



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

ADHD ja ALKOHOLI päihdetyöntekijän tieto ja suhtautuminen

Kärnä, Katriina
Lantz, Julia
Väkinen-Happonen, Hannele

2015 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

ADHD ja ALKOHOLI
päihdetyöntekijän tieto ja suhtautuminen

Kärnä, Katriina
Lantz, Julia
Väkinen-Happonen, Hannele
Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaalialan koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2015

Kärnä, Katriina
Lantz, Julia
Väkinen-Happonen, Hannele

ADHD ja ALKOHOLI - päihdetyöntekijän tieto ja suhtautuminen

Vuosi	2015	Sivumäärä	53
-------	------	-----------	----

ADHD (engl. Attention Deficit Hyperactivity Disorder) tunnetaan tarkkaavuuden ja aktiivisuuden häiriönä sekä tarkkaavuus- ja ylivilkkaushäiriönä. Hoitamattomana ADHD lisää riskiä päihdeiden käytön lisääntymiseen, psykiatrisen häiriön kehittymiseen sekä syrjäytymiseen. Opin- näytetyössä tutkittiin laadullisen tutkimusmenetelmän avulla päihdetyöntekijöiden tietoa aikuisen ADHD:sta ja sen yhteydestä alkoholiongelman syntyyn. Lisäksi selvitettiin, miten päihdetyöntekijä suhtautuu aikuiseseen ADHD-oireisen päihdeasiakkaaseen ja tämän hoitoon. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla Etelä-Suomessa perusterveydenhuollossa työskenteleviä päihdetyöntekijöitä. Yksilöhaastatteluja tehtiin yhteensä kymmenen. Aineisto analysoitiin induktiivista sisällön analyysia käyttäen.

Tutkimustulosten mukaan päihdetyöntekijät omaavat yleistiedot tai vähäiset tiedot ADHD:sta. Yhteys alkoholiongelman syntyyn on vähintäänkin tiedostettu, merkittäväksi yhteyden arvioi puolet vastaajista. Asiakkaan kohtaamisessa päihdetyöntekijät korostavat yksilöllisyyttä sekä asiakkaan kuuntelemista ja ymmärtämistä. Hoidon tarpeen tulee lähteä asiakkaasta ja hoito tulee suunnitella yksilöllisesti. ADHD-oireiseen asiakkaaseen suhtaudutaan tasavertaisesti, tasa-arvoisesti ja inhimillisesti. Hoitoon sitouttaminen ja siihen motivointi koetaan käytännön työssä haastavaksi. Jatkokehitysehdotukset liittyvät koulutukseen, tiedon lisäämiseen muun muassa aikuisen ADHD:n tunnistamisesta, yhtäaikaisen ADHD:n ja päihdehäiriön hoidosta ja hyväksi havaituista hoitomuodoista sekä motivointitavoista. Kokemusasiantuntijuus nähtiin arvokkaana tietolähteenä.

Kärnä, Katriina
Lantz, Julia
Väkinen-Happonen, Hannele

Substance abuse counsellors' knowledge of ADHD and their views on the link between ADHD and alcohol abuse

Year	2015	Pages	53
------	------	-------	----

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) is a problem of being overactive and not being able to focus. When untreated ADHD increases the risk of substance abuse, developing psychiatric disorders and slipping into the marginalised minority of society. This Bachelor's thesis examines substance abuse counsellors' knowledge of ADHD and their views on the link between ADHD and alcohol abuse. The attitudes towards an adult with ADHD symptoms, as well as the treatment of an individual with ADHD who is a substance abuser, are also examined from a medical perspective. The research data was collected by interviewing substance abuse counsellors in primary health care in Southern Finland. Ten interviews were carried out in total. This thesis was conducted by using qualitative methods.

The research data shows that the substance abuse counsellors possess the basic or little knowledge of ADHD. The link between ADHD and developing an alcohol problem is at least acknowledged, and over 50 percent of the interviewees find the connection significant. Individual care and listening as well as understanding the patient suffering from ADHD symptoms are important issues in substance abuse counsellors' work. Treatment and care should be based to individual needs. Interaction with an individual with ADHD must be equal and humane. Motivating and engaging an individual with ADHD to treatment is regarded as challenging. The results point out further development ideas such as providing education on ADHD, ADHD treatment, tools to recognise ADHD symptoms, and effective motivation methods. Experimental expertise is highly valued as a source of information.

Keywords: ADHD, adult, substance abuse counsellor, alcohol, substance abuse, knowledge

Sisällys

1	Johdanto	6
2	ADHD	7
2.1	ADHD:n liitännäishäiriöt	8
2.2	ADHD:n diagnosointi aikuisella	9
2.3	ADHD:n hoito ja kuntoutus	10
2.4	ADHD:n lääkehoito	11
3	Alkoholiriippuvuus ja ADHD	12
4	Syrjäytyminen ja ADHD	13
5	Päihde- ja mielenterveyspalvelut	15
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	18
7	Opinnäytetyön toteutus	19
7.1	Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	19
7.2	Analyysimenetelmä	20
7.3	Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi	22
8	Tutkimustulokset	23
8.1	Kohderyhmän taustatiedot	23
8.2	Päihdetyöntekijöiden kokema tieto ADHD:sta ja sen yhteydestä alkoholiriippuvuuteen	24
8.3	Päihdetyöntekijän suhtautuminen ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamiseen ja hoitoon	26
9	Pohdinta	28
10	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	30
11	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	32
11.1	Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset	33
	Lähteet	36
	Kuviot	41
	Taulukot	42
	Liitteet	43

1 Johdanto

ADHD tunnetaan tarkkaavuuden ja aktiivisuuden häiriönä sekä tarkkaavuus- ja ylivilkkaushäiriönä. Neuropsykiatrisesta, lääketieteellisestä näkökulmasta katsottuna puhutaan diagnosoitavasta sairaudesta (Adhd -keskus 2010: 3), mutta yhtä lailla yksilö voi tuntea oireet henkilökohtaisina piirteinään ja osana persoonallisuuttaan. (Leppämäki 2012: 253-255.) ADHD voi kuitenkin heikentää elämänlaatua lähes yhtä paljon kuin krooniset somaattiset sairaudet. Tällöin oireiston aktiivinen hoito vähentää kielteisiä seurauksia ja parantaa elämänlaatua. (Moi-lanen 2012: 42.) Hoitamattomana ADHD lisää riskiä päihteiden käytön lisääntymiseen, psykiatrisen häiriön kehittymiseen sekä syrjäytymiseen (Adhd -keskus 2010: 6). Päihteiden käyttäji-stä 30 - 50 prosentilla esiintyy ADHD (Holmberg 2013) ja joka neljäs heistä on päihdehuollon asiakas (Leppämäki 2013: 68; Koski & Leppämäki 2013: 3155-61). Päihdehäiriö voi olla seurausta ADHD:sta, yksi sen negatiivinen liitännäishäiriö. (Maxwell 2013: 100.)

Terveystieteiden tutkimukseen on kehitetty toimintamalleja, joilla alkoholin liikkakäyttöön voidaan puuttua jo varhaisvaiheessa, vähentää riskikulutusta sekä tarjota parempaa hoitoa. Perusterveydenhuollolla onkin keskeinen ja kasvava asema alkoholiongelmien ehkäisyssä, tunnistamisessa ja hoidossa. (Peltoniemi 2013: 7.) Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin Etelä-Suomen perusterveydenhuollon päihdetyöntekijät. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää päihdetyöntekijöiden tietoa ADHD:sta ja ADHD:n yhteydestä alkoholikäyttäytymiseen. Lisäksi haluttiin selvittää miten päihdetyöntekijät suhtautuvat päihdeongelmaisen ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamiseen ja hoitoon. Kiinnostus päihdetyöntekijöiden koulutustaustasta ja kokemuksesta päihdetyön parissa nousi myös yhdeksi tutkimuksen osa-alueeksi. Tutkimusaineiston kautta pyrittiin kartoittamaan lisäkoulutustarvetta ja tarvittavaa tietoa, jota päihdetyöntekijät voivat hyödyntää työssään. Vastaavaa tutkimusta ei olla tehty Suomessa. Tiedossa on kaksi valmistuvaa opinnäytetyötutkimusta liittyen tietoon ja suhtautumiseen ADHD:sta. Toinen tutkimus on hoitoalalle ja toinen rikosseuraamusalalle.

Päihteeksi voidaan Suomen päihdehuoltolain (Päihdehuoltolaki 1986/41 2§) mukaan luokitella alkoholi ja aineet, joita käytetään päihtymistarkoituksessa. Farmakologisesti määriteltynä päihteitä ovat myös muussa kuin hoidollisessa tarkoituksessa käytetyt lääkkeet, joilla on vaikutus ihmisen psyykkisiin toimintoihin (Terveyskirjasto). Laillisiksi päihteiksi luetaan alkoholi ja impattavat liimat ja liuottimet. Laittomia päihteitä ovat huumausainelain mukaan (Huumausainelaki 2008/373 3§) psykoaktiiviset aineet, jotka ovat terveydelle vaarallisia ja kuluttajamarkkinoilla kiellettyjä. Psykoaktiivisia ominaisuuksia ja vaarallisuutta arvioi Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (FIMEA) yhteistyössä Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), Tullin ja poliisin kanssa. Opinnäytetyössä päihteellä tarkoitetaan alkoholia. Opinnäytetyön toimeksiantaja on ADHD-liitto ry. Työ liittyy osana ADHD-liitto ry:n Porina -projektiin (2013-2015), joka on ADHD-oireisten aikuisten vertaistuen kehittämisprojekti. Tavoitteena on,

että tutkimustuloksia voidaan hyödyntää ADHD-liiton ja Porina-projektin toiminnassa sekä sosiaali-, päihde- ja mielenterveystyön kehittämisessä. Opinnäytetyö tuotettiin moniammatillisena tutkimuksena hyödyntäen hoito- sekä sosiaalialan näkökulmia.

2 ADHD

ADHD luokitellaan kehitykselliseksi, neurobiologiseksi ja neuropsykiatriseksi sairaudeksi. ADHD:ssa yhdistyvät aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö. ADHD:n keskeisiä oireita ovat keskittymisvaikeudet, yliaktiivisuus ja impulsiivisuus. ADHD-oirehdinta alkaa jo lapsuudessa ja jatkuu läpi elämän. Yksilön oirekuva on vaihteleva ja oireiden voimakkuuteen vaikuttaa ulkoiset ja sisäiset ympäristötekijät. (Moilanen 2012: 35-36; Virta & Salakari 2012: 12.) Puhuttaessa ADD:sta (engl. Attention Deficit Disorder) tarkoitetaan yksinomaan tarkkaavaisuuden häiriötä. ADHD ja ADD tunnettiin 90 -luvulle MBD:na (engl. Minimal Brain Dysfunction). MBD:llä tarkoitetaan neurologista tarkkaavuuden häiriötä, mihin liittyy häiriötä motoriikassa, oppimisessa ja hahmottamisessa. (Kuusela 2009: 2.) Kehityksellisellä häiriöllä tarkoitetaan sitä, että häiriö on olemassa jo syntymästä tai varhaislapsuudesta asti, vaikka oireet puhkeaisivat myöhemmin ja diagnosointi tehtäisiin vielä myöhemmin tai ei lainkaan. Neurobiologisella tarkoitetaan aivojen toimintahäiriöstä johtuvia oireita, kuten tarkkaamattomuutta ja yliaktiivisuutta. Neuropsykiatrisen häiriön ADHD:sta tekee taas sen neurologiset taustasyyt sekä vaikutukset tunne-elämään ja käyttäytymiseen. Neuropsykiatria on lääketieteen yksi osa-alue, jossa käsitellään neurologisten ja psykiatristen häiriöiden välisiä yhteyksiä. (Virta ym. 2012: 12.)

ADHD:n oirekuva kehittyy biologisten ja psykososiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Genetiikan osalta on havaittu, että tietyt geenit ovat vaikuttamassa ADHD:n kehittymisessä. Näitä ovat muun muassa dopamiinin ja serotoniinin aineenvaihduntaa säätelevät geenit. (Käypä hoito 2013.) Perinnöllisten tekijöiden osuus on 60-90 prosenttia lapsuus- ja nuoruusiässä (Biederman 2005). Perinnöllisten tekijöiden osuuden on tutkittu olevan vähäisempi, kun on kyseessä aikuisen ADHD. Dorret ym. tekemän kyselytutkimuksen mukaan aikuisen ADHD:sta selittyy genetiikalla noin 30 prosenttia. Tämän perusteella voisi päätellä, että perinnöllisten tekijöiden ADHD:n kehittymiseen tarvitaan myös ympäristötekijöiden vaikutusta. (Dorret, Boomsma, Saviouk, Hottenga, Distel, de Moor, Vink, Geels, van Beek, Bartels, de Geus & Willemsen 2005). Raskaudenajan ympäristötekijöillä sekä synnynnäisillä rakenteellisilla tekijöillä on myös yhteys lisääntyneeseen riskiin ADHD:n puhkeamiseen. Psykososiaalisia riskitekijöitä varhaislapsuudessa ovat muun muassa traumaattiset kokemukset ja vähävirikkeinen vuorovaikutusympäristö. Perimän ja ympäristötekijöiden lisäksi ADHD -riski kasvaa ainakin geneettisesti alttiilla lapsilla myös silloin, jos sikiö altistuu raskausaikana äidin tupakoinnille, alkoholin, huumeiden tai keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden päihdekäytölle. Myös äidin raskaudenaikainen stressi (Käypä hoito 2013.), aliravitsemus, sairaudet tai synnytyksen

aikaiset komplikaatiot voivat vaikuttaa sikiön keskushermoston kehitykseen ja näin lisätä ADHD-riskiä (Adler & Florence 2009: 55).

Aikuisten tarkkavaikeushäiriöitä on tutkittu aktiivisemmin vasta 90 -luvulta lähtien. (Kuusela 2009: 2). ADHD:n oireet aikuisilla liittyvät tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeuksiin sekä ylivilkkauteen ja impulsiivisuuteen. Tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen ongelmia ovat esimerkiksi keskittymisvaikeudet, aloitekyvyttömyys, vaikeus siirtyä tehtävästä toiseen, ajanhallinnan ja suunnitelmallisuuden vaikeudet, lyhytjänteisyys sekä häiriöherkkyys. Ylivilkkaus ja impulsiivisuus saattaa esiintyä muun muassa jatkuvana levottomana olona, kärsimättömyytenä, nopeana päätöksentekona suurissakin elämänsasioissa, nopeana ärtymisenä ja suuttumisenä sekä taipumuksensa käyttäytyä liikenteessä riskialttiisti. Oireet vaihtelevat yksilöittäin ja elämänvaiheittain. Usein ADHD-lapsen vilkkaus vähenee aikuisiällä, mutta vastaavasti keskittymisvaikeuksien suhteuttamisesta ulkoihin, ympäristön asettamiin vaatimuksiin tulee haasteellisempaa. (Leppämäki 2012: 255-257.) Tuoreimpien tutkimusten mukaan on myös perusteltua ajatella, että aikuisen ADHD voisi olla oma oireyhtymänsä. Uudessa-Seelannissa saatiin vuoden 2014 lopulla päätökseen ADHD-tutkimus, joka kesti lähes 40 vuotta. Pitkittäisessä kohorttitutkimuksessa selvitettiin onko lapsena alkanut ADHD-oirehdinta jatkumo aikuisiän ADHD:lle ja vastaavasti onko aikuisena ADHD-diagnoosin saaneilla havaittu oireita jo lapsena. Lähes 90 prosenttia aikuisista, joilla voitiin todeta aikuisena ADHD, ei ollut lainkaan oireilua lapsena. Aikuisryhmässä ei myöskään noussut esille perimän kautta altistuminen eikä heillä havaittu neuropsykologista vajausta lapsuudessa tai aikuisuudessa. (Moffitt, Houts, Asherson, Belsky, Corcoran, Hammerle, Harrington, Hogan, Meier, Polanczyk, Poulton, Ramrakha, Sugden, Williams, Rohde & Caspi 2014.)

2.1 ADHD:n liitännäishäiriöt

ADHD:n liitännäishäiriöillä on usein samanlainen neurobiologinen alkuperä. Osa liitännäishäiriöistä voi kehittyä myös sekundaarisena. Sekundaarinen liitännäishäiriö voi olla seurausta varhaislapsuuden traumasta, esimerkiksi jatkuvalle epävalidoivalle tunneilmapiirille (Moilanen 2012: 36), perheväkivallalle tai muulle kaltoinkohtelulle altistumisesta (Käypä hoito 2013). Epävalidointi on toisen tunteiden ja tarpeiden vähättelyä, kieltämistä tai moittimista tunteiden näyttämisestä (Koivisto, Stenberg, Nikkilä, Rosenqvist & Karlsson 2009). Usein samanaikaisesti esiintyviä häiriöitä ovat erilaiset autismitietämisen häiriöt, kielelliset erityisvaikeudet, kohtauksellinen epilepsia ja kehitysvammaisuus. Psykkisiä liitännäishäiriöitä eli varsinaisia psykkisiä ongelmia ovat eriaikaiset käytöshäiriöt, sosiaalisen vuorovaikutuksen poikkeavuudet, ahdistuneisuushäiriöt, traumaperäinen stressihäiriö (PTSD), masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä syömishäiriöt. Päihteiden, kuten alkoholin, huumeiden ja tupakan käytön aloittamisen tai päihderiippuvuuden muodostumisen riski on 2-3 -kertainen ADHD-diagnosoitujen nuorten keskuudessa verrattuna normaaliväestöön. (Käypä hoito 2013.) Tark-

kaavaisuuden ongelmat, kuten ajatuksen harhailu ja keskittymiskyvyn puute säilyvät tietynlaisina aikuisuudessakin. Toimintakykyä haittaavia oireita on vielä 65 prosentilla ADHD-diagnosoiduista 25 vuotta täyttäneistä aikuisista. (Käypä hoito 2013.)

2.2 ADHD:n diagnosointi aikuisella

Suomessa arvioidaan olevan noin 50 000-100 000 ADHD-oireista aikuista, joista arvion mukaan noin 5-10 prosenttia on hoidon piirissä (Leppämäki 2014). Lääketieteellisten diagnoosien pohjana on World Health Organizationin (WHO) eli Maailman terveysjärjestön julkaisema tautiluokitusjärjestelmä ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems) ja Amerikan Psykiatriyhdistyksen (APA) kehittämä DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Moilanen 2012: 38-39). Suomessa on käytössä ICD-10 -tautiluokituksen mukaiset diagnoosikriteerit (F90.0 tai F98.8) (Käypä hoito 2013). Uusi ICD-11 -luokitus julkaistaneen vuonna 2017 (WHO 2015). Diagnosoinnin apuna käytetään usein myös DSM -tautiluokitusta (Virta & Salakari 2012: 13), josta uusin versio DSM -V on julkaistu toukokuussa 2013.

Aikuisen ADHD:ta voidaan epäillä, jos henkilöllä on ollut jo lapsuudesta ADHD- tai MBD-diagnoosi. Diagnosointiprosessi on tällöin suoraviivaisempi ja mahdollinen kuntoutussuunnitelma voidaan tehdä ajankohtaisen tilanteen arvioinnin perusteella. Suurinta osaa aikuisiän saavuttaneista ADHD-oireisista ihmisistä ei ole kuitenkaan diagnosoitu tai koskaan tutkittu oireiden tiimoilta. Joillakin tutkimukset eivät ole johtaneet ADHD:n tunnistamiseen. Yksilö voi tuntea myös ADHD-oireet osaksi itseään, myönteiseksi piirteeksi, josta ei aiheudu haittaa toimintakyvylle. Tällöin myöskään oireita ei tule hoitaa. (Leppämäki 2012: 253-255.) Alidiagnosointi voi evätä hoidon sitä tarvitsevalta. Alidiagnosointi lapsuudessa saattaa johtua resurssipulasta tai osaavien ammattilaisten puutteesta, vaikka ongelmia aiheuttavia oireita olisikin havaittu koulussa tai terveydenhuollossa. (Reiman-Möttönen, Kiura & Mäkelä 2014: 22.) ADHD:n alustavat tutkimukset voidaan tehdä terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa. Jatkotutkimuksiin ohjataan tarvittaessa lähetteellä. Julkisella sektorilla jatkotutkimukset tehdään erikoissairaanhoidossa, psykiatrian poliklinikoilla. Myös yksityissektorilla on saatavissa ADHD:n diagnosointiin ja hoitoon liittyviä palveluja. (Virta & Salakari 2012: 217.)

Aikuisen ADHD:ta epäiltäessä voidaan käyttää erilaisia seulonta- ja diagnostisia haastatteluja. ASRS (engl. Adult ADHD Self-Report Scale) on lyhyt kuuden kysymyksen itsearviointilomake, jonka asiakas itse täyttää (Liite 10). (Leppämäki 2012: 256.) DIVA (Diagnostisch Interview Voor ADHD bij volwassenen) on laaja 18 kriteerin strukturoitu diagnostinen haastattelu, jolla tutkitaan aikuisen ADHD:ta. Haastattelumalli sisältää oireiden kulun ja toiminnallisen haitan asteen arviointia lapsuudesta asti. Tietoja täydennetään tarvittaessa lapsuuden perheenjäsenten ja läheisten ihmisten sekä aikuisiän perheenjäsenten antamien tietojen perusteella.

DIVA perustuu DSM-IV:n kriteereihin, jotka ovat pitkäkestoisia useissa tilanteissa esiintyviä poikkeavaa keskittymiskyvyttömyyttä, hyperaktiivisuutta ja levottomuutta (Kooij & Francken 2010). Psykiatristen liitännäishäiriöiden kartoittamiseksi ja erotusdiagnostiikan varmistamiseksi myös yleispsykiatrinen arvio tulee tehdä huolellisesti. Yleisimmät mielenterveyden häiriöt, jotka voidaan liittää aikuisen ADHD:n, ovat masennus, ahdistuneisuus, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt (tyypit I ja II), persoonallisuushäiriöt, uneen liittyvät ongelmat, päihteiden väärinkäyttö ja päihderiippuvuus. (Kooij & Francken 2010.) Kun mielenterveysongelma ja päihdeongelma esiintyvät samanaikaisesti, puhutaan yhteisesiintyvyydestä tai kaksoisdiagnoosista. Mitä vakavampi psykiatrinen sairaus on kyseessä, sitä suurempi riski on päihteiden väärinkäytöllä. Vastaavasti mitä suurempaa on päihteiden haitallinen käyttö, sitä suurempi riski on sairastua vakavaan psykiatriseen sairauteen. Kaksoisdiagnoosipotilaita tulisi hoitaa samassa hoitoyksikössä sekä päihdehuollon että psykiatrian palvelujen piirissä. (Holmberg 2013.)

2.3 ADHD:n hoito ja kuntoutus

ADHD-oireisten aikuisten hoitoon ja kuntoutukseen ei ole tehty valtakunnallisesti ohjaavaa Käypä hoito -suositusta. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto VALVIRA:n mukaan ensisijaisia ADHD -asiakkaan hoitomuotoja ovat ei-lääkkeelliset psykososiaaliset hoitomuodot ja tukitoimet. (Valvira 2013.) Psykososiaalisia hoitomuotoja ovat muun muassa yksilöllinen psykoterapia, jossa tulkitaan sosiaalisia tilanteita eli sitä miten ADHD-oireinen henkilö niissä käyttäytyy. Psykoterapiassa käsitellään ADHD-oireiden hoitoa sekä työstetään henkilön minäkuvaa ja itsetuntoa. (Puustjärvi 2011.)

Monia ADHD-oireisia asiakkaita hoidetaan terveydenhuollossa väärin perustein muun muassa ahdistus-, masennus-, päihdeongelma asiakkaana. Näyttää siltä, että suuri osa ADHD-oireisista ihmisistä ei saa ymmärrystä todelliseen ongelmaansa terveydenhuollon ja sosiaalitoimen puolella. ADHD-asiakkaat ovat haavoittuva ryhmä ja monilla on heikko itsetunto, joka on seurausta alisuoriutumisesta ja epäonnistumisen kokemuksista. (Virta & Salakari 2012: 217.)

Kuntoutuksen tavoitteena on helpottaa ja ehkäistä ADHD:n tuomia oireita, lisätä toimintakykyä sekä työllistymistä. Kuntoutus on moniammatillista ja se perustuu kuntoutujan ja hoivatahon yhteiseen kirjalliseen suunnitelmaan. Kirjallisesta suunnitelmasta ilmenevät kuntoutuksen tavoitteet, kuntoutusmenetelmät, tukitoimet ja aikataulutus. Usein myös kuntoutujan perhe ja läheiset otetaan mukaan kuntoutukseen. Kuntoutuksen eri muotoja ovat muun muassa neuropsykologinen kuntoutus, sopeutumisvalmennus, toiminta- ja psykoterapia sekä vertaistuki. (Häll 2005: 28-30; Leskelä 2005: 22-26.)

Kuntoutuksen lisäksi ja sen takaamiseksi ADHD-oireisilla aikuisilla on oikeus erilaisiin tukiin. Yksi tuista on Kelan maksama kuntoutustuki, jota asiakkaan on haettava erillisellä lomakkeella, joka vaatii lääkärinlausunnon sekä kuntoutussuunnitelman. Kuntoutustuki ei vaadi opiskeluun tai työelämään osallistumista, vaikka se on sallittua tuen saannin aikana. Kuntoutusrahaa puolestaan maksetaan asiakkaan ollessa työntekoa tukevassa toiminnassa kuten ammatillisessa koulutuksessa tai sopeutumisvalmennuskursseilla. Kuntoutusrahan lisäksi rahallista avustusta on mahdollista saada lääkkeitä ja matkakuluista, joista on kuitenkin maksettava omavastuuosuus. (ADHD-liitto 2008: 7,17.)

Mikäli muuta rahallista tukea ei myönnetä, voi asiakas hakea kuntien myöntämää toimeentulotukea omasta sosiaalitoimistostaan. Toimeentulotuki myönnetään kuukaudeksi kerrallaan ja sen suuruus määräytyy asiakkaan välttämättömien menojen mukaisesti ja muiden asiakkaan saamien tukien perusteella. Perustoimeentulotukea voidaan asiakaskohtaisesti tarvittaessa täydentää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä tulee painottaa vuorovaikutuksen tärkeyttä. Asiakkaan kokonaistilanteen ymmärtäminen ja hoidon tarpeen kartoittaminen rakentuu dialogisessa vuorovaikutussuhteessa. (Mönkkönen 2002: 33, 42-43.)

2.4 ADHD:n lääkehoito

Lääkehoitoa ADHD:n hoidossa käytetään, mikäli se nähdään tarpeelliseksi. ADHD:n lääkehoidona käytetään ensisijaisesti keskushermostoa stimuloivia psykostimulantteja, joiden käyttö edellyttää tarkkaa seurantaa. ADHD:n hoidossa voidaan käyttää myös atomoksetiinia sekä tiettyjä masennuslääkkeitä. (Valvira 2013.)

Suomessa ADHD:n hoidossa käytettävät psykostimulantit ovat metyylyfenidaatti, deksamfetamiini ja lisdeksamfetamiini. Metyylifenidaatilla on myönteinen vaikutus ADHD:n tarkkaamattomuusoireisiin lievittäen sekä tarkkaamattomuus- että ylivilkkausoireita. Hoitovaste metyylyfenidaatille saadaan 60-70 prosentilla käyttäjistä. Metyylifenidaatista on saatavilla lyhyt- ja pitkävaikutteisista lääkevalmisteista ja onkin perusteltua sekä käytännöllisempää aloittaa hoito pitkävaikutteisella valmisteella. Deksamfetamiini on amfetamiinin johdos, joka luokitellaan huumausaineeksi. Deksamfetamiini on erityisluvallinen lääke. Joillekin ADHD-oireisille saadaan hoidollinen vaste vain deksamfetamiinista, vaikkei se ole ensisijainen lääke ADHD:n hoidossa. Lisdeksamfetamiini on deksamfetamiinin tavoin amfetamiinin johdos, mutta sillä on vähäisempi väärinkäytön mahdollisuus. Psykostimulanttien hoidollinen teho perustuu siihen, että ne lisäävät dopamiinin vapautumista aivojuoviossa. Psykostimulantteja on mahdollista käyttää väärin päihtymystarkoitukseen ja käyttöön liittyy myös riippuvuuden riski. (Korkeila & Leppämäki 2014: 116-121.)

Atomoksetiiniin on todettu olevan tehokas ADHD:n hoidossa ja hoitovasteen on saanut 40-70 prosenttia käyttäjistä. Atomoksetiini lukeutuu selektiivisiin noradrenaliinin takaisinoton estäjiin ja se annostellaan suun kautta kerran vuorokaudessa. Atomoksetiini lisää dopamiinituotantoa etuotsolohkossa, ei aivojuoviossa psykostimulanttien tavoin. Atomoksetiinilta puuttuu euforisoivat vaikutukset, joten lääkkeellä ei ole päihdekäyttöpotentiaalia. Atomoksetiinia pidetään ensisijaisena lääkkeenä, jos ADHD-asiakkaalla on samanaikainen päihdehäiriö. Lääkehoidon seuranta tapahtuu 3- 12 kuukauden välein. Seurannassa arvioidaan asiakkaan ADHD:n oiretaso, psyykinen tila ja mahdolliset liitännäishäiriöt sekä päihteiden käyttö. Asianmukainen lääkehoito helpottaa yleensä ei-lääkkeellisten hoitojen, kuten esimerkiksi psykoterapian toimivuutta ja tehostaa terapiaprosessia. (Korkeila & Leppämäki 2014: 116-121.)

Lääkeaine	Valmistenimi	Hoitoannos	Eryitystä huomioitavaa
Atomoksetiini	Strattera	80-100 mg	Aloitus pienellä annoksella
Bupropioni	Voxra, Zyban	150-300 mg	Käyttöaiheet depressio ja tupakkavieroitus
Deksamfetamiini	Dexamfetamine sulphate	30-60 mg	Erytyislupavalmiste
Klonidiini	Catapresan	15-600 ug	Verenpainelääke; hidas annoksen nosto, verenpainetta seurattava
Lisdeksamfetamiini	Elvanse	30-70 mg	Vaikutusaika 12-14 tuntia
Metyylifenidaatti	Concerta	18-90 mg	Vaikutusaika 8-12 tuntia
	Equasym retard	20-100 mg	Vaikutusaika 6-8 tuntia
	Medikinet	20-100 mg	Vaikutusaika 2-4 tuntia
	Medikinet cr	20-100 mg	Vaikutusaika 6-8 tuntia
	Ritalin depot	20-100 mg	Vaikutusaika 6-8 tuntia

Taulukko 1 Aikuisten ADHD:n lääkehoito (Korkeila & Leppämäki 2014: 117).

3 Alkoholiriippuvuus ja ADHD

ADHD lisää riskiä päihdehäiriön syntyyn. Mitä enemmän ADHD:n liittyy muita samanaikaisia liitännäishäiriötä, sitä suurempi riski on päihdeongelman synnylle. Samanaikaisella käytöshäiriöllä, impulsiivisuudella sekä toimintakykyä heikentäneellä masennuksella ja huonolla itsetunnolla on päihteiden käytön riskiä lisäävä vaikutus. (Käypä hoito 2013.) ADHD on kuitenkin

kin merkittävämpi tekijä päihdehäiriön synnylle kuin samanaikainen käytöshäiriö. Päihdeongelmallisista joka neljännellä voidaan todeta ADHD. (Koski & Leppämäki 2013: 3159.)

Alkoholilla on humalluttava ja mielihyvää tuottava vaikutus. Aivojen palkitsemisjärjestelmän vahvistamana sopeutumismuutokset voivat johtaa yhä lisääntyvään ja pakonomaiseen, haitalliseen alkoholin käyttöön (Kiianmaa 2006; Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 2014), jonka seurauksena on alkoholiriippuvuus (THL 2015).

Alkoholiriippuvuus on elimistön krooninen sairaus, joka esiintyy alkoholin jatkuvana pakonomaisena käyttönä, siitä huolimatta, että se aiheuttaa terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja. Jatkuvan käytön seurauksena osana alkoholiriippuvuutta voi syntyä myös fysiologinen riippuvuus eli addiktio, jolloin toleranssi alkoholin vaikutuksille kasvaa ja ilmenee vieroitusoireita käytön lopettamista seuraavina päivinä. Pakonomaisuutta kuvaa se, ettei henkilö pysty lopettamaan alkoholin käyttöä omasta halustaan huolimatta. Alkoholii addiktio on vakava sairaus, joka syntyy jatkuvan päihteiden käytön ja sen aiheuttaman elimistön pitkäaikaisen stressitilan seurauksena. Tällöin keskushermoston toiminta on muuttunut addiktiota ylläpitäväksi. (Huttunen 2013.) Usein taustalla on jokin henkilön elämään liittyvä laukeava tekijä, kuten ahdistava elämäntilanne, johon ei tunnu löytyvän ratkaisua. Alkoholin päihdekäyttöä voidaankin psykologisesta näkökulmasta tarkastella myös itselääkitsemisenä, jolla henkilö pyrkii helpottamaan sietämätöntä oloaan. (Huttunen 2013.) ADHD-oireinen kokee päihteiden muun muassa rauhoittavan sekä parantavan keskittymiskykyä. (Lehtokoski 2012: 278.)

Alkoholiriippuvuuden liitännäissairauksia ja seurauksia ovat somaattisten sairauksien ja tapaturmien lisäksi monet psykiatriset häiriöt, ahdistus-, pelko-, unettomuus- ja masennusoireiden ilmeneminen. ADHD-oireisilla aikuisilla on usein havaittavissa alkoholiriippuvuudelle tyypillisiä psykiatrisia liitännäishäiriöitä, joista masennus ja ahdistuneisuushäiriö ovat tavallisimpia. ADHD voi myös ennustaa alkoholiriippuvuutta aikuisuudessa tapauksissa, joissa alkoholikokeilut alkavat jo nuoruusiässä. (Levy, Katusic, Colligan, Weaver, Killian, Voigt & Barbaresi 2014.) Päihderiippuvuus aiheuttaa ongelmia monella ADHD-oireisen elämän alueilla ja näkyy erityisesti perhe-elämässä. Se vaikeuttaa ADHD:n oireiden arviointia, tutkimuksia ja ADHD-oireisen asiakkaan hoitoa. Päihderiippuvuutta voidaan ennaltaehkäistä tunnistamalla ADHD riittävän varhaisessa vaiheessa antamalla tukea ja lääkettä. Lääkehoidon on todettu suojaavan myöhemmältä päihteiden ongelmakäytöltä. (Leppämäki 2012: 264; Lehtokoski 2012: 278.)

4 Syrjäytyminen ja ADHD

Syrjäytyminen voidaan nähdä prosessina, kasautuvana huono-osaisuutena tai niiden yhdistelmänä (Juhila 2006: 54). Usein katsotaan, että mitä useampi ongelma, sitä syvempi syrjäytyminen. Kasautunut huono-osaisuus johtaa moniongelmaisuteen. Moniongelmaiset itsessään muodostavat riskiryhmiä. Riskiryhmiksi voidaan nähdä muun muassa pitkäaikaistyöttömät,

pitkäaikaissairaat, vajaakuntoiset sekä päihdeongelmaiset. (Raunio 2006: 30.) ADHD-oireisella henkilöllä ongelmat ovat usein moniulotteisia ja kasautuneita. ADHD:n rinnalla kulkee usein jokin liitännäishäiriö, sillä oheissairastavuus on yleistä ADHD-oireisilla asiakkailla. Useasti ADHD-oireisella henkilöllä on myös jonkin asteen päihdeongelma, oli kyseessä sitten alkoholin tai huumeiden väärinkäyttö. Jopa 75 - 80 prosentilla ADHD-asiakkaista voidaan todeta joku päihde- tai mielenterveyden häiriö. (Koski & Leppämäki. 2013: 3159.)

Syrjäytymiseen liittyy keskeisesti kielteinen identiteetti, joka helposti johtaa kielteiseen leimautumiseen. Myös ammatillisessa sosiaalityössä puhutaan asiakkaista ongelmakielellä, jolloin työskennellään jatkuvasti kielteisten määritteiden kanssa niin yksilöllisesti kuin yhteiskunnallisesti. Ongelmakielellä tarkoitetaan keskittymistä vain ongelmiin ja asiakkaasta puhutaan negatiiviseen sävyyn. Tällöin henkilön omien voimavarojen tärkeys ohitetaan täysin. Sosiaalityön asiakkuus alkaa yleensä vasta niin sanotussa ongelmavaiheessa, jolloin muun muassa toimeentulossa, ihmissuhteissa tai elämänhallinnassa tarvitaan jo apua. (Raunio 2006: 44-47.) Työntekijän rooli asiakassuhteessa on vahvistaa ja tukea elämänmuutosta (Juhila 2006: 63). Tällöin sosiaalityöntekijä näkee asiakkaan ongelmien ohi ja tunnistaa hänen voimavarojensa. Työntekijä auttaa asiakasta ottamaan käyttöön nämä voimavarat, joita hän ei itse ole kenties edes tunnistanut. (Raunio 2006: 47.) Prosessia voidaan kutsua myös valtaistumiseksi tai voimaantumiseksi (engl. empowerment). Asiakkaalta puolestaan edellytetään vastaanottavaisuutta ja yhteistyökykyä sekä aktiivisuutta omassa yhteiskuntaan liittämisen prosessissa. Muutosvastaisuus voi kuitenkin hidastaa tai jopa estää integroitumisen takaisin yhteiskuntaan. (Juhila 2006: 60-90.)

Valitettavan usein asiakkaan tilannetta ei saada purettua työntekijän toimesta, jolloin joudutaan tyytymään asiakkaan kannatteluun. Syrjäytymiskiirteen katkaisussa on käytössä toimenpiteitä vaikeammissa tilanteissa oleville riskiryhmille. Kohdennetut toimenpiteet ovat pääasiassa korjaavia, koska tällöin syrjäytymisen riski on voimakas tai jo tapahtunut. Riskiryhmien syrjäytymiskiirteen murtamiseen tarvitaan yksilökohtaisia toimenpiteitä ja eri alojen rajoja ylittävää moniammatillisten käytäntöjen vahvistamista. Päämääräisesti pyritään turvaamaan lähinnä asiakkaan elämän perusehdot. Tällöin on erityisen tärkeää suorittaa moniammatillista työskentelyä yksilön, hänen verkostonsa ja muiden viranomaisten kanssa. (Raunio 2006: 128-129, 144-151.)

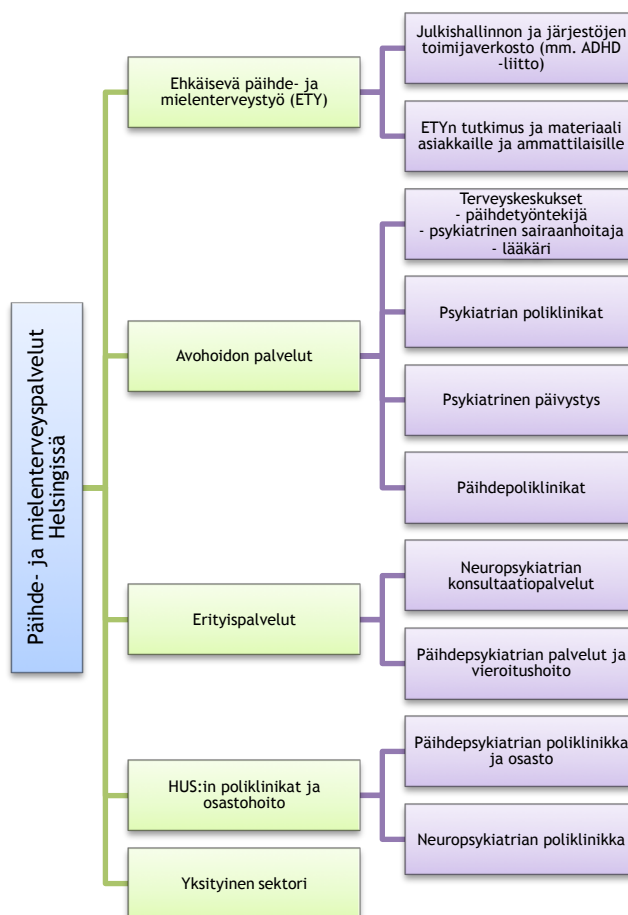
Ihanteellinen syrjäytymisen vastainen toimi on varhainen puuttuminen. Työntekijän tulisi tunnistaa asiakkaan elämän riskit ja puuttua syrjäytymistä aiheuttaviin ja ennakoiviin tekijöihin, toisin sanoen estää syrjäytymiskierre. (Juhila, 2006: 56.) Sosiaalityö ja muut toimet kuitenkin aktivoituvat yleensä vasta siinä vaiheessa, kun yksilön hyvinvoinnin ongelmat ovat jo kasautuneet (Raunio 2006: 28). Ainoastaan sosiaalityö ei takaa asiakkaan avunsaantia. Palve-

luketjun muodostamisessa tarvitaan terveydenhuollon ja tarvittaessa myös erikoissairaanhoidon yhteistyötä. (Suikkala & Laine 2010: 197.)

5 Päihde- ja mielenterveyspalvelut

ADHD-diagnoosin tekee lääkäri joko perusterveydenhuollossa tai tarvittaessa erikoissairaanhoidossa. Yksityisen sektorin palvelut täydentävät silloin kun tarvittavaa osaamista ei ole julkisella sektorilla tai se ei vastaa kysyntää. (Raevuori 2012: 213-214.) Päihde- ja mielenterveyspalvelut järjestetään kunnissa eri tavoin riippuen palvelualueen väkiluvusta ja resursseista. Etelä-Suomessa ADHD:n diagnosointi ja hoito on melko kattavasti järjestetty. Opinnäytetyössä käytetään esimerkkinä päihde- ja mielenterveyspalvelujen järjestämisestä Helsingin kaupungin mallia (Kuvio 1). Tällä pyritään lisäämään ymmärrystä päihdehuollon asiakkaan läpikäymästä prosessista.

Helsingin kaupungin tarjoamat päihde- ja mielenterveyspalvelut voidaan jakaa ehkäisevään päihde- ja mielenterveystyöhön, avohoidon palveluihin sekä erityispalveluihin. Erikoissairaanhoidon palveluita tarjoaa myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eli HUS:in eri poliklinikat ja osastot. Palveluverkostoa täydentävät yksityisen sektorin palvelut.



Kuvio 1: Aikuisten päihde- ja mielenterveyspalvelut Helsingissä

ETY:ssä eli ehkäisevässä päihde- ja mielenterveystyössä tuotetaan tietoa ja välineitä päihteiden käytön ehkäisyyn ja hallintaan sekä asiakkaalle että ammattilaiselle. Myös ehkäisevän mielenterveystyön tunnettuuden lisääminen on yksi ETY:n tehtävistä. Työn edistäminen tapahtuu muun muassa hankkeiden, järjestöyhteistyön, verkostotyön ja aineistotuotannon kautta. ETY tavoitteena on turvata ammattilaisille riittävä osaaminen ja työvälineet päihde- ja mielenterveystyöhön. (Sosiaali- ja terveysvirasto 2015: h).

Terveysasemilla työskentelevät päihdetyöntekijät antavat neuvoja päihteiden käyttäjille että näiden läheisille. Vastaanotolle voi varata itse ajan, lähetettä ei tarvita ja palvelut ovat maksuttomia. Pääasiallisena kohderyhmänä heillä ovat varhaisen vaiheen päihteiden riskikäyttäjät. Asiakkaan tilanne arvioidaan yksilöllisesti, laaditaan hoitosuunnitelma ja tarvittaessa asiakas ohjataan päihdehuollon erityispalveluihin tai psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle. (Sosiaali- ja terveysvirasto: d). Terveysasemien psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotolla hoidetaan yli 18 -vuotiaiden lievää ja keskivaikeaa masennusta, ahdistuneisuushäiriöitä,

ratkotaan vaikeita elämän kriisejä ja tehdään alustavia ADHD -kartoituksia lääkärin kanssa yhteistyössä. (Sosiaali- ja terveysvirasto 2015: e).

Psykiatrian poliklinikoilla annetaan neuvontaa, tehdään psykiatrasta tutkimusta sekä toteutetaan psykiatrasta hoitoa ja kuntoutusta. Hoitoon pääsy vaatii lääkärin lähetteen hoitoon tutkimus- ja arviointikäynnillä. Tämän jälkeen hoitoa joko jatketaan psykiatrian poliklinikalla tai annetaan hoitosuositus jatkohoidon osalta. Helsingin alueella on neljä alueellista psykiatrian poliklinikkaa. (Sosiaali- ja terveysvirasto 2015: a).

Päihdepoliklinikat ovat avohoidon paikkoja, joissa ollaan erikoistuneita riippuvuusongelmien hoitoon. Asiakas saa vapaasti valita millä kaupungin neljästä päihdepoliklinikasta haluaa asioida. Hoitosuhteen alettua hoidon tulisi kuitenkin jatkua samassa yksikössä. Päihdepoli-
koinkeiksi lukeutuu myös koko Helsingin alueen 13-23 -vuotiaita nuoria palveleva matalan kynnyksen Nuorisoasema. (Sosiaali- ja terveysvirasto 2015: c).

Neuropsykiatrian konsultaatiopalvelu on tarkoitettu sosiaali- ja terveysviraston henkilökunnalle, kuin myös asiakkaille, omaisille ja muille yhteistyötahoille. Palvelu on käytännössä konsultatiivista tukea ja ohjausta palveluverkoston hahmottamisessa sekä neuropsykiatristen kehityshäiriöiden ymmärtämisessä, jotta asianmukainen hoito ja kuntoutus voidaan aloittaa. Konsultaatiopalveluun voi ottaa yhteyttä ilman lähetettä. Kohderyhmänä ovat asiakkaat, joilla joko on, epäillään tai on todettu lapsuusiässä alkanut kehityksellinen neuropsykiatrisen oireyhtymä esimerkiksi ADHD, Aspergerin tai Touretten oireyhtymä. Neuropsykiatrisen konsultaatiopalvelun tavoitteena on muun muassa:

- *”kohentaa kehityksellisistä neuropsykiatrisista oireyhtymistä kärsivien henkilöiden palveluja sekä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa ja tehostaa olemassa olevien hoito- ja kuntoutuspolkujen hyödyntämistä”*
- *”ennaltaehkäistä syrjäytymistä, psykososiaalisen elämäntilanteen ja psykiatristen liitännäisoireiden komplisoitumista”*
- *”lisätä julkisen terveydenhuollon kuntoutustarjontaa autismikirjon oireyhtymistä sekä tarkkaavuuden ja aktiivisuuden häiriöistä kärsiville henkilöille”*
- *”kohentaa neuropsykiatristen häiriöiden tuntemusta julkisessa terveydenhuollossa”*

Konsultoivaa tukea annetaan myös koulutuksen ja työnohjauksen muodossa sosiaali- ja terveysviraston henkilökunnalle. Konsultaatiotapaamisia voidaan järjestää myös asiakkaan, tämän omaisten ja hoitavan tahon kanssa. Verkostotyönä työryhmästä voidaan osallistua hoito- ja

kuntoutussuunnitelman laatimiseen ja arviointiin. Lisäksi konsultaatiopalvelut järjestävät ryhmämuotoisia kuntoutuskursseja ryhmäterapiakeskuksen kanssa yhteistyössä. Kurssille voi hakeutua läheteellä. Neuropsykiatrian konsultaatiotyöryhmä tekee myös yhteistyötä HYKS:n neuropsykiatrian poliklinikan kanssa sekä tarvittaessa sosiaaliviraston tahojen kanssa. Palvelualue kattaa koko Helsingin alueen. (Sosiaali- ja terveysvirasto 2015: f).

Helsingin kaupungin Päihdepsykiatrian klinikalla toteutetaan avohoidon keinoin hoidon tarpeen arviointia ja ohjausta. Helsingin alueella toimii kaksi alkoholivieroitusosastoa, joihin voi hakeutua joko alueellisten psykiatria- ja päihdekeskusten tai terveysaseman kautta. Osastovieroitus on tarpeen silloin, kun vieroitusoireita ei voida avohoidon keinoin turvallisesti hoitaa. Vieroitushoito on vapaaehtoista. (Sosiaali- ja terveysvirasto 2015: g).

Päihdepsykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita tarjotaan HUS:in päihdepsykiatrian poliklinikalla ja osastolla Psykiatriakeskuksessa. Poliklinikan kohderyhmänä ovat ensisijaisesti kaksoisdiagnoosipotilaat eli asiakkaat, joilla on samanaikainen huumeriippuvuus ja mielenterveydenhäiriö. Päihdepsykiatrian osastohoito keskittyy kaksoisdiagnoosipotilaiden tutkimiseen ja hoitoon. (HUS 2015: a).

HUS:in Neuropsykiatrian poliklinikalla voidaan toteuttaa tutkimus- ja arviointijakso niille yli 18-vuotiaille aikuisille, joilla on epäilty kehityksellistä neuropsykiatrista häiriötä (ADHD), autisismikirjon häiriötä (Aspergerin tai Touretten oireyhtymä) tai jotakin niihin rinnastettavaa varhaislapsuudessa alkanutta kognitiivisen kehityksen tai käyttäytymisen poikkeavuutta. Lähete tulisi olla ensisijaisesti psykiatrian tai neurologian erikoislääkärin laatima. Neuropsykiatrian poliklinikalla suunnitellaan asiakkaalle hoito-ohjelma, mikäli jokin em. häiriö todetaan tutkimus- ja arviointijakson jälkeen. (HUS 2015: b).

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa avoterveydenhuollon päihdetyöntekijöiden tietoa ADHD:sta ja sen yhteydestä alkoholiriippuvuuteen. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää päihdetyöntekijän suhtautuminen ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamiseen ja hoitoon. Pyrkimyksenä oli myös selvittää tarvitaanko alalla lisäkoulutusta ADHD:sta ja millaista tietoa tarvitaan käytännön työhön.

Vastauksia haettiin seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaiseksi päihdetyöntekijät kokevat tietonsa ADHD:sta ja sen yhteydestä alkoholiriippuvuuteen?
2. Miten päihdetyöntekijä suhtautuu ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamiseen ja hoitoon?

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Menetelmän valintaan vaikutti laadullisen lähestymistavan kautta mahdollistava uusien näkökulmien esilletulo, esimerkiksi toimintatapojen kehittämisessä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 60). Tutkimuksessa ei pyritty tilastollisiin yleistyksiin vaan tähdättiin tutkittavan ilmiön tai tapahtuman kuvaamiseen ja ymmärtämiseen. Tutkittavasta aiheesta ei ole tehty aiempaa tutkimusta, mistä syystä laadullisen menetelmän käyttö oli perusteltua. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 85; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 60.) Laadullisen tutkimuksen ydin on aineiston laadussa, ei niinkään sen määrässä ja se on ilmiösultaan tekstiä (Eskola & Suoranta 2008: 18; Rantala 2015: 109). Tutkittava tekstiaineisto voi syntyä tutkijan tekemien haastattelujen tai havainnoinnin tuloksena. Aineistona voidaan myös käyttää tutkijasta riippumatonta tekstiä, kuten omaelämäkerrat ja päiväkirjat. (Eskola & Suoranta 2008: 15.) Tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti tutkittavaan aiheeseen liittyvä vähäinen tiedon määrä ja tavoitteena oli valitun menetelmän kautta tuottaa uutta tietoa.

Kohderyhmän valinnassa otettiin huomioon tiedonantajien asiantuntijuus. Tiedonantajia ei voi valita satunnaisesti, vaan heidän tulee olla alansa asiantuntijoita. Heidät tulee valita tutkimusongelman ja -asettelun mukaan harkintaa käyttäen. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 85-86.) Tutkimuksen kohderyhmä valikoitui eteläisen Suomen perusterveydenhuollossa työskentelevistä päihdetyöntekijöistä.

Aineiston keruumenetelmäksi valittiin puolistrukturoitu teemahaastattelu. Puolistrukturoidussa haastattelussa kaikille esitetään samat kysymykset, mutta valmiita vastausvaihtoehtoja ei anneta. Haastateltava saa vastata kysymyksiin omin sanoin. Haastattelun idea on yksinkertainen ja järkevä, kun halutaan tietää mitkä ovat ihmisen motiivit ja mitä hän ajattelee. (Eskola & Suoranta 2008: 85-86.) Teemahaastattelussa keskitytään haastateltavan henkilökohtaisiin käsityksiin ja mielipiteisiin haastattelun aiheena olevista asioista (Pietilä 2010: 215). Oleellisinta teemahaastattelussa on se, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee keskeisten teemojen varassa (Hirsjärvi & Hurme 2001: 48). Teemahaastattelu on Hirsjärven ym. (2007: 180) mukaan tarkoituksenmukainen tutkimuksissa, joissa halutaan kartoittaa tietoja, asenteita ja tunteita. Laadullinen tutkimushaastattelu on joustava, keskustelunomainen tapa saada uutta tietoa asiasta, josta on vähän tutkittua tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 73.)

Teemahaastattelun kysymysrunko laadittiin sisältämään mahdollisimman avoimia kysymyksiä. Haastattelurungon laatimisen jälkeen toteutettiin testihaastattelu henkilölle, joka työkokemuksensa perusteella vastasi valittua kohderyhmää. Testihaastattelun perusteella tarkennettiin haastattelurunkoa (Liite 1), poistettiin päällekkäisyyksiä ja laadittiin tarkentavat lisäkysymykset. Testihaastattelun kautta selvisi myös haastattelijoiden aktiivisen kuuntelun merkitys haastattelun aikana. Teemahaastattelulle on tyypillistä, että haastateltava saattaa vastata käsiteltävään asiaan jonkin muun kysymyksen yhteydessä. Haastattelijan tulee olla aktiivisesti mukana tilanteessa, jotta vältetään kysymykset mihin haastateltava on jo mahdollisesti vastannut. Testihaastattelusta saatiin yleiskäsitys haastatteluun tarvittavasta ajasta ja tämän perusteella varattiin aikaa yksittäisen haastattelun toteuttamiselle yksi tunti.

Ennen haastattelujen sopimista haettiin tarvittava tutkimuslupa. Tutkimuslupa myönnettiin kahden viikon kuluttua tutkimuslupahakemuksen lähettämisestä. Tutkimukseen osallistuminen on hyvän tutkimusetiikan mukaan ihmisen itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa ja vapaaehtoista (Hirsjärvi ym. 2007: 25). Kohderyhmälle lähetettiin sähköpostitse kutsu tutkimushaastatteluun (Liite 2). Sähköpostin liitteenä lähetettiin saatekirje (Liite 3) ja suostumuslomake (Liite 4). Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen taustasta, tavoitteesta ja tarkoituksesta sekä haastattelututkimuksen yksityiskohdista. Haastattelujen ajankohdat ja paikat sovittiin puhelimitse viikon sisällä sähköpostin lähettämisestä päihdetyöntekijöiden kanssa. Haastattelut toteutettiin heidän aikatauluilleen sopivasti touko-kesäkuussa viikoille 22 - 24. Haastateltava sai tulostetun suostumuslomakkeen allekirjoitettavakseen myös haastattelutilanteessa. Haastattelun lisäksi haastateltavat täyttivät taustatietolomakkeen (Liite 5), jossa kysyttiin pohjakoulutuksesta, työkokemuksesta sekä päihdetyön koulutuksesta. Haastattelutilanteessa painotettiin vielä vapaaehtoisuutta osallistua tutkimukseen sekä oikeutta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen kaikissa sen vaiheissa.

Kaikki haastattelut tapahtuivat kertahaastatteluna päihdetyöntekijän omassa toimipaikassa ja vastaanottohuoneessa. Tutkimukseen haastateltiin kymmenen päihdetyöntekijää. Haastattelut tehtiin pääsääntöisesti tutkijapareittain. Suurin osa haastatteluista sujui keskeytyksittä. Joissakin haastatteluissa ulkoa tuleva hälinä tallentui äänitallenteelle. Tämä ei kuitenkaan haitannut itse haastattelua.

7.2 Analyysimenetelmä

Sisällön analyysissä aineistoa käsitellään järjestelmällisesti ja objektiivisesti. Tarkoituksena on esittää tutkittu ilmiö lukijalle tiivistetyssä ja ymmärrettävässä muodossa. Tämä saavutetaan analysoimalla hankittua aineistoa induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti, jolloin analyysi rakentuu aikaisempien tutkimusten perusteella tehtyyn luokittelurunkoon. (Kyngäs 1999: 3.) Sisältöä voidaan analysoida määrällisesti tai laadullisesti. Näistä ensimmäis-

tä nimitetään myös klassiseksi sisällönanalyysin muodoksi. Sisällön analyysissä tutkimuskysymyksiä ja tutkimuksen tarkoitusta peilataan tutkimusaineistoon. Kaikkea tietoa aineistosta ei ole tarpeen analysoida. (Kylmä & Juvakka 2007: 112-113.) Laadullista aineistoa voidaan analysoida selittämällä tai ymmärtämiseen pyrkivällä tavalla. Tutkimuskysymysten perusteella oli tarkoituksenmukaisempaa valita ymmärtämiseen pyrkivä lähestymistapa. (Hirsjärvi 2007: 219.) Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisesti laadullisen sisällön analyysin keinoin. Laadullista tutkimusta ja aineistosta lähtevää eli induktiivista analyysiprosessia voidaan kuvaata seuraavan kaavion (Kuvio 2) avulla (Tuomi & Sarajärvi 2009: 109).



Kuvio 2: Aineistolähtöinen sisällönanalyysiprosessi (Tuomi & Sarajärvi 2009: 109)

Sisällön analyysissä ongelmana on pidetty tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan tulisi säilyttää objektiivinen tutkimusote analyysiprosessin ajan, jottei tutkimustulokseen vaikuta tutkijan oma eli subjektiivinen näkemys. Tätä voidaan välttää analysoimalla ainoastaan aineiston ilmi sisältöä. (Kyngäs 1999: 10.) Ennen aineiston analyysiä tutkimusaineisto tulee muuttaa kirjalliseen muotoon eli litteroida. Litterointia voidaan sanoa myös aineiston puhtaaksi tai auki kirjoittamiseksi. Litterointi tulisi tehdä mahdollisimman tarkasti, sanasta sanaan, jottei todellisuus pääse muuttumaan. Tutkijan itse litteroidessa aineiston, tälle avautuu samalla mahdollisuus perehtyä aineistoon kirjallisessa muodossa mikä auttaa kokonaiskuvan hahmottamisessa analyysivaihetta varten. Litterointiohjeet on hyvä sopia silloin, kun puhtaaksi kirjoittajia on useampi kuin yksi tai aineiston auki kirjoittamiseen palkataan ulkopuolinen kirjoittaja. Jäl-

kimmäisessä tapauksessa tulee korostaa luottamuksellisuuden merkitystä. (Kylmä & Juvakka 2007: 110-111.)

7.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi

Haastatteluaineisto litteroitiin purkamalla haastatteluäänitteet sanasanaisesti. Haastattelujen ja litteroinnin välissä oli noin kahden kuukauden mittainen tauko tutkimusprosessissa. Haastattelut jaettiin litteroitavaksi tutkimusryhmäläisten kesken minuuttimäärän perusteella. Haastattelijana toimiminen nähtiin myös yhtenä perusteena äänimateriaalin jakamisessa. Äänimateriaalin purun jälkeen tapahtui litteroituun aineistoon tutustuminen kokonaisuudessaan. Nauhoitettua äänimateriaalia tuli yhteensä 3 h 24 min 26 sekuntia. Kirjallista analysoitavaa aineistoa kertyi 52 sivua (Fontti Trebuchet MS 10, riviväli 1,5). Yksittäisten haastattelujen kestot vaihtelivat 8-37 minuutin välillä.

Tutkimuksessa analysoitiin vain litteroitua aineistoa. Haastatteluaineistosta ei analysoitu piilomerkityksiä tai sanatonta viestintää, sillä koettiin, ettei tutkimusryhmällä ollut tähän valmiuksia. Tällä haluttiin välttää virheet aineiston tulkinnessa. Induktiivinen sisällön analyysi eteni etsimällä aineistosta vastauksia tutkimuskysymyksiin, joita oli kaksi. Näistä kumpikin kysymys jakautui vielä kahteen. Ensimmäisen kysymyksen perusteella haettiin vastauksia siihen millaiseksi päihdetyöntekijät kokevat oman tietonsa ADHD:sta ja sen yhteydestä alkoholi-riippuvuuteen. Toisen kysymyksen kautta etsittiin vastauksia siihen, miten päihdetyöntekijä suhtautuu ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamiseen ja hoitoon. Tutkimuskysymykset eroteltiin värikoodein ja alkuperäiseen kirjalliseen haastatteluaineistoon tehtiin vastaavat värikorostukset.

Laaditun haastattelurungon (Liite 1) kysymyksistä 4. kysymys kartoitti päihdetyöntekijän kokemusta ADHD-tiedostaan ja 3. kysymys päihdetyöntekijän näkemystä siitä, miten suuri merkitys ADHD:lla on päihdeongelman synnyssä. Toiseen tutkimuskysymykseen haettiin vastausta kysymyksillä 5, 9, 10, 11 ja 12. Koko aineisto käytiin huolellisesti läpi kaikkien kysymysten osalta, jotta muiden vastausten sisältämä tieto ei jäisi huomiotta. Tutkimuskysymyksiensä lisäksi aineistosta kerättiin ilmaisia, jotka vastasivat tutkimuksen tarkoitukseen. Tarkoituksena oli osaltaan kartoittaa päihdetyöntekijöiden tietoa ADHD:sta, ADHD-oireisen päihdeasiakkaan hoidosta ja selvittää lisäkoulutuksen tarvetta. Lisäksi toivottiin kehitysehdotuksia ja ajatuksia siitä, miten palveluverkoston eri toimijoiden välistä yhteistyötä ADHD-oireisen asiakkaan hoidossa voitaisiin kehittää. Näihin tarkoituksiin oli laadittu kysymykset 1, 2, 6, 7, 8, 13 ja 14.

Induktiivinen sisällön analyysiprosessi etenee aineiston pelkistämisen kautta ryhmittelyyn eli klusterointiin ja käsitteellistämiseen eli abstrahointiin. Pelkistyksessä aineistosta haetaan vastauksia tutkimuskysymyksiin ja muodostetaan tiivistettyjä ilmauksia. Ryhmittelyssä eli kluste-

roinnissa etsitään ilmausten erilaisuudet ja samankaltaisuudet ja yhdistetään nämä omiksi ryhmikseen. Ryhmät, luokat tai kategoriat nimetään sisällön mukaan. Analyysin seuraavaa vaihetta eli abstrahointia on nähtävissä jo ryhmittelyvaiheessa. Abstrahoinnissa muodostetut luokat pyritään yhdistämään yläluokiksi tai -kategorioiksi, jotka edelleen nimetään sisältönsä mukaisesti. Abstrahointia tulee jatkaa vain niin kauan kuin se on sisällön kannalta järkevää. (Kynge 1999: 5-7.)

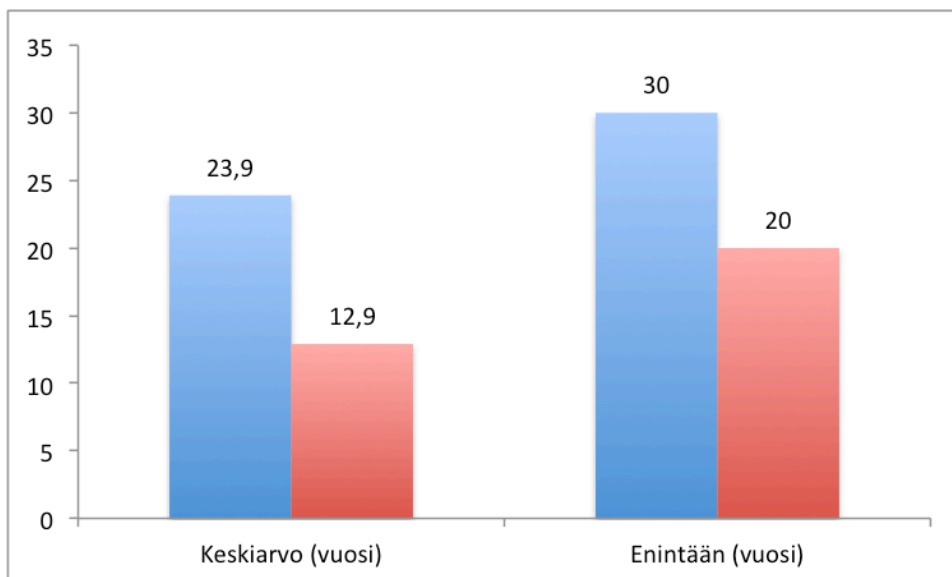
Litteroiduista alkuperäisilmauksista edettiin tiivistettyihin alkuperäisilmauksiin. Tiivistetyistä alkuperäisilmauksista jätettiin pois puhekielessä ilmenevät täytesanat ja lauserakenne on täydennettiin tarvittaessa tulkitsemalla huolellisesti kontekstia. Tämä nähtiin tarpeelliseksi vaiheeksi sisällön hahmottamisen kannalta. Tiivistetyistä alkuperäisilmauksista eroteltiin varsinaiset pelkistetyt ilmaisut vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Pelkistettyjen ilmaisujen analyysiyksiköt olivat sisältöä kuvaavia sanayhdistelmiä. Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa käytettiin apuna värikoodattuja aineiston tarkastuslistoja. Pelkistetyistä ilmaisuista haettiin vastaavuuksia ja erilaisuuksia, jotka aseteltiin omiin ryhmiinsä värikkäille papereille. Ensimmäisen ryhmittelyvaiheen jälkeen voitiin muodostaa alaluokat. Tarkastuslistojen perusteella laadittiin analyysitaulukko, jossa alaluokista abstrahoitettiin yläluokkia. Kaikista alaluokista ei voitu muodostaa yläluokkaa alaluokan jo vastatessa tutkimuskysymykseen.

8 Tutkimustulokset

Tulosten esittäminen tapahtui purkamalla kohderyhmän taustatiedot ja vastaamalla kahteen tutkimuskysymykseen. Tulokset on jaettu luvussa alaotsikoittain. Luvussa 8.1. kuvataan kohderyhmän koulutusta ja työkokemusta. Luvussa 8.2 kuvataan millaiseksi päihdetyöntekijät kokevat tietonsa ADHD:sta ja sen yhteydestä alkoholi-riippuvuuteen. Luvussa 8.3 kuvataan miten päihdetyöntekijä suhtautuu ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamiseen ja hoitoon. Haastattelusta on liitetty alkuperäisilmauksia elävöittämään tekstiä ja lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Alkuperäiset ilmaukset on kursivoitu ja aseteltu erilleen muusta tekstistä.

8.1 Kohderyhmän taustatiedot

Kohderyhmän taustatietolomakkeella kartoitettiin päihdetyöntekijän koulutusta ja työkokemusta. Työntekijöiden korkein pohjakoulutus jakautui ylempään keskiasteen tutkintoon sekä ammattikorkeakoulututkintoon. Sairaanhoidajan opistotutkinto sisältyy ylempään keskiasteen tutkintoon. Päihdetyöntekijöillä oli keskimääräisesti alan työkokemusta 23,9 vuotta, josta päihdetyön työkokemusta 12,9 vuotta. Enimmillään työkokemusta oli alalta kertynyt 30 vuotta, josta päihdetyön kokemusta 20 vuoden ajalta (Kuvio 3).



Kuvio 3: Päihdetyön työkokemus ja alan työkokemus

Muu työkokemus oli saatu somaattisesta sairaanhoitotyöstä, psykiatrisesta polikliinisestä ja osastolla tapahtuvasta sairaanhoitotyöstä, lastensuojelusta, vankeinhoidosta, geriatrisesta hoitotyöstä, kotisairaanhoidosta, trauma- ja kriisityöstä ja mielenterveystyöstä. Noin puolet haastatteluista oli saanut myös muuta päihdetyön koulutusta. Koulutus käsitteli muun muassa opioidiriippuvaisten hoitoa, muutosvaihemallia, lääkevieroitusta, ratkaisukeskeistä menetelmäkoulutusta ja kognitiivista lyhyt- ja psykoterapiaa sekä kognitiivista päihdekoulutusta. Opintoina mainittiin päihdetyön perus- ja täydentävät opinnot, erikoistumisopinnot mielen-terveys-, kriisi ja päihdetyöhön sekä päihdehuollon jatko-opinnot. Tutkintoina listattiin päihdetyöntekijän ammattitutkinto ja psykoterapeutin koulutus.

8.2 Päihdetyöntekijöiden kokema tieto ADHD:sta ja sen yhteydestä alkoholiriippuvuuteen

Tutkimuksessa ilmenee päihdetyöntekijöiden tiedon ADHD:sta olevan yleistason tietoa. Osa vastaajista kokee tietonsa vähäisiksi tai riittämättömiksi. Vastaajat kuvailevat puutteellisen tiedon liittyvän aikuisen ADHD-oireiston tunnistamiseen, ADHD:n ja päihderiippuvuuden yhtä-aikaiseen hoitoon sekä riittämättömään tietoon lääkkeettömistä hoitomuodoista. Taidot koetaan riittämättömiksi diagnoosiin tähtäävien selvittelyiden tekemisessä.

Työkokemusperäistä tietoa (Taulukko 2) osataan hyödyntää hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Tilannetta osataan arvioida kokemuksen perusteella ja ADHD:n mahdollisuutta pidetään mielessä. Yksityiskohtaisen tiedon puuttuessa tiedetään miten hoidon jatkuvuus turvataan.

”Omat taidot eivät ehkä riitä tarkempaan tutkimiseen, mutta tiedän kyllä ihmiset, jotka tarkempia tutkimuksia voi tehdä.”

"Kyllä minä varmaan pidän sitä ADHD:n mahdollisuutta koko ajan mielessä ja jos tuntuu vähänkin siltä tai epäilen, että kyseessä voisi olla ADHD, selvitän asiaa eteenpäin"

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Pystyn arvioimaan	Työkokemusperäinen tieto
Jatkoselvittelytiedot tiedossa	
ADHD:n mahdollisuus pidetään mielessä	
Käsitys ADHD:sta kokemuksen perusteella	

Taulukko 2 Työkokemusperäinen tieto

Kysyttäessä päihdetyöntekijöiden näkemystä siitä, kuinka suuressa roolissa ADHD on päihdeongelman synnyssä, päihdetyöntekijät kokevat ADHD:lla olevan merkittävä yhteys päihdeongelman synnylle (Taulukko 3). Osa vastaajista kokee, että ADHD:n merkitys päihdeongelman synnylle on vähäinen tai ADHD:n ei koeta olevan yksi suurimmista riskitekijöistä päihdeongelman synnyssä. Muutama haastatelluista on sitä mieltä, että ADHD:lla on jokin yhteys päihdeongelman synnylle.

"Elikkä ne ADHD-potilaat tai nämä joilla on epäily (-) heillä useimmiten on myöskin sitä päihdeongelmaa."

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Aika monella	ADHD:lla merkittävä yhteys päihdeongelman synnylle
Suuri merkitys	
Vahva rooli	
ADHD-potilailla usein päihdeongelma	
Noin puolella ADHD-oireisista päihdeongelmaa	

Taulukko 3 ADHD:n yhteys päihdeongelman syntyyn

Vastaajat tuovat esille päihteiden positiiviset vaikutukset ADHD-oireisten asiakkaiden kertomana. Päihteitä käytetään itsehoitona ADHD-oireisiin niiden rauhoittavan ja helpottavan vaikutuksen takia.

"Ne asiakkaat, joilla on diagnosoitu ADHD, kertovat, että esimerkiksi juuri alkoholinkäyttö rauhoittaa heitä, että se auttaa heitä keskittymään tai jos käyttää esimerkiksi kannabista."

Päihdetyöntekijän näkemystä päihdekäytön merkityksestä asiakkaalle on kuvattu seuraavassa taulukossa (Taulukko 4).

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Päihteet rauhoittavat tilannetta	Päihteet rauhoittavat
Alkoholilla rauhoittava vaikutus	
Päihteillä rauhoittava vaikutus	
Päihteet helpottavat oireita	Päihteet helpottavat oireita
Päihteet helpottavat tilannetta	
Alkoholilla keskittymiskykyä parantava vaikutus	Päihteet parantaa keskittymiskykyä
Tietynlaista rauhoittumista ja keskittymiskyvyn paranemista	

Taulukko 4 Päihdetyöntekijän näkemys päihdekäytön merkityksestä asiakkaalle

8.3 Päihdetyöntekijän suhtautuminen ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamiseen ja hoitoon

Päihdetyöntekijät kuvaavat suhtautumistaan ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamisessa tasavertaiseksi ja painottavat vuorovaikutuksen merkitystä. Tasavertainen suhtautuminen kuvataan humanina, neutraalina, normaalina ja tasa-arvoisena kohteluna ja suhtautumisena. ADHD-oireiseen asiakkaaseen suhtaudutaan samalla tavoin kuin muihinkin ja ADHD-oirehdinta nähdään yhtenä oirekuvana muiden joukossa.

" Ei se muuta suhtautumista, se on yksi oirekuva siinä muiden joukossa.."

Yksilöllisen kohtaamisen yhtenä tavoitteena on saada asiakas kiinnittymään ja motivoitumaan hoitoon. ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamisessa painotetaan kuuntelun ja vuorovaikutuksen merkitystä. Asiakkaalle on tärkeää tulla kohdatuksi, kuulluksi, ymmärretyksi ja uskotuksi.

"Haluan antaa hyvän kokemuksen sille, joka tänne tulee. Että sinua on kuultu, olet tullut kuulluksi ja kohdatuksi, oli tilanne mikä hyvänsä."

ADHD:sta johtuvat näkyvät käytöksen oireet tiedostetaan ja niitä ymmärretään. Päihdetyöntekijät antavat asiakkaalle oikeuden ja mahdollisuuden kokea oireensa sellaisena kuin ne ovat.

*"Jokainen pitää kohdata yksilönä niine oireineen ja myös niine hyvine puoli-
neen."*

Päihdetyöntekijät kuvaavat suhtautuvansa ADHD-oireisen asiakkaan hoitoon yksilöllisen hoidon lähtökohdista. Yksilöllinen hoito sisältää yksilöllisen hoitosuunnitelman tekemisen ja to-

teutuksen. Hoidon suunnittelu lähtee asiakkaan tarpeesta ja yksilöllisestä tilanteesta. Hoidossa tulee lähteä liikkeelle yksilön ajankohtaisen tilanteen kartoittamisella. Hoitomuodot tulisi valita asiakkaan näkemykset huomioon ottaen.

"Että lähdetään siitä hänen tilanteestaan (--). Eikä minun tarpeesta."

"Löytäis sen (--) mitkä hän kokee itselleen sopivaks hoitomuodoiks tai tavaksi."

Yhteistyöhoitosuhteen rakentuminen päihdetyöntekijän ja asiakkaan välille koetaan merkitykselliseksi hoidon toteuttamisen ja onnistumisen kannalta. Yksilön vahvuuksien löytäminen koetaan kiinnostavaksi.

"Jokainen pitää kohdata yksilönä ja oireineen, myös niine hyvine puolineen. Ne on tietysti kiinnostavia ne vahvuudet."

Päihdetyöntekijät kuvaavat ADHD-oireisen päihdeasiakkaan hoidossa olevan myös haasteita (Taulukko 5). Päihdeasiakkaan hoitoa on kuvattu haastavaksi, vaikeaksi ja uuvuttavaksi. Haasteelliseksi koetaan motivoinnin ja sitouttamisen vaikeus hoitoon, asiakkaan oirehinnassa näkyvät lyhytjänteisyys ja rajattomuus. Motivointi päihteiden käytön muutokseen on haasteellista ja lyhyeksi jääneet käynnit sekä poisjäämiset vastaanotolta tekevät sitouttamisesta hoitoon haastavaa. Lyhytjänteisyys näkyy hermostuneisuutena, turhautumisena hoitoon ja hätäisyytenä asioiden toteutumisen suhteen. Rajattomuutta kuvataan päättömänä käytöksenä ja aggressiivisuutena.

"Se on se haaste tai ongelma, että motivoituis siihe omaan hoitoon"

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Erittäin uuvuttavaa	Hoito uuvuttavaa, vaikeaa, haastavaa
Paljon päihteitä käyttäneiden hoito vaikeaa	
hoito äärettömän haastavaa	
Välillä herää negatiivisia tunteita, mutta osaa erottaa itsensä tilanteesta	
Erimielisyys huumeseuilaan menemisestä	Motivoinnin ja sitouttamisen vaikeus
Haasteellista motivoitua hoitoon	
Motivointi päihteiden käytön muutokseen haasteellista	
Lyhyeksi jääneet käynnit	
Poisjäämiset vastaanotolta	

Hoitoon sitoutumisen vaikeus	
(Asiakas) turhautuu hitauteen	
Asiakkaat hätäisiä asioiden toteutumisen suhteen, tuntevat jääneen hoidotta	
Asiakkaat lyhytpinnaisia, helposti hermostuvia	Lyhytjänteisyys
Lyhytjänteisyys	
Jotkut voivat olla aggressiivisia	
Päätön käyttäytyminen	Rajattomuus
Rajattomuus	

Taulukko 5 Hoidon haasteet

Haastavista tilanteista kysyttäessä aineistosta tulee esille, ettei asiakastilanteissa olla koettu uhkatilanteita, ellei päihdeongelma ole ollut huumauseriippuvuus.

9 Pohdinta

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui induktiivinen sisällön analyysi ja laadullinen tutkimus siksi, ettei hoitotieteellistä tutkimusta aiheesta löytynyt. Teoreettinen viitekehys rakentui ADHD:n ja päihdehäiriön ympärille ja käsitteiden määrittelyyn. Sosiaaliala näyttäytyi työssä esittämällä syrjäytymisen ja sosiaalisen tuen näkökulmaa esimerkiksi kuntoutuksen, taloudellisen ja tuen osalta. Tutkimukseen haettiin teoretietoa kirjallisuudesta, sähköisistä tietokannoista (Terveysportti, Laurus nyk. Finna) ja eri järjestöjen sekä ADHD-liiton esitteistä. ADHD:sta häiriönä tai neuropsykiatrisena sairautena yleensä on olemassa paljon tutkimustietoa samoin alkoholin haitallisesta käytöstä ja päihderiippuvuudesta. Päihdetyöntekijöiden suhtautumisesta ja asenteista löytyi Finnasta vasta tutkimuksen loppuvaiheessa yksi kansainvälinen, hoitotieteellinen tutkimus; "Correlating family nurse practitioners' perspectives of adult ADD/ADHD with employed pharmacotherapy" (Martinson & Tang 2010). Kyseisen tutkimuksen tuloksia voidaan peilata opinnäytetyössä saatuihin tuloksiin siinä määrin, että tutkimuksen teoreettinen viitekehys olisi voinut rakentua myös olettamukseen vallitsevasta suhtautumisesta. Tiedon ja kansallisen käsityksen kartoittamisen kannalta oli kuitenkin perusteltavaa toteuttaa tutkimus haastattelujen kautta. Aikuisen ADHD on ollut tutkimusprosessin aikana paljon näkyvillä mediassa ja uutta tutkimustietoa julkaistaan tiheään.

Mikäli päihdetyöntekijä epäilee asiakkaalla ADHD:ta tai asiakas siitä itse kertoo, tulee myös osata kysyä ADHD:n vaikutuksesta päihdeongelman syntyyn. Päihdeiden käytön kartoituksessa tulisikin käyttää motivoivan haastattelun keinoja ja pyrkiä saamaan asiakas itse sanoittamaan mitä päihdeiden käyttö hänen tapauksessaan palvelee ja minkälainen vaikutus sillä hänen elämäänsä on. ADHD:n yhteys päihdeongelman syntyyn saattaa löytyä vasta henkilöhistorian

kartoittamisen yhteydessä. ADHD:n alttius on tunnettu olevan hyvin vahvasti geeneissä eli perimäriippuvaista. Oireenmukainen diagnosointiprosessi sisältää aikuisella laajan oirehistorian kartoituksen ajatuksella, että oireita on esiintynyt jo varhaislapsuudessa. Tuoreimpien tutkimustulosten mukaan on kuitenkin hyvinkin mahdollista, että ADHD voi alkaa vasta aikuisuudessa ilman perimän tuomaa alttiutta ja ilman lapsuusiän oirehdintaa (Moffitt ym. 2104). Tämä tuo uutta näkökulmaa ADHD:n huomioimiseen ja tuo sen myös lähemmäksi päihdetyöntekijöiden ammattiryhmää, jotka eivät välttämättä työssään osallistu syvällisesti ADHD:n oirekartoitukseen. Voisi olettaa, että ADHD:n arviointi ja diagnoosin tekeminen helpottuisi ja hoidon saanti helpottuisi, kun vasta aikuisena alkanutta oireilua osattaisiin yhdistää paremmin ADHD:lle tyypilliseksi. Tämä voi osaltaan motivoida ja sitouttaa paremmin asiakastakin, joka kokee päihdekäytöllä olevan levotonta oloa tasaava vaikutus.

Suureksi ongelmaksi päihdetyöntekijät kokevat ADHD-oireisen asiakkaan hoitoon sitouttamisen. Usein vastaanotolle tuleva asiakas haluaa ensisijaisesti hoitoa ADHD- oireisiinsa päihdehäiriön ollessa toissijainen ongelma. Asiakas ei välttämättä tunnista lainkaan päihdehäiriön olemassa oloa. Näissä tapauksissa päihdetyöntekijän kokemuksen mukaan vastaanotolle tuleva ADHD-oireileva asiakas jää myös herkemmin pois hoitosuhteesta ensimmäisen käynnin jälkeen. Asiakas turhautuu diagnoosiprosessin hitauteen ja hoitojärjestykseen, minkä mukaan asiakkaalta vaaditaan 2-3 kuukauden päihdehoidon jakso ennen ADHD-tutkimusten aloittamista. Työntekijältä vaaditaan paljon joustavuutta ja pitkäjänteisyyttä saada motivoitua asiakas päihdehäiriön hoitoon.

Tutkimuksessa kartoitettiin päihdetyöntekijän omaa näkemystä omasta tiedostaan ja suhtautumisestaan, ei niinkään kirjatieoa ADHD:sta. Oman tiedon määrän tai tason arviointi voi olla vaikeaa ja se perustuu yksilölliseen näkemykseen asiasta. Joidenkin mielestä yksityiskohtaisen tiedon hallitseminen on riittävää, kun toiselle riittää tieto siitä, miten ADHD-oirehdinta näytetään ja miten asiakasta voi ohjata eteenpäin diagnoosin ja hoidon saamiseksi. Tiedon määrän riittävyttä voidaan tarkastella myös työnkuvan suhteen. Päihdetyöntekijän työnkuvaan ei ole määritelty ADHD:n oirekuvan kartoittamisen laajempaa osaamista. Päihdetyöntekijät ovat kuitenkin aitiopaikalla havaitsemassa päihdeongelman muuta oirehdintaa ja mahdollisia päihdeongelman syntyyn vaikuttaneita tekijöitä, mistä syystä ADHD-tiedon lisääminen ja yhteistyön kehittäminen olisi järkevää.

Päihdetyöntekijöiden kokemukseen perustuva näkemys ADHD:n yhteydestä päihderiippuvuuden syntyyn on tulkinnanvarainen, kun otetaan huomioon kyseinen asiakaskunta. Päihdetyöntekijän vastaanotolle tulee asiakas, jolla päihdeongelma on jo syntynyt eli he tapaavat työssään vain päihdeongelmaisia asiakkaita. Päihdetyöntekijöillä ei välttämättä kokemusta ADHD-oreisesta aikuisesta, jolla ei ole päihdeongelmaa. Näkemys ADHD:n ja päihdeongelman yhteyteen perustuu tutkimustietoon ja asiakkailta saatuun tietoon siitä, mitä päihdekäyttö tämän elämässä palvelee.

Suhtautuminen ADHD-oireiseen asiakkaaseen on tasavertaista ja humaania. Kunnioittava, oikeudenmukainen ja tasavertainen hoito on myös osa sairaanhoitajan eettisiä ohjeita (Sairaanhoitajat 2014). Sosiaalialalla työskentelevän tulee yhtä lailla suhtautua asiakkaaseen ihmisarvoa ja ihmisoikeuksia kunnioittaen (Talentia 2013). Suhtautuminen ADHD-oireisen asiakkaan hoitoon on yksilöllistä, mutta ympäristötekijöillä on myös osansa työn kuormittavuudessa. Asiakasmäärät voivat vaihdella palvelualueittain, jolloin alueellinen kuormittavuus vaihtelee. Työntekijän henkilökohtaisilla ominaisuuksilla ja tieto- taidolla on myös merkitystä päihde-työssä. Sillä, miten työhön asennoituu ja miten osaa käyttää käytössä olevia työkaluja on oma vaikutuksensa työssä jaksamiseen.

Opinnäytetyöprosessi on ollut vaativa, mutta samalla mielekäs ja palkitseva. Olemme olleet etuoikeutettuja saadessamme osallistua tutkimuksemme kautta ADHD-liiton toimintaan ja olla osaltamme edistämässä ADHD-oireisten aikuisten vertaistuen kehittämisprojektia. Uskomme, että saatujen tutkimustuloksien kautta on mahdollista lisätä yhteistyötä sekä verkostoitumista vertaistoimijoiden ja päihdepalvelujen välillä. Verkostoitumisen ja moniammatillisen yhteistyön lisääntymisen kautta ADHD-oireisen asiakkaan avun saanti helpottuisi ja selkeytyisi, mikä tekisi hoitoprosessista sujuvamman ja toimivamman. Tarkoituksenmukaisen hoidon ja tuen piiriin pääsy omalta osaltaan voi ennaltaehkäistä myös syrjäytymistä.

10 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Etiikkaa voidaan tulkita hyvän ja pahan, oikean ja väärän vastakkainasetteluna. Yksilötasolla eettiset periaatteet vaihtelevat. Se mikä toisen mielestä on oikein, on toisen mielestä väärin. (Hirsjärvi ym. 2007: 23.) Yleisesti kaikilla tieteenaloilla etiikka sisältääkin omat sääntönsä, joita tulee noudattaa tutkimusta laadittaessa. Eettiset lähestymistavat voidaan jakaa teon seurauksiin, periaatteisiin ja hyveisiin. (Clarkeburn & Mustajoki 2007: 22-23, 38.) Opinnäytetyössä keskityttiin lähinnä periaatteisiin, niiden arviointiin sekä harjoittamiseen. Näitä yleisesti hyväksytyjä periaatteita ja toimintatapoja ovat muun muassa tieteellinen rehellisyys, avoimuus, eettisesti kestävä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät (Clarkeburn & Mustajoki 2007: 43-44; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012) sekä huolellisuus ja tarkkuus kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa (Hirsjärvi ym. 2007: 24). Epärehellisyyttä tutkimustyössä on toisen tekstin luvaton lainaaminen eli plagiointi, oman jo tuotetun tutkimustekstin plagiointi eli itseplagiointi, kritiikitön tulosten yleistäminen, sepittäminen ja kaunistelu. Tulosten raportoinnin vaiheet ja käytetyt menetelmät tulee selostaa tarkasti eikä tulos saa vääristyä esimerkiksi alkuperäisen havainnon virheellisen muokkauksen vuoksi. (Hirsjärvi ym. 2007: 26.) Muun muassa informaation ja jälkiraportoinnin puuttuminen sekä olennaisen informaation kätkeminen vaikuttavat niin osallistujiin kuin tutkijoihin negatiivisesti ja vievät työltä pohjan sekä luotettavuuden (Mäkinen 2006: 99-101).

Eettisyyteen liittyy keskeisesti myös hankitun aineiston rajoitukset. Eettisyyden takaamiseksi on turvattava haastateltavien anonymiteetti, joka mahdollistaa myös tiedon faktaperäisyyden. Tällöin haastateltavien ei tarvitse vääristellä tietämystään siinä pelossa, että heidän identiteettinsä tulisi päivänvaloon. Haastateltava saattaa myös kertoa tilanteista enemmän ja yksityiskohtaisemmin, kun hänellä on tae siitä, ettei hänen henkilöllisyytensä tule tutkimuksessa esiin millään tavalla. Anonymiteetti lisää myös tutkijan vapautta arkojen asioiden käsittelyyn sekä hänen objektiivisuuttaan käsiteltävään aiheeseen. (Mäkinen 2006: 92-96, 114-115.) Haastatelluilta kerättiin taustatietolomakkeet, joissa ilmeni muun muassa sukupuoli sekä heidän varsinainen alueellinen työpaikkansa. Haastatelluille määrättiin numero, joka vastasi taustatietolomakkeita, haastatteluja ja litterointeja. Haastattelupaikkoja tai -aikoja ei tämän jälkeen enää käytetty viitaten aineistoon. Näin pyrittiin lisäämään varmuutta tutkimushenkilöiden identiteetin salaamisessa. Haastatelluille kerrottiin suostumuslomakkeessa sekä saatekirjeessä, että heidän henkilöllisyytensä ei tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Taustatietolomakkeen tietoja ei tuotu esiin tutkimuksessa, jotta nimettömyys olisi taattu. Katsottiin myös, että nämä kerätyt yksityiskohtaiset tiedot eivät tuo tutkimukseen tarvittavaa lisätietoa.

Aineiston koko voidaan nähdä yhtenä luotettavuusmittarina tutkimuksessa. Vaikka aineisto olisi minimaalinen, ei voida katsoa, että se suppeutensa vuoksi pilaisi tutkimuksen. Aineiston vähyyks voidaan myös perustella sen yhteiskunnallisella vaikuttavuudella, jolloin tuotetaan uutta tietoa. Tällöin kuitenkin tutkimusasetelman tulee olla sellainen, että tuloksia saadaan jo muutaman haastattelun avulla. (Jokinen 2008: 245.) Tutkimusaineisto alkoi toistaa itseään ja vastauksien samankaltaisuudet lisääntyivät, joten kylläntyminen eli saturaatio saavutettiin.

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan keskeinen asema ja tutkimuksen pääasiallisesti luotettavuuden tae voidaan johtaa itse tutkijasta ja hänen toiminnastaan (Eskola & Suoranta 2008: 210). Luotettavuus voidaan määritellä aineiston toistettavuudella siten, että kaksi arvioitsijaa päätyy samanlaiseen tulokseen. Tällöin saavutetaan myös samankaltainen aineisto, joka ylläpitää tutkimuksen uskottavuutta. (Jokinen 2008: 245.) Tässä opinnäytetyössä tutkijoita oli kolme, joista kaikki päätyivät tutkimustulosten yhteneväisyyteen.

Kun aineistoa analysoidaan laadullisesti, tullaan lähimmäksi perinteistä luotettavuuden käsitettä niillä alueilla, jotka koskevat aineiston laatua. Luotettavuus koskee tällöin tutkijan toimintaa kuinka luotettavaa tutkijan analyysi aineistosta on. Tärkeää luotettavuuden kannalta on, että kaikki käytettävissä oleva aineisto on otettu huomioon ja tiedot litteroitu oikein. Samoin on tärkeää, että tulokset heijastavat tutkittavien ajatusmaailmaa mahdollisimman pitkälle. (Hirsjärvi & Hurme 2001: 186,189.)

Luotettavuuden tarkastelussa on tärkeää korostaa tutkimusprosessia ja tutkimusasetelman avoimuutta. On luonnollista, että tutkimusprosessin edetessä tutkijan näkemykset ja tulkinta kehittyvät. Tärkeää on tiedostaa tutkimuksen kannalta minkälaista vaihtelua tutkimusprosessin myötä tutkijassa, aineistonkeruumenetelmissä tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuu. Raportoinnissa on tärkeää osata tuoda kehitysprosessit esille. Keskeisenä luotettavuuden osa-alueena voidaan pitää tutkimusraporttia. (Kiviniemi 2015: 84-86.)

Kerätty digitaalinen sekä litteroitu aineisto säilytetään salasanalla suojattuna opinnäytetyön julkaisuvaiheeseen saakka, jonka jälkeen se poistetaan asianmukaisesti. Myös kerätyt taustatietolomakkeet ja tulostetut litterointiasiakirjat on säilytetty ottaen huomioon niiden arkaluontoisuus ja ne hävitetään tutkimuksen päätyttyä silppuroimalla.

11 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tuloksista ilmenee, että päihdetyöntekijöiden kokema tiedon taso ADHD:sta jakautui yleistietoon, vähäisiin tietoihin sekä riittämättömiin tietoihin. Puolet koki omat tietonsa puutteelliseksi eikä heillä ollut mielestään yksityiskohtaista tietoa ADHD:sta. Työkokemuseräistä tietoa osattiin kuitenkin hyödyntää asiakkaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

ADHD:ta kuvattiin pääsääntöisesti tarkkaavuuden ja keskittymiskyvyn häiriöksi. Virta (2012) kuvaa ADHD:n oireita keskittymisvaikeuksiksi, yliaktiivisuudeksi ja impulsiivisuudeksi. Haastatellut päihdetyöntekijät kuvailivat oirekuvaa samanlaiseksi. He toivat esiin muun muassa lyhytjänteisyyden, ja moni mainitsi oirehdinnan alkavan jo lapsuudessa. Myös koulu- ja oppimisvaikeudet yhdistettiin osaksi ADHD:ta. Osa päihdetyöntekijöistä kuvasi ADHD:ta moninaisesti ja listasi myös sen positiivisia vaikutuksia, kuten luovuutta.

Hoitomuodoista jokainen päihdetyöntekijä mainitsi lääkehoidon ADHD:n hoidossa. Muutama haastatelluista arvioi, että ADHD:n hoidossa käytetään myös erilaisia psykososiaalisia ja neuropsykologisia hoitomuotoja, kognitiivista terapiaa ja kuntoutusta sekä yksilö- ja ryhmähoitoja. Haastateltavien tietämys vallitsevista hoitomuodoista verrattuna Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja valvontavirasto Valviran mukaisiin hoitomuotoihin eroavat. Valviran mukaan ensisijaisina ADHD-asiakkaan hoitomuotoina ovat lääkkeettömät hoitomuodot, kuten psykososiaaliset hoitomuodot ja tukitoimet. Kaikki päihdetyöntekijät mainitsivat kuitenkin lääkehoidon niin sanottuna primaarina hoitomuotona, ja muiden hoitomuotojen tietämys ja määrittely jäi vähäiseksi.

Suurin osa päihdetyöntekijöistä on sitä mieltä, että ADHD:lla on merkittävä yhteys päihdeongelman syntyyn. Haastateltavat kertovat, että päihteitä käytetään itsehoitona ADHD-oireisiin niiden rauhoittavan vaikutuksen takia. Vaikkakin muutama haastatelluista ei koe ADHD:n ole-

van riskitekijä päihdeongelman synnylle, voidaan todeta, että päihdetyöntekijöiden näkemys kohtaa vallitsevan tutkimustiedon, jonka mukaan riski päihteiden käyttöön tai päihderiippuvuuden kehittymiseen on suurempi (ks. Koski & Leppämäki 2013).

ADHD-asiakkaan kohtaamisessa korostetaan yksilöllisyyttä ja painotetaan kuuntelun sekä vuorovaikutuksen merkitystä. Vuorovaikutus onkin ehdoton edellytys kaikille hoitotieteille. Sen kautta osapuolet pääsevät luomaan tilannetta ja vaikuttamaan yhteisiin askeliin (Mönkkönen 2007: 87). Yksilöllinen hoito lähtee aina asiakkaan tarpeista ja tilanteesta. Päihdetyöntekijät kokevat ADHD-oireisen asiakkaan hoidon kuitenkin haastavana, vaikeana ja jopa uuvuttavana. Uuvuttavana koetaan asiakkaan levoton käyttäytyminen ja lyhytjänteisyys vastaanotolla. Levoton käyttäytyminen sekä lyhytjänteisyys ovat tyypillistä oirehdintaa ADHD:ssa (Käypä hoito 2013). Suurena vaikeutena koetaan ADHD-asiakkaan motivoiminen hoitoon. Motivaation puute näkyy poisjäämisinä vastaanotolta tai lyhyeksi jääneenä käyntinä. Hoito toteutetaankin usein moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen sekä päihdealan tai psykiatrisen yksikön erityisosaamista (Korkeila & Leppämäki 2014: 118).

Päihdetyöntekijöiden vastaanotolle tulevat asiakkaat ovat moniongelmaisia, mistä syystä ADHD:n oireiston tunnistaminen koetaan vaikeaksi. ADHD:n diagnostiikka on haastavaa sen runsaan komorbiditeetin takia. Komorbiditeetilla tarkoitetaan kahden tai useamman sairauden yhtäaikaista esiintyvyyttä. Diagnostiikkaa vaikeuttaa myös diagnostisien kriteereiden laadinta. Perusteet taudinkuvalla ovat laadittu lähinnä kouluikäisille lapsille. Kuitenkin huolellisesti ja mahdollisimman aikaisin muodostettu oirekuva antavat hyvän pohjan yksilöllisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelulle. (Korkeila & Leppämäki 2014: 111.)

11.1 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetutkimuksen perusteella nousi seuraavia jatkotutkimusehdotuksia:

1. Ryhmähaastattelu
2. Valtakunnallinen määrällinen kyselytutkimus
3. Toiminnallinen tutkimus; koulutuspäivä
4. ADHD -oireisen päihdeasiakkaan ohjaus
5. Tietopankki

Jatkotutkimusta tehtäessä saattaisi ryhmähaastattelun vaihtoehto olla mielenkiintoinen mahdollisena aineistonkeruumuotona. Ryhmähaastattelua varten tulisi olla teknistä osaamista sekä tarkkaa kykyä havainnoida ja tulkita haastattelutilannetta ja vuorovaikutussuhteiden merkityksiä. Videoitavan ryhmähaastattelun toteuttamiseksi tarvitaan teknistä osaamista sekä videokameran sekä useamman nauhurin käyttömahdollisuus. Videoidusta haastatteluaineis-

toista saattaisi ilmetä laajempia näkemyksiä tutkimuskysymyksiin ja päihdetyöntekijöiden tiedot voisivat täydentää toisiaan paremmin. Ryhmähaastattelutilanteessa he voisivat kokea ja kuvailla oman tietonsa eri tavoin, ja ehkä täten olla itsevarmempia oman tietopohjansa arvioinnissa. Keskustelun omainen ryhmähaastattelu saattaisi herättää eri näkökulmia tutkittavaan asiaan. Kollegiaalinen tuki saattaa myös toisaalta tuntua kollegiaaliselta paineelta, jolloin osallistuminen keskusteluun jäisi vähäiseksi. Aiheesta voisi toteuttaa määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen, jolloin aineistoa saataisiin kerättyä suuremmalla otannalla. Tämä antaisi mahdollisuuden seurata tiedon ja ohjauksen tarvetta valtakunnallisesti.

Tutkimusaineistosta nousi hyvin esiin, että lisätieto ADHD:sta ja eritoten sen oireistosta olisi toivottavaa ja tervetullutta. Työntekijät mainitsivat tiedonsaannin muodoiksi muun muassa asiantuntijaluennot sekä yhteiset, säännöllisesti toteutettavat koulutuspäivät. Toiminnallinen opinnäytetyö voitaisiin toteuttaa ADHD-infopäivän muodossa, jossa päihdetyöntekijät pääsisivät kuulemaan ajankohtaista tietoa ja keskustelemaan kokemusasiantuntijoiden, järjestöjen edustajien ja muiden ADHD:n parissa työskentelevien kanssa.

Päihde- ja mielenterveyspalvelut, kuten muutkin terveyspalvelut ovat jatkuvan muutoksen alla. Kysymykseksi nouseekin tällöin, miten nykyisten ammattilaisten taito ja tieto säilyy organisaation sisällä muutoksen keskellä. Selkeät toimintatavat päihdeongelmaisen ADHD-oireisen asiakkaan hoitoon ja ohjaukseen olisi ensimmäinen askel tietotaidon turvaamiseksi tuleville päihdetyöntekijöille. Kunnallisia hoito- ja toimenpideohjeistuksia on olemassa, mutta kaksoisdiagnoosipotilaan hoito saattaa olla hajallaan siinä määrin, että asiakkaan riski pudota kokonaisvaltaisen hoidon piiristä kasvaa. Tutkimuksen ja kehitysehdotusten pohjalta olisi mahdollisuus laatia esimerkiksi jonkinlainen ohjenuora ADHD-oireisen päihdeasiakkaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen sekä hänen ymmärtämiseensä. Ymmärtämällä ADHD-asiakasta saattaa myös asiakas löytää puolia itsestään, joita ei aiemmin ole huomannut tai osannut valjastaa käyttöönsä.

Hoito- ja toimenpideohjeistukset vaativat jatkuvaa päivitystä palveluverkoston ja organisaatiomuutosten seurauksena. Tietokannat, sähköiset asiointipalvelut ja muut tekniset ratkaisut ovat nykypäivää. Jatkokehitystä näiden palvelujen integroimiseksi suuremmaksi ja tehokkaammaksi kokonaisuudeksi tullaan varmasti jatkamaan. Kehityksessä tulisi huomioida työntekijöiden lisäksi loppukäyttäjä eli sosiaali- ja terveysalalla asiakas. Palveluita on tarjolla, mutta niitä tulisi pystyä tarjoamaan aukottomasti kaikille asiakkaille. Jatkokehitysideana voisi olla palveluportaali, jonka sisään rakentuisi muun muassa eri sosiaali- ja terveyspalvelut, hoitosuositukset, diagnoosit, asiakkaan demografiset tekijät sekä hoito-, tutkimus- ja toimenpidehistoria. Palveluportaalissa huomioitaisiin lääketieteellinen ja hoitotieteellinen hoidon suunnittelu ja toteutus, sosiaalipuolen tukipalvelut sekä järjestöjen ja liittojen tarjoamat palvelut. Sosiaalipuolen tukipalveluihin kuuluisivat muun muassa sosiaalityöntekijän ja sosiaaliohjaajan tarjoamat palvelut sekä Kelan sosiaaliturvaan liittyvät palvelut, kuten avustukset, tuet, etuudet ja eläkkeet. Myös muut syrjäytymistä ennaltaehkäisevät tai korjaavat palvelu-

tahot tulisi sisällyttää palveluportaaliin. Tiedon ja taidon säilyminen ja hallinta ei olisi enää vain muistin varassa, vaan palveluportaalin tuomat hyödyt olisivat osaltaan varmistamassa laadukkaiden ja yhtenäisten hoito- ja toimenpidekäytänteiden toteutumista. Kansallinen Terveysarkisto eli Kanta -palvelu on jo osittain yhdistänyt ammattilaisen ja kansalaisen tietokantoja. Palvelukokonaisuuden jatkokehittelyllä Kanta voisikin vastata tarpeeseen.

Lähteet

Painetut lähteet

Adler, L. & Florence, M. 2009. ADHD Levoton mieli. 1. korjattu painos. Espoo: Prometheus.

Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka 2007. Tampere: Vastapaino.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Jyväskylä: Gummerus.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holmberg, J. 2013. Päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikainen esiintyminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Artikkelin tunnus: shk04050. Duodecim.

Häll, P. 2005. Kognitiivinen psykoterapia AD/HD -oireisten aikuisten kuntoutuksessa. Teoksessa Saukkola, K. (toim.) ADHD-aikuisen kuntoutusopas. Helsinki: ADHD-liitto ry, 28-39.

Jokinen, K. 2008. Miten laadullinen tutkimus vakuuttaa? Teoksessa Lempiäinen, K., Löytty, O. & Kinnunen, M. (toim.) Tutkijan kirja. Jyväskylä: Vastapaino, 243-250.

Juhila, K. 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina : sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.

Kakkuri-Knuutila, M-L & Heinlahti, K. 2006 Mitä on tutkimus? Argumentaatio ja tieteenfilosofia. Tampere: Gaudeamus.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY pro Oy

Kiviniemi, K., Aaltola, J., Valli, R. (toim.) 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 4. uudistettu painos. Juva: PS-kustannus, 74-87.

Korkeila & Leppämäki, S., J. 2014. Mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 11. uudistettu painos. Keuruu: Duodecim, 90-134.

Koski, A. & Leppämäki, S. 2013. Aikuisen ADHD: diagnoosista hoitoon. Lääkärilehti artikkeli 48/13, 3155-3161.

Kuoppasalmi, K., Heinälä, P., Lönnqvist, J. 2014. Päihdehäiriöt. Teoksessa Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 11. uudistettu painos. Keuruu: Duodecim, 485-550.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol.11, no 1/-99, 3-12.

Leppämäki, S. 2012. Aikuisen ADHD. Teoksessa Dufva, V., Koivunen, M. (toim.) ADHD Diagnoosi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS -kustannus, 253-266.

Lehtokoski, A. 2012. Omien vahvuuksien löytäminen - vinkkejä ADHD-oireisille aikuisille ja heidän lähipiirilleen. Teoksessa Dufva, V., Koivunen, M. (toim.) ADHD Diagnoosi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS -kustannus, 267-282.

Leskelä, M. (nyk.Virta) 2005. AD/HD-aikuisten neuropsykologinen kuntoutus. Teoksessa Saukola, K. (toim.) ADHD-aikuisen kuntoutusopas. Helsinki: ADHD-liitto ry, 22-26.

Löytty, O. 2008. Ajattelun jäljet tutkimustekstissä. Teoksessa Lempiäinen, K., Löytty, O., Kinnunen, M. (toim.) Tutkijan kirja. Jyväskylä: Vastapaino, 251-260.

Maxwell, A. 2013. Are Some Individuals Diagnosed With ADHD Prone to Alcohol Abuse? *Journal of Attention Disorders* 17(2), 98-101.

Martinson, J., Tang, J. 2010. Correlating family nurse practitioners' perspectives of adult ADD/ADHD with employed pharmacotherapy: A pilot study. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 22 (2010): 424-430.

Moilanen, I. 2012. ADHD. Teoksessa Dufva, V., Koivunen, M. (toim.) ADHD Diagnostiikka, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS -kustannus, 35-43.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus, dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Peltoniemi, T. 2013. Pääasiana alkoholi: käyttö, haitat, hoito ja politiikka nyt ja 2040. *Sosio-media Oy*.

Pietilä, I. 2010. Ryhmäkeskustelun ja yksilohaastattelun diskursiivinen analyysi: kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa Ruusuvuori, J., Nikander, P., Hyvärinen, M. (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 212-241.

Raevuori, A. 2012. Nuoren ADHD. Teoksessa Dufva, V., Koivunen, M. (toim.) ADHD Diagnostiikka, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS -kustannus, 211-230.

Rantala, I. 2015. Teoksessa Aaltola, J., Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 4. uudistettu painos. Juva: PS-kustannus, 108-132.

Raunio, K. 2006. Syrjäytyminen, sosiaalityötä kiinnostavia näkökulmia. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.

Reiman-Möttönen, P., Kiura, E. & Mäkelä, M. 1/2014. Arviointiseloste Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö Diagnostiikka ja hoito, Hoidon organisointi, Potilaan osallistuminen. THL - Terveysturvan ja hyvinvoinnin laitos.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Suikkala, A & Laine, T. 2010. Terveyskeskuspäivystys - osa matalan kynnyksen palvelujärjestelmää. Teoksessa Laine, T. Hyväri, S., Vuokila-Oikkonen, P. (toim.) Syrjäytymistä vastaan sosiaaliolla. Helsinki: Tammi, 195-208.

Virta, M. & Salakari, A. 2012. ADHD-aikuisen selviytymisopas. Helsinki: Tammi.

Verkkolähteet

Adhd -keskus 2010. ADHD - perustietoa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä. Viitattu 23.10.2015.

http://www.adhd.bvif.fi/Site/Data/1659/Files/ADHD_fakta_210x210_TP.pdf

ADHD-liitto ry. 2008. Kuntoutus. ADHD-liiton jäsenlehti. 1/2008. Viitattu 10.10.2015.

www.adhd-liitto.fi/sites/default/files/adhd1_2008kuntoutusnettiin.pdf

Biederman, J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry* 2005;57:1215-20. Viitattu 13.1.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15949990>

Dorret I. Boomsma, D., Saviouk, V., Hottenga, J.-J., Distel, M., de Moor, M., Vink, J. M., Geels, L., van Beek, J., Bartels, M., de Geus, E., Willemsen, G. 2010. Genetic epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD index) in adults. *PLoS One* 2010;5:e10621. Viitattu 13.1.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868902>

HUS 2015: a. Päihdepsykiatrian poliklinikka. Viitattu 18.10.2015.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyks-psykiatriakeskus/poliklinikat/Sivut/Paihdepsykiatrian-poliklinikka.aspx>

HUS 2015: b. Neuropsykiatrian poliklinikka. Viitattu 18.10.2015.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/meilahden-psykiatriset-poliklinikat/Sivut/Neuropsykiatrian-poliklinikka.aspx>

Huttunen, M. 2013. Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). *Duodecim Terveyskirjasto*. Tarkastettu 13.9.2014. Viitattu 13.11.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196

Huumausainelaki 30.5.2008/373. Viitattu 11.11.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373>

Kiianmaa, K. 2006. Alkoholiriippuvuus. Päihdelinkin tietoisuus 237. Viitattu 13.11.2014.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoisuus/237-alkoholiriippuvuus>

Koivisto, M., Stenberg, J.-H., Nikkilä, H., Rosenqvist, A., Karlsson, H. 2009. Epävaka persoonallisuus: Itsen ja toisen todeksi vahvistaminen. Epävaka persoonallisuushäiriö - itsehoito-opas. *Duodecim*. Artikkelin tunnus: epi00049. Viitattu 24.10.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=epi00049

Kooij, J.J.S, MD, PhD, Franken, M.H., MSc. 2010. DIVA 2.0 - ADHD:n diagnostinen haastattelu aikuisilla. DIVA Foundation, Haag, Alankomaat. Viitattu 13.11.2014.
http://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA_2_Fins_FORM.pdf

Kuusela, K. 2009. Mitä terveydenhuoltohenkilöstön tulisi tietää ADHD:sta ja Aspergerin oireyhtymästä? *YTHS - Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö*. Viitattu 3.11.2014.
www.yths.fi/filebank/670-Kuusela_Kimmo_ADHD_ja_Asperger110209.pdf

Käypä hoito -suositus 2013. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö, lapset ja nuoret). Viitattu 3.11.2014.
www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50061

Leppämäki, S. 2013. ADHD ja päihteiden käyttö. Päihdelinkki. Viitattu 12.11.2015.
<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoisuus/paihteet-ja-mielenterveys/adhd-ja-paihteidenkaytto>

Leppämäki, S. 2014. Aikuisen ADHD jää lähes aina tunnistamatta ja hoitamatta. *Yle Uutiset*. Viitattu 28.3.2015.
http://yle.fi/uutiset/aikuisen_adhd_jaa_lahes_aina_tunnistamatta_ja_hoitamatta/7046014

Levy, S., Katusic, S., Colligan, R., Weaver, A., Killian, J., Voigt, R., Barbaresi, W. 2014. Childhood ADHD and Risk for Substance Dependence in Adulthood: A Longitudinal, Population-Based Study. *PLOS ONE*. Viitattu 17.10.2015.

<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0105640>

Moffitt, T., Houts, R., Asherson P., Belsky, D., Corcoran, D., Hammerle, M., Harrington, H., Hogan, S., Meier, M., Polanczyk, G., Poulton, R., Ramrakha S., Sugden K., Williams, B., Rohde, L. & Caspi, A. 2015. Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *The American Journal of Psychiatry*. Vol.172: 967-977. Viitattu 11.11.2015.

<http://search.proquest.com/docview/1720050247>

Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 8.12.2014.

<http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2002/isbn951-781-933-1.pdf>

Puustjärvi, A. 2011. ADHD:n monimuotoinen psykososiaalinen hoito. Viitattu 25.10.2015.

http://www terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00948

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Viitattu 11.11.2015.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Sairaanhoitajat 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 10.11.2015.

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sosiaali- ja terveystoimi 2014. Toimeentulotuki. Viitattu 6.11.2014.

http://www.stm.fi/toimeentulo/tuet_ja_etuudet/toimeentulotuki

Sosiaali- ja terveystoimi 2015: a. Psykiatrian poliklinikat. Viitattu 17.10.2015.

<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/mielenterveys/poliklinikat/>

Sosiaali- ja terveystoimi 2015: b. Aikuisten ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö. Viitattu 17.10.2015.

<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/ety/>

Sosiaali- ja terveystoimi 2015: c. Päihdepoliklinikat. Viitattu 17.10.2015.

<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/paihdepoliklinikat/>

Sosiaali- ja terveystoimi 2015: d. Päihdetyöntekijöiden yhteystiedot. Viitattu 17.10.2015.

<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/terveysasemat/paihdyontekijat>

Sosiaali- ja terveystoimi 2015: e. Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto terveysasemalla.

Viitattu 17.10.2015.

<http://www.hel.fi/www/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/hallinto/palvelut/palvelukuvaus?id=2891>

Sosiaali- ja terveystoimi 2015: f. Neuropsykiatrian konsultaatiotyöryhmän palvelut.

Viitattu 17.10.2015.

<http://www.hel.fi/www/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/hallinto/palvelut/palvelukuvaus?id=3460>

Sosiaali- ja terveystoimi 2015: g. Vieroitushoito ja päihdepsykiatrian palvelut. Viitattu 18.10.2015.

<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/vieroitushoidon-keskus/>

Sosiaali- ja terveystoimi 2015: h. Aikuisten ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö. Viitattu 18.10.2015.

<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/ety/>

Talentia 2013. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry. Ammattieettinen lautakunta. Helsinki. Viitattu 12.11.2015.

http://www.talentia.fi/files/558/Etiikkaopas_2013_net.pdf

Terveyskirjasto. Huume. Lääketieteen sanastoa. Viitattu 2.11.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01190

THL 2015. Alkoholihaitat. Päivitetty 1.10.2015. Viitattu 12.11.2015.
<https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholihaitat>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 11.11.2015.
<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Valvira 2013. ADHD ja lääkkeiden määrääminen. Viitattu 12.11.2015.
http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/laakehoito/adhd_ja_laakkeiden_maaraaminen_2

WHO 2015. Classifications - International Classification of Diseases (ICD). World Health Organization. Viitattu 21.3.2015.
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Kuviot

Kuvio 1: Aikuisten päihde- ja mielenterveyspalvelut Helsingissä	16
Kuvio 2: Aineistolähtöinen sisällönanalyysiprosessi (Tuomi & Sarajärvi 2009: 109).....	21
Kuvio 3: Päihdetyön työkokemus ja alan työkokemus	24

Taulukot

Taulukko 1 Aikuisten ADHD:n lääkehoito (Korkeila & Leppämäki 2014: 117).	12
Taulukko 2 Työkokemusperäinen tieto.....	25
Taulukko 3 ADHD:n yhteys päihdeongelman syntyyn	25
Taulukko 4 Päihdetyöntekijän näkemys päihdekäytön merkityksestä asiakkaalle	26
Taulukko 5 Hoidon haasteet	28

Liitteet

Liite 1 Teemahaastattelurunko.....	44
Liite 2 Kutsu haastatteluun	45
Liite 3 Saatekirje	46
Liite 4 Suostumuslomake	47
Liite 5 Taustatietolomake.....	48
Liite 6 Millaiseksi päihdetyöntekijät kokevat tietonsa ADHD:sta?	49
Liite 7 Millaiseksi päihdetyöntekijät kokevat tietonsa ADHD:n yhteydestä alkoholiriippuvuuteen?.....	50
Liite 8 Miten päihdetyöntekijä suhtautuu ADHD -oireisen asiakkaan kohtaamiseen?.....	51
Liite 9 Miten päihdetyöntekijä suhtautuu ADHD -oireisen asiakkaan hoitoon?.....	52
Liite 10 Aikuisen ADHD-oirekyselyn (ASRS-V1.1) seula (WHO).....	53

Liite 1 Teemahaastattelurunko

Osa 1:

Tämän osan kysymyksillä kartoitetaan päihdetyöntekijöiden tietoa ADHD:sta ja sen yhteydestä alkoholiriippuvuuteen.

1. Millaiseksi häiriöksi kuvailet ADHD:ta?
2. Mitkä hoitomuotoja tiedät käytettävän ADHD:n hoidossa?
3. Kuinka suuressa roolissa koet ADHD:n olevan päihdeongelman synnyssä?
4. Millaiseksi koet tietosi ADHD:sta?
5. Minkälaisia valmiuksia päihdetyössä tarvitaan mielestäsi ADHD -oireisen asiakkaan tunnistamiseen?
6. Oletko saanut lisäkoulutusta ADHD:sta? Jos olet, minkälaista ja missä?
7. Kaipaako lisäkoulutusta/tiedonhankintaa ADHD:sta? Jos kaipaat, minkälaista koulutusta toivot saavasi?

Osa 2:

Tämän osan kysymyksillä kartoitetaan päihdetyöntekijöiden suhtautumista ADHD -oireisen asiakkaan kohtaamiseen ja hoitoon.

8. Kuinka usein kohtaat työssäsi ADHD -oireisen asiakkaan? (diagnoosilla tai ilman)
9. Mitä koet tärkeäksi ADHD -oireisen asiakkaan kohtaamisessa ja hoidossa?
10. Miten itse kohtaat työssäsi ADHD -oireisen asiakkaan?
11. Miten itse suhtaudut ADHD -oireisen asiakkaan kohtaamiseen ja hoitoon?
12. Onko sinulla koskaan ollut ongelmia/haastavia tilanteita kohdatessasi ADHD -oireinen asiakas?
Jos on, niin minkälaisia?
13. Jos epäilet asiakkaallasi ADHD:ta, miten ohjaat tätä eteenpäin palveluketjussa?
14. Olisiko sinulla ehdotuksia, miten moniammatillista yhteistyötä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja järjestöjen välillä voitaisiin kehittää ADHD -oireisen päihdeasiakkaan hoidossa?

Liite 2 Kutsu haastatteluun

Hei,

Kutsumme Sinut osallistumaan moniammatillisen opinnäytetyöhön liittyvään tutkimushaastatteluun, jonka tarkoituksena on kartoittaa päihdetyöntekijöiden tietoa ADHD:sta ja sen yhteydestä päihderiippuvuuteen (alkoholi). Haluaisimme myös kuulla kokemuksistasi ADHD -oireisen asiakkaan kohtaamisesta ja hoidosta. Mikäli kokemusta tästä ei ole, sekään ei haittaa.

Oheistetussa saatekirjeessä kerrotaan opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista tarkemmin sekä yleensä haastattelututkimuksesta. Suostumuslomake löytyy myös ohesta. Tutkimukselle on myönnetty [REDACTED] tutkimuslupa ja yhteyshenkilönä toimii [REDACTED].

Toivomme pääsevämme tapaamaan Sinua haastattelun merkeissä touko-kesäkuun aikana. Aineiston kerääminen tapahtuu teemahaastattelun keinoin, joten Sinun ei tule varautua muuta kuin ajallisesti tapaamaan meidät ja kertomaan työstäsi päihdetyöntekijänä. Haastatteluun tulisi varata aikaa tunti.

Otamme Sinuun yhteyttä sopivan haastatteluajan sopimiseksi puhelimitse viimeistään viikon 20 aikana.

Uskomme, että tutkimuksesta saatavalla tiedolla tulee olemaan konkreettista hyötyä moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä.

Ystävällisin terveisin,

ryhmän puolesta

Katriina Kärnä
Sairaanhoitajaopiskelija

Laurea-ammattikorkeakoulu – Tikkurila
sposti: katriina.karna@laurea.fi

gsm: [REDACTED]

Liite 3 Saatekirje

Hyvä tutkimukseen osallistuva!

Moniammatillinen opinnäytetyömme liittyy osana ADHD -liitto ry:n Porina -projektiin (2013-2015), joka on ADHD -oireisten aikuisten vertaistuen kehittämisprojekti. Opinnäytetyömme toimeksiantaja on ADHD -liitto ry ja tavoitteena on, että opinnäytetutkimuksen tuloksia tullaan hyödyntämään valtakunnallisesti ADHD -oireisten aikuisten hoidon kehittämisessä. Opinnäytetyön ohjauksesta vastaavat Laurea-ammattikorkeakoulun Tikkurilan yksikkö sekä ADHD -liitto ry.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa [REDACTED] [REDACTED] työskentelevien päihdetyöntekijöiden tietoa ADHD:sta ja sen yhteydestä päihderiippuvuuteen. Opinnäytetyömme tarkoituksena on myös selvittää, miten ADHD -oireisen asiakkaan kohtaaminen ja hoito koetaan päihdetyöntekijöiden keskuudessa. Tavoitteena on saada tietoa siitä, millaista tietoa ja yhteistyötä tarvitaan käytännön työhön.

Tiedonkeruumenetelmänä käytetään yksilohaastatteluja. Keskustelunomaiseen teemahaastattelun tekee 2 opiskelijaa ja haastattelu tullaan nauhoittamaan. Tallennettu haastattelumateriaali säilytetään lukitussa paikassa tai salasanalla suojattuna ja se tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Haastatteluaineiston keräämiseksi on haettu tarvittava lupa. Tutkimuksessa kiinnitetään erityistä huomiota eettisiin kysymyksiin. Haastateltavan identiteetti ei tule tutkimuksessa esiin millään tavalla. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Opinnäytetyön tulokset esitellään Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa sekä ADHD -liiton jäsenlehdessä loppusyksystä 2015. Opinnäytetyön sairaanhoitajaopiskelijat työstävät hankkeeseen lisäksi erillisen toiminnallisen projektin osana Palvelu-opintojaan. Projektin tavoite ja toteutus tarkentuu tutkimustulosten valmistuttua. Palvelu -opintojen tuotos valmistuu vuoden 2015 loppuun mennessä. Kutsumme Sinut osallistumaan haastattelututkimukseen. [REDACTED] [REDACTED] yhteyshenkilönä toimii [REDACTED]. Opinnäytetyön ohjauksesta vastaavat Laurea-ammattikorkeakoulun lehtori [REDACTED] ja ADHD -liitto ry:n [REDACTED].

Helsingissä 16.4.2015

Katriina Kärnä
Sairaanhoitajaopiskelija
katriina.karna@laurea.fi
[REDACTED]

Julia Lantz
Sosionomiopiskelija
julia.lantz@laurea.fi
[REDACTED]

Hannele Väkinen-Happonen
Sairaanhoitajaopiskelija
hannele.vakinen-happonen@laurea.fi
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Liite 4 Suostumuslomake

Suostumus

Olen saanut tietoa ADHD –liiton ja Laurea Ammattikorkeakoulun LbD –yhteistyöhankkeesta. Olen tietoinen myös hankkeeseen ja kehitysympäristöihin kuuluvasta tutkimuksesta, joka toteutetaan opinnäytetyön muodossa. Osallistun opinnäytetyön haastattelututkimukseen suunnitellun mukaisesti ja annan luvan haastattelussa antamani tiedon analysointiin tutkimuksessa. Tiedän, että tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys pysyy salassa. Minulla on oikeus keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen sen kaikissa vaiheissa.

_____ / ____ 2015
Paikka pvm

Allekirjoitus

Nimi _____

Osoite _____

Puh. _____

Sähköposti _____

Liite 5 Taustatietolomake

HAASTATELTAVA (NRO #) : _____

Taustakysymykset:

1. Sukupuoli: Nainen Mies

2. Koulutus:

Peruskoulu

Lukio tai ylioppilas

Alempi keskiasteen tutkinto (esim. ammatti- tai kauppakoulu)

Ylempi keskiasteen tutkinto (esim. sairaanhoito-opisto)

Ammattikorkeakoulu

Ylempi ammattikorkeakoulu

Yliopistotasoinen ammatillinen koulutus

Joku muu, mikä?

3. Alan työkokemus (vuosina):

4. Päihdetyön työkokemus (vuosina):

+ Muu kokemus ?

5. Päihdetyön koulutus:

Kyllä mikä; _____

Ei

Liite 6 Millaiseksi päihdetyöntekijät kokevat tietonsa ADHD:sta?

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Jonkin verran tietoa	Vähäiset tiedot	Päihdetyöntekijän kokema tieto ADHD:sta
Ei kauheen hyvä.		
Minimaaliset tiedot		
Välttävät tiedot		
Ihan hyvä	Yleistiedot	
Perustason tietämys		
Keskinkertainen tieto		
Perustiedot		
Kohtuulliset tiedot	Ei yksityiskohtaista tietoa	
Ei hirveen syvällistä		
Ei yksityiskohtia		
Nykyään detaljit unohtuvat		
Tiedot voisivat olla paremmat	Työkokemusperäinen tieto	
Ei erityisemmin perehtynyt		
Pystyn arvioimaan		
Jatkoselvittelytiedot tiedossa		
ADHD:n mahdollisuus pidetään mielessä	Työkokemusperäinen tieto	
Käsitys ADHD:sta kokemuksen perusteella		
Aikuisiän oireiston kannalta huono		
Ei osaamista tarpeeksi ADHD ja päihderiippuvuus -yhdistelmän hoitoon		
Taidot riittämättömät diagnoosiin tähtääviin selvittelyihin	Riittämättömät tiedot	
Ei tietoa muista hoitomuodoista oman toimenkuvan lisäksi lääkähoidon tarpeen arvioinnin lisäksi		

Liite 7 Millaiseksi päihdetyöntekijät kokevat tietonsa ADHD:n yhteydestä alkoholiriippuvuuteen?

”Kuinka suuressa roolissa koet ADHD:n olevan päihdeongelman synnyssä?”

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Aika monella	ADHD:lla merkittävä yhteys päihdeongelman synnylle	Päihdetyöntekijän näkemys ADHD:n vaikutuksesta päihdeongelman syntyyn
Suuri merkitys		
Vahva rooli		
ADHD-potilailla usein päihdeongelma		
Noin puolella ADHD-oireisista päihdeongelmaa		
Altistaa päihde- ja mielenterveysongelmille	ADHD:n merkitys päihdeongelman synnylle tiedostettu	
Alle puolet päihteidenkäyttäjistä ADHD-oireisia		
ADHD:lla osuus päihdeongelman syntyyn		
ADHD ei suurimpia riskitekijöitä	ADHD:n merkitys päihdeongelman synnylle vähäinen	
Jäävuoren huippu		

Liite 8 Miten päihdetyöntekijä suhtautuu ADHD -oireisen asiakkaan kohtaamiseen?

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka								
Oikeus kokea oireet	Näkyvän oirehdinnan ymmärtäminen	Vuorovaikutuksen merkitys	Päihdetyöntekijän suhtautuminen ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamiseen								
Ymmärtää käyttäytymisessä näkyvää oirehdintaa											
Ymmärtää oireiden vaikutuksen ihmisen käyttäytymiseen											
Sairaudesta johtuvia käyttäytymisen oireita ymmärtää											
Ymmärrys ja oireisiin uskomisen											
Kuuntelun merkitys työssä	Kuuntelun merkitys	Vuorovaikutuksen merkitys		Päihdetyöntekijän suhtautuminen ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamiseen							
Kuulluksi tulemisen merkitys											
Kohtaaminen tärkeää päihdeongelmasta huolimatta	Kohtaamisen merkitys				Vuorovaikutuksen merkitys	Päihdetyöntekijän suhtautuminen ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamiseen					
Kohdatuksi tuleminen											
Kohtaaminen, vuorovaikutus											
Ihan ok	Normaali ja humaani suhtautuminen						Tasavertainen suhtautuminen	Päihdetyöntekijän suhtautuminen ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamiseen			
ADHD:ta pidetään normaalina ja suhtaututaan humanisti											
Tasavertainen kohtelu	Tasavertainen kohtelu ja suhtautuminen								Tasavertainen suhtautuminen	Päihdetyöntekijän suhtautuminen ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamiseen	
Tasa-arvoinen suhtautuminen											
Neutraali kohtaaminen											
Ei muuta suhtautumista	Suhtautumisessa ei eroa		Tasavertainen suhtautuminen								Päihdetyöntekijän suhtautuminen ADHD-oireisen asiakkaan kohtaamiseen
Ei eroa tavassa kohdata.											
En näe poikkeavaa											
Ihan samalla tavalla kuin muihinkin											

Liite 9 Miten päihdetyöntekijä suhtautuu ADHD -oireisen asiakkaan hoitoon?

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Sopivan hoitomuodon valinta	Yksilöllinen hoito-suunnitelma	Yksilöllinen hoito	Päihdetyöntekijän suhtautuminen ADHD-oireisen asiakkaan hoitoon
Yksilöllinen hoidon suunnittelu			
Asiakkaan tarpeen mukainen hoidon suunnittelu			
Yksilöllinen hoidon suunnittelu asiakkaan tarpeista lähtien			
Yksilöllinen hoitokokemus	Hoidon toteutus		
Yksilöllinen kohtaaminen			
Yksilön vahvuudet kiinnostavia			
Yhteistyö hoitosuhteessa			
Erittäin uuvuttavaa	Hoito uuvuttavaa, vaikeaa, haastavaa		
Paljon päihkeitä käyttäneiden hoito vaikeaa			
hoito äärettömän haastavaa			
Välillä herää negatiivisia tunteita, mutta osaa erottaa itsensä tilanteesta			
Erimielisyys huumeselaan menemisestä	Motivoinnin ja sitouttamisen vaikeus		
Haasteellista motivoitua hoitoon			
Motivointi päihkeiden käytön muutokseen haasteellista			
Lyhyeksi jääneet käynnit			
Poisjäämiset vastaanotolta			
Hoitoon sitoutumisen vaikeus			
(Asiakas) turhautuu hitauteen	Lyhytjänteisyys		
Asiakkaat hätäisiä asioiden toteutumisen suhteen, tuntevat jääneen hoidotta			
Asiakkaat lyhytpinnaisia, helposti hermostuvia			
Lyhytjänteisyys			
Jotkut voivat olla aggressiivisia	Rajattomuus		
Päätön käyttäytyminen			
Rajattomuus			
ei ole ollut haastavia tilanteita	Ei koettu uhkavia tilanteita		
ei ole ollut haastavia tilanteita			
Ei uhkatilanteita			
ei ole tarvinnut pelätä			

Liite 10 Aikuisen ADHD-oirekyselyn (ASRS-V1.1) seula (WHO)

Onko Teillä ADHD?

Alla olevat kysymykset saattavat auttaa selvittämään asiaa.

Monella aikuisella saattaa olla ADHD, vaikka he eivät ole siitä tietoisia. Miksi eivät? ADHD:n oireet sekoitetaan usein esimerkiksi stressiin. Jos olette tuntenut tämänkaltaista turhautumista suuren osan elämästäsi, Teillä saattaa olla ADHD – häiriö jota voidaan hoitaa.

Seuraava kysely voi toimia apuna sille, että tunnistatte oireitänne, mutta se ei kuitenkaan korvaa asiantuntijan arviota tilanteestasi. **Oikean diagnoosin tekeminen edellyttää aina kliinistä arviota.** Riippumatta kyselyn tuloksista, jos Teillä on kysyttävää ADHD-diagnoosista tai ADHD:n hoidosta, olkaa hyvä ja konsultoikaa lääkäriänne.

Tämä seula on tarkoitettu vain aikuisille (18 vuotta täyttäneille).

Aikuisten ADHD-oirekyselyn (ASRS-V1.1) seula

from WHO Composite International Diagnostic Interview
© World Health Organization

Pvm

Olkaa hyvä ja vastatkaa alla oleviin kysymyksiin oikealla näkyviä vaihtoehtoja käyttäen. Kunkin kysymyksen kohdalla rastiakaa se ruutu, joka parhaiten kuvaa vointianne ja pärjäämistänne viimeisten kuuden kuukauden aikana. Antakaa täytetty lomake hoitavalle lääkärille seuraavalla käynnilläänne.

- | | Ei koskaan | Harvoin | Joskus | Usein | Hyvin usein |
|---|------------|---------|--------|-------|-------------|
| 1. Kuinka usein Teidän on vaikea tehdä tehtäviä loppuun saakka sen jälkeen, kun haastavat tai mielenkiintoiset osat on tehty? | | | | | |
| 2. Kuinka usein Teillä on vaikeuksia järjestelmällisyyttä vaativissa tehtävissä? | | | | | |
| 3. Kuinka usein Teidän on vaikea muistaa velvollisuuksianne tai sovitut tapaamisiinne? | | | | | |
| 4. Kun Teidän pitäisi tehdä tehtävä, joka vaatii paljon ajatustyötä, kuinka usein välttelette sitä tai viivyttelite sen aloittamista? | | | | | |
| 5. Kuinka usein kierzurtelette tai liikuttelette levottomasti käsiänne tai jalkojanne kun joudutte istumaan paikoillanne pitkään? | | | | | |
| 6. Kuinka usein Teillä on yliaktiivinen olo ja tunnette pakonomaista tarvetta tehdä asioita, ikään kuin sisällänne olisi moottori? | | | | | |

Laskekaa yhteen tummenneissa ruuduissa olevat rasteit. Jos rasteja on neljä (4) tai enemmän, oireenne saattavat sopia ylivilkkaus-/tarkkaavaisuushäiriöön (ADHD). Teidän kannattaa keskustella asiasta hoitavan lääkäriänne kanssa.

The 6-question Adult Self-Report Scale-Version1.1 (ASRS-V1.1) Screener is a subset of the WHO's 18-question Adult ADHD Self-Report Scale-Version1.1 (Adult ASRS-V1.1) Symptom Checklist.

AT28491 PRINTED IN USA. 3000054636 0903500 ASRS-V1.1 Screener COPYRIGHT © 2003 World Health Organization (WHO). Reprinted with permission of WHO. All rights reserved.