



LAPIN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF LAPLAND

Palvelu josta kehitysvammaiset henkilöt eivät hyödy?
Kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien
mielenterveyspalveluiden saavutettavuus, saavutettavuuden haasteet
ja haasteiden seuraukset sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten
kuvaamana

Sosiaalityön koulutusohjelma

Pro gradu -tutkielma

Pyry Auvinen

2026

Lapin yliopisto



LAPIN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF LAPLAND

Lapin yliopisto

Tiedekunta: Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Palvelu josta kehitysvammaiset henkilöt eivät hyödy? Kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuus, saavutettavuuden haasteet ja haasteiden seuraukset sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kuvaamana.

Tekijä: Pyry Auvinen

Koulutusohjelma / oppiaine: Sosiaalityö

Ohjaajat: Yliopistonlehtori Mari Kivistö

Työn laji: Pro gradu -tutkielma

Sivumäärä, liitteiden lukumäärä: 91 + 4

Vuosi: 2026

Tiivistelmä:

Mielenterveyshäiriöiden korkea esiintyvyys kehitysvammaisilla henkilöillä on laajasti tunnistettu sosiaali- ja terveydenhuollossa ja tutkimuksissa. Samaan aikaan mielenterveyspalveluiden tosiasiallinen saavutettavuus kehitysvammaisille henkilöille on asiakkaiden, omaisten ja ammattilaisten taholta kyseenalaistettu sekä vähän tutkittu ilmiö.

Tämän pro gradu -tutkielman tehtävänä oli selvittää, millaisena kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuus näyttäytyy, millaisia haasteita saavutettavuudessa on, sekä millaisia vaikutuksia haasteilla koetaan olevan kehitysvammaisten henkilöiden arkeen. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena yhden hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille. Kyselyllä tuotettua aineistoa analysoitiin Heidi Vanjusovin (2022) rakentamaa saavutettavuuden jäsenystä hyödyntäen. Aineistoa tutkittiin pragmaattiseen paradigmaan nojaten hyödyntämällä sekä laadullista fenomenologishermeneuttista kokemuksen tulkintaa että määrällisen tutkimuksen mukaista kvantifiointia.

Tutkimus paikansi haasteita kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden organisaatioita ja rakenteita koskevassa institutionaalisessa saavutettavuudessa, tietoa koskevassa informatiivisessa saavutettavuudessa sekä kokemuksellisessa saavutettavuudessa. Merkittävimmät paikannetut haasteet olivat mielenterveyspalveluiden puutteet kyvyssä vastata kehitysvammaisten asiakkaiden tarpeisiin sekä kehitysvammaisten asiakkaiden mielenterveyspalveluprosessia ympäröivien toimialojen vähäinen yhteistyö. Mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden haasteet olivat näkyneet kehitysvammaisten henkilöiden arjessa erilaisena itsetuhoisena käyttäytymisenä, syrjäytymisenä ja toimintakyvyn laskuna. Toimintakyvyn lasku johtaa intensiivisempään avuntarpeeseen, mikä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista riippuvaisten kehitysvammaisten henkilöiden kohdalla kohdistuu heitä ympäröiviin palveluihin. Kyselyyn osallistuneet ammattilaiset esittivät kehittämisehdotuksia mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden parantamiseksi, kuten yhteistyön kehittäminen, erilaiset lisäkoulutukset sekä riittävä palveluiden resursointi. Tutkimus nostaa esille myös vaihtoehtoisten hoito- ja palvelumuotojen ja palveluintegraation sekä näihin liittyvän tutkimuksen tarvetta.

Avainsanat: saavutettavuus, mielenterveyspalvelut, kehitysvammaiset, vammaisten asema, kyselytutkimus

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Tutkimuksen käsitteellinen konteksti ja aiemmin tehty tutkimus	8
2.1	Vammaisuus ja kehitysvammaisuus	8
2.2	Mielenterveyshäiriöt ja niihin puuttuminen	11
2.3	Saavutettavuus	13
2.4	Aihepiirin aiempi tutkimus	15
3	Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat	19
3.1	Tutkimuskysymys ja rajaukset	19
3.2	Paradigma ja tieteenperinne	21
3.3	Aineiston tuottaminen ja kuvailu	23
3.4	Analyysimenetelmät ja aineistoanalyysin toteutus	30
3.5	Tutkimuseettiset kysymykset ja tutkijan positio	34
4	Tutkimuksen tulokset: Kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuus	38
4.1	Mielenterveyspalveluiden saavutettavuus	38
4.2	Mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden haasteet	46
4.2.1	Asiakkaisiin liitetyt haasteet	46
4.2.2	Työntekijä- ja organisaatiolähtöiset haasteet	48
4.2.3	Rakenteelliset haasteet saavutettavuudelle	57
4.3	Mielenterveyspalveluiden saavutettavuushaasteiden seuraukset	63
4.4	Kehittämis ehdotuksia saavutettavuuden parantamiseksi	64
5	Pohdinta	72
5.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	72
5.2	Tutkimusprosessin arviointi ja jatkotutkimustarpeet	77
	Lähteet	83
	Liitteet	92

Liite 1. Infokirje vastaajille	92
Liite 2. Lyhyt infokirje vastaajille	94
Liite 3. Sähköpostissa välitetty kutsuteksti	95
Liite 4. Kyselylomakkeen runko	96

1 Johdanto

Tutkimusten mukaan kehitysvammaisilla ihmisillä voi esiintyä mielenterveyshäiriöitä jopa kaksin- tai kolminkertaisesti ei-kehitysvammaiseen väestöön verrattuna (Arvio 2024, 87). Kehitysvammaisilla ihmisillä on myös vammatonta väestöä korkeampi tarve terveydenhuollon palveluille mielenterveysongelmista johtuen (Amin, ym. 2021). Suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää sitovan YK:n vammaisyleissopimuksen 25. artiklan mukaan vammaisilla henkilöillä on yhtäläinen oikeus terveyteen ja terveydenhuollon palveluihin (Valtioneuvoston asetus vammaisten henkilöiden oikeuksista... annetun lain voimaantulosta 27/2016), ja velvoite toistuu myös Yhdenvertaisuuslaissa 1325/2014 sekä Suomen perustuslaissa 731/1999. Lakivelvoitteista ja kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä koskevasta tutkimusnäytöstä huolimatta mielenterveyspalveluiden saatavuus on ollut kehitysvammaisten ihmisten näkökulmasta sosiaali- ja terveyspalveluista kaikkein heikointa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016; Lindström, ym. 2024, 78). Kehitysvammaiset ovat siis väestöryhmä, joka on erityisen altis mielenterveyshäiriöille, mutta samaan aikaan kärsii heikosta mielenterveyspalveluiden saatavuudesta.

Kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kuten mielenterveyspalveluiden järjestämisestä vastaavat Suomessa hyvinvointialueet. Mielenterveyspalveluiden järjestämisvastuu hyvinvointialueiden sisällä jakautuu sosiaali- ja terveydenhuollon välille. Mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta ja resurssoinnista on ollut julkisessa keskustelussa huolta koko väestön osalta (Korkala, Yle 2024; Puuri, Yle 2024; MTV 2025), mutta joillakin hyvinvointialueilla kehitysvammaisten ihmisten mielenterveyspalveluiden erityisen heikko saatavuus on tunnistettu jopa johdon tasolla (Lindström, ym. 2024, 78). Samalla kun hoitoon pääsy on osoittautunut vaikeaksi, myös saadun hoidon tarkoituksenmukaisuudesta on herännyt julkista keskustelua liittyen esimerkiksi kehitysvammaisten henkilöiden runsaaseen lääkitsemiseen (mm. Virtanen, ym. 2026; Kauppinen, Yle 2023; Kehitysvammaliitto 2022).

Olen itse työskennellyt sosiaalityön tehtävissä kehitysvammaisten asiakkaiden parissa. Työtehtävissäni myös minulle on muodostunut vaikutelma siitä, että kehitysvammaisten asiakkaiden mielenterveyspalveluiden saatavuudessa ja saavutettavuudessa on ongelmia. Asiakkailta, asiakkaiden omaisilta sekä kollegoilta olen kuullut samankaltaisista havainnoista.

Yleinen kokemus mielenterveyspalveluihin pääsyssä olevien ongelmien taustasyistä on ollut se, että mielenterveyspalveluissa asiakkaan ongelmien katsotaan johtuvan kehitysvammasta, jolloin hoidosta vastaava taho olisi kehitysvammaisuuteen erikoistunut palvelu. Samaan aikaan asiakkaat, omaiset ja asiakkaan lähellä työskentelevät ammattilaiset kuitenkin katsovat kehitysvammaisen henkilön haasteiden johtuvan nimenomaan mielenterveysongelmista. Asiakkaat ja omaiset ovat näissä tilanteissa jopa kokeneet, että kehitysvammaisten henkilöä syrjitään, koska häntä ei haluta hoitaa mielenterveyspalveluissa.

Myös mielenterveyspalveluja koskevissa tutkimuksissa on tunnistettu kehitysvammaisuuteen kohdistuvien ennakkoluulojen (Fisher & Purcal 2017, 168–170) sekä kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyshäiriöiden virheellisen diagnosoimisen vaikutukset mielenterveyspalveluissa (Whittle, ym. 2017, 91–93). Oman kokemukseni mukaan tilanteet ovat käytännössä ratkenneet yleensä siten, että mielenterveyspalveluiden sijaan kehitysvammaisuuteen erikoistunut palvelu on ottanut vastuun kehitysvammaisten ihmisten mielenterveydenhaasteiden lääkehoidossa, keskustelutueessa ja erilaisten terapioiden järjestäjänä. Samaan aikaan kuitenkin kehitysvammaisten erityispalveluissa on korostettu, etteivät he ole mielenterveyspalveluiden yksikkö ja mielenterveydellisistä hoidontarpeista vastaavat mielenterveyspalvelut. Mielenterveysongelmista kärsivät kehitysvammaiset henkilöt ovat usein palveluverkossa väliin putoava asiakasryhmä (Whittle, ym. 2017, 94; Lindström 2024, 78).

Ilmiö on ristiriitaisuudessaan kiinnostava. Kehitysvammaisten ihmisten mielenterveyden ongelmien yleisyys on hyvin tiedossa (mm. Arvio, ym. 2024; Lindström, ym. 2024), mutta silti juuri mielenterveyspalveluihin pääsy koetaan vaikeaksi. Selkeitä yksiselitteisiä syitä ilmiön taustalta on vaikea nimetä, sillä näkökulmia ilmiöön on useita. Lisäksi esimerkiksi ammattilaisten näkökulma on harvoin osallisena julkisessa keskustelussa, sillä he eivät salassapitovelvollisuutensa takia voi vastata yksittäisiä tapauksia koskevaan uutisointiin.

Sosiaalityön ammattikunnan etiikan mukaisesti toimiakseni koen tärkeäksi paneutua tähän sosiaalityön tutkimuksessa erittäin vähän tarkasteltuun ilmiöön. Kehitysvammaiset ihmiset ovat yhteiskunnassa erityisen haavoittuvainen väestöryhmä, jonka oikeuksista ja eduista täytyy huolehtia. Olivat syyt ilmiön taustalla mitkä tahansa, kertoo kehitysvammaisten henkilöiden muuta väestöä heikompi pääsy mielenterveyspalveluihin yhteiskunnan sosiaalisesta epäoikeudenmukaisuudesta, jota sosiaalityön etiikka velvoittaa haastamaan ja purkamaan sekä sosiaalityön käytännöissä (National Association of Social Workers, nd.) että sosiaalityön tutkimuksen kentällä (Rauhala & Virokannas 2011, 238).

Selvitän tutkimuksessani yhdellä hyvinvointialueella kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta, saavutettavuuden haasteita sekä niiden seurauksia kehitysvammaisten henkilöiden elämään sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden kokemusten ja näkemysten kautta. Toteutin tutkimukseni anonyyminä sähköisenä kyselynä, jonka tuloksia tulkitsin monimenetelmällisesti. Tutkimusasetelman rakentumiseen vaikutti sosiaalityön tieteenalalle yleinen eklektinen tutkimuskontekstilähtöisyys (Enroos, ym. 2017, 17; ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, 2.1) sekä tutkimuksen käytännön kontekstia ja seurauksia painottavaan pragmaattiseen paradigmaan paikantuminen (Åkerblad & Seppänen-Järvelä 2024, 2.2; Enroos, ym. 2017, 17). Pragmaattisen paradigman rinnalla hyödynnän fenomenologis-hermeneuttiseen tieteenperinteeseen perustuvaa laadullista aineiston tulkintaa, jossa todellisuuden muodostumista tarkastellaan ihmisten kokemusten kautta. Muodostaakseni kokonaisvaltaisemman kuvan tutkimusilmiöstä, tarkastelen aineistoa myös määrällisen tutkimuksen keinoin kvantifioimalla (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006), eli yksinkertaistetusti aineistosta tehtäviä havaintoja laskemalla.

Tutkimuksellani pyrin tuottamaan mahdollisimman käyttökelpoista tietoa saavutettavuuden ongelmakohdista ja haasteista palvelujärjestelmän kehittämiseksi ja jatkotutkimustarpeiden kartoittamiseksi. Tutkimuksessa tuotettavaa tietoa on mahdollista hyödyntää esimerkiksi osana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatiota, jonka pyrkimys on muodostaa tarpeisiin vastaavia, saumattomampia, laadukkaampia ja helpommin navigoitavia palveluita yhteensovittamalla eri organisaatioiden toimintaa, resursseja ja päätöksentekoa (Juutinen, ym. 2023; Fisher & Elnitsky 2012).

Tutkielmani etenee siten, että johdannon jälkeen luvussa kaksi taustoitan tutkimustani määrittelemällä sen keskeisiä käsitteitä sekä läpikäymällä aihepiirin aiempaa tutkimusta. Luvussa kolme käyn läpi kuinka tutkimus toteutettiin ja millaisia menetelmällisiä valintoja tutkimuksessa tehtiin. Luvussa neljä jäsennän analyysissa saamani tulokset neljänä alalukuna. Alaluvuissa tarkastelen kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta muodostunutta kuvaa, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia saavutettavuuden haasteista ja niiden seurauksista, sekä ammattilaisten esittämiä kehittämisehdotuksia saavutettavuuden parantamiseksi. Luvussa viisi esitän tutkimukseni johtopäätökset, arvioin tutkimusprosessiani sekä esitän tutkimukseni tulosten pohjalta jatkotutkimustarpeita.

2 Tutkimuksen käsitteellinen konteksti ja aiemmin tehty tutkimus

2.1 Vammaisuus ja kehitysvammaisuus

Kehitysvammaisten henkilöiden tarpeiden ja tilanteiden ymmärtämiseksi on perehdyttävä siihen, mitä vammaisuudella tarkoitetaan. Vammaisuudelle on olemassa useita erilaisia määritelmiä, jotka ilmentävät erilaisia tapoja suhtautua vammaisuuteen. Vallitseva tapa tarkastella vammaisuutta erityisesti 1900-luvun puolella on ollut lääketieteellinen näkökulma. Lääketieteellisen näkökulman mukaan vammaisuus määritellään yksilön ruumiillisina poikkeavuuksina, joista aiheutuu toiminnallisia rajoituksia (Vehmas 2005, 111–112). Lääketieteellinen näkökulma sisältää oletukset siitä, millaisiin toimintoihin ihmisten tulisi pystyä ja millainen toimintakyky on ”normaalia”. Lääketieteellisen näkökulman rinnalle on kehittynyt vammaisaktivistien ansiosta vammaisuuden sosiaalinen määritelmä, jonka mukaan vammaisuus on seurausta ihmisten erilaisia tarpeita puutteellisesti huomioivasta yhteiskunnasta. Vammaisuuden sosiaalisen määritelmän mukaan huomio tulisi kohdentaa yksilön sijasta epätasa-arvoisiin yhteiskuntiin, jotka eivät ota huomioon kaikkien jäsentensä tarpeita yhdenvertaisesti (Mt. 120.)

Etenkin kehitysvammaisuutta on tavattu määritellä lääketieteellisesti. Lääketieteellisesti kehitysvamma tarkoittaa ihmisen kehityksen varhaisessa vaiheessa esimerkiksi sairaudesta tai onnettomuudesta johtuvaa kehityksen häiriintymistä, aiheuttaen poikkeamia kognitiivisten toimintojen kehityksessä. Henkilön kognitiiviset toiminnot ja kognitiivinen toimintakyky määrittelevät sitä, kuinka hyvin henkilö pystyy käsittelemään tietoa, kuten oppimaan uusia asioita. Ihmisellä, jolla on kehitysvammadiagnoosi, on psykologin toteama heikentynyt kyky käsitellä tietoa. Psykologi hyödyntää tutkimuksessa erilaisia kognitiivista toimintakykyä mittaavia testejä, joiden perusteella henkilölle voidaan määritellä kognitiivisen toimintakyvyn mitattu arvo, eli älykkyydosamäärä tai älykkyyssikä. Älykkyyssikä kertoo, millä tasolla henkilön kyky käsitellä tietoa on verrattuna lapsen kehitykseen. Älykkyyssikä ei siis tarkoita, että kehitysvammainen henkilö käyttäytyy kuin esimerkiksi 9-vuotias lapsi, vaikka älylliset taidot olisivatkin 9-vuotiaan lapsen tasoiset. (Arvio, ym. 2024.)

Kehitysvammaiset ihmiset ja heidän tilanteensa ovat toisiinsa verrattuna hyvin erilaisia ja yksilöllisiä. Lääketieteessä kehitysvammaisuus kuitenkin jaetaan tutkitun älykkyydosamäärän perusteella kategorisesti lievään-, keskivaikeaan-, vaikeaan- sekä syvään kehitysvammaan. Kehitysvammaisuuteen viittaavat tyypillisen älykkyydosamäärän alarajan, eli 70–84 alapuolelle sijoittuvat arvot. Esimerkiksi lievään kehitysvammaan viittaa 50–70 välille ja vaikeaan

kehitysvammaan 20–40 väliin sijoittuva älykkyyssosamäärä (American Medical Association 2024, 1383–1384). Kehitysvammaisella ihmisellä ilmenee usein liitännäisvaivoja ja terveysongelmia, joiden ilmentyvyyteen vaikuttaa myös kehitysvamman vaikeusaste. Esimerkiksi vaikeasti tai syvästi kehitysvammaisista vain yhdellä kymmenestä ei ole liitännäisvammoja tai sairauksia. Länsimaissa väestöstä noin 1 %:lla on kehitysvamma. (Mt.)

Kehitysvammaisten henkilöiden etua ajava American Association on Intellectual Disability and Developmental Disabilities-organisaatio (AAIDD) on pitkään laatinut ja kehittänyt määritelmiä kehitysvammaisuudelle. Vuodesta 1992 lähtien AAIDD:n määritelmä kehitysvammaisuudesta on mukaillut vammaisuuden sosiaalista mallia ja uusimmissa määritelmissä kehitysvammaisuuden jaottelu asteisiin perustuu älykkyyssosamäärän lisäksi henkilön tarvitsemaan tuen määrään. (Parmenter 2011.) Siten määritelmässä huomioidaan se, kuinka toimintakyvyn rajoitteisiin vaikuttaa myös yksilön tarpeita heikosti huomioiva ympäristö. Merkittävät lääketieteelliset oppaat – kuten American Psychiatric Associationin DSM-opas ja World Health Organisationin ICD-opas – ovat ottaneet vaikutteita AAIDD:n kehittämistä kehitysvamman määritelmistä (mt. 2011).

Tutkimuksessa hyödynnän kehitysvammaisuuden käsittelemisessä sekä lääketieteellistä näkökulmaa, että sosiaalista näkökulmaa. Lääketieteellinen näkökulma kehitysvammaisuuteen selkeyttää, millaisia terveydellisiä tarpeita kehitysvammaisella henkilöllä on kehitysvamman takia mielenterveyspalveluihin hakeutuessaan. Lisäksi lääketieteellistä näkökulmaa tarvitaan mielenterveyden haasteiden ymmärtämisessä. Sosiaalinen näkökulma täydentää lääketieteellistä huomioimalla tutkittavaan ilmiöön liittyvät sosiaaliset ja yhteiskunnalliset tekijät ja ylläpitämällä kriittistä pohdintaa yhteiskunnallisista normeista ja rakenteista sekä kehitysvammaisiin ihmisiin suhtautumisesta. Vammaisuuden sosiaalinen määritelmä ei kiellä ihmisten fyysisiä tai kehitysvammaisten henkilöiden kognitiivisia eroja ja siten vammaisuuden lääketieteellistä määritelmää, mutta korostaa niiden sisällön ja merkityksen rakentuvan sosiaalisesti (Vehmas 2005, 116).

Sosiaalinen tulkintatapa tunnistaa myös palvelujärjestelmän osallistuvan vammaisuuden määrittelyyn. Kehitysvammaiset henkilöt ovat usein enemmän tai vähemmän riippuvaisia erilaisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Esimerkiksi vammaissosiaalityössä toteutetaan muun muassa vammaispalvelujen järjestämiseen liittyvää sosiaalityötä ja palveluohjausta, sekä palvelutarpeenarviointia ja päätöksentekoa (Kivistö & Lindh 2023, 13). Vammaispalveluita ovat muun muassa eritasoiset asumispalvelut, kuten asumisen ohjaus, jossa koulutetut ammattilaiset – kuten sosiaaliohjaajat – tukevat kehitysvammaista henkilöä

mahdollisimman itsenäisessä asumisessa. Tuki voi olla kehitysvammaisen henkilön tarpeiden mukaisesti kevyttä, kuten auttamista kerran kuussa laskujen maksamisessa, tai intensiivistä vuorokauden ympäri kaikissa toimissa auttamista. Kehitysvammaisille henkilöille järjestetään myös toiminnallisia palveluita, kuten työ- ja päivätoimintaa, joiden tarkoitus on tukea sosiaalista vuorovaikutusta, osallisuutta, toiminta- ja työkykyä sekä edistää pääsyä työelämään (Vammaispalvelulaki 25 §). Työ- ja päivätoiminta voivat olla kehitysvammaisten henkilöiden psyykkiselle hyvinvoinnille ja itsearvolle tärkeitä palveluita, muun muassa merkityksellisen tekemisen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta (Voermans, ym. 2021).

Vaihtelevissa määrin kehitysvammaiset henkilöt hyödyntävät myös kehitysvammapalvelujen osaamiskeskuksia, joiden tarkoitus on muun muassa turvata väestöpohjan tarvitsema sosiaalialan asiantuntijuus sekä tarjota asiantuntijuutta edellyttäviä erityispalveluja (Laki sosiaalialan osaamiskeskuksista 1230/2001 2 §). Osaamiskeskuksissa työskentelee niin kehitysvammaisuuteen erikoistuneita terveydenhuollon ja kuntoutuksen, kuin sosiaalityön ammattilaisia tutkimus-, kuntoutusarvio- sekä vaativan tuen palveluissa. Edeltävien esimerkkien lisäksi kehitysvammaiset henkilöt hyödyntävät muitakin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, kuten esimerkiksi nuorten- ja aikuisten sosiaalityön palveluita.

Palveluiden tarpeensa takia kehitysvammaisten ihmisten yhteiskunnallinen asema ja hyvinvointi on erityisen vahvasti kytköksissä ympäröivään yhteiskuntaan muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollonjärjestelmän toteutuksen kautta. Esimerkiksi tukea tarjoavilla vammaispalveluilla on havaittu olevan yhteys kehitysvammaisten autismikirjon henkilöiden kokemaan elämän tyytyväisyyteen (Moser, ym. 2025). Kulloisetkin palveluiden toteutumisen- ja järjestämistavat ja niiden laajuus puolestaan heijastavat vammaisiin ja kehitysvammaisiin henkilöihin suhtautumista yhteiskunnassa. Viime aikoina kehitysvammaisten henkilöiden yhteiskunnallisesta asemasta on käyty julkista keskustelua muun muassa kehitysvammaisten etua ajaviin järjestöihin (Happo, Yle 2024; Kehitysvammaliitto 2026) ja vammaispalveluihin kohdistuviin leikkauksiin (Kuukkanen, Yle 2026), vastikään uudistuneeseen vammaispalvelulakiin (Korkala, Yle 2026) sekä vammaispalveluiden tiukentuviin palvelukriteereihin liittyen (Kajander, Yle 2026a; Holopainen, Yle 2026). Suomen valtakunnallisten vammaisjärjestöjen yhteistyöjärjestön Vammaisfoorumin uuden vammaispalvelulain soveltamista koskevan raportin (2026) mukaan hyvinvointialueilla on merkittäviä ja osin rakenteellisia ongelmia, jotka ”vaarantavat vammaisten henkilöiden oikeuksien toteutumisen” ja palvelujärjestelmä ei kaikilta osin vastaa sitä sitovia laillisia velvoitteita, kuten YK:n vammaisyleissopimusta (Valtioneuvoston asetus vammaisten henkilöiden oikeuksista... annetun lain voimaantulosta 27/2016).

2.2 Mielenterveyshäiriöt ja niihin puuttuminen

Käsitelläkseni kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyspalveluiden toteutumista, on tarkasteltava sekä mielenterveyshäiriöitä ja mielenterveyspalveluita että niihin liittyviä erityiskysymyksiä suhteessa kehitysvammaisuuteen ja kehitysvammaisiin henkilöihin. Mielenterveyshäiriö on lääketieteellinen käsite erilaisille mielentoimintaan vaikuttaville psyykkisten oireiden yhtymille, joihin liittyy kärsimystä, haittaa ja/tai toiminnan vajavuutta. Erilaiset mielenterveyshäiriöt vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn ja elämänlaatuun eri tavoin. Mielenterveyshäiriön taustalla on yleensä useita tekijöitä, joiden summasta häiriö aiheutuu. Mielenterveyshäiriön muodostumiseen vaikuttaa muun muassa henkilön aivojen toiminta, psykologinen kehitys, elimelliset sairaudet, sekä päihteiden- tai lääkkeiden käyttö. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2025a; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2025c.) Mielenterveyshäiriöiden taustalla vaikuttavat lääketieteellisesti määritettävissä olevien tekijöiden lisäksi myös monet sosiaaliset ja yhteiskunnalliset syyt, esimerkiksi syrjäytyminen, köyhyys, elämänkriisit, menetykset ja huonot ihmissuhteet. Olosuhteista sekä lääketieteellisistä tekijöistä aiheutuva mielenterveyden ylikuormittuminen voi johtaa mielenterveydenhäiriöön. Mielenterveyshäiriön kanssa elävälle voi olla välttämätöntä saada terveydenhuollon hoitoa hyvän elämänlaadun saavuttamiseksi (Vernerinet 2024; Stalker, ym. 2011; Koskentausta 2006, 1927–1928).

Kehitysvammaiset ihmiset ovat erityisen alttiita mielenterveyden häiriöille, ja häiriöiden yleisyys on kehitysvammaisilla kaksin- tai jopa kolminkertainen verrattuna ei-kehitysvammaisiin ihmisiin (Arvio 2024, Kehitysvammaisen mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys). Myös kehitysvammaisten henkilöiden kohdalla mielenterveyden haasteissa kytkeytyvät lääketieteelliset sekä sosiaaliset näkökulmat. Häiriöiden muodostumiseen kehitysvammaisilla ihmisillä vaikuttavat erityisesti muun muassa vammasta johtuvat ennakkoluulot, ennakkoluuloista aiheutuvat kielteiset elämäkokemukset, toistuvat epäonnistumiset ja kiusatuksi joutuminen (mt., Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöt). Kehitysvammaisten ihmisten mielenterveyttä voi myös heikentää korkeampi fyysisten sairauksien esiintyvyys, sekä merkityksellisen tekemisen puute (Stalker, ym. 2011.) Kehitysvamma voi myös vaikeuttaa mielenterveyshäiriöstä selviytymistä esimerkiksi ongelmanratkaisutaitojen rajoittuneisuuden kautta. Myös tunteista ja mielenterveydestä keskusteleminen voi olla vaikeaa tunteiden abstraktiudesta johtuen. (Arvio 2024, Kehitysvammaisen mielenterveyden häiriöiden arviointi.)

Kehitysvammaisten ihmisten välillä on mielenterveyshäiriöiden suhteen eroa. Lievästi kehitysvammaisilla ihmisillä on pääsääntöisesti vaikeammin kehitysvammaista ihmistä paremmat mahdollisuudet kommunikoida ongelmistaan ja tunteistaan. Lievästi

kehitysvammaisten ihmisten mielenterveydenhäiriöt myös ilmenevät yleensä mielenterveyspalveluille tutummilla tavoilla, jolloin häiriöiden tunnistaminen on helpompaa. Vaikeammin kehitysvammaisilla ihmisillä mielenterveyshäiriöt voivat ilmetä ei-kehitysvammaisiin ihmisiin verrattuna poikkeavilla tavoilla. (Arvio 2024, Kehitysvammaisen mielenterveyden häiriöiden arviointi.) Kehitysvamman asteen lisäksi erot mielenterveyshäiriöiden suhteen liittyvät kunkin henkilön yksilölliseen elämäntilanteeseen.

Mielenterveyspalvelut ovat palveluita, joiden tavoitteena on ehkäistä, lievittää ja hoitaa mielenterveyshäiriöitä sekä niiden seurauksia. Pääsääntöisesti sosiaali- ja terveydenhuolto jakavat vastuun mielenterveyden edistämisestä ja tukemisesta, mutta mielenterveyspalveluiden kentällä vaikuttaa myös yksityisiä palvelutuottajia sekä kansalaisjärjestöjä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa mielenterveyshäiriöiden tutkiminen, hoito ja kuntoutus kuuluu vain terveydenhuollon vastuulle. Sosiaalihuolto taas vastaa mielenterveyttä tukevien palveluiden, kuten kasvatus- ja perheneuvonnan, mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden, kotipalveluiden ja kuntouttavan työtoiminnan järjestämisestä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Terveydenhuollon vastuulla olevat mielenterveyspalvelut voidaan luokitella kahteen tasoon: perus- ja erityistasoon. Perustasoon kuuluvat perusterveydenhuollossa, kuten terveyskeskuksissa sekä opiskelu- ja työterveyshuollossa tuotetut mielenterveyspalvelut. Erityistasoon sisältyy psykiatrinen erikoissairaanhoito eli psykiatrian erikoisalan mukainen tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluiden kokonaisuus. Mielenterveyden hoitoa voidaan toteuttaa monimuotoisesti muun muassa lääkinnällisenä kuntoutuksena, ohjauksena tai muuna psykososiaalisena tukena. (STM 2026.) Mielenterveyden hoidon sisältö on yksilöllistä ja hoidettavan henkilön tilanteesta riippuvaista. Hoitoon voi sisältyä esimerkiksi erilaisia rentoutusharjoituksia, terapiaa tai keskustelullista hoitoa yksin ammattilaisen kanssa tai ryhmämuotoisesti. Intensiivisempään osastohoitoon on mahdollista päästä, jos mielenterveydenhäiriön oireet ovat niin vakavia, ettei henkilö pärjää kotona eivätkä kevyemmät mielenterveyspalvelut riitä. (Mielenterveystalo nd.)

Kehitysvammaisille ihmisille pääsääntöisesti toimivat samankaltaiset mielenterveyspalvelut kuin vammattomille henkilöille. Etenkin lievästi- ja keskivaikeasti kehitysvammaisille todennäköisesti toimivat samat hoitomuodot. Kehitysvammalle yleisistä kommunikaatiotaidon haasteista johtuen perinteisten psykoterapiamuotojen käyttömahdollisuudet voivat kuitenkin olla rajallisia. (Arvio 2024, Psykoterapia, Luovat terapiat ja toimintaterapiat.) Etenkin vaikeasti ja syvästi kehitysvammaisten hoidossa tulee harkita vaihtoehtoisia terapiamuotoja, jotka eivät

edellyttä puheen käyttöä (Koskentausta 2006). Kehitysvammaisen ihmisten mielenterveyden häiriöiden arvioiminen vaatii kokemusta ja osaamista sekä mielenterveyden häiriöistä että kehitysvammaisuudesta (Arvio 2024, Kehitysvammaisen mielenterveyden häiriöiden arviointi).

Mielenterveyspalveluissa ei aina voida vastata kehitysvammaisen henkilön hoidontarpeeseen psyykkisten oireiden poikkeavista ilmenemistavoista sekä mahdollisista muista kehitysvammaan liittyvistä haasteista johtuen (Arvio, ym. 2024, Kehitysvamma-alan vaativan tuen yksiköt). Toissijaisena vaihtoehtona erikoissairaanhoidon psykiatristen yksiköiden palveluille toimivat kehitysvammahuollon osaamiskeskuksen vaativan tuen yksiköt. Vaativan tuen yksiköissä asiantuntijuus painottuu kehitysvammaisten henkilöiden psykososiaalisen elämänhallinnan haasteisiin, mutta niissä toimitaan myös kriisiyksikköinä kehitysvammaisille joilla on aiemmin todettuja psyykkisiä sairauksia, sekä jatkokuntoutuspaikkana psykiatristen hoitojaksojen jälkeen. Kehitysvammapalveluiden vaativan tuen yksikössä tulee olla sekä kehitysvamma-alan että psykiatrian ammattilaisia. Hoidon toimiva järjestäminen palveluiden rajapinnassa edellyttää kehitysvammapalveluiden osaamiskeskuksen sekä mielenterveyspalveluiden perus- ja erityistason välistä tiivistä yhteistyötä. (Arvio, ym. 2024, Kehitysvamma-alan vaativan tuen yksiköt.)

2.3 Saavutettavuus

Tarkastelen tutkimuksessani kehitysvammaisten ihmisten pääsyä mielenterveydenpalveluihin 'saavutettavuuden' käsitteen kautta. Kehitysvammaisten ihmisten pääsyä mielenterveyspalveluihin ovat tutkineet ainakin Chinn ja Abraham (2016) sekä Fossum ym. (2025), mutta erityisesti Whittle ym. (2017) tarkastelivat mielenterveyspalveluihin pääsyä Gulliford ym. (2002) muodostaman saavutettavuuden teoreettisen kehyksen kautta. Tässä tutkielmassa hyödynnän kuitenkin kotimaisessa tutkimuksessa käytettyä saavutettavuuden määritelmää, jonka Vanjusov (2022) on muodostanut päihdepalveluiden saavutettavuutta koskevassa väitöskirjassaan. Vanjusovin (2022) saavutettavuuden määritelmä on valmiiksi Suomalaiseen palvelujärjestelmään räätälöity ja uudempi kuin Gullifordin, ym. (2002) määritelmä.

Vanjusov toteaa väitöskirjassaan (2022), että lainsäädännön mukaisesti päihdepalvelu on saatavilla silloin kun sitä järjestetään, mutta se ei kuitenkaan takaa, että palvelu olisi saavutettavissa (mt., 62). Vastaavasti kehitysvammaisilla ihmisillä on ei-kehitysvammaisten

tavoin oikeus mielenterveyspalveluihin, joita voi olla saatavilla. Tämä ei kuitenkaan takaa, että palvelut olisivat välttämättä kehitysvammaisille ihmisille saavutettavissa.

Vanjusovin (2022) saavutettavuuden määritelmässä hyödynnetään Yhdistyneiden kansakuntien taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten (TSS) oikeuksien komitean ohjeistusta. TSS:n terveysoikeuksien toteuttamisen ohjeistusten lisäksi Vanjusov (mt.) täydentää määritelmää AAAQ-työkalulla (availability, accessiblity, acceptability, quality). AAAQ-työkalun avulla kartoitetaan ja arvioidaan terveyspalveluiden pääsyn esteitä. Määritelmässä on viisi ulottuvuutta, joiden toteutumista edellytetään, jotta palvelu on tosiasiallisesti saavutettavissa. Todellinen saavutettavuus edellyttää institutionaalista-, informatiivista-, taloudellista-, fyysistä- sekä kokemuksellista saavutettavuutta. (Mt.)

Vanjusovin (2022) saavutettavuuden määritelmä soveltuu päihdepalveluiden tarkastelun lisäksi mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden tarkasteluun. Saavutettavuuden määritelmä ulottuvuuksineen ei ole räätälöity erityisesti päihdepalveluita varten, vaan se vastaa yleisesti suomalaista palvelujärjestelmää. Määritelmän soveltaminen kehitysvammaisiin henkilöihin on mahdollista huomioimalla kehitysvammasta aiheutuvat kognitiiviset toimintakyvyn rajoitteet sekä mahdolliset muut kehitysvammaisuuteen liittyvät sosiaaliset ja yhteiskunnalliset vaikuttajat saavutettavuutta arvioiessa.

Institutionaalinen saavutettavuus tarkoittaa palveluiden vastaavuutta alueelliseen ja yksilölliseen tarpeeseen, riittävää resurssointia sekä palveluun pääsyn suhteen esteetöntä ja sujuvaa lainsäädäntöä ja viranomaistoimintaa. Informatiivinen saavutettavuus mielenterveyspalveluiden kontekstissa edellyttää tyydyttävää, ymmärrettävää ja julkisesti saatavilla olevaa tietoa palvelusta. Myös työntekijöillä on oltava palvelutarpeen määrittämisessä ja palveluista päätettäessä riittävästi tietoa mielenterveyshäiriöistä yleisesti sekä asiakkaan tilanteesta. Taloudellinen saavutettavuus tarkoittaa, että palveluiden käyttämisestä ei tulisi koitua palvelunkäyttäjälle kohtuuttomia kustannuksia esimerkiksi matkustamisesta tai itse palvelusta, joka estäisi palvelun käyttöä. Fyysinen saavutettavuus tarkoittaa, että palveluihin täytyy päästä muun muassa liikkumiskyvystä tai välimatkoista huolimatta. Palvelun tilojen tulee olla esteettömät ja huomioida yksilölliset tarpeet riittävästi. Kokemuksellinen saavutettavuus tarkoittaa, että palveluiden saavutettavuutta arvioitaessa tulee huomioida myös palvelun maine ja asiakaskunnan aikaisempien kokemusten vaikutukset sekä niistä muodostuvat asiakkaiden ennakkokäsitykset. Kokemuksellisesti saavutettavassa palvelussa on edistettävä asiakkaan osallisuutta, itsemääräämisoikeutta ja oikeudenmukaisesta kohtelua. Palvelun maineeseen ja kokemukselliseen saavutettavuuteen

vaikuttaa muun muassa palvelun laatu ja toiminnan luottamuksellisuus. (Vanjusov 2022, 67–70.)

Kun sovellettaessa Vanjusovin (2022) saavutettavuuden määritelmää kehitysvammaisten ihmisten tarvitsemien mielenterveyspalveluiden tarkasteluun, esimerkiksi institutionaalinen saavutettavuus voi tarkoittaa sitä, kuinka mielenterveyspalveluiden tulisi pystyä vastaamaan asiakkaiden alentuneesta kognitiivisesta toimintakyvystä aiheutuviin yksilöllisiin tarpeisiin. Informatiivisen, eli tiedollisen saavutettavuuden osalta taas huomio kohdistuisi muun muassa selkokielisen tiedon saatavilla oloon ja kokemuksellisessa siihen, millaisena kokemuksena kehitysvammaisen henkilön asiakasprosessi on näyttäytynyt. Jälkimmäisen eli kokemuksellisen saavutettavuuden osalta tässä tutkimuksessa on kuitenkin hyvä huomioida, että aineisto on kerätty sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta.

Vanjusovin (2022) mukaan sana ”esteettömyys” toimii sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäytymistä koskevan lainsäädännön esitöiden kuvauksissa melkein synonyymien tavoin hänen muodostamalleen saavutettavuuden määritelmälle. Vanjusovin (mt.) muodostaman saavutettavuuden määritelmän ulottuvuudet on siis havaittavissa jo olemassa olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon taustalla vaikuttavassa lainsäädännössä. Tutkimukseen osallistuneet ammattilaiset todennäköisesti ymmärsivät saavutettavuuden samoin, kuin se tässä tutkimuksessa määritellään, sillä he toimivat saman lainsäädännön kanssa työssään.

2.4 Aihepiirin aiempi tutkimus

Englanninkielisessä kansainvälisessä lähteistössä kehitysvammaan sekä mielenterveyden ongelmiin liittyvää tutkimuskirjallisuutta löytyy enimmäkseen terveydenhuollon näkökulmasta tehtynä. Terveydenhuollon näkökulman painotus ilmentää edellä kuvattua kehitysvammaisuuden lääketieteellistä määrittelytapaa ja sen painottumista kehitysvammaisuuden tarkastelussa. Kuitenkin tutkimusta on tehty kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyspalveluihin pääsyn ongelmista.

Australiassa Whittle ym. (2017) tutkivat esteitä ja mahdollistajia kehitysvammaisten ihmisten mielenterveyspalveluihin pääsulle kirjallisuuskatsauksena sekä toisessa tutkimuksessa kehitysvammaisten ihmisten kokemusten kautta (Whittle ym. 2018). Chinn ja Abraham (2016) tutkivat Englannissa mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta kehitysvammaisille henkilöille ’ehdokkuuden’ käsitteen kautta. Ehdokkuudella tutkimuksessa tarkoitettiin sitä, kuinka

palveluun päästäkseen asiakkaan tulee täyttää palvelun häneen kohdistamia edellytyksiä (mt.). Myös Englannissa Chaplin ym. (2009) ovat tutkineet mielenterveyspalveluiden toteuttamisen ongelmia kehitysvammaisten asiakkaiden kohdalla. Norjassa mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta kehitysvammaisille henkilöille on tutkinut Fossum ym. (2025).

Kansainvälisessä tutkimuksessa mielenterveyspalveluiden saavutettavuudelle ja toimivuudelle tärkeitä tekijöitä olivat muun muassa moniammatillinen yhteistyö sekä yhteistyö mielenterveyspalvelun ja kehitysvammaisen henkilön huolenpidosta vastaavan tahon välillä. Tutkimusten perusteella mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta puolestaan rajoittaa muun muassa kehitysvammaisuuden koulutetun henkilökunnan puute, mielenterveyshäiriön oireiden virheellinen tulkinta kehitysvammasta johtuvaksi ja palveluiden epäonnistunut integraatio. (Chaplin ym. 2009; Whittle ym. 2017; Whittle ym. 2018.) Chinnin ja Abrahamin (2016) tutkimuksessa taas havaittiin, kuinka mielenterveyspalveluun pääsyyn vaikutti muun muassa palvelujärjestelmän epäselvyys asiakkaille ja ammattilaisille, epäselvä työnjako toimialojen välillä sekä tehokkuutta painottava työpaikan toimintakulttuuri. Samankaltaisten tulosten lisäksi Fossum ym. (2025) havaitsivat, että mielenterveyspalveluissa kehitysvammaisten asiakkaiden mielenterveys koetaan vähemmän tärkeäksi hoidettavaksi, kuin ei-kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveys.

Suomalaista kirjallisuutta etsiessä ilmeni, että kotimaisia tieteellisiä tutkimuksia kehitysvammaisten ihmisten mielenterveyspalveluihin liittyen on erittäin vähän. Kotimaiset tuoreet tutkimukset viimeiseltä vuosikymmeneltä koskien kehitysvammaisten ihmisten mielenterveyspalveluihin pääsyä olivat lähinnä AMK-opinnäytetöitä. Savinainen ja Savinainen (2023) opinnäytetyössä tutkittiin haastatteluiden kautta aikuisten kehitysvammaisten palvelupolkua ja asiakasosallisuutta mielenterveyspalveluissa. Lavasti (2024) tutki AMK-opinnäytetyössään lomakekyselyn kautta mielenterveysongelmaisten kehitysvammaisten ihmisten kohtaamisen haasteita, sekä niiden vaikutuksia henkilökunnan työmäärään ja kuormittavuuteen. Kiviniemi (2023) tutki haastatteluiden kautta kehitysvammaisten mielenterveyshäiriön kanssa elävien asiakkaiden tukemista työntekijöiden näkökulmasta. Niemi (2023) tutki haastatteluiden avulla kehitysvammaisuuden ja mielenterveyden haasteiden yhteisvaikutusta sekä sitä, millaista tukea ammattilaiset kaipasivat kehitysvammaisten mielenterveysongelman omaavien asiakkaiden tukemisessa. Näiden opinnäytetöiden tuloksissa ilmeni muun muassa, että kehitysvammaisten pääsy mielenterveyspalveluihin oli heikompaa ja tapahtui viivästyneesti verrattuna valtaväestöön (Lavasti 2024; Kiviniemi 2023; Savinainen & Savinainen 2023). Mielenterveyspalveluja koskevia ongelmia olivat erityisesti vaihtoehtojen puute keskusteluterapialle (Savinainen & Savinainen 2023),

kehitysvammaisuuteen liittyvä osaamisen puute mielenterveyspalveluiden ammattilaisilla (Lavasti 2024; Niemi 2023; Savinainen & Savinainen 2023) sekä riittämätön määrä henkilöstöä mielenterveyspalveluissa ja siitä aiheutuva ruuhka (Lavasti 2024; Niemi 2023).

Palvelujärjestelmän ongelmiksi paikannettiin palveluketjujen pirstaloituneisuus ja epäselvyys (Lavasti 2024) sekä heikko toimialojen välinen yhteystyö (Lavasti 2024; Savinainen & Savinainen 2023).

Kehitysvammaisuutta on tarkasteltu suomalaisessa tutkimuskirjallisuudessa (esim. Vehmas 2005; Miettinen 2021; Ylisassi ym. 2023), mutta kehitysvammaisuutta sekä mielenterveysongelmia yhdessä käsitteleviä tutkimuksia on – AMK-opinnäytetöitä lukuun ottamatta – vaikea löytää. Yksi kotimainen lähde, jota hyödynnän tutkimuksessani, on Arvion ym. (2024) Kehitysvammainen potilaana-kirja. Kehitysvammainen potilaana käsittelee kehitysvammaa ja mielenterveysongelmia, niiden yhteisvaikutuksia sekä terveydenhuollon toiminnan erityiskysymyksiä molempia kohdattaessa. Viittaa paikoin myös kehitysvammaisten henkilöiden etua ajavan sekä pitkäaikaisesti ja laajamittaisesti aihepiirin tutkimusta tehneen kansalaisjärjestön Kehitysvammaliiton julkaisuihin (Kehitysvammaliitto 2022; kts. <https://www.kehitysvammaliitto.fi/liitto/tutkimusjulkaisut/>).

Tässä pro gradu -tutkielmassa pyrin täydentämään edellä esiteltyjen tutkimusten ja opinnäytteiden tuottamaa tietoa. Yhdensuuntaisesti aiemmin mainittujen tutkimusten kanssa pyrin tutkielmani avulla parantamaan mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta kehitysvammaisille henkilöille kartoittamalla mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden nykytilannetta sekä paikantamalla sen haasteita. Myös ammattilaisten näkemysten kartoittaminen oli yleinen lähestymistapa suhteessa ilmiöön.

Kansainvälisistä tutkimuksista poiketen tämä tutkielma sijoittuu suomalaiseen hyvinvointialuekontekstiin, joka on suhteellisen omaleimainen. Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä, jossa omista maantieteellisistä alueistaan vastaavat hyvinvointialueet järjestävät palveluita alueiden yksilöllisten tarpeiden mukaan on kompleksinen ympäristö, joka ansaitsee kontekstin huomioivan tarkastelun. Vastaavia suomalaisia tutkimuksia aiheesta ei ole viime vuosina tehty edellä mainittujen opinnäytetöiden lisäksi. Aiemmista tutkimuksista sekä opinnäytetöistä poiketen tämä tutkielma tarkoituksellisesti tavoittelee aineistonkeruussa vastaajia eri puolilta ilmiötä. Tietääkseni vain Chinnin ja Abrahamin (2016) tutkimus Yhdistyneissä kuningaskunnissa haastatteli kehitysvammaisten henkilöiden sekä heidän läheistensä lisäksi mielenterveyspalveluiden ammattilaisia. Tässä tutkimuksessa toteutettu sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattilaisten

näkökulmien esiin tuominen tuottaa kattavamman kuvan mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta sekä sen ongelmakohdista. Eri toimialojen äänien kuuluminen tasavertaisesti tutkimuksen tuloksissa myös mahdollistaa paremmat lähtökohdat toimialojen ammattilaisten yhteisymmärrykselle, sekä yhteisiin ongelmiin puuttumiselle.

3 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

3.1 Tutkimuskysymys ja rajaukset

Edellä kuvatun käsitteellis-teoreettisen viitekehyksen ja aikaisemman tiedon pohjalta tunnistettu tutkimusongelma on se, ettei mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden erityispiirteitä kehitysvammaisten henkilöiden näkökulmasta tunneta riittävästi. Tiedon tarpeet liittyvät mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden nykytilanteeseen suomalaisessa hyvinvointialuekontekstissa, kehitysvammaisten henkilöiden kohtaamien haasteiden kokonaisvaltaiseen tarkasteluun sekä mahdollisten saavutettavuushaasteiden seurauksiin.

Tutkimusongelman pyrin ratkaisemaan vastaamalla seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Millaiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kokevat kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden?
- Millaisia haasteita ja kehittämiskohteita kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuuteen liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta sekä
- Miten saavutettavuuden haasteiden koetaan vaikuttavan kehitysvammaisten henkilöiden arkeen?

Koska tutkimusilmiö sijoittuu kompleksiseen sosiaaliseen ympäristöön, on tarkoituksenmukaista ja välttämätöntä hyödyntää tutkimuksessa laadullisen tutkimuksen menetelmiä, jotka pystyvät huomioimaan myös monimutkaisia konteksteja (Tökkäri 2018, 65). Tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi on kuitenkin hyödyllistä tarkastella aineistosta saatavaa laadullista tietoa myös määrällisesti. Koska tutkimuksessa on tarkoitus tuottaa palvelujärjestelmän kehittämiseen soveltuvaa tietoa, laadullisen ja määrällisen tutkimuksen menetelmät täydentävät tarkoituksenmukaisesti toisiaan ja siten muodostavat kokonaisvaltaisemman kuvan tutkittavasta ilmiöstä (Åkerblad & Seppänen-Järvelä 2024, 3.1).

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan maailmaa muun muassa tutkittavien ihmisten ja heidän keskinäisen toimintansa näkökulmasta (Juhila 2021). Laadullinen tutkimus tunnustaa ja arvostaa tutkittavien henkilöiden kokemuksia ja näkökulmaa sekä muodostettujen merkitysten arvoa (mt.). Monet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat työssään mielenterveyshäiriöitä omaavia kehitysvammaisia henkilöitä, joten heillä mitä todennäköisimmin on ajatuksia ja pohdintoja aiheesta. Nämä ajatukset ja pohdinnat

asiakkaista, kollegoista sekä molempien kanssa työskentelemisestä voivat havainnollistaa ja tuoda esiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Laadullinen tutkimusote on sopiva työntekijöiden kokemuksia tavoittelevaan kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden tutkimiseen.

Määrällisessä tutkimuksessa taas pyritään kuvaamaan asioita suureiden avulla ja selvittämään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Lisäksi määrällisen tutkimuksen keinoin pyritään useimmiten yleistämään aineistosta saatuja havaintoyksiköitä laajempaan joukkoon tilastollisen päättelyn keinoin (Heikkilä 2014, 15). Tässä tutkimuksessa tavoitteena ei ole tuottaa tilastollisessa mielessä yleistettävää tietoa koskien tutkimuksen koko perusjoukkoa eli hyvinvointialueen kaikkia kehitysvammaisten asiakkaiden/potilaiden kanssa työskenteleviä ammattilaisia. Tilastollisen yleistämisen sijaan määrällisen tarkastelun tavoitteena on havainnollistaa aineistossa ilmenevien havaintojen yleisyyttä. Painotus tässä tutkimuksessa on vahvasti laadullisessa analyysissä, mutta määrällinen tarkastelu tukee laadullista analyysiä sekä ilmiöstä muodostuvan kuvan kokonaisvaltaisuutta. Määrällinen analyysi kertoo esimerkiksi, kuinka eri kokemukset jakautuvat eri toimialojen tai ammattiryhmien välillä sekä millaiset vastaukset aineistossa painottuvat.

Tutkimuksen yhtenä tarkoituksena on selvittää saavutettavuuden haasteita, jolloin lähtöasetelma on kriittinen palvelujärjestelmän nykytilannetta kohtaan. Kriittinen lähtöasetelma ja huomion kiinnittäminen suoraan haasteisiin on perusteltu muun muassa rakenteellisen sosiaalityön periaatteiden (THL 2026) näkökulmasta, jolloin tutkimuksella tuotetaan mahdollisimman selkeää tietoa kehittämistarpeista rakenteellisen työskentelyn tueksi. Kriittinen lähestymistapa on perusteltu myös siksi, että jo nykyisellään tutkimuksissa tiedetään ja tunnistetaan mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden ongelmia kansainvälisesti (Whittle ym. 2018; Whittle ym. 2017) sekä jossain määrin Suomessa (Lindström ym. 2024).

Olen rajannut tutkimuksen Suomen kontekstiin ensinnäkin, koska ilmiöstä ei ole Suomessa tehty kattavasti tuoretta tutkimusta. Toiseksi keskittämällä tarkastelu suomalaiseen palvelujärjestelmään voidaan tuottaa tietoa, josta on mahdollisimman paljon hyötyä suomalaisen palvelujärjestelmän kehittämisessä. Tutkimus rajautuu yhden hyvinvointialueen sisälle lähinnä teknillisistä ja tutkimusekonomisista syistä, kuten hyvinvointialueiden tutkimuslupahakemusprosessien kestosta ja aineistonkäsittelyn työllistävyydestä johtuen.

En ole rajannut tutkimusta mihinkään kehitysvamman asteisiin johtuen siitä, että tutkimusta kehitysvammaisten ihmisten mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta ylipäätään on Suomessa tehty vähän. Lisäksi vammaisuuden sosiaalisessa tulkintavassa suhtaudutaan

vammaisten ihmisten lääketieteelliseen kategorisointiin ja luokitteluun kriittisesti (Vehmas 2005, 141–142). Tiedostan tutkimuksessa kuitenkin, että kehitysvamman asteella on vaikutusta mielenterveyshäiriön ilmenemiseen sekä todennäköisesti myös palveluiden saavutettavuuteen.

3.2 Paradigma ja tieteenperinne

Tutkimusprosessin ymmärtämiseksi on tarpeellista käydä läpi sen asettuminen tieteenkentän paradigmoihin ja tieteenfilosofioihin. Paradigmalla viitataan kulloisenkin tieteenalan yleisesti hyväksyttyyn ajattelutapaan tai suuntaukseen, joka sisältää ohjeita ja tietoteoreettisia näkökulmia tutkimuksen tekemiseen (Åkerblad & Seppänen-Järvelä 2024, 2.2). Paradigmat ovat ajatusmalleja, jotka sisältävät omat ontologiset todellisuutta koskevat, epistemologiset tietoa koskevat sekä metodologiset tieteen metodien luonnetta koskevat oletukset (Tieteen termipankki 2024; Tieteen termipankki 2016; Tieteen termipankki 2014). Filosofinen tieteenperinne taas tarkoittaa paradigman rinnalla tutkimuksissa hyödynnettävien menetelmien taustalla vaikuttavia teorioita epistemologisine ja metodologisine olettamuksineen (Juhila 2021, Laadullinen tutkimus ja teoria).

Tässä tutkimuksessa tarkasteltava mielenterveyspalvelu ei konkreettisista rakennuksistaan tai välineistään huolimatta ole yksinomaan käsin kosketettava asia, vaan myös ihmisten muodostama ja sopima merkityssisältö, eli yhteisöllisesti sovittu määritelmä (Oesch 1996). Mielenterveyspalveluiden institutionaaliset rakenteet ja käytännöt ovat muodostuneet inhimillisen toiminnan, vuorovaikutuksen ja sopimisen tuloksena. Näin ollen palvelujärjestelmä tutkimuksen kohteena on olemassa vain ihmisten yhteisen ymmärryksen ja sopimusten kautta sosiaalisessa todellisuudessa. Tutkimus on luonnehdittavissa ihmistieteelliseksi, sillä siinä tarkastellaan ihmismielen hahmottamaa ja muodostamaa maailmaa, joka rakentuu ja on havaittavissa merkityssisältöinä (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, 1.3.2).

Sosiaalityö tieteenalana käsittelee ja tarkastelee yksilöitä, sosiaalisia suhteita sekä rakenteita ja siten sosiaalityön tutkimukselle on olennaista tutkittavan kontekstin perinpohjainen ymmärtäminen ja sen huomioiminen (Enroos, ym. 2017, 17). Sosiaalityön tutkimukselle tyypilliseen tapaan tämän tutkimuksen muodostumiseen on vaikuttanut vahvasti tutkimusilmiön käytännön konteksti. Omat sekä kollegoideni kokemukset kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden haasteista ovat ohjanneet tutkimaan aihetta mahdollisten saavutettavuutta kehittävien ratkaisujen varalta.

Tutkimuksessa sitouduin pragmaattiseen paradigmaan tai pragmatismiin, joka kannustaa valitsemaan sellaiset tutkimusmenetelmät, jotka parhaiten toimivat tutkimuksen kontekstissa ja tukevat tavoiteltuja lopputuloksia (Åkerblad & Seppänen-Järvelä 2024, 2.2). Pragmatismi painottaa eklektisen näkökulman tavoin tutkimuksen käytännöntoteutusta, tutkimuksen kontekstin huomioimista sekä tutkimuksen käytännön seurauksia ylitse filosofisten perustojen. Käytännön painotus pragmatismissa ei kuitenkaan tarkoita, ettei tutkimuksessa seurata filosofisia perusteita, vaan filosofisiin sekä metodologisiin taustoihin suhtaudutaan joustavasti. (Åkerblad & Seppänen-Järvelä 2024, 2.2.)

Tutkimuksessa tarkastellaan ja tulkitaan ammattilaisten kokemuksia liittyen tutkimusilmiöön. Tutkimuksessa sitoudutaan siltä osin fenomenologis-hermeneuttiseen tieteenperinteeseen, joka on osa laajempaa hermeneuttista perinnettä. Hermeneutiikka on moninainen filosofian suuntaus, joka pelkistetysti ilmaistuna käsittelee ymmärtämistä ja tulkintaa sekä niiden teoriaa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 1.3.2). Fenomenologisessa tutkimuksessa tarkastellaan ihmisen suhdetta tämän omaan elämäntodellisuuteen. Fenomenologiassa kokemusten merkitykset ovat tutkimuksen kohteena, sillä fenomenologiassa ymmärretään ihmisen suhteen maailmaan rakentuvan tämän kokemuksilleen antamistaan merkityksistä. Fenomenologinen ja hermeneuttinen tieteenperinne yhdessä tarkastelevat, kuinka ihmisen todellisuus muodostuu kokemuksille annettujen merkitysten kautta, sekä kuinka ihminen päätyy antamaan kokemuksilleen kyseisiä merkityksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 1.3.2.) Tässä tutkimuksessa fenomenologis-hermeneuttinen tarkastelu kohdistaa huomiota ja tuottaa tietoa esimerkiksi siitä, millainen on tutkimukseen osallistuvien työntekijöiden ammatillinen todellisuus ja kokemus kehitysvammaisten henkilöiden etenemisestä palveluverkostossa. Fenomenologis-hermeneuttisten tieteen suuntauksien rajoite on, että sen mukaisten metodien kautta saavutettava tieto koskee yksittäistapauksia eikä tietoa voida yleistää luonnontieteellisten tutkimuksen metodien tavoin. Kokoavia johtopäätöksiä on kuitenkin mahdollista tehdä yksittäistapausten kontekstien ollessa keskenään tarpeeksi samankaltaisia (Tökkäri 2018, 65–66). Koska pragmatismi mahdollistaa monimenetelmällisen tutkimuksen, hyödynsin aineiston analyysissä myös määrällisen tutkimuksen keinoja, kuten kvantifioimista aineiston havaintojen esiintyvyyksien hahmottamiseksi vastaajien keskuudessa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusperinne ei ole tämän tutkimuksen kanssa ongelmaton. Fenomenologis-hermeneuttinen tieteenperinne sisältää ajatuksen siitä, että määrällisen ja laadullisen tiedon tai kokemuksissa ilmenevien näkökulmien yhdistäminen ei tuota ilmiöstä laajempaa tai kokonaisvaltaisempaa kuvaa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 6.5). Koen

kuitenkin mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden ilmiön kokonaisvaltaisen tarkastelun edellyttävän eri toimialojen ja ammattien näkökulmia. Koen myös, että määrällisen tutkimuksen keinona kvantifioiminen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006) auttaa hahmottamaan tutkittavaa ilmiötä paremmin.

3.3 Aineiston tuottaminen ja kuvailu

Tutkimuskysymyksiin vastatakseni olen kerännyt sähköisellä kyselyllä aineiston kehitysvammaisten ihmisten kanssa työskenteleviltä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta. Aineiston keräsin yhdeltä hyvinvointialueelta, joka toimi myös tutkimuksen maantieteellisenä kontekstina. Hyvinvointialue, jossa kysely toteutettiin, on väestömääränsä suhteen merkittävä, maantieteellisesti laaja ja se koostuu keskuskaupungin lisäksi useista eri kokoisista lähikunnista ja kaupungeista.

Keräsin tutkimuksen aineiston neljän viikon aikana kehitysvammaisten potilaiden tai asiakkaiden kanssa hyvinvointialueella työskenteleviltä sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiltä anonyymin sähköisen lomakekyselyn avulla alkuvuodesta 2026. Välitin kyselylinkkiä kutsuineen sähköpostitse suoraan organisaation palvelualuejohtajille, jotka taas välittivät linkkiä ja kutsua eteenpäin työntekijöilleen. Helpon välitettävyyden ansiosta lomakekysely soveltui tiedonkeruun metodiksi hyvin, koska tarkoituksena oli kerätä vastauksia erilaisilta ryhmiltä eri puolilta hyvinvointialueorganisaatiota. (Braun ym. 2021, 643.) Lomakekysely myös mahdollisti ammattilaisille joustavan tavan osallistua tutkimukseen haluamanaan ajankohtana työpäivän aikana. Kyselyvastauksia tuli lopulta 53. Yksi vastauksista oli tyhjä ja kahdessa ilmoitettiin, ettei haluta osallistua tutkimukseen, jolloin hyödynnettävissä olevia sisällöllisiä vastauksia oli 50.

Kuvatun prosessin kautta tuotettua aineistoa voidaan kutsua mukavuusotannaksi tai näytteeksi perusjoukosta. Tuotettu aineisto on mukavuusotanta, sillä kyselyyn osallistuttiin oman mielenkiinnon pohjalta ja kyselyyn vastaajien valintaa rajattiin lähinnä kohdentamalla kyselyä tiettyihin hyvinvointialueen toimialoihin johtoportaan kautta. Toimialojen sisällä kyselyyn on voinut vastata kuka tahansa, joka kokee itsensä tutkimuksen kohdehenkilöksi. Määrällisen tieteen näkökulmasta mukavuusotanta sisältää niin paljon epävarmuustekijöitä, että siitä ei voida tehdä tilastollista päättelyä tai tarkkoja laskelmia. (Heikkilä 2014, 38–39.) Tuotettua aineistoa voidaan myös kutsua näytteeksi, sillä valikoidut vastaajaryhmät on valittu satunnaisuuden sijaan harkiten. Siitäkään johtuen niiden ei voida ajatella edustavan

perusjoukkoa, josta näyte on poimittu. (Heikkilä 2014, 38–39.) Tutkimuksen tarkoituksen kannalta mukavuusotanta ja hankitun näytteen edustamattomuus suhteessa perusjoukkoon ei aiheuta tutkimustehtävän kannalta ongelmia, sillä tarkoitus ei ole tuottaa muuhun väestöön yleistettävää objektiivista tietoa. Edellä mainitut asiat on kuitenkin huomioitava määrälliseen tutkimukseen perustuvaa tarkastelua toteutettaessa.

Keräsin vastauksia ensinnäkin vammaissosiaalityöstä, joka sisältää vammaispalveluiden osaamiskeskuksen sekä asiakasohjauskeskuksen. Vammaissosiaalityö, jossa työskentelee paitsi sosiaalityöntekijöitä myös palveluohjaajia, on hyvin läheisessä roolissa monien kehitysvammaisten henkilöiden palveluverkostossa. Vammaissosiaalityössä muun muassa koordinoidaan etenkin paljon tukea ja paljon palveluja tarvitsevien kehitysvammaisten henkilöiden palvelukokonaisuuksia. Vammaissosiaalityöllä on hyvä näkymä kehitysvammaisen henkilön arkeen, mutta myös mahdollinen aktiivinen rooli mielenterveyspalveluihin hakeutumisessa.

Tavoittelin vastauksia myös alueellisista vammaispalveluista, kuten asumisen palveluista sekä ohjauspalveluista. Asumispalvelut sekä ohjauspalvelut ovat tiiviisti kehitysvammaisten henkilöiden arjessa mukana käytännön asioissa apuna, mutta myös palveluihin hakeutumisessa. Vammaispalveluiden alaisuuteen kuuluu myös tutkimus-, kuntoutusarvio- sekä vaativan tuen palveluja tuottava kehitysvammapalveluiden osaamiskeskus, jossa työskentelee niin terveydenhuollon ja kuntoutuksen, kuin sosiaalityön ammattilaisia. Kehitysvammapalveluiden osaamiskeskus on enemmän tai vähemmän läsnä kehitysvammaisten henkilöiden palveluverkostossa.

Perhe- ja aikuisten sosiaalipalveluista vastauksia keräsin aikuisten perustason- sekä erityispalveluista, jotka sisältävät mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä asumispalveluita. Perhe- ja aikuisten palvelut ovat usein läsnä lievemmin kehitysvammaisten henkilöiden palveluverkostossa. Kyseiset palvelut sosiaalihuollon mielenterveyspalveluista vastaavana tahona ovat myös hyvässä asemassa havainnoimaan kehitysvammaisten henkilöiden pääsyä omien palveluidensa piiriin.

Terveydenhuollosta keräsin vastauksia perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluista sekä psykiatrian erikoissairaanhoidosta, joka sisältää osastohoidon-, avohoidon- sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian osaamiskeskuksia. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido tuottavat tässä tutkimuksessa tarkasteltavia mielenterveyspalveluita, joten ne ovat tärkeässä asemassa tutkimuskysymykseen vastaamisessa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon äänen

kuuluvuus tutkimuksessa on myös olennainen täydennys sosiaalihuollon palveluja edustaville ammattilaisille.

Vammaisten- ja kehitysvammaisten ihmisten yhteiskunnallisen aseman kannalta olisi ollut ensisijaista kerätä aineisto heiltä itseltään, mutta kehitysvammaisten asiakkaiden ja potilaiden haastattelemineen olisi ollut eettisistä, vuorovaikutuksellisista sekä tietoturvakysymyksistä ja -vaatimuksista johtuen haasteellista. Ammattilaisten haastattelemisessa on toisaalta myös etunsa. Ammattilaiset ovat työkokemuksensa ja asiakaskohtaamisten myötä hyvin tietoisia kehitysvammaisten ihmisten palveluverkostosta, palveluverkoston piirteistä, mutta myös kehitysvammaisten henkilöiden arjen sujuvuudesta. Sen ansiosta kehitysvammaisten ihmisten lähellä työskentelevät ovat relevantissa asemassa tuottamaan tietoja tutkimuskysymyksiini liittyen.

Aineiston tuottamista ohjasi edellä kuvaamani pragmaattisen paradigman mukainen käytäntölähtöinen ajattelu (Åkerblad & Seppänen-Järvelä 2024, 2.2). Muun muassa kysely aineistonkeruumetodina, kysymysten muotoilu ja kyselyn kohdentaminen tiettyihin organisaatioihin hyvinvointialueella olivat valintoja, jotka perustuivat pyrkimykseeni saada mahdollisimman käyttökelpoista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Toimivien valintojen tekemistä ohjasi myös työkokemukseni kautta muodostamani tietämys käytännön kontekstista. Käytännön kokemukseni ohjasi etenkin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialojen valintoja tutkimukseen osallistumiseen. Kokemukseni mukaan toimialat eivät ole täysin tietoisia siitä, millaista työtä muilla toimialoilla tehdään, joten he tuskin kykenevät puhumaan toisen toimialan puolesta. Kyky hahmottaa mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta rajoittuu useimmiten oman toimialan roolin rajoihin palveluihin hakeutumisprosessissa ja harva ammattilainen on mukana prosessin jokaisessa vaiheessa. Siispä mahdollisimman kokonaisvaltaisen kuvan muodostamiseksi mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta täytyi tutkimukseen osallistaa vastaajia ilmiön eri puolilta. Vastaavaa tutkimusaineiston moniäänisyyttä kutsutaan tutkimusaineistoon liittyväksi triangulaatioksi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 6.5 Triangulaatio). Erilaisten triangulaatiokeinojen kautta ei tavoitella konsensusta havainnoista, vaan pyritään paikantamaan havaintoja, joista mahdollisimman laajasti ollaan yksimielisiä (mt., 6.5 Triangulaatio).

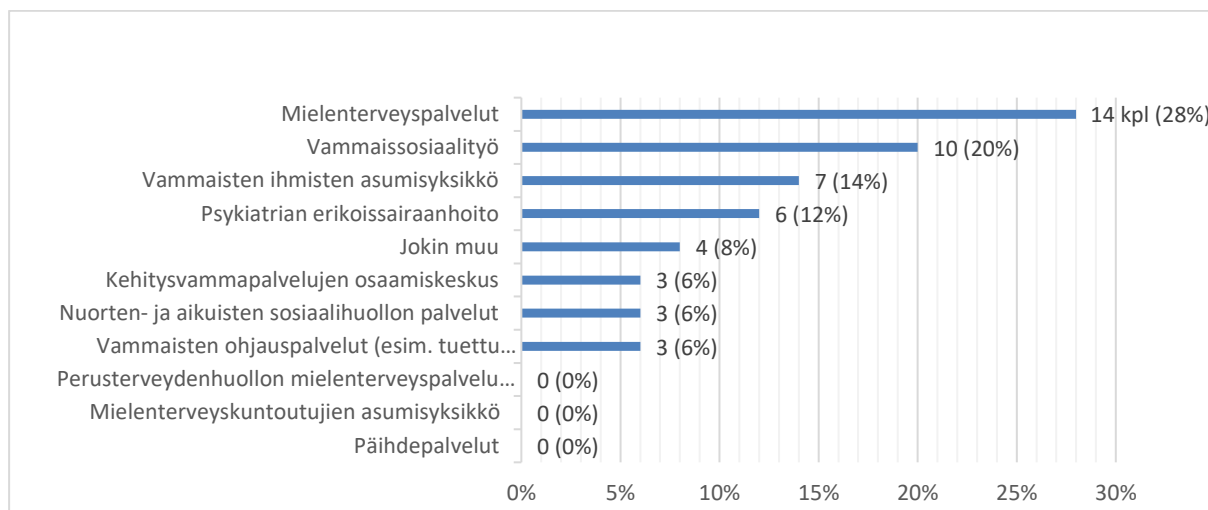
Hyvinvointialueen yhteyshenkilöiden kautta välitettävien kyselylinkin ja lyhyen kutsutekstin (liite 3) lisäksi välitin yhteyshenkilöille myös infokirjeen (liite 1) sekä lyhyemmän version samasta infokirjeestä (liite 2), joita oli mahdollista hyödyntää tiedonvälittämisessä tutkimuslinkin rinnalla. Kysely alkoi kertauksella tutkimuksessa tapahtuvasta tietojen käsittelystä sekä

kysymällä suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Kyselyn ensimmäisellä sivulla olevan linkin välityksellä oli mahdollista tarkistaa tutkimuksen tietosuojaseloste. Kyselyn alussa oli aiemmin mainittu lyhyt versio infokirjeestä (Liite 2), jossa lyhyesti esiteltiin ja taustoitettiin tutkimusta. Seuraavana kyselyssä oli taustatietojen keräämistä varten monivalintakysymyksiä. Taustatietokysymykset koskivat vastaajan nykyisen palvelussuhteen kestoa, työtehtävässä hyödynnettävää tutkintoa, kehitysvammaisen asiakkaan/potilaan kanssa työskentelyn säännöllisyyttä sekä työskentelyn säännöllisyyttä kehitysvammaisen asiakkaan/potilaan kanssa, jolla on myös mielenterveyshäiriö. Taustatietoja kerättiin, jotta ymmärretään mistä toimialueelta ja työtehtävästä vastauksia on saatu. Samalla mahdollistuu vastausten vertailu eri taustatietojen perusteella. Tarkempia tausta- tai henkilötietoja ei kysytty kyselyssä.

Taustatietojen jälkeen kyselyssä oli avoimia kysymyksiä koskien mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta kehitysvammaisille ihmisille, toimialojen välistä yhteistyötä, kehitysvammaisiin asiakkaisiin suhtautumista, huonon saavutettavuuden seurauksia kehitysvammaisille ihmisille sekä palvelujärjestelmän kehitysehdotuksia. Saavutettavuutta koskevien kysymysten oli tarkoitus kartoittaa ammattilaisten käsityksiä ja kokemuksia mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden nykytilanteesta suhteessa kehitysvammaisiin henkilöihin. Kehitysvammaisiin asiakkaisiin suhtautumista kysyttiin, jotta voidaan kartoittaa ammattilaisten näkemyksiä kehitysvammaisten asiakkaiden asemasta palvelujärjestelmässä. Kysymällä saavutettavuuden haasteista on mahdollista selvittää ammattilaisten konkreettisia näkemyksiä palvelujärjestelmän saavutettavuuden heikkouksista, sekä sen vaikutuksista kehitysvammaisten ihmisten elämiin. Kyselyn kysymykseen vastaaminen ei ollut pakollista, eli vastaajat pystyivät jättämään vastaamatta mihin tahansa kysymykseen. Kaikki vastaajat eivät vastanneetkaan kaikkiin kysymyksiin.

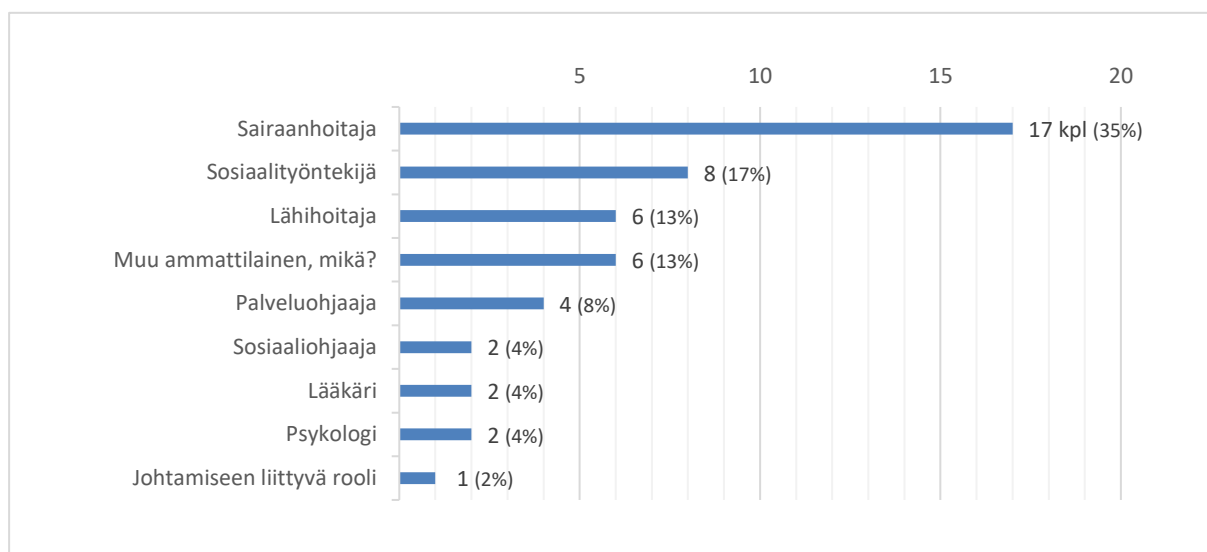
En avannut kyselyn alussa saavutettavuus-sanana määritelmää ennen avoimia kysymyksiä, sillä jo kyselyn avoimien kysymysten määrä herätti epävarmuutta siitä, kuinka hyvin ammattilaiset jaksavat vastata kyselyyn. Saavutettavuus-sanana määrittely olisi voinut kuormittaa vastaajia enemmän, kun he joutuvat miettimään kuinka soveltuva annettu määritelmä on heidän omiin käsityksiinsä. Arvioin, ettei tästä kuitenkaan pitäisi aiheutua ongelmia tutkimuksessa hyödynnettävän Vanjusovin (2022) saavutettavuuden määritelmän kanssa. Kuten toin esiin saavutettavuutta määrittelevässä alaluvussa, hyödynnettävä saavutettavuuden määritelmä on yleisluontoinen ja todennäköisesti yhdenmukainen sosiaali- ja terveydenhuollon vastaajien käsityksen kanssa.

Vastaajilla kului koko kyselyyn vastaamiseen keskimääräisesti 13 minuuttia. Osa vastaajista oli vastannut lyhyesti esimerkiksi todeten saavutettavuuden olevan x, mutta aineistossa oli myös paljon pitkiä kuvailevia vastauksia. Vastauksien pituudesta ja sisällöstä oli tulkittavissa, että mielenterveyspalveluita kehitysvammaisten henkilöiden kohdalla oli mietitty entuudestaan ja saavutettavuuden aihe ei ollut vastaajille tuntematon.



Kuva 1. Vastaajien (n=53) toimialuejakauma

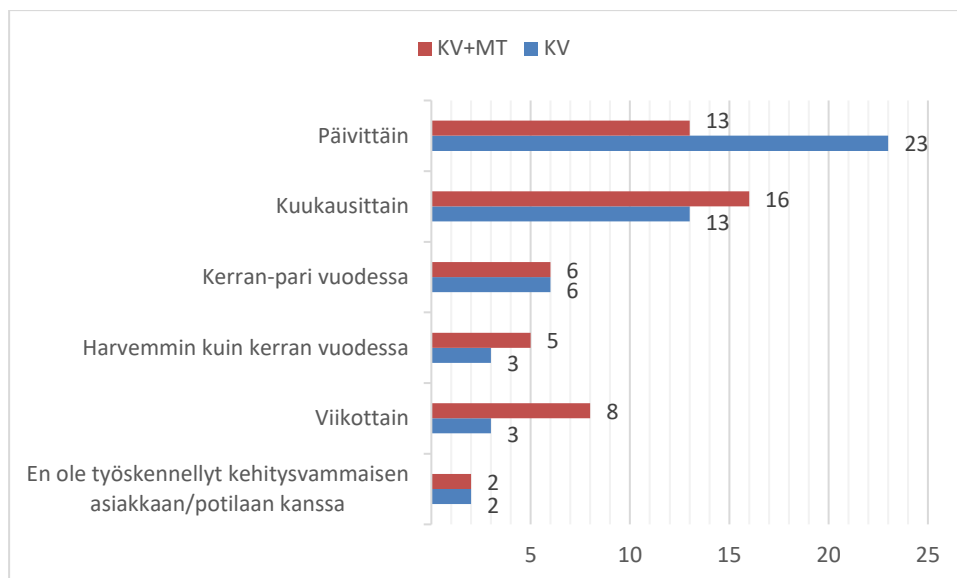
Kuviossa 1 nähdään, mihin toimialoihin kyselyyn vastanneet henkilöt ilmoittivat kuuluvansa. Määrällisesti eniten vastauksia tuli mielenterveyspalveluista (28 %), vammaissosiaalityöstä (20 %), vammaisten ihmisten asumisyksiköistä (14 %) sekä psykiatrian erikoissairaanhoidosta (12 %). Pienempiä vastausosuuksia tuli myös muilta toimialoilta. Kaikkia vaihtoehtoisiksi määriteltäviä toimialueita kyselyssä ei tavoitettu, mutta pääosin voidaan kuitenkin tulkita vastaajien sijoittuvan tavoitellusti eri puolille sosiaali- ja terveydenhuollon kenttää.



Kuva 2. Vastaajien (n=48) työnkuvajakauma

Kuviossa 2 on nähtävissä, kuinka vastaajat ilmoittivat työnkuvansa. Määrällisesti merkittävimmät työtehtävät vastaajien keskuudessa ovat sairaanhoitaja (35 %) ja sosiaalityöntekijä (17 %). Kaikki kyselyssä nimetyt työtehtävät on tavoitettu vähintään yhdellä vastaajalla. Muu ammattilainen-valinnan tehneet vastaajat ilmoittivat työtehtäväkseen toimialuekohtaisen ohjaajanimikkeen tai kehitysvammaishoitajan. Joitakin ammattikuntia, kuten lääkäreitä ja psykologeja, tavoitettiin määrällisesti melko vähän. Suhteutettuna ammatinharjoittajien arvioitavaan kokonaismäärään vähäisempikin osallistujamäärä on hyvä. Lisäksi määrällisesti heikommin edustettujen ammattikuntien edustajat kirjoittivat kyselyn avokysymyksiin suhteellisen pitkiä vastauksia, mikä toisaalta kompensoi jossain määrin aineistoa pienemmän vastaajaryhmän osalta.

Kyselyssä kolme vastaajaa valitsi kohdan ”muu ammattilainen” ja kuvasivat työskentelevänsä työ- ja toimintakeskuksessa. Kutsu kyselyyn vastaamiseen välittyi kyseisille ammattilaisille, sillä tutkimuslupahakemukseen valikoituneeseen alueellisiin vammaispalveluihin sisältyivät myös työ- ja toimintakeskukset. Työ- ja toimintakeskuksen ohjaajat ovat parhaimmillaan tekemisissä joka arkipäivä kehitysvammaisten henkilöiden kanssa ja he ovat tiiviisti mukana heidän palveluverkostossaan. Ohjaajat ovat hyvin tietoisia toiminnassa käyvien asiakkaiden tilanteista ja hyvinvoinnista. Tulkiten työnkuvajakauman perusteella kyselyn onnistuneen eri ammattikuntien työntekijöiden tavoittamisessa.



Kuva 3. Työskentelyn säännöllisyys kehitysvammaisten asiakkaiden kanssa (Kuviossa KV:lla viitataan kehitysvammaisen asiakkaan kanssa työskentelyn säännöllisyyteen ja KV + MT:llä mielenterveyshäiriön omaavan kehitysvammaisen asiakkaan kanssa työskentelyn säännöllisyyteen)

Kuviossa 3 näkyy vastaajien työskentelyn säännöllisyys kehitysvammaisten asiakkaiden kanssa, sekä niiden kehitysvammaisten asiakkaiden kanssa, joilla on mielenterveyshäiriö. Vastaajista suurin osa, eli 23 (46 %) ilmoitti työskentelevänsä päivittäin kehitysvammaisten asiakkaiden kanssa. Mielenterveyshäiriön omaavien kehitysvammaisten asiakkaiden kanssa vastaajat työskentelivät useimmiten kuukausittain. Kyselyn vastaajien voidaan näin ollen sanoa työskentelevän säännöllisesti kehitysvammaisten henkilöiden kanssa. Vastaajista vain 11 ilmoitti työskentelevänsä kehitysvammaisten henkilöiden kanssa kerranpari vuodessa tai harvemmin.

Ennen aineistoanalyysin aloittamista kävin kyselyistä saadut vastaukset läpi aineistonhallintasuunnitelman mukaisesti, jolloin varmistin vastausten anonymiuden sekä mahdollisesti vastauksissa mainittujen henkilöiden, tilanteiden ja organisaatioiden tunnistamattomuuden. Aineiston käsittelyn ja analysoimisen alkaessa kysely ei ollut vielä sulkeutunut, vaan anonymisoin ja lisäsin uudet vastaukset käsittelemääni Excel- tiedostoon manuaalasti. Tallensin kyselyalusta Webropolin laatimat kyselyraportit tietokoneelleni Excel-tiedostoina. Salasanalauksien lisäämisen jälkeen kävin läpi aineiston anonymisoinnin näkökulmasta. Esimerkiksi hyvinvointialueen tai organisaation nimet korvasin hakasulkeisiin laitettuna yleisluontoisena kuvauksena. Esimerkiksi hyvinvointialueen nimen korvasin "[Hyvinvointialue]". Korvauksissa käytin Excelin automaattista sanojen etsintä- ja korvaustyökalua, mutta tarkistin lopullisen aineiston manuaalisesti. Tämän vaiheen jälkeen

aineisto tai sen varmuuskopiot eivät sisältäneet enää mitään kirjallista tietoa, joista voisi tunnistaa henkilöitä, tilanteita tai organisaatioita. Hyvinvointialueen nimittämän tutkimusvastuuhenkilön mukaan muutamia vähemmän yleisten työtehtävien edustajia voisi olla mahdollista tunnistaa vastaajien keskuudesta yhdistelemällä taustatietoja. Kyseisten vastaajien anonymisoinnista huolehdin myös raportointivaiheessa jättämällä taustatiedot pois sitaateista. Sitaitteja varten muokkasin vastauksista korkeintaan kirjoitusvirheitä, ja nekin siten että vastauksen sisältö säilyi muuttumattomana. Järjestelin ja siistin aineistoa piilottamalla tai poistamalla tarkasteltavasta taulukosta epäolennaisia vastauksia tai tietoja. Piilotetut tiedot olivat aina palautettavissa näkyviin ja tarkasteltavat vastaustiedot jäljitettävissä oikean vastaajan taustatietoihin.

Aineistonhallintasuunnitelman mukaisesti aineiston varmuuskopiointia ja tarvittavaa siirtoa varten hankin uuden muistitikun, johon lisäsin Windowsin käyttöjärjestelmän oman bitlocker-salanasalauksen ja säilöin muistitikunsuojauksen palautusavaimen turvalliseen suojattuun paikkaan. Aineiston eheyden turvaamiseksi säilytin tutkimuksen ajan kopioita edellä mainitulla muistitikulla sekä salanasuojatulla pöytäkoneella ja kannettavalla tietokoneella. Edeltävät suojaustoimenpiteet pätevät kaikissa laitteissa. Kun salanasuojatut varmuuskopiot aineistosta oli turvattu, hävitin muut kyselyyn liittyvät tiedostot tietokoneilta, sekä myös kyselyn vastauksineen Webropol-palvelusta. Tutkimuksen valmistuttua kaikki tutkimukseen liittyvä tieto poistettiin laitteilta.

3.4 Analyysimenetelmät ja aineistoanalyysin toteutus

Kyselystä saaduista vastauksista tuotettiin aineisto, jota tarkastellaan monimenetelmällisesti laadullisen ja määrällisen tutkimuksen metodein. Laadullisen tutkimuksen metodiksi tarkentui teoriaohjaava sisällönanalyysi fenomenologis-hermeneuttisesta epistemologisesta lähestymistavasta käsin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 1.3.3). Tutkimuksessa tarkastellaan aineistoa fenomenologis-hermeneuttisesta näkökulmasta siinä todellisuudessa, jossa kukin ihminen työskentelee ja millaiseen ammatilliseen elämäntodellisuuteen hän kuuluu. Koska jokaisella vastaajalla on oma yhtä aito tutkittava todellisuus, kysymys ei ole siitä, ovatko tutkittavan kokemukset ja näkemykset tosia, vaan miten vastaajat ymmärtävät kokemuksiaan sekä millaisen merkityksen asiat saavat hänen elämässään (Jokinen 2021, Näkökulmat ja paradigmat).

Määrällisen tutkimuksen näkökulmasta analyysimenetelmäksi valikoitui kvantifiointi eli aineistossa ilmenevien teemojen ja havaintojen esiintyvyyksien laskeminen lukuina ja prosentteina (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006), mikä sopii hyvin havaintojen laajuuden havainnollistamiseen (Heikkilä 2014, 144). Tutkimuksessa integroidaan metodologisesti eli nivotaan yhteen kokemuksen tulkintaa sekä määrällistä tietoa havaintojen esiintyvyydestä (Åkerblad & Seppänen-Järvelä 2024, 1.1) tarkastelemalla paitsi kokemusten sisältöjä ja merkityksiä myös kokemuksissa toistuvien ilmiöiden esiintyvyyttä sekä niiden mahdollisia yhteyksiä taustatietoihin sekä tutkittavaan ilmiöön. Toteutan määrällisen ja laadullisen tutkimuksen integroinnin samanaikaisesti tulosten raportoinnissa ja tulkinnassa.

Kokemusten tutkimukselle osin poikkeavasti hyödynnän formaaliksi teoriaksi verrattavaa Vanjusovin (2022) saavutettavuuden määritelmää analyysin ohjauksessa. Verraten substanssiteorioihin, jotka pyrkivät kuvaamaan sisällöllisesti yksittäisiä ilmiöitä, formaaliteoriat ovat abstraktimpia ja toimivat yleisempinä selitysmalleina ja tulkintakehikoina ilmiöiden lähestymisessä (Juhila 2021). Formaalin teorian tavoin Vanjusovin (2022) muodostama saavutettavuuden määritelmä tarjoaa tutkittavan ilmiön tarkasteluun soveltuvan mallin pilkkomalla saavutettavuuden pienempiin ulottuvuuksiin. Teorian rooli analyysissä on Tuomen ja Sarajärven (2018) esittämän teoriaohjaavan analyysin määritelmän mukainen, eli analyysi ei pohjautu suoraan teoriaan, mutta teoria toimii apuna huomion kohdentamisessa ja analyttisessä pohdinnassa aineistoa tarkastellessa (mt. 4.2).

Aloitin aineiston tarkastelun luonnostelemalla tutkimuskysymyksien pohjalta analyttisiä kysymyksiä, kuten "mitä saavutettavuuden ongelmia vastauksissa nousee esiin", jonka jälkeen korostin aineistosta kaikki saavutettavuuden haasteiden kuvaukset punaisella. Korostuksista jätin pois pelkät toteamukset esimerkiksi saavutettavuuden heikkoudesta ja merkitsin vain selkeät sisällölliset kuvaukset haasteiden luonteesta. Vastaavasti "miten saavutettavuus koetaan" mukaisesti merkitsin kokemukset saavutettavuudesta sinisellä. Korostettavia kohtia eli tutkimuskysymyksiin vastauksia tuottavia aineistohavaintoja oli jokaisen kyselyn kysymyksen vastauksissa. Korostuksien myötä analysoitavasta aineistosta rajautui kuitenkin pois kaksi vastausta, jotka eivät sisältäneet ollenkaan tutkimuskysymyksiin sisällöllisiä vastauksia tuottavia tietoja. Poisrajautuneet vastaukset olivat suppeita ja vastaajat kertoivat, ettei heillä ollut tutkittavaan ilmiöön liittyviä kokemuksia. Tarkasteluun siirtyi siis 48 vastausta.

Korostettuani vastauksista saavutettavuuden haasteiden kuvaukset sekä kokemukset saavutettavuudesta, siirsin korostetut vastaukset erilliselle välilehdelle. Jos yhdeltä vastaajalta oli useita korostettuja vastauksia, ryhmittelin ne samaan soluun taulukossa. Pidin vastausten

rinnalla tiedot vastaajan toimialasta ja työtehtävästä taulukon lajittelua ja tietojen vertailua varten. Lisäsin vastausten rinnalle sarakkeet sekä aineistosta että Vanjusovin (2022) saavutettavuuden määritelmästä muodostetuille koodeille. Tarkasteltavista mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden haasteista tai saavutettavuuden kuvauksista nousi esiin 15 toistuvaa havaintoa, joille määrittelin koodit. Toistuvat havainnot käsittelivät esimerkiksi resurssipuutetta tai jonkinlaista havaittua osaamisen puutetta. Pääsääntöisesti koodatut asiat olivat peräisin aineistosta, mutta sisällytin koodaukseen ja aineistosta havainnoitavaksi myös Vanjusovin (2022) saavutettavuuden ulottuvuuksia mukaillen esimerkiksi ammattilaisten kokemukset asiakasprosessista sekä niiden pohjalta ammattilaisille syntyneet käsitykset palveluista (kokemuksellinen saavutettavuus). Koodauksen valmistuttua oli myös mahdollista seuloa ja järjestellä vastauksia koodien, toimialojen ja työtehtävien mukaan. Taulukkoon määritelty komento laski automaattisesti, kuinka monessa vastauksessa koodit ilmenivät.

Järjestelin kirjoitettavaan tutkimusraporttiin koodien alle niitä kuvaavia sitaatteja vastauksista. Havaintojen välisiä yhteyksiä ja vuorovaikutusta hahmottelin kokoamalla koodeja ja havaintoja ajatuskarttaan. Havainnoista muodostui ajatuskarttaan sijoitettuna aluksi neljä laajempaa teemaa: kehitysvammaisiin asiakkaisiin-, työntekijöihin-, järjestelmään - sekä resurssipuutteeseen liittyvät haasteet. Myöhemmässä vaiheessa jalostin teemat paremmin toimiviksi kokonaisuuksiksi: asiakkaisiin, työntekijöihin ja organisaatioon, sekä rakenteisiin liittyviksi haasteiksi. Taulukossa 1 on havainnollistettu, kuinka aineisto-otteista on muodostettu koodeja ja koodikokonaisuuksista teemoja.

Taulukko 1. Esimerkki analyysin etenemisestä aineistohavainnoista koodeihin ja koodeista teemoihin

Aineisto-otteet	Koodit	Teema
Suurin heikkous on mielestäni se, että haasteita kehitysvamman takana ei huomata/ osata hoitaa oikealla tavalla.	OsPuutKV = Osaamisen puute kehitysvammaisuuteen liittyen	Työntekijöihin liittyvät haasteet
Meitä työntekijöitä ei kuulla tarpeeksi eikä mielenterveyspalveluista löydy mielestäni osaamista kohdata ja auttaa kehitysvammaisia asiakkaita.		
Saavutettavuus voi olla vaikeampaa vammaisella, kun osaaminen rajallista kehitysvammoihin liittyen.		
Suurin heikkous on mielestäni se, että haasteita kehitysvamman takana ei huomata/ osata hoitaa oikealla tavalla.	DV = Diagnostinen varjostus (kaksoisdiagnoosi)	
Liian usein katsotaan, että kehitysvammaisuus on kaiken kattava diagnoosi, mutta usein lievällä kv-asiakkaalla voi olla monta eri haastetta/diagnoosia, mt, päihde ym.		

Yleisluontoinen kokemus mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta oli kartoitettavissa aineistosta määrällisesti. Tarkastelin tässä yhteydessä aineiston koodeja laskien, ovatko sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemukset kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta enemmän kielteisiä vai myönteisiä. Kartoitusta tehdessäni keskitin huomioni kysymyksen "Millaisena koet mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden kehitysvammaisten henkilöiden näkökulmasta" vastauksiin. Laskin vastauksista myönteisiksi tai kielteiseksi vain sellaiset vastaukset, jossa vastaajat ovat itse selvästi kuvanneet kokemustaan saavutettavuudesta myönteisenä tai kielteisenä esimerkiksi adjektiivein.

Kyselyssä kerättyjä kokemuksia saavutettavuuden haasteiden seurauksista aloin käsittelemään luomalla ensin kopion Excel-sivusta, jossa oli kaikki tähän teemaan liittyvät vastaukset sekä vastaajien taustatiedot. Merkitsin tämän jälkeen sivulla ne solut, joissa kuvattiin jotakin mielenterveyspalveluiden heikosta saavutettavuudesta kehitysvammaiselle henkilölle aiheutuvaa seurausta. Olennaiset solut merkittyäni, poistin taulukosta kaikki muut solut. Jäljelle jäi 39 solua, jotka sisälsivät kuvauksia saavutettavuuden haasteista aiheutuvista

seurauksista sekä vastaajien taustatiedot vertailua varten. Aloin käymään soluja systemaattisesti läpi ja poimimaan niistä toistuvia havaintoja, kokemuksia ja toteamuksia saavutettavuuden haasteiden seurauksiin liittyen. Sen jälkeen ryhmittelin samankaltaiset havainnot yhteen Word-tiedostoon, missä kirjoitin niiden analyysin auki.

Palveluiden kehitysehdotuksia tarkastelin vastaavasti kuin saavutettavuuden haasteiden seurauksia. Kopioin vastaussivun (Excel), merkitsin olennaiset solut ja poistin loput. Olennaisia soluja valikoin kehitysehdotuksia koskevan kysymyksen vastauksista, mutta myös muualta vastauksista, joissa puhuttiin kehittämistarpeista tai -ehdotuksista. Tarkasteluun valikoitui 38 solua. Keräsin toistuvia havaintoja ylös, jonka jälkeen ryhmittelin Word-tiedostoon sitaattit samankaltaisuuden perusteella.

Kehitysvammaisten henkilöiden sekä mielenterveyshäiriön omaavien kehitysvammaisten henkilöiden kanssa työskentelyn säännöllisyyttä tarkastelin muuttamalla monivalinta-vastaukset (esim. ”päivittäin”, ”kuukausittain”) numeroiksi. Numeroista oli mahdollista laskea toimialoittain keskiarvo eli se, kuinka säännöllisesti yksikössä keskimääräisesti työskennellään kehitysvammaisten henkilöiden kanssa. Esimerkiksi mielenterveyspalveluiden työntekijät työskentelivät mielenterveyshäiriön omaavan kehitysvammaisen asiakkaan kanssa keskimäärin kerran-pari vuodessa (yksikön keskiarvo 3,07 pyöristettynä lähimpään on 3. 3 = kerran pari vuodessa, 4 = kuukausittain).

Vastaavalla tavalla selvitin myös mielenterveyspalveluiden sekä kaikkien toimialojen kokemusten säilyttyneisyyttä suhteessa vastaajan työsuhteen pituuteen. Koodasin kokemusten sävyt numeroilla siten, että 1 tarkoitti negatiivista, 2 neutraalia ja 3 positiivista. Siten oli mahdollista laskea kunkin vastauksen osuudet tarkasteltavasta kokonaisuudesta eli kaikista toimialoista tai esimerkiksi ”yli 10 vuotta” samassa työtehtävässä työskennelleistä tai mielenterveyspalveluiden toimialasta.

3.5 Tutkimuseettiset kysymykset ja tutkijan positio

Lapin yliopisto (2025) on sitoutunut Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeeseen hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausepäilyjen käsitlemisestä (2023). Lapin yliopiston opiskelijan pro gradu -työnä myös tässä tutkielmassa sitoudutaan TENK:n (mt.) ohjeeseen ja periaatteisiin. Tutkielmassa sovelletaan myös TENK:n ihmiseen kohdistuvan

tutkimuksen eettisiä periaatteita (TENK 2019), joiden avulla vältetään ja ehkäistään tutkimuksen kohteena oleville henkilöille aiheutuvia haittoja.

Eettisten periaatteiden (mt.) mukaisesti vastaajilta ennen kyselyn alkua varmistettiin tietoon ja vapaaehtoisuuteen perustuva suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Suostumuksensa osallistuja on antanut (tai jättänyt antamatta) sähköisen lomakkeen alussa ennen kyselyn alkua. Ennen suostumuksen pyytämistä vastaajille on kerrottu tieto tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä vastaajan mahdollisuuksista keskeyttää tai peruuttaa osallistumisensa tutkimukseen. Vastaajalle on myös selvennetty tutkimuksen alussa tutkimuksen sisältö, tavoitteet, mitä osallistuminen tarkoittaa sekä aineiston käsittelyyn ja hallintaan liittyvät käytännöt, kuten kerätyn tutkimusaineiston säilytystapa ja -aika.

Teetin kyselyn anonyymisti, jotta yksilöön ja henkilötietojen käsittelyyn liittyvät tietoturva- ja tietosuojariskit voidaan minimoida. Tunnistamattomuuden ansiosta työntekijöillä oli organisaatioasemastaan riippumatta mahdollisuus jakaa näkemyksiään järjestelmän toiminnasta. Huolehdin tunnistamattomuudesta myös raportoinnissa esimerkiksi tilanteissa, jossa vastaaja voisi olla tunnistettavissa taustatietojensa perusteella. Kun kyselyaineisto oli kerätty ja järjestelty Webropol-palvelusta salasanalla suojatulle kannettavalle- ja pöytätietokoneelleni, poistin vastaustiedot webropolista. Tietokoneiden paikallismuistin lisäksi pidin aineistosta varmuuskopiota salanasuojatusti muistitikulla. Analyysivaiheen alkaessa tuotettu aineisto oli täysin anonyymi. Tutkielman valmistuttua aineisto ja varmuuskopiot poistetaan omilta tietokoneiltani sekä muistitikulta.

Tutkijan roolissa toimimiseen vaikuttaa työkokemukseni vammaissosiaalityöstä. Työsuhteideni aikana olen keskustellut kollegoiden kanssa tutkittavasta ilmiöstä, mutta en usko keskusteluiden tai työkokemukseni vaikuttavan tutkimuksen toteutukseen. Kyselyn vastauksia analysoidessani pyrin tiedostamaan ja sitä kautta ulkoistamaan omat tutkimusaihetta koskevat olettamukseni. Tiedostan esimerkiksi sen, että saatan helpommin kokemusteni kautta samaistua vammaissosiaalityön näkökulmiin aineistossa. Toteuttaakseni tutkimusta eettisesti onkin välttämätöntä suhtautua kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimialoja edustaviin vastauksiin tasa-arvoisesti ja kaikkea tietoa arvostaen (Vuori 2021, Tutkimusetiikka ihmistieteissä). Työkokemuksestani on myös hyötyä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkon järjestäytymisen sekä vammaissosiaalityön käytännön ymmärryksen kautta.

Vuori (2021) kuvailee ihmistieteiden tutkimusetiikkaan liittyen vahingon välttämisen lähtökohtaa ja kuinka tutkijan tulee olla käyttämättä asemaansa tai tuloksiaan siten, että niistä olisi haittaa

esimerkiksi tutkittaville ihmisille. Vahingon välttämisen periaatteiden mukaisesti olen tehnyt toimia tutkittavien henkilöiden sekä organisaatioiden suojaamiseksi mahdolliselta vahingolta, erityisesti anonymisoinnin kautta. Siitä huolimatta tutkimukseni lähtökohtana oleva palvelujärjestelmään ja väistämättä myös siinä toimiviin ammattilaisiin kohdistuva kriittinen tarkastelu voi tuottaa mahdollisia kokemuksia vahingoista tai haitoista. Palvelujärjestelmän kriittinen tarkastelu voi tuoda esiin havaintoja esimerkiksi epäsovivista toimintakäytännöistä, jolloin niiden esiin tuominen voidaan kokea epämieluisana ja niihin puuttuminen voi aiheuttaa lisätöitä ja kuormitusta. Tehdyn anonymisoinnin vuoksi arvioin kuitenkin, ettei tutkimus tuota yksittäisille ammattilaisille tai organisaatioille haittaa. Toimintakäytäntöjen muuttamiseen liittyvää epämutkavuus voi olla mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden toteutumisen kannalta hyväksyttävä haitta.

Tiedostan myös, kuinka tutkimusidean muodostumiseen on vaikuttanut paitsi oma työkokemukseni myös kehitysvammaisten ihmisten mielenterveyspalveluista tehty uutisointi (mm. Ronkainen, Yle 2025; Mäntymaa, Yle 2024; Karppinen, Yle 2023). Kehitysvammaisten palveluista ja hoidosta tehty uutisointi on ajoittain ollut hyvinkin yksipuolista, sillä terveydenhuollon tai sosiaalihuollon toimijat eivät pysty kommentoimaan tai vastaamaan yksittäistapauksissa esitettyihin väitteisiin salassapitovelvollisuudesta johtuen.

Tutkimuksen vaikuttavuuden kannalta on tärkeää kiinnittää huomiota tutkimuksen raportoinnin sävyyn ja tyyliin. Mielenterveys- ja muiden palveluiden mahdollista vastakkainasettelua olen pyrkinyt välttämään kutsumalla eri aloja edustavia työntekijöitä osallistumaan tutkimukseen. Tutkielmassa pyrin rakentamaan sävyyn hyödyntäen eri alojen ammattilaisten osaamista yhteisen ongelman ratkaisemiseksi ja palveluiden kehittämiseksi. Tutkimuksen rakentavaa ja positiivisesti kehittävää vaikutusta olen pyrkinyt tukemaan myös kysymällä kyselyssä kehittämisehdotuksia mahdollisiin saavutettavuuden haasteisiin sekä mielenterveyspalvelun saavutettavuuden nykyisiä vahvuuksia.

Tutkimuksellani on tasa-arvoa ja etenkin kehitysvammaisten ihmisten oikeuksia ja asemaa ajava tarkoitus. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen toteuttamisella tavoitellaan kehitysvammaisten ihmisten yhteiskunnallisen aseman ja oikeuksien toteutumisen paranemista. Tasa-arvon edistäminen ja sortamattomuuteen pyrkiminen edellyttää itseltäni tutkijana valta-asetelmien ja sortavien rakenteiden tiedostamista yhteiskunnassa, tutkimusilmiön kontekstissa sekä tutkimuksessa itsessään. Tutkijana olen itse valta-asetelmassa tutkittavia henkilöitä kohtaan, joka tässä tutkimuksessa tarkoittaa sekä kehitysvammaisia ihmisiä että heidän kanssaan työskenteleviä ammattilaisia. Olen käyttänyt

kyseistä tutkijan valtaa esimerkiksi valitessani olla haastatteleminen kehitysvammaisia ihmisiä. Tästä näkökulmasta tutkimukseni ei edistä kehitysvammaisten ihmisten äänen kuulumista tieteessä, mutta tutkimusaihe on valittu ja tutkimus toteutettu kehitysvammaisten ihmisten oikeuksien ja tasa-arvoisen kohtelun toteutumisen edistämiseksi.

Yhteiskunnassa vammaisten ihmisten asemaan vaikuttaa kauaskantoinen vammaisten syrjinnän historia ja sen nykypäivässäkin vaikuttava perintö. Esimerkkinä tästä toimii vammaisuutta lääketieteellistävä kulttuuri ja ajatus vammaisuudesta normaalista poikkeavana huonompana tilana (Vehmas 2005). Vammaisuuteen liittyvää syrjintää pyrin purkamaan muun muassa hyödyntämällä vammaisuutta määritellessäni myös vammaisuuden sosiaalista mallia.

Vammaisuuden sosiaalisen mallin mukaisesti kohdistan tarkastelua yksilön toimintakyvyn rajoitteiden sijasta yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän puutteellisiin ja sopimattomiin rakenteisiin kehitysvammaan liittyviä tarpeita kuitenkin sivuuttamatta. Käytän tutkimuksessani myös syrjimätöntä kieltä, eli vältän häiriö-puhetta, uhriuttamista tai ihmisiin viittaamista heidän diagnooseillaan (Vainikainen 2022). Häiriö-puhe ja kielellisesti tapahtuva uhriuttaminen vastuuttavat yksilöä toimintakyvystään ja hälventävät yhteiskunnan ja ympäristön vastuuta toimintakyvyn oletuksista ja vammauttavista piirteistä (Vainikainen 2022, 57; Vehmas 2005, 109, 116, 120).

4 Tutkimuksen tulokset: Kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuus

4.1 Mielenterveyspalveluiden saavutettavuus

Kartoitin aineistosta määrällisesti, ovatko hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemukset kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta yleisellä tasolla enemmän kielteisiä vai myönteisiä.

Taulukko 2. Vastaajien mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta koskevista kokemuksista tulkittavissa oleva sävy

Vastauksia yhteensä	Kielteisiä vastauksia	Myönteisiä vastauksia	Neutraaleja vastauksia
48	37 (77 %)	5 (10 %)	6 (13 %)

Taulukossa 2 näkyy kysymykseen ”Millaisena koet mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden kehitysvammaisten henkilöiden näkökulmasta?” annettujen vastausten jakautuminen kielteisyyden, myönteisyyden ja neutraaliuden perusteella taulukoituna. 48 vastaajaa otti kantaa kysymykseen. Vastauksista oli sävyiltään kielteisiä 37, positiivisia 5 ja neutraaleja 6. Neutraaliksi tulkitut vastaukset olivat sellaisia, joissa mielenterveyspalveluiden saavutettavuuteen ei otettu selkeää kantaa, mitä perusteltiin etenkin kokemuksen puutteella.

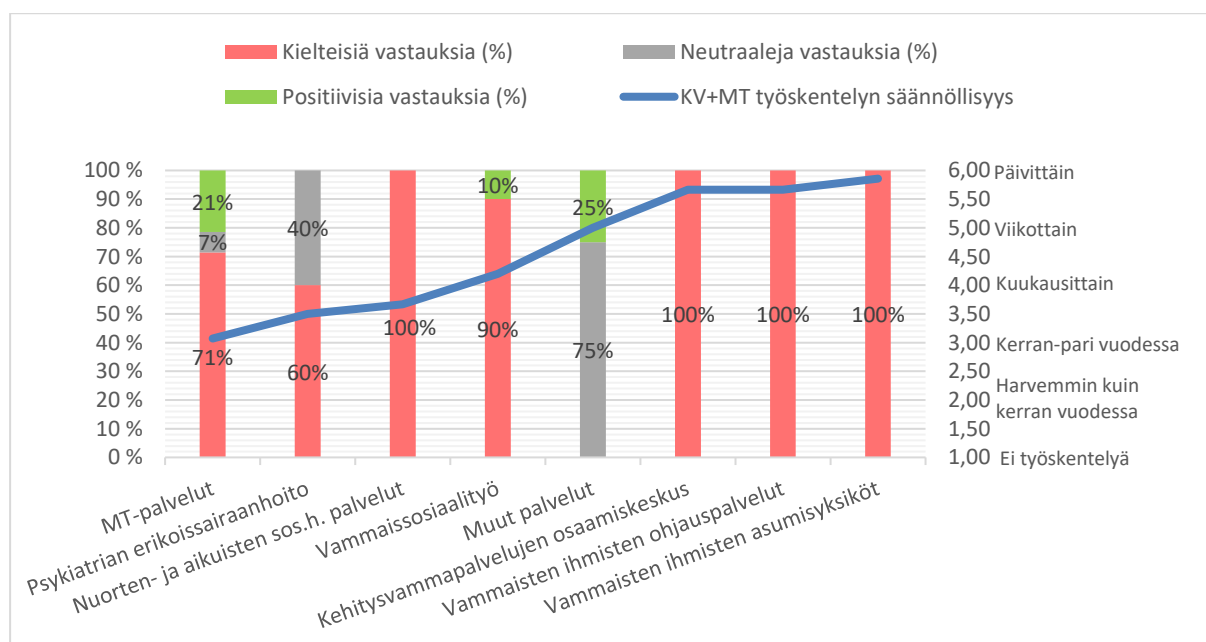
Kaksi vastaajista kuvaili mielenterveyspalveluita ehdottomasti saavutettavaksi ja kehitysvammaisten henkilöiden kynnystä palveluihin pääsyyn matalaksi. Myös kolmessa muussa myönteisessä vastauksessa kuvailtiin palveluiden saavutettavuutta myönteisesti, vaikkakin joillakin ehdoilla. Esimerkiksi yhden myönteiseksi tulkitun vastauksen mukaan palvelun saatavuus riippuu kehitysvamman tasosta, mutta on lähtökohtaisesti yhtä hyvä kuin ei-kehitysvammaisellakin.

Kielteisissä vastauksissa mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta kuvattiin suorasanaisesti esimerkiksi adjektiiveilla ”heikkoa”, ”hankala”, ”haasteellinen” tai ”vaikea”. Kaikista vastauksista 77 % sisälsi kielteisen kuvauksen saavutettavuudesta ja jos neutraalit vastaukset jätetään huomioimatta, kantaa ottavista vastauksista 88 % on kielteisiä ja 12 % myönteisiä.

Kysymykseen vastanneiden ammattilaisten kokemuksia kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta voidaan pitää siis enimmäkseen kielteisinä, mikä

mukailee aiempien tutkimusten havaintoja mielenterveysongelmista kärsivistä kehitysvammaisista henkilöistä palvelujen välinputoajaryhmänä (Whittle, ym. 2017; Lindström 2024). Myönteisiä kokemuksia oli eniten mielenterveyspalveluiden toimialueen työntekijöillä (kolmella henkilöllä eli 21 % toimialueen vastauksista). Kielteisiä kokemuksia mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta esiintyi vähiten psykiatrian erikoissairaanhoidossa, jonka viidestä kysymykseen kantaa ottaneesta vastaajasta kolmen kokemukset olivat kielteisiä ja kahden vastaajan kokemukset neutraaleja. Näin ollen myönteisimmin kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyspalveluihin pääsyyn suhtautuivat mielenterveyden ammattilaiset.

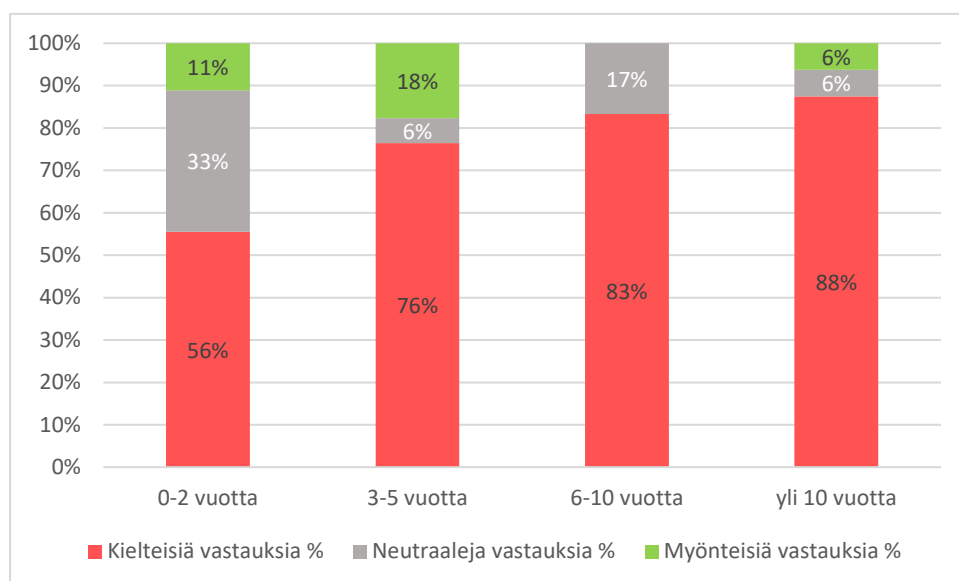
Sosiaalihuollon alaisuuteen paikannettavia toimialoja edustavien vastaajien kokemukset olivat selkeän kielteisiä. Vammaissosiaalityötä edustavien vastaajien (n=10) kokemukset olivat pääosin (90 %) kielteisiä, ja vammaisten ihmisten asumisyksiköiden ja ohjauspalveluiden vastaajien (n=10) kokonaan kielteisiä (100 %). Myös nuorten- ja aikuisten sosiaalihuollon palveluiden sekä kehitysvammapalveluiden ammattilaisten kokemukset olivat yksinomaan kielteisiä (100 %), mutta on huomioitava, että molemmilla toimialoilla vastaajia oli vain kolme. Saatujen määrällisten tulosten valossa näyttää kuitenkin siltä, että sosiaalihuollon toimialoilla kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuus koetaan kielteisemmin kuin terveydenhuollossa mukaan lukien terveydenhuollon mielenterveyspalveluissa.



Kuva 4. MT-KV työskentelyn säännöllisyys ja saavutettavuuden kokemuksen sävy toimialoittain. KV + MT:llä viitataan mielenterveyshäiriön omaavan kehitysvammaisen asiakkaan kanssa työskentelyn säännöllisyyteen.

Kuviossa neljä havainnollistan, kuinka eri toimialueiden vastaajat kokivat mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden. Toimialat ovat kuvassa nousevassa järjestyksessä siten, että mielenterveyshäiriön omaavien kehitysvammaisten asiakkaiden kanssa harvimmin työskentelevät toimialat ovat kuvassa vasemmalla ja useimmin työskentelevät oikealla. Kuvassa on nähtävissä, miten ammattilaisten positiiviset ja neutraalit kokemukset mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta korostuvat hieman enemmän silloin, kun kehitysvammaisten mielenterveyshäiriön omaavien asiakkaiden kanssa työskentely on määrällisesti vähäisempää. Työskentelyn säännöllisyyden noustessa kokemukset näyttäytyvät enemmän kielteisenä. Myös tässä tarkastelussa myönteisimmin kehitysvammaisten tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuuteen suhtautuivat mielenterveyden ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon ammattilaiset, jotka toisaalta myös työskentelevät kehitysvammaisten henkilöiden kanssa harvimmin.

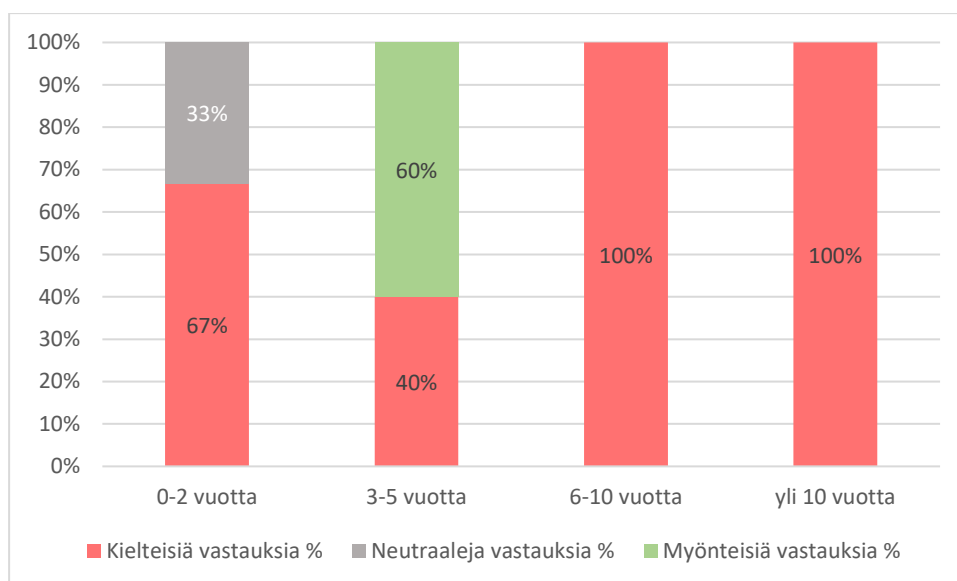
Kuvien havainnollistamat määrälliset tulokset eivät muun muassa tutkimukseni otoskoon (n=48) takia ole luotettavia yleistysten tekemiseen edes sillä hyvinvointialueella mistä aineisto on kerätty, mutta siitä huolimatta kuvat viittaavat jonkinlaiseen yhteyteen mielenterveyshäiriön omaavien kehitysvammaisten henkilöiden kanssa työskentelyn säännöllisyyden sekä mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden kokemusten kielteisyyden välillä. Niillä toimialueilla, joilla työskennellään päivittäin mielenterveyshäiriön omaavien kehitysvammaisten henkilöiden kanssa, mielenterveyspalveluiden saavutettavuus koetaan kielteisimmin. Voi olla, että säännöllisen työskentelyn kautta vastaajat ovat enemmän tekemisissä mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden kanssa, tai että säännöllinen työskentely ohjaa tarkastelemaan enemmän tai kriittisemmin kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta.



Kuva 5. Työsuhteen pituus ja saavutettavuuden kokemuksen sävy

Kuviossa viisi havainnollistan mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden kokemusten sävytyneisyyttä ryhmiteltynä vastaajien työsuhteen keston perusteella. Kuvion edetessä vasemmalta oikealle pidempikestoisten työsuhteiden suuntaan, havaitaan kielteisten kokemusten yleistyvän ja neutraalien sekä myönteisten olevan harvinaisempia. Kuvioista on pääteltävissä, että kyselyyn vastanneiden keskuudessa pidempikestoinen työsuhte on yhteydessä kielteisempiin kokemuksiin kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta.

Pidempikestoinen työsuhte voi liittyä kielteisempiin kokemuksiin eri tavoin. Esimerkiksi pidempään työskennelleiden ammattilaisten aiemmat kokemukset mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta voivat heijastua heidän tämänhetkisiin kokemuksiinsa. Useamman vastaajan mukaan mielenterveyspalveluiden saavutettavuus kehitysvammaisille henkilöille on ajan myötä heikentynyt. Myös kehitysvammaisia asiakkaita hyödyttävistä toimintakäytännöistä, kuten kehitysvammaisten asiakkaiden omasta vastuutyöntekijästä mielenterveyspalveluissa on luovuttu. Lisäksi neutraalien vastausten määrän vähentyminen kuviossa vasemmalta oikealle voi heijastaa pidempään työskennelleiden vastaajien varmuutta suhtautumisessaan mielenterveyspalveluiden saavutettavuuteen, mitä myös seuraava kuva ilmentää.



Kuva 6. Mielenterveyspalveluiden toimialan työsuhteen pituus ja saavutettavuuden kokemuksen sävy

Kuviossa kuusi havainnollistan kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden kokemusten sävytyneisyyttä suhteessa työsuhteen pituuteen kirjavimman ja vastaajamäärältä suurimman toimialan – eli mielenterveyspalveluiden – vastaajien osalta. Verratessa kuvaan 5, jossa hahmotettiin kaikkien toimialojen kokemusten sävytyneisyyttä, kuvassa 6 huomataan, kuinka samalla tavoin pidempään työssään olleet mielenterveyspalveluiden työntekijät kokivat kielteisemmin mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden. On kuitenkin muistettava, että tutkimuksen otoskoot ovat pieniä, ja esimerkiksi muutamakin vastaaja lisää mielenterveyspalveluista kyselyyn vastanneiden 14 henkilön joukkoon voisi muuttaa tulosta suuntaan tai toiseen.

Vaikka tarkasteltavan kysymyksen (Millaisena koet mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden kehitysvammaisten henkilöiden näkökulmasta?) asettelu ei ollut suuntaan tai toiseen johdatteleva, kyselyn alkuteksti paitsi pohjusti myös kyseenalaisti mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta, mikä on voinut ohjata vastaajien ajattelua kriittiseen suuntaan. Kyselyn alkutekstin kuitenkin on vaikea ajatella selittävän kokonaan vastausten merkittävää kielteisyyttä.

Kyselyvastauksista 22 (46 %) sisälsi vastaajan sanoittaman havainnon siitä, että kehitysvammaisuus rajoittaa mielenterveyspalveluihin pääsyä ja siten mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta. Kehitysvammaisia potilaita ja asiakkaita luonnehdittiin muutamissa vastauksissa väliinputoajaryhmäksi palvelujärjestelmässä.

Esimerkiksi eräs vammaispalveluiden suhteen kokenut mielenterveyspalveluissa työskentelevä vastaaja havainnoi aiempaan työkokemukseensa peilaten, että mielenterveyspalvelut ovat epätasavertaisesti saavutettavissa kehitysvammaisten ihmisten näkökulmasta. Hän ja lisäksi 13 muuta vastaajaa (yhteensä 29 % vastaajista) tarkensivat kokemustaan siten, että kehitysvammaisia henkilöitä rajataan ulos mielenterveyspalveluiden ääreltä, koska heidän ei ajatella hyötyvän palvelusta. Tämä viittaa myös tietyn tyyppiseen asennoitumiseen kehitysvammaisia henkilöitä kohtaan.

”Nykyisellään mt-palvelua ei juurikaan ole saatavilla kehitysvammaisille, koska katsotaan herkästi, etteivät he siitä hyödy” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Osa vastaajista koki, että kehitysvamma vaikuttaa palvelun saavutettavuuteen asteittain siten, että lievemmin kehitysvammaisten henkilöiden olisi helpompi päästä ja hyötyä mielenterveyspalveluista. Neljässä (8 %) vastauksista todettiin kehitysvamman asteen vaikuttavan saavutettavuuteen. Toisaalta saavutettavuuteen kuvattiin vaikuttavan paitsi suoraan kehitysvamman tason niin siihen kytköksissä olevan tuki- ja palveluverkoston:

”Palveluiden saatavuus riippuu hyvin paljon kehitysvammaisuudenkin tasosta: onko omatoiminen vaiko esim. perheen tai asumisyksikön palveluiden piirissä.”
(Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

”Saatavuus on samanlainen kuin kaikilla muillakin, ainakin lievät kehitysvammat.”
(Sairaanhoitaja, psykiatrinen erikoissairaanhoito)

Kehitysvamman vaikeamman asteen katsottiin vaikuttavan saavutettavuuteen erityisesti kognitiivisen toimintakyvyn rajoittaman ilmaisu- ja kommunikaatiokyvyn kautta, mikä kyselyyn vastanneiden mielenterveyspalveluiden työntekijöiden keskuudessa koettiin välttämättömäksi mielenterveyspalveluiden vastaanottamisessa.

Tilanteissa, joissa kehitysvammaisen asiakas oli menestyksekkäästi päässyt mielenterveyspalveluiden piiriin, saattoi esiintyä muita ongelmia. Vastauksista 22 (46 %) sisälsi havainnon tai kokemuksen myönnetyn palvelun sopimattomuudesta asiakkaalle.

Epäsopivuutta ilmeni esimerkiksi siinä, kuinka palvelu edellytti tietyntäsoista kognitiivista toimintakykyä. Sen lisäksi useampi vastaaja koki, että mielenterveyspalveluista saatava hoito on liian lääkityspainotteista, kuten eräät vammaisten asumisyksiköiden työntekijät sanoittivat:

”Lääkitykset ongelmiin on, mutta muutoin eivät saa tukea kuten terapiaa tai muuta psykiatrista hoitoa näihin oireisiin esim. aggressioon tai skitsofreniaan.”
(Lähihoitaja, vammaisten ihmisten asumisyksikkö)

”Lääkitystä on saatavilla, mutta muuta apua, terapiaa tms. ei. – Ei koeta, että esim. keskusteluapu olisi tarpeen.” (Lähihoitaja, vammaisten ihmisten asumisyksikkö)

Jos hoito rajoittuu pelkästään lääkitsemiseen, mielenterveyshäiriön taustalla vaikuttavat psykososiaaliset ongelmat jäävät vaille tarvitsemaansa huomiota.

Usean vastaajan kokemuksessa kehitysvammainen henkilö ohjataan muiden palveluiden piiriin, vaikka juuri mielenterveyspalveluiden apu katsotaan asiakkaalle tarpeelliseksi. Tällaisia kokemuksia ilmeni erityisesti esimerkiksi vammais- ja kehitysvammapalveluihin erikoistuneilla työntekijöillä ja myös mielenterveydellisesti erittäin vakavissa tilanteissa:

”Jos asiakas ei ole itsetuhoinen, hoitoon on todella vaikea päästä, vaikka me ammattilaiset nähdään, että olisi todellinen tarve päästä esim. osastojaksolle”
(Lähihoitaja, kehitysvammapalveluiden osaamiskeskus)

”Saan aika paljon puheluja asiakkailta, jotka kertovat etteivät saa apua mielenterveyden ongelmiin perusterveydenhuollosta vaan heidät ohjataan usein kehitysvamma-alan osaamista tarjoavaan terveydenhuollon yksikköön.”
(Sosiaaliohjaaja, vammaissosiaalityö)

Vastaajien mukaan palvelusta toiseen ohjaamisesta muodostuu asiakkaille kokemus ”pompottelusta”, jossa apua tai palvelua ei saa mistään. Jälkimmäinen vastaaja totesi, kuinka myös kehitysvammaosaamista omaavasta terveydenhuollon palvelusta lopulta pyritään ohjaamaan asiakkaita takaisin perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluihin, sillä asiakkaan tilanteen edellyttämän asiantuntijuuden tulisi olla saatavilla peruspalveluissa myös kehitysvammaisille henkilöille.

Usean vastaajan kokemuksessa korostuu epäselvyys tai epäjohtonmukaisuus kehitysvammaisten henkilöiden palveluun pääsyn ja toteutumisen kannalta. Vastaajat kertoivat kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyspalveluista pois käännättämisistä jopa tilanteissa, joissa taustalla oli ammattilaisten tekemä lähete tahdosta riippumattomaan hoitoon.

”– vahvistettu kokemus on siitä, että psyykkisesti oireileva vaikeavammainen asiakas toimitettiin asumisyksiköstä psykiatrian päivystykseen, ja psykiatrian hoidon ja jatkosuunnitelman sijaan hänelle tehtiin lähete

kehitysvammatutkimuksiin. Asiakas on lähemmäs 50v ja hänellä on pysyvät vammat ja toimintakyvyn rajoitteet, joten en tiedä mitä lisää kehitysvammadiagnoosi tilanteeseen toisi. Sen sijaan asiakkaan psyykkinen oireilu on ollut vakavaa ja tarvitsisi terveydenhuollon hoitoa.” (Sosiaalityöntekijä, vammaissosiaalityö)

”On kokemus tilanteesta, jossa saattelin M3 läheteellä potilaan erikoissairaanhoidon psykoosiepäilyssä. Asiakas kotiutettiin samana päivänä asumisyksikköön, kun oli kehitysvammadiagnoosi.” (Sairaanhoitaja, vammaisten ihmisten asumisyksikkö)

On mahdollista, että edellisissä sitaateissa kuvatuille tilanteille on ymmärrettävät perustelut olemassa, mutta vastaajille tilanteet olivat jääneet epäselviksi ja he kokivat ne kehitysvammaisia henkilöitä syrjivinä. Vastaavalla tavoin ilmeni kokemuksia siitä, kuinka kehitysvamma-diagnoosin saamisen myötä mielenterveyspalvelukontakteja on päätetty vastaajille epäselväksi jääneillä perusteluilla.

”Joskus aiemmin minulle on syntynyt sellainen käsitys, että kehitysvamman toteaminen aikuisella saattoi tarkoittaa, että mielenterveyspuolella käynnit loppuvat. Ehkä erehdyn tässä, mutta toivon, että tästä päästään toisenlaiseen ajatteluun.” (Psykologi, mielenterveyspalvelut)

”Hankalaa on saada kehitysvammaisille asiakkaille mielenterveyspalveluja. Se näkyy konkreettisimmin silloin, kun aikuinen asiakas saa kv-diagnoosin, niin häneltä loppuu esim psyk sairaanhoitajan tapaamiset.” (Palveluohjaaja, vammaissosiaalityö)

Sosiaalihuoltoa edustavan palveluohjaajan vastauksessa näkyy selkeästi useiden vastaajien kokema kehitysvammadiagnoosin vaikutus palvelutarjontaan. Mielenterveyspalvelua on ongelmitta tarjottu kognitiiviselta toimintakyvyltään poikkeavalle henkilölle muun muassa psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamisten muodossa, mutta kehitysvammadiagnoosin saatuaan asiakkaan palvelu päätetään. Ongelma ei niinkään ole henkilön kognitiivinen toimintakyky, sillä palvelua on toteutettu ennen diagnoosiakin, vaan juuri kehitysvammadiagnoosi on se tekijä, jonka myötä mielenterveyspalvelu päätetään. Aineistossa esille tulevat epämääräiset kokemukset, joissa mielenterveyspalvelukontakti estyy tai katkeaa kehitysvammadiagnoosin myötä, voivat osittain selittää vastaajien mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta koskevien kokemusten kielteisyyttä.

4.2 Mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden haasteet

4.2.1 Asiakkaisiin liitetty haasteet

Tässä alaluvussa käsittelen aineistossa esiin nousseita havaintoja kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta haastavista tekijöistä. Mielenterveyspalveluiden haasteet olivat hyvinvointialueella työskentelevien kyselyyn vastanneiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta paikannettavissa kolmeen keskeiseen teemaan: kehitysvammaisiin asiakkaisiin liitettyihin haasteisiin, työntekijöihin sekä organisaatioon liitettyihin haasteisiin, sekä rakenteisiin liitettyihin haasteisiin.

Suuri osa vastauksista sisälsi jonkinlaisen havainnon siitä, kuinka asiakkaan ominaisuudet, toimintakyky tai erimuotoiset asiakkaan resurssit vaikuttavat mielenterveyspalveluiden saavutettavuuteen. Esimerkiksi kehitysvammaisten asiakkaiden kognitiivisen toimintakyvyn, kommunikaatiokyvyn, hoitoon sitoutuneisuuden haasteiden sekä lähiverkoston ominaisuuksien koettiin vaikuttavan siihen, kuinka saavutettavissa mielenterveyspalvelut olivat. Vastaajista 23 (48 %) tulkitsti asiakkaan voimavarojen, kykyjen tai henkilökohtaisten resurssien vaikuttavan mielenterveyspalveluiden saavutettavuuteen sekä siihen kuinka niitä voidaan tarjota. Osa vastaajista kuvaili kognitiivisten toimintakyvyn poikkeamien aiheuttavan haasteita mielenterveyspalvelun järjestämisessä ja oikean hoidon valitsemisessa. Nämä kuvaukset ilmentävät lääketiedevedetoista suhtautumista kehitysvammaisiin henkilöihin palvelujärjestelmässä.

”Kehitysvammaiset koetaan haasteellisena asiakasryhmänä heikomman kognitiivisen tason vuoksi.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

”Usein monet puheen tai hahmottamisen hankaluudet vaikeuttavat hoidon suunnittelua tai toteutumista. Esim oikeaa psykososiaalista interventiota ei voida suoraselkäisesti valita.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Kognitiivisten rajoitteiden, kuten puheen tuottamisen tai hahmottamisen vaikeuksien koettiin rajoittavan hyvinvointialueen mielenterveyspalveluiden ammattilaisten työskentelymahdollisuuksia ja työskentelystä saatavaa hyötyä.

”Toki usein vaikeavammaisilla ei ole kykyäkään kertoa ja sanoittaa tunteita ja heillä tunteiden osoittaminen näkyy usein käyttäytymisessä.” (Palveluohjaaja, kehitysvammapalveluiden osaamiskeskus)

Arvion ym. (2024, kehitysvammaisen mielenterveydenhäiriöiden arviointi) mukaan sopivien kuvaavien sanojen löytäminen voi olla vaikeaa, koska tunteet ovat abstrakteja käsitteitä ja kehitysvammaisella henkilöllä ajattelu tyypillisesti tapahtuu konkreettisesti muodossa. Tunteista puhuminen voi olla siis kehitysvammaisilla henkilöillä haastavaa, muttei kuitenkaan mahdotonta.

Kehitysvammaisuus voi vaikeuttaa käytännön arjen asioiden hoitamista ja järjestämistä. Muutama vastaaja koki, että kehitysvamma heikentää myös henkilön kykyä sitoutua mielenterveyshoitoon.

”Mielenterveys hoitajalle kyllä pääsee, mutta käynnit loppuvat usein lyhyeen, koska he eivät usein saa kontaktia kehitysvammaisiin ja kehitysvammaiset eivät osaa omia ajatuksia/tunteita eritellä.” (Lähihoitaja, kehitysvammapalveluiden osaamiskeskus)

Vastaajan kuvauksen perusteella hoitokontakti on saavutettavissa, mutta kontakti on altis katkeamiselle jos konkreettinen- tai keskustelullinen yhteys katkeaa. Useammat vastaajat kokivat oma-aloitteisuutta ja itsenäistä työskentelyä edellyttävät hoito-ohjelmat erityisen epäsopiviksi kehitysvammaisten henkilöiden kohdalla.

Helpottavana tekijänä kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyspalveluihin pääsulle nähtiin sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon ammattilaisten taholta toimiva läheis- tai ammattilaisverkosto.

”Olen huomannut, että aktiiviset omaiset voivat saada helpommin apua läheiselleen. Heitä kuunnellaan paremmin, kuin ohjaajia/hoitajia.” (Sairaanhoitaja, vammaisten ihmisten asumisyksikkö)

”[Mitkä asiat vaikeuttavat pääsyä mielenterveyspalveluihin?] Asiakkaalta puuttuva läheis- ja/tai ammatillinen verkosto” (Sosiaalityöntekijä, vammaispalvelut)

Läheisen, esimerkiksi perheen tai ammattilaisten, merkitys palveluihin pääsyssä voi olla esimerkiksi edunvalvonnallinen. Whittle ym. (2017) havaitsivat, että palveluihin hakeutuessa on eduksi olla määrätietoinen ja vaativa. Aktiivisesti kehitysvammaisen henkilön etua valvova ammattilainen tai läheinen on siis avuksi saavutettavuuden kannalta. Aktiivinen lähiverkosto tai ammattilainen voi olla tekijä, joka myös tukee hoitoon sitoutumista sekä sen edellyttämistä toimista selviytymistä (Chinn & Abraham 2016).

4.2.2 Työntekijä- ja organisaatiolähtöiset haasteet

Merkittävä osa kyselyvastauksista paikansi kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden haasteita työntekijöiden tai organisaation toimintaan. Kyselyyn vastanneet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kokivat saavutettavuuden ongelmiksi muun muassa työntekijöiden kehitysvammaisiin henkilöihin kohdistamat olettamukset ja ennakkoluulot. Palveluiden saavutettavuutta ajateltiin heikentävän myös ammattilaisten tiedon- ja osaamisen puutteet koskien kehitysvammaisuutta ja vaihtoehtoisia hoitomuotoja, sekä kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyshäiriöiden oireiden sivuuttaminen ja epäonnistunut diagnostiikka. Taulukossa 3 on koostettu vastauksissa toistuvia yleisimpiä työntekijöihin tai organisaatioon liittyviä ongelmia tai haasteita.

Taulukko 3. Työntekijöihin ja organisaatioon liittyvät mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden ongelmat tai haasteet

Keskeisimmät työntekijöihin ja organisaatioon liittyvät ongelmat tai haasteet	Montako vastausta viittasi ongelmaan lkm (%)
Kehitysvammaan liittyvän tiedon ja osaamisen puutteet	25 (52 %)
Sopimattomat palvelut ja hoidot	22 (46 %)
Kehitysvammaisiin henkilöihin suhtautuminen, ennakkoluulot, stereotyypiat	11 (23 %)
Diagnostinen varjostus ja virheellinen diagnostiikka	10 (21 %)
Muu osaamisen puute (mm. heikko palvelujärjestelmäosaaminen)	7 (15 %)
Mielenterveyshäiriöihin liittyvän tiedon ja osaamisen puutteet	5 (10 %)

Edellisessä luvussa kuvattuja kehitysvamman ja alentuneen kognitiivisen toimintakyvyn aiheuttamia rajoitteita ja niiden vaikutuksia mielenterveyspalveluiden saavutettavuuteen ei koettu yksimielisesti vastaajien keskuudessa. Samalla kun osa vastaajista koki, etteivät kehitysvammaiset henkilöt usein hyödy mielenterveyspalveluissa tarjottavasta avusta, osa sekä sosiaali- että terveydenhuoltoa edustavista vastaajista koki kehitysvammaisten henkilöiden rajaamisen palveluiden ulkopuolelle tapahtuvan palvelujärjestelmässä kohtuuttomasti ja perusteetta.

”Monesti kehitysvammaisen elämänhallintaa määrittää enemmän juuri mielenterveyden haasteet ja useampikin diagnoosi mutta jos papereissa lukee lievä tai keskiasteinen kv, asiakas ’suljetaan ulkopuolelle’.” (Ohjaaja, vammaisten ihmisten ohjauspalvelu)

”Käyttäytymisen ja mielenterveyden ongelmat ohitetaan usein sillä, että asiakkaalta löytyy kehitysvammadiagnoosi.” (Sairaanhoitaja, vammaisten ihmisten asumisyksikkö)

Useammassa vastauksessa toistui kokemus siitä, että mielenterveydenongelman oireet sivuutetaan kehitysvamman vuoksi, eikä asiakkaan tosiasiallinen toimintakyky päädy arvioitavaksi. Havaintoa tukee myös aiemmin esille tullut muiden vastaajien kokemus mielenterveyspalvelun päättymisestä kehitysvammadiagnoosin myötä. Palvelua on voitu alun perin tarjota kognitiivisesta toimintakyvystä huolimatta, mutta diagnoosin saaminen aiheuttaa palvelun päättymisen.

Vastauksista on tulkittavissa myös epäily siitä, että terveydenhuollon mielenterveyspalveluiden työntekijät aliarvioisivat kehitysvammaisten henkilöiden kognitiiviset kyvyt suhteessa tarjottavan avun edellytyksiin. Tällaisia epäilyksiä esiintyi myös mielenterveyspalveluiden terveydenhuollon ammattilaisten omassa keskuudessa.

”Luulen että heidät jotenkin rajataan pois mt palveluista, ja ajatellaan että heillä ei ole valmiuksia terapeutukseen työskentelyyn” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Olettamalla kehitysvammadiagnoosin tarkoittavan automaattisesti tietyn tason kognitiivista toimintakykyä, oletetaan samalla kaikkien kehitysvammaisten henkilöiden olevan samanlaisia. Tosiasiallisesti kehitysvammaisten henkilöiden kognitiiviset toimintakyvyt sekä valmiudet vaihtelevat yksilöllisesti, ja jokaisen asiakkaan tilanne tulisi arvioida yksilöllisesti (Arvio, ym. 2024, Kehitysvamman määritelmä ja diagnostiset kriteerit).

Eräs vastaaja reflektoi, kuinka kehitysvammaisiin henkilöihin kohdistuvat oletukset ja ennakkoluulot saattavat vaikuttaa työssä, myös tiedostamattomasti.

”[Mitkä asiat vaikeuttavat pääsyä mielenterveyspalveluihin?] Oletukset ja ennakkoluulot - epäilen, että nämä kyllä vaikeuttavat meidän työntekijöidenkin suhtautumista, vaikka emme sitä tahallaan tekisi niin silti saatamme olettaa jotain, mikä ei olekaan totta eikä ollenkaan eduksi.” (Psykologi, mielenterveyspalvelut)

Esimerkiksi työntekijöiden tiedon puutteen, olettamuksen tai ennakkoluulojen vuoksi saatetaan siis tehdä kehitysvammaisten henkilöiden edun ja auttamisen suhteen epäedullisia päätöksiä, vaikkakin tahattomasti. Osa vastaajista pohti esimerkiksi, että joidenkin

työntekijöiden palvelutarpeen arvioimiseen vaikuttavat muodostuneet kategoriset stereotypiat ja olettamukset:

”[Mitkä asiat vaikeuttavat pääsyä mielenterveyspalveluihin?] – sellaisen tiedon puuttuminen, että kehitysvammaiset hyötyvät mielenterveyspuolen palveluista ja mistä he hyötyvät.” (Psykologi, mielenterveyspalvelut)

”Ei olla perillä asiakkaan yksilöllisistä valmiuksista ottaa vastaan keskusteluapua.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Koska päätöksiä ja arviointeja hoidon suhteen tehdään aineiston perusteella olettamuksien tai pelkän asiakkaan kehitysvammadiagnoosin kirjauksen perusteella, ei kehitysvammaisilla henkilöillä ole välttämättä tosiasiallista mahdollisuutta päästä palveluihin tai tulla edes kohdatuksi yksilöinä. Työntekijöiden kehitysvammaisiin henkilöihin suhtautumiseen liittyviä huomioita nousi esiin 11:ssä (23 %) vastauksessa. Huomiot koskivat ennakkoluuloja ja jopa pelkoja.

”Kokemukseni mukaan suhtautuminen on huonoa. En tiedä johtuuko tämä ennakkoluuloista ja pelosta kehitysvammaisuutta kohtaan.” (Sairaanhoitaja, vammaisten ihmisten asumisyksikkö)

”Usein kohtaa mt-ammattilaisen taholta arkuutta, neuvottomuutta, epätietoisuutta, pelkoa... ja tämä kaikki siksi, että ei ole tarpeeksi tietoa ja koulutusta.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Eräs vastaaja pohtiessaan psykoterapiatyöskentelyn soveltuvuutta kehitysvammaisille henkilöille ilmaisi myös, että mielenterveyspalveluiden työntekijät saattavat kokea kehitysvammaiset henkilöt vähemmän mielekkäänä asiakasryhmänä. Vastaaja ajatteli myönteisemmän asennoitumisen voivan auttaa tunnistamaan kehitysvammaisille henkilöille sopivia hoito- ja palvelumuotoja.

”– ajattelen, että jos asenteet muuttuisivat ja psykoterapeutit kiinnostuisivat heidän kanssaan työskentelystä ja tutkimusta alkaisi olla enemmän, psykoterapian kentältä löytyisi kyllä kehitysvammaisille sopivia tapoja työskennellä, esim. kognitiivisen käyttäytymisterapian ja DKT:n [dialektinen käyttäytymisterapia] parista, varmasti muualtakin.” (Psykologi, mielenterveyspalvelut)

Pohdinta on yhdenmukainen Edwards ym. (2007) Australiaan sijoittuvan psykiatrien asenteita kartoittavan kyselytutkimuksen kanssa, jonka mukaan 43 % vastanneista psykiatreista oli

vastahakoisia tai haluttomia työskentelemään kehitysvammaisten asiakkaiden kanssa. Vastahakoisuutta selitettiin tutkimuksessa muun muassa puutteellisella osaamisella asiakasryhmän kanssa työskentelyyn. (Edwards, ym. 2007.) Useampi tähän kyselyyn vastanneista yhdisti negatiiviset tuntemukset koulutuksen ja osaamisen puutteeseen kehitysvammaisten henkilöiden kanssa työskentelystä. Osa vastaajista reflektoi avoimesti omia epävarmuuksiaan kehitysvammaisten henkilöiden hoitamisen kohdalla:

”Havaitsen kyllä riittämättömyyden kokemuksia, ei aina tiedetä miten tulisi toimia ja miten hoitaa.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

”Kokemus esimerkiksi vaikeavammaisten potilaiden on vähäisempää, joten näihin liittyen potilaan hoidon tarpeen määrittely sekä arviointi voi olla haastavampaa. ” (Anonymisoitu)

Epävarmuuden sekä riittämättömyyden kokemukset voivat näyttäytyä myös pelkona epäonnistumisesta ja huonon palvelun tuottamisesta kehitysvammaisille asiakkaille. Asiakkaan kehitysvamman sekä mielenterveydenhäiriön samanaikainen ilmeneminen (kaksoisdiagnoosi) sekä tilanteen edellyttämä asiantuntijuus tunnistetaan vastaajien keskuudessa. Joidenkin ammattilaisten vastauksista on tulkittavissa tahto toimia paremmin ja auttaa kyseistä asiakasryhmää, mutta osaaminen, kokemus tai muut resurssit koetaan riittämättömäksi. Onkin ymmärrettävää, että asiakasryhmän kohtaaminen tuntuu haastavalta ja jopa pelottavalta, jos on samalla tietoinen siitä, että tietoa ja osaamista on riittämättömästi.

Kehitysvammaisiin asiakkaisiin suhtautumisen koettiin vaikuttavan myös asiakkaiden tarpeiden priorisoimiseen, usein kehitysvammaisten henkilöiden näkökulmasta epäedullisella tavalla. Eräs vastaaja kuvasi, että kehitysvammaisten henkilöiden hoidon järjestämistä ei koeta vammattomien ihmisten tavoin kiireelliseksi, koska kehitysvammaisten ei ajatella hyötyvän palvelusta.

”Kehitysvammaisista monesti ajatellaan, etteivät he hyödy terapeuttisesta työskentelystä, mikä viivästyttää hoitoon pääsyä.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Vastaajat nimesivät muitakin syitä, miksi kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyspalveluihin hoitoon pääsyä ei pidetty yhtä kiireellisenä. Erään vastaajan mukaan kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyshäiriöiden olemassaoloon ylipäätään suhtauduttiin epäilevästi, jonka takia mielenterveyshoitoa ei katsottu perustelluksi. Olemassa

olevat palvelukontaktit katsottiin myös kehitysvammaisten henkilöiden hätää lieventäviksi tekijöiksi, sillä he eivät siten jääneet täysin yksin ongelmiansa kanssa.

Whittlen ym. (2017) mukaan yksi yleisimpiä esteitä mielenterveyspalveluiden saavutettavuudessa kehitysvammaisille henkilöille on kliinisen tiedon puute kehitysvammaisten henkilöiden tarpeisiin vastaamisessa (mt.). Oma aineistoni on yhdenmukainen tämän havainnon kanssa, sillä kliinisen tiedon puute oli myös yleisin kyselyn vastauksissa toistuva ongelmakohta. 25 vastauksista (52 % vastauksista) koski työntekijöiden osaamisen puutetta kehitysvammaisuuteen liittyen sekä tämän puutteen vaikutusta hyvinvointialueen mielenterveyspalveluiden saavutettavuuteen tai toteutukseen. Tietoa koettiin puuttuvan yleisluontoisesti kehitysvammaan liittyen sekä siihen miten- ja millaista apua tulisi tarjota:

”Saavutettavuus voi olla vaikeampaa vammaisella, kun osaaminen rajallista kehitysvammoihiin liittyen. [Mitkä asiat vaikeuttavat pääsyä mielenterveyspalveluihin?] Tietämättömyys.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

”[Mitkä asiat vaikeuttavat pääsyä mielenterveyspalveluihin?] Tiedon ja koulutuksen puuttuminen ammattilaisilta sen osalta, kuinka työskennellä juuri kehitysvammaisten kanssa. Esimerkiksi kuinka opettaa ahdistuksensääätelykeinoja parhaalla tavalla juuri kehitysvammaiselle.” (Psykologi, mielenterveyspalvelut)

Muun muassa asiakkaan kognitiivisen tason sekä sen poikkeuksien huomioiminen työssä oli asia, johon olisi kaivattu osaamista. Mielenterveyspalveluissa portinvartijan roolissa toimivien työntekijöiden osaamisen ja tiedon puutteet toimivat kehitysvammaisten henkilöiden palveluun pääsyn pullonkaulana.

Epäonnistunut mielenterveyshäiriön tunnistaminen, etenkin diagnostisen varjostuksen muodossa, nousi esiin kymmenessä (21 %) vastauksessa saavutettavuuden haasteena. Diagnostinen varjostus tarkoittaa tilannetta, jossa mielenterveydenhäiriön oire tulkitaan virheellisesti kehitysvammasta aiheutuvaksi (mm. Whittle ym. 2017, Dell’Armo ym. 2024). Kehitysvammaan liittyvä käytöshäiriö tarkoittaa ei-toivottua, yksilöä tai ympäristöä häiritsevää käyttäytymiseen liittyvää oiretta, mikä voi näyttäytyä esimerkiksi aggressiivisuutena, ahdistuneisuutena, pelokkuutena tai vetäytymisenä (Arvio ym. 2024, Käytöshäiriö vai mielenterveydenhäiriö?). Kyselyvastauksissa ilmenevissä diagnostisen varjostuksen tapauksissa etenkin vammaisten ihmisten asumisyksiköiden ammattilaiset kokivat

mielenterveyspalveluiden työntekijöiden tulkitsevan mielenterveyshäiriön oireita kehitysvammaan liittyviksi.

”Suurin heikkous on mielestäni se, että haasteita kehitysvamman takana ei huomata/ osata hoitaa oikealla tavalla. (Sairaanhoitaja, vammaisten ihmisten asumisyksikkö)

”Ajatellaan mielenterveyshäiriöiden olevan osa kehitysvammaisuutta, eivätkä tarvitse siten mielenterveyspalveluita.” (Lähihoitaja, vammaisten ihmisten asumisyksikkö)

Vastausten mukaan kehitysvammaisen henkilön mielenterveyshäiriön oireita erotetaan heikosti kehitysvamman muista piirteistä, kuten mahdollisista käytöshäiriöistä, vaikka ne ilmenevät diagnostisesti samalla tavoin kuin ei-kehitysvammaisilla ihmisillä (Arvio ym. 2024, Näkökulmia kehitysvammaisen mielenterveydenhäiriöiden diagnostiikkaan).

”Monet mielenterveyden aiheuttamat haitat/oireet voidaan helposti laittaa kehitysvammadiagnoosin kanssa samaan kategoriaan, eikä huomioida niitä sen kummemmin.” (Lähihoitaja, vammaisten ihmisten asumisyksikkö)

”Liian usein katsotaan, että kehitysvammaisuus on kaiken kattava diagnoosi, mutta usein lievällä kv-asiakkaalla voi olla monta eri haastetta/diagnoosia, mt. päihde, ym.” (Sosiaalityöntekijä, vammaissosiaalityö)

Vastauksissa toistuu kokemus siitä, että mielenterveyden haittoja, erilaisia haasteita tai oireita tulkitaan liian suoraviivaisesti kehitysvammaan liittyväksi. Kuten aiempi asumisyksikön ammattilainen kuvaili: haasteita ei huomata kehitysvamman taustalta. Kehitysvammaisia asiakkaita ei siis aidosti kohdata yksilöinä. Kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyspalveluiden hoidontarpeen arvioinnista puhutaan vastauksissa usein ikään kuin hoidontarvetta tarkoituksellisesti arvioitaisiin ja tulkittaisiin siten, ettei kehitysvammaisia henkilöitä tarvitsisi hoitaa. Haitat tai oireet on ”helppo” tulkita kehitysvammasta johtuviksi, [kehitysvammaiset] ”rajataan pois” palvelusta, ja mielenterveydenongelmat ”ohitetaan” kehitysvammadiagnoosin löytyessä. Vastauksista ajoittain piirtyy kuva, jossa kehitysvammaisten asiakkaiden kohdalla mielenterveyspalveluiden työntekijöiden tunnollisuuteen ja huolellisuuteen ei luoteta ja että kehitysvammaisia henkilöitä järjestelmällisesti koitetaan pitää poissa mielenterveyspalveluista.

Vastaajat osoittavat reflektoinnillaan tietoisuutta siitä, että palvelut ja hoidot, jotka on laadittu valtaväestölle sopivaksi, eivät sovellu täysin tai ollenkaan kehitysvammaisille henkilöille, ja että sopivampia hoitomuotoja ja malleja tulisi olla tarjolla.

”Meidän nykyiset hoitointerventiot ei ehkä olekaan heille soveltuvimpia – –.”
(Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

”Uusien hoitomallien menetelmä-/kognitiivinen/lyhytterapiapainotteisuus voivat tietyiltä osin olla hyviä kognition alenemasta huolimatta mutta eivät niinkään kokonaisuuksina.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Kokemukset hoitojen sekä asiakkaiden kognitiivisen toimintakyvyn yhteensopimattomuudesta näyttäytyvät aineistossa suorina ilmaisuina kehitysvammaisten henkilöiden sopimattomuudesta mielenterveyspalveluihin, ammattilaisten epäröintinä kehitysvammaisten henkilöiden hoitoon liittyen sekä edeltävien sitaattien mukaisesti tietoisina reflektointeina hoitojen sopimattomuudesta sekä oman osaamisen riittämättömyydestä.

Reflektoinnit hoitomallien sopimattomuudesta sekä aineistossa esiin tulleet kokemukset osaamisen puutteista kehitysvamman suhteen asettavat uuteen valoon aineistossa näyttäytyneen väitteen siitä, että kehitysvammaiset henkilöt eivät hyödy mielenterveyspalveluista. Käytännössähän väite saattaa pitää paikkansa, mutta ei niin kuin välttämättä ajattelisi. Kaikki kehitysvammaiset henkilöt eivät välttämättä pysty hyötymään mielenterveyspalveluissa tarjolla olevista palveluista johtuen esimerkiksi merkittävistä käyttäytymisen haasteista tai jostain muusta kehitysvammaan liittyvästä syystä, mutta vastaavat tilanteet eivät selitä koko yhteensopimattomuuden ilmiötä. Keskittyminen kehitysvammaisten henkilöiden kognitiiviseen toimintakykyyn pohjautuu lääketieteelliseen vammaisuuden määritelmään, jossa vastuu sosiaalisesta tilanteesta kiinnitetään yksilöön, ja huomio hänen ruumiillisiin poikkeamiinsa sekä niistä aiheutuviin toimintakyvyn rajoitteisiin (Vehmas 2005, 111–112). Vammaisuuden sosiaalisen mallin mukaan tarkasteltuna tulee arvioida järjestelmän sopeutumattomuutta yksilön tarpeisiin (mt., 109). Kehitysvammainen henkilö ei siis ole kykenemätön hyötymään mielenterveyspalvelusta koska hän ei kykene keskusteluun perustuvaan hoitoon, vaan siksi ettei sopivampia terapiakeinoja, kuten toiminnallista terapiaa ole järjestetty.

Lisäosaamista ei kaivattu aineistossa pelkästään mielenterveyspalveluihin, vaan myös mielenterveysosaamista kaivattiin lisää kehitysvammaisille henkilöille suunnattuihin palveluihin.

”Kehitysvammaisten palveluita pitäisi lisätä ja heidän hoitajien koulutusta mielenterveysasioista lisätä.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

”Mt-palveluja sinne missä kehitysvammaiset asuvat ja heidän hoitajille enemmän tietoutta oireista jne.” (Ei ilmoitettua työtehtävää, psykiatrian erikoissairaanhoito)

Vastaajien mukaan mielenterveysosaamisen lisääminen voisi ehkäistä turhaa hakeutumista psykiatriseen hoitoon. Hyötynä vastaajien mukaan olisi myös, että kehitysvammaisia henkilöitä lähimpänä olevat ammattilaiset voisivat tarjota mielenterveyshäiriöihin niin sanottua ensiapua ennen palveluihin hakeutumista.

Myös esimerkiksi selkokielen ja selkeiden nettisivujen puute ilmeni vastauksissa konkreettisenä mielenterveyspalveluihin hakeutumiseen liittyvänä esteenä.

”[Mitkä asiat vaikeuttavat pääsyä mielenterveyspalveluihin?] Avun hakemisen järjestelmien monimutkaisuus. Selkokielisten versioiden puute erilaisista sivuista.” (Psykologi, mielenterveyspalvelut)

”Olen sitä mieltä, että kehitysvammaiset ovat keskivertoväestöä heikommassa asemassa hoidon saatavuuden suhteen, koska apua voi joutua etsimään esimerkiksi netistä ja etsiminen voi jo olla vaikeaa kenelle vain, saati jos oppimisessa on selviä vaikeuksia.” (Psykologi, mielenterveyspalvelut)

Tietoa palveluihin hakeutumisesta sekä erilaisista palveluista ei siis välttämättä ole lainkaan saatavilla yksinkertaisella helposti ymmärrettävällä kielellä. Vain yhdenlaiset verkkosivut laadittaessa oletetaan, että kaikki lukijat pystyvät lukemaan ja ymmärtämään sivuja sekä sinne kirjoitettua tekstiä. Pelkästään ei-selkokielisten nettisivujen tekeminen on kuitenkin muun muassa sosiaalipalveluita ja terveydenhuollon järjestäytymistä ohjaavien lakien vastaista (mm. SHL 1301/2014 33 §; TervHL 612/2021 4 §; Sote-järjestämislaki 612/2021 4 §).

Palveluun pääsyn kannalta työntekijät toimivat organisaationsa edustajina sekä portinvartijoina. Vastaajien työntekijöitä koskevat havainnot asettuvat Vanjusovin (2022) saavutettavuuden määritelmässä enimmäkseen kahteen ulottuvuuteen, eli institutionaaliseen ja informatiiviseen ulottuvuuteen. Järjestelmän joustamattomuus suhteessa asiakkaiden erityistarpeisiin, lakiin perustumattomat sisäänottokriteerit, kuten kehitysvammaisen oletettu kyvyttömyys hyötyä palvelusta, sekä asiakkaan ohjaus palvelusta toiseen ilman selvää vastuunkantajaa ovat institutionaalisia saavutettavuuden haasteita. Palveluun pääsy työntekijöiden osalta ei näyttäydä esteettömänä. Aineiston perusteella kehitysvammainen henkilö voi työntekijän olettamuksista johtuen joutua jonottamaan pidempään, koska hänen hoitoaan ei pidetä

prioriteettina. Arviointiin päästyään kehitysvammaisen henkilön palvelun saanti saattaa estyä siksi, että hänen ongelmansa katsotaan kehitysvammasta johtuvaksi. Ja jos kehitysvammaisen asiakas pääsee palveluun, hänen hoitonsa suhteen saatetaan luovuttaa jos katsotaan, että hän ei kykene viestimään odotetulla tavalla ja että tarjolla on vain hänelle soveltumatonta hoitoa. Käytännössä asiakkaan täytyy mukautua palvelun ja ammattilaisten määrittelemiin kommunikaatio- ja kognitiivisen toimintakyvyn edellytyksiin saadakseen palvelua.

Palveluun pääseminen ei ole esteetöntä myöskään informatiivisen ulottuvuuden (ks. Vanjusov 2022) näkökulmasta tarkasteltuna. Palveluihin ohjautumisessa kehitysvammaiset henkilöt joutuvat aineiston perusteella kärsimään ammattilaisten tiedonpuutteista, kuten epäselvistä hoitopoluista ja -vastuiden jakautumisista. Sen lisäksi aiemmin mainittu mielenterveyspalveluiden ammattilaisten tiedonpuute kehitysvammasta sekä kehitysvammaisille henkilöille soveltuvista hoitokeinoista rajoittaa kehitysvammaisen henkilön mahdollisuuksia saada mielenterveyshäiriönsä oikein tunnistettua ja sopivalla menetelmällä hoidettua. Vastavuoroisesti vammaispalveluiden henkilökunnalle toivottiin ”mielenterveysensiavun” antamista varten koulutusta, sekä selkeytystä siihen millaisissa tilanteissa mielenterveyspalveluihin tulisi tukeutua. Tiedonkulun puutteiden kuvattiin haastavan asiakastyön lisäksi myös toimialojen välistä yhteistyötä.

Aineistossa ei työntekijöiden toiminnan osalta noussut esiin merkittäviä fyysiseen tai taloudelliseen saavutettavuuden ulottuvuuteen (ks. Vanjusov 2022) sijoittuvia haasteita. Sen sijaan kokemuksellisesta näkökulmasta mielenterveyspalvelun saavutettavuudessa on mahdollisia ongelmakohtia. Kokemuksellisesti saavutettava palvelu on asiakkaalle kokemuksena mielekäs ja ennakkokäsitykset palvelusta ovat myönteisiä (Vanjusov 2022, 67–70). Palvelun käyttämisen kokemuksellista näkökulmaa pystyisivät kommentoimaan parhaiten kehitysvammaiset asiakkaat, mutta myös tämän tutkimuksen aineisto kertoo välillisesti kokemuksellisesta saavutettavuudesta.

Ensinnäkin osa vastaajista (23 %) toi esiin havaintoja kehitysvammaisiin henkilöihin suhtautumisesta. Aineistossa ammattilaiset kertoivat tehneensä asiakkaiden rinnalta käsin havaintoja siitä, kuinka kehitysvammaisten henkilöiden palvelutarvetta saatetaan kyseenalaistaa ja kognitiivista toimintakykyä aliarvioida. Pitkien jonojen ja priorisoinnin myötä, kehitysvammaisten asiakkaiden toissijaiseksi määrittyminen on myös palvelun käyttämiseen liittyvä saavutettavuutta heikentävä kokemus. Kokemus palveluverkostossa kulkemisesta sekä palveluun pääsystä näyttäytyi vastauksissa vaikeana ja epäselvänä. Epäselvyyden kokemuksiin liittyivät esimerkiksi ristiriitaiset kokemukset asiakkaan palvelutarpeesta

mielenterveyspalveluiden henkilökunnan sekä asiakkaan ja tämän rinnalla olevien omaisten ja ammattilaisten välillä. Asiakkaan hoito saatettiin evätä tai kieltää vaikka asiakas ja läheiset ihmiset kokivat hoidon tarpeelliseksi. On mahdollista, että mielenterveyspalveluiden henkilökunnalla on ollut pätevät perustelut siihen miksi asiaa ei voida hoitaa, mutta kokemus on jäänyt vastaajille epäselväksi. Asiakkaiden aiemmat huonot kokemukset nostavat kynnystä hakeutua uudestaan palveluun heikentäen saavutettavuutta kokemuksellisesta näkökulmasta. Huonot kokemukset eivät heikennä mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta pelkästään kehitysvammaisille asiakkaille, vaan myös ammattilaisten kielteiset ja hämmentyneet kokemukset asiakkaidensa torjutuksi tulemisesta epäselvin perustein luovat heikompa kuvaa palvelun saavutettavuudesta.

4.2.3 Rakenteelliset haasteet saavutettavuudelle

Asiakkaiden sekä työntekijöiden ja organisaatioiden lisäksi vastaajat liittivät kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden haasteet rakenteellisiin tekijöihin, kuten muun muassa puutteelliseen yhteistyöhön, epäselvään vastuunjakoon toimialojen välillä, palveluiden päällekkäisyyteen sekä resurssipuutteeseen. Taulukkoon 4 on koottu aineistossa yleisimmät mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta koskevista rakenteellisista haasteista.

Taulukko 4. Keskeisimmät rakenteisiin liittyvät ongelmat tai haasteet

Keskeisimmät rakenteelliset ongelmat tai haasteet	Montako vastausta viittasi ongelmaan lkm (%)
Yhteistyön puute tai heikkous	23 (48 %)
Palveluiden päällekkäisyys	19 (40 %)
Resurssipuute	15 (31 %)

Toimintaohjeita yhteistyölle kaipasivat esimerkiksi sekä vammaispalveluiden että mielenterveyspalveluiden ja niin sosiaalihuollon kuin terveydenhuollon työntekijät.

”Yhteistyön lisääminen olisi tärkeää. Mikäli toimialueilla ei tunneta toistensa palveluita tai perusteita palveluiden myöntämiseen, voidaan ajautua tilanteeseen, jossa kukaan ei ota vastuuta asiakkaan tilanteesta, vaan siirrellään vastuuta toimialueelta toiselle.” (Sosiaalityöntekijä, vammaissosiaalityö)

”Yhteistyö liian vähäistä. – – Tietoa kaivataan lisää toisten toiminnoista.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Toimialojen ollessa etäisiä ja yhteistyön vähäistä ammattilaisten käsitys eri toimialojen vastuista heikkenee. Tällöin asiakkaiden ohjaaminen oikean palvelun ääreen vaikeutuu. Eräs vastaaja painotti, että hoitoketjuja tulisi kartoittaa ja tehdä ketjut selkeäksi myös kaikille rivityöntekijöille.

Vastaajista 23 (48 %) ilmaisi kokevansa yhteistyön toimialojen välillä vähäiseksi tai riittämättömäksi. Tyytymättömyys yhteistyön nykytilaan oli vastauksissa selkeää:

”Ei toimi, yhteydenpito kankeaa ja vaikeaa, monen portaan kautta tapahtuvaa.” (Ei mainittua työtehtävää, psykiatrian erikoissairaanhoido)

”Yhteistyötä ei ole, pompotetaan edestakaisin ja kenelläkään ei ole tarjota palvelua.” (Sosiaaliohjaaja, nuorten ja aikuisten sosiaalihuollon palvelut)

Yhteistyö hyvinvointialueen eri toimialojen välillä näyttäytyi kyselyyn vastanneille ammattilaisille olemattomana, tai parhaimmillaankin vaikeasti toteutuvana. Toimialat koettiin yhteistyön puutteen takia etäisiksi ja ohjeistuksia yhteistyölle kaivattiin. Jälkimmäinen sosiaaliohjaajan vastaus ilmentää myös asiakkaan näkökulmaa siinä, kuinka heikko toimialojen välinen yhteistyö ja epäselvät hoitoketjut aiheuttavat palvelusta toiseen ohjautumista ilman että vastuun kantava avuntarjoaja löytyy. Yhteistyön heikkous oli kaikkien toimialojen välillä yhteinen kokemus. Vahvempaa yhteistyötä perättiin muun muassa psykiatrian erikoissairaanhoidon ja avohoidon välille. Sen lisäksi sekä perus- että erikoistason mielenterveyspalveluiden ammattilaiset kuvasivat yhteistyön haasteita sosiaalihuoltoon kuuluvan vammaispalvelun kanssa.

”Vammaispalvelut ovat kaukana mielenterveyspalveluista. ohjeistuksia ei ole yhteistyölle ainakaan hoidontarpeen arvion yhteydessä” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

”Haastavan, sosiaalipuolen vammaispalvelut ovat byrokraattisia, hitaita ja jäykkiä. Ihmisiä ei tahdo saada enää puhelimitse kiinni.” (Sairaanhoitaja, psykiatrian erikoissairaanhoido)

Yhteistyön haasteet tunnistettiin myös vammaispalveluissa. Eräs vastaajista pohti yhteistyön puutteen aiheuttavan ongelmia suoraan palveluihin pääsyyn liittyen:

”Mikäli toimialueilla ei tunneta toistensa palveluita tai perusteita palveluiden myöntämiseen, voidaan ajautua tilanteeseen, jossa kukaan ei ota vastuuta

asiakkaan tilanteesta, vaan siirrellään vastuuta toimialueelta toiselle.”
(Sosiaalityöntekijä, vammaissosiaalityö)

Vastaajien kuvaama ongelma on juuri se, mihin tavoitellun palveluintegraation kautta pyritään puuttumaan. Palveluintegraatiossa eri organisaatioita sekä niiden päätöksentekoa, kuten tässä tilanteessa esimerkiksi mielenterveyspalveluita sekä kehitysvammapalveluiden osaamiskeskusta yritetään yhteensovittaa saumattomampien ja helpommin navigoitavien palveluiden luomiseksi (Juutinen ym. 2023). Saumattomuus ja helpompi navigoitavuus tässä yhteydessä tarkoittaisi sitä, että mielenterveyshäiriöistä kärsivät kehitysvammaiset asiakkaat eivät tippuisi palveluverkostosta, vaan asiakkaasta vastuun kantava taho olisi selkeä palvelusta toiseen siirtyessäkin.

Asiakastilanteiden monimutkaisuus ja samanaikainen useamman asiantuntijuuden tarve kaksoisdiagnoosista johtuen mainittiin myös vastauksissa perusteluna yhteistyön tarpeelle.

”Hoito yksin mt-palveluissa ei aina riittävää tai tarpeenmukaista.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

”Yleisvaikutelma on, että psykiatrisen häiriön osuessa kehitysvammaisen kohdalle asiakas jätetään sen osalta pelkästään jommankumman toimialan vastuulle vaikkei kummankaan osaaminen yksin siihen riitä.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Vastaajat tiedostivat, että asiakastilanne on kehitysvamman ja mielenterveysongelman kaksoisdiagnoosin takia erityisen haastava ja että tilanne edellyttäisi molemman suhteen osaamista. Erilaisen osaamisen tarve oli myös merkittävä toistuva teema vastauksissa.

Erilaisen ja toisiaan täydentävän osaamisen lisäksi vastauksissa kuvattiin eri palveluiden kohdalla osittaista päällekkäisyyttä. Vastauksista 19 (40 %) sisälsi oman kokemuksen tai tulkinnan toisen ammattilaisen kokemasta palveluiden päällekkäisyydestä. Vastauksissa useimmiten juuri mielenterveyspalveluiden henkilökunta oli kokenut mielenterveyspalvelun tarpeettomaksi asiakkaan olemassa olevan palvelun takia. Asiakas on tällöin voitu ohjata takaisin jo myönnetyn palvelun pariin tai hänet on ohjattu toiseen palveluun, jonka on ajateltu soveltuvan paremmin.

”Tänne ohjaajille tulee viestiä, että me osataan paremmin omia asiakkaita jututtaa mielenterveys asioista.” (Lähihoitaja, kehitysvammapalveluiden osaamiskeskus)

”Jos kehitysvammainen asuu asumisyksikössä ajatellaan helposti, että kaikki tuki ja hoito tulee saada asumisyksikön hoitajilta/ohjaajilta. Harvoin, kuitenkin ohjaajilla

on riittävää koulutusta psykiatristen asioiden hoitoon.” (Sairaanhoitaja, vammaisten ihmisten asumisyksikkö)

Asiakkaita oli siis ohjattu edellisten vastaajien edustamiin palveluihin, koska oli ajateltu heidän voivan tarjota samaa palvelua kuin mitä mielenterveyspalveluissa kyseiseen tilanteeseen tarjottaisiin. Kuten jälkimmäinen vastaaja korostaa, on kuitenkin sattumaa, jos esimerkiksi asumispalveluissa asiakkaan kanssa keskustelevalle henkilölle on mielenterveysosaamista. On mahdollista, että asiakasta ohjanneilla mielenterveyspalvelun työntekijöillä on ollut joko luottavainen vaikutelma kehitysvammaisten ammattilaisten mielenterveysosaamisesta, tai he ovat kokeneet asiakkaan tarvitsevan lähinnä keskustelukumppania.

Palvelujärjestelmän resurssipuute oli aineistossa laajasti esiintyvä teema. 15 vastauksista (31 %) sisälsi havainnon tai tulkinnan erinäisten resurssien puutteen vaikutuksista mielenterveyspalveluiden saavutettavuuteen.

”[Kuinka kehittäisit palveluita] Lisää henkilökuntaa. Ei riitä palvelut, ajat ja hoito kaikille nykyäänkään.” (Sairaanhoitaja, psykiatrian erikoissairaanhoito)

”Paikkakunnalla on vaikea yleensäkin saada aikoja mielenterveyspalveluihin. Kehitysvammaisten henkilöiden kohdalla on samoin. Ajat menevät pitkälle. ” (Asumisen ohjaaja, vammaisten ihmisten ohjauspalvelut)

Henkilökunnan puutteen ja suurten asiakasmäärien koettiin heikentävän palveluiden saavutettavuutta vammattomillekin henkilöille. On myös huomioitava, että esimerkiksi kehitysvammaisuuden erikoistuneita lääkäreitä on Suomessa vähän, joka vaikuttaa asiantuntijuuden saavutettavuuteen organisaatioissa ja siten myös suoraan palveluiden saavutettavuuteen (mm. Arvio ym. 2024, Kehitysvammaiset psykiatrian palvelujärjestelmässä; Lindström ym. 2024; Kajander, Yle-artikkeli 2026b).

Ammattilaisiin resurssivajeesta johtuva kohdistuva paine sekä suuret asiakasmäärät pakottavat ammattilaisia myös priorisoimaan asiakkaiden hoitoa. Vastauksissa ilmeni huoli siitä, että priorisoidaanko muita asiakkaita kehitysvammaisten asiakkaiden ylitse:

”Mielenterveyspalveluiden kuormittuminen, ei koeta kehitysvammaista prioriteettilistan tärkeimpinä, koska heillä jo jonkinlainen hoitosuhde olemassa esim. asumispalveluihin tai toimintakeskukseen.” (Lähihoitaja, vammaisten ihmisten ohjauspalvelut)

”Jos ajatellaan että he eivät hyödy mt-palveluista, helposti ohjataan muuhun hoitoon. Myös hoitojonopaine vaikuttanee. ” (Anonymisoitu)

Olemassa oleva hoitosuhde tai oletamus siitä, ettei asiakas hyödy palvelusta olisivat molemmat kestäättömiä perusteluita mielenterveyspalvelun viivyttämiselle tai varsinkaan epäämiselle. Kuitenkin vastaajat ilmaisivat epävarmuutta priorisointiin liittyen.

Chinnin ja Abrahamin (2016) mukaan tiukan talouskurin noudattaminen palvelun tuotannossa vaikuttaa erityisesti kehitysvammaisten henkilöiden sisäänpääsyyn palveluun sekä palvelusta hyötymiseen. Palvelun taloudellisesta näkökulmasta ihanteellisia asiakkaita ovat sellaiset, joiden tyypillisen luontoisiin mielenterveysongelmiin voitiin tehokkaasti ja edullisesti puuttua. Kehitysvammaiset henkilöt eivät useimmiten sovi tällaisen ihanteellisen asiakkaan muottiin, sillä he voivat esimerkiksi tarvita vaihtoehtoisia kommunikaatiokeinoja tai terapiamuotoja, sekä pidempiä tapaamisia. Mahdollisimman edullisesti resursoidun henkilöstön suurista asiakasmääristä seuraa paine, joka ohjaa työntekijöitä priorisoimaan asiakkaita, joiden kanssa on tehokkaampaa työskennellä (Mt.) Tehokkuutta painottava ajattelutapa mahdollisesti myös selittää, miksi vastaajat päätyvät puhumaan kehitysvammaisten henkilöiden hoidon järjestämisestä usein ”hyödyn” kautta. Hoidon ei esimerkiksi katsota hyödyttävän asiakasta, joten se todetaan tarpeettomaksi tai taloudellisuus ajattelun mukaisesti tuhlaamiseksi. Samalla tavoin tehokkuus-ajattelu voi selittää kehitysvammaisten henkilöiden kohtaamaa epäedullista priorisointia. Vammattomien asiakkaiden katsotaan olevan paremmin hoitoon käytettävän resurssin arvoisia, joten heidän hoitoaan priorisoidaan. Korkeat asiakasmäärät ja tiukat suoritustavoitteet myös rajoittavat työntekijöiden mahdollisuuksia osallistua koulutukseen tai palveluiden kehittämiseen, tai muokata työskentelyään sopivammaksi kehitysvammaisia asiakkaita varten (esimerkiksi pitempien istuntojen muodossa) (mt.).

Vastaajien kokemukset yhteistyön heikkoudesta sekä resurssien niukkuudesta niin henkilöstön määrän kuin osaamisen kannalta kertovat rakenteellisista institutionaalisen saavutettavuuden ongelmista. Institutionaaliselta ulottuvuudeltaan saavutettava organisaatio vastaa alueellista sekä yksilöllistä palvelutarvetta, on riittävästi resursoitu sekä on lainsäädännöllisesti että viranomaistoiminnan kannalta esteetön ja sujuva (Vanjusov 2022, 103). Kyselyvastausten perusteella toimialojen välisen toimivan yhteistyön puuttuessa hyvinvointialueen palveluverkko näyttäytyy kuitenkin pirstaloituneena ja toimialat toisistaan etäisinä. Palveluun sisäänpääsy tapahtuu epäselvin perustein ja vaikuttaa joidenkin vastaajien mukaan edellyttävän kehitysvammaiselta henkilöltä riittävän huonoa vointia.

Myös informatiivisen saavutettavuuden haasteita nousi vastauksissa esiin. Informatiivisesti saavutettava organisaatio viestii julkisesti, selkeästi ja ymmärrettävästi siitä, millaista palvelua

on tarjolla ja millaiset kriteerit palvelun saamiseen on (Vanjusov 2022, 141). Whittlen ym. (2017) mukaan kehitysvammaisten henkilöiden palveluihin pääsyä voi heikentää heidän puutteellinen ymmärryksensä omasta mielenterveyspalvelun tarpeestaan. Koska kehitysvammaisen henkilön ohjaa palveluiden piiriin useimmiten läheinen ihminen, on palveluihin hakeutuminen myös riippuvaista kyseisen läheisen henkilön käsityksestä saatavilla olevista palveluista sekä kehitysvammaisten ihmisten mielenterveyshäiriöistä ja niiden ilmentymisestä. (Mt.) Useista saavutettavuuteen ohjaavasta laista huolimatta, ovat kehitysvammaiset ihmiset esimerkiksi selkokielisten nettisivujen puuttuessa riippuvaisia ympäröivistä ihmisistä ja ammattilaisista mielenterveyspalveluiden saavuttamisessa tiedollisesti.

Fyysinen saavutettavuus viittaa siihen, että palveluun täytyy päästä muun muassa liikkumiskyvystä tai välimatkoista huolimatta ja että tilojen tulee olla esteettömät ja yksilölliset tarpeet tulee huomioida riittävästi (Vanjusov 2022, 165). Vastaajista yksi kertoi psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilojen olevan sopimattomat yleisesti vammaisten henkilöiden hoitamiseen.

Rakenteisiin liittyviä taloudellisen tai kokemuksellisen ulottuvuuden haasteita ei noussut merkittävästi esiin. Sen sijaan että mielenterveyspalvelut tulkitaan niiltä osin saavutettavuudeltaan ongelmattomasti, täytyy muistaa asiakkaiden oman äänen puuttuminen aineistosta. Hyvinvointialue johon tutkimus paikantuu, on maantieteellisesti laaja, ja joidenkin kehitysvammaisten asiakkaiden osalta etäisyydet palveluihin ovat hyvin mahdollisesti ongelma saavutettavuudelle; ongelma joka ammattilaiselle ei välttämättä näyttäydy. Taloudellisen näkökulman kannalta taas kehitysvammaiset henkilöt tarvitsevat usein toisen henkilön, kuten edunvalvojan apua taloudellisissa asioissa, joten he eivät välttämättä itse tuo esiin palveluiden pääsyn taloudellisia rasitteita. Esimerkiksi Whittle ym. (2017) tutkimuskirjallisuuskatsauksessa paikannettiin myös maantieteellisesti etäiset ja syrjäseuduilla vähäiset palvelut saavutettavuuden esteeksi. Invalidiliiton (2025) liikkumisen esteitä tai toimintakyvyn rajoitteita omaaville henkilöille teettämän osallisuusbarometrin mukaan taas 26 % oli joutunut tinkimään lääkärissä käymisestä ja 26 % lääkkeiden ostamisesta rahan puutteen takia. Vammaiseen väestöön kohdistuu siis taloudellisia rasitteita, joten on myös hyvin mahdollista, että mielenterveyspalveluiden saavutettavuuteen vaikuttavat palvelusta asiakkaalle koituvat kustannukset, vaikka ne eivät tässä aineistossa esiin nousseetkaan.

4.3 Mielenterveyspalveluiden saavutettavuushaasteiden seuraukset

Kysyttäessä ammattilaisilta huonosti saavutettavissa olevan mielenterveyspalvelun mahdollisista vaikutuksista kehitysvammaisen henkilön elämään, tuli paljon samankaltaisia sekä joitakin muista poikkeavia vastauksia. Muutama vastaaja totesi, kuinka saavuttamattomasta mielenterveyspalvelusta kehitysvammaisille henkilöille koituvat seuraukset ovat samankaltaiset kuin ei-kehitysvammaiselle. Tällä vastaajat tarkoittivat sitä, kuinka kenellä tahansa hoitamatta jäädessä mielenterveyshäiriöt eivät parane ja saattavat pahentua.

”Mielestäni se näyttäytyy ihan samalla tavalla kuin muidenkin ihmisten, jotka eivät pääse hoitoon: vointi huononee.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Kuten ei-kehitysvammaisille myös kehitysvammaisille henkilöille seuraa hoitamatta jääneistä mielenterveyshäiriöistä vastaajien mukaan erilaista ongelmallista käytöstä sekä erimuotoista itsetuhoisuutta.

”Päihteiden lisääntyvä käyttö, yksinäisyys, peliriippuvuudet, häiriö käyttäytyminen. Yritetään pahaa oloa purkaa näihin.” (Lähihoitaja, Kehitysvammapalveluiden osaamiskeskus)

”Agressiivista käytöstä, itsetuhoisuutta yms. Samanlaisia kuin ns. ei kehitysvammaisilla.” (Kehitysvammahoitaja, toimintakeskus)

Hoitamatta jääneiden mielenterveyshäiriöiden nähdään vaikuttavan henkilön toimintakykyyn, vaikeuttaen arjen toiminnoista selviämistä. Yhden vastaajan mukaan mielenterveyshäiriöiden hoitamatta jääminen näkyy kehitysvammaisten henkilöiden arjessa konkreettisesti muun muassa työtoiminnan poissaoloina. Jokapäiväisistä toiminnoista poisjäämisellä koettiin olevan myös suora vaikutus henkilön yhteisöllisyyden sekä yksinäisyyden tuntemuksiin (Voermans, ym. 2021) sekä ”pahimmillaan” yhteiskunnassa syrjäytymiseen.

”Eriarvoisuuden kokemus voi lisääntyä, syrjäytyminen yhteiskunnasta pahimmillaan” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

”Yksinäisyytenä, eristäytymisenä, sivullisuutena. (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Hoitamattomien mielenterveyshäiriöiden oli koettu vaikeuttavan esimerkiksi työtoimintoihin mutta myös muuhun kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumista. Kerrottiin, miten kehitysvammainen henkilö saattaa eristäytyä ja välttää ottamasta yhteyttä esimerkiksi perheeseen tai muihin läheisiin ihmisiin. Eristäytymisen puolestaan koettiin heikentävän mielenterveydentilaa entisestään.

Kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveydentilan heikentyminen ja toimintakyvyn lasku vaikuttaa vastaajien kokemusten perusteella myös siihen, kuinka paljon ja kuinka intensiivisiä palveluita asiakas tarvitsee:

”Lisääntyvää pahoinvointia hyvinvoinnin kustannuksella. Yksiköiden kuormittumista, väsymistä. Eri palvelujen lisääntynyttä käyttöä.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

”Jos ihminen ei saa tarvitsemaansa apua, ihmisen elämänlaatu voi madaltua. Tämä todennäköisesti lisää yhteiskunnallisella tasolla kustannuksia erilaisten kalliimpien palvelutarpeiden lisääntymisenä.” (Sairaanhoitaja, psykiatrian erikoissairaanhoito)

Vastaajien kokemusten mukaan kehitysvammaisen henkilön toimintakyvyn laskiessa ympäröivä palveluverkosto joutuu ottamaan enemmän vastuuta hänen elämän toiminnoista. Erityisen vaikeissa tilanteissa kehitysvammainen henkilö voi joutua siirtymään esimerkiksi intensiivisempää tukea tarjoavaan asumispalveluun, jos asuminen edeltävässä kevyemmässä palvelussa ei ole toimintakyvyn heikentymisen myötä mahdollista.

4.4 Kehittämisehdotuksia saavutettavuuden parantamiseksi

Kyselyyn vastaajista 38 esitti kehittämisehdotuksia palveluille, jotta ne palvelisivat mielenterveyshäiriöitä omaavia kehitysvammaisia henkilöitä paremmin. Määrällisesti eniten kehittämisehdotuksia tuli mielenterveyspalveluista (n=11), toiseksi eniten vammaissosiaalityöstä (n=8) ja kolmantena vammaisten ihmisten asumisyksiköiden työntekijöiltä (n=5). Melkein jokaisella vastaajalla oli kehittämisehdotuksia, mistä johtuen ehdotuksia tuli toimialueittain melkein niin paljon, kuin toimialueilla oli vastaajia. Osassa vastauksista esitettiin yleisluontoisempia toivomuksia, kuten esimerkiksi sitä, että palvelujärjestelmä kunnioittaisi kehitysvammaisten henkilöiden ihmisarvoa ja yhdenvertaisuutta paremmin. Monet vastaajat esittivät myös konkreettisia muutoksia järjestelmän toimintaan. Kehittämisehdotukset olivat erilaisia, mutta monissa vastauksissa paikannettiin samoja kehityskohteita. Yleisimmin kehitysehdotukset koskivat

ammattilaisten tiedon ja osaamisen puutteiden paikkaamista kehitysvammaisten asiakkaiden kohtaamisessa ja heidän mielenterveysongelmiensa hoitamisessa. Kehitysvammaisten henkilöiden lähipalveluiden, kuten asumispalveluiden ammattilaisten mielenterveysosaamista haluttiin vahvistaa. Palvelujärjestelmään liittyen palveluverkostoa, toimialojen vastuita sekä palveluiden sisäänottokriteereitä haluttiin selkeyttää. Palveluiden tuottamiseen liittyen taas yhteistyötä toimialojen välillä, vaihtoehtoisten palvelumuotojen käyttöä sekä resurssointia eri muodoissa haluttiin lisätä.

Yleisin vastaajien esiin tuoma kehityskohde liittyi erilaisiin tiedon puutteisiin, joita kuvattiin aiemmin mielenterveyspalveluiden haasteiden yhteydessä. Tiedon puutteisiin vastaajat toivoivat muutosta muun muassa lisäkoulutuksen kautta. Yleinen mainittu aukko tiedossa koski kehitysvammaisen henkilön kohtaamista ja hoitamista mielenterveyspalveluissa. Tämän kehittämistarpeen nostivat esiin sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon ammattilaiset ja sekä mielenterveyspalveluissa että vammaispalveluissa työskentelevät.

”– – mt-palveluiden työntekijöille olisi hyvä lisätä ymmärrystä kehitysvammaisuudesta. Kehitysvammaisen kognitiivisen tason erilaisuus verrattuna muuhun asiakas ryhmään on mielestäni sellainen tekijä, josta pitäisi puhua enemmän.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

”Kouluttamalla. Ymmärryksen lisäämistä siitä, että kehitysvammainen asiakas hyötyy palvelusta vaikka keskusteluja pitäisi mukauttaa kehitysvammaiselle henkilölle ymmärrettävämmäksi.” (Palveluohjaaja, vammaissosiaalityö)

Vastaajat toivat aikaisemmin esiin, kuinka osa ammattilaisista kokee kehitysvammaiset henkilöt vieraana, vaikeana asiakasryhmänä ja kuinka vuorovaikutustilanteet herättävät epävarmuuden kokemuksia. Lisäkoulutus vuorovaikutuskäytäntöihin kognitiiviselta toimintakyvyltään poikkeavien henkilöiden kanssa voisi tukea työntekijöiden itsevarmuutta asiakasryhmän kanssa työskennellessä. Arvion ym. (2024) mukaan kehitysvammaisen asiakkaan kanssa keskusteluissa on olennaista muun muassa selkeän ja konkreettisen kielenkäytön sekä vähemmän abstraktin ajattelun ymmärtämisen opetteleminen (mt., Kehitysvammainen yleislääkärin vastaanotolla). Myös kyselyyn vastanneet ammattilaiset peräänkuuluttivat itseltään oman toimintansa mukauttamista vuorovaikutustilanteissa.

”Ainakin itse näen asian niin, että abstrakti kieli ja ajattelu ja keskustelu ovat se minulle luonteva kieli. Minun on vaikea joskus osata maalaisjärkistä selkokieltä ja oivaltaa, kuinka soveltaa asioita käytännön arjessa. – – Kehitysvammaisen ihmisen taas on vaikea tavoittaa abstraktia kieltä ja ajattelua. Minun tehtäväni olisi ammattilaisena sopeuttaa omaa työskentelyäni. ” (Psykologi, mielenterveyspalvelut)

Vuorovaikutuksen lisäksi toivottiin lisätietoa siihen, kuinka toteuttaa mielenterveyshoitoa erilaisia kognitiivisia toimintakykyjä huomioiden.

”Koulutusta lähinnä siihen miten hoitoa tulisi järjestää ja miten eri psykososiaaliset hoidot ottavat huomioon esim kognitiiviset haasteet.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Vaikka aiemmin vastauksista paikantui saavutettavuuden ongelmakohdaksi liika keskittyminen kehitysvammaisten henkilöiden kognitiiviseen toimintakykyyn, on asiakkaan kognitiivinen toimintakyky huomioitava hoitoa suunnitellessa. Arvion ym. (2024) mukaan kehitysvammaisen henkilön toimintaa ja psyykkistä oireilua arvioidessa tulisi ottaa huomioon myös hänen emotionaalinen kehitystasonsa tai kehitysvaiheensa (mt., Kehitysvammaisen mielenterveyden arviointi). Koska psyykkisen hyvinvoinnin arviointi yleensä perustuu asiakkaan kykyyn kertoa tunteistaan, ei sama lähestymistapa välttämättä toimi abstraktit käsitteet haastavina kokevien kehitysvammaisten henkilöiden kanssa.

Eräs vastaaja pohti mielenterveyspalveluiden ammattilaisten suhtautumista kehitysvammaisiin asiakkaisiin sekä heidän ”valmiuksiin työskennellä” seuraavasti:

”usein mietitään juurikin sitä että onko ”valmiuksia työskennellä”? Jospa ajateltaisiinkin uudesta näkökulmasta, että se hoito annettaisiin siten millaiset valmiudet sitä on ottaa vastaan? Riittävän selkeää, helposti omaksuttavaa. Hitaalla tahdilla jne.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Ehdotuksena oli, että palveluntuottamisen puolella asennoiduttaisiin mukauttamaan omaa palvelua asiakkaalle sopivaksi sen sijaan, että odotetaan asiakkaalta soveltuvaa toimintakykyä kategorisesti tuotettuihin palveluihin. Asiakkaiden tarpeisiin mukautuminen edellyttää erilaisia kognitiivisia toimintakykyjä huomioivia hoitomenetelmiä. Poku ym. (2026) kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyshoitoa koskeva tutkimuskirjallisuuskatsaus selvitti yleisimpiä kehitysvammaisia asiakkaita varten tehtyjä hoidon sopeutuksia. He suosittelevat esimerkiksi mielenterveyspalveluiden ammattilaisia vähentämään riippuvuutta kirjallisesta ja sanallisesta viestinnästä harjoittamalla vaihtoehtoisten kommunikaatiokeinojen, kuten kuvien ja videoiden käyttöä sekä hyödyntämään toiminnallisia aktiviteetteja, kuten pelejä, taidetta ja roolileikkejä. (Mt.)

Omahoitopolkujen ja takaisinsoittopalveluiden hyödyntäminen palvelujärjestelmässä sai vastaajilta kritiikkiä kehitysvammaisten asiakkaiden kohdalla. Omahoitopolkujen sijasta soveltuvampana nähtiin kasvokkainen tapaaminen työntekijän kanssa.

”Ei voi edellyttää samalla tavalla Internetissä olevia mielenterveyskuntoutujien omahoito polkuja aina. Vaatii konkreettista kohtaamista.” (Palveluohjaaja, vammaissosiaalityö)

Yksilön tosiasiallisen kognitiivisen- sekä muun toimintakyvyn huomioivaa hoitoa toivottiin diagnoosiin perustuvan hoidon sijasta. Osa vastaajista koki, että myös omatyöntekijämalli olisi palvelussa kehitysvammaisten asiakkaiden eduksi, jolloin asiakas toimintakykyineen ja tilanteineen tulisi työntekijälle tutuksi. Yksilöllisemmän hoidon tarjoamiseksi sekä aiemmin mainitun diagnostisen varjostuksen ongelmaan (Whittle ym. 2017) vastaamiseksi, mielenterveyshäiriöiden diagnostiikan tueksi on otollista hyödyntää kehitysvammaisen asiakkaan lisäksi myös perheen, ympäröivien ammattilaisten ja hoitajien asiantuntijuutta (mt.). On olennaista haastatella myös asiakkaan läheisiä ihmisiä, koska kehitysvammaisilla henkilöillä voi olla taipumusta olla kertomatta mielenterveyden ongelmistaan stigman tai muun lähipiiriään koskevan huolen takia (Chinn & Abraham 2016). Läheiset ihmiset ovat myös avainasemassa kertomaan pitemmällä aikavälillä tapahtuneista muutoksista asiakkaan käytöksessä ja voinnissa.

Toinen yleinen asia, jonka vastaajat kokivat hyödylliseksi muutokseksi, oli mielenterveyshoitojen perusasioiden kouluttaminen myös vammaispalveluiden asumisyksiköissä ja muissa paikoissa, joissa kehitysvammaiset henkilöt viettävät suuren osan ajasta. Erityisesti ajateltiin kehitysvammaisen henkilön omatyöntekijän hyötyvän mielenterveysosaamisen vahvistamisesta.

”Ensi alkuun mielenterveyden hoitoa tulee tarjota lähimmän ammattilaisen, joka kehitysvammaisen kanssa työskentelee. Tämä tarkoittaa esim. sosiaalityöntekijöiden ja asumispalveluiden työntekijöitä kouluttamista mm. mielenterveyden ensiapukursseilla. Vasta komplisoituneissa tapauksissa jatko-ohjaus mielenterveyspalveluihin. Tämä ajatus ei luonnollisesti koske niitä, joilla ei omatyöntekijää entuudestaan ole.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Vastaajan ehdotus oli, että vähemmän haastavissa tilanteissa asumisyksiköissä voitaisiin tarjota niin sanottua mielenterveyden ensiapua. Etuna tällaisessa toimintatavassa olisi myös se, että asiakkaan toimintakyvyt ja toimintatavat ovat työntekijälle tuttuja, eikä tuen tarjoaminen

edellyttä ammatilaisen ja asiakkaan välistä tutustumista. Ehdotettua ”mielenterveysensiapua” todennäköisesti toteutetaankin jo jossain määrin eri yksiköissä, mutta käytännöt eivät välttämättä ole vakiintuneita.

Toinen vastaaja kuvaili, miten mielenterveyden tukemista (ns. ensiapua) ovat myös säännölliset keskustelut sekä terveellisten elämäntapojen- ja lääkehoidon toteutumisen tuki. Muidenkin vastaajien mielestä kevyempi, helpommin saatavilla oleva ja vakavampia mielenterveydenhäiriöitä ennaltaehkäisevä arjen osallisuutta vahvistava mielenterveystuki olisi monille kehitysvammaisille henkilöille hyödyllistä.

”Palvelujen tulisi olla matalammalla kynnyksellä ja paremmin saatavilla. Ei ehkä aina ihan niin tavoitteellista ja tietyt kriteerit täyttävää, vaan myös jutteluapua, silloin kun on paha olla. Myös toiminnallisten asioiden / harjoitteiden tekemistä / opettelua pahan olon yllättäessä.” (Sosiaaliohjaaja, vammaissosiaalityö)

”Erilaiset sosiaalisen kuntoutuksen muodot, vertaistuki, osallisuuden lisääminen, toimijuuden vahvistaminen voivat olla vaikuttavampia kuntoutuksen muotoja kuin psykiatriset hoidot, jos mielenterveyshaasteiden taustalla yhtenä selittävänä tekijänä nähdään älyllinen kehitysvamma.” (Sairaanhoitaja, psykiatrian erikoissairaanhoito)

Olennaista olisi kuitenkin, että mielenterveyspalveluiden sekä kehitysvammaisten henkilöiden lähipalveluiden ammatilaiset ovat yhteisymmärryksessä tilanteista, joissa esimerkiksi asumispalvelun henkilökunnan tuki riittää. Asumisyksikön henkilökunnan tulee tietää millaisessa tilanteessa kääntyä mielenterveyspalveluiden puoleen ja missä tilanteessa oman osaamisen tulisi riittää. Mielenterveyspalvelua edellyttävien tilanteiden selkeyttämistä toivottiinkin etenkin mielenterveyspalveluissa työskentelevien vastaajien taholta:

”Kehitysvammapalveluiden kautta ohjautuisi mt-palveluihin ne, jotka oikeasti voisivat hyötyä lyhyistäkin interventioista tai supportiivisesta keskustelusta.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

”Usein hlökunta keh,puolella ehkä tarvisi enemmän koulutusta. Esim kehitysvammaisen käytöshäiriöt eivät ole psykiatrisin hoitokeinoin hoidettavissa.” (Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

Mielenterveyspalveluiden sisäänottokriteereitä sekä yhteisillä rajapinnoilla työskentelevien toimialueiden vastuita tulisi siis selkeyttää kaikille. Aineistossa laajalti ilmenevää epäselvyyttä sisäänottokriteerien sekä palveluista pois käännättämisen suhteen voisi olla mahdollista hälventää varmistamalla, että asiakas – kognitiivinen toimintakyky huomioiden – tai asiakkaan

läheiset ymmärtävät, miksi asiakas ei sovellu mielenterveyspalveluihin sillä hetkellä. Toisin sanoen perustelujen tarjoaminen asiakkaalle sekä läheisille ihmisille ja ammattilaisille toisi selkeyttä palvelun tarjoamisen ehdoista ja raameista. Tämä liittyy myös saavutettavuuden informatiiviseen ulottuvuuteen (Vanjusov 2022).

Vastaajat kaipasivat kehitysvammaisuuteen sekä mielenterveysongelmiin erikoistuvan asiantuntijatahon perustamista tai määrittämistä. Asiantuntijatahon muodostamiseksi esitettiin erilaisia ratkaisuja. Yksi ratkaisu oli kehitysvammaisille henkilöille varattu oma resurssi mielenterveyspalveluista. Ehdotuksena olisi tällöin esimerkiksi se, että kehitysvammaiselle asiakasryhmälle varattaisiin vastuutyöntekijä, jolla olisi osaamista kehitysvammaisuuteen ja mielenterveystyöhön sekä siihen kuinka molemmat osa-alueet huomioidaan samassa tilanteessa. Erään mielenterveyspalveluiden sairaanhoitajan mukaan tällainen ratkaisu on ollutkin jo aikaisemmin käytössä. Kehitysehdotuksena nousi esiin myös vastavuoroisesti, että kehitysvammaisten palveluihin varattaisiin mielenterveystyöstä vastaava resurssi.

”[Kehitysvammapalveluiden osaamiskeskukseen] tulisi palkata mielenterveystyön ammattilainen palvelemaan kehitysvammaisten mielenterveyden asioissa.”
(Sosiaaliohjaaja, nuorten- ja aikuisten sosiaalihuollon palvelut)

Samalla tavoin kehitysvammaisten palveluissa varattaisiin oma työntekijä, joka hallitsee kaksoisdiagnoosin edellyttämät asiantuntijuudet. Joka tapauksessa palvelun toteutumiselle olisi hyödyksi, että työntekijöiden relevantti koulutus ja osaaminen kartoitettaisiin, jotta kehitysvammaisten henkilöiden palvelu voitaisiin tuottaa asianmukaista asiantuntijuutta hyödyntäen.

”[Hyvinvointialueelle] oma työntekijä jolla tietotaitoa, osaamista kohdata kehitysvammaisia ja ymmärtää sen aiheuttamat haasteet. – – Vakaa ja varma auttamistaho ja tieto/kokemus, että sieltä saa apua. Helposti lähestyttävä ihminen ja ei pompottelua henkilöltä ja työyhteisöltä toiselle, että kenelle vastuu kuuluu?”
(Lähihoitaja, vammaisten ohjauspalvelut)

Palveluiden välinen vähäinen yhteistyö ja niistä luonnollisesti seuraava vieraantuminen toisista palveluista, eli siiloutuminen, oli yksi asia, johon yksimielisesti kaivattiin muutosta.

”Sujuvampi yhteistyö mielenterveyspalveluiden ja vammaispuolen kanssa.”
(Sairaanhoitaja, mielenterveyspalvelut)

”[Kehitysvammapalveluiden osaamiskeskuksen] ja mt-palveluiden yhteistyö ja selkeästä työnjaosta sopiminen.” (Sosiaalityöntekijä, vammaissosiaalityö)

Vastaajat toivat aiemmin esiin, kuinka heikkoa tai olematonta yhteistyö toimialojen välillä on. Yhteistyön puute ilmeni yhtenä syllisenä epäselvyyksiin liittyen toimialojen työnkuviin ja työnjakoon. Yhteistyötä kaivattiinkin tilanteen korjaamiseksi. Yhteistyön kehittämiseksi ehdotettiin säännöllisin väliajoin toteutuvia yhteistyöpalavereita sekä asiakkuuksiin liittyen yhteiskäyntejä ainakin asiakkuuden alkuun.

Vastaajien toivomukset yhteistyöhön liittyen olivat yhdenmukaisia palveluintegraation yleisten tavoitteiden kanssa. Palveluverkoston epäselvyyteen ja pirstaloituneisuuteen on mahdollista vastata palveluintegraation kautta yhteensovittamalla toimintaa, resursseja ja päätöksentekoa (Juutinen, ym. 2023; Fisher & Elnisky 2012). Aiemmin mainittu palveluiden sisäänottokriteerien ja toimialueiden vastuiden selkeyttäminen on päätöksenteon ja toiminnan yhteensovittamista. Esimerkiksi kehitysvammaisuuteen tai mielenterveyteen erikoistuvien työntekijöiden kartoittaminen ja tietoinen hyödyntäminen palveluiden välillä taas on resurssien yhteensovittamista. Menestyksekkäästä palveluintegraatiosta voisi seurata myös joidenkin vastaajien aineistossa havainnoiman palvelujärjestelmän sekä työskentelyn päällekkäisyyden kitkeminen.

Palveluiden välisen yhteistyön tiivistymisen sivutuotteena kehitysvammaisiin asiakkaisiin kohdistuvat asenteet ja olettamukset ammattilaisten keskuudessa mahdollisesti lievenisivät. Fisherin ym. (2017) mukaan suora tekemisissä oleminen muun muassa kehitysvammaisen henkilön kanssa voi parantaa laajemminkin omaa asennetta ja suhtautumista kokonaista ihmisryhmää kohtaan (Fisher 2017, 166). Esimerkiksi toimialojen välisen yhteistyön kautta asiakasryhmä tulisi tutuksi ja ammattilaisille kertyisi itsevarmuutta kehitysvammaisten kanssa toimimiseen.

Kehittämiskohteeksi nimettiin myös erilaisten resurssien tarve. Vastaajat kokivat yleisesti tärkeäksi paremman resurssoinnin muun muassa vammaispalveluihin sekä mielenterveyspalveluihin, mutta paikansivat myös tiettyjä tarkempia kohteita lisäresursseille. Palveluiden paremman resurssoinnin myötä muun muassa kehitysvammaisiin asiakkaisiin heijastuva priorisointipaine kevenisi ja palveluihin pääsy nopeutuisi. Resurssoinnin myötä ei myöskään olisi yhtä välttämätöntä hyödyntää edullisempia, mutta kehitysvammaisille henkilöille usein sopimattomampia palvelumuotoja, kuten omahoitopolkuja.

Kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveydenongelmiin puuttumiseksi ehdotettiin myös elämänlaatuun vaikuttavia muutoksia. Osa vastaajista koki, että jotkut

epätarkoituksenmukaisista syistä mielenterveyspalveluihin hakeutuvista kehitysvammaisista henkilöistä hyötyisivät enemmänkin elämänlaatuun liittyvästä arjen tuesta, kuten mielekkään tekemisen lisäämisestä ja sosiaalisten suhteiden vahvistamisesta.

"[Kuinka kehittäisit palveluita?] Yhteisöllisten toimintojen lisääminen. Mielekkään tekemisen löytäminen, kavereuksien löytämisen ja ylläpitämisen tukeminen, lemmikkieläinten rooli (yksinäisyyden ja turvattomuuden estäminen)"
(Anonymisoitu)

Vastauksissa koettiin, että kehitysvammaisten henkilöiden arjen peruspalveluihin, kuten asumisyksiköihin panostaminen ja sitä kautta esimerkiksi positiivisten lähisuhteiden tukeminen auttaisi ehkäisemään tarpeettomia erikoissairaanhoidon käyntejä.

5 Pohdinta

5.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän tutkielman tarkoituksena oli selvittää kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta, saavutettavuuden haasteita sekä haasteista koituvia seurauksia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemusten perusteella. Tätä tietoa tuotettiin vastaamalla ammattilaisilta kerättävän aineiston perusteella tutkimuskysymyksiin: ”millaiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kokevat kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden”, ”millaisia haasteita ja kehittämiskohteita kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuuteen liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta” sekä ”kuinka saavutettavuuden haasteiden koetaan vaikuttavan kehitysvammaisten henkilöiden arkeen”. Tutkimusaineisto kerättiin kyselyllä yhdeltä hyvinvointialueelta. Aineistoa analysoitiin sekä laadullisesti että määrällisesti.

Tutkimus piirtää tilannekuvaa kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden nykytilanteesta ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimuskyselyyn vastanneiden ammattilaisten kuvaukset mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta olivat enimmäkseen kielteisiä. Sosiaalihuoltoon paikannettavien vastaajien kokemukset olivat kielteisempiä kuin terveydenhuoltoon paikannettavien vastaajien, mutta ero ei ollut kovin suuri. Melkein puolet vastaajista oli kokenut, että kehitysvammaisuus jollakin tavalla kytkeytyy heikompaan mielenterveyspalveluihin pääsyyn.

Tarkasteltaessa kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden haasteita Vanjusovin (2022) määrittelemien saavutettavuuden ulottuvuuksien kautta, jäsentyivät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kuvaukset erityisesti institutionaaliseen, informatiiviseen sekä kokemukselliseen ulottuvuuteen. Vastausten painottuminen näihin ulottuvuuksiin johtunee siitä, että tutkimusaineisto kerättiin ammattilaisilta.

Tulokset osoittavat, että saavutettavuuden institutionaalisessa ulottuvuudessa on ammattilaisten mukaan merkittäviä haasteita kehitysvammaisten asiakkaiden tarpeisiin vastaamisessa. Institutionaalinen saavutettavuus tarkoittaa muun muassa palveluiden vastaavuutta alueelliseen ja yksilölliseen tarpeeseen, riittävää resurssointia sekä palveluun pääsyn sujuvaa viranomaistoimintaa (Vanjusov 2022, 67–70). Tulosten perusteella

mielenterveyspalvelut järjestelmänä vastaa kehitysvammaisten asiakkaiden tarpeisiin heikosti johtuen muun muassa työntekijöiden kehitysvammaisuuteen liittyvästä osaamisen puutteesta, kehitysvammaisille sopimattomista hoitomuodoista sekä henkilökunnan ajoittaisesta kielteisestä suhtautumisesta kehitysvammaisiin henkilöihin. Mielenterveyspalveluissa ei ole käytössä vaihtoehtoisia hoitomuotoja keskusteluun perustuvalla hoidolla eikä vaihtoehtoisia kommunikaatiokeinoja, kuten kuvia. Nykyisellään mielenterveyspalveluiden ja hoidon tarpeen arviointi tapahtuu käytännössä keskusteluun perustuvien hoitokeinojen perusteella, jolloin kehitysvammaisten henkilöiden katsotaan helposti olevan ”kykenemättömiä hyötymään palvelusta”, ja henkilö ohjataan muuhun palveluun. Jos mielenterveyspalvelu katsotaan kehitysvammaisten henkilöiden kohdalla ”hyödyttömäksi”, voi tämän tulkita tarkoittavan myös sitä, ettei kehitysvammaisten henkilöiden palveluun pääsyä pidetä tärkeänä tai kiireellisenä. Palveluihin pääsyyn vaikuttaa myös riittämätön resurssointi, kuten liian pieni henkilöstön määrä, suuret asiakasmäärät, kuormittuneet palvelut sekä pitkät jonot mielenterveyspalveluissa.

Samaan aikaan tutkimukseen osallistuneet mielenterveyspalveluiden työntekijät osoittivat tietoisuutta asiakkaiden kaksoisdiagnoosin eli samanaikaisen kehitysvamman ja mielenterveysongelman vaatimasta asiantuntijuudesta, oman osaamisen sekä tiedon riittämättömyydestä sekä nykyisten hoitokeinojen yhteensopimattomuudesta. Osaamisen, koulutuksen ja kokemuksen puute yhdistettynä tietoon asiakkaan tilanteen vaativuudesta voi selittää, miksi kehitysvammaiset henkilöt saatetaan mielenterveyspalveluissa kokea haastavaksi asiakasryhmäksi.

Tulokset kertovat myös informatiivisen saavutettavuuden haasteista mielenterveyspalveluissa. Informatiivinen saavutettavuus tarkoittaa asiakkaiden ja potilaiden näkökulmasta tyydyttävää, ymmärrettävää ja julkisesti saatavilla olevaa tietoa palvelusta. Myös työntekijöillä tulee olla riittävästi tietoa mielenterveyshäiriöistä sekä asiakkaan tilanteelle olennaisista aiheista, kuten kehitysvammaisuudesta (Vanjusov, 2022, 67–70). Ammattilaisten oma tiedon puute muun muassa vaihtoehtoisista hoitokeinoista rajoittaa kehitysvammaisen henkilön mahdollisuuksia saada sopivaa hoitoa mielenterveyshäiriönsä. Sen lisäksi palvelujärjestelmä ja kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyspalveluihin hakeutumisen hoitopolut koettiin tässä tutkimuksessa epäselviksi ja selkokielen tieto heikosti saatavilla olevaksi.

Informatiiviseen ja institutionaaliseen ulottuvuuteen kietoutunut sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimialojen välisen yhteistyön puute näyttäytyi tuloksissa merkittävänä ongelmana. Yhteistyön puute heijastuu asiakaskokemukseen pirstaloituneena palvelujärjestelmänä, jossa

asiakaskokemusta kuvailtiin ”pompotteluksi”. Tulokset kertovat muun muassa mielenterveyspalveluiden, kehitysvammapalveluiden sekä vammaispalveluiden vieraantumisen toisistaan, mistä johtuen palvelujärjestelmän hoitopolut sekä vastuiden jakautuminen toimialojen välillä koettiin epäselviksi ja paikoin tuntemattomiksi. Samalla tulokset ilmentävät palveluintegraation kehittämisen tarvetta eri toimialojen välillä.

Ammattilaisten erilaiset tiedonpuutteet heijastuvat myös asiakaskokemukseen ja vaikuttavat siten palvelun saavutettavuuteen kokemuksellisesta näkökulmasta (kts. Vanjusov 2022, 67–70). Ammattilaisten kokemukset kehitysvammaisiin asiakkaisiin kohdistuvasta kielteisestä suhtautumisesta, palvelutarpeen kyseenalaistamisesta sekä kognitiivisen toimintakyvyn aliarvioimisesta heijastavat todennäköisesti myös asiakkaiden kokemuksia palveluista. Huonot kokemukset eivät heikennä näkemyksiä palveluiden saavutettavuudesta pelkästään asiakkaille, vaan kielteiset ja hämmentävät kokemukset vaikuttavat myös ammattilaisten näkemyksiin palvelun saavutettavuudesta.

Saatujen tulosten perusteella mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden haasteista aiheutuvat seuraukset ovat kehitysvammaisille henkilöille pääsääntöisesti samankaltaisia kuin ei-kehitysvammaisille. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten mukaan henkilön vointi heikkenee ja mielenterveysongelmat syvenevät mielenterveyspalveluihin pääsyn estyessä. Toisaalta saavutettavuushaasteiden seurauksia kuvattiin myös erityisesti kehitysvammaisten henkilöiden näkökulmasta esimerkiksi häiriökäyttäytymisenä, kuten itsetuhoisena käyttäytymisenä. Mielenterveydentilan heiketessä kehitysvammainen henkilö voi vetäytyä arjen toiminnoista, kuten esimerkiksi työ- tai päivätoiminnasta sekä sosiaalisista piireistään. Hoitamattomista mielenterveydenhäiriöstä seuraa myös toimintakyvyn laskua, joka puolestaan näyttäytyy myös voimistuneena palvelutarpeena.

Tutkimukseen osallistuneiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten mukaan mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta voitaisiin parantaa monin eri tavoin: paikkaamalla kehitysvammaisten henkilöiden kohtaamiseen liittyviä tiedon puutteita, käyttöönottamalla kehitysvammaisten asiakkaiden tarpeisiin sopivia mielenterveyspalveluja ja hoitomuotoja, kehittämällä kehitysvammaisten henkilöiden lähellä työskentelevien ammattilaisten mielenterveysosaamista - esimerkiksi asumispalveluissa, sekä kehittämällä yhteistyötä ja selkeyttämällä työnjakoa eri toimialojen välillä.

Tutkimuksen tulokset ovat selvästi linjassa aiempien kansainvälisten tutkimusten kanssa. Mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden ongelmat, joita tässä tutkimuksessa paikannettiin suomalaisia mielenterveyspalveluja koskien yhdellä hyvinvointialueella, olivat samoja, joita

kansainvälisessä tutkimuksessa on kuvattu. Muun muassa moniammatillisen yhteistyön vähäisyys, mielenterveyspalveluiden henkilökunnan koulutuksen puute kehitysvammaisuuden suhteen sekä palvelujärjestelmän epäselvyys olivat kansainvälisen tutkimuksen kanssa jaettuja havaintoja (kts. Whittle, ym. 2017). Tutkimuksen tulokset vahvistavat myös suomalaisten aihetta käsitelleiden opinnäytetöiden tuloksia, joissa havaittiin kotimaisten mielenterveyspalveluiden ongelmiksi vaihtoehtoisten hoitomuotojen puute, osaamisen puute kehitysvammaisuuden suhteen, puutteellinen resurssointi sekä palvelujärjestelmän pirstaloituneisuus ja heikko toimialojen välinen yhteistyö (kts. Lavasti 2024; Niemi 2023; Kiviniemi 2023; Savinainen & Savinainen 2023). Myös tutkimuksessa esiin nousseet palvelujärjestelmän kehittämis ehdotukset palvelujärjestelmän saavutettavuuden parantamiseksi ovat linjassa aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa ehdotettujen toimien kanssa. Whittlen ym. (2017) tutkimuksen tavoin yhteistyön lisääminen, työntekijöiden lisäkouluttaminen, sekä palveluverkoston selkeyttäminen nousivat esiin merkittävinä kehittämis ehdotuksina. Tutkimus täydentää olemassa olevaa tutkimustietoa tarjoamalla moniäänisen aineiston kautta moniulotteisemman kuvan mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden haasteista ja nykytilasta.

Saatujen tutkimustulosten valossa erityisesti vaikeammin kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyspalveluiden toteutuminen näyttäytyy epävarmana. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten arvioiden mukaan lievästi kehitysvammaiset ovat kehitysvammaisista henkilöistä parhaimmassa asemassa hyötyä nykyisistä tarjolla olevista keskusteluun painottuvista hoidoista, mutta myös vaikeammin kehitysvammaiset henkilöt kärsivät mielenterveysongelmista. Kognitiivisen toimintakyvyn edellytykset asettavat korkean riman mielenterveyspalveluihin pääsyyn, joten merkittävä osa kehitysvammaisista henkilöistä on palvelujärjestelmän suhteen väliinputoajia ja vaarassa jäädä käytännössä kokonaan ilman mielenterveysapua.

Mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden parantaminen kehitysvammaisille henkilöille ei toteudu pelkästään yksittäisillä toimilla tai kehittämis ehdotuksilla, vaan on välttämätöntä tehdä myös rakenteellisen ja asenteellisen tason muutoksia. Kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden turvaamiseksi on muutettava asetelma, jossa vain asiakas joutuu sopeutumaan palvelua saadakseen. Vammaisuuden sosiaalisen määritelmän (Vehmas 2005, 120) mukaisesti tulkittuna mielenterveyspalveluita tulee tuottaa myös kehitysvammaisen asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioiden, sillä heilläkin on oikeus saada soveltuvaa mielenterveyspalvelua.

Nykyinenkään lainsäädäntö osana rakenteita ei aseta asiakkaalle vastuuta mukautua palveluihin, vaan palveluntuottajalle vastuun suunnitella ja toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää (mm. SHL 1301/2014 33 §; TervHL 612/2021 4 §; Sote-järjestämislaki 612/2021 4 §). Tämä tarkoittaa, että mielenterveyspalveluiden henkilöstölle on tarjottava tukea kehitysvammaisten henkilöiden ja kognitiivisen toimintakyvyn rajoitteiden kohtaamiseen sekä vaihtoehtoisten hoito- ja kommunikaatiokeinojen käyttöönottoon. Kognitiivisen toimintakyvyn huomioiminen hyödyttää myös monia ei-kehitysvammaisia ihmisiä, joiden kognitiivinen toimintakyky on alentunut esimerkiksi sairauden tai päihteiden käytön takia. On myös totta, että kaikkien kehitysvammaisten henkilöiden tarpeisiin ei voida vastata mielenterveyspalveluissa, joten vastavuoroisesti kehitysvammapalveluissa ja esimerkiksi vaativan tuen yksiköissä tulisi turvata henkilöstölle tietyn tasoinen psykiatrinen osaaminen ja mielenterveysasioissa kouluttautuminen (Arvio, ym. 2024, Kehitysvamma-alan vaativan tuen yksiköt).

Myös taloudellisuuteen perustuvaan ajatteluun tulisi kiinnittää huomiota kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden turvaamiseksi. Tulosten mukaan työntekijöihin kohdistuva kuormitus ja paine ohjaa heitä priorisoimaan asiakkaitaan työskentelyn tehokkuuden perusteella, jolloin kehitysvammaiset henkilöt jäävät toissijaiseksi priorisoinnissa. Tosiasiallisesti kehitysvammaiset henkilöt mahdollisesti voivat tarvitakin lisätoimia ja siten lisäresursointia hoidon mahdollistamiseksi, mutta se ei muuta sitä tosiasiaa, että he ovat siihen oikeutettuja. Taloudellisuus tai tehokkuus ei voi olla perustelu vammattomien asiakkaiden priorisoimiselle kehitysvammaisten henkilöiden ohi.

Monet tutkimuksessa esiin nousseista ongelmista johtuivat toimialojen eriytymisestä toisistaan, kuten päällekkäisiksi koetut palvelut, hoitoketjujen-, muiden toimialojen sekä toimialojen välisten vastuiden tuntemattomuus. Toisin sanoen useampaan mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden ongelmaan voisi olla mahdollista puuttua toimialojen välistä yhteistyötä kehittämällä ja palveluintegraation keinoin. Myös ongelmat liittyen kehitysvammaisiin asiakkaisiin suhtautumiseen ja erilaisiin osaamisen puutteisiin mahdollisesti lieventyisivät muiden toimialojen ammattilaisten kanssa työskennellessä.

Toimialojen eriytyneisyyteen ja palvelujärjestelmän pirstaloituneisuuteen voisi auttaa palveluintegraatio. Yhteisten rajapintojen kartoittaminen, mallien kehittäminen yhteistyölle ja palveluun pääsulle selkeyttää palvelujärjestelmää ammattilaisille sekä asiakkaille (Juutinen, ym. 2023; Fisher & Eltnisky 2012). Samat toimet mahdollisesti ehkäisevät väärin perustein palveluihin hakeutumista ja tilanteita, joissa asiakkaan hoidosta vastuussa oleva taho on

epäselvä. Mielenterveyshäiriön omaavat kehitysvammaiset henkilöt tarvitsevat molempiin diagnooseihin soveltuvaa asiantuntijuutta, joten palveluintegraation mukainen resurssien yhteensovittaminen, esimerkiksi konsultaatio toimintamalleja kehittämällä voisi johtaa laadukkaampaan ja tehokkaampaan palveluun. (Mt.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään kohdistuvien leikkausten vaikuttaessa hyvinvointialueisiin taloudellisesti on huomioitava, kuinka mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden kehittäminen edellyttää myös parempaa resurssointia. Henkilökunnan lisäkouluttaminen, palveluintegraation- sekä toimialojen välisen yhteistyön kehittäminen vaatii työajan käyttämistä poissa asiakastyön ääreltä. Kautta toimialojen on myös turvattava riittävä henkilöstöresurssi, jotta kaikkein haavoittuvaisimpien asiakkaiden palvelutarve voidaan turvata. Kääntöpuolena taas palveluintegraatio sekä sen kautta saavutettavat selkeämmät ja tehokkaammat palveluverkostot säästävät aikaa ja rahaa. Myös varhaisessa vaiheessa kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyden häiriöihin puuttuminen ehkäisee intensiivisempien ja kalliimpien palveluiden tarvetta myöhemmässä vaiheessa.

Sekä aiemmissa tutkimuksissa, että tässä oli havaittavissa myös työntekijöiden kiinnostus kehitysvammaisille henkilöille paremman palvelun tuottamiseen ja palveluiden kehittämiseen. Tutkimuksen ja aiheiden kriittisyydestä huolimatta tutkimukseen osallistuneiden ammattilaisten tapa puhua muista toimialoista ja työntekijöistä oli usein solidaarinen ja ymmärtäväinen. Vastauksissa reflektoitiin monipuolisesti omia, muiden ammattikuntien ja järjestelmän vaikutusta sekä kehittämistarpeita. Solidaarinen ja ymmärtäväinen vuorovaikutus tuottaa hyvän pohjan yhteistyön vahvistumiselle ja sen kautta kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien palveluiden tarvestaavuuden parantamiselle.

5.2 Tutkimusprosessin arviointi ja jatkotutkimustarpeet

Tutkimusprosessi on ollut opettelemisen ja oppimisen täyteinen. Koenkin että saattaisin seuraavassa tutkimuksessa tehdä joitakin asioita myös toisin.

Tiedostin jo tutkimusidean muodostuessa vammaissosiaalityössä työskennellessäni, että on paljon tutkimusaiheeseen liittyviä asioita ja työskentelyä, joka tapahtuu oman toimialueeni ja näkökenttäni ulkopuolella. Ilmiö näyttäytyi selvästi moniammatillisena ja useiden palveluiden ja ammattiryhmien leikkauspisteessä tapahtuvana. Siispä tutkimussuunnitelmasta lähtien keskiössä on ollut ajatus siitä, että ilmiön tutkimista ja vakuuttavien yleistettävien tulkintojen

tekemistä varten on kerättävä moniääninen aineisto. Pyrkimys konkretisoitui siten, että tavoittelin tutkimukseen eri alojen ammattilaisia toimialoilta eri puolilta ilmiötä.

Aineistoanalyysi tutkimusmetodina on altis tutkijan oman tulkinnan vaikutuksille, kuten esimerkiksi vahvistusharhalle, jossa tietoa valikoidaan ja tulkitaan siten, että se tukee omia aiempia näkemyksiä. Kuten aiemmin mainitsin, olen itsekin työskennellyt vammaispalveluissa kehitysvammaisten asiakkaiden kanssa ja kokenut haasteita asiakkaan mielenterveyspalveluiden toteutumisessa. Olen pyrkinyt hyödyntämään kokemuksistani kerryttämää käytännöntietoa tutkimuksen eduksi, mutta sama kokemus on voinut myös vaikuttaa aineiston tulkintaani ja muuhun tutkimusprosessiin. Vietettyäni kuitenkin aineiston kanssa riittävästi aikaa väitän oppineeni suhtautumaan vastauksiin tasa-arvoisesti ja pyrkineeni parhaani mukaan olemaan tarkastelussa ja tulkinnoissani puolueeton.

Tutkimuksen luotettavuutta tukee muun muassa se, että merkittävä osa vastaajista tosiasiallisesti työskentelee kehitysvammaisten asiakkaiden kanssa ja on siten relevantissa asemassa tuottamaan tietoa mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta kehitysvammaisia henkilöitä koskien. Tutkimusprosessin ajan pyrin välttelemään vastaajien ajattelun tarpeetonta johdattelamista muun muassa infokirjeissä (liitteet 1 ja 2) ja kyselyn alun tekstissä (liite 3), mutta tutkimuksen ja aiheeseen paneutumisen perustelemiseksi kriittisellä tutkimustiedolla aiheen perusteleminen oli välttämätöntä. Siitä huolimatta, koen että vastaajien näkemykset ja kokemukset saavutettavuudesta olivat pitkälti heidän omiaan. Esimerkiksi se, että vastauksista 77 % sisälsi eksplisiittisen kuvauksen saavutettavuuden heikkoudesta, on vaikea selittää pelkästään kyselyn alun infotekstillä. Kielteisten asenteiden yleisyyttä mahdollisesti selittää paremmin, se että ilmiö on tunnistettu työpaikoilla ja siitä keskustellaan. On myös mahdollista, että tutkimuksen kriittinen asetelma on voinut herättää enemmän kiinnostusta kielteisesti asennoituissa työntekijöissä. Tämäkin on huomioitava tutkimustuloksia tulkitessa.

Tutkimuksesta muodostui enemmän haaste ja kritiikki keskeinen aineiston myötä.

Tavoitteenani oli pyrkiä rakentamaan ja myös positiiviseen diskurssiin tutkimuksessa kysymällä esimerkiksi toimialojen välisen yhteistyön vahvuuksista sekä mielenterveyspalveluihin pääsyä helpottavista asioista, mutta myönteisiä vastauksia kysymyksiin tuli suppeasti. Vastauksia tuli kuitenkin enemmän saavutettavuutta parantavia kehittämis ehdotuksia koskien.

Mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden kehittämisen kannalta olennaista tietoa, kuten järjestelmän nykyisiä vahvuuksia ja voimavaroja voisi olla mahdollista kenties kartoittaa paremmin haastatteleamalla ammattilaisia.

Tutkimuksesta tehtävien tulkintojen luotettavuutta tukee myös aineiston moniäänisyys sosiaali- ja terveydenhuollon, eri toimialojen sekä ammattiryhmien kannalta. Toimialueet sekä ammattiryhmät ovat paikoin kilpailullisissa asemissa keskenään taloudellisen niukkuuden sekä kilpailevien ammatti-paradigmojen ja -etiikoiden takia. Useampien ammattiryhmien ja toimialojen osallistuminen mahdollistaa vastausten yhtäläisyyksien sekä eriävyyksien tarkastelun. Moniäänisyys myös mahdollistaa tarvittaessa taustatietojen poissulkemisen. Voidaan esimerkiksi varmistua siitä, että tietty havainto ei johdu pelkästään vastaajan ammatillisesta näkökulmasta.

Tutkimustulosten luotettavuudesta kertoo myös niiden laaja yhdenmukaisuus aiemman tutkimustiedon kanssa. Samat toistuvat havainnot kansainvälisessä sekä kotimaisessa kirjallisuudessa kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta koskevista haasteista sekä kehittämisehdotuksista tukevat havaintojen luotettavuutta.

Metodologian osalta koen, että pragmaattinen paradigma (Åkerblad & Seppänen-Järvelä 2024, 2.2) ja eklektinen lähestymistapa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 2.2) tutkimusasetelman muodostamisessa yhdistettynä fenomenologis-hermeneuttiseen kokemusten tarkasteluun (mt., 1.3.2) ja havaintojen kvantifioimiseen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006) tuotti tutkimustehtävään tehokkaasti vastauksia. Ammattilaisten kokemusten tarkastelu tarjoaa hyvän näköalan mielenterveyspalveluiden nykytilanteeseen ja kvantifioiminen kohdentaa huomiota tehokkaasti olennaisimpiin havaintoihin. Tieteenfilosofiaan perehtymiseni tapahtui kuitenkin myöhemmässä tutkimusvaiheessa, jolloin en huomioinut fenomenologis-hermeneuttisen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 1.3.2) tiedon tuottamista kyselyn laatimisessa. Kyselyn kysymystenasettelussa tieteenfilosofian huomioiminen olisi voinut johtaa helpommin analysoitavaan aineistoon. Fenomenologis-hermeneuttisen tieteenfilosofian hyödyntäminen on myös huomioitava tutkimuksen tulosten tarkastelussa. Koska kokemukset ovat hyvin yksilöllisiä, ne eivät mahdollista tiedon yleistämistä, jolloin tutkimustiedon ei voida ajatella olevan ongelmattomasti sovellettavissa kaikkialla. Siitä huolimatta tämä tutkimus paikansi ongelmia mielenterveyspalvelun saavutettavuudessa, jotka saattavat vaikuttaa myös muissa samankaltaisissa konteksteissa.

Aineistolähtöisen aineistonanalyysin tekeminen mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden kannalta voisi nostaa esiin erilaisia huomioita, kuin mitä teoriaohjaava analyysi ohjasi huomioimaan. Tämän tutkimuksen ohjaava teoria, eli Vanjusovin (2022) saavutettavuuden määritelmä on melko ammatillinen ja siten keskittyy ammatillisiin piirteisiin, kuten

lainsäädännön määrittelemiin velvollisuuksiin sekä työntekijöiltä odotettuun osaamiseen. Teoriaohjaava analyysi ei tapahdu kokonaan ohjaavan teorian ehdoilla, mutta aineistolähtöinen analyysi saattaisi paikantaa samasta aineistosta esimerkiksi jotain vähemmän teknillistä ja ammatillista.

Samalla tavoin vaihtoehtoisten tutkimuksellisten lähestymistapojen hyödyntäminen voisi tuoda erilaisia tuloksia. Esimerkiksi kriittisen vammaistutkimuksen kautta voisi paneutua lisää kehitysvammaisen henkilön asemaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkostossa. Myös tilastotieteellinen realismiin pohjautuva ja niin sanottua faktatietoa kartoittava tutkimus siitä, kuinka kehitysvammaiset henkilöt hyödyntävät mielenterveyspalveluita, voisi kertoa lisää ja laajemmassa mittakaavassa mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden nykytilanteesta.

Yksi aineiston heikkouksista on toimialueiden riittämätön määrittely kyselyssä ja siitä seuraava vastaajien toimialueisiin jakautumiseen liittyvä epävarmuus. Lopullisessa kyselyaineistossa vastaajista yksikään ei ilmoittanut työskentelevänsä perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa, mielenterveyskuntoutujien asumisyksikössä tai päihdepalveluissa. Vastaajien puute voi johtua siitä, ettei kysely tavoittanut kyseisiä toimialoja tai sitten vaihtoehtoisiksi asetetut anonymisoidut ja työn arjesta suhteellisen etäiset toimialanimikkeet ovat voineet olla vastaajille sekavia tai epäsoivia. Toisaalta tämä ilmentää myös palvelujärjestelmän monimutkaisuutta ja pirstaleisuutta myös yhden hyvinvointialueen sisällä.

Kyselyn toimialojen määrittely ei välttämättä myöskään täysin vastaa hyvinvointialueen organisaation tosiasiallista järjestäytymistä. Esimerkiksi päihdepalvelut saattavat sisältyä ”mielenterveys- ja päihdepalveluiden” yhdistettyyn yksikköön, jolloin ammattilaiset saattavat kokea mielenterveyspalveluiden kuvaavan työpaikkaa paremmin vaikka tuottaisivat myös päihdepalveluita. Päällekkäisyyttä nimikkeissä ilmenee myös ”psykiatrian erikoissairaanhoito” sekä ”mielenterveyspalvelu”-nimikkeiden välillä, sillä psykiatrisen erikoissairaanhoidon voi tulkita sisältyvän mielenterveyspalveluihin. Selkeämpi toimialajakauma olisi voinut olla mahdollista saavuttaa määrittelemällä toimialanimikkeet selkeämmin tai tarjoamalla enemmän ja tarkempia vaihtoehtoja organisaation anonymisoinnin puitteissa. Joka tapauksessa toimialanimikkeiden huolellisempi tuottaminen olisi voinut tukea aineiston laatua sekä analyysiä.

Tutkimukseen valikoituneet toimialueet eivät myöskään kata koko palveluprosessia ilmiön kannalta. Tästä kertoo esimerkiksi se, että tutkimusluvan saamisen jälkeen sain tutkimuksen hyvinvointialueella nimitetyltä vastuuhenkilöltä tietää, että ainakin yksi tutkimukseen soveltuva toimialue sosiaalihuollon puolelta jäi tutkimuksen piiristä pois. Toimialueet valikoituivat muun

muassa hyvinvointialueen tutkimuslupaprosessin myötä, jossa toimialueita niiden alaorganisaatioineen oli valittavissa useita kymmeniä. Olennaisten toimialueiden tunnistaminen, paikantaminen ja valitseminen oli ajoittain haasteellista.

Myöskään sosiaalihuollon mielenterveyspalveluista, kuten mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista tai kuntouttavasta työtoiminnasta ei ollut aineistossa mainintoja. Voi olla että kun tässä tutkimuksessa ja lainsäädännössä (Terveystoimintalaki 1326/2010; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014) esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut katsotaan mielenterveyspalveluiksi, saattavat vastaajat tulkita ne enemmänkin aikuissosiaalityön palveluiksi.

Tutkimukseen sisällytettävien toimialueiden valintaan oli kohdistettava priorisointia. Valintoihin vaikuttava tekijä oli muun muassa muodostuvan aineiston koko. Tutkimuksesta jäi pois ilmiön kannalta olennaisia toimialoja, kuten esimerkiksi mielenterveyspalveluihin pääsyn suhteen portinvartijan asemassa toimivat terveydenhuollon päivystykset ja terveysasemat. Kyseiset toimialueet työllistävät merkittäviä määriä työntekijöitä, jonka myötä vastaajamäärä olisi voinut olla erittäin suuri. Toimialavalintoihin täytyi kohdistaa priorisointia myös lupaprosessiin liittyvän odotusajan takia. Realistisesti tarkasteltuna kaikilta olennaisilta toimialoilta kaikkien olennaisten ammattilaisten näkemysten kartoittaminen koko palveluprosessin kattavasti olisi tutkimuksena laajuudeltaan ja työllistävyydeltään kuormittava.

Tutkimuskutsun ja kyselylinkin välittäminen hyvinvointialueella eteenpäin olisi voinut olla helpompaa ja tehokkaampaa, mikäli hyvinvointialueella olisi käytössä nimenomaan tutkimustarkoitukseen omistettu viestintäkanava. Hyvinvointialueen kaltaisessa suuressa organisaatiossa kiireisten palvelualuejohtajien kautta tutkimuskutsujen välittämisessä oli esimerkiksi viestien katoamisen riski. Tutkimuksessa kuitenkin menestyksekkäästi tavoitettiin toimialoja eri puolilta ilmiötä sosiaali- ja terveydenhuollosta olennaisilta tahoilta.

Tämä tutkimus ei ollut kehitysvammaisten henkilöiden tarvitsemien mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden kartoittamisen osalta kattava tai tyhjentävä. On huomioitava muun muassa, että kaikki ilmiöön liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon toimialat eivät olleet edustettuna tutkimuksen vastaajissa. Laajemmassa mittakaavassa taas tutkimuksen paikantuminen pelkästään yhdelle hyvinvointialueelle voi vinouttaa tuloksia organisaatioiden yksilöllisten piirteiden vuoksi. Mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden tutkiminen useammalla hyvinvointialueella voisi hälventää yksittäisen hyvinvointialueen organisaatiokohtaisten ominaisuuksien vaikutuksia ja paljastaa ongelmia hyvinvointialueille yhteisissä rakenteissa,

kuten lainsäädännössä. Ilmiön tutkiminen muilla hyvinvointialueilla voisi tuottaa uusia, tai vahvistaa tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia.

Kehitysvammaisia henkilöitä haastatteleamalla voisi myös täydentää saavutettavuuden haasteiden kartoitusta. Vanjusovin (2022) määritelmän mukaisesti erityisesti taloudellisesta, kokemuksellisesta sekä fyysisestä saavutettavuudesta voisi saada tätä kautta uutta tietoa. Kehitysvammaisen henkilön asiakasnäköala institutionaalisesta ja informatiivisesta saavutettavuudesta toisi myös esiin huomioita, joita ammattilaisilta kysyessä tuskin nousee esiin.

Jatkotutkimustarpeina voidaan esittää myös kehitysvammaisten henkilöiden vaihtoehtoisten mielenterveyden hoitomuotojen sekä niiden käytännön soveltamisen mielenterveystyössä tutkiminen, josta on erittäin suppeasti tutkimustietoa etenkin suomalaisessa kontekstissa. Lisäksi olisi hyödyllistä selvittää, minkälainen palveluintegraatio voisi soveltua tutkimuksissa korostuneiden ongelmien ratkaisemiseen. Palveluintegraatiota olisi mahdollista tutkia esimerkiksi vertailemalla suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja kansainvälisessä kirjallisuudessa kuvatun palveluintegraation toteuttamista.

Myös sosiaalihuollon mielenterveyspalveluiden, kuten esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden ja kuntouttavan työtoiminnan saavutettavuutta kehitysvammaisille henkilöille voisi olla hyvä tulevaisuudessa kartoittaa omalla tutkimuksellaan. Voisi olla hyödyllistä saada tietää esimerkiksi siitä, vaikuttaako tämän tutkimuksen tuloksissa näkyvä saavutettavuuteen vaikuttava tehokkuus-ajattelu ja vammattomien asiakkaiden priorisointi samalla tavoin muillakin toimialoilla, kuten esimerkiksi sosiaalihuollon mielenterveyspalveluissa.

Lähteet

- American Medical Association (2024), ICD-10-CM 2025 the Complete Official Codebook. 1. painos. American Medical Association.
- Amin, Maryse & Gentile, Julie & Edwards, Barbara & Davis, Mark (2021), Evaluation of health care disparities for individuals with intellectual and developmental disabilities in Ohio. *Community Mental Health Journal* 57, 482–489. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00669-6>
- Arvio, Maria & Aaltonen, Seija & Lähdetie, Jaana & Nyman, Markku (2024), *Kehitysvammalääketiede*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Braun, Victoria & Clarke, Victoria & Boulton, Elicia & Davey, Louise & McEvoy, Charlotte (2021), The online survey as a qualitative research tool. *International Journal of Social Research Methodology* 24 (6), 641–654 <https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1805550>
- Chaplin, Eddie & O'Hara, Jean & Bouras, Nick (2009), Mental health services for people with intellectual disability: challenges to care delivery. *British Journal of Learning Disabilities* 37 (2), 157–164 <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2008.00540.x>
- Chinn, Deborah & Abraham, Elisabeth (2016), Using 'candidacy' as a framework for understanding access to mainstream psychological treatment for people with intellectual disabilities and common mental health problems within the English Improving Access to Psychological Therapies service. *Journal of Intellectual Disability Research* 60 (6), 571–582 <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.ulapland.fi/doi/10.1111/jir.12274>
- Dell'Armo, Kristin & Tassé, Marc J. (2024), Diagnostic overshadowing of psychological disorders in people with intellectual disability: A systematic review. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 129(2), 116-134.
- Edwards, Niki & Lennox, Nicholas & White, Paul (2007), Queensland psychiatrists' attitudes and perceptions of adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 51 (1), 75–81 <https://doi-org.ezproxy.ulapland.fi/10.1111/j.1365-2788.2006.00870.x>

- Enroos, Rosi & Mäntysaari, Mikko (2017), Sosiaalityön tutkimuksen mielekkyydestä ja missiosta. Teoksessa Enroos, Rosi (toim.) & Mäntysaari, Mikko (toim.) & Ranta-Tyrkkö, Satu (toim.) Mielekäs tutkimus: näkökulmia sosiaalityön tutkimuksen missioihin. Tampere: Tampere University Press, 7–32.
- Fisher, Michael & Eltnisky, Christine (2012), Health and social services integration. A review on concepts and models. *Social Work in Public Health* 27 (5), 441-468.
- Fisher, Karen & Purcal, Christiane (2017), Policies to change attitudes to people with disabilities. *Scandinavian journal of disability research* 19 (2), 161–174.
- Fossum, Kari & Karlsen, Kjersti & Munkhaugen, Ellen & Bakken, Trine & Kildahl, Arvid (2025), Barriers to Mental Health Assessment and Treatment for Individuals with Intellectual Disabilities: Findings from a National Service Development Project in Norway. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities* 19 (3), 293-315.
- Gulliford, Martin & Figueroa-Munoz, Jose & Morgan, Myfanwy & Hughes, David & Gibson, Barry & Beech, Roger & Hudson, Meryl (2002), What does ‘access to health care’ mean? *Journal of Health Services Research & Policy* 7 (3), 186–188. <https://doi-org.ezproxy.ulapland.fi/10.1258/135581902760082517>
- Happo, Pauliina (2024), Ministeriö aikoo lopettaa rahoituksen selkokiehityksen oppimateriaalin teolle. Yle-artikkeli. <https://yle.fi/a/74-20115733> Viitattu 13.9.2026.
- Heikkilä, Tarja (2014), Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Holopainen, Hanna (2026), Yksinäisyys ajaa kehitysvammaisia päivystykseen Oulussa, mutta apua ei ole tarjolla. Yle-Artikkeli. <https://yle.fi/a/74-20219660> Viitattu 17.8.2026.
- Invalidiliitto (2025), Osallisuusbarometri 2025. https://www.invalidiliitto.fi/sites/default/files/2026-06/Osallisuusbarometrin%20raportti_web_saavutettava_020626.pdf
- Jokinen, Arja (2021), Laadullisen tutkimuksen näkökulmat. Näkökulmat ja paradigmot. Teoksessa Jaana vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-nakokulmat/> Viitattu 21.5.2026.

- Juhila, Kirsi (2021), Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-ominaispiirteet/> Viitattu 7.1.2026.
- Juhila, Kirsi (2021), Laadullinen tutkimus ja teoria. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullinen-tutkimus-ja-teoria/> Viitattu 18.5.2026.
- Juutinen, Anna-Mari & Niiranen, Vuokko & Taskinen, Helena (2023), Valmiina palveluintegraatioon? Valtionohjauksesta paikalliseen toimeenpanoon. Focus Localis 51 (2).
- Kajander, Roosa (2026a), Down-lapsen äiti pelkää, että kehitysvamma-ala heittää perheen pihalle – ”Pelottava ajatus”. Yle-artikkeli. <https://yle.fi/a/74-20235276> Viitattu 13.8.2026.
- Kajander, Roosa (2026b), Miksi kehitysvamma-ala ei kiinnosta lääkäreitä? Dosentti ”Helpompaa on hoitaa korvatulehduksia”. Yle-artikkeli. <https://yle.fi/a/74-20237501> Viitattu 7.8.2026.
- Kauppinen, Kirsi (2023), Helpoksi lääkitty. Yle-artikkeli. <https://yle.fi/a/74-20015869> Viitattu 17.10.2025.
- Kehitysvammaliitto (2022), Tutkimus: Kehitysvammaiset henkilöt käyttävät psyykenlääkkeitä merkittävästi muita enemmän. <https://www.kehitysvammaliitto.fi/tutkimus-kehitysvammaiset-henkilot-kayttavat-psykykenlaakkeita-merkittavasti-muita-enemman/>
- Kehitysvammaliitto (2026), Kehitysvammaliiton toiminta uhkaa loppua kokonaan STEA-leikkausten takia. <https://www.kehitysvammaliitto.fi/kehitysvammaliiton-toiminta-vaarassa-loppua-kokonaan-stea-leikkausten-takia/> Viitattu 13.9.2026.
- Kiviniemi, Annina (2023), Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöiden tukeminen työntekijöiden näkökulmasta: ”se on arkielämään täällä, niin ei sitä ajattele erillisenä asiana sinänsä, ennen kuin se on kriisiytynyt.” AMK-opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Theseus. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk2023111629767>

- Kivistö, Mari & Lindh, Jari (2023), Vammaissosiaalityö käsitteenä ja käytäntönä. Teoksessa Harkinta Vammaissosiaalityössä: Vammaissosiaalityön harkinta käsitteenä, käytäntönä ja kokemuksena. Kehitysvammaliitto ry, 13–20. <https://www.kehitysvammaliitto.fi/wp-content/uploads/2023/11/harkinta-vammaissosiaalityossa-verkko-01.pdf>
- Korkala, Henna (2024), Pohjois-Pohjanmaalla mielenterveyspalveluiden tilanne on ”todella vakava”- hyvinvointialue etsii nyt ratkaisuja. Yle-artikkeli. <https://yle.fi/a/74-20125944> Viitattu 12.12.2025.
- Korkala, Henna (2026), Analyysi: Hyvinvointialueet rikkovat johdonmukaisesti lakia – säästöillä ei pitäisi saada kaikkea anteeksi. Yle-artikkeli. <https://yle.fi/a/74-20224522> Viitattu 13.8.2026.
- Koskentausta, Terhi (2006), Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöt- mitä etsitään ja miten hoidetaan? Duodecim 122 (15), 1927–1935. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95909.pdf>
- Kuukkanen, Tatu (2026), Tuore selvitys maalaa synkän kuvan vammaispalvelujen tilanteesta. Yle-artikkeli. <https://yle.fi/a/74-20219838> Viitattu 13.8.2026.
- Lapin yliopisto (2025), Hyvä tieteellinen käytäntö. Nettisivu. Päivitetty 8.9.2025. <https://ulapland.fi/tutkimus/vastuullinen-tutkimus/hyva-tieteellinen-kaytanto/> Viitattu 11.12.2025.
- Lavasti, Emma (2024), Kehitysvammaisten mielenterveyspalveluiden haasteet. Henkilöstön kokemuksia ja tarpeita. AMK-opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu.
- Lindström, Elina & Hömppi, Päivi & Nurmi-Koikkalainen, Päivi (2024), Vammaispalvelut hyvinvointialueilla syksyllä 2023. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-299-0>
- Miettinen, Sonja (2021), Sebastianin tahtoa tulkitsemassa: Syvästi kehitysvammaisen sosiaalihuollon asiakkaan mahdollisuudet vaikuttaa omaan arkeensa. Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakausilehti 29 (4), 349–365. <https://doi.org/10.30668/janus.98176>
- Mielenterveystalo (nd.), Psykiatrinen hoito. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/psykiatrinen-hoito> Viitattu 11.9.2026.

- Moser, Carly & DaWalt, Leann & Burke, Meghan & Taylor, Julie (2025), Correlates of self-reported life satisfaction among autistic youth with and without intellectual disability. *Autism* 29 (7), 1807-1818. <https://doi-org.ezproxy.ulapland.fi/10.1177/13623613251327347>
- MTV-uutiset (2025), Huolestuttava luku mielenterveyskyselyssä. MTV-artikkeli. <https://www.mtvuutiset.fi/artikkeli/huolestuttava-luku-mielenterveyskyselyssa/9257412> Viitattu 12.12.2025.
- National Association of Social Workers (nd.), Code of Ethics. <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English> Viitattu 13.11.2025.
- Niemi, Sandra (2023), Kehitysvammaisuus ja mielenterveyden haasteet. AMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Theseus. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2023052212689>
- Oesch, Erna (1996), Hermeneutiikka – tietoteoriaa vai ymmärtämisen ontologiaa. *Niin & näin* 1, 14–17. Tampere.
- Parmenter, Trevor (2011), What is Intellectual Disability? How is it Assessed and Classified? *International Journal of Disability, Development and Education* 58 (3), 303–319. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2011.598675>
- Poku, Andrew & Gray, Kylie & Hewitt, Olivia & Langdon, Peter (2026), Adapting Psychosocial Therapies for Individuals With Intellectual Disabilities: A Systematic Review. *Clin Psychol Psychother* 33 (1). <https://doi.org/10.1002/cpp.70202>
- Puuri, Essi (2024), THL: Henkilöstöpula uhkaa lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita Pohjois-Pohjanmaalla. Yle-artikkeli. <https://yle.fi/a/74-20120708> Viitattu 12.12.2025.
- Rauhala, Pirkko-Liisa & Virokangas, Elina (2011), Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja (toim.) *Sosiaalityön arvot ja etiikka*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna (2006), 7.3.3 Kvantifiointi. *KvaliMOTV-Menetelmäopetuksen tietovaranto*. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_3.html Viitattu 1.10.2026.

Savinainen, Anna-Kaisa & Savinainen, Leena (2023), Aikuisten kehitysvammaisten palvelupolku ja asiakasosallisuus mielenterveyspalveluissa Kuopiossa: Teemahaastattelu työntekijöille. AMK-opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Theseus.
<https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202305037460>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2016), Laitoksesta yksilölliseen asumiseen. Kehitysvammaisten asumisen ohjelman toimeenpanon arviointi ja tehostettavat toimet vuosille 2016–2020.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3801-4>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2026), Mielenterveyspalvelut.
<https://stm.fi/mielenterveyspalvelut> Viitattu 2.9.2026.

Stalker, Kirsten & Jahoda, Andrew & Wilson, Alastair & Cairney, Anja (2011), "It's like an itch and I want to get it away but it's still there': understandings and experiences of anxiety and depression among young people with intellectual disabilities". Scandinavian Journal of Disability Research 13 (4), 311-326. <https://doi.org/10.1080/15017419.2010.540836>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2025a), Mielenterveyshäiriöt. Päivitetty 23.7.2025.
<https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot> Viitattu 20.11.2025.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2025b), Mielenterveyspalvelut. Päivitetty 12.6.2025.
<https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut> Viitattu 21.11.2025.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2025c), Mielialahäiriöt. Päivitetty 23.7.2025.
<https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>. Viitattu 20.11.2025.

Tieteen termipankki (2014), Nimitys epistemologia. Päivitetty 4.12.2014.
<https://www.tieteentermipankki.fi/wiki/Nimitys:epistemologia>. Viitattu 18.5.2026.

Tieteen termipankki (2016), Nimitys metodologia. Päivitetty 25.10.2016.
<https://tieteentermipankki.fi/wiki/Filosofia:metodologia>. Viitattu 18.5.2026.

Tieteen termipankki (2024), Nimitys ontologia. Päivitetty 18.12.2024.
<https://tieteentermipankki.fi/wiki/Filosofia:ontologia>. Viitattu 18.5.2026.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2018), Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta (2019), Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3. Helsinki. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf Viitattu 11.12.2025.
- Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta (2023), Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2. Helsinki. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf Viitattu 11.12.2025.
- Tökkäri, Virpi (2018), Fenomenologisen, hermeneuttis-fenomenologisen ja narratiivisen kokemuksen tutkimuksen käytäntöjä. Teoksessa Toikkanen, Jarkko & Virtanen Ira A. (toim.) Kokemuksen tutkimus VI. Kokemuksen käsite ja käyttö. Rovaniemi: Lapland University Press, 64–84.
- Vainikainen, Elina (2022), Syrjimätön kieli. <https://www.ksl.fi/julkaisut/syrjimatton-kieli/> Viitattu 24.10.2025.
- Vammaisfoorumi (2026), Asiakkaiden kokemuksia 1.1.2025 voimaan tulleen vammaispalvelulain soveltamisesta hyvinvointialueilla. Vammaisfoorumin raportti. https://static1.squarespace.com/static/6877720082945418b03f50f0/t/69fae50145640a06a8869225/1778050305250/VF+raportti+asiakkaiden+kokemuksia+vammaispalvelulain+soveltamisesta_Final.pdf
- Vanjusov, Heidi (2022), Saatavilla, mutta ei saavutettavissa? Sosiaali oikeudellinen tutkimus päihdepalveluihin päästystä. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 281. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-4625-6>
- Vehmas, Simo (2005), Vammaisuus: Johdatus historiaan, teoriaan ja etiikkaan. Helsinki: Gaudeamus.
- Vernerinet (2024), Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät. Viimeksi päivitetty 5.7.2024. <https://verneri.net/yleis/mielenterveyteen-vaikuttavat-tekijat> Viitattu 8.12.2025.
- Virtanen, Ville & Saastamoinen, Leena & Arvio, Maria & Vesala, Hannu & Miettinen, Sonja & Teittinen, Antti & Tolppanen, Anna-Maija (2026) Prevalence of Psychotropic Use and Psychotropic Polypharmacy in a Finnish National Cohort of Persons With Intellectual Disabilities. Journal of Intellectual Disability Research 70 (10), 1112–1124.

- Voermans, Moniek & den Boer, Maria & Wilthagen, Ton & Embregts, Petri (2021), Long-term social restrictions and lack of work activities during the COVID-19 pandemic: impact on the daily lives of people with intellectual disabilities. *Disability and Rehabilitation* 45 (24), 4122-4132. <https://doi-org.ezproxy.ulapland.fi/10.1080/09638288.2022.2147227>
- Vuori, Jaana (2021), Aineiston tuottaminen. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusetiikka/tutkimusetiikka-ihmistieteissa/>. Viitattu 6.2.2026.
- Whittle, Erin & Fisher, Karen R. & Reppermund, Simone & Lenroot, Roshel & Trollor, Julian (2017), Barriers and Enablers to Accessing Mental Health Services for People With Intellectual Disability: A Scoping Review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities* 11 (1), 69–102. <https://doi-org.ezproxy.ulapland.fi/10.1080/19315864.2017.1408724>
- Whittle, Erin & Fisher, Karen & Reppermund, Simone & Trollor, Julian (2018), Access to mental health services: The experiences of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 32 (2), 368–379. <https://doi.org/10.1111/jar.12533>
- Ylisassi, Hilikka & Weiste, Elina & Sinervo, Leini & Kurki, Anna-Leena & Toiviainen, Hanna & Heikkilä, Heli & Käpykangas, Sari (2023), Muuttuva asiakkuus, asiakaskategoriat ja asiakkaan toimijuus kehitysvammahuollon ammattilaisten puheessa, *Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 31 (3), 272–289. <https://doi.org/10.30668/janus.115388>
- Åkerblad, Leena & Seppänen-Järvelä, Riitta (2024), Monimenetelmällinen tutkimus: Opas suunnitteluun ja toteutukseen. Helsinki: Gaudeamus.

Laki sosiaalialan osaamiskeskuksista 1230/2001

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021

Perustuslaki 731/1999

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014

Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010

Valtioneuvoston asetus vammaisten henkilöiden oikeuksista tehdyn yleissopimuksen ja sen valinnaisen pöytäkirjan voimaansaattamisesta sekä yleissopimuksen ja sen valinnaisen pöytäkirjan lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta annetun lain voimaantulosta. 27/2016

Vammaispalvelulaki 675/2023

Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014

Liitteet

Liite 1. Infokirje vastaajille

Kutsu osallistua tutkimukseen

Tutkimuksen nimi: Mielenterveyspalvelujen saavutettavuuden haasteet ja haasteiden seuraukset kehitysvammaisten henkilöiden arkeen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kuvaamana

Hei! Olen Pyry Auvinen ja teen sosiaalityön pro gradu -tutkielmaa Lapin yliopistossa.

Tutkielmassani kartoitan kehitysvammaisten ihmisten kanssa työskentelevien ammattilaisten kokemuksia kehitysvammaisten ihmisten mielenterveyspalveluiden saavutettavuudesta, -saavutettavuuden haasteista sekä mahdollisten haasteiden seurauksista kehitysvammaisten ihmisten arkeen. Kyseistä aihetta ei ole Suomen kontekstissa laajasti tutkittu, mutta olemassa oleva tutkimus kotimaasta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016; Lindström, ym. 2024, 78) sekä ulkomailta (Whittle, ym. 2017) osoittaa että kehitysvammaiset ihmiset ovat mielenterveyspalveluihin pääsyn osalta haavoittuvassa asemassa. Siksi olisi tärkeää kartoittaa mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden nykytilannetta sekä sen mahdollisia ongelmakohtia kehitysvammaisten asiakkaiden ihmisten osalta. Tuotettavaa tietoa on mahdollista käyttää palvelujärjestelmän, sekä toimintakäytäntöjen kehittämiseksi.

Tutkimukseen kerätään vastauksia kehitysvammaisten ihmisten kanssa työskenteleviltä eri alojen ammattilaisilta. Ammattilaiset voivat työskennellä esimerkiksi sosiaalityöntekijän, -palveluohjaajan-, sairaanhoitajan-, tai muun ammattilaisen työtehtävissä. Myös johtavassa asemassa olevat työntekijät voivat halutessaan osallistua. Vastauksia kerätään vammaisten ihmisten palveluista, kuten kehitysvammapalvelujen osaamiskeskuksesta, vammaispalveluiden osaamiskeskuksesta, vammaisten ohjauspalveluista (esimerkiksi tuettu asuminen), asumisyksiköistä, sekä asiakasohjauskeskuksesta. Vastauksia kerätään myös mielenterveyspalveluita tuottavista sosiaalipalveluista, kuten nuorten- ja aikuisten sosiaalihuollon palveluista, mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista. Terveystenhuollosta kerätään vastauksia kehitysvammaisille kohdennetuista terveydenhuollon erityispalveluista. Vastauksia kerätään myös mielenterveyspalveluita tuottavasta psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluista, kuten terveyskeskuksista.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastaaminen on mahdollista keskeyttää. Tutkimuksessa kysytään vain tutkimuksen kannalta olennaisia tietoja. Tutkimuksessa ei kerätä suoria henkilötietoja, vaan kyselyyn vastataan nimettömästi. Tutkimuksessa kysytään taustatietoja koskien työtehtäväännä. Taustatietoja käsitteleviä monivalintakysymyksiä on kuusi ja avoimia kysymyksiä seitsemän.

Kyselyvastauksenne käydään heti aineiston keruun päätyttyä läpi, jolloin varmistetaan henkilöiden ja organisaatioiden tunnistamattomuus. Tarvittaessa kyselyvastauksia anonymisoidaan. Säilytän Webropol-kyselyaineiston tekstitiedostoksi muutettuna aineistona

omalla kannettavalla- tai pöytätietokoneellani ja varmuuskopion muistitikulla, joihin muilla henkilöillä ei ole pääsyä. Tietokoneeni sekä muistitikku ovat suojattu salasanoin. Poistan haastatteluaineiston omilta laitteiltani heti tutkimuksen päätyttyä ja aineiston Webropol-sovelluksesta jo aikaisemmin. Tutkimuksen tulokset ovat luettavissa lopullisessa pro gradu -työssäni, jonka pyrin saamaan valmiiksi viimeistään 2026 joulukuuhun mennessä. Vastaajia, tilanteita tai organisaatioita ei pysty tunnistamaan lopullisesta aineistosta tai raportoivasta tutkimuksesta.

Vakuutan ja toivon, että pystytte luottavaisin mielin avoimesti kertomaan vastauksissa kokemuksistanne, jotta tieto tutkittavasta ilmiöstä lisääntyisi. Haluan korostaa sitä, että en ole arvioimassa sosiaali- ja terveyspalveluiden työntekijöiden tekemää arvokasta työtä, vaan pyrkimykseni on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan varmistaa ja turvata kehitysvammaisille ihmisille mielenterveyspalveluiden tasa-arvon mukainen saavutettavuus.

Kiitos kun osallistutte tutkimukseni toteuttamiseen!

Lisätietoja tutkimuksesta saat tarvittaessa:

Pyry Auvinen, pyauvine@ulapland.fi

Tutkimuksen ohjaajana toimii:

Mari Kivistö, yliopistolehtori, Lapin yliopisto mari.kivisto@ulapland.fi

Lähteet:

Lindström, Elina & Hömppi, Päivi & Nurmi-Koikkalainen, Päivi (2024) Vammaispalvelut hyvinvointialueilla syksyllä 2023. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. 2024. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-299-0>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2016) Laitoksesta yksilölliseen asumiseen. Kehitysvammaisten asumisen ohjelman toimeenpanon arviointi ja tehostettavat toimet vuosille 2016–2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3801-4>

Whittle, Erin & Fisher, Karen R. & Reppermund, Simone & Lenroot, Roshel & Trollor, Julian (2017) Barriers and Enablers to Accessing Mental Health Services for People With Intellectual Disability: A Scoping Review. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities vol 11 (1), 69–1

Liite 2. Lyhyt infokirje vastaajille

Kutsu osallistumaan tutkimukseen

Olen Pyy Auvinen ja teen sosiaalityön pro gradu -opinnäytetyötäni Lapin yliopistossa. Opinnäytetyössäni tutkin mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta sekä saavutettavuuden haasteiden vaikutuksia kehitysvammaisten ihmisten elämiin työntekijöiden kokemusten näkökulmasta. Tutkimukseen kerätään vastauksia kehitysvammaisten ihmisten kanssa työskenteleviltä eri alojen ammattilaisilta eri työtehtävistä. Ammattilaiset voivat työskennellä esimerkiksi sosiaalityöntekijän, -palveluohjaajan-, sairaanhoitajan-, tai muun ammattilaisen työtehtävissä. Myös johtavassa asemassa olevat työntekijät voivat halutessaan osallistua. Vastauksia kerätään vammaisten ihmisten palveluista sekä mielenterveyspalveluita tuottavista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista.

Tutkimus kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja anonymiä. Vastaajia, tilanteita tai organisaatioita ei pysty tunnistamaan lopullisesta aineistosta tai raportoivasta tutkimuksesta. Tutkimuksessa on kuusi taustatietoja käsittelevää monivalintakysymystä ja seitsemän tutkimustehtävää koskevaa avointa kysymystä. Tutkimukseen

Tutkimuksen tulokset ovat luettavissa lopullisessa pro gradu -työssäni, jonka pyrin saamaan valmiiksi viimeistään 2026 joulukuuhun mennessä. Tutkimuksen tarkoituksena on hyödyntää sosiaali- sekä terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä ja ajatuksia eri toimialoilta, jotta kehitysvammaisten ihmisten tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen palveluiden saavutettavuus voidaan turvata.

Kiitos kun osallistutte tutkimukseni toteuttamiseen!

Lisätietoja tutkimuksesta saat tarvittaessa:

Pyy Auvinen

pyauvine@ulapland.fi

Liite 3. Sähköpostissa välitetty kutsuteksti

Kutsu osallistumaan tutkimukseen

Olen Pyry Auvinen ja teen sosiaalityön pro gradu -opinnäytetyötäni Lapin yliopistossa. Opinnäytetyössäni tutkin mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta sekä saavutettavuuden haasteiden vaikutuksia kehitysvammaisten ihmisten elämiin työntekijöiden kokemusten näkökulmasta. Tutkimukseen kerätään vastauksia kehitysvammaisten ihmisten kanssa työskenteleviltä eri alojen ammattilaisilta eri työtehtävistä. Ammattilaiset voivat työskennellä esimerkiksi sosiaalityöntekijän, -palveluohjaajan-, sairaanhoitajan-, tai muun ammattilaisen työtehtävissä. Myös johtavassa asemassa olevat työntekijät voivat halutessaan osallistua. Vastauksia kerätään vammaisten ihmisten palveluista sekä mielenterveyspalveluita tuottavista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista.

Tutkimus kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja anonymiä. Vastaajia, tilanteita tai organisaatioita ei pysty tunnistamaan lopullisesta aineistosta tai raportoivasta tutkimuksesta. Tutkimuksessa on kuusi taustatietoja käsittelevää monivalintakysymystä ja seitsemän tutkimustehtävää koskevaa avointa kysymystä. Kyselyn vastaamiseen kannattaa varata aikaa ainakin puoli tuntia. Vastaamisaikaa on kolme viikkoa 20.4. klo 16:00 saakka.

Tutkimuksen tulokset ovat luettavissa lopullisessa pro gradu -työssäni, jonka pyrin saamaan valmiiksi viimeistään 2026 joulukuuhun mennessä. Tutkimuksen tarkoituksena on hyödyntää sosiaali- sekä terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä ja ajatuksia eri toimialoilta, jotta kehitysvammaisten ihmisten tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen palveluiden saavutettavuus voidaan turvata.

Kiitos kun osallistutte tutkimukseni toteuttamiseen!

Linkki kyselyyn: [\[Linkki\]](#)

Lisätietoja tutkimuksesta saat tarvittaessa:

Pyry Auvinen

pyauvine@ulapland.fi

Liite 4. Kyselylomakkeen runko

- Alussa kertaus tietojenkäsittelystä ja linkki tietosuojaselosteeseen.
- Kysytään suostumus tutkimukseen osallistumisesta
 - Haluan osallistua tutkimukseen. Olen tutustunut tutkimustiedotteeseen ja saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta sekä tietojen käsittelystä antaakseni suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen. Tiedän, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista.
 - En halua osallistua tutkimukseen ja merkitsen tähän ruksin poistuakseni lomakkeelta.
- Missä toimialueella työskentelet? Valitse seuraavista parhaiten kuvaava vaihtoehto.
 - Vammaispalveluiden osaamiskeskus
 - Vammaispalveluiden asiakasohjauskeskus
 - Vammaisten ohjauspalvelut (esim. tuettu asuminen, sosiaaliohjaus)
 - Vammaisten ihmisten asumisyksikkö
 - Nuorten- ja aikuisten sosiaalihuollon palvelut
 - Mielenterveyspalvelut
 - Päihdepalvelut
 - Mielenterveyskuntoutujien asumisyksikkö
 - Kehitysvammaispalveluiden osaamiskeskus
 - Psykiatrian erikoissairaanhoito
 - Perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelu (esimerkiksi. terveyskeskus)
 - Jokin muu, mikä
- Missä työtehtävässä työskentelet kehitysvammaisten ihmisten kanssa?
 - Sosiaalityöntekijä
 - Palveluohjaaja
 - Sosiaaliohjaaja
 - Sairaanhoitaja
 - Lääkäri
 - Psykologi
 - Lähihoitaja
 - Johtamiseen liittyvä rooli

- Muu ammattilainen → Mikä?
- Kauanko olet työskennellyt nykyisessä työtehtävässasi?
 - 0–2 vuotta
 - 3–5 vuotta
 - 6–10 vuotta
 - Yli 10 vuotta
- Minkä tutkinnon pohjalta työskentelet työtehtävässasi?
 - Peruskoulu
 - Kansakoulu
 - Ylioppilastutkinto
 - Ammattikoulu
 - AMK
 - Ylempi AMK
 - Kandidaatin tutkinto
 - Maisterin tutkinto
 - Muu tutkinto → Mikä?
- Kuinka usein työskentelet kehitysvammaisen asiakkaan/potilaan kanssa? Valitse seuraavista vaihtoehtoista parhaiten kuvaava vaihtoehto.
 - Päivittäin
 - Viikoittain
 - Kuukausittain
 - Kerran-pari vuodessa
 - Harvemmin kuin kerran vuodessa
 - En ole työskennellyt kehitysvammaisen asiakkaan/potilaan kanssa
- Kuinka usein työskentelet kehitysvammaisen asiakkaan/potilaan kanssa, jolla on mielenterveyshäiriö?
 - Päivittäin
 - Viikoittain
 - Kuukausittain
 - Kerran-pari vuodessa
 - Harvemmin kuin kerran vuodessa
 - En ole työskennellyt kehitysvammaisen asiakkaan/potilaan kanssa

Seuraavat kysymykset koskevat kehitysvammaisten ihmisten mielenterveyspalveluita, niiden saavutettavuutta sekä kokemuksiasi mahdollisista saavutettavuuden haasteista ja niiden vaikutuksista kehitysvammaisten henkilöiden arkeen.

Kysymyksiin voit vastata vapaasti omaan tapaasi ja omin sanoin, kunhan vastauksissa ei ole tietoja, joiden perusteella voisi tunnistaa henkilöitä, organisaatioita tai asiakastilanteita.

Oikeita tai vääriä vastauksia ei ole. Omista kokemuksista ja näkemyksistä kirjoittaminen on sallittua ja kannustettavaa. Kaikki vastaukset ovat tutkimuksen kannalta hyvin arvokkaita.

Avoimia kysymyksiä on seitsemän, joten varaathan riittävästi aikaa jokaiselle kysymykselle.

- Millaisena koet mielenterveyspalveluiden saavutettavuuden kehitysvammaisten henkilöiden näkökulmasta?
 - Avoin vastaus
- Miten koet eri toimialojen (esim. vammaispalvelut, psykiatrinen sairaanhoito) välisen yhteistyön toimivan kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyshäiriöiden hoitamisessa? Millaisia vahvuuksia tai heikkouksia tunnistat monialaisessa yhteistyössä?
 - Avoin vastaus
- Miten kehitysvammaisiin ihmisiin mielestäsi suhtaudutaan ja miten heitä kohdellaan mielenterveyspalveluihin hakeutuessaan?
 - Avoin vastaus
- Millaiset asiat mielestäsi vaikeuttavat kehitysvammaisten ihmisten pääsyä mielenterveyspalveluihin?
 - Avoin vastaus
- Millaiset asiat mielestäsi helpottavat kehitysvammaisten ihmisten pääsyä mielenterveyspalveluihin?
 - Avoin vastaus
- Jos mielenterveyspalvelut ovat vaikeasti saavutettavia, miten se mielestäsi näyttäytyy kehitysvammaisten asiakkaiden elämässä? Millaisia voivat olla konkreettiset seuraukset kehitysvammaisten henkilöiden arkeen?
 - Avoin vastaus

- Kuinka kehittäisit palveluita, jotta ne palvelisivat mielenterveyshäiriöitä omaavia kehitysvammaisia ihmisiä paremmin?
 - Avoin vastaus