

Torikadun palvelukeskus

Omavalvontasuunnitelma 2026

päivitetty 30.4.2026



Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus
Klient- och patientsäkerhetscentret

Sisällys

Lukijalle.....	3
1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot	4
1.1 Palveluntuottajan perustiedot.....	4
1.2 Palveluyksikön perustiedot	4
1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	4
1.4 Päiväys.....	15
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	16
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat	17
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen.....	17
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	37
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen .	43
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen	50
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	50
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta	51
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	52
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano	53
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi.....	55
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi	55
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi	58
Litteet.....	

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 julkaisuja 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 Torikadun palvelukeskus
Yhteystiedot Torikatu 28
18100 Heinola
0400 623 579

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

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

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Palvelumuoto; asiakasryhmä, jolle palvelua tuotetaan; asiakaspaikkamäärä

- Asumispalvelut / Yhteisöllinen asuminen, 20 asiakaspaikkaa, mielenterveys- ja päihdekuntoutujat
- Asumispalvelut / Tukiasuminen, 4 asiakaspaikkaa, mielenterveys- ja päihdekuntoutujat (omavalvontasuunnitelman päivityshetkellä ei asiakkaita tässä palvelussa)
- Muut sosiaalihuollon palvelut / Kotiin viedyt palvelut /kuntoutusohjaus, 15 asiakaspaikkaa, mielenterveys- ja päihdekuntoutujat (omavalvontasuunnitelman päivityshetkellä ei asiakkaita tässä palvelussa)
- Päivätoiminta / Päiväpalvelut, 10 asiakaspaikkaa, mielenterveys- ja päihdekuntoutujat (omavalvontasuunnitelman päivityshetkellä ei asiakkaita tässä palvelussa)

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:

- Jyränkölä Settlementti (kiinteistöisännöinti ja kiinteistöhuolto)
- ViaCasa Oy (kiinteistöhuolto ja siivouspalvelu)
- Avarn Security Oy (turvallisuus)
- Heinolan Keskuslukko Oy (lukitusjärjestelmät)
- Berendsen Textil Service Oy (vaihtomatot)
- Remeo Oy (jätekuljetus)
- Netproce Oy (asiakastietojärjestelmä)
- Fraidei Oy (ICT-tuki)

Toimintalupatiedot

Ilmoituksenvarainen toiminta (yksityiset sosiaalipalvelut)

Rekisteröintipäätöksen ajankohta: 1.2.2002

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
- Terveystenhuoltolaki 1326/2010
- Terveystensuojelulaki 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 myös Torikadulle ominainen toimintakulttuuri.

Arvot liittyvät läheisesti myös työn ammattieettisiin periaatteisiin ja ohjaavat työskentelyä. Mente on laatinut ammattieettiset periaatteet vuonna 2022. Torikadun työryhmä on osallistunut työpajoihin, joissa Menten ammattieettisiä periaatteita on työstetty. Keskustelua arvoista ja toimintaperiaatteista käydään työryhmän kanssa säännöllisesti. Arvot ja yhdessä sovitut toimintaperiaatteet muodostavat Torikadun 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 unelmistasi ja toiveistasi 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. Torikadun työryhmä 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 vastuuhjaaja.

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

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

- itsestä huolehtimiseen (hygieniä, 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),
- päihteettömyyteen (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

Torikadulla 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 edistyessä 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 keskusteluina),
- 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. Torikadulla on jatkettu vuonna 2025 aloitettuja uudenlaisia ryhmiä, kuten päihdeongelmien käsittelyyn keskittyvää vertaistukiryhmää

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 elämänhallinnan 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 sekä osallistava budjetointi).

Menten 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 päihteettömyyttä tukeva hoito ja kuntoutus sekä
- opiskeluun ja työhön liittyvä toiminta.

Torikadun palvelukeskus tekee aktiivista yhteistyötä Heinolan kaupungin ja Heinolassa toimivien tahojen kanssa. Yksikön sidosryhmiin kuuluvat esimerkiksi Heinolan seurakunta, Heinolan kaupungin liikuntatoimi, Heinolan ystäväpalvelu, etsivä nuorisotyö ja Heinolan kulttuuritoimi. Näiden toimijoiden kanssa yhteistyö on viikoittaista ja osa yksikön arkea. Torikadulla vierailee säännöllisesti myös kaverikoiria ja koira-avusteinen toiminta on osa yksikön monipuolista arkea. Lisäksi oppilaitosyhteistyö alueella toimivien sosiaali- ja terveysalanoppilaitosten kanssa kuuluu Torikadun toimintaan. Opiskelijat tekevät yksikössä työ-
säoppimisjaksoja 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.

Haluamme olla nykyaikainen palvelukeskus. Asiakastyön kehittämisen ohessa yksikössä panostetaan myös henkilöstön hyvinvointiin ja hyvin toimivaan työryhmään. Meillä on osaava, joustava ja innovatiivinen tiimi. Henkilöstöä tuetaan erilaisilla koulutuksilla RAI-arviointiin, kirjaamiseen sekä mielenterveys- ja päihdetyöhön. Lisäksi monipuolisten kehittämispäivien kautta lisäämme tiimiin työniloa ja vetovoimaa. Haluamme myös panostaa yksikön toimintakulttuuriin, joka näkyy sekä asiakkaille, omaisille että talossa työskenteleville.

Ravitsemus

Viherlaakson palvelukeskuksen tiloissa toimii Mente Palveluiden valmistuskeittiö. Valmistuskeittiöllä valmistetaan kaikki Kivistönmäen, Torikadun ja Viherlaakson palvelukeskusten asiakkaille tarjottavat ateriat. Ateriat toimitetaan joko lämpimänä tai jäähdytettynä palvelukeskuksiin sopimuksen mukaisesti päivittäin tai sovittuina viikon päivinä. Viherlaakson palvelukeskuksen valmistuskeittiön henkilökunta vastaa ateriakuljetuksista. Mente Palveluilla on ateriakuljetusta varten hankittu kuljetusauto. Kuljetusauton, kuljetuslaatikoiden ja muun aterioiden kuljettamiseen tarvittavien astioiden hankinnasta, huolloista yms. vastaa ravitsemispalveluiden henkilökunta.

Torikadun palvelukeskuksen asiakkaat ruokailevat yhteisessä ruokailutilassa. Asiakkaiden asunnoissa on lisäksi jääkaappi mahdollisten asiakaskohtaisten ruoka-aineiden säilyttämiseen. Asuntoihin on mahdollista tuoda mikroaaltouuni ja kahvinkeitin. Palvelukeskuksessa tarjotaan viisi valtakunnallisten ravitsemussuositusten mukaista ateriala päivässä (aamiainen, lounas, päiväkahvi/välipala, päivällinen ja iltapala). Asiakkaille annetaan tarvittaessa yöpala, jolloin iltapalan ja aamiaisen väliin ei jää yli 11 tunnin aikaa.

Asiakkaiden ravitsemusta seurataan päivittäin, poikkeavat havainnot kirjataan SofiaCRM-asiakastietojärjestelmään ja poikkeamiin puututaan herkästi. Palvelukeskuksissa noudatetaan asiakaskohtaisia, hoitolinjausten mukaisia dieettejä ja erikoisruokavaliota. Uskontoon tai eettiseen vakaumukseen perustuvat ruokavaliot ovat osa monikulttuurista palvelua, joka myös huomioidaan keittiöllä. Asiakkaille annetaan ravitsemustietoa sekä ryhmä- että yksilöohjauksen avulla.

Ravitsemispalveluissa on käytössä 10 viikon kiertävä ruokalista. Ruokalista suunnittelussa huomioidaan ruokaviraston voimassa olevat väestötason ja eri ikäryhmille annetut ravitsemussuositukset. Ruokalistassa huomioidaan myös teemaviikot, juhlapyhät sekä asiakkaiden ja henkilökunnan toiveet ja tottumukset. Ravitsemispalveluiden tavoitteena on ohjata asiakkaiden ruokatottumuksia terveellisempään suuntaan sekä edistää hyvää terveyttä.

Ravitsemispalveluilla on käytössä Jamix ruokatuotanto-ohjelma. Ravitsemispalvelut keräävät palautetta asiakkailta ja hyödyntävät tätä toimintansa kehittämisessä.

Ravitsemispalveluissa on jokaisessa keittiössä oma omavalvontasuunnitelma. Terveysviranomaisen käy omavalvontaan liittyvillä tarkastuskäynneillä kaikissa palvelukeskuksissa ja valvoo keittiöiden toimintaa.

Hygieniakäytännöt

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.

Torikadulla käy kerran viikossa keskiviikkoisin ViaCasa Oy:n siivouspalvelu. He huolehtivat siivoussuunnitelman mukaisesta ylläpitosiivouksesta yksikössä. Tarpeen mukaiset erikoissiivoukset tai huoltosiivoukset suunnitellaan ja sovitaan yhdessä heidän kanssaan. Siistijä vastaa talon yleisten tilojen siisteydestä, oikeanlaisista välineistä ja puhdistusaineista.

Asiakasasuntojen siisteydestä vastaa asiakas yhdessä henkilökunnan kanssa. Asunnon siivoukset on suunniteltu yhteisön viikko-ohjelmaan ja asiakkaan omaan toiminnalliseen viikko-ohjelmaan, jolla varmistetaan siisteystason pysyvyys ja jatkumo.

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

Jätteet lajitellaan ja toimitaan Päijät-Hämeen jätehuoltosuunnitelman ohjeiden mukaisesti. Jätteiden kuljetuksesta vastaa Remeo Oy. Pyykkiholto on järjestetty keskitetysti kiinteistön pesulaan, asiakkaita ohjataan pyykkihuollon toteutuksessa. Mentelle on laadittu ympäristösuunnitelma, joka löytyy IMS-järjestelmästä.

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.

Jokaisessa palvelukeskuksessa on laadittu pandemia- ja epidemiasuunnitelma. 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.

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

Terveyden- ja sairaanhoito

a) Miten yksikössä varmistetaan asiakkaiden hammashoitoa, kiireetöntä sairaanhoitoa, kiireellistä sairaanhoitoa ja äkillistä kuolemantapausta koskevien ohjeiden noudattaminen?

Torikadun palvelukeskuksen asiakkaiden perusterveydentilan tarkastukset toteutetaan vuoden välein avoterveydenhuollon toimesta yksilöllisen ohjauksen turvin. Seulontatutkimuksista, terveydentilan seurantaan liittyvistä tutkimuksista, tarkastuksista ja kontroleista huolehditaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti yhteistyössä hoitovastuussa olevan tahon kanssa.

Yhteisöllisessä asumisessa huolehditaan asiakkaiden lääkehoidosta, lääkkeiden tilaamisesta sekä injektoiden pistämisestä. Kaikilla ohjaajilla on voimassa oleva lääkehoitolupa, johon vaaditaan tarvittava sosiaali- ja terveystieteen koulutus, Menten lääkehoidon perehdytys sekä lääkehoidon näytöt ja tentit lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Ohjaajat seuraavat asiakkaiden terveydentilaa säännöllisesti ja kirjaavat oleelliset asiat asiakastietojärjestelmään. Torikadun lääkehoidon prosessi on kuvattu tarkemmin yksikön lääkehoitosuunnitelmaan. Yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma on päivitetty keväällä 2026 ja se on Turvallinen lääkehoito -oppaan mukainen asiakirja.

Yksikön terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkehoidon vastuuhenkilönä toimii yksikön sairaanhoitaja Piia Vilppunen (etunimi.sukunimi@mente.fi, p. 0400 623 579).

Yksikössä käytetään Päijät-Hämeen hyvinvointialueen Heinolan sote-keskuksen lääkäri-, hammaslääkäri-, laboratorio- ja kuvantamispalveluita. Asiakkaiden avohoitovastuu on pääsääntöisesti oman kunnan perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa psykiatrian poliklinikalla.

Kiireellistä sairaanhoitoa koskevissa tilanteissa palvelukeskuksessa täytetään asiakkaasta informatiivinen lähete sairaanhoitoon ja asiakas lähetetään sairaanhoitoon tilanteen edellyttämällä tavalla ambulanssilla tai muulla kulkuneuvolla yksin tai saatettuna.

Heinolassa akuuttihoitoa annetaan Heinolan sote-keskuksessa (Torikatu 13F) ma - to klo 8–16, pe klo 8–15. Muina aikoina päivystää Akuutti 24 -yksikkö Päijät-Hämeen keskussairaalassa (p. 116 117).

Kiireellistä sairaanhoitoa koskevissa tilanteissa palvelukeskuksessa täytetään asiakkaasta informatiivinen lähete sairaanhoitoon ja asiakas lähetetään sairaanhoitoon tilanteen edellyttämällä tavalla ambulanssilla tai muulla kulkuneuvolla yksin tai saatettuna.

Henkilökunta on perehdytyksen myötä tietoinen terveyden ja sairaanhoidon toimintaohjeista, jotka löytyvät myös IMS-toiminnanohjausjärjestelmästä tai Teamsissa. Jokainen ohjaaja pystyy huolehtimaan asiakkaan ohjaamisesta tarvittavaan jatkohoitoon, esimerkiksi päivystykseen tai hammashoitoon. Asiakasta koskevat terveystiedot löytyvät asiakastietojärjestelmästä, johon ohjaaja kirjaa asiakkaan hoitoon liittyvät tiedot sekä muutokset. Muutokset käsitellään myös vuoronvaihtoraportilla sekä työryhmäpalavereissa. Asiakkaan kuolemantapauksessa toimitaan IMS-toiminnanohjausjärjestelmästä löytyvän ohjeen mukaisesti.

b) Miten pitkäaikaissairaiden asiakkaiden terveyttä edistetään ja seurataan?

Jokaisen asiakkaan yleisvointia seurataan päivittäin, seuranta kirjataan asiakastietojärjestelmään. Yksilöllistä seuranta (mm. verenpaine, verensokeri, paino) toteutetaan lääkärin ohjeen mukaisesti. Terveyden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi asiakas on laatinut oman vastuunohjaajansa kanssa toteuttamissuunnitelman, jonka toteutumista seurataan palvelukeskuksessa säännöllisesti. Terveyden seuranta kuuluu jokaisen ohjaajan työnkuvaan. Torikadulla tehdään yhteistyötä eri toimijoiden kanssa asiakkaan terveyden- ja sairaudenhoidon sujuvuuden turvaamiseksi.

c) Kuka yksikössä vastaa asiakkaiden terveyden- ja sairaanhoidosta?

Torikadun palvelukeskuksessa asiakkaan hoitotaho vastaa asiakkaansa terveyden- ja sairaanhoidosta. Palvelukeskuksessa asiakkaalle nimetty vastuunohjaaja huolehtii terveyden ja sairaanhoidon toteutumisesta, seurannasta ja arvioinnista sekä ohjaa asiakkaan tarvittavien palveluiden piiriin. Yksikössä työskentelee arkisin 1 sairaanhoitaja, joka vastaa yhteistyössä asiakkaiden hoitovastuussa olevan tahon kanssa seulontatutkimuksista, terveydentilan seurantaan liittyvistä tutkimuksista, tarkastuksista ja kontroleista.

Yksikön terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkehoidon vastuuhenkilönä toimii yksikön sairaanhoitaja Piia Vilppunen (etunimi.sukunimi@mente.fi, p. 0400 623 579).

Lääkehoito

Turvallinen lääkehoito perustuu säännöllisesti seurattavaan ja päivitettävään lääkehoitosuunnitelmaan. STM:n Turvallinen lääkehoito -oppaassa (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6) linjataan muun muassa lääkehoidon toteuttamiseen periaatteet ja siihen liittyvä vastuunjako sekä vähimmäisvaatimukset, jotka jokaisen lääkehoitoa toteuttavan yksikön on täytettävä. Oppaan ohjeet koskevat sekä yksityisiä että julkisia lääkehoitoa toteuttavia palveluntarjoajia.

Torikadun palvelukeskuksessa on nimetty lääkehoidon vastuuhenkilöksi yksikön sairaanhoitaja Piia Vilppunen (etunimi.sukunimi@mente.fi, p. 0400 623 579).

Mente Palveluiden asumispalveluyksiköissä on toteutettu kirjallista lääkehoitosuunnitelmaa 1.10.2008 lähtien. Menten lääkehoitosuunnitelma on päivitetty 22.4.2025. Kesän 2023 aikana on Torikadun palvelukeskukseen laadittu yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma, joka on hyväksytty 27.11.2023 ja päivitetty viimeksi 4/2026.

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

Lääkehoitosuunnitelma perustuu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen, Valviran ja Päijät-Soten suosituksiin ja sitä päivitetään säännöllisesti vastuussa olevan työryhmän toimesta. Palvelukeskuksen sairaanhoitaja ja yksikön esihenkilö kuuluvat Menten lääkehoitosuunnitelmaasta vastaavaan työryhmään. Työryhmään kuuluu yksiköiden sairaanhoitajien lisäksi esihenkilöt ja palvelujohtaja. Lääkehoitosuunnitelma sijaitsee IMS-toimintajärjestelmän lääkehoitosuunnitelma käsikirjassa, josta löytyy myös muut lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen liittyvät lomakkeet ja tarvittavat lisätiedot.

Palvelujohtaja vastaa lääkehoidon toteutuksen yleisestä asianmukaisesta ohjeistamisesta. Ohjeistuksen päivittämisestä ja ajantasaisuudesta vastaa yksikön lääkehoidosta vastaava sairaanhoitaja. Toimintayksikön esihenkilöllä on kokonaisvastuu yksikkönsä lääkehoidon toteuttamisesta Menten ohjeistuksen mukaisesti.

Jokaisessa toimintayksikössä työskentelee opisto- tai AMK-tason sairaanhoitajia. Sairaanhoitaja on tavoitettavissa yksikössä arkisin klo 8–16. Sairaanhoitajakoulutuksen saaneet työntekijät vastaavat yksikkönsä lääkehoidon toteuttamisen kokonaisuudesta ja varmistavat, että lääkehoito on asiakkaille turvallista.

Torikadun palvelukeskuksen lääkehoito perustuu yksikön lääkehoitosuunnitelmaan, joka päivitetään säännöllisesti vähintään kerran vuodessa. Lääkehoitosuunnitelma on osa henkilöstön perehdyttämistä. Turvallinen lääkehoito - oppaassa (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6) linjataan muun muassa lääkehoidon toteuttamiseen periaatteet ja siihen liittyvä vastuunjako sekä vähimmäisvaatimukset, jotka yksikön ja lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvan työntekijän on täytettävä. Oppaan ohjeet koskevat sekä yksityisiä että julkisia lääkehoitoa toteuttavia yksiköitä.

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 Sympa-järjestelmään. Mikäli yksikössä on vuorossa henkilö, jonka lääkeperehdytys on kesken, eikä hänellä ole lääkelupaa, on tämä kirjattu työvuorolistaan tiedoksi. Vain lääkeluvallisella työntekijällä on pääsy yksikössä oleviin lääkekaappeihin.

Monialainen yhteistyö

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

Tilaajan edustajat ovat mukana asiakkaiden toteuttamissuunnitelmien laadinnassa ja tarkistuksissa sekä seuraavat säännöllisesti palveluasumisen kuntoutumisen toteutumista arviointikäynneillä ja/tai puhelimitse/videovälitteisesti.

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

Torikadulla halutaan tehdä sujuvaa, avointa ja ketterää yhteistyötä sosiaalihuollon palveluiden kanssa. Panostamme yhteistyöhön etenkin siirtymävaiheissa ja asiakkaan elämäntilanteen muuttuessa.

Alihankintana tuotetut palvelut

Torikadun 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 päivitettyt kriteerit. Ostopalveluiden tuottajat on listattu omavalvontasuunnitelman sivulla 5.

1.4 Päiväys

30.4.2026



Vesa Lappalainen
palvelukeskuksen johtaja

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Omavalvontasuunnitelma on laadittu Mente Palveluiden johdon sekä henkilökunnan yhteistyönä ja se toimii osana perehdytysohjelmaa. Torikadun palvelukeskuksessa työntekijät osallistuvat toiminnan kehittämiseen ja ylläpitämiseen omien vastuualueidensa kautta.

Asiakaspalauteprosessi, omaispalautteet sekä henkilöstökyselyt toimivat myös omavalvonnan tukena. Lisäksi SHQS-laatuohjelman mukaiset itsearviointit ja auditoinnit sekä tilaajan ohjaus- ja valvontakäynnit tukevat yksikön omavalvontaprosessia.

Vuoden 2026 omavalvontasuunnitelman päivitystä on tehty muun muassa henkilöstöpalavereissa ja yhteisön kehittämispäivässä. Asiakkaiden kanssa omavalvontasuunnitelmaa on käsitelty otsikkotasolla yksikön yhteisökokouksessa helmikuussa 2026.

Yksikön omavalvontasuunnitelman hyväksyy palvelukeskuksen johtaja.

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

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 henkilöstökokouksissa vähintään kolmen kuukauden välein. Mente Palveluilla on myös käytössä osana omavalvontaa IMS-toiminnanohjausjärjestelmän Tapahtumailmoitus- ja Lääkepoikkeama -lomakkeet.

Omavalvontasuunnitelman julkisuus

Omavalvontasuunnitelma on nähtävillä yksikön yhteisissä tiloissa ja Mente kotisivuilla (www.mente.fi). Viranomaismääräysten mukaan nähtävillä olevat dokumentit ovat nähtävissä yksikön ilmoitustaululla. Palvelukeskuksen johtaja vastaa omavalvontasuunnitelman julkaisusta.

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Miten varmistetaan asiakkaan ja potilaan pääsy palveluihin ja hoitoon?

Päijät-Hämeen hyvinvointialueen palveluohjaaja ottaa yhteyttä palvelukeskuksen johtajaan, kun asiakkaalle kartoitetaan yhteisöllisen 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 ja näytetään yksikön tilat. Kun asiakas ja palveluohjaaja tekevät päätöksen asiakkaan muutosta yksikköön yhteisölliseen palveluun, palveluohjaaja lähettää tarkemmat tiedot palvelutarpeen arvioinnin tuloksista ja siinä määritellyistä tavoitteista, joiden pohjalta asumisen alkuvaiheena 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 omaohjaajalla, joka konsultoi tarvittaessa yksikön sairaanhoitajaa tai Heinolan sotekeskusta (palvelukeskuksen johtaja varmistaa, että yksikössä on kulloiseenkin asiakastilanteeseen ja palvelusopimuksissa määritelty määrä henkilökuntaa).

Miten palveluntuottaja käytännössä varmistaa palveluyksikön omavalvonnan riskienhallinnan toteutumisen ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa? Miten tuottaja huolehtii ja vastaa alihankkijan tuottaman palvelun laadusta sekä asiakas- ja potilasturvallisuudesta?

Mente Palvelut vastaa ostopalveluna hankittujen palvelujen (ks. lista sivulta 5) palvelujen 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)	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 päihitteettömyydestä 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 päihitteettömyydestä 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

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

Mitä valmiudella ja jatkuvuudenhallinnalla tarkoitetaan palveluyksikkötasolla? Miten näiden toimivuus varmistetaan?

Torikadun palvelukeskuksen valmius ja jatkuvuudenhallinta on kuvattu turvallisuus- ja pelastussuunnitelmassa osa-alueittain sekä määritelty vastualueet ja mahdolliset aikataulut

- varautuminen ja toimintaohje häiriötilanteisiin (tulipalo, sähkö/vesi/lämpökatkot, kaasuonnettomuus, 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 turvallisuuskoordinaattorin ja palvelukeskuksen johtajan toimesta ja käydään läpi henkilöstökokouksissa päivitysten jälkeen sekä turvallisuusteemaisen kuukauden (huhtikuu) aikana sekä perehdytysohjelmassa ja turvallisuuskävelysten yhteydessä

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

Mente Palvelut varmistaa asiakasmäärään nähden riittävän koulutetun henkilöstön saatavuutta suunnitelluin rekrytointiprosessein (vakituiset, määräaikaisten ja keikkatyö), hyvän perehdytysprosessin avulla, henkilöstön koulutuksen ja oppilaitosyhteistyön avulla. Mente Palveluilla on neljä varahenkilöä, jotka liikkuvat joustavasti kulloisenkin tarpeen mukaan Menten palvelukeskuksissa. 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.

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien jatkuvuutta koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 2.

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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Lääkehoidon vaaratilanteet, poikkeamat ja läkehoidon turvallisuus	kuukausittain x suuri	Henkilöstön lääkeshoidon osaamisen varmistaminen yksikön lääkehoitosuunnitelmassa kuvatus 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

Tarkista:

- ✓ Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen on oltava laadukkaita, asiakas- ja potilaskeskeisiä, turvallisia ja asianmukaisesti toteutettuja.
Katso lisää sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (STM:n julkaisuja 2022:2).

Kuvaa:

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 kuntoutusohjetta (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 Standard), joka on yksi väline toiminnan arvioinnissa ja joka on johtamista ja prosessien jatkuvaa kehittämistä tukeva laadunjohtamisen työkalu. SHQS-laatusuorituksen mukainen työskentely on osa yksikön vuosikelloa; itsearviointi tehdään Menten asumispalveluissa aina vuoden alkupuolella. Torikadun palvelukeskuksessa on toteutettu vuonna 2024 SHQS:n mukainen ulkoinen ylläpitoauditointi. 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 Vesa Lappalainen.

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 Torikadun palvelukeskuksessa vuosittain (viimeksi marraskuussa 2025) yhdessä palvelukeskuksen johtajan, yksikön turvallisuuskoordinaattorin 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 luomisesta 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 käsitteleminen

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 haittatapahtuma, asiakasta tai omaista informoidaan korvausten hakemisesta. Vakavista haittatapahtumista palvelukeskuksen johtaja tiedottaa palvelun tilaajaa sekä tekee Lupa- ja valvontavirastoon sähköisen ilmoituksen (www.lvv.fi).

Mentellä on käytössä kriisiavun järjestämismalli, jonka mukaan kriisitilanteissa toimitaan. Tällaisia tilanteita voivat olla onnettomuudet tai väkivaltatilanteet tai vakavat tapaturmat. Kriisiavun järjestämismalli on nähtävillä Torikadun palvelukeskuksen toimiston seinällä, turvallisuuskansiossa sekä IMS-järjestelmässä. Malli käydään läpi uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

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 juurisyitä 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 Torikadun palvelukeskuksessa on tehty 21.5.2025.

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

Palvelukeskuksessa on päivitetty poistumisturvallisuusselvitys 26.2.2025, joka on toimitettu Päijät-Hämeen pelastuslaitokselle. Työntekijöille järjestetään alkusammutuskoulutusta säännöllisesti vähintään kolmen vuoden välein yhteistyössä alueen pelastuslaitoksen kanssa. Viimeisin alkusammutuskoulutus on järjestetty 9/2025. Kaikki uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään yksikön turvallisuusohjeisiin ja -laitteisiin yksikön perehdytysuunnitelman mukaisesti. Torikadun turvallisuuteen liittyvät asiat on koottu kattavasti yksikön turvallisuussuunnitelmaan ja toimistossa säilytettävään turvallisuuskansioon.

Yksikössä on nimetty turvallisuuskoordinaattoriksi ohjaaja Salla Khchina (varalla ohjaaja Kirsi Alanko-Pohjola), jonka 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. Torikadun palvelukeskuksessa kiinteistöhuolto (Jyränkölä Settlementti) huolehtii käytännön testaukset, huollot ja korjaukset paloturvallisuuteen liittyen erillisen sopimuksen mukaisesti.

Torikadun 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 Torikadulla turvallisuuskoordinaattori Salla Khchina ja ohjaaja Kirsi Alanko-Pohjola. Turvallisuuskävely toteutetaan kaikille uusille työntekijöille, myös sijaisille ja opiskelijoille. Turvallisuuskävely toteutetaan jokaiselle työntekijälle vähintään kerran vuodessa. Lisäksi uusille asiakkaille järjestetään oma turvallisuuskävely palvelun alkaessa sekä kaikille asiakkaille kerran vuodessa. Turvallisuuskävely ohjaa yksikkökohtaisten riskien kartoittamiseen ja riskikohtaisten toimintasuunnitelmien tekemiseen.

Palvelukeskuksen henkilöstö kävi 17.4.2026 yksikössä järjestetyn Uhkaavien tilanteiden simulaatioharjoitus -koulutuksen (3 tuntia, kouluttajana HMR Koulutus ja Konsultointi Oy).

Asiakasturvallisuuden varmistaminen

Asiakkaiden turvallisuutta varmistetaan yksikön riskienhallinnan menetelmillä, tärkeimmiksi asiakasturvallisuutta vaarantaviksi riskeiksi on arvioitu marraskuussa 2025 lääkepoikkeamat, asiakkaan kaatuminen ja asiakkaan tukehtuminen. Lääkepoikkeamia sekä asiakkaan uhka- ja vaaratilanteet raportoidaan IMS-järjestelmässä

Lääkepoikkeama- ja Tapahtumailmoitus -toiminnoilla. Poikkeamat ja vaaratapahtumat käsitellään viikoittain henkilöstökokouksissa, joissa 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 kaksi työntekijää (toinen jakaa ruokaa linjastolla, toinen seuraa ruokailutilannetta mm. tukeutumistapahtuman 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

Torikadun palvelukeskuksessa jokaisella asiakkaalla on STM:n suositusten mukaiset asunnot, joiden koko vaihtelee 25–44 m² välillä. Asunnoissa on minikeittiö (vesipiste, keittolevyt, mikroaaltouuni, jääkaappi) ja kylpyhuone/wc/suihku. Asiakkaat kalustavat asunnot itse. Lisäksi palvelukeskuksissa on yhteisiä asiakkaiden käytössä olevia tiloja, jotka on jyvitetty asunnon kokonaispinta-alaan (asiakkaan osuus yhteisistä tiloista 18,55 m²). Asunnosta tehdään aina erillinen vuokrasopimus. Asiakkaan henkilökohtaisia tiloja ei käytetä muuhun tarkoitukseen asiakkaan poissa ollessa.

Yksikössä on jakelukeittiö-/ruokailutilat, yhteiset oleskelutilat ja erilaisia toimitiloja (esim. kuntoilutila, ryhmätila 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 henkilökunnan kanssa.

Yksikön tilojen terveellisyys

Torikadun palvelukeskuksen toimitilat on remontoitu vuonna 2015, jolloin on uusittu mm. paloilmoitinjärjestelmä (jonka paloilmoitinkeskus on vaihdettu huhtikuussa 2026), koneellinen ilmanvaihto (lämmitetty/viilennetty tuloilma) ja valaistus sekä uudistettu 2. kerroksen kaikki lattiapinnat. Kunnostustöitä on lisäksi tehty vuosittain. Yksikön vesikatto saneerataan keväällä 2026 sekä hissi uusitaan syksyn 2026 aikana.

Toimitiloille tehtyt tarkastukset

Valviran käynti	13.5.2014
Työsuojeluviranomaisen käynti	9.2.2015
Terveystarkastajan käynti	24.6.2021
Palotarkastus	2.10.2024 (Päijät-Hämeen pelastuslaitos)

Mitkä ovat toimitilojen ja välineiden käyttöön liittyvät riskit?

Toimitilojen osalta suurimmat riskit liittyvät liikkumiseen (kaatumiset, liukastumiset), hissin käyttöön/toimintaan (ajoittain epäkunnossa, hissi uusitaan syksyn 2026 aikana, asiakkaita ohjataan käyttämään pääsääntöisesti portaita), saunan käyttöturvallisuuteen (tarvittaessa harkinta, suositellaanko asiakkaalle saunan käyttöä, jos asiakkaalla tasapaino-ongelmia) ja talvisin piha-alueella liikkumiseen (hiekoituksesta huolimatta pihalla voi olla liukkaita paikkoja, asiakkaita ohjataan käyttämään asianmukaisia jalkineita). Välineiden käyttö omassa asunnossa: keittolevyt (paloturvallisuusriski, katkaistaan sähköt, jos asiakas ei tee ruokaa itse).

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 Jyränkölä Setlementin sähköiseen Huoltokanavaan, jota kautta voi seurata työn etenemistä ja valmistumista. Välittömiä toimenpiteitä vaativat tehtävät ilmoitetaan puhelimitse Jyränkölä Setlementin kiinteistönhuoltoon (virka-aikana) tai ViaCasa Oy:lle (virka-ajan ulkopuolella).

Kiinteistön pitkäjänteistä ylläpitoa koskevat toimintamallit, resurssit ja suunnitelmat

Torikadun palvelukeskus sijaitsee Mente Palvelujen omistamassa kiinteistössä. Kiinteistöisännöinti on hankittu ostopalveluna Jyränkölä Setlementiltä, jonka kanssa tehdään vuosittainen kiinteistön ylläpito- ja korjaussuunnitelma. Kiinteistön kuntokatselmus on tehty 19.8.2024 (Tervatek Oy).

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). Lääkinnällisten laitteiden turvallisuudesta vastaa yksikön sairaanhoitaja.

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 (3) ja laimennetut käyttöliuokset ovat siivousskomeroissa, joista ne annetaan siivouspäivinä asiakkaille. Käyttöliuokset tehdään pesuaineiden käyttöohjeet ja säilyvyys huomioiden ohjaajien toimesta. Pesuaineiden käyttöturvallisuustiedotteet on tulostettu yksikön 1. kerroksen siivousskomeroon ja asiakkaita ohjataan käyttöliuosten sekä siivousvälineiden turvallisessa käytössä.

Yksikön käyttölukitukset on toteutettu sähkölukkoilla. Yksikön pääovi on aina ulkoa sisään-suunnassa lukossa, avautuu avantagilla ja/tai sähköisellä avaimella. Toisesta pihatason ovesta pääsee vain sähköisillä avaimilla sisään. Avaimissa on kulunvalvonta, ja avaimet tilataan ja kulkuoikeuksia hallitaan Heinolan Keskuslukko Oy:n toimesta yksikön esihenkilön pyyntöjen perusteella. Sähköisten avainten ja avaintagien luovutus dokumentoidaan avainkansioon. Päijät-Hämeen pelastuslaitoksella on avain yksikön toiseen ulko-oveen, jonka vieressä on paloilmoitinlaitteisto.

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 tietosuoja

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

Vesa Lappalainen, palvelukeskuksen johtaja
040 182 9192, vesa.lappalainen@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 asiakastietojen 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. tietosuojaa koskevat ohjeet. Jos ohjeissa tapahtuu muutoksia, näistä yksikön esihenkilö tuo tiedon henkilöstökokouksiin sekä tiedottaa muutoksista Teams-kanavalla.

Miten varmistetaan henkilöstön tietosuojasaaminen

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 pyynnöt 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 RAIsoft-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 salasalla. Asiakastietojen käyttöä valvotaan

lokitietoja seuraamalla kuukausittain (palvelukeskuksen johtaja), kirjaukset tästä M-
asemalle. 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.
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.

Miten tietosuojan toteutumista seurataan? Miten varmistetaan, että palveluyksikössä
noudatetaan tietosuojaa ja asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn liittyvää lainsäädäntöä?
Miten varmistetaan, että yksikölle laadittuja ohjeita ja viranomaismääräyksiä
noudatetaan?

Asiakastietojen käsittely ja tietosuoja

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. Rekisterinpitäjän ylin johto päättää organisatorisista ratkaisuista ja määrittää
käyttöoikeustasoista, joita työntekijöille myönnetään. Käyttäjätunnusten saannin
edellytyksenä on salassapitositoumuksen allekirjoittaminen. Tietosuojaohje löytyy IMS-
järjestelmän käsikirjoista ja se on näkyvillä Torikadun 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.

Torikadun palvelukeskuksen johtaja vastaa yksikön tietojärjestelmien
tarkoituksenmukaisesta käytämisestä ja seurannasta. Yksikössä tehdään
tietosuojakävelyt kaksi kertaa vuodessa turvallisuuskävelyn yhteydessä ja tietosuoja-
asioihin kiinnitetään huomiota riskien arvioinnissa.

Asiakastietojen käsittelyyn ja kirjaamiseen liittyviä dokumentteja Mentellä ovat:

- Asiakastiedon kirjaaminen asumispalveluissa
- Arkistointiohje
- Perehdytysprosessi

- Sosiaalipalveluiden tietosuojaseloste
- Tietosujoaohje

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

Torikadun palvelukeskuksen johtaja Vesa Lappalainen vastaa tietojärjestelmien tarkoituksenmukaisesta käyttämisestä 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 2026 aikana, ja jokaisella työntekijällä tulee olla henkilökohtainen Terveystietojärjestelmän varmennekortti ennen tätä.

Asiakastietolain mukainen tietoturvasuunnitelma on laadittu ja päivitetty 15.7.2026 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-alueita) kerrotaan uudelle asiakkaalle hänen tullessaan yksikköön, yksikön ilmoitustaululla on kameravalvonnan tietosuojailmoitus ja kameravalvonnasta kertovat kyltit ovat piha-alueelle tultaessa sekä 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? Liittykö 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/desinfiointiainein, huomioiden myös mahdollisen eritepyykin käsittely, valmistuskeittiön 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 Heinolan sotekeskuksen päivystykseen 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. Myös hyvinvointialueen hygieniahoitajaa konsultoidaan herkästi useiden asiakkaiden sairastuessa.

Onko käsihuuhdetta helposti saatavilla?

Käsihuuhdetta on aina saatavilla yksikön käsienvpesupisteissä.

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

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

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 Jyränkölän Settlementin kiinteistöhuolto.

Yksikössä ei muodostu tartuntavaarallisia jätteitä. Tapaturmavaaralliset jätteet (neulat, tyhjä ampullit) kerätään särmäjäteastiaan, joka suljetaan asianmukaisesti ja kuljetetaan Remeo Oy:n toimesta jätteiden käsittelyyn. 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 päivitetty 30.6.2026.

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

Piia Vilppunen, sairaanhoitaja
0400 623 5789, piia.vilppunen@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

Piia Vilppunen, sairaanhoitaja
p. 0400 623 579, piia.vilppunen@mente.fi

Kuvaa:

- ✓ Miten varmistetaan lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) 4. luvun mukaisten velvoitteiden noudattaminen?
 - Lääkinnällisten laitteiden käytön osaaminen varmistetaan yksikön sairaanhoitajan toimesta perehdytysprosessin 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 jäljitettävyys 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 julkaisuja 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.

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien turvallisuutta ja laatua koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 3.

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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi: suuruus = todennäköisyys x vaikutus	Ehkäisy- 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 palvelutarpeen ja liikuntakyvyn arviointi ja mahdollinen yksikön vaihto
Asiakkaan tukehtumisvaara ruokaan	Kuukausittain x suuri	Asiakkaiden ruokailutilanteissa on aina paikalla linjastolla työskentelevän henkilön lisäksi myös ohjaaja, joka havainnoi asiakkaiden ruokailutilannetta ja voi reagoida nopeasti tukehtumisvaaraan Asiakkaan hampaiston/tekohampaiden 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
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.

Torikadun palvelukeskuksessa on 7 vakituista työntekijää (sairaanhoitaja, 5 ohjaajaa/lähihoitajaa ja kodinhoidon ohjaaja) ja 1 palvelukeskuksen johtaja (taustakoulutus sairaanhoitaja (psykiatria)) sekä vierailevia erityistyöntekijöitä. Yksikön mitoitus on 0,3. Yksikössä on arkisin vuorossa 3–4 työntekijää, iltavuorossa 2 ohjaajaa. Lauantaiaamuisin yksikössä työskentelee kaksi ohjaajaa aamuvuorossa ja yksi iltavuorossa. Sunnuntaisin ja arkipyhinä on kaksi ohjaajaa aamuvuorossa ja yksi iltavuorossa. Henkilökunta on paikalla klo 07.00-20.30 joka päivä.

Palvelukeskuksessa työskentelee arkisin klo 8-13 kodinhoidon ohjaaja, jonka vastuualueena on palvelukeskuksen ravitsemuspalvelut ja ruokahuolto. Hänen tehtäviinsä kuuluu myös asukkaiden ohjaaminen ja tukeminen kodinhoidollisissa tehtävissä, kuten siivous ja pyykkihuolto. Kodinhoidon ohjaajan työpanos mahdollistaa ohjaajien työpanoksen kohdentamisen välittömään asiakastyöhön.

Arkipyhinä viikonloppuisin voidaan lisätä henkilöstöresurssia, jolla mahdollistetaan esim. juhlien järjestäminen yksikön asukkaille.

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

Ostopalveluina tuotettavien palveluiden (sivu 5) henkilöstön määrästä vastaa ostopalvelun tuottaja, viikoittain yksikössä tästä henkilöstöstä käy kaksi siistijää 4-5 tunnin ajan sekä muutaman asiakkaan tilaamat ja maksamat siistijät (1-2 henkilöä 2-4

viikon välein 1-2 h/kerta). Kiinteistöhuollon henkilöstö käy yksikössä satunnaisesti ja/tai yksikön henkilökunnan palvelupyynnön perusteella, pääasiassa virka-aikana.

Miten palveluyksikön tai palvelualojen vastuuhenkilöt varmistavat kaikissa tilanteissa, että sosiaali- ja terveyspalvelujen 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 perehdytysuunnitelman mukaisesti
- Opiskelijalle nimetään hänen opiskelunsa ohjauksesta vastaava työntekijä ja hänelle varalle työntekijä, jotka vastaavat opiskelijan ohjauksen toteutuksesta opiskelijan työssäoppimuskakson tavoitteiden mukaisesti ja arvioivat kakson toteutumista yhdessä opiskelijan ja opiskelujakson vastaavan opettajan kanssa

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

Palvelukeskuksen johtaja kertoo rekrytoitaville työntekijöille, että heidän täytyy esittää rikosrekisteriote 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.

Asiakkaiden palvelutarpeen lisääntyessä väliaikaisesti palvelukeskuksen johtaja keskustelelee palvelujohtajan kanssa luvasta lisätä väliaikaisesti yksikön henkilöstöresurssointia.

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). Muina aikoina toimitaan Menten sijaistusohjeen mukaisesti.

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?

Toimintayksikön 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, työyksikköönsä 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.

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
- Sairaanhoidaja 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 esimerkiksi Torikadun palvelukeskuksen toimintasuunnitelmasta ja henkilöstön kehityskeskustelusta.

Vuosina 2023–2025 Mente ja SDO tekivät tiivistä yhteistyötä ja Menten henkilöstölle on järjestetty mielenenterveys- ja päihdetyön menetelmiin liittyvää täydennyskoulutusta. Torikadun palvelukeskuksen työryhmästä on ollut 2 henkilöä mukana tässä täydennyskoulutuksessa. 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 työnohjauksessa. Palvelukeskuksen johtaja käy vuosittain työntekijöiden kanssa henkilökohtaiset kehityskeskustelut, joissa tehdään suunnitelma tulevalle 12 kk ajalle osaamisen kehittämisestä, koulutustarpeista sekä annetaan molemmiin puolin palautetta.

Mahdollisiin havaittuihin epäkohtiin puuttuu 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 jatkuvaa.

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.

Torikadun palvelukeskuksen riskien arvioinnissa työolosuhteista nousevista riskeistä nostettiin esiin psykologinen kuormitus (ajoittainen kiire, työtehtävien keskeytyminen erityisesti tarkkaavuutta vaativissa kirjauksissa (asiakkaiden voi olla hankala odottaa työntekijää edelliseltä työtehtävältä tai kirjaamiselta)), johon on pyritty vastaamaan selkeällä joka-aamuisella työnjaolla, toimiston rauhoittamisella kirjaamiseen ja puheluihin. Lisäksi kodinhoidon ohjaajan tai keittiössä työskentelevien ohjaajien osalta riskinä on painavien ja/tai kuumien taakkojen nosto ja palovammariski. Siirroissa on ohjattu käyttämään pyörillä olevia tasoja aina kun se on mahdollista, ja/tai siirrot tehdään kahden ohjaajan voimin.

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 (mitoitus 0,3)	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 2pv/vuosi/hlö (henkilöstöpäällikkö, palvelujohtaja, esihenkilö)

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
 Vesa Lappalainen, palvelukeskuksen johtaja
 040 182 9192, vesa.lappalainen@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 päättä 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

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

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

Miten varmistetaan palveluiden esteettömyys ja saavutettavuus?

Yksikkö on pääosin esteetön, kuitenkin pääovilla ja joidenkin väliovien kohdalla on kynnykset, joten pyörätuolia käyttävän asiakkaan voi olla haasteellista liikkua täysin itsenäisesti sisään/ulos yksiköstä. Rollaattoria käytettäessä tämä ei ole ongelma.

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 (hyvinvointialueen palveluohjaaja/koordinaattori tai 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 (itsemääräämisoikeus). Palvelujen toteutuksen suunnittelu ja toteutus pohjautuu asiakkaan palvelutarpeeseen ja toiveisiin, henkilökunta tuo tarvittaessa esiin eri vaihtoehtoja päätöksen tueksi.

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. Valmiita muistutuslomakkeita löytyy Torikadun palvelukeskuksen 2. kerroksen ruokailutilan kaapista. Lomake on tulostettavissa myös osoitteesta:
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 johtavalle 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.lvv.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

Torikadun 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. 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. Lisäksi yleiseen turvallisuuteen liittyviin asioihin puututaan herkästi. Esimerkiksi tarkoitukseen sopimattomia teräaseita ei säilytetä asiakkaiden asunnossa, vaan ne sijoitetaan yhteisellä sopimuksella lukittuun tilaan, johon asiakkailta ei ole pääsyä.

Palvelukeskuksen johtaja on mukana tilanteissa, joissa asiakkaan kanssa tehdään sopimuksia ja tilanteissa, kun näitä sopimuksia arvioidaan yhdessä. Päihteiden käyttöön liitty-

vissä 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 lakisääteisten palvelua koskevien suunnitelmien laadinnan ja päivittämisen menettelytavat?

Torikadun palvelukeskuksen yhteisöllisessä 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) vuorokohteisesti 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 omaohjaaja 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 johtaja seuraa, että henkilöstö toimii toteuttamissuunnitelman mukaisesti, mm. 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) sekä viikoittaisissa asiakkaiden ja henkilökunnan yhteisissä yhteisökokouksissa sekä

asiakkailta ja heidän läheisiltään 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.

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien yhdenvertaisuutta, osallisuutta sekä asiakkaan tai potilaan asemaa ja oikeuksia koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 5.

*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 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) 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

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 haittatapahtumien 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 haittatapahtuma, asiakasta tai omaista informoidaan korvausten hakemisesta.

Millainen on epäkohta-, haitta- 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.

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, sairaalahoidon aloittamiseen tai jatkamiseen, pysyvään tai merkittävään vammaan, toimintaesteisyyteen tai -kyvyttömyyteen johtanut tilanne. Vakava vaaratapahtuma on myös tilanne, jossa uhka kohdistuu suureen joukkoon asiakkaita/potilaita.

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 tai potilaalle 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 analyysi johtopäätöksiin perustuvat selkeät toimenpidesuosituksset, joilla toiminnan turvallisuutta parannetaan, sekä suunnitelman niiden 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 soveltuvien osien.

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 soveltuvien osien.

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 työnohjauksessa käsiteltäväksi. Pohditaan mitä palautteen taustalla on, voimmeko

yksikön/henkilökunnan toiminnassa muuttaa jotakin, tarvitsemme 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, lisäksi 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 soveltuvien osien 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 arviointiajankohta.

Mihin kehittämistoimenpiteisiin palveluyksikössä on ryhdytty tai ryhdytään?

Asiakkaiden klotsapiinilääkitykseen ja litiumlääkitykseen liittyvien turvakokeiden toteutumisen varmistaminen > selkeämpi ajanvarauskäytäntö, käyntien kalenterointi, asiakkaan näytteenotossa käynnin varmistaminen sotekeskuksesta ja merkinnät asiakastietojärjestelmään, vastuut em. toimintoihin yksikön sisällä määritelty paremmin ja hiottu yhteistyötä myös sotekeskuksen ja miepä-hoitajan kanssa (poikkeavien lab.tulosten ilmoitus yksikköön, lääkeresepien uusintakäytäntöjen tarkennus).

Miksi edellä mainittujen kehittämistoimenpiteiden arvioidaan parantavan toiminnan laatua ja turvallisuutta?

Pystytään varmistamaan, että tutkimusajat on varattu ja kerrottu asiakkaalle, varmistetaan asiakkaan todella käyneen lab.kokeissa, on löydetty varmistuskäytännöt myös tulosten ilmoittamiseen ja mahdollisten lääkemutosten ja lab.kokeiden aikatauluihin ja sisältöihin liittyvien muutosten ilmoittamisesta yksikköön ja näin ollen asiakkaan lääkehoidon turvallisuuden varmistaminen on kehittynyt. Selkeät aikataulut ja vastuut vähentävät esim. henkilökunnan poissaoloista, unohduksista ja asiakkaan toimintakyvyn haasteista johtuvia virhemahdollisuuksia lääkehoidon kokonaistoteutuksessa.

Mihin kehittämistoimet kirjataan?

Kehittämistoimet kirjataan yksikön henkilöstökokousten muistioihin ja toimintaohjemuutokset yksikön lääkehoitosuunnitelmaan ja klotsapiini/litiumlääkityksiin liittyviin ohjeisiin.

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
Asiakkaiden klotsapiini- tai litiumlääkitysten turvakeiden toteutumisen varmistaminen, sis. vastausten ja mahdollisten lääkemuutosten tai tutkimuksiin liittyvien muutosten tiedoksi saanti ja kirjaukset asiakastietojärjestelmään, toimintaohjeisiin, lääkehoitosuunnitelmaan ja perehdytykseen	Touko- kesäkuu 2026	Palvelukeskuksen johtaja Sairaanhoitaja Omaohjaajat	Poikkeamien määrä Kirjausten/ohjeiden laatu ja yksiselitteisyys Huomio erityis-tilanteisiin (esim. hlöstön poissaolot) Tiedonkulku yksikön sisällä ja sotekeskuk-sen kanssa
Asiakkaiden kaatumistapahtuminen ehkäisy (mitkä ovat ennakoivat toimet, huomioidaan kiinteistön esteettömyys, asunnossa olevat matot/huonekalut, piha-alueen liukkaus, lattialla oleva neste, apuvälineet, asiakkaan palveluntarpeen ja liikunta/toimintakyvyn arviointi palvelukoordinaattorin kanssa, "oikea asiakas palvelutarpeen mukaisessa paikassa")	Touko- elokuu 2026	Palvelukeskuksen johtaja Omaohjaajat	RAI-CMH tulokset Tapahtumailmoitusten määrä/vakavuus Toimintaohjeiden laatu ja yksiselitteisyys Tiedonkulku palveluohjaajalle Piha-alueen kunnossapidon taso
Toipumisorientaatiomallin osaamisen syventäminen, asiakkaiden mukaan otto yksikkötasolla (asiakasdemokratia), yksikön toimintatapojen pohdinta ja muutokset yksikön toimintatapoihin, ryhmiin ym. Toivon avaimet -työpajoihin osallistuminen	Touko- lokakuu 2026	Palvelukeskuksen johtaja Miepä EAT-tutkinnon suoritta-neet ohjaajat	Työpajoihin osallistu-minen Työkäytänteiden muutokset ja arviointi Muutokset ryhmä-toiminnassa ja yhteisökokous-käytännöissä 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 haittatapahtumien 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.

Torikadun 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 uskaltavat 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 Torikadun palvelukeskuksessa vuosittain ja sen teemat ovat toimintariskit, asiakasriskit, henkilöriskit, psykososiaaliset riskit, toimitilariskit sekä yksikköön kohdistuvat ulkoiset riskit ja ulkopuolisiin kohdistuvat riskit.

Torikadun palvelukeskuksessa riskien arviointia tehdään aina keväisin yhdessä turvallisuusvastaavien 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 poistumisturvallisuusselvitys (päivitetty 26.2.2025), joka on toimitettu Päijät-Hämeen pelastuslaitokselle. Työntekijöille järjestetään alkusammutuskoulutusta säännöllisesti vähintään kolmen vuoden välein yhteistyössä alueen pelastuslaitoksen kanssa. Viimeisin alkusammutuskoulutus on järjestetty 9/2025. Kaikki uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään yksikön turvallisuusohjeisiin ja -laitteisiin yksikön perehdytysuunnitelman mukaisesti.

Torikadun turvallisuuteen liittyvät asiat on koottu kattavasti yksikön turvallisuussuunnitelmaan ja toimistossa säilytettävään turvallisuuskansioon. Torikadulla on nimetty turvallisuuskoordinaattoriksi ohjaaja Salla Khchina (varalla Kirsi Alanko-Pohjola), jonka 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. Torikadun palvelukeskuksessa kiinteistöhuolto huolehtii käytännön testaukset, huollot ja korjaukset paloturvallisuuteen liittyen erillisen sopimuksen mukaisesti.

Torikadun 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 Torikadulla turvallisuuskoordinaattori Salla Khchina ja ohjaaja Kirsi Alanko-Pohjola. Turvallisuuskävely toteutetaan kaikille uusille työntekijöille, myös

sijaisille ja opiskelijoille. Turvallisuskävely toteutetaan jokaiselle työntekijälle vähintään kerran vuodessa. Lisäksi uusille asiakkaille järjestetään oma turvallisuskävely palvelun alkaessa sekä kaikille asiakkaille kerran vuodessa. Turvallisuskävely ohjaa yksikkökohtaisten riskien kartoittamiseen ja riskikohtaisten toimintasuunnitelmien tekemiseen. Yksikössä järjestettiin uhkaavien tilanteiden simulaatiokoulutus 17.4.2026.

Miten riskienhallintakeinojen toimivuus ja riittävyys varmistetaan?

Arjessa tai riskien kartoituksissa esille tulleet huomiot (koosteen tekee esihenkilö ja turvallisuskoordinaattori) nostetaan esille henkilöstöpalavereissa vähintään 3 kuukauden välein. 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 ja turvallisuskoordinaattori seuraavat riskienhallinnan toimivuutta koosteilla (tapatumailmoitukset, 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 omavalvontasuunnitelman 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, jonka jälkeen hallinnon sihteeri vie tiedon Menten nettisivuille julkisesti nähtäväksi.