteen mukaan. Tavoitteena on kokemus yhteisöön kuulumisesta ja siitä, että asiakas voi vaikuttaa itseään, lähiyhteisöään ja yhteiskuntaa koskeviin asioihin.

Yhteistyö toimintaympäristön kanssa

Asiakasta tuetaan ja ohjataan toimimaan myös muun toimintaympäristön kanssa. Yhteistyöllä muun toimintaympäristön kanssa voidaan vahvistaa asiakkaan arjen- ja elämänhallinnan taitoja, tukea asiakasta sairauden oireiden hallinnassa ja toipumisessa sekä tukea asiakasta luomaan yhteys asuinalueen paikallisiin palveluihin.

Asiakas osallistuu omien tavoitteiden ja tarpeidensa mukaisesti muun toimintaympäristön tarjoamaan toimintaan, jota voi olla esimerkiksi:

- järjestöjen (mm. Miete ry, Klubitalo, Avainsäätiö) tarjoama ryhmätoiminta, harrastustoiminta, lomatoiminta, vapaaehtoistoiminta ja muu vapaa-ajan toiminta,
- seurakuntien diakoniatyön järjestämät ryhmät, retket, leirit sekä muut tapahtumat,
- vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminta (mm. KoKoA ry),
- mielenterveyttä ja päihdehaittoja tukeva hoito ja kuntoutus sekä
- opiskeluun ja työhön liittyvä toiminta.

Yksikön sidosryhmiin kuuluvat esimerkiksi Salpausselän seurakunta. Kannuskadun palvelukeskuksessa vierailee säännöllisesti myös kaverikoiria ja koira-avusteinen toiminta on osa yksikön monipuolista arkea. Lisäksi oppilaitosyhteistyö alueella toimivien sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten kanssa kuuluu Kannuskadun palvelukeskuksen toimintaan. Opiskelijat tekevät yksikössä työssäoppimisjaksoja ja erilaisia ryhmän ohjaamiseen tai teemoihin liittyviä projekteja.

Yhteistyö asiakkaan omaisten ja läheisten kanssa on myös hyvin keskeisessä roolissa. Omaisia ja läheisiä tuetaan ylläpitämään suhdetta tai luomaan suhde uudelleen mielenterveys- ja päihdeasiakkaana olevaan läheiseen. Omaisille ja läheisille pidetään mm. koulutuksellisia tapahtumia, joiden kautta omaisen on helpompi ymmärtää läheisensä sairautta sekä siihen liittyviä kuntoutustoimenpiteitä. Tapahtumissa jaetaan tietoa myös toipumisorientaation periaatteista sekä Menten palvelulupauksista. Omaisia ja läheisiä ohjataan huolehtimaan myös omasta hyvinvoinnistaan sekä riittävästä avun saannista. Omaisten ja läheisten ohjaustyötä tehdään yhdessä muiden toimijoiden kanssa, kuten FinFam/Päijät-Hämeen mielenterveysomaisten kanssa. Vuonna 2026 on suunnitteilla henkilöstölle kuukausikoulutuksia sisältyen osaamisen lisäämistä omaisten kohtaamiseen.

Haluamme olla nykyaikainen palvelukeskus. Asiakastyön kehittämisen ohessa yksikössä panostetaan myös henkilöstön hyvinvointiin ja hyvin toimivaan työryhmään. Meillä on osaava, innostunut ja kehittämismyönteinen henkilöstö. Henkilöstön osaamista lisätään erilaisilla koulutuksilla liittyen RAI-arviointiin, kirjaamiseen, toipumisorientaatioon, tietoturvallisuuteen, Kantaan liittymiseen sekä mielenterveys- ja päihdetyöhön. Lisäksi kehittämispäivien kautta lisäämme tiimien työssä palautumisen keinoja ja uusien työmenetelmien käyttöönottoa. Haluamme myös panostaa yksikön osallistavaan toimintakulttuuriin, joka näkyy sekä asiakkaille, omaisille että talossa työskenteleville.

Ravitsemus

Kannuskadun palvelukeskuksessa tarjotaan viisi valtakunnallisten ravitsemussuositusten mukaista ateriala päivässä (aamiainen, lounas, päiväkahvi/välipala, päivällinen ja iltapala). Asiakkaille annetaan tarvittaessa yöpala, mikäli iltapalan ja aamiaisen väliin jää yli 11 tunnin aika. Kannuskadun palvelukeskuksessa on jakelukeittiö, jossa työskentelee kaksi kokkia. Lounaan pääruoka toimitetaan Viherlaakson palvelukeskuksen valmistuskeittiöltä, kaikki muut ateriat ja aterianlisukkeet valmistetaan Kannuskadun palvelukeskuksen keittiöllä.

Kannuskadun palvelukeskuksessa on käytössä 10 viikon kiertävä ruokalista. Ruokalista suunnittelussa huomioidaan Valtion ravitsemussuositukset, valtakunnalliset teemaviikot, juhlapyhät sekä asukkaiden ja henkilökunnan toiveet ja tottumukset. Ravitsemispalveluiden tavoitteena on ohjata asiakkaiden ruokatottumuksia terveellisempään suuntaan sekä edistää hyvää terveyttä. Ravitsemispalveluilla on käytössä Jamix ruokatuotanto-ohjelma.

Kannuskadun palvelukeskuksen asiakkaat ruokailevat yhdessä toisten asiakkaiden sekä työntekijöiden kanssa. Asiakkaiden asunnoissa on lisäksi jääkaappi mahdollisten asiakaskohtaisten ruoka-aineiden säilyttämiseen. Asuntoihin on mahdollista tuoda mikroaaltouuni ja kahvinkeitin.

Kannuskadun jakelukeittiössä sekä asuinkerrosten keittiöissä on omat omavalvontasuunnitelmat. Terveysviranomaisen käy omavalvontaan liittyvillä tarkastuskäynneillä.

Kannuskadun palvelukeskuksissa noudatetaan asiakaskohtaisia, hoitolinjausten mukaisia dieettejä. Soseutettua tai pehmeää ruokaa tarjoillaan myös tarpeen vaatiessa tai asiakkaan niin halutessa. Uskontoon tai eettiseen vakaumukseen perustuvat ruokavaliot otetaan huomioon.

Asiakkaiden ravitsemusta seurataan päivittäin ruokailujen yhteydessä, poikkeavat havainnot kirjataan SofiaCRM-asiakastietojärjestelmään ja poikkeamiin puututaan herkästi. Asiakkaille annetaan ravitsemustietoa yksilöohjauksen avulla. Lisäravinteita tilataan lääkärin ohjeistuksen mukaisesti. Painon seuranta tarvittaessa viikoittain.

Hygieniakäytännöt

Säännöllinen ja suunnitelmallinen siivous ja tekstiilien puhtaanapito ovat olennainen osa asiakkaiden hyvinvointia ja viihtyvyyttä. Hyvä hygieniataso ennaltaehkäisee myös tarttuvien tautien leviämistä. Yksikön hygieniatasolle asetetut laadulliset tavoitteet ja sen toteutumiseksi laaditut toimintaohjeet sekä asiakkaiden yksilölliset toteuttamissuunnitelmat asettavat omavalvonnan tavoitteet, joihin kuuluvat asiakkaiden henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisen lisäksi infektioiden ja muiden tarttuvien sairauksien leviämisen estäminen. Asiakkaille on tarpeen mukaan laadittu yksilölliset toteuttamissuunnitelman tavoitteet henkilökohtaisen hygienian huolehtimisen tueksi.

Kannuskadun palvelukeskuksessa on siivoustyönsuunnitelma. Tehosiivousohjetta noudatetaan epidemioiden ja pandemian aikana. Jätteet lajitellaan ja toimitaan Päijät-Hämeen jätehuoltosuunnitelman ohjeiden mukaisesti.

Lähtökohtaisesti asiakas osallistuu oman asuntonsa siivoamiseen toimintakykynsä mukaan. Tarvittaessa asiakasta ohjataan, neuvotaan ja avustetaan oman asunnon siisteydestä huolehtimiseen.

Kannuskadun palvelukeskuksessa työskentelee yksi laitossiivooja, joka siivoaa niiden asiakkaiden asunnot, jotka eivät avustettuina kykene oman asuntonsa siivoamiseen. Asiakkaiden asuntojen siivoukseen osallistuu myös Oksman Ky:ltä ostettu siivouspalvelu joka siivoaa 5 asuntoa viikossa siivoussuunnitelman mukaisesti.

Asiakkaan pois muuttaessa, asunnon loppusiivous tehdään Kannuskadun palvelukeskuksen laitossiivoojan toimesta.

Yleisten tilojen ja toimistojen viikkosiivouksesta huolehtii ostopalveluna Oksman Ky siivouspalveluilta hankittu siivooja viitenä päivänä viikossa. Palvelukeskuksen kerroskeittiöiden ruokailujen jälkeinen ylläpitosiivous tehdään asiakkaiden ja henkilökunnan toimesta.

Pyykkihuolto on järjestetty keskitetysti palvelukeskuksen pesulaan. Asiakkailta on halutessaan mahdollisuus hankkia omaan asuntoonsa pesukone tai käyttää talon pesulaa. Pyykkihuollon toteutuksesta vastaa palvelukeskuksen laitossiivooja arkisin klo 10-18. Viikonloppuisin pyykkihuollosta huolehtivat vuorossa olevat ohjaajat.

Laitossiivooja on koulutettu ammattilainen ja opastaa henkilökuntaa siivouskäytäntöihin liittyvissä asioissa kuten pesuaineiden ja siivousvälineiden käytössä.

Kannuskadun palvelukeskuksessa on kerroskeittiöiden ravitsemistoimintaan liittyvä omavalvontasuunnitelma, joka päivitetään kerran vuodessa. Omavalvontasuunnitelmassa kuvataan hygieniaan liittyvät käytännöt keittiön siivoukseen, käsien pesuun sekä säilytyslämpötilojen mittaamiseen. Mente Palveluiden ravitsemuspäällikkö (Virpi Stång, p. 040 702 8630) tarkistaa omavalvontasuunnitelman kerran vuodessa. Hän myös konsultoi tarvittaessa ravitsemishygieniaan liittyvissä käytännöissä. Jokaiselta työntekijältä vaaditaan hygieniapassi.

Infektioiden torjunta

Hygieniayhdyshenkilön nimi ja yhteystiedot Terena Raitanen, sairaanhoitaja
terena.raitanen@mente.fi p.03 8754400

Tartuntatautilain 17 §:n mukaan sosiaalihuollon toimintayksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita. Palvelukeskuksen johtajan on seurattava tartuntatautien ja lääkkeille vastustuskykyisten mikrobien esiintymistä ja huolehdittava tartunnan torjunnasta. Johtajan on huolehdittava asiakkaiden ja henkilökunnan tarkoituksenmukaisesta suojauksesta ja sijoittamisesta sekä mikrobilääkkeiden asianmukaisesta käytöstä. Lisätietoa vakavien hoitoon liittyvien infektioiden seurannasta ja ilmoituskäytännöistä löytyy THL:n sivulta osoitteesta.

Epidemioiden ja vakavien hoitoon liittyvien infektioiden ilmoittaminen (HARVI) - THL

Mikäli yksikössä on muita tarttuvia tauteja, esim. ESBL, konsultoidaan Päijät-Hämeen hyvinvointialueen hygieniahoitajaa. Hygieniahoitajan ohjeet sovelletaan yksikkökohtaiseksi hygieniasuunnitelmaksi. Tarttuvista taudeista informoidaan uusia työntekijöitä perehdytyksen yhteydessä. Lisäksi niin sanottuja liikkuvia työntekijöitä, esimerkiksi fysioterapeutti, informoidaan mahdollisista tarttuvista taudeista.

Mentellä on olemassa oleva varautumissuunnitelma influenssaepidemian tai koronapandemian varalta. Varautumissuunnitelma influenssaepidemian/pandemian varalle ohje on nähtävissä IMS-järjestelmässä työsuojelun dokumenteissa ja varautumissuunnitelmassa. Korona ohjeistus on Mente Yleinen Teams -kanavalla. Ohjeet ovat koko henkilökunnan nähtävillä.

Varautumissuunnitelma ja ohje päivitetään viranomaisohjeiden mukaisesti ja muutoksista tiedotetaan henkilöstölle välittömästi.

Mente Palveluilla on ohje työn tekemiseen raskauden aikana. Ohje löytyy IMS-järjestelmästä, työsuojeludokumenteista.

Terveyden- ja sairaanhoito

Asiakkaiden avohoitovastuu on pääsääntöisesti Harjun terveydessä tai erikoissairaanhoidossa psykiatrian poliklinikalla. Lahdessa perusterveydenhoitoa annetaan sotekeskuksissa ma - pe klo 8–15. Muina aikoina päivystää Akuutti24 Päijät-Hämeen keskussairaalassa (p. 116 117). Kannuskadun palvelukeskuksen asiakkaat käyttävät Päijät-Hämeen hyvinvointialueen lääkäri- ja hammaslääkäripalveluita. Kannuskadun sairaanhoitajat hoitavat konsultaatiopyynnöt lääkärille. Sairaanhoitaja varaa asiakkaille aikoja myös hoitajille, laboratorioon ja muille tarvittaville lääkäreille. Asiakkaille voidaan varata aika perusterveydenhuollon yleislääkärille, joka konsultoi tarvittaessa psykiatria.

Kiireellistä sairaanhoitoa koskeissa tilanteissa palvelukeskuksessa täytetään asiakkaasta informatiivinen lähete Sofia-crm asiakastietojärjestelmästä sairaanhoitoon ja asiakas lähetetään Akuutti 24 tilanteen edellyttämällä tavalla ambulanssilla tai muulla kulkuneuvolla yksin tai saatettuna.

Asiakkaan kuolemantapauksessa toimitaan IMS-toiminnanohjausjärjestelmästä löytyvän ohjeen mukaisesti.

Henkilökunta on perehdytyksen myötä tietoinen terveyden ja sairaanhoidon toimintaohjeista, jotka löytyvät myös IMS-toimintajärjestelmästä tai Teamsissa. Jokainen ohjaaja pystyy huolehtimaan asiakkaan ohjaamisesta tarvittavaan jatkohoitoon, esimerkiksi päivystykseen tai hammashoittoon. Asiakasta koskevat terveystiedot löytyvät asiakastietojärjestelmästä, johon ohjaaja kirjaa asiakkaan hoitoon liittyvät tiedot sekä muutokset. Muutokset käsitellään myös vuorovaihtoraportilla sekä työryhmäpalaverissa.

Miten pitkäaikaissairaiden asiakkaiden terveyttä edistetään ja seurataan?

Kannuskadun palvelukeskuksen asiakkaiden perusterveydentilan tarkastukset pyritään toteuttamaan vuoden välein avoterveydenhuollon toimesta yksilöllisen ohjauksen turvin. Käytännössä lääkärinaikoja terveystarkastuksiin ei ole saatavilla Harjun terveydestä.

Seulontatutkimuksista, terveydentilan seurantaan liittyvistä tutkimuksista, tarkastuksista ja kontroleista huolehditaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti yhteistyössä hoitovastuussa olevan tahon kanssa.

Palvelukeskuksessa huolehditaan asiakkaiden lääkehoidosta, lääkkeiden tilaamisesta sekä injektioiden pistämisestä. Kaikilla ohjaajilla on voimassa oleva lääkehoitolupa, johon vaaditaan tarvittava sosiaali- ja terveysalan koulutus. Kannuskadun palvelukeskuksessa annetaan lääkehoidon perehdytys sekä lääkehoidon näytöt ja tentit lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Ohjaajat seuraavat asiakkaiden terveydentilaa säännöllisesti ja kirjaavat oleelliset asiat asiakastietojärjestelmään. Jokaisen asiakkaan yleisvointia seurataan päivittäin, seuranta kirjataan asiakastietojärjestelmän terveystietoihin. Yksilöllistä seurantaa (mm. verenpaine, verensokeri, paino) toteutetaan lääkärin ohjeen mukaisesti. Terveyden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi asiakas on laatinut oman vastuuhjaajansa kanssa toteuttamissuunnitelman, jonka toteutumista seurataan palvelukeskuksessa säännöllisesti. Terveyden seuranta kuuluu jokaisen ohjaajan työkuvaan.

Kannuskadun palvelukeskuksen asiakkaiden terveyden- ja sairaanhoidosta vastaa asiakkaan hoitotaho.

Lahden sote-keskuksessa lääkäri Vladimir Pinski vastaa pääsääntöisesti asiakkaiden terveyden- ja sairaanhoidollisista asioista. Pinski soittaa kerran viikossa puhelinkonsultaation asioiden hoitamiseksi. Yksikön sairaanhoitajat ovat vastuussa yhteydenpidosta lääkäriin. Palvelukeskuksessa asiakkaalle nimetty vastuuhjaaja huolehtii terveyden ja sairaanhoidon toteutumisesta, seurannasta ja arvioinnista sekä ohjaa asiakkaan tarvittavien palveluiden piiriin. Ajanvarauksista ja lääkärikonsultaatiosta vastaa kolme palvelukeskuksessa työskentelevää sairaanhoitajaa:

Terena Raitanen p.040-635 2701 terena.raitanen@mente.fi

Outi Behm p.040-778 3031 outi.behm@mente.fi

Anne Vuorinen p.040-649 5101 anne.vuorinen@mente.fi

Lääkehoitosuunnitelma

Kannuskadun palvelukeskuksen lääkehoito perustuu yksikkökohtaiseen lääkehoitosuunnitelmaan, jota päivitetään säännöllisesti vähintään kerran vuodessa. Lääkehoitosuunnitelma on osa henkilöstön perehdyttämistä. Turvallinen lääkehoito - oppaassa linjataan muun muassa lääkehoidon toteuttamiseen periaatteet ja siihen liittyvä vastuunjako sekä vähimmäisvaatimukset, jotka yksikön ja lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvan työntekijän on täytettävä.

Lääkehoitosuunnitelma perustuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Valviran ja Päijät-Hämeen hyvinvointialueen suosituksiin ja sitä päivitetään säännöllisesti vastuussa olevan työryhmän toimesta. Kannuskadun palvelukeskuksen kolme sairaanhoitajaa kuuluvat lääkehoitosuunnitelmasta vastaavaan työryhmään. Lääkehoitosuunnitelma sijaitsee IMS-toiminnanohjausjärjestelmässä, josta löytyy myös muut lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen liittyvät lomakkeet ja tarvittavat lisätiedot.

Mente Palveluiden asumispalveluyksiköt ovat toteuttaneet lääkehoitosuunnitelmaa 1.10.2008 lähtien. Lääkehoitosuunnitelmaa on päivitetty 18.9.2013, 11.11.2014, 2.6.2015, 10.3.2017, 16.1.2018, 5.2.2019, 20.11.2019 ja 22.4.2021. Uusin lääkehoitosuunnitelma on päivitetty 28.7.2025

Lääkehoitosuunnitelman tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoitoon liittyvä vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa Mente Palveluiden palveluasumisen toimintayksiköissä. Mente Palveluissa toteutetaan turvallista lääkehoitoa yhtenevien periaatteiden mukaisesti, jotka ilmenevät lääkehoitosuunnitelmasta.

Lääkehoitoon ja henkilökunnan osaamiseen liittyvät riskit on kuvattu Menten lääkehoitosuunnitelmassa. Lääkehoidon prosessi ja menettelytavat on pyritty kuvaamaan selkeästi ja ajantasainen tieto on aina henkilökunnan käytettävissä. Lääkehoitosuunnitelmaan on kirjattu lääkehoitoon liittyvät seuranta- poikkeama- ja arviointimenettelyt. Yksikössä työskentelevien ohjaajien lääkeluvat säilytetään lääkelupakansiossa johtajan huoneessa ja ne on skannattu Sympahr-järjestelmään. Mikäli yksikössä on vuorossa henkilö, jonka lääkeperehdytys on kesken, eikä hänellä ole lääkelupaa, on tämä kirjattu työvuorolistaan tiedoksi. Vain lääkeluvallisella työntekijällä on pääsy asiakkaan asunnoissa oleviin lääkekaappeihin. N-lääkekaappiin pääsee vain sairaanhoitajat ja yksi lääkevastuussa oleva ohjaaja vuoron aikana, erikseen kuitatulla avaimella.

Palvelujohtaja vastaa lääkehoidon toteutuksen yleisestä asianmukaisesta ohjeistamisesta. Ohjeistuksen päivittämisestä ja ajantasaisuudesta vastaa Mente Palveluiden lääkehoidon vastaava, Vesa Lappalainen, Torikadun palvelukeskuksen johtaja vesa.lappalainen@mente.fi

Palvelukeskuksen johtajalla on kokonaisvastuu Kannuskadun palvelukeskuksen lääkehoidon toteuttamisesta Mente Palveluiden ohjeistuksen mukaisesti.
Yhteystiedot: jenni.mettala@mente.fi p. 040-1846860

Kannuskadun palvelukeskuksessa työskentelee kolme sairaanhoitajaa. Sairaanhoitaja on tavoitettavissa yksikössä arkisin klo 8–16. Sairaanhoitajakoulutuksen saaneet työntekijät vastaavat yksikkönsä lääkehoidon toteuttamisen kokonaisuudesta ja varmistavat, että lääkehoito on asiakkaille turvallista.
Yksikössä ei ole rajattua lääkevarastoa

Monialainen yhteistyö

Sosiaalihuoltolain 41 §:ssä säädetään monialaisesta yhteistyöstä asiakkaan tarpeenmukaisen palvelukokonaisuuden järjestämiseksi.

Miten yhteistyö ja tiedonkulku asiakkaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantajien ja eri hallinnonalojen kanssa on järjestetty?

Asiakkaan ympärivuorokautisesta palveluasumisesta vastaa tilaajan sosiaaliviranomaiset. Kannuskadun palvelukeskuksessa pääsääntöisesti Päijät-Hämeen hyvinvointialueen psykososiaaliset palvelut. Asiakkaiden sijoittuminen palvelukeskukseen tapahtuu tilaajatahon viranomaispäätöksellä.

Tilaaajan edustajat ovat mukana asiakkaiden toteuttamissuunnitelmien laadinnassa ja seuraavat säännöllisesti palveluasumisen kuntoutumisen toteutumista arviointikäynneillä ja/tai Teams-palavereilla.

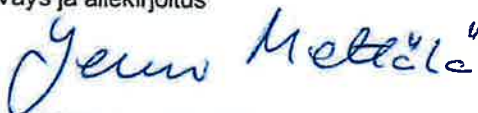
Asiakkaan palveluasumisessa tapahtuvista äkillisistä muutoksista ja/tai tapahtumista, kuten sairaalahoitoon joutuminen, asiakasta kohdanneet tapaturmat, mahdollinen katoaminen ja kuolema, ilmoitetaan aina Päijät-Hämeen hyvinvointialueen tai muiden tilaajien osoittamille henkilöille välittömästi tai seuraavana arkipäivänä tapahtuneesta. Poissaoloista ilmoitetaan myös kuukausittain toimitettavan poissaololistauksen muodossa.

Kannuskadun palvelukeskuksen henkilökunta haluaa tehdä sujuvaa, avointa ja ketterää yhteistyötä sosiaalihuollon palveluiden kanssa. Panostamme yhteistyöhön etenkin siirtymävaiheissa ja asiakkaan elämäntilanteen muuttuessa.

Alihankintana tuotetut palvelut

Kannuskadun palvelukeskuksen johtaja vastaa yhteistyöstä kiinteistönhuolto- ja turvallisuuspalvelujen osalta. Ennen sopimusten laatimista huolehditaan, että alihankkija täyttää tilaajavastuulain edellyttämät kriteerit. Alihankintana tuotettujen palvelujen laatua seurataan ja arvioidaan säännöllisesti, jotta ne täyttävät edelleen alkuperäiset valintakriteerit tai uudet päivitetty kriteerit. Ostopalveluiden tuottajat on listattu omavalvontasuunnitelman sivulla .

1.4 Päiväys ja allekirjoitus



Lahti 10.6.2026/ Jenni Mettälä

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Omavalvontasuunnitelma on laadittu Mente Palveluiden johdon sekä henkilökunnan yhteistyönä ja se toimii osana perehdytysohjelmaa. Kannuskadun palvelukeskuksessa työntekijät osallistuvat toiminnan kehittämiseen ja ylläpitämiseen omien vastuualueidensa kautta. Asiakaspalauteprosessi, omaispalautteet sekä henkilöstökyselyt toimivat myös omavalvonnän tukena. Lisäksi SHQS-laatuohjelman mukaiset itsearvioinnit ja auditoinnit sekä tilaajan ohjaus- ja valvontakäynnit tukevat yksikön omavalvontaprosessia.

Vuoden 2026 omavalvontasuunnitelman päivytystä on tehty yhdessä työsuojeluntoimikunnan jäsenen, vastaavan ohjaajan ja tiiminvetäjien kanssa. Henkilöstöpalavereissa muu henkilöstö on osallistettu omavalvontasuunnitelman päivittämiseen myös.

Yksikön omavalvontasuunnitelman hyväksyy palvelukeskuksen johtaja.

Yksikön valmistuskeittiöllä on erillinen omavalvontasuunnitelma, jonka päivittävät ja hyväksyvät Mente Palvelujen ravitsemuspäällikkö Virpi Stång ja palvelukeskuksen johtaja Jenni Mettälä.

Omavalvontasuunnitelman seuranta

Omavalvontasuunnitelma katselmoidaan ja päivitetään kerran vuodessa sekä heti toiminnassa tapahtuvien palvelun laatuun ja/tai asiakasturvallisuuteen liittyvien muutosten yhteydessä.

Omavalvontasuunnitelman aiemmat versiot säilytetään palvelukeskuksen johtajan toimistossa.

Palvelukeskuksen johtaja vastaa siitä, että yksikössä on palvelukuvauksen mukaisen toiminnan vaatima määrä koulutettua henkilökuntaa, yksikön henkilökunta on tietoinen omavalvontasuunnitelman sisällöstä ja toimii omavalvontasuunnitelman mukaisesti.

Omavalvontasuunnitelman mukaista yksikön ja henkilöstön toiminnan seurantaa tehdään kvartaaleittain. IMS raportit osiossa on raporttipohja ohjeistuksen mukaan.

Palvelujohtaja käsittelee raportin yhdessä palvelukeskuksen johtajan kanssa ja hyväksyy raportin. Johdon sihteeri (tarvittaessa kehittämispäällikkö) laittaa raportit Menten verkkosivuille kunkin asumispalvelun Omavalvontaohjelman ja omavalvontasuunnitelman alle otsikolla Omavalvonnan seuranta.

Mente Palveluilla on myös käytössä osana omavalvontaa IMS-toiminnanohjausjärjestelmän Tapahtumailmoitus- ja Lääkepoikkeama -lomakkeet.

Omavalvontasuunnitelman julkisuus

Omavalvontasuunnitelma on nähtävillä yksikön yhteisissä tiloissa ja Menten kotisivuilla (www.mente.fi).

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan pääsy palveluihin ja hoitoon?

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän palveluohjaaja ottaa yhteyttä palvelukeskuksen johtajaan, kun asiakkaalle etsitään ympärivuorokautisen asumisen paikkaa. Ennen tätä asiakkaan sosiaalityöntekijä on palveluohjaajan kanssa kartoittanut asiakkaan palvelutarpeen.

Palvelukeskuksen johtaja hallinnoi asiakkaiden vaihtuvuutta ja sopii asiakkaan ja tämän omaisen/työntekijän kanssa tutustumiskäynnin yksikköön. Tutustumiskäynnillä kerrotaan yksikön palvelusta/kuntoutuksesta, henkilökunnan paikallaolosta ja määrästä, näytetään yksikön tilat. Kun asiakas ja palveluohjaaja tekevät päätöksen asiakkaan muutosta ympärivuorokautiseen palveluun, palveluohjaaja lähettää tarkemmat tiedot palvelutarpeen arvioinnin tuloksista ja siinä määritellyistä tavoitteista, joiden pohjalta asumisen alkuviikkoina asiakkaalle nimetty omaohjaaja tekee asiakkaan kanssa toteuttamissuunnitelman.

Palvelun aikana asiakkaiden palvelujen saanti ja hoitoon pääsy varmistetaan yksikön henkilöstön toimesta, päävastuu asiakkaan mahdollisesta hoitoon pääsystä on vastuunohjaajalla, joka konsultoi tarvittaessa yksikön sairaanhoitajia tai Harjun sotekeskusta (palvelukeskuksen johtaja varmistaa, että yksikössä on kulloiseenkin asiakastilanteeseen ja palvelusopimuksissa määritelty määrä henkilökuntaa).

Mente Palvelut vastaa ostopalveluna hankittujen palvelujen (ks. lista sivulta 5) laadusta, riskienhallinnan toteutumisesta sekä asiakas- ja potilasturvallisuudesta yhteistyössä ostopalvelun tuottajan kanssa.

Palveluyksikön keskeisimpiä palveluita ja hoitoon pääsyä koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 1.

Taulukko 1: Palveluyksikön keskeisimpiä **palveluita ja hoitoon pääsyä** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Asiakas on palveluntarpeensa, liikunta- ja toimintakykynsä sekä psyykkisen vointinsa mukaisesti sijoitettu oikeanlaiseen yksikköön (henkilöstön määrä, koulutus/osaaminen, palveluvalikko, yksikön tilat) HOIVA ON RAJALLISTA	Vuosittain x kohtalainen	Asiakkaan yksilöllinen palveluntarve ja hänen toiveensa palveluun liittyen on kartoitettu mahdollisimman hyvin ennen palvelun alkua ja sen alkuvaiheessa Asiakkaita yksikköön ohjaava tilaajan edustaja tuntee yksikön, sen tilat, erityisominaisuudet ja -osaamisen sekä toimintaympäristön
Asiakas ei saa riittävää tietoa liittyen yksikön toimintaan, tiloihin, vaatimukseen päihteettömyydestä ja asiakasmaksuista, tai ei hahmota, mitä nämä käytännössä tarkoittavat ja tämä voi hankaloittaa asumisen alkua	Vuosittain x kohtalainen	Asiakkaita yksikköön ohjaava tilaajan edustaja tuntee yksikön, sen tilat, erityisominaisuudet ja -osaamisen sekä toimintaympäristön Ennen palvelun alkua annetaan asiakkaalle info yksikön toipumisorientaatiomallin mukaisesta toiminnasta, yhteisön säännöistä, yksikön päihteettömyydestä ja asiakasmaksuista selkeässä muodossa, varmistetaan asiakkaan ymmärtävän, mitä tämä konkreettisesti tarkoittavat
Asiakas ei aina ymmärrä yksikön kuntoutuksen mallia, hänen omaa osuuttaan aktiivisena osallisena päätöksenteossa ja toteutuksessa omien voimavarojensa mukaan	Kuukausittain x kohtalainen	Tutustumiskäynnillä annettava info: kuntoutuminen vaatii asiakkaan osallistumista, aktiivisuutta ja osallisuutta Etsitään kullekin asiakkaalle sopivat motivointi- ja toimintamallit, määritellään riittävän pienet askeleet toteuttamissuunnitelman etenemiseen

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Miten yhteistyö ja tiedonkulku asiakkaan ja potilaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja -tuottajien kanssa varmistetaan? Minkä tahojen kanssa palveluyksikkö muun muassa tekee monialaista yhteistyötä.

Mente Palveluissa kuntoutusta toteutetaan ja arvioidaan Menten kuntoutusohjelman mukaisesti. Hoidon ja palvelun tarvetta arvioidaan yhdessä asiakkaan ja tilaajan edustajan (palvelukoordinaattori/palveluohjaaja sekä aikuissosiaalityön tai ikäihmisten palvelujen sosiaalityöntekijä), asiakkaan hoitotahon edustajan sekä tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai laillisen edustajansa kanssa. Palvelutarpeen arviointi kirjataan osaksi asiakkaan henkilökohtaista toteuttamissuunnitelmaa.

Yhteistyötä tehdään mahdollisimman paljon tiedonkulun varmistamiseksi niin, että asiakas on tapaamisissa (yleensä paikan päällä tai videovälitteisesti) itse mukana ja tapaamisissa tiedonkulku on vaivatonta. Asiakkaalta varmistetaan etukäteen ja tapaamisten aikana, voidaanko hänen asiaansa käsitellä avoimesti kyseisessä tapaamisessa vai haluaako hän rajata jonkin asian pois käsittelystä. Tapaamisissa myös varmistetaan, että asiakas saa hyvän kokonaiskuvan käsiteltävästä asiasta ja että hänellä on mahdollisuus tuoda esiin oma mielipiteensä, esittää tarkentavia kysymyksiä ja tehdä aitoja päätöksiä omaan asiaansa liittyen

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuus-suunnitelmasta vastaavan henkilön nimi, tehtävänimike ja yhteystiedot
Jenni Mettälä, palvelukeskuksen johtaja
040 184 6860, jenni.mettala@mente.fi

**Mitä valmiudella ja jatkuvuudenhallinnalla tarkoitetaan palveluyksikötasolla?
Miten näiden toimivuus varmistetaan?**

Kannuskadun palvelukeskuksen valmius ja jatkuvuudenhallinta on kuvattu turvallisuus- ja pelastussuunnitelmassa osa-alueittain sekä määritelty vastuualueet ja mahdolliset aikataulut

- varautuminen ja toimintaohje häiriötilanteisiin (tulipalo, sähkö/vesi/lämpökatkot, kaasunnettomuus, säteilyvaara, pommiuhka, vesivahinko, sairaskohtaukset ja tapaturma, lääkehoidon vaaratapahtuma, asiakkaan katoaminen tai kuolema, väkivallan ehkäisy ja yksintyöskentely, pandemiatilanne)
- varautuminen arjen tilannemuutoksiin (ruokahuollon poikkeamat, terveydenhuollon ja lääkkeiden saatavuusongelmat, henkilökunnan riittävä saatavuus poikkeustilanteissa)
- kiinteistötekniikan toimivuuden varmistaminen (vuosihuollot, tarkastukset, korjaussuunnitelmat/laitteistojen päivitykset, perusparannukset) kaikilta osin

- turvallisuus- ja pelastussuunnitelmaa päivitetään vuosittain turvallisuuskoordinaattoreiden ja palvelukeskuksen johtajan toimesta ja käydään läpi henkilöstökokouksissa päivitysten jälkeen sekä perehdytysohjelmassa ja turvallisuuskävelyjen yhteydessä

Miten palveluntuottaja varmistaa, että asiakas saa hänelle sovitun palvelun, esimerkiksi palveluyksikön henkilöstön sairastumistilanteissa.

Mente Palvelut varmistaa asiakasmäärään nähden riittävää koulutetun henkilöstön saatavuutta suunnitelluin rekrytointiprosessein (vakituiset, määräaikaisten ja keikkatyö), hyvän perehdytysprosessin avulla, henkilöstön koulutuksella ja oppilaitosyhteistyön avulla. Mente Palveluilla on neljä varahenkilöä, jotka liikkuvat joustavasti kulloisenkin tarpeen mukaan Menten palvelukeskuksissa. Sijaistusohjeistus löytyy IMS-järjestelmästä. Palvelukeskuksen johtaja vastaa siitä, että yksikön käytössä on riittävä määrä koulutettua, tarvittaessa työhön kutsuttavaa henkilöstöä, jotka on perehdytetty Menten toimintamalleihin, ohjeisiin ja palvelukeskuksen toimintoihin ja tuntevat asiakkaat.

Taulukko 2: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **jatkuvuutta** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus kuukausittain x suuri	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Lääkehoidon vaaratilanteet, poikkeamat ja lääkehoidon turvallisuus		Henkilöstön lääkehoidon osaamisen varmistaminen yksikön lääkehoitosuunnitelmassa kuvatun prosessin mukaisesti Ilmoitetut lääkepoikkeamat ja vaaratilanteet käydään läpi viikoittain ja etsitään korjaavia toimintamalleja, kirjataan ne ja arvioidaan muutettujen mallien toimintaa sovitun ajan kuluessa
Järjestelmien poikkeamatilanteiden hallinta	kuukausittain x suuri	Henkilöstö tunnistaa poikkeamatilanteet Henkilöstö tietää yksikkökohtaisen ohjeistuksen eri poikkeamien kohdalla Toimintamalleja harjoitellaan säännöllisesti Riittävät asiakastiedot on saatavilla paperiprintteinä sähkö/tietoverkko-katkon varalta
Poikkeustilanteiden (sähkö/vesi/lämpökatkot, palohälytykset) tuomat haasteet toimintaan (vesi/ruokahuolto, riittävä lämpö ja ilmanvaihto)	vuosittain x mahdollinen	Yksikköön on laadittu valmiussuunnitelma em. tilanteiden varalle Henkilöstö on perehdytetty suunnitelman mukaiseen toimintaan Poikkeustilanteiden läpikäynti henkilöstön kanssa ja tiedotus asiakkaille/tilaajalle/omaisille Suunnitelmaa päivitetään vuosittain ja kun toimintaympäristön muutokset tätä vaativat

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Mente Palveluilla palvelukeskusten palvelun lähtökohtana on palvelua käyttävän asiakkaan palveluntarve. Palvelukeskusten palvelujen laatu tulee vastata

- hyvinvointialueiden kanssa tehtyjen palvelusopimusten palvelukuvauksia
- kansallista lainsäädäntöä ja viranomaisohjeistusta (ks. sivu 5)
- Mente Palvelujen ohjeistusta ja kuntoutusohjelmaa (toipumisorientaatio)

Palvelujen laatu varmistetaan

- asiakaskohtaisen, yksilöllisen toteuttamissuunnitelman toteutumisen arvioinnein
- asiakaspalautteen perusteella (ks. sivu 40)

- lääkepoikkeamien ja tapahtumailmoitusten (vaaratapahtumat, läheltä piti-tapahtumat eri kategorioin) määrien ja vakavuusasteen perusteella tehtävillä kehittämistoimilla
- riskienhallinnan työkalulla (IMS-järjestelmä), riskien arviointi vähintään vuosittain painopistealueiden määrittelyin, hallintastrategian, toimenpiteiden ja vastuiden määrittelyin
- SHQS-laadunhallintaohjelmalla (Social and Health Quality Standart), joka on yksi väline toiminnan arvioinnissa ja joka on johtamista ja prosessien jatkuvaa kehittämistä tukeva laadunjohtamisen työkalu. SHQS-laatutyön mukainen työskentely on osa yksikön vuosikelloa; itsearviointi tehdään Menten asumispalveluissa aina vuoden alkupuolella. Kannuskadun palvelukeskuksessa on toteutettu vuonna 2023 SHQS:n mukainen ulkoinen esiauditointi. Mente on saanut SHQS:n mukaisen laaduntunnustuksen vuonna 2023.
- palvelun sisällön omavalvonnalla
- Mentellä on myös käytössä Whistle Blow -ilmoituskanava, joka on otettu käyttöön kesällä 2025. Sen kautta henkilöstö voi luottamuksellisesti ilmoittaa vakavista väärinkäytöksistä tai niiden epäilyistä esimerkiksi julkisissa hankinnoissa, rahanpesussa ja terrorismin rahoittamisessa, rahoituspalveluissa, elintarvikkeiden turvallisuudessa, ympäristönsuojelussa, yksityisyyden ja henkilötietojen suojassa, verkko- ja tietojärjestelmien turvallisuudessa tai kuluttajansuojassa.

Kuka vastaa palveluyksikön toimintojen riskienhallinnasta

Palveluyksikön toimintojen riskienhallinnasta vastaa palvelukeskuksen johtaja Jenni Mettälä.

Riskienhallinnan järjestelmät ja menettelytavat

Mente Palveluilla toimii työsuojelutoimikunta, jonka yhtenä tehtävänä on kehittää ja arvioida henkilöstöriskejä sekä työturvallisuuskäytänteitä. Menten yksikkökohtaiset riskiarvioinnit toteutetaan vuosittain IMS-toiminnanohjausjärjestelmän sähköisellä riskien arvioinnin työkalulla THL:n Näkökulmia sosiaalihuollon palvelujen turvallisuuteen -oppaan (2017) mukaisesti.

Riskien arviointi tehdään Kannuskadun palvelukeskuksessa vuosittain (viimeksi huhtikuussa 2026) yhdessä palvelukeskuksen johtajan, yksikön turvallisuuskoordinaattoreiden ja työryhmän kanssa. Riskien arvioinnin teemat ovat toimintariskit, asiakasriskit, henkilöriskit, psykososiaaliset riskit, toimitilariskit sekä yksikköön kohdistuvat ulkoiset riskit ja ulkopuolisiin kohdistuvat riskit. Työturvallisuuslain (738/2022) ja Terveysturvallisuuslain (763/1994) mukaiset työnantajan velvoitteet on huomioitu riskien arvioinnissa. Riskien arviointi on dokumentoitu IMS-järjestelmään sekä yksikön turvallisuussuunnitelmaan

Riskienhallinnan työnjako

Menten johdon tehtävänä on huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijöillä on riittävästi tietoa turvallisuusasioista. Johto vastaa siitä, että toiminnan turvallisuuden varmistamiseen on osoitettu riittävästi voimavaroja.

Johdolla on myös päävastuu myönteisen asenneympäristön luomisessa epäkohtien ja turvallisuuskysymysten käsittelylle. Yksikön käytännön riskienhallinnasta vastaa palvelukeskuksen johtaja. Riskienhallinta vaatii aktiivisia toimia koko henkilökunnalta. Työntekijät osallistuvat turvallisuustason ja -riskien arviointiin, omavalvontasuunnitelman laatimiseen ja turvallisuutta parantavien toimenpiteiden toteuttamiseen. Riskien hallinta on osa yksikön arkea ja se on luonteeltaan jatkuvaa.

Riskien ja esille tulleiden epäkohtien käsitleminen

Tapahtumailmoitus ja läheltä piti -lomake toimitetaan yksikön esihenkilölle ja se käsitellään henkilöstön kanssa seuraavassa henkilöstöpalaverissa. Asiakkaisiin liittyvät tapahtumailmoituslomakkeet toimitetaan esihenkilön kautta palvelujohtajalle ja henkilöstöön liittyvät työsuojelupäällikölle ja palvelujohtajalle. Tapahtumailmoituksesta keskustellaan myös asiakkaan ja tarvittaessa omaisen kanssa. Jos tapahtuu vakava, korvattavia seurauksia aiheuttanut haittatapahtuma, asiakasta tai omaista informoidaan korvausten hakemisesta. Vakavista haittatapahtumista palvelukeskuksen johtaja tiedottaa palvelun tilaajaa sekä tekee Lupa- ja valvonnavirastoon sähköisen ilmoituksen (www.lvv.fi).

Mentellä on myös käytössä kriisiavun järjestämismalli, jonka mukaan kriisitilanteissa toimitaan. Tällaisia tilanteita voivat olla onnettomuudet tai väkivaltatilanteet tai vakavat tapaturmat. Kriisiavun järjestämismalli on nähtävillä Kannuskadun palvelukeskuksen tiimien turvallisuuskansiossa sekä IMS-järjestelmässä. Malli käydään läpi uusien työntekijöiden perehdytyksessä ja turvallisuuskävelyiden yhteydessä.

Korjaavat toimenpiteet

Tarvittavat epäkohdat korjataan tilanteen vaatimalla tavalla ja tarvittaessa yhteistyössä paikallisen palo- ja pelastustoimen, työsuojeluviranomaisen, työsuojelutoimikunnan, työterveyshuollon tai muiden vastaavien toimijoiden kanssa. Tärkeää on selvittää epäkohtien juurisyyt ja suunnitella tarvittavat toimenpiteet muutoksen aikaansaamiseksi. Tarvittaessa laaditaan henkilökunnalle ja asiakkaille toimintaohjeet epäkohtien poistamiseksi. Työsuojelupäällikkö, työsuojeluvaltuutettu ja työterveyshuolto tekevät säännöllisesti työpaikkakäynnit ja kartoittavat mahdolliset työpaikan turvallisuusriskit ja epäkohdat. Työpaikkakäynnit toteutetaan yksiköissä viiden (5) vuoden välein. Viimeisin työpaikkakäynti Kannuskadun palvelukeskuksessa on tehty vuonna 2021. Ergonomiaohjauksia on toteutunut kaksi vuosina 2024-2025.

Turvallisuuslaitteiden ja hälytysjärjestelmien toimintavarmuus testataan omavalvonta- ja turvallisuusohjeiden mukaisesti kerran kuukaudessa (turvallisuuskoordinaattorit). Muiden laitteiden toiminnan testaus/ huolto on järjestetty yksikön turvallisuussuunnitelman mukaisesti.

Palvelukeskuksessa on päivitetty poistumisturvallisuusselvitys 12.9.2024, joka on toimitettu Päijät-Hämeen pelastuslaitokselle. Työntekijöille järjestetään alkusammutuskoulutusta säännöllisesti vähintään viiden vuoden välein yhteistyössä alueen pelastuslaitoksen kanssa. Viimeisin alkusammutuskoulutus on järjestetty 01/2026. Kaikki uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään yksikön

turvallisuusohjeisiin ja -laitteisiin yksikön perehdytysuunnitelman mukaisesti. Kannuskadun turvallisuuteen liittyvät asiat on koottu kattavasti yksikön turvallisuussuunnitelmaan ja tiimien toimistoissa säilytettäviin turvallisuuskansioihin.

Yksikössä on nimetty turvallisuuskoordinaattoreiksi ohjaajat Sara Kontio, Markus Lähteenmäki ja Taija Heikkilä. Heidän vastuualueeseensa kuuluu turvallisuussuunnitelman päivittäminen yhdessä esihenkilön kanssa, turvallisuussuunnitelman mukaisista testauksista huolehtiminen/niiden koordinoiminen ja havaituista puutteista, epäkohdista ja riskitekijöistä informoiminen esihenkilölleen. Sprinkleri- ja paloilmalaitteiden toimivuuden testauksesta, huollosta ja korjauksista vastaa kiinteistön omistaja. Kannuskadun palvelukeskuksessa Lahden palokalusto huolehtii sammuttimet ja ISS käytännön testaukset, huollot ja korjaukset paloturvallisuuteen liittyen erillisen sopimuksen mukaisesti. Seuraava tarkistus sammuttimiin on 11/2028

Kannuskadun palvelukeskuksessa henkilökunnan turvallisuuskoulutusta järjestetään vuosittain vähintään 3 h /työntekijä. Turvallisuuskoulutukseen kuuluu yksikön ohjaajille suunnattu turvallisuuskävely, joka on turvallisuusasioiden ja ohjeiden kertaamista ja harjoittelua paikan päällä. Turvallisuuskävelyt järjestävät Kannuskadun palvelukeskuksessa turvallisuuskoordinaattorit ja esihenkilö. Turvallisuuskävely toteutetaan kaikille uusille työntekijöille, myös sijaisille ja opiskelijoille. Turvallisuuskävely toteutetaan jokaiselle työntekijälle vähintään kerran vuodessa. Turvallisuuskävely ohjaa yksikkökohtaisten riskien kartoittamiseen ja riskikohtaisten toimintasuunnitelmien tekemiseen.

Osa palvelukeskuksen henkilöstöä kävi 11/2025 yksikössä järjestetyn Uhkaavien tilanteiden simulaatioharjoitus -koulutuksen (3 tuntia, kouluttajana HMR Koulutus ja Konsultointi Oy). Toinen samansisältöinen koulutus on suunnitteilla 08/2026.

Asiakasturvallisuuden varmistaminen

Asiakkaiden turvallisuutta varmistetaan yksikön riskienhallinnan menetelmillä, tärkeimmiksi asiakasturvallisuutta vaarantaviksi riskeiksi on arvioitu lääkepoikkeamat, asiakkaan kaatuminen ja asiakkaan tukehtuminen. Lääkepoikkeamia sekä asiakkaan uhka- ja vaaratilanteita raportoidaan IMS-järjestelmässä Lääkepoikkeama- ja Tapahtumailmoitus -toiminnoilla. Poikkeamat ja vaaratapahtumat käsitellään viikoittain tiimipalavereissa ja koko yksikköä koskevat poikkeamat henkilöstöpalavereissa 1 x 3vk. Palavereissa tehdään suunnitelma, miten poikkeamia ja vaaratapahtumia konkreettisesti voidaan estää ja/tai vähentää.

Tilaajan kanssa käydään vähintään asiakkaiden toteuttamissuunnitelmien päivitysten yhteydessä keskustelua ja arviointia, onko esim. asiakkaan liikunta- ja toimintakyky riittävä yksikön tilat ja palvelu/henkilöstön määrä huomioiden. Lääkepoikkeamia vähennetään lääkehoidon osaamisen varmistamisella, konkreettisilla ja asiakaskohtaisilla lääkkeenanto-ohjeilla/tarkistuslistoilla ja täydennyskoulutuksilla. Ruokailutilanteissa paikalla on aina vähintään kaksi työntekijää (toinen jakaa ruokaa linjastolla, toinen seuraa ruokailutilannetta mm. tukehtumistapahtuman varalta).

Liukastumisten varalta erityisessä seurannassa on lattialla oleva neste ja sen välitön poistaminen heti havainnon jälkeen, asiakkaiden riittävän hyvät jalkineet (yhteistyö mahdollisen edunvalvojan kanssa) ym.

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Kuvaa:

- Toiminnassa käytettävät toimitilat. Näihin kuuluvat toimintaympäristö sekä välineet ja niiden turvallisuus, turvallinen käyttö ja soveltuvuus tarkoitukseensa. Toimitilojen asianmukaisuutta arvioitaessa on otettava huomioon myös muut mahdolliset vaatimukset, jotka tulevat palvelualakohtaisesta lainsäädännöstä.

Toimitilat

Tilojen käytön periaatteet

Kannuskadun palvelukeskuksen jokaisella asiakkaalla on STM:n suositusten mukaiset asunnot, joiden koko vaihtelee 27,5–45,5 m² välillä. Asunnoissa on kylpyhuone, vesipiste ja jääkaappi. Asiakkaat kalustavat asunnot itse.

Lisäksi palvelukeskuksessa on yhteisiä asiakkaiden käytössä olevia tiloja, jotka on jyvitetty asunnon kokonaispinta-alaan (osuus yhteisistä tiloista 7 m²). Asunnosta tehdään aina erillinen vuokrasopimus. Asiakkaan henkilökohtaisia tiloja ei käytetä muuhun tarkoitukseen asiakkaan poissa ollessa.

Kannuskadun palvelukeskuksessa on jakelukeittiö-/ruokailutilat, yhteiset oleskelutilat ja erilaisia toimitiloja (esim. kuntoilutila, ryhmätiloja ryhmätoimintaa varten sekä saunatilat). Saunojen käyttö asiakkaiden toiveiden mukaan. Yhteiset tilat on pyritty järjestämään mahdollisimman viihtyisiksi ja kodinomaisiksi.

Asiakkaan omaisilla/läheisillä on mahdollisuus yöpyä asiakkaan asunnossa. Yöpymisestä sovitaan aina tapauskohtaisesti yksikön johtajan kanssa.

Yksikön tilojen terveellisyys

Kannuskadun palvelukeskuksen toimitilat on peruskorjattu vuonna 2009

Toimitiloille tehty tarkastukset

Valviran käynti	9.3.2009
Työsuojeluviranomaisen käynti	9.2.2015
Terveystarkastajan käynti	27.8.2025
Palotarkastus	2.3.2023 (Päijät-Hämeen pelastuslaitos)

Mitkä ovat toimitilojen ja välineiden käyttöön liittyvät riskit?

Toimitilojen osalta suurimmat riskit liittyvät liikkumiseen (kaatumiset, liukastumiset), ja talvisin piha-alueella liikkumiseen (hiekoituksesta huolimatta pihalla voi olla liukkaita paikkoja, asiakkaita ohjataan käyttämään asianmukaisia jalkineita).

Asiakkaita ohjataan pitämään asuntojen ovet sekä myös yksikön pääovet lukittuina, jotta asuntoon tai yksikön tiloihin ei pääse ulkopuolisia henkilöitä. Asiakkaat kalustavat oman asuntonsa, tässä asiakasta tarvittaessa avustetaan. Henkilökunta ei mene asiakkaan asuntoon avaimillaan tämän poissa ollessa, jos asiakas ei ole antanut siihen suostumusta.

Toimitilojen ylläpito, huoltoa ja puutteita koskevat ilmoitukset

Palvelukeskuksen henkilökunta tekee em. puutteista ilmoituksen välittömästi ISS:n Kenno sähköiseen järjestelmään, (virka-ajan ulkopuolella soitto ISS-päivystykseen).

Palvelukeskuksen käytössä olevien välineiden turvallisuuden varmistaminen

Palvelukeskuksessa on käytössä lääkinnällisiä laitteita (verenpainemittarit, kuumemittarit, asiakaskohtaiset verensokerimittarit), joita ei huolleta, vaan uusitaan viimeistään 2 vuoden välein (hankinnat keskitetysti Mente-tasoisesti). Lääkinnällisistä laitteista on listaus IMS Y-asemalla. Lääkinnällisten laitteiden turvallisuudesta vastaa yksikön sairaanhoitajat.

Asiakkaiden henkilökohtaisessa käytössä olevat apuvälineet hankitaan Päijät-Hämeen hyvinvointialueen apuvälinelainaamosta. Apuvälineiden kuntoa seurataan ohjaajien toimesta, ja jos apuväline menee epäkuntoon tai tarvitsee huoltoa, pyydetään huolto apuvälinelainaamosta tai apuvälineen tilalle uusi ensi tilassa. Mahdollisesti vaarallinen apuväline poistetaan käytöstä välittömästi (yksikön ohjaajien toimesta).

Toimitilojen turvallisuuden varmistaminen

Yksikön siivouksissa käytettävät pesuaineet: tiivisteet säilytetään lukituissa siivousskomeroissa ja laimennetut käyttöliuokset ovat siivousskomeroissa, joista ne annetaan siivouspäivinä asiakkaille. Käyttöliuokset tehdään pesuaineiden käyttöohjeet ja säilyvyys huomioiden ohjaajien toimesta. Pesuaineiden käyttöturvallisuustiedotteet on tulostettu yksikön jokaiseen kerroskeittiöön (7). ja asiakkaita ohjataan käyttöliuosten sekä siivousvälineiden turvallisessa käytössä.

Yksikön käyttölukitukset on toteutettu sähkölukoilla. Yksikön pääovi on aina ulkoa sisään-suunnassa lukossa, sähköisellä avaimella. Avaimissa on kulunvalvonta, ja avaimet tilataan ja kulkuoikeuksia hallitaan Certego Oy:n toimesta yksikön esihenkilön ja ISS:n huoltomiehen pyyntöjen perusteella. Sähköisten avainten luovutus dokumentoidaan avainkansioon. Päijät-Hämeen pelastuslaitoksella on avain putkilukossa yksikön ulkoseinässä.

Yksikön sisääntuloja ja piha-aluetta valvotaan tallentavalla kameravalvonnalla, josta ilmoitetaan piha-alueen sisääntulossa ja ulko-ovilla ja jonka tietosuojaseloste on nähtävänä yksikön 1. kerroksen ilmoitustaululla.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuojat

Asiakastietolain 7 §:n mukainen johtaja, joka vastaa palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta

Jenni Mettälä, palvelukeskuksen johtaja

040 1846860, jenni.mettala@mente.fi

Palveluntuottajan tietosuojavastaavan nimi, tehtävänimike ja yhteystiedot

Satu Ukkola, palvelujohtaja

040 534 71 25, satu.ukkola@mente.fi

Miten palveluyksikön toiminnassa on otettu huomioon EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen ((EU) 2016/679) ja tietosuojalain (1050/2018) vaatimukset tietosuojaperiaatteiden sekä rekisteröidyn oikeuksien toteutumisesta?

Asiakkaalle kerrotaan asumisen alussa hänen tietojensa tallentamisesta asiakastieto-ohjelmaan, jossa on huomioitu tietosuoja- ja tietoturvasäädökset ja edelleen kerrotaan, kenellä on pääsy asiakkaan tietoihin työtehtäviensä perusteella. Asiakkaalta kysytään myös suostumus hänen tietojensa jakoon (asiakas määrittää tahot, joille tietoa voidaan tai ei saa antaa), suostumustiedot kirjataan asiakastieto-ohjelmaan. Kerrotaan myös, että asiakkaalla on oikeus tarkistaa hänestä kirjattavat tiedot.

Miten varmistetaan, että palveluyksikön henkilökunnan tiedossa ja käytössä on ajantasaiset henkilötietojen suoja koskevat ohjeet.

Perehdytyksen yhteydessä työntekijälle neuvotaan IMS-järjestelmän käyttö ja esim. tietosuoja koskevat ohjeet. Jos ohjeissa tapahtuu muutoksia, näistä yksikön esihenkilö tuo tiedon henkilöstökokouksiin sekä tiedottaa muutoksista Teams-kanavalla.

Miten varmistetaan henkilöstön tietosuojaosaaminen

Työntekijät suorittavat tietosuoja- ja tietoturvakoulutukset (Mente/Navisec Oy), näistä koulutuksista kirjataan suoritukset ja todistukset Sympaan (Menten hr-järjestelmä).

Työntekijöiden tulee suorittaa myös RAI CMH -arviointeihin liittyvät verkkokoulutukset ennen käyttöoikeuksien myöntämistä.

Miten varmistetaan, että palveluyksikön henkilökunnan tiedossa ja käytössä on ajantasaiset asiakas- ja potilastietojen käsittelyä ja kirjaamista koskevat ohjeet?

Työntekijöiden perehdytyksessä käydään em. asiat läpi, kerrotaan mistä IMS-järjestelmästä ohjeet löytyvät ja esihenkilö tiedottaa em. asioihin liittyvät muutokset henkilöstökokouksissa ja tiedottaa yksikön Teams-kanavalla.

Miten menetellään, kun asiakas tai potilas haluaa tarkastaa ja tarvittaessa korjata omat tietonsa? Miten menetellään, kun tietoja on tarpeen luovuttaa sivulliselle esim. palveluntuottajalle tai viranomaiselle?

Ohjataan asiakas pyytämään tiedot tarkistusta varten Päijät-Hämeen hyvinvointialueen edustajalta, joka toimittaa asiakkaalle tiedot. Asiakkaan kanssa käydään tiedot läpi ja tehdään tarvittaessa korjaukset hänen omiin tietoihinsa, tarvittaessa asiaa käsitellään tilaajan kanssa.

Muiden tietopyyntöjen osalta ohjataan pyynnot Päijät-Hämeen hyvinvointialueen arkistoon, josta tulee yksikköön eritelty pyyntö (mitä tietoja toimitetaan, missä muodossa ja mihin).

Mihin järjestelmiin asiakas- ja potilastietoja kirjataan? Miten tietojen arkistointi hoidetaan?

Asiakastietojärjestelmä Sofia CRM:ään (Netproce Oy) ja IMS-järjestelmän kautta kirjauduttavaan RAlsoft-järjestelmään. Tietojen varmuuskopiointi hoidetaan em. järjestelmien toimittajien kautta. Asiakastiedot toimitetaan arkistoitavaksi mahdollisimman pian asiakkaan palveluasumisjakson päätyttyä Päijät-Hämeen hyvinvointialueelle (sähköisesti) hyvinvointialueen arkistointiohjeen mukaisesti.

Miten asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöoikeuksia hallitaan? Miten varmistetaan, että kullakin työntekijällä on pääsy vain omissa työtehtävissään tarvitsemiinsa tietoihin?

Sähköisesti käsiteltäviin tietoihin on pääsy vain siihen oikeutetun työntekijän henkilökohtaisella käyttäjätunnuksella ja salasanalla. Asiakastietojen käyttöä valvotaan lokitietoja seuraamalla. Asiakastietojärjestelmän pääkäyttäjät seuraavat lokitietoja (tarkistus kuukausittain, kirjaukset tästä M-asemalle esihenkilön toimesta). Asiakastietojärjestelmässä henkilökunta käyttää ainoastaan sen yksikön asiakastietoja, jossa työskentelee. Määräaikaisten työntekijöiden ja tuntityöntekijöiden asiakastietojärjestelmän tunnukset ovat voimassa vain työsuhteen voimassa oloaikana (yksikön esihenkilö tai pääkäyttäjäoikeudet omaava työntekijä hallinnoi voimassaoloaikoja). Mente Palveluilla yksiköiden sairaanhoitajilla varahenkilöstöllä ja yövuorolaisilla on käytössään kaikkien yksiköiden asiakastiedot, jotta he voivat tarvittaessa auttaa ja ohjata asiakkaita ja tehdä asiakaskirjauksia asiakkaan asioita käsitellessään.

Asiakastietojen käsittely ja tietosuojat

Mente Palveluiden asiakastietojen käsittelyä ohjaa tilaajan ja tuottajan välinen tietoturvallisuussitoumus, Menten tietosuojaselosteet, seloste henkilötietojen käsittelytoimista sekä palveluprosessien vaihekuvauksien syntyvää tietoa koskevat ohjeistukset.

Mente Palveluiden asiakastiedot on säädetty salassa pidettäviksi, eikä niitä luovuteta sivullisille. Asiakastietoja voivat käyttää ja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä edellyttävät ainoastaan asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta asiakasta kuntouttavat tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat henkilöt. Rekisterinpitäjän ylin johto päättää organisatorisista ratkaisuista ja määrittää käyttöoikeustasoista, joita työntekijöille myönnetään. Käyttäjätunnusten saannin edellytyksenä on salassapitositoumuksen allekirjoittaminen. Tietosuojahje löytyy IMS-järjestelmän käsikirjoista ja se on näkyvillä Kannuskadun palvelukeskuksen ilmoitustauluilla.

Vanhat paperiset rekisterit ja mahdollisesti sähköisen asiakastietojärjestelmän ohella syntyvä paperinen osarekisteri pidetään lukituissa ja valvotuissa tiloissa. Asiakastietojen

arkistointi tehdään rekisterinpitäjän eli tilaajan antaman asiakastietojen arkistointiohjeen mukaisesti.

Asiakastietoja koskeva sosiaalipalvelujen tietosuojaseloste on Menten nettisivuilla. Lisäksi seloste on nähtävillä yksiköiden ilmoitustauluilla tai yleisissä tiloissa.

Kannuskadun palvelukeskuksen johtaja vastaa yksikön tieto- ja tietojärjestelmien tarkoituksenmukaisesta käytämisestä ja seurannasta. Yksikössä kerrataan tietosuojaohjeistus kerran vuodessa turvallisuuskävelyn yhteydessä ja tietosuojasioihin kiinnitetään huomiota riskien arvioinnissa.

Asiakastietojen käsittelyyn ja kirjaamiseen liittyviä dokumentteja Mentellä ovat:

- Asiakastiedon kirjaaminen asumispalveluissa
- Arkistointiohje
- Perehdytysprosessi
- Sosiaalipalveluiden tietosuojaseloste
- Tietosuojaohje

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Miten varmistetaan, että palveluyksikössä käytetään olennaiset vaatimukset täyttäviä asiakastietolain mukaisia tietojärjestelmiä

Asiakastietojärjestelmä Sofia CRM:n asiakastietolain ja palveluntuottajan toiminnan mukaisesta toiminnasta ja turvallisuudesta vastaa palvelujohtaja Satu Ukkola (järjestelmän toimittajan ominaisuudessa näistä vastaa Netproce Oy).

Menten käytössä oleviin tietoasemiin ei Menten henkilökunnalla ole järjestelmän pääkäyttäjäoikeuksia, joten työasemiin ei saa asennettua ohjelmia, jotka osaltaan voisivat vaarantaa asiakastietolain toteutumista.

Asiakastietolain mukaisten tietojärjestelmien käyttö

Kannuskadun palvelukeskuksen johtaja Jenni Mettälä vastaa tieto- ja tietojärjestelmien tarkoituksenmukaisesta käytämisestä ja seurannasta. Työntekijät perehdytetään Menten perehdytysprosessin mukaisesti Menten tietojärjestelmien käyttöön. Asiakastietolain mukaisia järjestelmiä on käytössä Sofia CRM (asiakastietojärjestelmä) sekä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen ylläpitämä RAIsoft, johon pääsy tapahtuu Menten IMS-järjestelmän kautta. Asiakastietoja ei yksikössä kirjata mihinkään muuhun järjestelmään. Asiakastietoja voidaan lähettää asiakkaan verkostoon kuuluville tahoille salattuna sähköpostina. Työntekijät suorittavat tietosuoja- ja tietoturvakoulutukset (Mente/Navisec Oy). Työntekijöiden tulee suorittaa myös RAI-arviointeihin liittyvät verkkokoulutukset ennen käyttöoikeuksien myöntämistä.

Syksyllä 1.9.2026 käyttöön otettavaan SosiaaliKanta -toimintoon liittyvää koulutusta järjestetään vuoden 2026 aikana, ja jokaisella työntekijällä tulee olla henkilökohtainen Terveystietojärjestelmän varmennekortti ennen tätä.

Asiakastietolain mukainen tietoturvasuunnitelma on laadittu ja päivitetty 30.7.2025 ja siitä vastaavat toiminnanjohtaja Maria Korhonen ja palvelujohtaja Satu Ukkola

Miten huolehditaan rekisterinpitäjän oikeuksien ja vastuiden toteutumisesta palveluyksikön toiminnassa? Miten tästä huolehditaan ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa?

Miten huolehditaan asiakastietolain 90 §:n mukaisesta velvollisuudesta ilmoittaa tietojärjestelmän olennaisten vaatimusten poikkeamista ja tietoverkkoihin kohdistuvista tietoturvallisuuden häiriöistä sekä tarpeenmukaisista omavalvonnallisista toimista koko poikkeaman ja häiriötilanteen keston ajan?
Yksikön esihenkilö ilmoittaa em. poikkeamista, häiriöistä ja omavalvonnallisista toimista palvelun tilaajalle ja Menten palvelujohtajalle ensi tilassa.

Miten mahdollisen kameravalvonnan käytöstä on ohjeistettu ja informoitu?
Kameravalvonnasta (kuvaava yksikön sisääntulo-ovia, hätäpoistumistietä ja piha-aluetta) kerrotaan uudelle asiakkaalle hänen tullessaan yksikköön, yksikön ilmoitustaululla on kameravalvonnan tietosuojailmoitus ja kameravalvonnasta kertovat kyltit sisäänkäyntiovilla.

Miten käytännössä varmistetaan palveluissa hyödynnettävän teknologian soveltuvuus, asianmukaisuus ja turvallisuus tarjottaviin palveluihin nähden?
Miten varmistetaan henkilöstön käyttöopastus?
Mente-tasoisesti tehdään valinnat mahdollisesta palveluissa hyödynnettävästä teknologiasta tilaajan kanssa käytävän keskustelun jälkeen. Henkilöstön käyttöopastus toteutetaan pääsääntöisesti teknologian toimittajan toimesta tai Menten sisäisenä opastuksena.

Miten palveluyksikössä on varauduttu teknologian vikatilanteisiin ja pitkiin huoltoviiveisiin?
Asiakastietojärjestelmästä on tulostettu asiakkaan perustiedot, yhteystiedot, diagnoositiedot (säilytetään toimistossa lukitussa kaapissa) ja lääkelista (säilytetään asiakkaan asunnon lukitussa lääkekaapissa) järjestelmän vikatilanteita/sähkökatkoa varten. Valmiussuunnitelmassa on kuvattu muut vika/poikkeustilanteet (sähkö/vesi/lämpökatkot, muut poikkeustilanteet) ja niihin varautuminen. Huoltoviiveiden kohdalla tehdään tilanteen mukainen ajankohtainen suunnitelma

Miten huomioidaan asiakkaan yksilölliset tarpeet, arvioidaan teknologian soveltuvuus asiakkaalle tai potilaalle sekä varmistetaan yksityisyyden suojan ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen hyödynnettäessä teknologiaa palvelujen tuottamisessa? Miten asiakkaan tai potilaan käyttöopastus varmistetaan?
Asiakkaan yksilölliset tarpeet, teknologian tarve ja sen soveltuvuus asiakkaalle arvioidaan toteuttamissuunnitelman laatimisen ja päivityksen yhteydessä yhteistyössä asiakkaan, palvelun tilaajan ja verkoston edustajien kanssa. Tarvittaessa käytetään teknologian käyttöön perehtynyttä asiantuntijaa apuna. Käyttöopastus toteutetaan yksikön oman henkilöstön antamana tai muun asiantuntijan antamana.

Milloin teknologian käyttöön pyydetään asiakkaan tai potilaan suostumus?

Aina kun teknologian käyttöä suunnitellaan ko. asiakkaan kohdalla.

Miten asiakasta informoidaan teknologian hyödyntämisen yhteydessä siitä, mitä tietoja hänestä kerätään sekä mihin niitä kerätään, käytetään ja luovutetaan?

Asiakkaalle kerrotaan, mitä tietoja kerätään ja mihin kerätään, käytetään ja luovutetaan. Asiakkaalle annetaan tämä tieto myös kirjallisena.

3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Mitkä ovat tyypillisimmät yksikön toimintaan liittyvät infektiot? Liittyykö toimintaan infektioepidemian mahdollisuus?

Tyypilliset toimintaan liittyvät infektiot ovat vatsatauti, hengitystieinfektiot, virtsatieinfektiot ja ihoon liittyvät infektiot. Vatsatauti- ja hengitystieinfektioihin liittyy infektioepidemian mahdollisuus.

Miten infektioiden ja tarttuvien sairauksien leviäminen palveluyksikössä ennaltaehkäistään?

Tarttuvien tautien leviämistä torjutaan toimivilla ja tehokkailla hygieniakäytännöillä (tilojen/pintojen/ovenkahvojen siivoukset, tarvittaessa tehostetusti tehokkaammin puhdistus/desinfointiainein, huomioiden mahdollisen eritepyykin käsittely, valmistuskeittien omavalvontasuunnitelman mukaiset käytännöt). Asiakkaiden toiminnassa ohjaus keskittyy hyvään käsihygieniaan ja sen valvontaan ruokailutilanteissa. Infektio-oireiden tullessa ilmi asiakasta ohjataan pysymään huoneessaan, lääkkeet ja ruoat viedään sinne kertakäyttöastioissa, henkilökunnalla tarvittaessa suojavarusteet, joita yksikössä on pandemiasuunnitelman pohjalta varmuusvarastoituna. Asiakkaita motivoidaan ottamaan kausi-influenssa- ja koronarokotteet.

Miten tunnistetaan hoitoon liittyvä infektio?

Ohjaajat seuraavat asiakkaan terveydentilaa, tarvittaessa yksikön sairaanhoitaja käy tarkastamassa tilanteen ja antamassa lisäohjeita ja tekee lisätutkimuksia. Erityisen tarkkana ollaan ikääntyneiden asiakkaiden kohdalla, joilla infektion tunnistaminen ei ole aina helppoa (virtsatieinfektio, hengitystieinfektio), ja viedään asiakas tarvittaessa herkästi terveydenhuollon yksikköön tutkimuksiin. Diabeetikoilla ja paljon istuvilla asiakkailla ihon kunnon säännöllinen seuranta on erityisen tärkeää, huomioidaan myös tupakoivien asiakkaiden hengitystieoireet ja niiden vaihtelu. Myös klotsapiinilääkitystä saavien asiakkaiden kohdalla kuumeisen infektion tunnistaminen on tärkeää, näissä tilanteissa otetaan aina yhteys joko hoitavaan lääkäriin tai Akuutti24 päivystykseen ja toimitaan sieltä saatujen ohjeiden mukaisesti.

Millainen ilmoitusmenettely on käytössä? Miten palveluyksikössä seurataan hoitoon liittyviä infektioita ja tarttuvia sairauksia?

Palvelun tilaajaa informoidaan puhelulla tai sähköpostilla, jos yksikössä on normaalista poikkeava määrä esim. tartuntatauteja sairastavia asiakkaita ja aina jos asiakas joutuu

sairaalahoitoon. Sairaanhoidajat pitävät infektioiden määrästä rekisteriä. Myös hyvinvointialueen hygieniahoidajaa konsultoidaan herkästi useiden asiakkaiden sairastuessa.

Onko käsihuuhdetta helposti saatavilla?

Käsihuuhdetta on aina saatavilla yksikön käsienpesupisteissä sekä asuinkerroksien käytävillä.

Onko yksikössä hygieniayhdyshenkilö, joka välittää tietoa ja tukee yksikön infektiorjunnan toteutumista?

Yksikön sairaanhoitaja Terena Raitanen toimii hygieniayhdyshenkilönä, joka osallistuu hyvinvointialueen yleisiin koulutuksiin aiheeseen liittyen.

Miten varmistetaan, että palveluyksikön henkilökunnan tiedossa ja käytössä on ajantasaiset infektioiden torjuntaohjeet?

Perehdytyksen yhteydessä käydään läpi ohjeet ja mistä ne löytyvät (IMS) ja ohjeet kerrataan henkilöstökokouksissa aina kun yksikössä todetaan useampia infektioita ja/tai kun ohjeet Mente-tasoisesti muuttuvat tai hyvinvointialue toimittaa uusia ohjeita. Ohjeista myös tieto yksikön Teams-kanavalla.

Miten varmistetaan henkilöstön riittävä perusosaaminen infektioiden synnyn estämiseen ja infektioiden torjuntaan liittyen? Näihin kuuluvat tavanomaiset ja muut varotoimet, infektioiden ehkäisy- ja torjuntaohjeet sekä henkilökunnan rokotukset.

Työntekijöiden peruskoulutuksen myötä heillä on osaamista, jota tarvittaessa täydennetään yksikön sisällä/Mente-tasoisesti ja erityisesti jos yksikön infektio-tilanne sitä vaatii. Asia käydään läpi myös yksikön perehdytysohjelmassa.

Henkilöstölle kerrotaan, että työnantaja edellyttää heiltä oman rokotesuojan ylläpitämistä (ikäntyneiden asiakkaiden hoito, psyykenlääkkeitä (voi heikentää immuunisuojaa) käyttävien asiakkaiden hoito), ja työntekijät kertovat esihenkilölle, kun ovat käyneet rokotteet ottamassa.

Miten hygieniaohteiden noudattamista ja infektiorjunnan toteutumista seurataan?

Asiakkailla todettujen infektioiden määrää seurataan (yksikön sairaanhoitaja),
työntekijöiden hygienisten työtapojen seuranta.

Mihin työntekijät voivat ottaa yhteyttä mahdollisissa infektioiden torjuntaa koskevissa kysymyksissä?

Yksikön sairaanhoitaja opastaa muita työntekijöitä infektion torjuntaa koskevissa asioissa, tarvittaessa hän konsultoi Päijät-Hämeen hyvinvointialueen infektiopoliklinikan hygieniahoitajaa.

Miten yksikön puhtaus- ja siisteys turvataan?

Yksikössä on laadittu siivoustyön suunnitelma, jossa on määritelty siivoustehtävät, aikataulut, toteuttaja ja käytettävät välineet ja puhdistusaineet. Yksikön yleisien tilojen siivous toteutetaan ostopalveluna (ISS ja Oksman OY), ja tilat siivotaan siivoustyön suunnitelman mukaisesti. Muina aikoina siisteydestä vastaa koko palvelukeskuksen henkilökunta. Myös asiakkaat ovat mukana kykyjensä mukaan palvelukeskuksen yhteisten tilojen siivouksissa (ns. vastuutehtävät).

Asiakkaiden asuntojen siisteydestä vastaavat asiakkaat omien kykyjensä mukaan, henkilökunnan ohjaamana tai avustamana. Lisäksi Kannuskadun palvelukeskuksessa toimii yksi laitoshuoltaja, joka vastaa 20 asunnon siivouksesta ja pyykinhuollosta arkisin.

Miten jätehuolto ja vaarallisten jätteiden käsittely toteutetaan?

Yksikön tuottamat jätteet lajitellaan Salpakierto Oy:n ohjeiden mukaisesti sisällä oleviin roska-astioihin, joiden viennistä jätekatokseen vastaavat ohjaajat sekä kykynsä mukaan asiakkaat. Kiinteistön jätekatoksessa sijaitsevien jäteastioiden tyhjennyksestä ja jäteastioiden puhdistuksista vastaa Remeo Oy. Ongelmajätteet (akut, paristot ja loisteputket) toimittaa jäteasemalle ISS kiinteistöhuolto.

Yksikössä ei muodostu tartuntavaarallisia jätteitä. Tapaturmavaaralliset jätteet (neulat, tyhjat ampullit) kerätään särmäjäteastiaan, joka suljetaan asianmukaisesti ja toimitetaan sairaanhoitajien toimesta Salpausselän apteekkiin. Lääkejätteet palautetaan sopimusapteekkiin asianmukaisesti pakattuna yksikön henkilökunnan toimesta.

3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

Milloin palveluyksikön lääkehoitosuunnitelma on laadittu tai milloin se on päivitetty?

Palvelukeskuksen lääkehoitosuunnitelma on laadittu 27.11.2023 ja uusin päivitys hyväksytty 4.6.2025

Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaava henkilö, tehtävänimike ja yhteystiedot

Vesa Lappalainen, palvelukeskuksen johtaja, sairaanhoitaja
040 182 9192, vesa.lappalainen@mente.fi

Lääkehoidon asianmukaisuudesta ja lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta ja seurannasta palveluyksikössä vastaavan henkilön nimi ja yhteystiedot

Anne Vuorinen, sairaanhoitaja
040-6495101, anne.vuorinen@mente.fi

Miten lääkehoitosuunnitelman toteutumista seurataan?

Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu mm. miten lääkehoidon osaaminen varmistetaan, millaiset lääkelupakäytännöt yksikössä on, miten lääkkeiden tai rokotteiden haittavaikutusilmoitus tehdään palveluyksikössä sekä millaiset toimintamallit yksikössä on lääkevarkauksien varalta.

Lääkehoitosuunnitelma noudattaa STM:n Turvallinen lääkehoito –opasta.

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

Palveluyksikön laitevastuuhenkilön nimi, tehtävänimike ja yhteystiedot

Outi Behm, sairaanhoitaja

p.040-7783031, outi.behm@mente.fi

Kuvaa:

- ✓ Miten varmistetaan lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) 4. luvun mukaisten velvoitteiden noudattaminen?
 - Lääkinnällisten laitteiden käytön osaaminen varmistetaan yksikön sairaanhoitajan toimesta perehdytysprosesin aikana ja aina kun yksikköön otetaan käyttöön uusi lääkinnällinen laite.
 - Yksikön käytössä olevat lääkinnälliset laitteet on kirjattu laiterekisteriin, samalla on myös kirjattu tiedot laitteiden ylläpidosta ja huollosta valmistajan ohjeistuksen mukaisesti ja aikataulut.
 - Lääkinnällisten laitteiden jäljitettävyyden varmistetaan kirjaamalla laiterekisteriin
 - laitteen nimi ja käyttötarkoitus
 - MD- ja IVD-asetuksen mukaisilla laitteilla tulee olla yksilöllinen **laitetunniste** (Unique Device Identification, UDI-tunniste), joka on lääkinnälliseen laitteeseen liittyvä yksilöllinen numero- ja/tai kirjainkoodi, viiva-, QR-koodi tai muu koneluettava koodi (jos käytössä on vielä laitteita, joissa ei UDI-tunnistetta ole, merkitään laitteeseen yksilöllinen tunnistetieto, joka kirjataan laiterekisteriin
 - Lääkinnällisten laitteiden vaaratilanneilmoitus tehdään palveluyksikössä Tapahtumailmoituksella IMS-järjestelmään

Lisätietoa lääkinnällisten laitteiden turvallisesta käytöstä ja vaaratilanneilmoituksista löydät seuraavista asiakirjoista:

- ✓ STM on julkaissut oppaan "Lääkinnällisten laitteiden turvallinen käyttö – opas laiteosaamisen varmistamiseen" (STM:n julkaisu 2024:3).
- ✓ Fimea on antanut määräyksen "Lääkinnällisestä laitteesta tehtävä ammattimaisen käyttäjän vaaratilanneilmoitus" ja ohjeen "Vaaratilanteessa olleen lääkinnällisen laitteen käsittely" (Fimea 1/2023).

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus ja Laiteturvallisuusverkosto valmistelevat parhaillaan mallikuvausta laiteturvallisuussuunnitelman laatimiseen.

Taulukko 3: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **turvallisuutta ja laatua** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Enkäisy- ja hallintatoimet
Asiakkaan kaatuminen tai liukastuminen	Kuukausittain x suuri	Asiakkaita ohjataan käyttämään liikkumisen apuvälineitä, jos sellaisia on heillä käytössä Asiakkaita ohjataan käyttämään asianmukaisia jalkineita Yöaikaan asunnossa liikkuminen on riski (toimintakykyyn ja tasapainoon vaikuttavat lääkkeet), asiakasta ohjataan toimimaan mahdollisimman turvallisesti Yksikön sisätiloissa havaittu neste lattialla – havainnon tehnyt henkilö varoittaa muita ja poistaa nesteen välittömästi Ulkoalueiden lumen poisto ja kulkuväylien hiekoitus heti aamulla tarpeen mukaan (kiinteistöhuolto)
Asiakkaan tukehtumisvaara	Kuukausittain x suuri	Asiakkaan palvelutarpeen ja liikuntakyvyn arviointi ja mahdollinen yksikön vaihto Asiakkaiden ruokailutilanteissa on aina paikalla linjastolla työskentelevän henkilön lisäksi myös ohjaajia, jotka havainnoi asiakkaiden ruokailutilannetta ja voi reagoida nopeasti tukehtumisvaaraan Asiakkaan hampaiston/teko-hampaiden kunnosta ja paikallaan pysyvyydestä huolehtiminen Rauhoitetaan ruokailutilanteita, ohjataan asiakkaita pureskelemaan ruoka rauhallisesti ja lähtemään liikkeelle vasta kun suu on tyhjä Asiakaskohtainen riskiarviointi – milloin olisi paikallaan pidättäytyä tietyistä ruuista ja valita helpommin pureskeltava ruoka tai sosemainen ruoka
Tupakointi	Kuukausittain X Suuri	Asiakkaat keräävät taskuunsa natsoja ja natsat kytevätkin taskussa. Käytössä on viisi tuhkakuppia, joista natsoja ei saa kerättyä talteen. Asunnossa tupakointi. Kirjalliset varoitukset, tilaajan kanssa keskustelut asumisen päättämisestä

Väkivallan uhka/haastavat asiakastilanteet	Kuukausittain X melko suuri	Asiakkaiden päihteiden käyttö/ riittämätön yhteistyö asiakkaan voinnin arviointiin terveyspalvelujen kanssa aiheuttaa haastavia tilanteita. Parityöskentely-jokaisella sovittu työpari koko vuoron ajan Kun poistutaan töistä-kerrotaan se aina jollekin vuoroon jäävälle Simulaatioharjoituksia X 2 vuodessa Turvallisuusohjeet
Lääkehoidon poikkeamat	Kuukausittain x suuri	Henkilöstön lääkehoidon osaamisen varmistaminen yksikön lääkehoito-suunnitelmassa kuvatun prosessin mukaisesti Ilmoitetut lääkepoikkeamat ja vaaratilanteet käydään läpi viikoittain ja etsitään korjaavia toimintamalleja, kirjataan ne ja arvioidaan muutettujen mallien toimintaa sovitun ajan kuluessa

3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

Riittävä ja osaava sekä palveluyksikön omavalvontaan sitoutunut henkilöstö on keskeinen tekijä palvelujen saatavuuden, laadun ja asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamisessa sekä palvelujen kehittämisessä.

Palveluyksikön henkilöstön määrä, rakenne ja sijaisten käytön periaatteet.

Mente Palveluiden henkilöstömitoitus on sovittu tilaajan kanssa tehdyissä palvelu- ja puitesopimuksissa.

Kannuskadun palvelukeskuksessa on 32 vakituista työntekijää (3 sairaanhoitajaa, 1 sosionomi, 1 vastaava ohjaaja, 1 johtaja, 26 ohjaajaa/lähihoitajaa ja sekä vierailevana erityistyöntekijänä fysioterapeutti. Yksikön mitoitus on ympärivuorokautisessa palveluasumisessa 0,5 ja vaativassa ympärivuorokautisessa palveluasumisessa 0,6. Yksikössä on arkisin aamuvuorossa 13 työntekijää, iltavuorossa 7 ohjaajaa. Yövuoroissa 2 ohjaajaa. Lauantaisin ja sunnuntaisin 7 ohjaajaa/ vuoro.

Yksikön johtajalta vaaditaan mielenterveystyöhön soveltuvaa vähintään AMK- tai opistotasoista sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusta, riittävää alan työkokemusta sekä johtamiskoulutusta. Henkilöstöllä on sosiaali- ja terveydenhuollon tutkinto, käytännössä lähihoitajan-, mielenterveyshoitajan, sairaanhoitajan, fysioterapeutin tai sosionomin tutkinto.

Palvelukeskuksessa ei käytetä vuokrattua työvoimaa vaan Menten varahenkilöitä tai tarvittaessa töihin kutsuttua henkilöstöä (tehtävään vaadittava tutkinto ja ammattioikeudet tarkistetaan, ja heidät perehdytetään yksikön toimintamalleihin ja ohjeisiin).

Miten palveluyksikön tai palvelualueiden vastuuhenkilöt varmistavat kaikissa tilanteissa, että sosiaali- ja terveystieteiden antamiseen on palvelujen tarpeeseen sekä asiakkaiden tai potilaiden määrään nähden riittävä henkilöstö?

Mentellä rekrytoinnin perusteena on, että kaikissa yksiköissä on riittävä määrä koulutettua ja työnsä osaavaa henkilökuntaa. Henkilöstön rekrytointia ohjaavat työlainsäädäntö ja työehtosopimukset, joissa määritellään sekä työntekijöiden että työnantajien oikeudet ja velvollisuudet. Menten rekrytoinnin toimintatavat ja ohjeistukset on kuvattuna IMS-järjestelmään

Miten varmistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattioikeudet?

Yksikön esihenkilö varmistaa rekrytointivaiheessa työntekijän kelpoisuuden tutkintotodistuksista sekä JulkiSuosikki ja JulkiTerkikki -rekisteristä. Työntekijöiden tutkinnot ja koulutukset sekä rekisterinumerot on kirjattu Sympa-järjestelmään

Miten laillistetun sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä tilapäisesti toimivien opiskelijoiden oikeus työskennellä varmistetaan? Miten opiskelijoiden ohjaus, johto ja valvonta toteutetaan käytännössä?

Sosiaali- ja terveydenhuollon opiskelija voi toimia tilapäisesti Menten asumispalveluiden työyksiköissä sijaisena, kun:

- Sairaanhoidajan tai terveydenhoitajan (laillistetun terveydenhuollon henkilön) sijaisuuksia tehtäessä opinnoista on suoritettu vähintään 180 op ja opiskelijalla on voimassa oleva lääkehoitolupa.
- Lähihoitajan (nimikesuojattu henkilö) sijaisuuksia tehtäessä opinnoista on suoritettu vähintään 120 osp (2/3) opinnoista
- Sosionomin tai geronomin (laillistettu sosiaalihuollon ammattihenkilö) sijaisuuksia tehtäessä opinnoista on suoritettu vähintään 140 op ja opiskelijalla on voimassa oleva lääkehoitolupa.
- Palveluyksikön johtaja tarkistaa em. tiedot opiskelijoiden opintosuoriterekisterin otteista
- Opiskelijat perehdytetään yksikön toimintamalleihin ja ohjeisiin yksikön perehdytys suunnitelman mukaisesti
- Opiskelijalle nimetään hänen opiskelunsa ohjauksesta vastaava työntekijä ja hänelle varalle työntekijä, jotka vastaavat opiskelijan ohjauksen toteutuksesta opiskelijan työssäoppimajakson tavoitteiden mukaisesti ja arvioivat jakson toteutumista yhdessä opiskelijan ja opiskelujakson vastaavan opettajan kanssa

Miten selvitetään iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden kanssa työskentelevien rikostausta perustuen valvontalain 28 §:ään?

Palvelukeskuksen johtaja tarkistaa rekrytoitavien työntekijöiden rikosrekisteriotteen valvontalain 28§ perustuen, ennen kuin he voivat aloittaa työskentelyn yksikössä.

Mitkä ovat konkreettiset toimintamallit henkilöstön riittävyyden varmistamiseksi sekä asiakkaiden palvelutarpeeseen vastaamiseksi?

Palvelukeskuksen johtaja vastaa siitä, että yksikössä on asiakkaiden palvelutarve huomioiden riittävä määrä henkilöstöä, myös huomioiden työntekijöiden poissaolot ja vuosilomat sekä koulutukset. Käytännössä tässä käytetään Menten varahenkilöitä (äkilliset poissaolot), rekrytään pitempiin poissaoloihin ja vuosilomiin määräaikaista sijaisia sekä käytetään tarvittaessa työhön kutsuttavia työntekijöitä, joiden ammattipätevyys on varmistettu rekrytoitaessa ja jotka ovat saaneet yksikköön perehdytyksen ja tuntevat asiakkaat. Palvelukeskuksen johtaja vastaa yhdessä hr-päällikön ja palvelujohtajan kanssa siitä, että tarvittaessa rekrytointiprosessit käynnistetään ajoissa.

Mitkä ovat toimintamallit niitä tilanteita varten, kun henkilöstöä ei ole riittävästi?

Arkisin palvelukeskuksen johtaja vastaa yhdessä palvelujohtajan kanssa siitä, että yksikössä on riittävästi henkilöstöä (varahenkilöiden käyttö, tarvittaessa töihin kutsuttavien henkilöiden käyttö, henkilöstön väliaikainen "lainaaminen" muista Menten palvelukeskuksista ja viime kädessä vuokratyövoiman käyttö soveltuvilta osin.

Miten varmistetaan, että palvelun tuottamiseen osallistuvalla henkilöstöllä on työtehtäviinsä asianmukainen koulutus, riittävä osaaminen ja ammattitaito sekä kielitaito?

Palvelukeskuksen johtaja varmistaa rekrytointivaiheen aikana hakijan tutkinto- ja työtodistuksista tutkinnon ja riittävän työkokemuksen määrän. Riittävän osaamisen määrää, ammattitaitoa ja kielitaitoa kartoitetaan rekrytointihaastattelussa sekä rekrytoinnin jälkeen perehdytysprosessin aikana.

Miten huolehditaan henkilöstön riittävästä perehdyttämisestä ja ammattitaidon ylläpitämisestä?

Yksikön henkilöstö perehdytetään perehdytysprosessin mukaisesti asiakastyöhön, asiakastietojen käsittelyyn ja tietosuojaan sekä omavalvonnan toteuttamiseen. Sama koskee myös yksikössä työskenteleviä opiskelijoita ja pitkään työstä poissaolleita. Hyvän perehdytyksen avulla Menten uusia tai pitkään työstä poissaolleita työntekijöitä autetaan perehtymään tehtäväänsä, lääkehoitoon, työyksikköön ja Mente Palveluihin, sen toimintakulttuuriin, turvallisiin työtapoihin ja eettisiin periaatteisiin.

Lyhytaikaisten sijaisten perehdytys tapahtuu toimintayksikössä heitä varten erikseen suunnitellun mallin mukaisesti. Näihin tilanteisiin yksikössä on käytössä esimerkiksi vuoro- ja yhteisökohtainen pikaperehdytysohje, joka päivitetään vuosittain ja aina tarvittaessa. Toimintayksikön esihenkilö on vastuussa yksikköön perehdyttämisestä. Yksilöllinen perehdytysohjelma liittyy henkilön tehtäviin Mentellä, yleiseen työkokemukseen ja koulutukseen.

Lisäksi kullekin uudelle työntekijälle määritellään lähiperehdyttäjä. Erityistyöntekijät perehdyttävät tarvittaessa omaan alueeseensa asiakokonaisuudet. Perehdytyksessä käytetään Menten perehdytyksen prosessikuvausta, joka sijaitsee IMS-järjestelmässä.

Perehdytysprosessin päävaiheet ajallisessa järjestyksessä ovat seuraavat:

- Esihenkilö perehdyttää henkilöstö- ja työsuhteasiat uudelle työntekijälle
- Vuorossa oleva työntekijä perehdyttää yksikkökohtaiset käytännöt
- Sairaanhoitaja perehdyttää työntekijän lääkehoitoon, tarkistaa lääkehoidon koulutusten todistukset (tai ottaa vastaan lääkelupiin vaadittavat tentit) ja ottaa vastaan lääkehoidon osaamisen varmistamiseen liittyvät näytöt
- Turvallisuusvastaavat perehdyttävät turvallisuusasioihin ja pitävät turvallisuuskävelyn
- Yhteisössä toimiva työryhmä perehdyttää yhteisön toimintaan ja asiakasasioihin
- Esihenkilö perehdyttää työntekijälle Menten kuntoutusohjelman sekä työhyvinvointi- ja työsuojeluasiat
- Esihenkilö/johtoryhmä perehdyttää Menten toimintaa ohjaaviin tekijöihin
- Esihenkilö ja perehtyjä hyväksyvät allekirjoituksellaan perehdytyslomakkeen

Miten huolehditaan siitä, että henkilöstö osallistuu riittävästi ammatilliseen täydennyskoulutukseen?

Mente Palveluiden henkilöstö- ja koulutussuunnitelma laaditaan vuosittain. Strategian mukaiset ammattiryhmäkohtaiset koulutustarpeet ovat osa suunnitelmaa. Lisäksi toimintasuunnitelmakausille määritellään toiminnan kehittämisalueet ja osaamistarpeet, jotka huomioidaan koulutussuunnitelmassa. Aiheet suunnitelmaan nousevat myös Kannuskadun palvelukeskuksen toimintasuunnitelmasta ja henkilöstön kehityskeskustelusta.

Vuosina 2023–2025 Mente ja SDO tekivät tiivistä yhteistyötä ja Menten henkilöstölle on järjestetty mielenterveys- ja päihdetyön menetelmiin liittyvää täydennyskoulutusta. Kannuskadun palvelukeskuksen työryhmästä 6 henkilöä suoritti mielentervey- ja päihdetyön erikoisammattitutkinnon tässä koulutuksessa. Vuonna 2026 kaksi työntekijää suoritti saman tutkinnon. Palvelukeskuksen toimintakulttuuri tukee opiskelua ja henkilökunnan kehittymistarpeisiin pyritään vastaamaan aktiivisesti.

Miten henkilöstön osaamista ja työskentelyn asianmukaisuutta seurataan toiminnan aikana? Miten havaittuihin epäkohtiin puututaan?

Palvelukeskuksen johtaja seuraa henkilöstön osaamista ja työskentelyn asianmukaisuutta päivittäisen työskentelyn yhteydessä. Työskentelytapoja, työskentelyilmapiiriä ja mahdollisia kipukohtia näissä pohditaan myös työryhmätasolla työryhmän työnohjauksissa. Palvelukeskuksen johtaja käy vuosittain työntekijöiden kanssa henkilökohtaiset kehityskeskustelut, joissa tehdään suunnitelma tulevalle 12 kk ajalle osaamisen kehittämisestä, koulutustarpeista sekä annetaan molemmin puolin palautetta.

Mahdollisiin havaittuihin epäkohtiin puutuu palvelukeskuksen johtaja heti kun epäkohta havaitaan, käydään keskustelu havainnosta (muistio kirjataan hr-järjestelmä Sympaan), annetaan palaute ja ohjeet toiminnan korjaamisesta. Tarvittaessa annetaan lisäperehdytystä (sovitaan kuka antaa, milloin ja missä asiassa sekä se, miten asian

etenemistä arvioidaan). Jos epäkohta jatkuu edelleen, asiassa edetään yhteistyössä palvelujohtajan ja HR-päällikön kanssa.

Miten palveluyksikön henkilöstöltä kerätään säännöllisesti palautetta? Miten tätä palautetta käsitellään palveluyksikössä?

Koko Menten henkilöstölle tehdään vuosittain lokakuussa työyhteisökysely yhteistyössä työeläkeyhtiön Elon kanssa. Työyhteisökyselyn teemoina ovat

- Oma työni
- Työyhteisön toimivuus
- Esihenkilöni toiminta
- Osaaminen ja uudistuminen
- Toimintakyky ja voimavarat

Kyselyn tuloksien pohjalta työryhmä laatii suunnitelman seuraavalle vuodelle, jossa määritetään painopistealueet ja konkreettiset kehittämiskohteet ja -tavoitteet sekä keinot. Palautetta kerätään myös henkilöstökokouksissa, ja esihenkilö vastaa palautteeseen ja tarvittaessa vie palautteen tiedoksi/käsittelyyn palvelujohtajalle ja edelleen johtoryhmälle. Esihenkilö tiedottaa palautteeseen annetusta vastauksesta työryhmää.

Miten varmistetaan henkilöstön riskienhallinnan osaaminen?

Työntekijät osallistuvat turvallisuustason ja -riskien arviointiin, omavalvontasuunnitelman laatimiseen ja turvallisuutta parantavien toimenpiteiden toteuttamiseen. Riskien hallinta on osa yksikön arkea ja se on luonteeltaan jatkuva.

Miten varmistetaan henkilöstön ohjeiden mukainen toiminta niissä tilanteissa, joissa riski on toteutunut?

Työntekijöiden perehdytyksessä iso paino on turvallisuus- ja lääkehoitosuunnitelmien mukaisessa työskentelyssä. Palvelukeskuksen esihenkilö varmistaa että työntekijä on ymmärtänyt toimintaohjeet tai tietää, mistä toimintaohjeet löytyvät riskien toteutumisen jälkeisessä tilanteessa. Tilanteen ja toiminnan jälkeen tapahtunut ja toimintamalli arvioidaan esihenkilön, turvallisuuskoordinaattorin ja työryhmän toimesta ja tehdään siihen tarvittaessa muutoksia.

Miten riskienhallinnassa on otettu huomioon muun muassa työturvallisuuslain (738/2002) mukaiset työnantajan velvoitteet, joilla voi olla vaikutusta palveluyksikön asiakas- ja potilasturvallisuuteen?

Työympäristöstä ja työolosuhteista aiheutuvat vaara-, haitta- ja kuormitustekijät tulee työpaikalla selvittää järjestelmällisesti. Mikäli vaaroja ei voida kokonaan poistaa, arvioidaan niiden merkitys työntekijöiden terveydelle ja turvallisuudelle ja toteutetaan toimenpiteet, joilla riski pienennetään hyväksyttävälle tasolle.

Päätös riskien arvioinnin toteuttamisesta tehdään organisaation johdossa. Johdon sitoutumista tarvitaan riittävien resurssien varmistamiseen, päätöksentekoon arvioinnin perusteella tehtävistä toimenpiteistä ja seurantaan arvioinnin jatkuvuuden varmistamiseksi.

Kannuskadun palvelukeskuksen riskien arvioinnissa työolosuhteista nousevista riskeistä nostettiin esiin psykologinen kuormitus (ajoittainen kiire, työtehtävien keskeytyminen erityisesti tarkkaavuutta vaativissa kirjauksissa).

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien henkilöstön riittävyyttä ja osaamista koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 4.

*Taulukko 4: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **henkilöstön riittävyyttä ja osaamista** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta*

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Palvelukeskuksessa ei ole kaikissa tilanteissa palvelusopimuksen mukainen määrä koulutettua henkilöstöä	Mahdollinen x kohtalainen	Keikkalaisten riittävä saatavuus (toimivat rekrytointikäytännöt (henkilöstöpäällikkö ja esihenkilö) ja perehdytys (esihenkilö) ja työnkierto yksiköiden välillä (palvelujohtaja ja esihenkilö). Menten varahenkilöjärjestelmä (palvelujohtaja ja esihenkilö).
Henkilöstön riittävän osaamisen varmistaminen	Mahdollinen x kohtalainen	Rekrytoitavan henkilöstön pätevyyden varmistaminen (JulkiTerhikki/JulkiSuosikki – esihenkilö) Lääkehoidon osaamisen varmistaminen (Menten lääkelupakäytännöt – yksikön sairaanhoitaja, esihenkilö) Henkilöstön täydennyskoulutus 3pv/vuosi/hlö (henkilöstöpäällikkö, palvelujohtaja, esihenkilö) Vuonna 2026 työvuorojen tekeminen eri tiimeissä ja varjostaminen eri yksiköissä osaamisen lisäämiseksi

3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen

Palveluyksikön asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadituista suunnitelmista ja ohjeista vastaava henkilö, tehtävänimike ja yhteystiedot
Jenni Mettälä, palvelukeskuksen johtaja

040 184 6860, jenni.mettala@mente.fi

- Alueen sosiaaliasiavastaavan tehtävät ja yhteystiedot

Sosiaali- ja potilasasiavastaava:

- neuvoo potilas- ja asiakaslakien soveltamiseen liittyvissä asioissa
- neuvoo ja avustaa tarvittaessa muistutuksen tekemisessä
- neuvoo, miten esimerkiksi kantelu, oikaisuvaatimus ja potilasvahinkoilmoitus voidaan panna vireille toimivaltaisessa viranomaisessa
- tiedottaa asiakkaiden ja potilaiden oikeuksista
- kokoaa tietoa potilailta ja asiakkailta tulleista yhteydenotoista
- seuraa ja raportoi, miten asiakkaiden ja potilaiden oikeudet kehittyvät hyvinvointialueella

Sosiaali- ja potilasasiavastaava ei arvioi asiakkaan palvelutarvetta tai päättää palveluista, tutkimuksista, hoidosta tai ajanvarauksesta, eikä tee lääketieteellisiä päätöksiä, anna toimintamääräyksiä työntekijöille, tai ota kantaa esimerkiksi siihen, onko potilaan hoidossa tapahtunut potilasvahinko.

Ota yhteyttä asiavastaavaan, kun asiasi koskee:

- sote-keskuksia
- poliklinikoita ja sairaalatoimintaa
- sosiaalipalveluja, esimerkiksi asumispalveluja, kotihoitoa, sosiaalityötä tai vammaispalveluja
- työterveyshuoltoa
- yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja
- neuvoloita ja perhekeskuksia
- koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa
- oppilaitosten kuraattori- ja psykologipalveluja
- varhaiskasvatuksen palveluja

Sosiaali- ja potilasasiavastaava ei ota kantaa esimerkiksi Kelan, edunvalvonnan, TE-palvelujen tai muiden viranomaisten toimintaan.

Sosiaali- ja potilasasiavastaavan puhelinnumero

+358 3819 2504

maanantai, tiistai, torstai klo 9.00-12.00

keskiviikko klo 9.00-15.00

Alueen potilasasiavastaavan tehtävät ja yhteystiedot

Hyvinvointialue vastaa potilas- ja sosiaaliasiavastaavien toiminnan järjestämisestä järjestämänsä ja tuottamansa sosiaali- ja terveydenhuollon osalta. Yksityisten

järjestämien ja tuottamien sote-palveluiden asiavastaavatoiminnasta vastaa se hyvinvointialue, jonka alueella palvelua annetaan.

Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot ja palvelut (esim. palvelusetelillä tuotetuissa palveluissa yksityinen palveluntuottaja ja asiakas ovat keskenään sopimuskumppaneita).

Kuluttajaneuvonnan puhelinpalvelu

09 5110 1200

Palveluaika ma, ti, ke klo 10–12, to klo 12–14.

Muistutusten käsittelystä vastaava henkilö, tehtävänimike ja yhteystiedot, muistutusten käsittelyn määräaika

Jenni Mettälä, palvelukeskuksen johtaja
040 1846860, jenni.mettala@mente.fi

Muistutusten käsittelyn määräaika on kaksi (2) viikkoa muistutuksen tiedoksisaannista.

Miten varmistetaan palveluiden esteettömyys ja saavutettavuus?

Yksikkö on esteetön

Miten varmistetaan asiakkaiden yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys?

Asiakkaat ovat yhdenvertaisessa asemassa, riippumatta heidän sukupuolestaan, uskonnostaan, kansalaisuudestaan tai seksuaalisesta suuntautumisestaan. Yhteisön määrittämissä säännöissä asiakkaat ovat halunneet mainita, että kunnioitetaan yhteisön jäseniä ja autetaan kaikkia omien kykyjen mukaan. Palvelukeskuksen työntekijät ja johtaja seuraavat asiakkaiden yhdenvertaisuuden toteutumista.

Miten varmistetaan palveluyksikön toimintakäytäntöjen, palveluprosessien ja päätöksenteon oikeellisuus ja lainmukaisuus?

Asiakkaan asumisesta tehdään palvelupäätös (asiakkaan oma sosiaalityöntekijä), joka on valituskelpoinen. Palvelukeskuksessa asuminen perustuu vapaaehtoisuuteen, eikä palvelukeskuksessa tehdä asiakkaan itsemääräämisoikeutta rajoittavia päätöksiä (pois lukien mahdolliset hätävarjelutilanteet). Asiakas voi halutessaan sopia kirjallisesti esim. että hän luovuttaa käteisvarojaan säilytettäväksi hänen oman asuntonsa lukitussa kaapissa, josta hän voi aina pyytää rahaa (rahamäärästä ja tapahtumista pidetään kirjanpitoa, jonka aina ohjaaja ja asiakas yhdessä varmistavat allekirjoituksillaan). Em. käytännöistä pyritään kokonaan pois, tilalle voidaan miettiä laskutusasiakkuuksia esim. lähikauppaan tai välitystilin tai edunvalvojan palvelujen käyttöä.

Miten varmistetaan asiakkaan tiedonsaantioikeus ja osallisuus, jotta hänellä on tosiasiallinen mahdollisuus osallistua palvelujaan koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja toteuttamiseen?

Asiakas on aina mukana häntä koskevista asioista keskusteltaessa ja päätöksenteossa, jossa hänen mielipiteensä vastaisia päätöksiä ei voida tehdä (itseään määräämisoikeus). Palvelujen toteutuksen suunnittelu ja toteutus pohjautuu asiakkaan palvelutarpeeseen ja toiveisiin, henkilökunta tuo tarvittaessa esiin eri vaihtoehtoja päätöksen tueksi. Toteuttamissuunnitelmat vahvistetaan aina asiakkaan allekirjoituksella ja hänen oma näkemyksensä kirjataan suunnitelmaan.

Miten varmistetaan asiakkaan tai potilaan kielellisten oikeuksien toteutuminen?

Kun sosiaalihuollon henkilöstö selvittää asiakkaalle tämän oikeuksia ja velvollisuuksia ja palveluvaihtoehtoja, selvitys on annettava niin, että asiakas riittävästi ymmärtää sen sisällön ja merkityksen. Jos sosiaalihuollon henkilöstö ei hallitse asiakkaan käyttämää kieltä taikka asiakas ei aisti- tai puhevian tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta.

Miten varmistetaan asiakkaan tai potilaan asiallinen kohtelu? Miten menetellään, jos epäasiallista kohtelua havaitaan?

Jos asiakas on tyytymätön saamaansa palveluun tai kokee tulleen kohdelluksi epäasiallisesti:

- a) Kun asiakkaan tai hänen läheisensä kokemus epäasiallisesta kohtelusta nousee esille, asiakas, hänen edustajansa tai työntekijä ilmoittaa asiasta henkilöstölle tai esihenkilölle. Asiasta keskustellaan yksikössä.
- b) Mikäli epäkohta ei ole poistunut, asiakkaalla ja /tai omaisella on oikeus tehdä ilmoitus ja kirjallinen selvityspyyntö asiasta yksikön johtajalle. https://pajjat-sote.fi/wp-content/uploads/2022/05/pajjat-sote_sosiaalipalveluja-koskeva-muistutus.pdf
Yksikönjohtaja laatii kirjallisen vastineen ja vie asian tiedoksi myös tilaajalle eli johtava sosiaalityöntekijälle ja Menten johdolle
- c) Mikäli epäkohta ei poistu, asiakas voi tehdä kantelun. Palvelun perustuessa ostosopimukseen muistutus tehdään järjestämisvastuussa olevalle viranomaiselle. Päijät-Hämeen hyvinvointialueen alueella muistutus palautetaan osoitteella: Muistutuksen vastaanottaja Päijät-Sote:
Tulosityksikköpäällikkö, Psykososiaalisen kuntoutuksen palvelut
Laura Silvennoinen, laura.silvennoinen@pajjatha.fi, +358 50 539 1622,
Linjakatu 5, 15100 Lahti
- d) Mikäli epäkohta ei edellä mainittujen menettelytapojen avulla poistu, asiakas voi tehdä kantelun aluehallintovirastoon tai Lupa- ja valvontavirastoon.
Lupa- ja valvontavirasto valvoo pääsääntöisesti merkittäviä ja laaja-kantoisia asioita ja se ohjaa aluehallintovirastojen toimintaan menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi.

Aluehallintovirasto puolestaan valvoo alueellaan toimivia julkisia ja yksityisiä palveluiden tuottajia sekä ohjaa kuntien ja yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajien toimintaa.

Lupa- ja valvontaviraston nettisivuilta, www.lv.v.fi, löytyy kanteluun liittyvät tarkemmat ohjeet.

Miten varmistetaan asiakkaan tai potilaan informointi hänen käytettävissään olevista oikeusturvakeinoista?

Asiakkaalle kerrotaan hänen käytettävissä olevista oikeusturvakeinoista ja tarvittaessa häntä avustetaan yhteydenotossa yllä oleviin tahoihin.

Miten varmistetaan asiakkaiden tai potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen?

Henkilökunnan tehtävänä on kunnioittaa ja vahvistaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja tukea asiakasta oman kuntoutumisensa sekä arjen suunnitteluun. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta tuetaan ja asiakkaan osallisuutta vahvistetaan toipumisen kaikissa vaiheissa.

Itsemääräämisoikeuden rajoittamisen periaatteet ja käytännöt

Kannuskadun palvelukeskuksessa toiminta perustuu aina asiakkaan kanssa yhdessä tehtäviin sopimuksiin. Tällaisia sopimuksia voidaan tehdä esimerkiksi rahan käytöstä, tupakoinnin säännöstelystä tai ravitsemuksen (esim. dieetit, nesterajoitukset) hallinnasta.

Tehdyt sopimukset kirjataan asiakastietojärjestelmään ja ne annetaan asiakkaalle itselleen. Asiakkaan kanssa tehdyt sopimukset käydään yhdessä läpi toteuttamissuunnitelman arvioinnin yhteydessä ja tarvittaessa jos asiakkaan tilanteessa tapahtuu muutoksia tai hän itse haluaa tarkistaa tehtyä sopimusta. Asiakas voi perua sopimuksen aina halutessaan. Yksikön johtaja tekee pistokokeen omaisia tarkastuksia esimerkiksi asiakkaan käyttövarojen seurantaan liittyen. Sopimusten noudattamisen seuranta ja epäkohtiin puuttuminen on osa yksikön sisäistä omavalvontaa.

Menten palvelukeskukset ovat päihteettömiä yhteisöjä, ja asiakas sitoutuu päihteettömyyteen vuokrasopimusta allekirjoittaessaan. Henkilökunnalla on mahdollisuus päihteiden käyttöä epäillessään tehdä asiakkaan luvalla ja hänen läsnä ollessa asuntoon tarkistuskäynti. Jos käynnillä havaitaan laittomia päihteitä, tehdään niistä ilmoitus poliisiviranomaiselle. Alkoholijuomat asiakas voi antaa henkilökunnalle säilytettäväksi halutessaan asumisen ajaksi tai nauttia ne jossain muualla kuin asumisyksikössä. Lisäksi yleiseen turvallisuuteen liittyviin asioihin puututaan herkästi. Esimerkiksi tarkoitukseen sopimattomia teräaseita ei säilytetä asiakkaiden asunnossa, vaan ne sijoitetaan yhteisellä sopimuksella lukittuun tilaan, johon asiakkailla ei ole pääsyä.

Palvelukeskuksen johtaja on mukana tilanteissa, joissa asiakkaan kanssa tehdään sopimuksia ja tilanteissa, kun näitä sopimuksia arvioidaan yhdessä. Päihteiden käyttöön liittyvissä puheeksiotto-keskusteluissa ja sopimuksissa noudatetaan Menten päihdetyön ohjetta. Asiakkaiden kanssa tehtyjä sopimuksia arvioidaan palvelukeskuksessa vuositason kokonaisuutena ja työryhmä keskustelee säännöllisesti sopimusten ajantasaisuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta.

Mitkä ovat asiakkaan tai potilaan lakisääteistä palvelua koskevien suunnitelmien laadinnan ja päivittämisen menettelytavat?

Kannuskadun palvelukeskuksen ympärivuorokautisessa asumisessa laaditaan jokaiselle asiakkaalle asumisen ensimmäisten viikkojen aikana toteuttamissuunnitelma, jossa huomioidaan asiakkaan yksilölliset tuen tarpeet sekä hänen itse määrittelemät päätavoitteet ja lyhyen aikavälin tavoitteet. Toteuttamissuunnitelman laadinnassa käytetään tukena RAI-CMH toimintakykymittaria ja sen antamia tuloksia.

Toteuttamissuunnitelmaan liitetään asiakkaan tuen tarpeita ja tavoitteita vastaava yksilöllinen toiminnallinen viikko-ohjelma, johon kuntoutumista tukeva toiminta perustuu.

Toteuttamissuunnitelman toteutumista seurataan, arvioidaan ja päivitetään säännöllisesti verkoston kanssa. Arviointiväli on hyvin yksilöllinen. Toteuttamissuunnitelman tavoitteiden seuranta kirjataan asiakastietojärjestelmään (SofiaCRM) vuorokohtaisesti ja väliarviointia toteutetaan asiakkaan kanssa säännöllisesti, vähintään puolen vuoden välein. Asiakkaan tavoitteita arvioidaan arkiympäristössä. Asiakkaalle ja tilaajalle toimitetaan toteuttamissuunnitelma kaksi kertaa vuodessa.

Työntekijät on perehdytetty ja koulutettu RAI-CMH toimintakykymittarin käyttöön. Asiakkaan vastuuohjaaja vastaa toteuttamissuunnitelman laatimisesta sekä säännöllisestä päivittämisestä yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan vastuuohjaaja huolehtii päivitetyn tiedon ja muutosten tiedottamisesta muulle työryhmälle ja kirjaa muuttuneet tiedot asiakastietojärjestelmään.

Miten varmistetaan, että palveluyksikön henkilökunta toimii asiakkaalle ja potilaalle laadittavien suunnitelmien mukaisesti?

Asiakkaan vastuuohjaaja käy toteuttamissuunnitelman läpi työryhmän kokouksessa sen laatimisen ja päivittämisen jälkeen. Työryhmä voi keskustella eri vaihtoehtoista, joilla yhdessä asetettujen tavoitteiden mukaiseen lopputulokseen voidaan päästä tai pyrkiä. Palvelukeskuksen vastaava ohjaaja seuraa, että henkilöstö toimii toteuttamissuunnitelman mukaisesti, mm. tiimipalavereissa, vuoronvaihtoraporteilla, havainnoimalla ryhmätoimintaa ja arjen tilanteiden ohjausta.

Miten palveluyksikön palveluja saavilta asiakkailta tai potilailta sekä heidän omaisiltaan ja läheisiltään kerätään säännöllisesti palautetta?

Mente Palvelujen yhteinen asiakaskysely toteutetaan toukokuun 2026 aikana (painopistealueina toipumisorientaatiomallin mukaiset asiakkaan kokemus osallisuus yksikössä, toipumista edistävä tuki, elämänlaatu ja yleinen asiakkaan kokemus tyytyväisyys tai kehittämiskohteet asumispalveluyksikössä asumiseen liittyen). Asiakaspalautetta kerätään viikoittaisissa asiakkaiden ja henkilökunnan yhteisissä yhteisökokouksissa ja asiakaspalautelaatikon avulla. Ryhmätoiminnasta kerätään asiakaspalautteita 3 kertaa vuodessa. Läheisiltä palaute suoraan ohjaajille tai palveluyksikön johtajalle tulevana palautteena.

Mitkä ovat muistutusten käsittelyä koskevat menettelytavat? Miten varmistetaan, että muistutukset käsitellään asianmukaisesti?

Muistutukset ohjataan palvelukeskuksen johtajalle, joka vie muistutuksen keskusteltavaksi palvelujohtajan kanssa (muistutuksen käsittelyaika on maksimissaan 2 viikkoa) sekä

tiedottaa muistutuksesta sekä siihen vastaamisesta palvelun tilaajaa ja kertoo muistutuksen tehneelle asiakkaalle, mihin toimiin muistutuksen perusteella on ryhdytty. Muistutusta ei kirjata asiakastietojärjestelmään.

Mitkä ovat kanteluiden käsittelyä koskevat menettelytavat? Miten varmistetaan, että kantelut käsitellään asianmukaisesti?

Asiakas voi tehdä kantelun myös palvelun tilaajalle ja edelleen aluehallintovirastoon tai Lupa- ja valvontavirastoon, jotka pyytävät palvelukeskuksen johtajalta lisätietoja tai vastinetta kanteluun. Palvelukeskuksen johtaja vie kantelun tiedoksi palvelujohtajalle. Palvelun tilaaja antaa palvelun tuottajalle ohjeistusta kanteluun liittyvässä asiassa, samoin voi tehdä Lupa- ja valvontavirasto.

Mitkä ovat potilasvahinkoilmoitusten käsittelyä koskevat menettelytavat? Miten varmistetaan, että ilmoitukset käsitellään asianmukaisesti?

Potilasvahinkoilmoitus tehdään Potilasvahinkokeskukseen, josta tulee selvityspyyntö palvelukeskuksen johtajalle potilasvahinkoa koskien, sekä päätös potilasvahinkoasiassa (pätös menee omana kappaleenaan myös asiakkaalle. Palvelukeskuksen johtaja vie potilasvahinkoasian tiedoksi palvelun tilaajalle ja Menten palvelujohtajalle/johtoryhmälle.

Taulukko 5: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **yhdenvertaisuutta, osallisuutta sekä asiakkaan tai potilaan asemaa ja oikeuksia** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Asiakkaan yhdenvertainen ja asiallinen kohtelu ei toteudu	Vuosittain x kohtalainen	Henkilökunta on tietoinen asiakkaan asemaa ja kohtelua koskevista ohjeista ja lainsäädännöstä Perehdytyksessä osio asiakkaan kohteluun Esihenkilö seuraa ja ohjaa henkilökunnan toimintaa asiaan liittyen Asiakkaiden väliseen huonoon kohteluun puututaan henkilökunnan toimesta
Asiakas kokee, että häntä ei kuunnella häntä koskevissa ratkaisuissa	Vuosittain x kohtalainen	Käydään keskustelu asiakkaan ja palvelun tilaajan kanssa asiakkaan kokemuksesta ja tehdään yhdessä suunnitelma, miten toimintaa muutetaan niin että asiakas kokee tulevansa kuulluksi Esihenkilö varmistaa, että yksikön henkilöstö toimii ammatillisesti ja asiakasta kunnioittaen Tarvittaessa asiakasta ohjataan muistutuksen teossa Henkilöstön perehdytys asiaan liittyen Asiaan liittyvien tapahtumien määrien seuranta ja raportointi palvelujohtajalle

Asiakkaan toiveet ovat ristiriidassa yksikön ohjeiden (esim. päihteettömyys, osallisuus) kanssa	Vuosittain x kohtalainen	Asiakkaan kanssa käydään keskustelua päihteettömyydestä, tarvittaessa tilaajan edustaja mukaan Asiakkaan päihteettömyyttä tuetaan yksikön eri toiminnoilla Asiakkaalle kerrotaan, miksi yksikkö on päihteetön ja miten hän voi tietämättään vaarantaa muiden asiakkaiden päihteettömyyttä Esite muuttaville asiakkaille toipumisorientaation mukaisesta osallisuudesta/ toipuvuudesta Asiakkaat mukaan toipumisorientaatio työpajoihin Valkotaulu käyttöön asiakastiloihin pohjakerrokseen
--	---------------------------------	--

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Miten palveluntuottaja raportoi keskeisimmät riskit palvelun järjestäjälle/tilaajalle vuorovaikutteisen yhteistyön menettelyissä?

Keskeisimmät riskit käydään läpi (palvelukeskuksen johtaja) tilaajan kanssa keskustelemalla heti riskien päivityksen jälkeen, kerrotaan riskienhallinnan suunnitelmasta ja tavoiteaikatauluista sekä lähetetään tilaajalle kirjallisesti riskien arvioinneissa nousseet pääkohdat ja niihin liittyvät kehittämissuunnitelmat.

Miten palveluntuottaja ilmoittaa omassa tai alihankkijan toiminnassa ilmenevistä epäkohdista ja puutteista palvelunjärjestäjälle ja valvontaviranomaiselle valvontalain 29 § mukaan?

Palvelukeskuksen johtaja ilmoittaa ensi tilassa tietoonsa tulleen epäkohdan tai puutteen kirjallisesti palvelun tilaajalle (valvontaviranomainen). Selvityksessä käydään läpi, miten epäkohta tai puute korjataan, milloin toteutusta arvioidaan ja mikä on aikanaan arvioinnin tulos. Selvityksessä voidaan pyytää myös palvelun tilaajalta ohjeistusta asiassa.

Miten henkilöstö ilmoittaa palveluyksikön vastuuhenkilölle palveluyksikön toiminnassa ilmenevistä epäkohdista, niiden uhasta tai muusta lainvastaisuudesta valvontalain 29 § mukaan?

Mikäli työntekijä havaitsee asiakkaan epäasiallista kohtelua, on hänen ilmoitettava asiasta omalle esimiehelleen ilmoituslomakkeella (IMS). Esihenkilö käynnistää tarvittavat toimenpiteet ja kirjaa kaikki keskustelut erilliseen muistioon.

Miten varmistetaan, että omavalvonnassa ilmeneviin epäkohtiin ja puutteisiin puututaan tilanteen edellyttämällä tavalla?

Jos omavalvonnan epäkohtiin ja puutteisiin ei puututa tilanteen edellyttämällä tavalla, on asiakkaalla oikeus viedä asia tiedoksi palvelukeskuksen johtajalle, palvelujohtajalle, toiminnanjohtajalle tai palvelun tilaajalle, aluehallintovirastolle tai Lupa- ja valvontavirastolle. Henkilökunnalla on valvontalain 29 § mukainen ilmoitusvelvollisuus edellä mainituille henkilöille tai tahoille.

Millaiset ovat vaara- ja haattatapahtumien sekä epäkohtien ja poikkeamien ilmoitusmenettelyt ja raportointikäytännöt?

Tapahtumailmoitus ja läheltä piti -lomake toimitetaan yksikön esihenkilölle ja se käsitellään henkilöstön kanssa seuraavassa henkilöstöpalaverissa. Asiakkaisiin liittyvät tapahtumailmoituslomakkeet toimitetaan esimiehen kautta palvelujohtajalle ja henkilöstöön liittyvät työsuojelupäällikölle ja palvelujohtajalle. Tapahtumailmoituksesta keskustellaan myös asiakkaan ja tarvittaessa omaisen kanssa. Jos tapahtuu vakava, korvattavia seurauksia aiheuttanut haattatapahtuma, asiakasta tai omaista informoidaan korvausten hakemisesta.

Millainen on epäkohta-, haatta- ja vaaratapahtumien käsittelyn ja niistä oppimisen prosessi?

Tarvittavat epäkohdat korjataan tilanteen vaatimalla tavalla yksikön henkilökunnan toimesta ja tarvittaessa yhteistyössä paikallisen palo- ja pelastustoimen, työsuojeluviranomaisen, työsuojelutoimikunnan, työterveyshuollon tai muiden vastaavien toimijoiden kanssa. Tärkeää on selvittää epäkohtien juurisyyt ja suunnitella tarvittavat toimenpiteet muutoksen aikaansaamiseksi. Tarvittaessa laaditaan henkilökunnalle ja asiakkaille toimintaohjeet epäkohtien poistamiseksi. Työsuojelupäällikkö, työsuojeluvaltuutettu ja työterveyshuolto tekevät säännöllisesti työpaikkakäynnit ja kartoittavat mahdolliset työpaikan turvallisuusriskit ja epäkohdat. Työpaikkakäynnit toteutetaan yksiköissä viiden (5) vuoden välein. Työpaikkakäynti toteutuu Kannuskadulle vuonna 2026.

4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

Miten palveluyksikössä tunnistetaan vakavat vaaratapahtumat, jotka vaativat tarkempaa tutkintaa?

Vakavassa vaaratapahtumassa asiakkaalle/potilaalle on aiheutunut tai olisi voinut aiheutua vakavaa tai huomattavaa pysyvää haittaa, taikka hänen henkeensä tai turvallisuuteensa kohdistuu vakava vaara.

Vakavaksi haitaksi katsotaan tyypillisesti kuolemaan johtanut, henkeä uhannut, sairaalahoitoon aloittamiseen tai jatkamiseen, pysyvään tai merkittävään vammaan, toimintaesteisyyteen tai -kyvyttömyyteen johtanut tilanne. Vakava vaaratapahtuma on myös tilanne, jossa uhka kohdistuu suureen joukkoon asiakkaita.

Vakavan vaaratapahtuman tutkinta tulee tehdä aina, kun hoidon/palvelun aikana on tapahtunut äkillinen odottamaton kuolema, tai vakava vammautuminen sekä silloin, kun haitta on johtanut sairaalahoidon aloittamiseen tai sen jatkamiseen. Myös oppimisen kannalta merkitykselliset vakavat vaaratilanteet on syytä tutkia tarkemmin, vaikka asiakkaalle ei olisi aiheutunut vakavaa haittaa.

Miten on sovittu meneteltävän, kun vakava vaaratapahtuma tunnistetaan?

Tehdään aina yksityiskohtainen selvitys tapahtumien kulusta (palvelukeskuksen johtaja, tilanteessa olleet henkilöt, tarvittaessa palvelujohtaja ja työsuojelupäällikkö).

Tämän jälkeen tehdään tapahtuma-analyysi, joka vastaa kysymyksiin

- "miten"
- "miksi" ja
- "mikä vaikutti"

jotta tapahtumaan vaikuttaneista tekijöistä voidaan muodostaa ymmärrettävä käsitys

Seuraavaksi tehdään analyysin johtopäätöksiin perustuvat selkeät toimenpidesuositukset, joilla toiminnan turvallisuutta parannetaan, sekä suunnitelma toteuttamisesta (ml. vastuuhenkilöt ja aikataulut)

Tutkinnan toteuttamisesta, johtopäätöksistä ja suosituksista tehdään selkeä dokumentaatio sekä viestintä laajemman tapahtumasta oppimisen varmistamiseksi

Mente Palveluissa Lääkepoikkeama- ja Tapahtumailmoituskäytännöillä ei koskaan etsitä syyllisiä, vaan pyritään löytämään poikkeamaan tai tapahtumaan johtanut tapahtumaketju, jotta päästään pureutumaan juurisyihin ja löytämään korjaavat toimintamallit.

Vakavien vaaratapahtumien tutkinta : Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille - Valto (valtioneuvosto.fi)

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Miten epäkohtailmoitusten sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä mahdollisesti esiin tullutta epäkohdista tai puutteista kertovaa tietoa hyödynnetään omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä?

Henkilöstökokouksissa, ryhmätyönohjauksessa ja kehittämisspäivissä henkilöstön kanssa käydään tietoa läpi, pohditaan tiedon taustalla olevia syitä ja muutoksia toimintaohjeisiin, tarvitaanko uutta tietoa tai ulkopuolista ohjausta tai koulutusta asiassa, tehdään kehittämissuunnitelma vastuineen, mahdollisine yhteistyösuunnitelmineen ja aikatauluineen sekä arviointisuunnitelma. Kirjaukset/muutokset tehdään myös omavalvontasuunnitelmaan ja lääkehoitosuunnitelmaan soveltuvin osin.

Miten muistutuksissa, kanteluissa ja potilasvahinkoilmoituksissa mahdollisesti ilmi tulleet epäkohdat tai puutteet otetaan huomioon toiminnassa ja sen kehittämisessä?

Mietitään henkilöstökokouksissa, mitä epäkohtien taustalla on, onko yhteistyö asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa ollut osin epäonnistunut, miten voimme epäkohdan toteutumista ennaltaehkäistä jatkossa. Tehdään suunnitelma keinoista, vastuista, aikatauluista ja miten suunnitelma viedään tiedoksi asiakkaille ja tilaajalle sekä miten kehittämistoimia arvioidaan. Kirjaukset/muutokset tehdään myös omavalvontasuunnitelmaan ja lääkehoitosuunnitelmaan soveltuvin osin.

Miten varmistetaan, että henkilöstö on tietoinen käytössä olevista palautekanavista?

Palautekanavista kerrotaan perehdytysprosessin aikana, ja yksikön esihenkilö käy palautekanaviin liittyvän infon läpi henkilöstökokouksissa puolivuositain ja tarvittaessa useammin. Tiedotus myös yksikön Teams-kanavalla.

Miten säännöllisesti kerättyä ja muuten saatua palautetta hyödynnetään omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä? Palvelukeskuksen johtaja vie palautteet käsittelyyn henkilöstökokouksiin, tarvittaessa myös työryhmän työohjauksessa käsiteltäväksi. Pohditaan mitä palautteen taustalla on, voimmeko yksikön/henkilökunnan toiminnassa muuttaa jotakin, tarvitsemmeko koulutusta asiassa. Mahdolliset muutokset kirjataan ylös, tehdään toteutukselle suunnitelma vastuineen, aikatauluineen ja miten ja milloin tehtyjä muutoksia arvioidaan.

Miten valvontaviranomaisten antama ohjaus ja päätökset huomioidaan omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä?

Palvelukeskuksen johtaja käsittelee valvontakäynneillä saatua ohjausta palvelujohtajan kanssa ja vie yksikön henkilöstökokouksiin käsittelyyn, jonka jälkeen tehdään suunnitelma ja kirjaukset siitä, miten toimintaohjeita muutetaan, millä aikataululla ja vastuunjaolla sekä milloin muutoksia arvioidaan. Valvontakäynneillä saatu ohjaus viedään myös Menten esihenkilökokouksiin, jossa käydään läpi muuttunutta ohjeistusta ja pohditaan, miten soveltuvilta osin muutos koskee kaikkia Menten palvelukeskuksia. Palvelukeskuksen johtaja vie muutokset soveltuvin osin tiedoksi myös asiakkaille esim. yhteisökokouksissa.

4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Miten poikkeamien syitä ja taustatekijöitä on selvitetty?

Yksikön henkilöstökokouksissa käydään läpi poikkeamailmoituksia, joissa on jo taustatietoja poikkeamatapahtumista, tarkennetaan tapahtuman taustatietoja ja tapahtumahetken tietoja. Pohditaan, millä keinoilla voidaan tapahtuman taustalla oleviin asioihin vaikuttaa, miten tapahtuma voidaan huomata heti ja kirjataan kehittämistoimenpiteet, vastuuhenkilöt, aikataulu ja arviointijankkohta.

Mihin kehittämistoimenpiteisiin palveluyksikössä on ryhdytty tai ryhdytään?

Asiakkaiden osallistaminen topiumisorientaation vahvistamiseen
Henkilöstön riittävän osaamisen varmistaminen

Miksi edellä mainittujen kehittämistoimenpiteiden arvioidaan parantavan toiminnan laatua ja turvallisuutta?

Asiakkaiden osallistaminen toipumisorientaation mukaiseen työotteeseen lisää asiakkaiden toimijuutta ja yhteinen ymmärrys menetelmistä vähentää väärin ymmärryksiä asiakkaiden ja ohjaajien välillä.

Mihin kehittämistoimet kirjataan?

Kehittämistoimet ovat Menten strategiaan pohjautuvia toimia. Ne on kirjattu/kirjataan yksikön toimintasuunnitelmaan

Kuka vastaa mistäkin kehittämistoimenpiteestä ja millä aikataululla?

Ks. taulukko 6.

Taulukko 6: Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet sekä niiden aikataulu, vastuutaho ja seuranta

Korjaus- tai kehittämistoimenpide	Aikataulu	Vastuutaho	Seuranta
Henkilöstön riittävän osaamisen varmistaminen	Syyskuu 2026- toukokuu 2027	Palvelukeskuksen johtaja	Työvuorosuunnittelussa toisiin tiimeihin tehdyt vuorot Työn varjostus toisiin yksiköihin Käydyt koulutukset
Toipumisorientaatiomallin osaamisen syventäminen yhdessä asiakkaiden kanssa yksikkötasolla (yksikön toimintatapojen pohdinta ja muutokset yksikön toimintatapoihin, ryhmiin ym.)	Syysy 2026	Vastaava ohjaaja Miepä EAT-tutkinnon suorittaneet ohjaajat	Keskustelu toipumisorientaatiosta yhteisökokouksissa Kohtaamisen palapeli-menetelmä ja päätöksen jana-menetelmä yhteisökokouksiin Merkityksen kompassi-menetelmä-yksilöajoille Toivon avaimet-ryhmä Asiakaskyselyn tulokset 2026 vrt 2027

5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

Riskien ja epäkohtien tunnistaminen ja niiden korjaaminen

Riskienhallintaan kuuluu suunnitelmallinen toiminta epäkohtien ja todettujen riskien poistamiseksi tai minimoimiseksi. Riskienhallintaan kuuluu myös toteutuneiden haattatapahtumien kirjaaminen, analysointi, raportointi ja jatkotoimien toteuttaminen. Mentellä riskienhallinta kohdistetaan kaikille omavalvonnan osa-alueille. Riskienhallinnan avulla palvelun laatua ja asiakasturvallisuutta parannetaan tunnistamalla jo ennalta ne kriittiset työvaiheet, joissa toiminnalle asetettujen vaatimusten ja tavoitteiden toteutuminen on vaarassa.

Kannuskadun turvallisuussuunnitelmassa on kuvattu asumiseen ja asiakasturvallisuuteen kuuluvat keskeisimmät riskit ja niiden hallintakeinot. Omavalvonta perustuu riskienhallintaan, jossa palveluun liittyviä riskejä ja mahdollisia epäkohtien uhkia arvioidaan monipuolisesti asiakkaan saaman palvelun näkökulmasta. Riskienhallinnan edellytyksenä on, että toimintayksikössä ja työyhteisössä on avoin ja turvallinen ilmapiiri, jossa sekä henkilöstö että asiakkaat ja heidän omaisensa uskaltaavat tuoda esille laatuun ja asiakasturvallisuuteen liittyviä huomioita ja epäkohtia.

Riskienhallinnan järjestelmät ja menettelytavat

Mente Palveluilla toimii työsuojelutoimikunta, jonka yhtenä tehtävänä on kehittää ja arvioida henkilöstöön liittyvää riskienarviointia sekä työturvallisuuskäytänteitä. Menten yksikkökohtaiset riskiarvioinnit toteutetaan vuosittain IMS-toiminnanohjausjärjestelmän sähköisellä riskien arvioinnintyökalulla THL:n Näkökulmia sosiaalihuollon palvelujen turvallisuuteen -oppaan (2017) mukaisesti.

Riskien arviointi tehdään Kannuskadun palvelukeskuksessa vuosittain ja sen teemat ovat toimintariskit, asiakasriskit, henkilöriskit, psykososiaaliset riskit, toimitilariskit sekä yksikköön kohdistuvat ulkoiset riskit ja ulkopuolisiin kohdistuvat riskit. Kannuskadun palvelukeskuksessa riskien arviointia tehdään aina keväisin yhdessä turvallisuuskoordinaattoreiden, tiiminvetäjien ja muun henkilökunnan kanssa.

Viimeisin riskienarviointi on tehty maaliskuussa 2026. Tällöin asiakas- ja potilasturvallisuuden kannalta keskeisimmiksi riskeiksi arvioitiin:

- ✓ Asiakkaan kaatuminen
- ✓ Asiakkaan tukehtuminen
- ✓ Asiakkaan lääkityksen virhe

Riskienhallinnan työnjako

Johdon tehtävänä on huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijöillä on riittävästi tietoa turvallisuusasioista. Johto vastaa siitä, että toiminnan turvallisuuden varmistamiseen on osoitettu riittävästi voimavaroja. Johdolla on myös päävastuu myönteisen asenneympäristön luomisessa epäkohtien ja turvallisuuskysymysten käsittelylle. Riskienhallinta vaatii aktiivisia toimia koko henkilökunnalta. Työntekijät osallistuvat turvallisuustason ja -riskien arviointiin, omavalvontasuunnitelman laatimiseen ja turvallisuutta parantavien toimenpiteiden toteuttamiseen. Riskien hallinta on osa yksikön arkea ja se on luonteeltaan jatkuvaa.

Turvallisuuslaitteiden ja hälytysjärjestelmien toimintavarmuus testataan omavalvontaohjeiden mukaisesti kerran kuukaudessa (yksikön turvallisuuskoordinaattori). Muiden laitteiden toiminnan testaus on järjestetty yksikön turvallisuussuunnitelman mukaisesti.

Palvelukeskuksessa on tehty poistumisturvallisuusselvityksen päivitys 2.9.2024, joka on toimitettu Päijät-Hämeen pelastuslaitokselle. Työntekijöille järjestetään alkusammutuskoulutusta säännöllisesti vähintään viiden vuoden välein yhteistyössä alueen pelastuslaitoksen kanssa. Viimeisin alkusammutuskoulutus on järjestetty 1/2026. Kaikki uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään yksikön turvallisuusohjeisiin ja -laitteisiin yksikön perehdytysuunnitelman mukaisesti.

Kannuskadun palvelukeskuksen turvallisuuteen liittyvät asiat on koottu kattavasti yksikön turvallisuussuunnitelmaan ja tiimien (3) toimistoissa säilytettäviin turvallisuuskansioihin.

Kannuskadun palvelukeskuksessa on nimetty turvallisuuskoordinaattoreiksi ohjaajat, Markus Lähteenmäki, Taija Heikkilä ja Sara Kontio, joiden vastuualueeseen kuuluu turvallisuussuunnitelman mukaisista testauksista huolehtiminen/niiden koordinoiminen ja havaituista puutteista, epäkohdista ja riskitekijöistä informoiminen esihenkilölleen. Sprinkleri- ja paloilmalaitteiden toimivuuden testauksesta, huollosta ja korjauksista vastaa kiinteistön omistaja. Kannuskadun palvelukeskuksessa kiinteistöhuolto huolehtii käytännön testaukset, huollot ja korjaukset paloturvallisuuteen liittyen erillisen sopimuksen mukaisesti.

Kannuskadun palvelukeskuksessa henkilökunnan turvallisuuskoulutusta järjestetään vuosittain vähintään 3 h /työntekijä. Turvallisuuskoulutukseen kuuluu yksikön ohjaajille suunnattu turvallisuuskävely, joka on turvallisuusasioiden ja ohjeiden kertaamista ja harjoittelua paikan päällä. Turvallisuuskävelyt järjestävät Kannuskadulla turvallisuuskoordinaattorit ja esihenkilö. Turvallisuuskävely toteutetaan kaikille uusille työntekijöille, myös sijaisille ja opiskelijoille. Turvallisuuskävely toteutetaan jokaiselle työntekijälle vähintään kerran vuodessa. Turvallisuuskävely ohjaa yksikkökohtaisten riskien kartoittamiseen ja riskikohtaisten toimintasuunnitelmien tekemiseen. Yksikössä järjestettiin uhkaavien tilanteiden simulaatiokoulutus 20.11.2025. Seuraava koulutus on tulossa 2.9.2026.

Miten riskienhallintakeinojen toimivuus ja riittävyys varmistetaan?

Arjessa tai riskien kartoituksissa esille tulleet huomiot (koosteen tekee esihenkilö) nostetaan esille henkilöstöpalavereissa ja tiimipalavereissa kuukausittain. Tuolloin suunnitellaan ja päivitetään korjaavat toimenpiteet, jotka tiedotetaan koko työryhmälle. Muutokset kirjataan yksikön toimintaohjeisiin Teamsissa. Toimintaan liittyvien ohjeistusten muutokset päivitetään tarvittavilta osiltaan myös Menten IMS-toiminnanohjausjärjestelmään, jonka avulla koko henkilöstöllä on käytössään ajanmukainen tieto toimintatavoista ja laadunhallinnasta.

Toimintaa ohjaavana asiakirjana käytössämme on myös Sosiaali- ja terveysministeriön Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026. (Julkaisu

saatavissa:

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163858/STM_2022_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Miten riskienhallinnan toimivuutta ja seurantaa arvioidaan?

Yksikön esihenkilö, turvallisuuskoordinaattorit ja sairaanhoitajat seuraavat riskienhallinnan toimivuutta koosteilla (tapahtumailmoitukset, lääkepoikkeamat, palaute asiakkailta ja henkilöstöltä), jotka viedään käsittelyyn henkilöstökokouksiin (kirjaukset muistioihin ja tarvittaessa toimintaohjeisiin).

Miten, kenelle ja kuinka usein riskienhallinnan toteutumisen arvioinnista raportoidaan?

Yksikön esihenkilö tekee riskienhallinnan raportoinnin palvelujohtajalle kvartaaleittain sekä tiedottaa tästä hyvinvointialueen edustajaa suullisesti ja kirjallisesti, vähintään vuosittaisten valvontakäyntien yhteydessä ja vakavien vaaratilanteiden osalta viikon kuluessa niiden havainnoinnista. Vakavat vaaratilanteet esihenkilö raportoi myös Lupa- ja valvontavirastoon (www.lvv.fi) sähköisellä ilmoituslomakkeella.

5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

Miten varmistetaan, että omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan ja seurannassa havaitut puutteellisuudet korjataan?

Omavalvontasuunnitelman toteutumista on seurattava ja seurannasta on tehtävä selvitys (raportti). Raportointiväli Mentellä on kvartaaleittain, jolloin yksikön esihenkilö kirjaa kvartaaliraportin analyysiosaan kyseisen kvartaalin aikana omavalvontasuunnitelmaan tehdyt korjaukset/muutokset. Muutosten julkaiseminen tapahtuu päivitetyn ja muutokset sisältävän omavalvonta-suunnitelman julkaisemisen yhteydessä.

Miten varmistetaan, että seurannasta tehdään selvitys? Miten varmistetaan, että selvityksen perusteella tehtävät muutokset julkaistaan vähintään neljän kuukauden välein?

Esihenkilö käy kvartaaliraportissa ilmoitettavat ja selvityksen perusteella tehtävien muutosten raporttijulkaisun läpi palvelujohtajan kanssa ja palvelujohtaja vie raportin tilaajalle tiedoksi.