

Elisa Parhiala

DIAGNOOSI PARANTAA?

**Aikuisen ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessi
Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa**

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi AMK
Toukokuu 2020**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Toukokuu 2020	Tekijä/tekijät Elisa Parhiala
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen, ylempi AMK		
Työn nimi DIAGNOOSI PARANTAA? Aikuisen ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessi Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa		
Työn ohjaaja Yliopettaja, TtT Annukka Kukkola	Sivumäärä 56+9	
Työelämäohjaaja Hoitotyön johtaja, TtM Margit Yli-Kotila		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata aikuisten ADHD-asiakkaiden kokemuksia arvioinnin ja kuntoutuksen nykytilanteesta ja luoda ADHD:n (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö) Käypä hoito -suositukseen perustuva hoitopolku Peruspalvelukuntayhtymä Kallioon. Opinnäytetyön tavoitteena oli taata aikuisille Peruspalvelukuntayhtymä Kallion alueen asukkaille johdonmukainen hoitopolku arvioinnista diagnosoinnin kautta kuntoutukseen. Se tarkoittaa asiakkaan kannalta palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, tasalaatuista palvelua, johdonmukaista etenemistä prosessin vaiheesta toiseen ja jatkuvuutta. Palveluntuottajan näkökulmasta johdonmukainen hoitopolku tarkoittaa laadukasta ja vaikuttavaa palvelua.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin konstruktivisena tutkimuksena. Aineiston keruu toteutettiin ryhmämuotoisena teemahaastatteluna. Tiedonantajina oli neljä täysi-ikäisenä ADHD-diagnoosin saanutta asiakasta. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia.</p> <p>Haastateltavien kokemukset ADHD:n diagnostisen arvioinnin prosessista olivat kaksijakoiset. Esille tuli asiakaslähtöisen arvioinnin lisäksi arviointikeskeisyys. Asiakaslähtöiseen arviointiin liittyi asiakkaan kohtaaminen ja kokonaisvaltainen tilanteeseen perehtyminen arviointijakson aikana. Arviointikeskeisyyteen liittyen nousi esiin kokemus, että arviointijakso oli kestänyt pitkään eivätkä asiakkaan tarpeet olleet tulleet riittävästi huomioituksi. Haastateltavien vastauksissa hoidon suunnitteluun ja tarjoamiseen liittyen nousi esiin yksilöllisyys. Hoidon suunnittelu oli ollut asiakaslähtöistä. Psykososiaalisia hoitomuotoja oli tarjottu yksilöllisen tilanteen perusteella. Yksittäisenä asiana nousi esille haastateltavien toive läheisten huomioimisesta psykoedukaation muodossa.</p> <p>Asiakkaiden kokemusten ja yksiköiden tilanteen pohjalta luotiin Kallioon diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessi aikuiselle ADHD-asiakkaalle. Prosessin suunnittelua ohjasi lisäksi Käypä hoito -suositus ADHD. Prosessia luomassa olleissa työryhmissä oli mukana työntekijöitä Peruspalvelukuntayhtymä Kallion eri yksiköistä.</p> <p>Prosessikuvausta voidaan hyödyntää vastaavissa organisaatioissa ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessia kehitettäessä.</p>		
Asiasanat ADHD, ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö) Käypä hoito -suositus, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, asiakaslähtöisyys, prosessi		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date May 2020	Author Elisa Parhiala
Degree programme Health Care and Social Services Development and Management Master's Degree Programme		
Name of thesis DOES THE DIAGNOSIS HEAL? The diagnostical evaluation and rehabilitation process of an adult ADHD client at municipal utility district Kallio		
Instructor Principal Lecturer, D.Sc Annukka Kukkola		Pages 56+9
Supervisor Director of Nursing, M.Sc. Margit Yli-Kotila		
<p>The purpose of this thesis was to describe adult ADHD clients' experiences about the current state of evaluation and rehabilitation and to create an ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) Current Care -guideline based treatment path in municipal utility district Kallio. The objective of this thesis was to guarantee a consistent treatment plan to the adult population of municipal utility district Kallio area through evaluation and diagnosis all the way to rehabilitation. For the client it means equal availability of services, consistence of said services, logical progress from one stage of process to another and continuity. From the service provider's point of view the logical treatment path means high quality and effective service.</p> <p>The thesis was executed as a constructive research. Material collection was executed via a group-based theme-interview. The target audience was the adult population who had been diagnosed with ADHD. The means of analysis for the research material was inductive content analysis.</p> <p>The interviewees' experiences about the diagnostical evaluation process of ADHD were twofold. In addition to client-based evaluation, evaluation-centricity arose as an important theme. During the evaluation period thorough condition-orientation and encountering clients had to do with client-based evaluation. In terms of evaluation-centricity arose the experience of the evaluation period taking too long and the clients' needs not being acknowledged. In the interviewees' answers the key word in terms of treatment planning and availability was individuality. The treatment planning was client-oriented. Psychosocial forms of treatment were offered based on individual conditions. The clients also felt that taking one's family into account in the form of psychoeducation was very important.</p> <p>The Kallio diagnostical evaluation and rehabilitation process for the adult ADHD-client was formed based on clients' experiences and individuals' conditions. The planning of the process was also affected by the ADHD Current Care guidelines. The working groups involved in creating the process included employees from different units within municipal utility district Kallio. The process description can be utilized in similar organizations when developing the process of ADHD client's diagnostical evaluation and rehabilitation.</p>		
Key words ADHD, ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder) Current Care -guideline, attention-deficit hyperactivity disorder, customer orientation, process		

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1 JOHDANTO	1
2 AKTIIVISUUDEN JA TARKKAAVUUDEN HÄIRIÖ ADHD	4
2.1 ADHD:n oireet.....	5
2.2 ADHD:n hoito.....	8
3 HOIDON PORRASTUS AIKUISILLA ADHD-ASIAKKAILLA	10
4 ASIAKASLÄHTÖISTEN PROSESSIEN KEHITTÄMINEN	12
4.1 Asiakaslähtöisyys.....	12
4.2 Asiakaslähtöinen prosessi.....	13
4.3 Moniammatillisuus.....	15
4.4 ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessi Kalliossa	16
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
6 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KUVAUS	19
6.1 Aiheen valinta ja rajaus.....	19
6.2 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus.....	20
6.3 Opinnäytetyön lähestymistapa.....	21
6.4 Aineiston keruu	24
6.5 Aineiston analyysi.....	27
7 AIKUISTEN ADHD-ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA DIAGNOSTISEN ARVIOINNIN JA KUNTOUTUKSEN PROSESSISTA	30
7.1 Arviointiprosessi aikuisen ADHD-asiakkaan kokemana	30
7.2 Aikuisten ADHD-asiakkaiden kokemuksia hoidon suunnittelusta ja tarjotusta hoidosta ...	32
8 AIKUISTEN ADHD-ASIAKKAIDEN DIAGNOSTISEN ARVIOINNIN JA KUNTOUTUKSEN PROSESSIN KEHITTÄMINEN KALLIOSSA	35
8.1 Aikuisten ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessi.....	37
8.2 Toimenpiteet uuden prosessin jalkauttamiseksi ja seurannan toteuttamiseksi	40
9 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN POHDINTA	42
9.1 Keskeisten tulosten tarkastelua	42
9.2 Opinnäytetyön eettisyys.....	45
9.3 Opinnäytetyön luotettavuus	47
9.4 Ammatillisen kasvu	50
9.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	50
LÄHTEET	52
LIITTEET	
KUVIOT	
KUVIO 1. Konstruktiiivisen opinnäytetyöprosessin eteneminen.....	23
KUVIO 2. Haastateltavien kokemuksia arviointiprosessista	32

KUVIO 3. Haastateltavien kokemuksia hoidon suunnittelusta ja tarjotusta hoidosta.....34

KUVAT

KUVA 1. Aikuisen ADHD-asiakkaan prosessi Kalliossa.....39

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Suunnitelma prosessin käyttöönotosta.....20

TAULUKKO 2. Gemba-läpikävely aikuisen ADHD-asiakkaan arvioinnin, diagnosoinnin ja kuntoutuksen prosessiin liittyen.....36

1 JOHDANTO

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö ADHD:n tunnistaminen sekä kansalaisten keskuudessa että terveydenhuollossa on viime vuosina lisääntynyt selkeästi. Tietoisuuden lisääntyminen on haastanut terveydenhuollon käytänteitä diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen suhteen. Useissa terveydenhuollon yksiköissä ollaan tilanteessa, jossa selkeät toimintatavat ovat sopimatta, mutta lisääntyvä asiakasmäärä on kyettävä hoitamaan asianmukaisesti. Tämä tilanne on myös Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa. Diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessin haasteet on tunnistettu sekä ADHD-asiakkaiden että heidän kanssaan työskentelevien työntekijöiden taholta. Erityisesti kuntoutuksen järjestämisen suhteen on ollut epätasa-arvoisuutta mm. asiakkaan asuinkunnasta riippuen eikä kaikille ADHD-diagnoosin saaneille asiakkaille ole ollut tarjolla psykososiaalista kuntoutusta. Ruotsalaistutkimuksen (Hansson Halleröd & Anckarsäter & Råstam & Hansson Scherman 2015) mukaan pelkkä ADHD-diagnoosin saaminen ei paranna, mutta se saattaa tuoda aikuisen ADHD-asiakkaan tilanteeseen helpotusta. Ainakin diagnoosin myötä tapahtuva oireiden nimeäminen auttaa ymmärtämään itseä paremmin ja osittain selittää aikaisempia vaikeuksia tai epäonnistumisia. Samassa tutkimuksessa todettiin hoidon saatavuuden olleen tutkittaville pettymys. Suomessakaan ADHD-asiakkaille ei välttämättä ole olemassa selkeitä hoitopolkuja kuntoutuksen ja seurannan osalta (Koski & Leppämäki 2013).

Tämän opinnäytetyön aiheena on aikuisen ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessi ja sen kehittäminen Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa. Aloitteen prosessin kehittämisestä ovat tehneet Peruspalvelukuntayhtymä Kallion terveyspalvelujohtaja ja hyvinvointipalvelujohtaja. Myös me ADHD-asiakkaiden kanssa työskentelevät työntekijät olimme jo aikaisemmin tuoneet esiin kokemamme tarpeen selkiyttää ja yhdenmukaistaa ADHD-asiakkaan prosessia Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa. Näin ollen teeman valinta opinnäytetyön aiheeksi oli luonteva. Koko Peruspalvelukuntayhtymä Kallion kehittämisprosessin tavoitteena on taata eri ikäisille Peruspalvelukuntayhtymä Kallion alueen asukkaille johdonmukainen hoitopolku arvioinnista diagnosoinnin kautta kuntoutukseen. Aiheen rajaamiseksi keskityin opinnäytetyössäni kuvaamaan aikuisen ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessin.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata aikuisten ADHD-asiakkaiden kokemuksia arvioinnin ja kuntoutuksen nykytilanteesta ja luoda ADHD:n Käypä hoito -suositukseen perustuva hoitopolku Peruspalvelukuntayhtymä Kallioon. Opinnäytetyön tavoitteena oli taata aikuisille Peruspalvelukuntayhtymä Kallion alueen asukkaille johdonmukainen hoitopolku arvioinnista diagnosoinnin kautta kuntoutukseen.

Aikuisten ADHD-asiakkaiden diagnostisia arvioita on tehty Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa useassa eri yksikössä ja eri periaatteiden mukaan eikä toimintatapoja ollut yhteisesti linjattu. Yksiköissä oli omat toimintamallinsa, jotka pohjautuivat lähinnä yksikön tilanteeseen ja mahdollisuuksiin. Näin ollen oli tarpeen miettiä myös millä perusteilla valitsemme yhdenmukaisen toimintatavan. Päädyimme Käypä hoito -suositukseen (ADHD. Käypä hoito -suositus 2019) hyödyntämiseen, sillä se mahdollisti näyttöön ja tutkittuun tietoon perustuvan raamin luomisen ADHD-asiakkaiden arviointi- ja kuntoutusprosessille.

Käypä hoito -suositukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia ja riippumattomia kansallisia suosituksia, joita voidaan käyttää hoitopäätösten tueksi. Niitä voidaan hyödyntää myös hoidon laadun parantamisen välineenä ja hoitokäytäntöjen yhdenmukaistamisen apuna. Käypä hoito -suosituksia on laadittu jo 25 vuoden ajan. Tähän mennessä Käypä hoito -suosituksia on laadittu yli sadasta kansanterveydellisesti merkittävästä aiheesta. Uusia suosituksia julkaistaan edelleen ja olemassa olevia päivitetään. Käypä hoito -suosituksista on laadittu omat versionsa sekä terveydenhuollon ammattilaisille että kansalaisille. ADHD:n Käypä hoito -suositus on laadittu alunperin vuonna 2007. Tuolloin suositus on kattanut lasten ja nuorten hoidon. Myöhemmin suositukseen on lisätty myös aikuisten osuus. Viimeisin päivitys suositukseen on julkaistu huhtikuussa 2019. (ADHD. Käypä hoito -suositus 2019.)

Opinnäytetyön aihe on selkeästi työelämälähtöinen ja prosessin selkiyttämislle oli aito tarve. Aihe on myös ajankohtainen koska ADHD-selvittelyitä tarvitsevien asiakkaiden määrä on kasvanut. Samaan aikaan on luonnollisesti kasvanut myös ADHD-oireiden takia hoitoa ja kuntoutusta tarvitsevien asiakkaiden määrä. Ajankohtaisuutta vahvistaa myös keväällä 2019 julkaistu ADHD Käypä hoito -suositus, jossa painopiste diagnosoinnin ja hoidon osalta on siirtynyt erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Alueemme erikoissairaanhoidon on selkeästi omaksunut Käypä hoito -suosituksen hengen ja tukee konsultaatioiden avulla perusterveydenhuollossa tapahtuvaa arviointia ja diagnosointia sen sijaan, että ottaisi automaattisesti vastaan sinne lähetetyt ADHD-arvioinnit. Lisäksi kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteet tukevat kehittämistyötä. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden myötä tavoitteena on parantaa palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, oikea-aikaisuutta ja jatkuvuutta sekä varmistaa palveluiden laatu ja vaikuttavuus. Lisäksi tavoitteena on siirtää painotusta ehkäisevään ja ennakoiivaan työhön ja vahvistaa palveluiden monialaisuutta ja yhteentoimivuutta. Näiden tavoitteiden toteutuessa toteutuu myös tavoite kustannusten hillitsemisestä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.)

Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa kehittämistyötä tehdään yhdenmukaisesti em. kansallisten tavoitteiden kanssa. Yhdeksi tavoitteeksi on lisäksi Peruspalvelukuntayhtymä Kallion terveystieteiden palveluissa nimetty

asiakaslähtöisen toiminnan kehittäminen. (Peruspalvelukuntayhtymä Kallio 2020, 2, 20.) Tässä opinnäytetyössä asiakaslähtöisen toiminnan kehittämisen ajatus toteutui siten, että haastattelin asiakasryhmää heidän kokemuksiinsa liittyen. Ryhmässä oli neljä aikuista ADHD-asiakasta, jotka olivat saaneet ADHD-diagnoosin Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa.

Keskeisinä käsitteinä tässä työssä ovat aikuinen ADHD-asiakas ja arviointi- ja kuntoutusprosessi. Aikuisella ADHD-asiakkaalla tarkoitan täysi-ikäistä asiakasta, jolla on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. Arviointi- ja kuntoutusprosessilla tarkoitan asiakkaan ensimmäisestä yhteydenotosta alkavaa prosessia arvioinnin ja diagnosoinnin kautta hoitoon ja kuntoutukseen. Kuntoutuksen käsitteeseen sisällytän kaikki kuntouttavat toimenpiteet, mm. neuropsykiatrisen eli Nepsy-valmennuksen ja Terapiakeskuksen tarjoamat ryhmä- tai yksilöhoidot sekä Kelan tukeman kuntoutuspsykoterapian. Käytän jatkossa Peruspalvelukuntayhtymä Kalliosta tässä opinnäytetyössä nimeä Kallio sekä ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö) Käypä hoito -suosituksesta nimitystä ADHD Käypä hoito -suositus.

2 AKTIIVISUUDEN JA TARKKAAVUUDEN HÄIRIÖ ADHD

ADHD on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (attention-deficit hyperactivity disorder). Keskeisiä oireita ovat tarkkaamattomuus, ylivilkkaus ja impulsiivisuus. ADHD:stä voidaan tunnistaa kolme muotoa; tarkkaamattomuuteen painottuva muoto, yliaktiivis-impulsiivinen muoto ja näiden yhdistelmä, jossa on sekä keskittymisvaikeuksia että ylivilkkautta ja impulsiivisuutta. (Puustjärvi 2019.) Kysymyksessä on neurobiologinen häiriö, joka johtuu aivojen toimintahäiriöstä. Näin ollen ADHD-oireista aiheutuvat ongelmat eivät ole tahdonalaisia, mutta omalla toiminnalla niihin voi kuitenkin vaikuttaa. (Virta & Salakari 2018, 30.)

ADHD on toimintakykyä heikentävä kehityksellinen häiriö. Se voidaan diagnosoida lapsuudessa, nuoruudessa tai vasta aikuisena. Diagnoosin tueksi tarvitaan monipuolisesti tietoa oireista ja elämänhistoriasta (toimintakyky, psyykinen ja fyysinen terveydentila, kehityshistoria, elämäntilanne, muut oireisiin vaikuttavat tekijät). Aikuisuudessa diagnostisia selvityksiä tehtäessä merkittävä tekijä on lapsuudenai-kainen oireilu. Toimintakykyä parantava ja ADHD-oireiden aiheuttamaa haittaa vähentävä hoito suunnitellaan yksilöllisten tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti. ADHD:n hoitaminen on tärkeää, koska muutoin se voi haitata opintoja ja työllistymistä ja lisätä psykiatristen häiriöiden, syrjäytymisen ja päihteiden käytön riskiä. (ADHD. Käypä hoito -suositus 2019.)

Aikaisemmin ADHD:n synonyyminä on käytetty termiä MBD eli lievä aivotoiminnan häiriö (Minimal Brain Dysfunction). Sillä tarkoitettiin neurologista oireyhtymää, jonka oireena on tarkkaavuushäiriö. Siihen liittyy myös motoriikan sekä hahmottamisen ja/tai oppimisen ongelmia. Lisäksi oireina ovat saattaneet olla kielelliset erityisvaikeudet ja käyttäytymisen ja sosiaalisen kanssakäymisen vaikeudet. (Michelsson, Saresma, Valkama & Virtanen 2004, 11.) Vuonna 1980 otettiin käyttöön nimitys tarkkaavaisuushäiriö, ADD. Tuolloin ajateltiin, että kysymyksessä oli pelkästään tarkkaavuushäiriö tai tarkkaavuushäiriö, johon liittyy myös ylivilkkaus. 1987 otettiin käyttöön nimitys AD/HD. Tuolloin oli jo todettu, että tarkkaavuushäiriö ilman ylivilkkautta oli harvinainen. Vinoviiva kirjainyhdistelmän keskellä kuvasi kolmea alaryhmää; tarkkaavuushäiriö, ylivilkkaus-impulsiivisuus tai edellisten yhdistelmä. MBD-nimityksestä alettiin maailmalla luopua sen harhaanjohtavuuden takia. Suomessa se oli kuitenkin käytössä 1990-luvulle saakka. 2000-luvulla ADHD:n syynä pidetään neuropsykiatrisia, biologisia ja perinnöllisiä tekijöitä. Aikaisemmin ADHD-oireiden ajateltiin häviävän teini-ikään mennessä. 1980- ja varsinkin 1990-luvulla todettiin, että kysymyksessä onkin usein elinikäinen ongelma. Tuolloin myös havaittiin sukupuoleen liittyvät erot ADHD:n suhteen. (Michelsson, Miettinen, Saresma & Valkama 2003, 13–16.)

ADHD:n esiintyvyys ei ole viime vuosikymmeninä lisääntynyt, vaikka hoidossa olevien määrä on kasvanut. Selittävänä tekijänä lienee aikaisempaa parempi ADHD:n tunnistaminen ja hoitoonpääsy. Maailmanlaajuisesti ei juurikaan ole havaittavissa maantieteellisiä eroja ADHD:n esiintyvyyden suhteen. (Thapar & Cooper 2016, 1240–1241; Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling & Rohde 2014, 434–442; Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde 2007, 946.) Sen sijaan ADHD:n esiintyvyydessä ikäryhmittäin ja sukupuolten välillä on eroja. Lasten ja nuorten keskuudessa ADHD:n esiintyvyys on meta-analyyysien mukaan muutaman prosenttiyksikön luokkaa. Pojilla ADHD:ta esiintyy tyttöjä enemmän ja lapsilla enemmän kuin aikuisilla. Iän myötä naisten suhteellinen osuus kasvaa. Tutkimusten mukaan ADHD:n esiintyvyys aikuisilla vaihtelee suuresti. (Thapar & Cooper 2016, 1240–1241; Simon, Czobor, Bálint, Mészáros & Bitter 2009, 208–209.)

2.1 ADHD:n oireet

ADHD:ssa on kysymys oirediagnoosista, ja sitä varten tarvitaan laaja-alainen arvio kokonaistilanteesta sisältäen mm. kliinisen somaattisen ja neurologisen tutkimuksen. Myös oireisiin ja toimintakykyyn vaikuttavat ympäristötekijät on syytä kartoittaa. (Puustjärvi 2019.) Aikuisen ADHD-oireita selvitetessä ja diagnoosin mahdollisuutta arvioitaessa lapsuusiän oireilulla on keskeinen merkitys. Diagnoosia ei voida tehdä, elleivät ADHD-oireet ole alkaneet viimeistään alakouluiässä. Pitkäkestoiset ja useissa tilanteissa esiintyvät keskittymisen, aktiivisuuden säätelyn sekä impulssikontrollin ongelmat ovat ADHD:n diagnostisia kriteereitä. Lisäksi on huomioitava erotusdiagnostisesti muiden häiriöiden mahdollisuus. (ADHD. Käypä hoito -suositus 2019.) Aikuisilla erityisesti mielialahäiriöt, päihdehäiriöt, psykoottiset häiriöt ja ahdistuneisuushäiriöt ovat epävakaan tai epäsosiaalisen persoonallisuuden ohella keskeisiä erotusdiagnoosiikan osalta. Päihdehäiriön osalta on huomioitava myös riittävän pitkä, vähintään 1–3 kuukautta vieroitusoireiden loppumisen jälkeen kestävä päihdeettömyys ennen diagnoosin tekemistä. (Puustjärvi 2019.)

Keskeisinä oireina ADHD:ssa ovat pitkään jatkuvat ja toimintakykyä alentavat aktiivisuuden ja tarkkaavuuden ongelmat. Lisäksi impulsiivisuus on tyypillinen oire ADHD:n yhteydessä. Aktiivisuuden säätelyn vaikeus näyttäytyy usein ylivilkkautena ja levottomuutena. Joskus se kuitenkin voi näyttäytyä myös passiivisuutena. Tarkkaavuuden säätelyn haasteet voivat liittyä hankaluuteen kohdentaa, ylläpitää ja siirtää tarkkaavuutta. Tämä voi näkyä lyhytjänteisyytenä, taipumuksena hukata tavaroita, häiriöherkkyytenä, yksityiskohtien ohittamisena ja keskittymisvaikeuksina. Impulsiivisuuden ilmenemismuotoja ovat kärsimättömyys sekä harkitsematon ja nopea toiminta. (ADHD. Käypä hoito -suositus 2019.) Kaikissa

tilanteissa oireita ei välttämättä ilmene lainkaan. Näin voi olla esimerkiksi rauhallisessa ympäristössä mielenkiintoisen tehtävän parissa erityisesti, jos on mahdollisuus liikusella vireystilan säätämiseksi. Toisaalta taas esimerkiksi unen ja fyysisen aktiivisuuden puute, voimakkaat tunnetilat ja stressi voivat olla oireita lisääviä tekijöitä. (Puustjärvi 2019.)

ADHD:n oireiden haittaavuus saattaa olla erilainen eri ikäkausina. Joidenkin seurantatutkimusten mukaan ADHD jopa vähenee iän myötä. Tutkimustuloksia ei voida kuitenkaan pitää täysin luotettavina metodologisten erojen takia. Esimerkiksi diagnostiset kriteerit ovat saattaneet muuttua tutkimuksen aikana tai otannat ovat olleet pieniä. Saattaa myös olla, että ADHD jää aikuisilla alidiagnostisoiduksi. Miehillä yliaktiivisuusoireet ja käyttäytymisongelmat näyttäisivät tutkimusten mukaan olevan tavallisempia kuin naisilla. Naisten ADHD saattaa helpommin jäädä toteamatta lapsuudessa tai nuoruudessa, koska oireet eivät ole niin näkyviä. Heidän oireilunsa on usein sisäänpäin kääntynyttä eikä näkyvää häiriökäyttäytymistä tai ylivilkkautta ole työillä samaan tapaan kuin pojilla. Naisilla muiden psykiatristen ongelmien selvittely saattaa aikuisuudessa nostaa esiin myös aikaisemmin huomaamatta jääneen ADHD:n. (Simon ym. 2009, 209; Koponen & Jehkonen 2019.) Aikuisuudessa myös sosiaalinen paine ja rooliodotukset vaikuttavat ADHD-oireiden ilmenemiseen (Koponen & Jehkonen 2019).

ADHD-oireet näyttävät eri tavoin eri ikävaiheissa. Pienillä lapsilla hallitsevimpina oireina ovat usein levottomuus ja ylivilkkaus. Yliaktiivisuus on usein selkeästi havaittavaa fyysistä rauhattomuutta, mutta joskus yliaktiivisuus voi näyttäytyä pienimuotoisena näpräämisenä. Kouluiässä keskittymisen vaikeus tulee vahvemmin esille. Myös univaikeudet, kaverisuhdeongelmat ja käytösoireet voivat kertoa ADHD:sta. Toki etenkin pienten lasten kohdalla oireet voivat johtua esimerkiksi tilannekohtaisista tai lapsen ikään tai kehitystasoon liittyvistä tekijöistä. Joskus aktiivisuuden säätelyn vaikeus näkyy yliaktiivisuutta hankalammin havaittavana aliaktiivisuutena. (Käypä hoito 2017b.) Nuoruusiässä motoriset ylivilkkausoireet usein vähenevät ja ylivilkkaus saattaa ilmetä enemmän levottomuutena ja rauhattomuuden tunteena. Kuitenkin rauhassa ja paikallaan istuminen saattaa olla hankalaa. (Käypä hoito 2017c.) Aikuisilla sen sijaan päällepäin nähtävä levottomuus on harvinaisempaa. Aikuisen ylivilkkauudessa kysymys onkin usein sisäisestä levottomuudesta ja rauhattomuudesta. Aikuinen saattaa ADHD-oireiden takia alkaa välttämään tilanteita, joissa on oltava paikoillaan. (Käypä hoito 2017a.)

Tarkkaavuuden säätelyn vaikeus saattaa lapsilla näkyä keskittymisen vaikeutena ja lyhytjänteisyytenä. Keskittyminen on usein myös hyvin häiriöherkkää, ja pienetkin asiat saavat keskittymisen herpaantumaa. Toisaalta myös hyvin intensiivinen keskittyminen on mahdollista; tuolloin ajantaju katoaa ja

lapsen on vaikea irrottautua puuhastaan. (Käypä hoito 2017b.) Nuoruusiässä tarkkaamattomuusoireet ovat keskeisiä. Keskittymisen ylläpitäminen on vaikeaa ja nuoresta saattaa syntyä hajamielinen vaikutelma. Samoin kuin lapsuudessa, tavaroiden kadottaminen ja asioiden unohtaminen ovat tavallisia. (Käypä hoito 2017c.) Tarkkaavuuden säätelyyn liittyvät ongelmat jatkuvat aikuisuuteen asti tavallisemmin kuin esimerkiksi ylivilkkausoireet (Kessler, Green, Adler, Barkley, Chatterji, Faraone, Finkelman, Greenhill, Gruber, Jewell, Russo, Sampson & Van Brunt, 2010). Tarkkaavuuden vaikeudet ovat toiminnanohjauksen vaikeuksien ohella pysyvimpiä ADHD:n oireita. Tarkkaavuuden osalta vaihtelu voi samallakin henkilöllä olla huomattavaa. Keskittyminen voi olla varsin intensiivistä tai toisaalta ylitsepääsemättömän vaikeaa omista mielenkiinnon kohteista riippuen. Pitkäjänteisyyden puute näyttäytyy esimerkiksi useina keskeneräisinä hankkeina. (Käypä hoito 2017a.)

Impulsiivisuus näyttäytyy usein äkillisinä, voimakkaina tunnereaktioina. Lapsella on myös vaikeuksia odottaa omaa vuoroaan ja hän saattaa dominoida esimerkiksi leikki-ilanteita. Kavereiden kanssa tulee helposti riitaa samoin kuin perheenjäsenten kanssa. (Käypä hoito 2017b.) Nuoruusiässä impulsiivisuusoireet näyttäytyvät usein riskikäyttäytymisenä tai kärsimättömyytenä ja tahdittomuutena sosiaalisissa suhteissa. Kiinnostuksen herääminen ja innostuksen nopea laantuminen ovat myös tavallisia. (Käypä hoito 2017c.) Aikuisuudessa impulsiivisuus saattaa olla ADHD:n haittaavin oire. Usein impulsiivisuus näyttäytyy kärsimättömyytenä ja lyhytpinnaisuutena. Lisäksi se voi tulla esiin riskikäyttäytymisenä ja äkkinäisenä päätöksentekona. (Käypä hoito 2017a.) Myös äkilliset opiskelu- tai työpaikan vaihdokset ovat aikuisilla mahdollisia, samoin kuin hankaluudet ihmissuhteissa (Puustjärvi 2019).

Toiminnanohjauksen osalta ongelmia saattaa olla sekä kognitiivisten toimintojen että tunne-elämän ja käyttäytymisen säätelyn suhteen (Saari & Sainio & Leppämäki 2016, 2331). Toiminnanohjauksen vaikeuksien takia arkisten asioiden oppiminen vaatii lapsilta tavallista enemmän aikaa. Tehtävien aloittaminen ja loppuunsaattaminen voi olla haastavaa. Hoputtaminen voi saada aikaan lamaantumisen. (Käypä hoito 2017b.) Myös nuoruusiässä tehtävien aloittaminen ja suorittaminen tuottavat usein ongelmia samoin kuin suunnitteleminen ja sovitussa aikataulussa pysyminen. Nuoren on usein hankala innostua asioista, jotka eivät ole hänen mielestään erityisen kiinnostavia. (Käypä hoito 2017c.) Aikuisuudessa toiminnanohjauksen ongelmat näyttäytyvät muita ikävaiheita selkeämmin. Alkuun pääseminen vaikkapa jonkin askareen suhteen saattaa olla ylivoimaisen vaikeaa ja onnistua paremmin ulkoapäin tulevan paineen avulla. (Käypä hoito 2017a.)

2.2 ADHD:n hoito

Varsinaisesti ADHD:ta on alettu hoitaa enemmän vasta 2000-luvulla. Aikaisemmin on hoidettu liitännäissairauksia, esimerkiksi masennusta. Terveystieteiden palvelut eivät ole tavoittaneet kaikkia tarvitsijoita. Varsinkin perusterveydenhuollossa osaaminen ADHD:n suhteen on ollut puutteellista. Hoitamattoman ADHD:n takia joukko aikuisia on tänä päivänä heikossa asemassa jäätyään ilman koulutusta tai työpaikkaa tai he ovat saattaneet jopa syrjäytyä. Eri alojen välisen yhteistyön selkiytymättömyys on ongelma ADHD-asiakkaiden ja -perheiden näkökulmasta. (Sandberg 2016, 223–224.) Toisaalta korkea älykkyys ja ympäristön selkeät rakenteet ovat saattaneet olla sopiva tuki ja mahdollistaa opinnoista suoriutumisen ja jopa yliopisto-opintojen suorittamisen (Koski & Leppämäki 2013).

ADHD:n hoidossa keskeistä on yksilöllinen hoidon suunnittelu ja tavoitteiden määrittäminen. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan kirjataan tavoitteet, keinot, seuranta ja muu aikataulu sekä vastuuhenkilöt. Hoidon kulmakiviä ovat psykoedukaatio eli koulutuksellinen terapia, psykososiaaliset hoitomuodot ja kuntoutus. Lisäksi keskeistä on lääkehoidon tarpeen arviointi. Psykoedukaation on syytä koskettaa myös läheisiä. Lääkehoidon mahdollisuutta arvioitaessa on huomioitava vasta-aiheet ja samanaikaiset muut sairaudet. Hoidon vaikuttavuutta on arvioitava säännöllisesti. (ADHD. Käypä hoito -suositus 2019; Koponen & Jehkonen 2019.)

Lääkehoitona tavallisesti käytettävät aivojen välittäjäainetoimintaan vaikuttavat lääkkeet vähentävät tarkkaavuusvaikeuksia, impulsiivisuutta ja yliaktiivisuutta. Varsinaiset ADHD-oireisiin tarkoitetut lääkkeet ovat joko aivojen toimintaa vilkastuttavia keskushermostostimulantteja tai ei-stimulantteja. Lisäksi voidaan käyttää muita lääkityksiä liitännäisoireiden (esimerkiksi mielialaongelmat, unihäiriöt) hoitoon. (Virta & Salakari 2018, 86–87.)

Kaikki aikuiset eivät hyödy ADHD-lääkityksestä riittävästi. Usein lääkitys auttaa lievittämään oireita, mutta se ei muuta vanhoja tulkintoja tai tapoja eikä anna uusia keinoja ongelmista selviytymiseen. (Virta 2010, 23.) Lääkkeettömille menetelmille ADHD-oireiden helpottamiseksi on siis tarvetta (Virta, Salakari, Antila, Chydenius, Partinen, Kaski, Vataja, Kalska & Iivanainen 2010). ADHD:n yhteydessä toimintakyky vaihtelee eri tilanteissa. Jo tilanteiden tunnistaminen voi auttaa löytämään keinoja oireiden helpottamiseen. (Puustjärvi 2019.) Tässä voivat olla apuna erilaiset psykososiaaliset hoitomuodot, joita ovat esimerkiksi yksilö- tai ryhmämuotoiset valmennukset, Kelan tukema kuntoutuspsykoterapia tai neuropsykologinen kuntoutus. Valmennus käsittää usein joko ADHD-ohjauksen tai neuropsykiatrisen

valmennuksen. (Saari ym. 2016, 2335.) Lisäksi tarjolla voi olla sopeutumisvalmennuskursseja tai vertaistukeen perustuvia ryhmiä (Virta & Salakari 2018, 91–92).

Aikuisten ADHD:n pitkäaikaishaittoja voidaan ehkäistä hoitamalla lapsuudessa ja nuoruudessa vakavia ADHD-oireita lääkkeillä tai psykososiaalisilla hoitomuodoilla. Keskushermoston kypsyminen on omalta osaltaan helpottamassa tarkkaavuusoireita nuoruudesta aikuisuuteen siirryttäessä. (Penttilä & Rintahaka & Kaltiala-Heino 2011.) Kuitenkin ADHD-diagnoosin ja hoidon viivästyminen voivat johtaa esimerkiksi huonoon itsetuntoon, itsetuhoisuuteen tai päihteiden käyttöön (Koponen & Jehkonen 2019.)

3 HOIDON PORRASTUS AIKUISILLA ADHD-ASIAKKAILLA

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako ja yhteistyö on ADHD Käypä hoito -suosituksen mukaan sovittava paikallisesti. Tavoitteena on, että jokaisella SOTE-alueella tai perusterveydenhuollosta vastaavassa yksikössä on selkeästi määritellyn ADHD:n diagnostiikkaan ja hoitoon liittyvän ohjeiston lisäksi kuvattuna paikallinen hoitoketju. Tällöin työnjako sovitaan niin, että diagnostiointi on yhtenäistä ja hoidon eri osa-alueet on mahdollista toteuttaa. Lisäksi hoitoon pääsyn on oltava tasa-arvoista, vaikka perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako voidaan sopia paikallisesti osajaresurssit huomioiden. Perusterveydenhuollosta on nimettävä ADHD-vastuulääkäri ja työntekijä, joka toimii ADHD-yhdyshenkilönä ja on perehtynyt ADHD:n psykoedukaatioon ja tukitoimien ohjaukseen, arjen sujuvuutta ja oireenhallintaa tukeviin menetelmiin sekä paikallisiin tukimahdollisuuksiin. Perusterveydenhuollon ADHD-lääkäri toimii yhdyshenkilönä erikoissairaanhoidon, josta myös on nimetty konsultoivat toimijat tai yksiköt. (ADHD. Käypä hoito -suositus, 2019.)

Paikallisessa hoitoketjukuvauksessa määritellään, miten esimerkiksi psykologiset tutkimukset ja psykososiaaliset hoidot järjestetään. Lisäksi kuvataan, miten tarvittava konsultaatiotuki järjestetään ja hoidon jatkuvuus varmistetaan erilaisissa siirtymävaiheissa ja eri hoitotahojen välillä. Resurssien riittävyys on tärkeä huomioida mm. ADHD-asiakas- ja omaisneuvonnan osalta. Myös työterveyshuollon osallistuminen työssä esiin tulevien, ADHD-oireista johtuvien, haasteiden selvittelyyn on tärkeää. Samoin on tärkeää, että ADHD-diagnoosin saanut pääsee perheineen osallistumaan omalla alueellaan ensitietopäiviin ja kuntoutus- tai tukiryhmiin riippumatta hoidosta vastaavasta tahosta. Jos useammalla perheenjäsenellä on ADHD, hoito ja kuntoutus toteutetaan koordinoitusti. (ADHD. Käypä hoito -suositus, 2019.)

Aikuiselle ADHD-diagnoosin tekee ensisijaisesti psykiatrian erikoislääkäri tai opiskelu- tai työterveyshuollossa toimiva lääkäri tarvittaessa ADHD:en perehtyneen lääkärin konsultaation tuella. Ensimmäisen lääkehoidon aloittaa erikoislääkäri tai muu lääkäri erikoislääkärin konsultaation tuella. Hoidon seurannan vastuutaho voidaan määrittellä paikallisesti hoitoketjukuvauksessa tai muutoin hoidon seurannasta vastaa opiskeluterveydenhuollon, työterveyshuollon tai terveyskeskuksen omalääkäri. Erikoissairaanhoidon tarvitsevien asiakkaiden erotusdiagnostiset selvittelyt lisätutkimuksineen, vaativien lääkehoitojen aloittamiset, vaativan hoidon ja kuntoutuksen suunnittelu ja jatkohoidosta ja -seurannasta sopimiset kuuluvat erikoissairaanhoidon vastuulle. Erikoissairaanhoidon tehtävänä on myös riittävien konsultatiomahdollisuuksien ja koulutuksen järjestäminen. (ADHD. Käypä hoito -suositus, 2019.)

Erikoissairaanhoidon ohjataan asiakkaat, joiden kohdalla perusterveydenhuollon hoito- ja kuntoutustoimet eivät ole olleet riittäviä konsultaatiotuesta huolimatta tai jos tarvitaan tarkempaa erotusdiagnostista arviota. Myös lääkehoitoon tai sen aloittamiseen liittyvien ongelmien yhteydessä voi olla tarpeen ohjata asiakas erikoissairaanhoidon samoin kuin kokonaistilanteen haasteellisuuden takia. Erikoissairaanhoidon aikuispsykiatrialle ohjaaminen on tarpeen, jos psykiatrinen tai somaattinen sairaus tai päihdeongelma vaikeuttaa ADHD:n lääkehoidon suunnittelua tai jos lääkehoidon vaste on riittämätön tai haittavaikutukset ovat esteenä lääkkeen käyttämiselle. (ADHD. Käypä hoito -suositus, 2019.)

Olemassa olevien käytäntöjen arvioimisen ja kehittämisen kannalta on tärkeää laatia hoitosuosituksesta konkreettiset toimintamallit työyksikköön ja organisaatioon. Tämän lisäksi täytyy luoda myös rakenteet, jotka tukevat hoitosuosituksen noudattamista ja toiminnan yhdenmukaisuutta. Myöskään vaikutusten ja vaikuttavuuden arvioinnin merkitystä ei saa unohtaa. (Korhonen & Jylhä & Korhonen & Holopainen 2018, 12.)

Kalliosta on aikaisemmin ohjattu asiakkaita ADHD-arvioon sekä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan psykiatrian poliklinikalle että Oulun yliopistolliseen sairaalaan psykiatrian klinikkaan. Käytännöt sekä Kalliossa että K-PKS:ssa ja OYS:ssa ovat muuttuneet niin, että suurin osa Kallion alueen aikuisten ADHD-arvioinneista ja diagnooseista tehdään Kalliossa. Vain osa asiakkaista lähetetään arvioon OYS:aan tai K-PKS:aan. Näissä on pääsääntöisesti kysymys erotusdiagnostisesti haastavammista tilanteista. Toimintatavan muutoksen taustalla on paitsi K-PKS:n ja OYS:n tiukentuneet kriteerit läheteiden vastaanottamisen suhteen, erityisesti ADHD Käypä hoito -suosituksen päivitys, jonka myötä diagnostisten arvioiden ja diagnoosien tekemisen osalta painotus on siirtynyt erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Perusterveydenhuollon aseman vahvistaminen on myös saumattoman hoitopolun tavallisimpia tavoitteita ja samalla myös sen edellytys. Muita yleisiä tavoitteita ovat moniammatillisen ja organisaatorajat ylittävän yhteistyön parantaminen, hoidon jatkuvuuden takaaminen ja asiakkaan saaman palvelukokonaisuuden laadun parantaminen. Sujuva hoitoprosessi on asiakkaalle saumaton eikä siinä ole päällekkäisyyksiä. (Tanttu 2007, 79–80.) Kalliossa diagnostisista ADHD-arvioista ja diagnooseista vastaa pitkälti Terapiakeskus, joka on avoerikoissairaanhoidon yksikkö.

4 ASIAKASLÄHTÖISTEN PROSESSIEN KEHITTÄMINEN

Tässä luvussa määrittelen asiakaslähtöisten prosessien kehittämiseen liittyviä käsitteitä. Lisäksi kuvaan ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessin kulkua Kalliossa.

4.1 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisessä toiminnassa asiakas on mukana palveluiden kehittämisessä. Palveluprosessissa asiakkaan rooli on tasavertainen suhteessa työntekijään. Asiakaskeskeisyydellä sen sijaan kuvataan asiakkaan asemaa palvelujen keskipisteessä. Palveluita kuitenkin kehitetään organisaation lähtökohdista käsin. (Korhonen & Virtanen 2015, 237–238.) Suomessa on luonnollista, että asiakkaiden ja työntekijöiden mielipiteet, toiveet ja ideat huomioidaan kehittämisprosesseissa (Koivisto & Säynäjäkangas & Forsberg 2019, 33).

Sote-alalla asiakaslähtöisyys on arvoperusta, joka määrittelee asiakkaan ihmisarvoisen ja tasavertaisen kohtaamisen. Tällöin keskeinen ominaisuus on vastavuoroisuus, joka antaa asiakkaalle aloitteellisen ja aktiivisen roolin palvelujen kehittämisessä. Vastavuoroisuus edellyttää vuoropuhelua palveluntuottajan ja asiakkaan välillä sekä keskinäistä yhteisymmärrystä vaikuttavasta ja laadukkaasta palvelusta. Tällainen asiakasymmärrys on asiakaslähtöisyyden keskeinen ominaisuus. Se pitää sisällään kattavan ja kontekstuaalisen asiakastiedon. (Virtanen & Suoheimo & Lamminmäki & Ahonen & Suokas 2011, 18–19.) Asiakaslähtöisellä toimintamallilla on myönteisiä vaikutuksia hoidon vaikuttavuuden ja palveluiden kustannustehokkuuden lisäksi sekä asiakkaiden että työntekijöiden tyytyväisyyteen. Asiakaslähtöisyyden huomioiminen yksikkötasolla ei kuitenkaan riitä vaan asiakaslähtöisyyden on oltava sektorirajat ylittävä toimintatapa koska asiakaskin on sama läpi koko palvelukokonaisuuden. (Virtanen ym. 2011, 8–12.) Viime kädessä asiakas ratkaisee, minkälaiseen hoitoon tai palveluun hän on valmis sitoutumaan (Korhonen ym. 2018, 39).

Viimeisimmän vuosikymmenen sanotaan olleen ns. asiakkaan aikakautta. Palvelut ovat samankaltaistuneet ja toisaalta asiakkaille on tarjolla entistä enemmän vaihtoehtoja. Asiakkaalla on valtaa aikaisempaa enemmän. Asiakkaat odottavat saavansa palvelulta arvoa ja hyötyä. He odottavat myös saavansa palvelua, jossa heidän tarpeensa tulevat ennakoiduiksi. Lisäksi asiakkaat odottavat palveluiden olevan helpokäyttöisiä ja saumattomia eri palveluntuottajien välillä. Palveluiden tulee olla myös aikaa säästäviä ja

helposti saavutettavia. Lisäksi asiakkaat odottavat henkilökohtaista kohtaamista. (Koivisto ym. 2019, 22–23.)

Viime vuosina myös kokemusasiantuntijuus on otettu mukaan näkökulmaksi palveluiden kehittämiseen. Kokemusasiantuntijoiden tietoa voidaan hyödyntää pitkäjänteisessä palveluiden kehittämisessä ja asiakaslähtöisyyden vahvistamisessa. Lisäksi se voi olla apuna järjestelmän pirstaleisuutta tai palveluiden saatavuutta korjattaessa. Palveluiden käyttäjänäkökulma on vahvistunut kokemusasiantuntijuuden myötä. (Hietala & Rissanen 2015, 11–12.)

Kallion palvelustrategiassa linjataan palveluiden olevan asiakaslähtöisiä ja asiakastarpeiden mukaisesti kohdennettuja. Kalliossa myös kehitetään asiakaslähtöisempiä palveluita asiakaskokemuksesta kerättävän tiedon avulla. Lisäksi sekä terveys- että hyvinvointipalveluiden sisällä useissa palveluissa kiinnitetään huomiota asiakaslähtöisyyteen ja moniammatillisten prosessien kehittämiseen. (Peruspalvelukuntayhtymä Kallio 2019, 14–23). Asiakaslähtöisyys on yhtenä keskeisenä näkökulmana myös opinnäyte-työssäni. Asiakkaan tarpeiden tulee tällöin olla keskiössä toiminnan ja palveluiden organisoimisessa. Asiakaslähtöisyyden perusta on asiakkaan itse määrittelemä tarve. Asiakas on paitsi oman hyvinvointinsa asiantuntija, myös palveluiden kehittämisessä hyödynnettävä resurssi. (Korhonen & Virtanen 2015, 237–238.) Organisaatio näyttäytyy eri tavalla ulkopuolelta eli asiakkaan silmin katsottuna. Asiakkaiden ja ammattilaisten tieto palveluprosessiin liittyen on erilaista. (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 18.)

4.2 Asiakaslähtöinen prosessi

Prosesseilla tarkoitetaan toimintaketjuja. Toimintaketjujen kehittämisellä pyritään tuottamaan asiakkaille entistä parempaa palvelua. Palveluntarjoajan näkökulmasta kehittämistyö auttaa vähentämään prosessista lisäarvoa tuottamattomia yksityiskohtia. (Laamanen & Tinnilä 2009, 7.) Prosessien etu on siinä, että ne tuovat järjestystä kaaokseen. Ne auttavat kokonaisuuksien hahmottamisessa ja työn kehittämisessä. Lisäksi ne tukevat hyvällä tavalla työntekijän itseohjautuvuutta. Käsitteenä prosessi pitää sisällään toiminnan, resurssit ja tuotokset. Lisäksi suorituskyky liittyy edellä mainittuihin prosessin osiin. Prosessiin liittyvänä tärkeänä tekijänä on myös saadun palautteen hyödyntäminen. (Laamanen 2001, 19–21.) Terveystieteiden tutkimuksessa hoitopolku muodostuu yhdestä tai useammasta hoitoprosessista (Tanttu 2007, 59).

Prosessiajattelun lähtökohtana on asiakas tarpeinen, ja ensiksi on selvitettävä, millä tavoin asiakkaan tarpeet voidaan tyydyttää. Sen jälkeen suunnitellaan prosessi eli mietitään tarvittavat toimenpiteet ja resurssit. Myös tarvittavat tiedot ja materiaalit sekä niiden hankkiminen on selvitettävä. Sen lisäksi, että mietitään, miten palvelut muodostuvat, on mietittävä, miten niitä ohjataan, valvotaan ja ylläpidetään. Onnistuneesta prosessien jäsentämisestä seuraa hyötyä sekä asiakkaalle, työntekijöille että organisaatiolle. Näkökulma on tällöin kokonaisvaltainen ja eri ammattilaisten välinen yhteistyö asiakkaan hyväksi on osa sitä. Prosesseihin liittyy kuitenkin toisinaan sisäänpäinkääntyneisyys. Tällöin asiakkaan merkitys unohtuu. Asiakasnäkökulman onkin tärkeää olla mukana kehitystyön alusta alkaen. (Tanttu 2007, 75; Laamanen 2001, 21–22, 82.)

Palveluprosessien osalta kehityshaasteena on saada positiivinen asiakaskokemus. Asiantuntemusta tai luovaa toimintaa vaativat palveluprosessit ovat alttiita prosessin vaiheiden muutoksille ja myös epävarmalle lopputulokselle. Palveluprosessissa tapahtumien kulkuun vaikuttavat myös asiakkaat, jotka eivät tiedä prosessiin liittyvää käsikirjoitusta. (Laamanen 2001, 20–21.) Palveluprosessin arvo määräytyy aina asiakkaan näkökulmasta katsoen. Asiakkaan saaman palvelun voidaan nähdä tyydyttävän sekä välillisiä että välittömiä tarpeita. Välitön tarve on konkreettinen tulos (esimerkiksi ADHD-diagnoosi). Välillinen tarve puolestaan on asiakkaan kokemus palvelutapahtumasta. (Modig & Åhlström 2013, 24–25.) Tähän liittyy keskeisenä myös tiedonkulun näkökulma. Tiedon on kuljettava yhtä matkaa asiakkaan kanssa tämän siirtyessä yksiköstä toiseen. Silti pelkkä tiedon siirtäminen ei riitä, vaan sen lisäksi on oltava myös sovitut toimintatavat tietojen hyödyntämiseen liittyen. (Tanttu 2007, 48, 66.)

Prosessia kuvattaessa on mietittävä prosessin soveltamisala, eli mihin prosessia sovelletaan ja mistä prosessi alkaa ja mihin päättyy. Toiseksi on mietittävä asiakkaat, heidän tarpeensa ja vaatimuksensa eli keitä asiakkaat ovat ja mitä vaatimuksia he asettavat. Kolmas kysymys liittyy tavoitteeseen; mikä on prosessin päämäärä ja mitä ovat menestystekijät sekä miten prosessin toimivuutta mitataan. Neljäntenä teemana ovat prosessin tuotteet ja palvelut. Viidentenä kohtana on prosessikaavio, jossa toiminta kuvataan mahdollisimman konkreettisesti. Kuudentena vaiheena on vastuiden nimeäminen eli minkälaisia rooleja ihmisillä on ja mitkä ovat keskeiset pelisäännöt. Prosessien kehittäminen jatkuu edelleen prosessin kuvaamisen jälkeen. (Laamanen 2001, 83, 89–94.)

Prosessikaavion piirtämiseen on hyvä ottaa mukaan roolit, jossa kuvataan sekä asiakkaan että eri ammattiryhmien osuudet. Tämä auttaa ihmisiä sijoittamaan itsensä prosessiin. Asiakkaan kuvaaminen ylimmäksi kuvastaa asiakkaan merkitystä. Usein em. roolit kuvataan kaavion vasempaan reunaan. Prosessiin kuuluvat tehtävät kuvataan neliöinä ja tiedonkulku nuolina. Asiakkaan toiminta voidaan kuvata

ovaailla symbolilla. Näin asiakkaan osallisuus korostuu. Prosessia kehitettäessä prosessi on kuvattava yksityiskohtaisesti, mutta on muistettava, että kuvauksesta tulee liian monimutkainen, jos siinä on monia aliprosesseja. (Laamanen 2001, 79–81.)

Yksi näkökulma prosessien kehittämiseen on Lean-ajattelu. Siinä käytetään termiä virtaustehokkuus kuvaamaan asiakkaalta kulunutta aikaa tarpeen tunnistamisesta palvelun saamisen kautta siihen, kun tarve on tyydytetty. Virtaustehokkuus syntyy prosesseissa ja siksi on tärkeää tunnistaa, miten prosessit toimivat. Virtausyksikkö on puolestaan ihminen/asiakas, joka kulkee prosessin läpi. Perinteisesti on puhuttu resurssitehokkuudesta, joka tarkoittaa mahdollisimman tehokasta resurssien hyödyntämistä. Yksinkertaistaen palvelussa on kysymys siitä, mukautuuko asiakas organisaation tilanteeseen mahdollistaen hyvän resurssitehokkuuden vai mukautuuko organisaatio asiakkaan tilanteeseen mahdollistaen hyvän virtaustehokkuuden. Resurssitehokkuuden näkökulmasta on tärkeää, että resurssit (työntekijä, laitteet, tilat) antavat arvoa mahdollisimman paljon eli niitä hyödynnetään mahdollisimman täysimääräisesti. Virtaustehokkuuden näkökulmasta puolestaan huomio kiinnitetään virtausyksikköön (asiakas), jolloin keskeistä on se, mikä osa prosessista tuottaa arvoa asiakkaalle. Myös odottaminen tai jonottaminen voi joskus olla asiakkaalle arvoa tuottavaa toimintaa. Näin on esimerkiksi silloin, jos odotusaikana tapahtuu jotakin tilannetta edistävää; esimerkiksi psyykkistä valmistautumista. (Modig & Åhlström 2013, 17–24.) Lean-ajattelussa tavoitteena on tuottaa lisäarvoa sekä asiakkaalle että palveluntuottajalle. Käytännössä kysymys on sekä laadun että asiakastyytyväisyyden parantamisesta ja kustannustehokkuuden lisäämisestä. Terveysthuollossa kysymys on siis oikean hoidon oikea-aikaisesta tarjoamisesta oikealla asiakkaalle. (Laaksonen & Ollila 2017, 122–123.)

4.3 Moniammatillisuus

ADHD Käypä hoito -suosituksen mukaan hoidon porrastukseen liittyen on paikalliseen hoitoketjukuvaukseen nimettävä perusterveydenhuollon vastuulääkäri sekä hänelle työpari. Lisäksi on tärkeää, että riittävän monella työntekijällä on mahdollisuus mm. antaa ADHD-asiakkaille ja heidän läheisilleen neuvontaa ja tukea arjen sujumiseen. Myös työterveyshuollon osallistuminen ADHD-oireiden aiheuttamien työelämän ongelmien ratkaisemiseen on tärkeää. Mikäli useammalla perheenjäsenellä on ADHD, on hoito ja kuntoutus toteutettava koordinoitusti. (ADHD. Käypä hoito -suositus, 2019.) Näin ollen ADHD Käypä hoito -suosituksen mukainen toiminta edellyttää moniammatillista yhteistyötä.

Moniammatillisuuden ytimenä on kokonaisvaltaisen ja asiakaslähtöisen tiedon kerääminen, sovitut käytännöt tiedon keräämisen suhteen, mahdollisuus ylittää ammatillisia rajoja sekä jatkuva arviointi ja kehittäminen (Isoherranen 2012, 22). Lisäksi vuorovaikutustietoinen yhteistyö ja verkostojen huomioiminen ovat keskeisiä moniammatillisen yhteistyön sisältöjä. Kuitenkin asiakas on moniammatillisen yhteistyön lähtökohtana. Tiedon kokoaminen ja yhteinen keskustelu tuottaa onnistuessaan yhteisen, jaetun merkityksen. Vuorovaikutustietoisessa yhteistyössä keskeistä on sopivan vuorovaikutuksen löytäminen ja tiedon prosessointi moniammatillisen työryhmän kesken. Rajojen ylitykset ovat organisaatioihin, yhteisöihin ja rooleihin liittyviä sovittuja toimintatapoja, joita joustava ja asiakaslähtöinen työskentely edellyttää. Verkostot liittyvät sekä ammattilaisten joukkoon että erityisesti asiakkaan sosiaaliseen verkostoon, jota moniammatillisessa työskentelyssä pyritään hyödyntämään. (Isoherranen 2004, 14–16.)

Käytännössä moniammatillisuus voi näkyä esimerkiksi eri ammattia edustavien työntekijöiden välisenä vuorovaikutuksena. Eri asiantuntijat täydentävät silloin toisiaan omalla osaamisellaan. Moniammatillisuus voi siten näyttäytyä entistä laadukkaampana ja tehokkaampana työskentelynä. (Katajamäki 2010, 111–112.) Hyvää moniasiantuntijaista yhteistyötä edistää asiakkaan kokemus aidosta kohtaamisesta ja kuulluksi tulemisesta. Myös asiakkaan omien voimavarojen saaminen käyttöön on tärkeää. (Kuorilehto 2014, 112.) Riittävän konkreettisella suunnittelulla voidaan vahvistaa sekä asiakkaan että työntekijöiden sitoutumista suunnitelmaan. Myös arvioinnista sopiminen tukee suunnitelmaan sitoutumista ja toteutumista. Moniammatillisessa työskentelyssä työntekijöiden mahdollisuudet löytää yhdessä asiakkaan kanssa parhaimmat keinot asiakkaan tukemiseen kohenevat koska kaikki tarpeellinen tieto on käytettävissä eikä vaihtelovollisuus nouse yhteistyön esteeksi.

4.4 ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessi Kalliossa

Opinnäytetyössäni käsitän ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessin alkavan ensimmäisestä ADHD-epäilyyn liittyvästä yhteydenotosta ja päättyvän kuntoutuksen päättymiseen. Näin ollen prosessi pitää sisällään arvioinnin, diagnosoinnin ja kuntoutuksen. Laajemmin ajateltuna ADHD-oireiden tunnistamisen voidaan katsoa olevan prosessin ensimmäinen vaihe. Opinnäytetyössäni kuntoutuksen käsite pitää sisällään kaikenlaisen asiakkaan kuntoutumista tukevan palvelun; esimerkiksi neuropsykiatrisen valmennuksen ja terapeutitiset keskustelut.

Ennen kehittämistyöhön ryhtymistä ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessi eteni Kalliossa eri tavoin riippuen siitä, mihin yksikköön asiakas oli ottanut yhteyttä tai ohjautunut. Isoja

eroja arviointiprosessissa oli nimenomaan aikuisten kohdalla. Taustalla oli se, että aikuiset pystyivät hakeutumaan ADHD-oireiden takia useampaan eri yksikköön. Myös kuntoutukseen tai neuropsykiatriseen valmennukseen ohjautumisessa oli eroja. Jatkossa ADHD-asiakkaiden diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessi etenee yhdenmukaisesti riippumatta siitä, mihin yksikköön asiakas on ottanut yhteyttä. Toimintaympäristön kuvaus on luvussa 6.2 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa aikuisten ADHD-asiakkaiden arvioinnin ja kuntoutuksen nykytilanne ja luoda ADHD:n Käypä hoito -suositukseen perustuva hoitopolku Kallioon. Opinnäytetyön tavoitteena oli taata aikuisille Kallion alueen asukkaille johdonmukainen hoitopolku arvioinnista diagnosoinnin kautta kuntoutukseen. Opinnäytetyö on osa Kalliossa meneillään olevaa kehittämisprosessia. Koko kehittämisprosessin tavoitteena on eri ikäisten Kallion alueen ADHD-asiakkaiden hoitopolun selkiyttäminen. Asiakkaan kannalta toimiva hoitopolku tarkoittaa palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, tasalaatuista palvelua, johdonmukaista etenemistä prosessin vaiheesta toiseen ja jatkuvuutta. Samalla se tarkoittaa Kallion näkökulmasta laadukasta ja vaikuttavaa palvelua. Kun Kalliossa vahvistetaan kautta linjan ADHD-asiakkaiden tunnistamista, myös palveluiden tarjoamisen oikea-aikaisuus kohenee. Näin Kallio panostaa ennakoivaan työhön, mikä saattaa esimerkiksi estää ADHD-asiakkaan syrjäytymisen.

Opinnäytetyöni tutkimuskysymyksiä olivat:

1. Miten diagnostisen arvioinnin prosessi on sujunut aikuisen ADHD-asiakkaan kokemana?
2. Millaisia kokemuksia aikuisella ADHD-asiakkaalla on hoidon suunnittelusta ja tarjotusta hoidosta?

Saatuja tuloksia hyödynnettiin ADHD-asiakkaan arviointi- ja kuntoutuspolun luomisessa. Kehittämis-työssä mukana olleissa työryhmissä oli mukana työntekijöitä Kallion eri yksiköistä.

6 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KUVAUS

Tässä luvussa esittelen opinnäytetyöni toteuttamista sekä sen toimintaympäristöä ja kohderyhmää. Lisäksi kerron opinnäytetyöni lähestymistavasta teoriatietoon peilaten. Kuvaan myös aineistonkeruun ja analyysin sekä tulosten hyödyntämisen ja kehittämisprosessin etenemisen.

6.1 Aiheen valinta ja rajaaminen

Tutkimusprosessi voidaan nähdä viisivaiheisena jatkumona. Prosessi alkaa ideatasosta. Opinnäytetyöni idea syntyi jo opintojen varhaisessa vaiheessa. Tuolloin mietinnässä oli toki muitakin aiheita. ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin- ja kuntoutuksen prosessi valikoitui aiheeksi lopulta Kallion johdon esityksestä. Tehtyäni ratkaisun opinnäytetyön aiheesta, lähdin keräämään tietoa aiheesta miettimättä enää muita aihevaihtoehtoja. Tällaisten sitoutumisen ja toteuttamisen vaiheiden kautta tutkimusprosessi etenee kirjoittamiseen ja edelleen tiedottamiseen. Neljä ensimmäistä vaihetta limittyvät eri tavoin prosessin aikana. Ideatasolla ja sitoutumisessa tehdään ratkaisevat päätökset, vaikkakin joskus tehtyjä ratkaisuja voidaan joutua muuttamaan toteuttamisvaiheessa. (Vilkkä 2015, 56.)

Tämän opinnäytetyön, samoin kuin yleensäkin työelämän tutkimusten, ideat nousevat olemassa olevista käytännöistä ja tavoitteena on saada hyötyä kehittämiseen, päätöksentekoon ja toimintaan. Ideatasolla alustavaa tutkimusideaa täsmennetään ja tarvittaessa tehdään alustavia kartoituksia. Opinnäytetyöni aihe oli hyvin työelämälähtöinen ja laaja. Alkuvaiheen ajatusta elämänkaarimallista oli rajattava voimakkaasti, jotta oli mahdollista määritellä täsmällinen tutkimusongelma ja johtaa siitä tutkimuskysymykset. Tutkimusongelman rajaaminen ja tarkat tutkimuskysymykset luovatkin perustan onnistuneelle tutkimukselle. Sopiva tutkimuskysymysten määrä on kaksi tai korkeintaan neljä kysymystä. (Vilkkä 2015, 58–61.)

Taulukossa 1 (TAULUKKO 1) esittelen aiheen valintaan ja kehittämistyöhön liittyviä perusteluita ja tavoitteita. Lisäksi nostan esiin yhtenäisen toimintatavan asettamia vaatimuksia.

TAULUKKO 1. Suunnitelma prosessin käyttöönotosta (mukaien Korhonen ym. 2018, 122)

MITÄ HUOMIOITAVAA	SISÄLLÖT
Miksi prosessi tulee ottaa käyttöön?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Asiakasmäärän lisääntyminen ○ Käytännöt eri yksiköissä vaihtelevat ○ Taustalla ADHD Käypä hoito -suosituksen päivitys ja sen myötä perusterveydenhuollon roolin vahvistuminen
Mitä prosessin käyttöönotolla tavoitellaan?	<ul style="list-style-type: none"> ○ ADHD:n arviointiin, diagnosointiin ja kuntoutukseen liittyvien toimien yhtenäistämistä ○ Kallion alueen asukkaille johdonmukaisen hoitopolun takaamista arvioinnista diagnosoinnin kautta kuntoutukseen saakka
Millaisia muutoksia prosessin käyttöönotto edellyttää?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Toimijoiden/yksiköiden nimeämistä ADHD:n arvioinnin, diagnosoinnin ja kuntoutuksen prosessiin ○ Nimettyjen toimijoiden resurssien suuntaamista/irrottamista ADHD-prosessiin
Mitä prosessin käyttöönotto edellyttää?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Yhtenäisen käytännön laatimista ○ Yhtenäisestä käytännöstä tiedottamista
Mitä yhtenäisen käytännön laadinta ja käyttöönotto edellyttävät organisaatiolta?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Johdon tukea yhtenäisen käytännön laatimiselle ○ Johdon tukea yhtenäisen käytännön implementoinnille, seurannalle ja vaikutusten arviointiin ○ Tarvittavan koulutuksen mahdollistamisen

6.2 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus

Kallio järjestää ja tuottaa alueensa (Alavieska, Nivala, Sievi ja Ylivieska) asukkaille lakisääteiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Lisäksi Kallio vastaa mm. alueensa asukkaiden erikoissairaanhoidosta. (Peruspalvelukuntayhtymä Kallio 2019, 2.) Opinnäytetyöni toimintaympäristönä on Kalliossa aikuisille ADHD-asiakkaille palveluita tarjoavat yksiköt. Näitä ovat Terapiakeskus ja työterveyshuolto. Lisäksi aikuiset voivat saada palveluita ADHD-oireiden perusteella terveyskeskuspsykologin tai työkykykoordinaattorin kautta. Opinnäytetyöni kannalta keskeisenä kohderyhmänä ovat edellä mainittujen yksiköiden työntekijöiden lisäksi Kallion alueen aikuiset ADHD-asiakkaat. Asiakkaiden kuvaus on luvussa 6.4 Aineiston keruu.

Terapiakeskus on avoerikoissairaanhoidon yksikkö, ja se tarjoaa palveluita kaikissa Kallion alueen kunnissa. Terapiakeskuksen aikuisille palveluita tarjoavissa yksiköissä (mielenterveystyö ja A-klinikka) on yksi psykiatriylilääkärin ja yksi palvelupäällikön virka, yksi psykiatrin ja kaksi erikoistuvan lääkärin virkaa, kaksi psykologin virkaa, 10 erikoissairaanhoidajan, kaksi psykiatrisen ryhmänohjaajan ja kaksi toiminnanohjaajan tointa mielenterveystyössä. A-klinikalla on osa-aikainen lääkärin virka, sosiaalityöntekijän virka, 4 erikoissairaanhoidajan ja yksi päihdetyönohjaajan toimi. Terapiakeskuksessa on lisäksi yksi kuntoutusohjaajan ja kaksi terveydenhuollon sihteerin tointa. (Manni 2020.) Myös työterveyshuolto palvelee asiakkaita jokaisessa Kallion alueen kunnassa. Työterveyshuollossa on viisi työterveyslääkärin virkaa, 9 työterveyshoitajan ja 3 työfysioterapeutin tointa sekä 4 työterveyshuollon sihteerin tointa. Lisäksi työterveyshuollossa on osa-aikainen psykologi (0,4). Terveyskeskuspsykologin (0,6) vastaanotolle pääsee Nivalassa, Sievissä ja Ylivieskassa. Työkykykoordinaattorin (1 työntekijä) palvelu on tilanteen mukaan lähi- tai etäpalvelua ja sitä on mahdollista saada kaikissa Kallion alueen kunnissa. (Peruspalvelukuntayhtymä Kallio 2020, 57, 65.)

Opinnäytetyöni ohjausryhmään kuuluivat lisäksi hoitotyön johtaja ja opinnäytetyötä ohjaava opettaja. Kehittämisprosessiin oli lisäksi nimetty työryhmä, jossa oli edustus neuvolasta, perheneuvolasta, työterveyshuollosta, erityistyöntekijöiden yksiköstä ja terapiakeskuksesta. Tarpeen mukaan työryhmään pyydettiin asiantuntijoita eri yksiköistä. Opinnäytetyöni osalta taustatueksi olivat lupautuneet terveyspalvelujohtaja ja perhe- ja sosiaalipalveluiden palvelujohtaja. Kehittämisprosessiin nimetyn työryhmän puheenjohtajana toimi terveyskeskus-/työterveyspsykologi. Itse olin työryhmän sihteeri.

6.3 Opinnäytetyön lähestymistapa

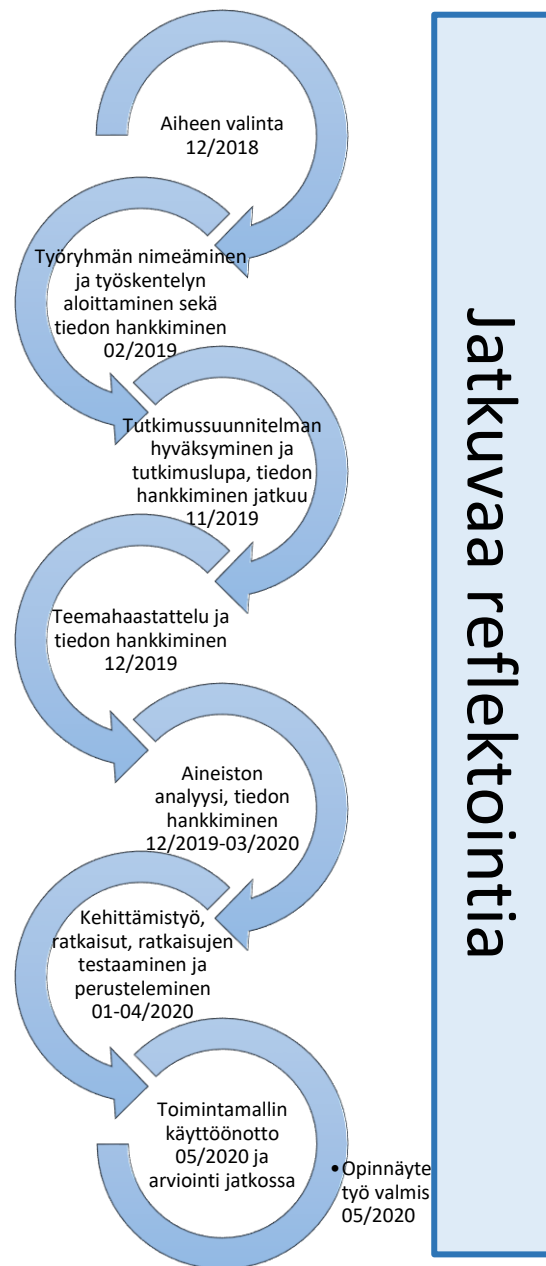
Toteutin opinnäytetyöni konstruktiivisena tutkimuksena, joka on laadullinen lähestymistapa. Laadullisen tutkimusmenetelmän avulla on mahdollista saada ymmärrys merkityksistä, joita ihmiset antavat ilmiöille ja tapahtumille. Aineiston keruussa käytettyjä menetelmiä ovat esimerkiksi osallistuva havainnointi, päiväkirjat tai teemahaastattelut. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 28.) Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä kokonaisvaltainen tiedonhankinta ja aineiston kokoaminen luonnollisissa tilanteissa. Myös kohdejoukon valintaan kiinnitetään huomiota. Tutkimusaineistoa tarkastellaan usein induktiivista sisälönanalyysiä hyödyntäen ja aineistoa tulkitaan tapausten ainutlaatuisuutta unohtamatta. Tutkimussuunnitelman suhtaudutaan väljästi niin, että tarvittaessa sitä muutetaan tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi &

Remes & Sajavaara 2016, 164.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusprosessin aikana voidaan tutkimustehtäviä lisätä tai täsmentää. Tutkimusprosessin vaiheet voivat myös olla päällekkäisiä niin, että osin samanaikaisesti kerätään ja analysoidaan aineistoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 85.)

Konstruktiivinen tutkimus sopii lähestymistavaksi kehittämistehtävään, jonka tarkoituksena on luoda esimerkiksi konkreettinen tuotos tai malli. Konstruktiivinen tutkimus on luonteeltaan interventiotutkimusta ja siinä hyödynnetään sekä olemassa olevaa teoretietoa että käytännöstä kerättävää tietoa. Käytännöstä kerättävä tieto on uutta empiiristä tietoa. Konstruktiivisessa tutkimuksessa keskeistä onkin teoreettisen tiedon ja käytännöstä nousevan ongelman yhdistäminen uudenlaisen ratkaisun löytämiseksi. Parhaimmillaan uusi tuotos on yleistettävissä kehittäjäorganisaatiota laajemmalle. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 65–66; Kananen 2017b, 40–41.)

Konstruktiivisen tutkimuksen kehittämiskohteena on tyypillisesti todellinen, käytännöstä nouseva ongelma, joka on tarpeen ratkaista. Myös teoriataustan rooli on merkittävä. Konstruktiivisessa tutkimuksessa paitsi selvitetään mitä ongelmasta jo tiedetään ja mistä ongelma johtuu, myös etsitään ratkaisu ongelmaan. Lisäksi ratkaisu eli interventio toteutetaan (pilotointi) ja sen onnistuminen arvioidaan. Tavoitteena on myös muutoksen yleistäminen ja teoriaan palauttaminen. Tutkimuksen tekijä on tyypillisesti mukana prosessissa muiden työntekijöiden rinnalla. (Kananen 2017a, 15–16; Uusitalo & Kohtamäki 2011, 282–283.) Konstruktiivisessa tutkimuksessa osallistetaan siis käytännön toimijoita. Sitä kautta muutoksen jalkauttaminen helpottuu (Laamanen 2001, 83). Lisäksi siinä pyritään muuttamaan olemassa olevia käytänteitä tai totuttua toimintatapaa. Teoreettisen ja empiirisen tiedon lisäksi konstruktiivinen tutkimus perustuu innovaatioihin ja uusiin ideoihin. Innovaatioiden testaaminen vie aikaa ja siksi konstruktiivinen tutkimus vaatii pitkäjänteisyyttä. Esimerkiksi opinnäytetyöstä voi konstruktiivisen tutkimukseen tyypillisesti kuuluva ratkaisun testaaminen jäädä aikataulusyistä puuttumaan. (Ojasalo ym. 2015, 65–66.)

Konstruktiivisen tutkimuksen prosessi alkaa mielekkään ongelman nimeämisestä. Toisena vaiheena on tiedon hankkiminen. Kolmannen vaiheen muodostavat ratkaisut. Neljännessä vaiheessa ratkaisuja testataan. Viidennessä vaiheessa ratkaisut perustellaan teoretiedolla. Myös uuden ratkaisun merkitys perustellaan. Viimeisenä eli kuudentena vaiheena on uuden ratkaisun soveltamisalueen tarkasteleminen. Dokumentoinnilla ja tehtyjen ratkaisujen perustelemisella on konstruktiivisessa tutkimuksessa keskeinen merkitys. Tekstin selkeyteen ja ymmärrettävyyteen on kiinnitettävä huomiota. (Ojasalo ym. 2015, 67–68.) Konstruktivistisessa mallissa perusajatuksia ovat yhdessä tekeminen, osallisuus, toiminnassa oppiminen, jatkuva reflektio ja menetelmäosaaminen (KUVIO 1) (Salonen ym. 2017, 53).



KUVIO 1. Konstruktiivisen opinnäytetyöprosessin eteneminen (mukaillen Salonen ym. 2017, 52–53)

Opinnäytetyöni keskeiset kysymykset liittyivät olemassa oleviin käytänteisiin ADHD-asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessissa ja toisaalta kysymykseen siitä, minkälainen em. prosessin pitää olla, jotta se on sekä asiakkaan että Kallion kannalta helppokäyttöinen, vaikuttava ja tehokas. Konstruktiivisen tutkimuksen osallistavan luonteen kautta kehittämistyöhön oli mahdollista saada eri yksiköiden työntekijöitä mukaan. Tämän koinkin välttämättömäksi muutoksen aikaansaamisen kannalta. Toki johtokin

voi osaltaan olla myötävaikuttamassa muutosten mahdollistumiseen. Myös asiakkaiden äänen kuulemisen koin keskeiseksi. Näin näkökulmasta tuli laaja ja monipuolinen ja toimintamallissa voitiin huomioida sekä palveluntuottajan että palvelunkäyttäjien tarpeita.

6.4 Aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerätään tavallisimmin joko haastattelemalla tai havainnoimalla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 121–123). Laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksena ymmärtää tutkimuskohdetta, eikä aineiston koko siksi määräydy tilastollisten merkitysten kautta (Hirsjärvi ym. 2016, 181–186). Sen sijaan tutkimuksen tarkoitus määrittää otoksen kokoa eikä aineiston suuri koko ole välttämättä keskeistä. Huomiota kiinnitetään usein ennemminkin aineiston laatuun. Tämä tarkoittaa sitä, että osallistujilla on paljon tietoa tutkittavasta asiasta. Myös tutkittavalla ilmiöllä on vaikutusta aineiston tarpeelliseen kokoon. Selkeästi rajattu tutkimusaihe, jonka osallistujat tuntevat ja josta osallistujien on helppo puhua, tuottanee laadukasta aineistoa. Tarkoituksenmukaisessa eli valikoivassa otoksessa tutkimuksen aineistoksi valitaan tietoisesti tietyt osallistujat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110–113.)

Haastattelu on perinteisesti ollut laadullisen tutkimuksen pääasiallinen tiedonkeruun muoto. Haastattelutilanteessa haastateltava nähdään subjektina ja aktiivisena merkitysten luojana. Haastattelu sopii menetelmäksi esimerkiksi silloin, kun aiheesta on vähän tietoa tai tiedetään, että saatava tieto on monitahtoista. Lisäksi haastattelu mahdollistaa saatujen vastausten tarkentamisen ja syventämisen. Myös arkojen tai vaikeiden aiheiden tutkimisen yhteydessä voidaan haastattelu nähdä perusteltuna menetelmänä. Vaikka haastattelulla on monia etuja, sisältää se samalla myös ongelmia esimerkiksi virhelähteiden tai ajankäytön osalta. Lisäksi haastattelemalla kerätty aineisto on aina konteksti- ja tilannesidonnainen; toisessa tilanteessa haastateltavat saattavat puhua eri tavoin. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2016, 204–207.)

Haastattelutilanne on vuorovaikutustilanne, jossa haastattelijä ohjaa keskustelua. Haastattelu voi olla luonteeltaan joko strukturoitu, puolistrukturoitu tai avoin. Strukturoidussa haastattelussa valmiit kysymykset esitetään tietyssä järjestyksessä haastateltavalle. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat kaikille samat, mutta kysymysten järjestystä voidaan muuttaa haastattelun etenemisen mukaan. Avoimessa haastattelussa keskustelu on avointa ja osapuolet ovat tasavertaisia suhteessa toisiinsa. (Ojasalo ym. 2015, 108–109.) Haastattelun muodon valinta perustuu ennen kaikkea tutkimuksen aiheeseen

ja siihen, keitä haastateltavat ovat (Hirsjärvi ym. 2016, 210). Esimerkki puolistrukturoidusta haastattelusta on teemahaastattelu (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48). Teemahaastattelun avulla pyritään muodostamaan kokonaisvaltainen kuva tutkittavasta kohteesta. Silloin kysymykset liittyvät tutkittavaan ilmiöön ja ovat yhteydessä tutkimusongelmaan. Keskeistä teemahaastattelussa on tutkijan ja tutkittavan välinen vuoropuhelu. (Kananen 2017a, 50; Kananen 2017b, 90–91.) Teemahaastattelu etenee keskeisten teemojen mukaan, jolloin se antaa tilaa haastateltavien kokemuksille ja tulkinnoille (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48). Keskustelu saattaa edetä luontevasti teemasta toiseen, mutta teemahaastattelurungon avulla varmistetaan, että kaikista tarpeellisista teemoista puhutaan (Kananen 2017a, 50).

Teemahaastattelun onnistumisen kannalta on tärkeää, että haastattelija ja haastateltava puhuvat ikään kuin samaa kieltä. Näin ollen teemahaastattelu edellyttää haastattelijalta aiheeseen perehtymistä ja tätä kautta haastateltavan ja haastattelijan yhteisen ymmärryksen mahdollistumista käytetyn käsitteistön suhteen. Ymmärrys ja tieto ilmiöstä ovat myös onnistuneen teemahaastattelurungon laatimisen mahdollistajia. Kysymykset voivat perustua yhtä hyvin olemassa olevaan teoreettiseen tietoon kuin vaikkapa kokemusperäisiin havaintoihin. (Puusa 2011, 81–82.)

Yksilöhaastattelussa kriittisten näkökulmien esittäminen on hankalampaa kuin ryhmätilanteessa. Myös vuorovaikutuksen osalta ryhmähaastattelu eroaa yksilöhaastattelusta. Ryhmähaastattelussa haastateltavat eivät kohdistu puhetta pelkästään haastattelijalle vaan myös toisille ryhmäläisille. Ryhmähaastattelussa haastateltavat voivat kysyä toisiltaan tarkentavia kysymyksiä ja viedä keskustelua uusiin aiheisiin. (Pietilä 2010, 217–218.) Ryhmähaastattelun etuna verrattuna yksilöhaastatteluun on mahdollisuus saada monipuolista tietoa samanaikaisesti usealta ihmiseltä. Ryhmähaastatteluna toteutetussa teemahaastattelussa haastattelijan tehtävänä on pitää keskustelu valituissa teemoissa ja huolehtia kaikkien haastateltavien mahdollisuudesta osallistua keskusteluun. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 61–63.) Ryhmän sopiva koko on 6–10 osallistujaa. Näin yksittäisen ryhmäläisen rooli ei pääse korostumaan liikaa, mikä on riskinä pienemmässä ryhmässä. Isommassa ryhmässä taas kaikkien ääni ei välttämättä tule tasavertaisesti kuuluviin. (Toikko & Rantanen 2009, 145.)

Tarkoitukseni oli löytää haastatteluiden kautta ADHD-asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessista toimivat yksityiskohdat ja tunnistaa ongelmakohdat. Haastatteluiden lisäksi käytin tutkimusaineistona mm. eri yksiköiden prosessikuvauksia ADHD-asiakkaan arviointi- ja kuntoutusprosessista. Ryhmämuotoinen teemahaastattelu soveltui hyvin opinnäytetyöni aiheeseen koska tarkoituksena oli nimenomaan kartoittaa asiakkaiden kokemuksia ADHD-asiakkaan arvioinnin ja kuntoutuksen prosessista. Lisäksi ryhmähaastattelussa osallistujien keskinäinen keskustelu tuottaa monipuolista tietoa ja huomioi aiheet,

jotka saattaisivat helposti jäädä itsestäänselvyyksinä yksilöhaastattelun ulkopuolelle (Puusa 2011, 84–85). Tutkimusluvan (LIITE 1) haastatteluille sain marraskuussa 2019. Kohderyhmänä olivat Kallion alueen aikuiset ADHD-asiakkaat.

Haastattelun teemat perustuivat tutkimuskysymysten lisäksi teoriaan. Lisäksi kysyin haastattelussa joitakin taustatietoja. Kiinnitin huomiota kysymyksenasetteluun ja käytin teemahaastattelussa sekä avoimia kysymyksiä että jatkokysymyksiä. Hirsjärven ja Hurmeen (2010, 99–102) mukaan näitä pidetään hyvinä haastattelukysymysten muotoina. Jatkokysymyksillä osoitetaan kiinnostusta asiaan ja vältetään haastattelun muodostuminen mekaaniseksi ennakkoon kirjoitettujen kysymysten lukemiseksi. Kysymyksenasetteluun kiinnitetään huomiota, kun halutaan kartoittaa nimenomaan haastateltavien omia kokemuksia eikä heidän käsityksiään aiheesta ylipäänsä.

Ryhmähaastatteluun pyysin asiakkaita Terapiakeskuksen, työterveyshuollon ja työkykykoordinaattorin asiakkaista. Näissä yksiköissä tehdään diagnostisia arvioita aikuisille ADHD-asiakkaille. Haastateltavat pyysin em. yksiköiden työntekijöiden kautta. Itse en ehdottanut haastatteluun osallistumista kenellekään. Näin toimien varmistin, että haastateltavat asiakkaat eivät olleet eivätkä ole aikaisemminkaan olleet kanssani hoitosuhteessa. Pyysin ryhmähaastatteluun mukaan täysi-ikäisiä asiakkaita, joilla on ADHD-diagnoosi. Edellytyksenä oli, että haastateltava on ollut asiakkaana Kalliossa arvioinnin ja mahdollisen kuntoutuksen aikana ja tuntee näin ollen Kallion jonkun yksikön tavan toteuttaa ADHD:n diagnostista arviointia ja kuntoutusta. Lisäksi edellytyksenä oli se, että haastateltava on saanut ADHD-diagnoosin aikuisena. Muita kriteereitä haastateltaville asiakkaille ei ollut. Pyysin työntekijöitä toimittamaan haastateltaville tiedotteen tutkimukseen ja haastatteluun liittyen (LIITE 2) sekä teemahaastattelurungon (LIITE 3) etukäteen. Näin haastatteluun suostumista pohtivat saivat tietoa päätöksentekonsa tueksi. Lisäksi tämä menettely tuki haastateltavien mahdollisuutta valmistautua haastatteluun ennakkoon. Tarkoituksenani oli saada 6–10 haastateltavaa ryhmähaastatteluun eri yksiköiden asiakaskunnasta. Lopulta haastatteluun ilmoittautui 4 haastateltavaa, jotka kaikki olivat Terapiakeskuksen asiakkaita. Kaikki haastateltavat ilmoittautuivat minulle työntekijöidensä kautta, mutta heidän olisi ollut mahdollista ilmoittautua myös suoraan minulle. Yhdelle haastateltavalle soitin hänen työntekijänsä pyynnöstä ja kerroin tutkimuksesta ja haastattelusta. Pyysin ilmoittautumisen yhteydessä haastateltavien puhelinnumerot siltä varalta, että joudun muuttamaan aikataulua tai paikkaa tai joku ei tule paikalle sovittuna aikana.

Tutkimukseeni liittyvän haastattelun toteutin Ylivieskan Terapiakeskuksen ryhmähuoneessa 11.12.2019 klo 16. Aikaa haastatteluun kului noin 1½ tuntia. Paikalla oli lisäkseni 4 haastateltavaa. Haastattelutilanteessa keräsin haastateltavilta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (LIITE 4). Tila

oli häiriötön ja sopiva haastattelun toteuttamiseen. Koen haastattelun sujuneen hyvin. Ilmapiiri oli rauhallinen ja luottamuksellinen. Taustatiedonomaisiin kysymyksiin haastattelun alussa haastateltavat vastasivat vuorotellen. Varsinaisista teemoista keskusteltaessa keskustelu oli vapaamuotoista ja luontevaa. Jokainen haastateltava käytti puheenvuoroja myös oma-aloitteisesti, mutta haastattelijana huolehdin siitä, että kaikilla oli mahdollisuus ottaa tasaveroisesti osaa keskusteluun. Haastateltavat esittivät toisilleen tarkentavia kysymyksiä ja uskalsivat olla myös eri mieltä. Osaltaan haastateltavien keskinäinen keskustelu vei keskustelua eri aiheisiin. Aiheet olivat kuitenkin pääsääntöisesti samoja, joita teema-haastattelurunko sisälsi. Näin siis lähinnä teemojen käsittelyjärjestys muuttui teemahaastattelurunkoon verrattuna. Äänitin haastattelun puhelimen ääninauhuri-toiminnolla. Äänen kuuluvuuden testasin ennen haastattelun alkua. Haastattelun aikana tein lisäksi joitakin muistiinpanoja. Muistiinpanot ja teemahaastattelurunko tukivat haastattelun ohjaamista niin, että vastaukset tutkimuskysymyksiin nousivat luontevasti esiin keskustelussa.

6.5 Aineiston analyysi

Toteutin opinnäytetyön aineiston analyysin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä. Sen lisäksi, että sisällönanalyysin avulla kuvataan aineistoja, sillä tavoitetaan merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Sisällönanalyysi on joustava ja näennäisen yksinkertainen menetelmä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–167.) Laadullisessa tutkimuksessa analyysi sisältää aineiston kuvailun, luokittelun, yhdistelyn ja tulkinnan. Kuvailun avulla todennetaan henkilöiden tai tapahtumien ominaisuuksia. Luokittelussa puolestaan jäsennetään tutkittavana olevaa ilmiötä, jotta aineiston tulkinta ja tiivistäminen mahdollistuu myöhemmin. Aineiston yhdistely tarkoittaa samankaltaisuuksien ja säännönmukaisuuksien etsimistä luokiteltujen teemojen väliltä. Tulkinta on usein monivaiheista siirtyen alkuvaiheen laajasta näkökulmasta pienempiin yksityiskohtiin laajentuakseen taas kokonaisvaltaiseksi näkymäksi tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 143–152.)

Aineiston litteroinnin tarkkuus mietitään etukäteen tutkimustehtävän ja tutkimusotteen perusteella (Ruu-suvuori 2010, 424; Hirsjärvi & Hurme 2010, 139–140). Aina ei ole tarpeen kirjoittaa haastateltavien kommentteja sanasta sanaan. Toisena ääripäänä taas saatetaan kirjata esimerkiksi haastateltavien äänenpainot ja puheen tauotkin. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 139–140.) Litterointi voidaan tehdä koko aineistosta tai valikoiden esimerkiksi teemojen mukaan. Litteroinnin tarkkuuteen vaikuttaa se, minkälaista analyysiä aiotaan tehdä. Joissakin tapauksissa on mahdollista tehdä myös päätelmät suoraan nauhalta

ilman varsinaista litterointia. (Hirsjärvi ym. 2016, 222; Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 14.) Jos kiinnostuksen kohteena ovat haastattelussa esiin tulevat asiat eikä sanavalinnoilla ole suurta merkitystä, aineisto voidaan litteroida yleiskielelle (Ojasalo ym. 2015, 110–111).

Litteroitu aineisto analysoidaan lukemalla ja luokittelemalla. Analysointivaiheessa pyritään löytämään aineistosta myös yhteyksiä teoriatietoon ja haastatteluista nousseita säännönmukaisuuksia. (Ojasalo ym. 2015, 110–111.) Kirjoitettua aineistoa luetaan useaan kertaan ja kokonaisuutena ennen analysoinnin aloittamista (Hirsjärvi & Hurme 2010, 143). Litteroidun aineiston analysoinnin ensimmäisessä vaiheessa olemassa oleva aineisto pelkistetään niin, että ylimääräinen materiaali rajautuu pois (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127). Aineiston rajaamisen on oltava perusteltua ja johdonmukaista. Perustelut löytyvät tutkimusongelmasta ja -kysymyksistä sekä tutkimuksen tavoitteista. (Ruusuvuori ym. 2010, 15.) Pelkistämisen yhteydessä listataan samankaltaiset ilmaiset ja seuraavassa vaiheessa ne jaetaan kategorioihin. Tätä vaihetta kutsutaan ryhmittelyksi tai luokitteluksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.) Aineiston luokittelu on perustana haastatteluaineiston myöhemmälle tulkitsemiselle ja yksinkertaistamiselle. Luokitteleminen on tutkittavan ilmiön jäsentämistä ja aineiston eri osien keskinäistä vertaamista. Aineistoa voidaan luokitella esimerkiksi tutkimusongelmasta tai teoriasta käsin. Myös aineisto itse voi olla apuna luokittelemisessa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 147–148.)

Aineiston luokittelua seuraa aineiston yhdistely, jolloin tavoitteena on löytää luokkien välille säännönmukaisuuksia tai samankaltaisuuksia. Usein on löydettävissä myös esimerkiksi säännönmukaista vaihtelua. Luokkien kuvaaminen voidaan todeta riittäväksi, mutta jatkamalla haastatteluaineiston käsittelyä deduktiiviseen vaiheeseen saakka, saadaan tutkimukseen lisää ulottuvuutta. Tällöin tutkija tarkastelee luokiteltua aineistoa omasta ajatusmaailmastaan käsin ja pyrkii ymmärtämään ilmiön monipuolisesti. Tutkija voi kehittää teoreettisen näkökulman luokitellulle aineistolle. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 149–150.)

Analyyysin viimeisenä vaiheena on aineiston käsitteellistäminen. Tutkimuksen kannalta olennainen tieto erotetaan ja siitä muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Näin toimien muodostuu vastaus tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysin avulla tutkimusaineisto tiivistetään ja esitetään selkeässä muodossa niin, että aineiston sisältämä informaatio ei katoa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.)

Opinnäytetyöhöni liittyneen haastattelun äänitin ja litteroin haastateltavien suostumuksella. Litteroitua aineistoa kertyi 7 sivua fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5 kirjoitettuna. Aineisto oli rikas, mutta saturaation täyttyminen jäi neljän haastateltavan joukossa vajaaksi. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ohjasivat

aineiston analyysiä. Analyysin toteutin tutkimuskysymysten mukaisina teemoina. Litteroinnin ja pelkistämisen jälkeen luin aineiston läpi useaan otteeseen ennen aineiston luokittelemista. Luokittelemalla samankaltaiset pelkistetyt ilmaisut muodostin alaluokkia. Alaluokat yhdistämällä muodostin niistä edelleen yläluokkia. Yläluokat yhdistämällä muodostin yhdistävän luokan, joka on vastaus tutkimuskysymykseen. Aineiston analyysin olen kuvannut liitteessä 5 (LIITE 5).

7 AIKUISTEN ADHD-ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA DIAGNOSTISEN ARVIOINNIN JA KUNTOUTUKSEN PROSESSISTA

Tässä luvussa esittelen opinnäytetyön keskeiset tulokset tutkimuskysymyksittäin. Esittelen tulokset sekä tekstinä että kuvioiden avulla. Vastaukset noiden kysymysten osalta esitän seuraavissa kappaleissa tekstimuodossa. Luvussa olevat lainaukset ovat alkuperäisiä ilmauksia litteroidusta haastattelusta.

Tiedonantajina oli neljä ryhmämuotoiseen teemahaastatteluun osallistunutta aikuisena ADHD-diagnoosin saanutta henkilöä. Diagnoosin saamisesta haastateltavilla oli aikaa vähimmillään kuukausi ja pisimmillään vajaa vuosi. Kaikki haastateltavat olivat olleet hoitosuhteessa Kallion Terapiakeskukseen ADHD-diagnoosiin liittyen. Kaksi haastateltavista oli saanut diagnoosin Terapiakeskuksessa, kaksi oli käynyt Terapiakeskuksen psykiatrin lähettämänä OYSassa ja saanut siellä diagnoosin.

7.1 Arviointiprosessi aikuisen ADHD-asiakkaan kokemana

Kahdella haastateltavista diagnostiseen arviointiin liittyvät selvittelyt oli aloitettu työterveyshuollossa tai yksityisen psykiatrin vastaanotolla, mutta pian heidät oli ohjattu Terapiakeskukseen. Yksi haastateltavista oli ottanut ADHD-epäilynsä puheeksi terveystieteiden vastuuosaston vastaanotolla, josta hänet oli ohjattu Terapiakeskukseen. Yhden haastateltavan osalta prosessi oli käynnistetty Terapiakeskuksessa. Käytännössä siis kaikkien haastateltavien diagnostiset ADHD-selvittelyt tehtiin Terapiakeskuksessa.

Ensimmäisestä ADHD-oireeseen liittyvästä yhteydenotosta lähtien diagnoosin saamiseen meni haastateltavien osalta lyhimmillään puoli vuotta ja pisimmillään lähes kaksi vuotta. Nopeimmin prosessi oli edennyt niillä, joiden kaikki selvittelyt tehtiin Terapiakeskuksessa. Yhden haastateltavan kohdalla prosessin kestoa lisäsi odottelu-aika Terapiakeskukseen hoitoon pääsemisen suhteen. Eräs haastateltava toki totesi diagnoosin saamiseen kuluneen koko elämä; oireiden takia hänellä oli käyntejä perheneuvolassa jo lapsena, mutta diagnoosia ei tuolloin vielä ollut tehty eikä perusteellisia selvittelyitäkään.

Kokemukset arviointijaksosta olivat asiakkailla kaksijakoisia. Esille tuli asiakaslähtöisen arvioinnin lisäksi arviointikeskeisyys. Asiakaslähtöiseen arviointiin liittyi asiakkaan kohtaaminen ja kokonaisvaltai-

nen tilanteeseen perehtyminen arviointijakson aikana. Haastateltavat kuvasivat asiakaslähtöistä arviointia kokonaisvaltaiseksi ja kestoltaan sopivaksi. Lisäksi he kuvasivat käyntien olleen hyviä ja kertoivat, että ADHD:n olemassaoloa ei oltu kyseenalaistettu.

Haastateltavat olivat käynteihin tyytyväisiä ja kokivat käyntien olleen hyviä. Haastateltavat arvioivat arviointiprosessin keston olleen sopiva. He myös kokivat, että hukka-aikaa ei puolen vuoden prosessissa ollut vaikka hiukan oli ollutkin epäselvyyttä prosessin kulusta Kalliossa.

Hoito on ollu ihan hyvää ja on se nyt aika nopeaa menny ku mulla tehtiin diagnostisia selvityksiä aika paljon muutenkin.

Mun mielestä puoli vuotta oli vielä niinkö kohtuullinen aika.

Täällä päässä se meni kyllä kohtuu sutjakkaasti, hitaus oli ehkä enemmän siitä, että Oulusta tuli se lähete tänne niin se makas tuossa pöydällä aivan älyttömän kauan...

Haastattelussa nousi esiin asiakkaiden positiivisena kokemuksena se, että ADHD:n olemassaoloa ei ole arviointiprosessin aikana kertaakaan kyseenalaistettu. Lisäksi haastateltavat kertoivat kokonaisvaltaisen diagnostisen arvion tekemisestä.

Hoito on ollu hyvää ei oo niinko kyseenalastettu... et sää mikään ADHD oo.

...diagnoosin... tutkittiin kunnolla, mulla oli tosi tiuhaan niitä aikoja... mun mielestä on hyvä, että tutkitaan kunnolla.

...puoli vuotta meni, ettei ollu monenkaan viikon välejä.

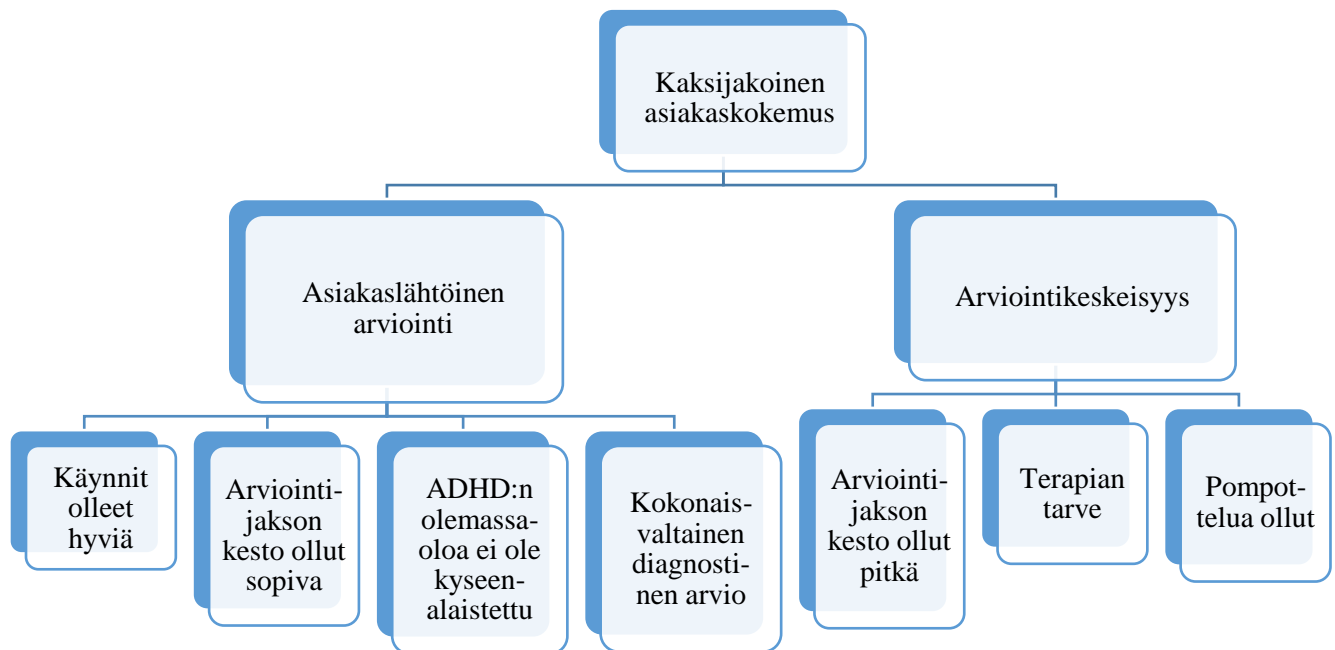
Arviointikeskeisyyteen liittyen nousi esiin kokemus, että arviointijakso oli kestänyt pitkään eivätkä asiakkaan tarpeet olleet tulleet riittävästi huomioiduksi. Terapian tarve oli jäänyt huomiotta, kun arviointijakson aikana oli keskitytty diagnostisen arvioinnin tekemiseen eikä terapeuttisiin keskusteluihin ollut tuona aikana ollut mahdollisuutta. Myös pompotelluksi joutuminen tuli esille konsultaatiovastauksen odottamisen takia.

Tosiaan silloin ko oli se kartotusvaihe, että piti vuosi täytellä niitä lappuja niin silloin mää olisin kaivannu sitä terapiaa, mutta ko sitä ei annettu ku me vaan tutkittiin... Koin silloin, että mää olisin tarvinnu lisäksi myös terapiaa...Siinä olis ehkä semmonen kehityskohe mitä kannattas miettiä.

Ei mulla oo mitään valittamista tästä hoidosta mutta se ois voinu olla vähä nopeempi, se on ainoa, mikä mua vähän ärsytti... oisin toivonu vähä nopeemmin.

(Muuttuneiden käytäntöjen ja OYS:n konsultaatioiden takia)...se oli vähä niinku auki, että miten se prosessi etenee täällä niin sen takia ehkä vähä semmost pompottelua, mutt se oli mulle ihan ok.

Haastateltavien kokemukset arviointiprosessista olen koonnut luokkien mukaisesti kuvioon 2 (KUVIO 2).



KUVIO 2. Haastateltavien kokemuksia arviointiprosessista

7.2 Aikuisten ADHD-asiakkaiden kokemuksia hoidon suunnittelusta ja tarjotusta hoidosta

Pääsääntöisesti haastateltaville oli aloitettu ADHD-lääkitys diagnoosin tekemisen yhteydessä tai pian sen jälkeen oman psykiatrin toimesta. Kahden haastateltavan kohdalla taustalla oli myös OYS:n suositus. Eräs haastateltava kertoi, että ADHD-lääkitys aloitettiin kuukausia diagnoosin tekemisen jälkeen, kun muulla lääkityksellä oli ensin saatu kokonaistilanne vakaammaksi.

Haastateltavien vastauksissa nousi esiin yksilöllisyys hoidon suunnittelussa ja hoidon toteutuksessa. Hoidon suunnittelu oli ollut asiakaslähtöistä. Hoitoa oli tarjottu yksilöllisen tilanteen perusteella. Yksilöllinen hoidon suunnittelu oli haastateltavien mukaan joko hoitosuunnitelman tekemistä tai soittoaikojen sopimista. Hoidon toteutuksen osalta haastateltaville oli aloitettu ADHD-lääkitys ja suositettu yksilöllisen tilanteen perusteella lisäksi erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja.

Haastateltavalle oli saatettu tehdä lääkityksen aloittamisen yhteydessä suunnitelma Nepsy-valmennuksesta tai muusta hoidosta. Haastateltavien kanssa oli sovittu lääkitykseen liittyen soittoaajat psykiatrin kanssa, mutta haastateltavat eivät välttämättä kokeneet sitä suunnitelmaksi. Selkeää hoitosuunnitelmaa ei näin ollen oltu jokaiselle tehty.

Samalla ko sain diagnoosin, psykiatri kirjotti lähetteen, että pääsis täällä siihen psykoterapiaan.

Mulle ei oo oikeen vielä selevenny... mihin se psykoterapia olis... näistä sairauksista. Vähä semmonen epävarmuus koko hommasta... kuhan lääkitystä on katottu ja saanu käyä täällä puhumassa ja siinä se on ollu.

Mää oon käsittäny niin vaan, että siinä ei oo ko lääkitys vaan... (ADHD:n hoidossa).

Yksilöllisen tilanteen perusteella suositettuja psykososiaalisia hoitomuotoja olivat haastateltavien mukaan Nepsy-valmennus, nettiohjaus, erilaiset Terapiakeskuksen ryhmät ja tukikäynnit Terapiakeskuksessa. Lisäksi tai vaihtoehtoisesti psykiatri oli saattanut kirjoittaa lausunnon Kelan tukemaa kuntoutuspsykoterapiaa varten. Ryhmätilanteisiin saattaa liittyä vaikeutta, jonka takia kaikki eivät ole olleet kiinnostuneita ryhmämuotoisista hoitovaihtoehtoista. Lääkehoidon merkitys oli haastateltavien kokemuksissa noussut keskeiseksi. Kaikilla haastateltavilla ei ollut edes tietoa, että ADHD:en on muutakin hoitoa tarjolla lääkehoidon lisäksi. Tiiviitä kontroleja ADHD:en liittyen ei kaikilla haastateltavilla ollut ja siitä oli tullut kokemus, että on unohdettu.

Maanantaina oli hoitoneuvottelu... puolen vuojen päästä katotaan uuestaan jos alotetaan sitä psykoterapiaa. Ei oo tällä hetkellä järkevin ratkasu alottaa sitä.

...prioriteettina ollu ensin ykkösenä se lääkitys. Se on ollu niinkö se tärkein mitä on lääkärin kans soiteltu. ...Mutta sitte onneksi täältä on järjestyny sitä tukiterapiaa ja on kans puhuttu siitä jos alakas se ryhymäterapia.

Ei oo ehotettu ryhymiä.

Yksilölliseen hoidon suunnitteluun ja hoitoon liittyen haastateltavat nostivat esiin myös sen, että selkeää hoitosuunnitelmaa ei ollut tehty eikä ollut sovittu tiiviistä kontroleista.

Kuntoutussuunnitelma... periaatteessa mulla ei oo siihen mitään suunnitelmaa. Lääkkeet ja sitte mulla on soittoaikoja muutama aina... diagnoosin tehny lääkäri soittaa ja keskustellaan miten on menny. Sen kummempaa suunnitelmaa ei ainakaan toistaseks vielä oo.

Olikohan se vähä niinkö siinä ku sain sen diagnoosin ja lääkityksen niin vähä niinkö siinä sitte läpikäytiin sitä suunnitelmaa siihen jatsoon... ohimennen, että jatkossa niinku valmennukseen ja tälleen.

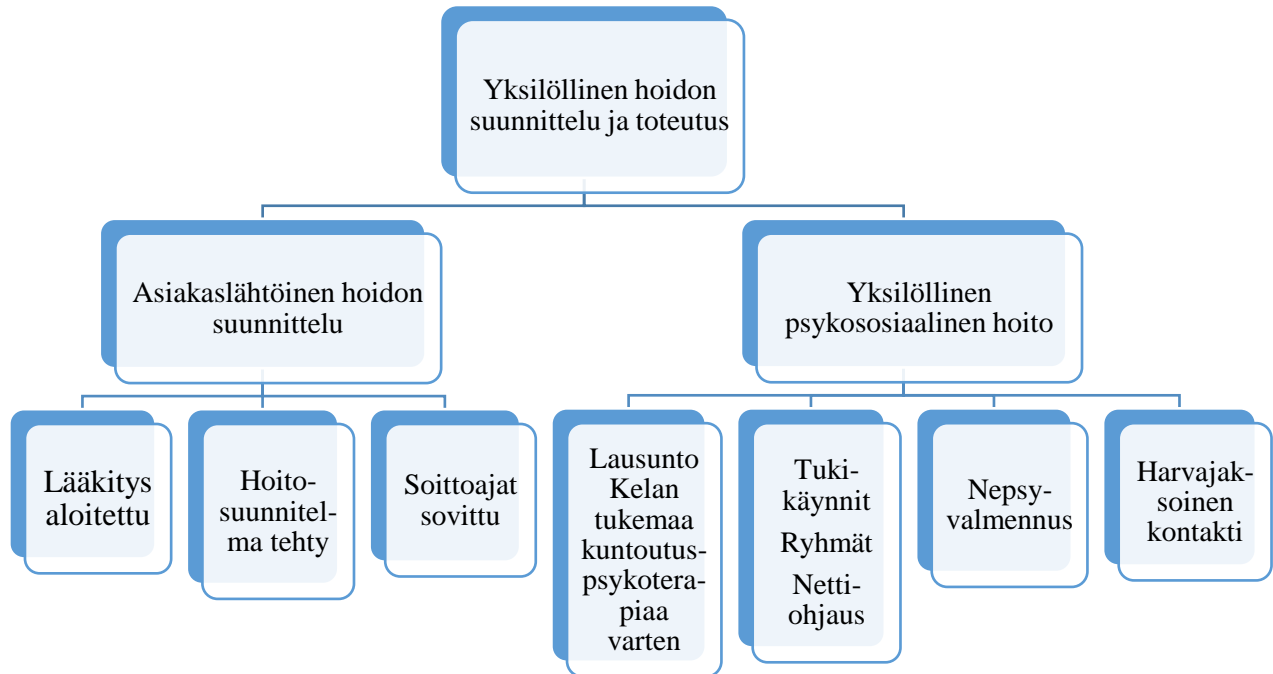
Jäi oikeestaan sille tasolle, että soitellaan.

Yksittäisenä asiana haastattelussa nousi esiin haastateltavien kokemus, jonka mukaan hoidon suunnittelu ja toteutus oli ollut yksilökeskeistä eikä ADHD-asiakkaan läheisiä ollut huomioitu. Haastateltavat kokivat, että lähipiiriä pitäisi huomioida järjestämällä esimerkiksi ryhmäkeskustelu läheisille. Tämä auttaisi ymmärtämään ADHD-oireilua parisuhteessa.

...jonku semmosen tapaamisen misä ne ihmiset jotka joutuu saman katon asumaan... eihän se oikeen tunnu riittävän, että mut hoitas tavallaan kuntoon tai toimivaks tai jotain... pitäis se koko perhe tavallaan...

Lähipiiri... ois silleen varmaan aika tärkeätä, että... toinen ymmärtäis vähä paremmin niinku oireiluu tai tämmöstä.

Haastateltavien kokemukset hoidon suunnittelusta ja hoidosta olen koonnut kuvioon 3 (KUVIO 3). Lääkityksen aloittaminen on sijoitettu hoidon suunnittelun alle koska ADHD-lääkitys oli pääsääntöisesti aloitettu samassa yhteydessä diagnoosin saamisen kanssa. Tämän rajauksen myötä toinen pääluokka oli mahdollista muodostaa psykososiaaliseen hoitoon liittyen.



KUVIO 3. Haastateltavien kokemuksia hoidon suunnittelusta ja tarjotusta hoidosta

8 AIKUISTEN ADHD-ASIAKKAIDEN DIAGNOSTISEN ARVIOINNIN JA KUNTOUTUKSEN PROSESSIN KEHITTÄMINEN KALLIOSSA

Kehittämisprosessi alkaa mielekkään ongelman nimeämisellä. Toisena vaiheena on teoreettisen tiedon etsimisen lisäksi käytännöllisen tiedon hankkiminen. Kolmantena vaiheena on ratkaisujen laatiminen ja neljännessä vaiheessa testataan ratkaisun toimivuutta teoriassa. Lisäksi ratkaisua verrataan teorian tietoon uuden toimintatavan perustelemiseksi. Viimeisenä vaiheena selvitetään uuden toimintatavan soveltamisaluetta. (Ojasalo ym. 2015, 67–68.) Myös tämä opinnäytetyöprosessi alkoi ongelman nimeämisellä. Sen jälkeen perehdyin teoreettiseen tietoon ja hankin käytännöllistä tietoa ryhmähaastattelun avulla. Seuraavana vaiheena oli uuden toimintamallin luominen, mikä toteutettiin eri yksiköiden työntekijöitä edustavissa työryhmissä.

Työntekijät olivat sekä ADHD-asiakkaiden kanssa työskenteleviä ammattilaisia että päättävässä asemassa toimivia työntekijöitä. Työskentelyä ohjasivat sekä haastateltujen asiakkaiden kokemukset ADHD:n diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessista että Käypä hoito -suositusten asettamat raamit. Olemassa olevien prosessien sujuvuutta voidaan arvioida esimerkiksi Gemba-läpikävelyn avulla (Torkkola 2015, 237–239). Hyödynsin menetelmää aikuisen ADHD-asiakkaan prosessia arvioidessani (TAULUKKO 2). Lisäksi vertasin ratkaisua aikaisempaan teorian tietoon mm. läheisten huomioimisen ja käytettävien haastattelulomakkeiden osalta ja näin löysin perustelut uudelle toimintatavalle. Uuden toimintatavan soveltamisalueen laajuuden tarkastelemiselle ei opinnäytetyön puitteissa ollut mahdollisuutta.

Esittelin haastattelun tulokset kehittämistyöhön nimetylle työryhmälle tammikuussa 2020. Samoin tammikuussa 2020 kerroin haastattelussa esille nousseista asioista Terapiakeskuksen Nepsy-valmentajien suunnittelupalaverissa. Helmikuussa 2020 pidimme kehittämispalaverin, johon olimme kehittämistyöryhmässä sovitun mukaisesti kutsuneet mukaan vastaanottojen ylilääkärin, psykiatriylilääkärin ja hoitotyön johtajan. Kehittämistyöryhmästä palaveriin osallistui lisäksi erityistyöntekijöiden yksikön esimies, joka toimi puheenjohtajana. Myös tuossa palaverissa kerroin haastattelun tuloksista.

Palavereissa suunnittelimme Kallion tilanteeseen sopivia toimintatapoja diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen toteuttamiseen. Suunnittelussa huomioimme asiakkaiden kokemukset aikaisemmasta prosessista sekä yksiköiden tilanteen mm. osaamisen suhteen. Lisäksi suunnittelua ohjasi ADHD:n Käypä hoito -suositus. Terapiakeskuksessa useilla sairaanhoitajilla on SCID-koulutus, joka mahdollistaa laajan

diagnostisen haastattelun tekemisen psykiatriin liittyen. Lisäksi 3 sairaanhoitajaa koulutetaan ADHD-arviointia varten DIVA 2.0-haastatteluiden tekemiseen. Huolellinen haastattelu keventää psykiatrin roolia diagnostisten arvioiden suhteen. Kuntoutuksen osalta osaamista on Terapiakeskuksessa usealla työntekijällä neuropsykiatrisen valmentajan koulutuksen muodossa. Muissa yksiköissä osaamista on lähinnä yksittäisillä työntekijöillä eikä heidän toimenkuvansa anna myöten systemaattista työskentelyä ADHD-asiakkaiden parissa.

TAULUKKO 2. Gemba-läpikävely aikuisen ADHD-asiakkaan arvioinnin, diagnosoinnin ja kuntoutuksen prosessiin liittyen (mukaillen Torkkola 2015, 237–239)

Gemba-kysymys	Prosessin kulku aikaisemmin	Uusi prosessi
Mitkä ovat prosessin ongelmat asiakkaan tai organisaation kannalta?	Asiakkaan kannalta ongelmat olivat prosessin pitkä kesto, hoito- ja kuntoutussuunnitelman epämääräisyys sekä läheisten unohtaminen. Organisaation kannalta haasteina olivat asiakasmäärän lisääntyminen ja eri yksiköiden vaihtelevat käytännöt sekä Käypä hoito -suosituksen mukainen perusterveydenhuollon roolin korostuminen.	Arviointiprosessia yhdenmukaistettiin Kallion sisällä ja hukka-aika pyrittiin minimoimaan aikataulun määrittelemisellä. Huomiota kiinnitettiin hoitosuunnitelman tekemiseen yhteistyössä asiakkaan kanssa. Läheisten rooli huomioitiin psykoedukaation lisäämisellä.
Kuka on asiakkaan näkökulmasta prosessista vastaava henkilö?	Ei oltu määritelty; useissa haastateltujen kommentoissa korostui psykiatrin keskeinen rooli.	Kallion psykiatriylilääkäri.
Mikä on työpyyntöjen reitti eli mihin asiakkaiden yhteydenotot tulevat?	Asiakkaiden yhteydenotot tulivat Terapiakeskukseen, työterveyshuoltoon tai terveyskeskukseen.	Asiakas ohjautuu oikeaan paikkaan riippumatta siitä mihin hän on ottanut yhteyttä.
Kuka aikatauluttaa ja priorisoi prosessia?	Aikataulutuksesta vastasi jokainen prosessiin osallistuva työntekijä itse omalta osaltaan.	Prosessin aikataulu elää lähinnä diagnostisia arvioita tekevän psykiatrin tilanteen mukaan. Diagnostiset arviot eivät ole pääsääntöisesti kiireellisiä.
Mikä on työn sujuvuus? Miten prosessi etenee eri yksiköiden välillä? Miten tarvittavat tiedot välitetään eri yksiköiden välillä?	Yhteisesti sovittuja toimintatapoja ei ollut. Aikatauluista ei oltu sovittu yhteisesti. Käytäntöjä ei oltu sovittu myöskään siihen, miten asiakas lähetetään yksiköstä toiseen ja mitä tietoja asiakkaasta lähetetään.	Työntekijät tietävät tehtävänsä samoin kuin toimintatavat eri yksiköiden väliseen yhteistyöhön. On varmistettu, että prosessiin osallistuvat työntekijät pääsevät näkemään prosessin kannalta tarpeelliset tiedot potilastietojärjestelmästä.
Miten kutakin prosessin vaihetta on mahdollista kehittää?	Koko prosessi oli tarpeen selkiyttää ja sopia yhteiset käytännöt.	Saatujen kokemusten myötä arvioidaan kehittämistarpeita.

8.1 Aikuisen ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessi

Jatkossa ADHD:n osalta diagnostiset arviot toteutetaan samoilla periaatteilla riippumatta siitä, mihin yksikköön aikuinen asiakas on ADHD-epäilynsä kanssa ensimmäisenä ohjautunut. Hoidon tai arvioinnin on myös jatkuttava ilman turhaa viivettä, jos asiakas siirtyy yksiköstä toiseen (Tanttu 2007, 38).

Perusterveydenhuollossa kiinnitetään erityistä huomiota ADHD-asiakkaiden tunnistamiseen. Siksi otetaan käyttöön ASRS-V 1.1-testi, jonka avulla tehdään alustava ADHD-arvio siinä kontaktissa, jossa asiakkaan ADHD-epäily tulee esille. ASRS-V 1.1-testin tuloksen perusteella asiakas ohjataan tarvittaessa tarkempaan arvioon. Työterveyshuoltoon hakeutunut asiakas ohjataan ADHD-epäilyn yhteydessä työpsykologin vastaanotolle. Terveyskeskuksen vastaanotolle hakeutunut asiakas ohjataan terveyskeskuspsykologin vastaanotolle. Tilanteissa, joissa diagnostinen arviointi on psykiatristen oireiden takia haastavampaa, asiakas ohjataan Terapiakeskukseen, jossa tehdään ADHD-selvittelyiden lisäksi tarvittaessa myös muita diagnostisia selvittelyitä. Terapiakeskuksessa tehdään myös jo hoitosuhteessa olevien asiakkaiden arvioinnit.

Ennen tarkempia selvittelyitä kaikille asiakkaille tehdään päihdearvio, johon kuuluu alkoholinkäyttöä kartoittava AUDIT-testi, verikokeet ja virtsan huumeseuja. Mikäli asiakkaalla on akuutti päihdeongelma, arviointi aloitetaan vasta vähintään 1–3 kuukautta vieroitusoireiden päättymisen jälkeen. Päihteettömyyttä kontrolloidaan verikokeiden ja virtsan huumeseujojen avulla. Tarvittaessa asiakas ohjataan A-klinikalle seurantaan ja saamaan tukea päihteettömyyteensä. Edellä mainittujen testien lisäksi ADHD-diagnoosin saavilta asiakkailta otetaan EKG ja mitataan myös verenpaine ja pulssi. Näitä tietoa tarvitaan, jos asiakkaalle aloitetaan ADHD-lääkitys.

Diagnostiseen arviointiin liittyviä selvittelyinä työ- tai terveyskeskuspsykologi tai Terapiakeskuksen sairaanhoitaja tekee DIVA 2.0-haastattelun. Lisäksi Terapiakeskuksen sairaanhoitaja tekee elämänkaarahaastattelun ja psykiatrin arvion perusteella tarvittaessa lisäksi SCID I- ja /tai SCID II-haastattelun. Näiden selvittelyiden jälkeen Kallion alueella kaikki aikuiset ADHD-asiakkaat ohjataan Terapiakeskuksen psykiatrin vastaanotolle diagnostiseen arvioon. Tarvittaessa psykiatri ohjaa asiakkaan vielä psykologille kognitiiviseen tai tunne-elämän tutkimukseen. Sen jälkeen psykiatri tekee arvionsa perusteella tarvittaessa diagnoosin OYS:n psykiatrian poliklinikan paperikonsultaation tuella. Komplisoituneissa tilanteissa (esimerkiksi haastava erotusdiagnostiikka muihin psykiatrisiin häiriöihin liittyen tai aivovammaepäily) psykiatri tekee lähetteen OYS:n psykiatrian poliklinikalle diagnostista arviota varten.

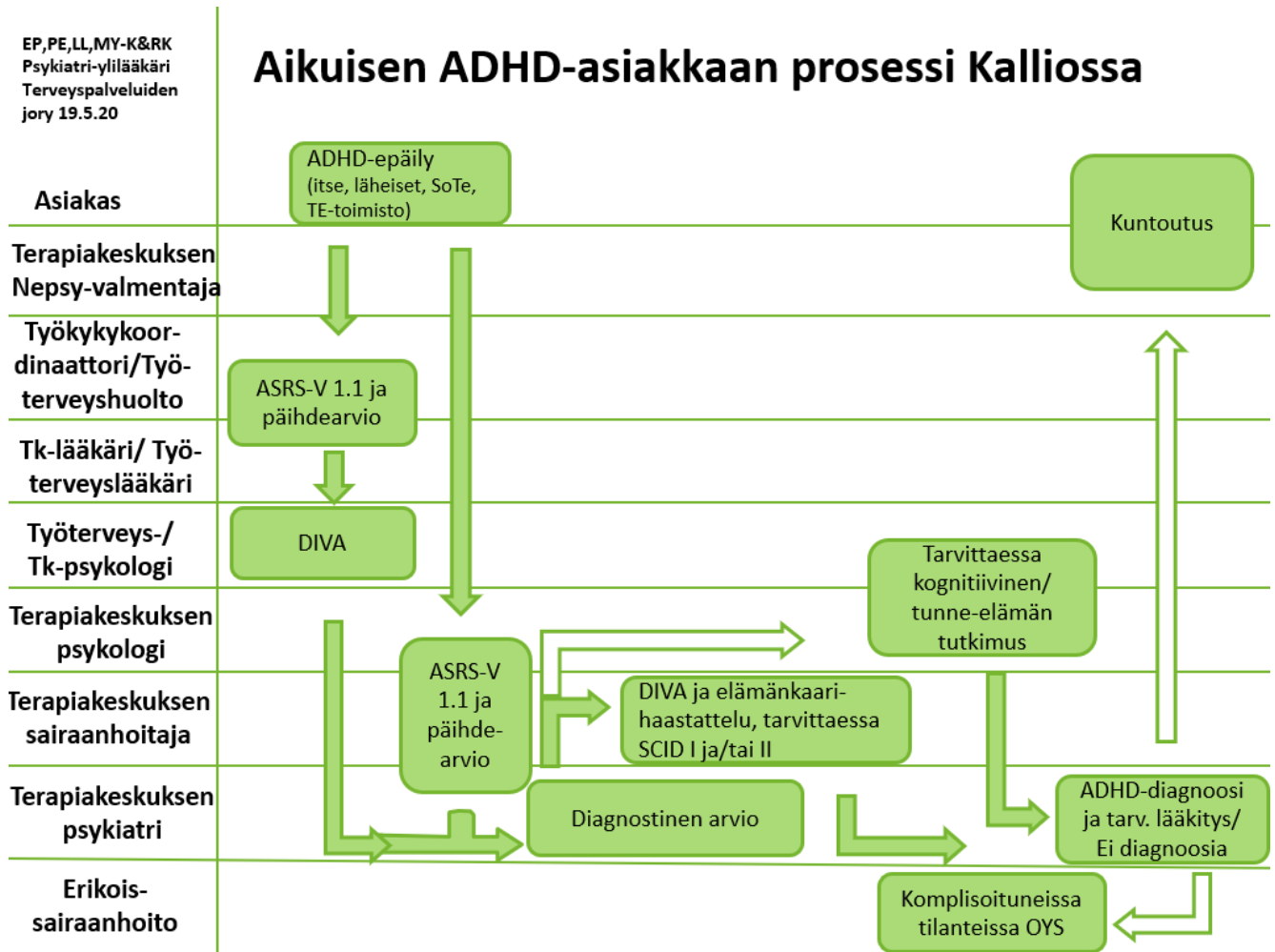
Kaikki prosessissa mukana olevat työntekijät vastaavat osaltaan siitä, että asiakas tietää, miten prosessi etenee ja minkälainen hoitosuunnitelma on. Psykiatri laatii kirjallisen hoitosuunnitelman yhteistyössä asiakkaan kanssa diagnostisen arvion yhteydessä. Jatkossa myös muu asiakkaan oma työntekijä voi tarkistaa ja päivittää laadittua hoitosuunnitelmaa.

Käypä hoito -suosituksen mukaan ADHD:n monimuotoiseen hoitoon ja kuntoutukseen kuuluu paitsi mahdollinen lääkehoito, myös psykoedukaatio sekä ADHD-asiakkaalle itselleen että hänen läheisilleen. Lisäksi muu psykososiaalinen hoito suunnitellaan yksilöllisesti. Diagnoosin tekemisen jälkeen Terapiakeskuksen psykiatri aloittaa asiakkaalle tarvittaessa ADHD-lääkityksen. Reseptien uusinnat tapahtuvat Terapiakeskuksen psykiatrin tai jatkossa terveystieteiden lääkärin seurannassa. Käypä hoito -suosituksen mukaan lääkehoitoon liittyvä arvio on tehtävä vähintään kerran vuodessa. Mahdollisuuksien mukaan lääkehoitoon liittyvä arvio siirretään jatkossa perusterveydenhuollossa tehtäväksi. Tällä hetkellä se ei kuitenkaan ole Kalliossa vielä ajankohtaista. Psykiatri arvioi diagnoosin tekemisen yhteydessä myös muun hoidon ja kuntoutuksen tarpeen. Aina hoito tai kuntoutus ei ole ADHD-oireen perusteella tarpeen. Joissakin tilanteissa taas saattaa Nepsy-valmennus olla tarpeen, vaikka diagnostiset kriteerit eivät täyttyisikään. Näin esimerkiksi siinä tapauksessa, että ADHD-oireet eivät ole alkaneet lapsuudessa, mutta ovat myöhemmin kehittyneet haittaaviksi. Nykyisten kriteerien mukaan diagnoosia ei voida tehdä, mikäli oireita ei ole ollut lapsuudessa.

Hoidon ja kuntoutuksen osalta Terapiakeskuksen toimintana aloitetaan Nepsy-ryhmä, jota tarjotaan ensisijaisena kuntoutusmuotona Nepsy-valmennusta tarvitseville. Vain erityisissä tilanteissa on mahdollista tarjota yksilö-Nepsy-valmennusta. Näin Kallio pystyy tarjoamaan Nepsy-valmennusta kohtuullisen odotusajan puitteissa kaikille sitä tarvitseville. Ryhmään ohjataan kaikki Kallion alueen aikuiset Nepsy-valmennusta tarvitsevat ADHD-asiakkaat riippumatta siitä, minkä yksikön kautta heidän ADHD-prosessinsa on alkanut. Nepsy-ryhmän sisältöihin päätimme sisällyttää haastateltavien palautteen perusteella vähintään yhden tapaamiskerran myös läheisille. Nepsy-valmentajat toimivat ryhmän ohjaajina ja suunnittelevat ryhmän tapaamiskerroille sisällöt.

Aikataulu prosessin etenemiselle elää jonkin verran mm. psykiatri- ja asiakastilanteeseen liittyen. Viitteellisellä aikataulutuksella pyritään estämään arviointijakson venyminen. Selvittelyiden laajuudesta riippuen haastatteluihin menee keskimäärin 2–8 käyntikertaa kun kunkin käynnin kesto on 45 minuuttia. Pyrkimys on, että ADHD-arvioon ohjautunut asiakas pääsee ensimmäisen psykiatrin konsultaation/vastaanoton perusteella tehtyjen haastatteluiden jälkeen psykiatrin vastaanotolle 2–3 kuukauden kuluessa

ensimmäisestä konsultaatiosta/vastaanotosta. Tuolloin psykiatri tekee diagnostisen arvon. Mikäli tilanne diagnoosin osalta on selkeä, psykiatri aloittaa asiakkaalle tarvittaessa lääkityksen samalla käyntikerralla tai myöhemmin joko vastaanotolla tai puhelinkeskustelun perusteella. Diagnoosin jälkeen on tavoitteena ohjata Nepsy-valmennusta tarvitsevat asiakkaat Nepsy-ryhmään, joka alkaa tarpeen mukaan joko 3 tai 4 kertaa vuodessa. Prosessin eteneminen on kuvattu kuvassa 1 (KUVA 1).



KUVA 1. Aikuisen ADHD-asiakkaan prosessi Kalliossa

Opinnäytetyöhön liittyneessä haastattelussa tuli esille ADHD-asiakkaiden toive vertaistukiryhmästä. Suunnittelimme kehittämispalaverissa kokemusasiantuntijan kouluttamista ja hänen työpanoksensa hyödyntämistä jatkossa vertaistukiryhmän ohjaajana. Alkuvaiheessa myös Kallion työntekijä voi olla tukena ryhmän käynnistämisessä. ADHD-asiakkaiden itsehoitoon on myös syytä kiinnittää huomiota ja tukea asiakkaita siihen. Tätä varten keräämme ajantasaiset tiedot tarjolla olevista palveluista Kallion www-

sivuille ADHD-kansioon. Keskustelimme myös pari- ja perheterapian mahdollisuuksista. Tilanteen mukaan se voi toteutua joko Kelan tukemana psykoterapiana, Perheasiainneuvottelukeskukseen toteuttamana pariterapiana tai pariterapiana Terapiakeskuksessa.

Haastatteluissa tuli esille asiakkaiden toive saada arviointijakson rinnalla tarvittaessa myös terapia-aikoja. Tähän tarpeeseen pyritään vastaamaan. Hoidonpöytäkirjan perusteella käynnit voivat toteutua tilanteen mukaan joko depressiohoitajan vastaanotolla tai Terapiakeskuksessa. Terapiakeskuksessa kuitenkin terapeutin hoitosuhde pyritään pitämään erillään ADHD-arvioinnista, jotta arviointijakso ei veny kohtuuttomasti. Hoitosuhteen aloittaminen arviointijakson rinnalle etenee normaalin kiireellisyysjärjestyksen perusteella. Mikäli asiakas on jo hoitosuhteessa Terapiakeskukseen, terapeuttisia käyntejä ei tauoteta ADHD-arviointijakson ajaksi.

8.2 Toimenpiteet uuden prosessin jalkauttamiseksi ja seurannan toteuttamiseksi

Kalliossa aikuisen ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessin omistaja on Kallion Psykososiaalisten palveluiden psykiatriylilääkäri. Toimintamalli on hyödynnettävissä myös muissa Kallion kaltaisissa organisaatioissa. Laajempaa hyödynnettävyyttä vahvistaa prosessin taustalla oleva ADHD Käypä hoito -suositus. ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessin jalkauttamiseksi esittelin toimintamallin toukokuussa Kallion terveystieteiden johtoryhmälle. Ennen tätä kehittämistyössä mukana olleet työntekijätahot hyväksyivät sekä prosessikaavion että prosessin sisällön. Johtoryhmän hyväksyttyä toimintamallin esittelen sen opinnäytteen toimintaympäristönä olleissa yksiköissä ja yhteistyössä psykiatriylilääkärin kanssa Kallion alueen lääkäreille.

Prosessin tavoitteena on taata aikuisille Kallion alueen asukkaille johdonmukainen hoitopolku arvioinnista diagnosoinnin kautta kuntoutukseen. Tavoitteen toteutumista seurataan tilastoinnin sisältömerkintöjen kautta seuraamalla läpimenoajan lisäksi asiakkaan siirtymiä yksiköiden ja työntekijöiden välillä. Tämä edellyttää ADHD; seulonta-, ADHD; arviointi- ja ADHD; kuntoutus- sisältömerkintöjen käyttöönottamista tarpeenmukaisissa yksiköissä. Em. sisältömerkintöjen avulla saadaan selville myös se, kuinka moni ADHD-asiakas saa psykososiaalista kuntoutusta ja kuinka monen prosessi päättyy diagnostiseen arviointiin. Asiakastytyvyyttä seurataan säännöllisesti kerättävän asiakaspalautteen avulla. Jatkossa, saatujen kokemusten perusteella, mietitään myös muita tarpeenmukaisia tavoitteita ja mittareita, joiden avulla prosessin toimivuutta voidaan arvioida ja mitata.

Kehittämisprosessissa mietittäväksi tuli myös se, onko jatkossa tarpeen luoda potilastietojärjestelmään oma lehti, jonne kaikki prosessin osalliset tietonsa kirjaisivat. Käytäntö, jossa tieto on kerättävä usealta eri lehdeltä ja monien kirjausten seasta, sisältää riskin tiedon jäämisestä huomaamatta. Jatkossa on syytä miettiä myös Nepsy-työryhmän nimeämisen tarvetta Kalliossa.

Opinnäytetyöprosessin tuloksena syntynyttä prosessikuvausta on mahdollista hyödyntää sellaisenaan muissa Kalliota vastaavissa organisaatioissa. Tässä opinnäytetyössä käytettyä asiakaslähtöistä ja konstruktivista lähestymistapaa voidaan hyödyntää Kalliossa myös muita prosesseja selkiytettäessä.

9 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN POHDINTA

Tässä luvussa tarkastelen tutkimuksen keskeisiä tuloksia. Lisäksi pohdin opinnäytetyöni eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyviä näkökulmia. Pohdin myös omaa ammatillista kasvuani ja nostan esiin joitakin jatkotutkimusaiheita.

9.1 Keskeisten tulosten tarkastelua

Aineiston analyysin ohella tulkinta ja johtopäätösten tekeminen ovat tutkimuksen keskeisiä osia. Tulkinta tarkoittaa analyysivaiheessa esiinnousseiden merkitysten selkiyttämistä ja pohdintaa. Tulosten analysoinnin jälkeen tuloksista tehdään synteesejä, jotka antavat vastauksen tutkimuskysymyksiin. Johtopäätökset puolestaan pohjautuvat synteeseihin. (Hirsjärvi ym. 2016, 221–230.) Uusien jäsenyyksien löytäminen onkin laadullisen tutkimuksen idea (Ruusuvuori ym. 2010, 15–16).

Hoidon suunnittelun suhteen haastateltavien päällimmäinen kokemus oli, että minkäänlaista hoito- tai kuntoutussuunnitelmaa ei ole tehty. Vaikka haastattelussa kysymys hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta herätti hämmennystä eivätkä haastateltavat olleet tietoisia suunnitelmasta, kaikki kuitenkin kertoivat prosessin etenemisestä ikään kuin taustalla olisi hoitosuunnitelma; esimerkiksi sovittuja soittoaikoja psykiatrin kanssa tai suunnitelma Nepsy-valmennuksen aloittamisesta. ADHD:n diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessissa työntekijän on syytä sanoittaa hoito- tai kuntoutussuunnitelman tekemistä selkeämmin, jotta asiakas pystyy olemaan siinä aktiivisemmin osallisena. Tutkimustenkin mukaan omaan hoitoon osallistumisessa on kehitettävää (Aalto & Vehko & Sinervo & Sainio & Muuri & Elvoinen & Pekurinen 2017, 1–3). Hoitosuunnitelman tekemistä on vahvistettava niin, että asiakas tietää sellaisen olemassaolosta ja on aktiivisesti määrittelemässä ongelmia, tavoitteita ja keinoja tavoitteiden saavuttamiseen.

ADHD-oireita voidaan auttaa monilla eri menetelmillä, ja hoito pyritäänkin suunnittelemaan yksilölliseen tilanteeseen sopivaksi. Varsinaisten ADHD-oireiden lisäksi on huomioitava mahdolliset liitännäis-oireet, elämäntilanne sekä asiakkaan motivaatio. (Virta & Salakari 2018, 86.) ADHD:n hoitaminen on tärkeää, koska muutoin se voi haitata opintoja ja työllistymistä ja lisätä psykiatristen häiriöiden, syrjäytymisen ja päihteiden käytön riskiä (ADHD. Käypä hoito -suositus 2019). Kukaan haastateltavista ei ollut vielä saanut lääkehoidon lisäksi muuta kuntoutusta ADHD:en. Yksi haastateltava oli aloittamassa

Nepsy-valmennuksen, mutta muut haastateltavat eivät muistaneet edes kuulleensa sellaisesta. Lähes kaikille haastatelluille oli ehdotettu jotakin Terapiakeskuksen ryhmää. Erityisesti liittänoisoreiden tai rinnakkaisdiagnoosien osalta hoitosuunnitelman tekeminen ongelmien, tavoitteiden ja keinojen määrittelymisineen todennäköisesti toisi selkeyttä. Ammattilaisen on tarpeen sanottaa monia ehkä omasta näkökulmasta itsestään selvyydeltäkin vaikuttavia asioita asiakkaalle, jolle tilanne on kuitenkin ainutkertainen.

Aikuisen ADHD-asiakkaan vanhemmat tai toinen vanhemmista oli haastateltu diagnostisten arvioiden yhteydessä, mutta läheiset eivät esimerkiksi olleet saaneet minkäänlaista informaatiota ADHD-diagnosiin liittyen. Haastateltavat toivat esiin sen, että aina esimerkiksi vanhempien ei ole helppo hyväksyä diagnoosia varsinkaan, jos ADHD-oireet eivät näy motorisena levottomuutena. Haastateltavat kokivat, että lähipiiriä pitäisi huomioida enemmän. Esiin nousi ajatus esimerkiksi ryhmäkeskustelun tarjoamisesta läheisille. Näin parisuhteessakin olisi helpompi ymmärtää kumppanin ADHD-oireita. Myös Käypä hoito -suositus edellyttää psykoedukaatiota sekä ADHD-asiakkaalle itselleen että hänen läheisilleen (ADHD. Käypä hoito -suositus 2019). Läheiset voivat olla selkeä voimavara ADHD-asiakkaalle yhteisen arjen myötä. Tätä voimavaraa ei kannata jättää hyödyntämättä, vaan esimerkiksi puolisoiden roolia nimenomaan puolisoina on hyvä vahvistaa. Ei ole tarkoituksenmukaista, että toinen puolisoista asettuu tai kumppanin toimesta ikään kuin ohjataan parisuhteessa vastuuttoman 'lapsen' rooliin ADHD:n takia.

Kaikki ADHD:n liittyvät käynnit olivat olleet haastateltavien mielestä hyviä. Erityisen hyväksi he olivat kokeneet sen, että ADHD:n olemassaoloa ei oltu kertaakaan kyseenalaistettu. Palveluprosesseissa kehityshaasteena onkin nimenomaan positiivisen asiakaskokemuksen tuottaminen (Laamanen 2001, 20–21). Asiakkaat odottavat henkilökohtaista kohtaamista (Koivisto ym. 2019, 22–23). Tämä vaikuttaakin toteutuneen hyvin ADHD:n diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessissa.

Osa haastateltavista koki ADHD:n diagnostisen arvioinnin prosessin kestäneen pitkään. Joku myös koki jääneensä unohdetuksi sen jälkeen, kun lääkitys oli saatu kuntoon. Esille tuli myös se, että diagnostisten selvittelyiden rinnalla olisi ollut hyvä olla terapiakäyntejä, joilla olisi voinut purkaa omaa pahaa oloaan. Palveluprosessin arvo määrytyy aina asiakkaan näkökulmasta katsoen (Modig & Åhlström 2013, 24–25). Näin ollen on tarpeen miettiä keinoja, joilla asiakaskokemusta voidaan parantaa. Selkeä suunnitelma voisi jäsentää prosessia tilanteissa, joissa asiakkaalla ei ole tiivistä kontaktia Terapiakeskukseen samoin kuin niissä tilanteissa, joissa asiakas tarvitsee terapiakäyntejä arviointikäyntien rinnalla. ADHD-asiakkaat ovat usein hyvin pärjääviä. Näin ollen vastuu yhteyden ottamisesta tilanteen muuttuessa voi hyvin

olla pääasiassa asiakkaalla itsellään. Kaikilla ADHD-asiakkailla ei ole psykiatrista hoitoa vaativaa diagnoosia eikä tiivis kontakti näin ollen ole tarpeenkaan.

Haastattelussa nousi esiin toivomus vertaistukiryhmästä. Osa haastateltavista koki, että vain saman kokenut ihminen voi ymmärtää mistä on kysymys. Vertaisryhmässä ryhmäläiset puhuisivat haastateltavien mukaan samaa kieltä. Kaikkia ryhmät eivät kuitenkaan kiinnosta. Haastattelussa tuli esiin esimerkiksi ahdistuneisuuden vaikutus ryhmiin osallistumista hankaloittavana tekijänä. Erityisesti ADHD-lasten vanhemmille vertaistukiryhmä olisi haastateltavien mukaan tärkeä. Vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden merkitys onkin viime vuosina tunnustettu laajasti. Tämä on ehdottomasti voimavara, joka kannattaa hyödyntää. Eri sairausryhmissä tehtyjen selvitysten perusteella vertaistuki koetaan merkittäväksi sosiaalisen tuen muodoksi erityisesti aikuisten keskuudessa. Aikaisemmissa ihmissuhteissa ulkopuolisuuden kokemus on saattanut olla vallitseva kokemus. Tällöin yhteenkuuluvuuden tunne vertaisten kesken koetaan voimaannuttavana. (ADHD. Käypä hoito -suositus 2019.)

Kaikkien haastateltavien kohdalla päihteidenkäyttötilannetta oli selvitelty vähintään AUDIT-kyselyn avulla. Myös verikokeita oli otettu ja tarvittaessa myös virtsan huume- ja lääkeaineseulat. Menettelyn haastateltavat kokivat hyväksi. Aktiivinen päihteiden käyttö saa aikaan samanlaisia 'oireita' kuin ADHD:ssa on, jolloin väärin diagnoosien mahdollisuus kasvaa. Systemaattinen päihteidenkäyttötilanteen selvittäminen on tarpeen jokaisen asiakkaan kohdalla. Esimerkiksi mikään ammatti tai minkäänlainen tausta ei sulje pois päihdeongelman mahdollisuutta. ADHD:n diagnostisten selvittelyiden tekeminen edellyttää vähintään kuukauden kestoista päihteettömyyttä vieroitusoireiden päättymisen jälkeen (ADHD. Käypä hoito -suositus 2019). Päihteiden käyttö on yksi haitallisista selviytymiskeinoista, joita ADHD-oireista kärsivät ihmiset saattavat käyttää (Virta & Salakari 2018, 79–80).

Jatkossa ADHD todennäköisesti tunnistetaan aikaisempaa paremmin ja se voidaan pääosin diagnosoida jo lapsuudessa tai nuoruudessa. Näin myös tukitoimet voidaan aloittaa aikaisemmin ja ADHD:sta johtuvat riskit esimerkiksi syrjäytymisen tai mielenterveys- ja päihdeongelmien suhteen vähenevät. Tässä vaiheessa kuitenkin prosessin on oltava selkeä ja toimittava myös aikuisen ADHD-asiakkaan näkökulmasta jouhevasti. Keskeistä on yhtenäisen toimintatavan jalkauttamisen onnistuminen. Tunnistamisen tukemiseksi prosessista tiedottaminen on tärkeää. Lienee niin, että ongelmia on yksittäisen työntekijän helpompi tunnistaa, jos hän tietää miten toimia tai mihin ohjata asiakas. Jatkossa on syytä tukea tunnistamista myös tarjoamalla koulutusta ADHD:n perusasioista esimerkiksi terveyskeskuslääkäreille, jotka ovat keskeisessä asemassa nimenomaan ASRS-V1.1-seulojen tekemisessä.

9.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusetiikalla on perinteisesti tarkoitettu kaikkia tutkimukseen ja tieteeseen liittyviä eettisiä näkökulmia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4). Se voidaan nähdä tieteen sisäisenä etiikkana, jolloin tarkoitetaan tieteenalan luotettavuutta ja totuudellisuutta. Tieteen ulkopuolisesta etiikasta puhuttaessa tarkoitetaan alan ulkopuolisten tekijöiden vaikutusta tutkimusaiheen valintaan ja tutkimustapaan. Rahoitus on yksi esimerkki tällaisista tekijästä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.) Työelämälähtöistä kehittämistyötä koskevat samat eettiset vaatimukset kuin tieteellistä tutkimusta. Esimerkiksi tutkimuksessa mukana olevien ihmisten on saatava riittävät tiedot tutkimuksesta. (Ojasalo ym. 2015, 48.) Nykyisin tutkimuksen kohteena ovat usein tutkimukseen osallistuvaa henkilökohtaisesti koskettavat teemat tai omaan elämänhistoriaan liittyvät kokemukset. Näin myös tässä opinnäytetyössä. Tämä asettaa haasteen tutkimuksen tekijälle. Samalla tutkimus eri vaiheissaan samoin kuin tutkimuksen tekijän eettiset valinnat ovat entistä enemmän arvioinnin kohteena. (Olsson 2009, 282.) Eettisyys on huomioitava jo tutkimusaiheen valinnassa. Aiheeseen liittyviä eettisiä pohdintoja tutkija käy sekä tutkimusaiheen yhteiskunnalliseen merkitykseen että tutkimukseen osallistuvien kokemuksiin liittyen. Etiikan näkökulmasta arvioituna tutkimuksen on oltava hyödyllistä. Hyöty voi kohdistua tutkimukseen osallistuvaan henkilöön tai, kuten tässä opinnäytetyössä, vasta tulevaisuudessa muihin ihmisiin tai vaikkapa hoitotyön laadun kehittämiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.)

Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen perustana ovat ihmisoikeudet. Tutkijan tehtävänä on selvittää tutkimuksessa mukana oleville ihmisille tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät sekä tutkimukseen mahdollisesti liittyvät riskit. Lisäksi tutkittaville on tiedotettava tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja siihen liittyvistä oikeuksista. Tämä pitää sisällään oikeuden kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai keskeyttää osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa sekä oikeuden kieltää jälkikäteen itseään koskevan aineiston käyttö tutkimusaineistona. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta tulee tutkimukseen osallistuvalla tiedottaa erityisen huolellisesti silloin kun tutkimukseen osallistuvalla on tutkimusta tekevään organisaatioon suhde esimerkiksi asiakkaana tai työntekijänä. Tutkimukseen osallistuvan on myös tiedettävä, että kieltäytymisestä ei ole seuraamuksia. Tutkijan on dokumentoitava tutkimukseen osallistuvan suostumus. Suostumuksen voi antaa esimerkiksi suullisesti tai kirjallisesti. Tutkittavien suojaan kuuluu heidän oikeuksiensa ja hyvinvointinsa turvaaminen. Tutkimustietojen luottamuksellisuus on muistettava samoin kuin tutkittavien anonymiteetti. Lisäksi tutkijan on ehdottomasti noudatettava tekemiään sopimuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 155–156; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8–9.) Anonymiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimusaineistoon kuuluvia tietoja ei luovuteta ul-

kopuolisille ja aineisto säilytetään lukitussa paikassa tai tietokoneella salasanalla suojattuna. Pienen aineiston yhteydessä anonymiteetti turvataan lisäksi valitsemalla tulosten esitystapa niin, että tutkimukseen osallistuvat eivät ole tunnistettavissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.)

Tutkimukseen osallistuvalla on annettava tietoa sekä tutkimuksen sisällöstä että henkilötietojen käsittelystä. Lisäksi tutkimukseen osallistuvalla on kerrottava tutkimuksen käytännön toteutuksesta ja kerättävän tutkimusaineiston käsittelystä. Tieto annetaan mahdollisuuksien mukaan kirjallisesti ja riittävän ajoissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8–9). Tämän pyrin varmistamaan lähettämällä tiedotteen, teemahaastattelurungon ja suostumuslomakkeen Terapiakeskuksen henkilökunnalle ja työterveys-/terveyskeskuspsykologille. Saatteessa pyysin työntekijöitä toimittamaan em. lomakkeet haastatteluun pyytämilleen asiakkaille. Itselleni selvisi vasta haastattelutilanteessa, että kaikki haastateltavat eivät olleet lomakkeita saaneet. He kuitenkin ehdivät perehtyä lomakkeisiin ennen kuin kaikki haastateltavat olivat paikalla. Annoin myös tilaa kysymyksille ennen haastattelun aloittamista. Allekirjoitetut suostumuslomakkeet keräsin haastattelutilanteessa.

Tutkimuksen tekijänä selvitin tutkimuksessa mukana oleville ihmisille tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät sekä tutkimukseen mahdollisesti liittyvät riskit. Samoin tiedotin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja siihen liittyvistä oikeuksista sekä tiedotteen muodossa kirjallisesti että haastattelutilanteessa suullisesti. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta oli erityisen tärkeää tiedottaa koska tutkimukseen osallistuvat olivat asiakkuussuhteessa organisaatioon, jonka työntekijä olen vaikka olinkin haastattelutilanteessa nimenomaan tutkijan, enkä Terapiakeskuksen työntekijän roolissa. Anonymiteetin turvaamiseksi säilytin tutkimusaineiston tietokoneella salasanalla suojattuna ja hävitin aineiston opinnäytetyön valmistuttua. Turvasin haastateltavien anonymiteetin kirjoittamalla raportin niin, että siitä ei voi tunnistaa yksittäisiä henkilöitä. Anonymiteettiä vahvistin myös sillä, että en kerännyt haastatteluun osallistuvilta tunnistetietoja lukuunottamatta haastattelutilanteessa pyytämäni kirjallista suostumusta.

Etukäteen toimitetun tiedotteen tarkoituksena oli mahdollistaa tietoisien suostumuksen antaminen. Se on tutkimukseen osallistumisen perusta samoin kuin itsemääräämisoikeus. Tietoinen suostumus tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistuvan on tiedettävä tutkimuksen luonne ja ymmärrettävä, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että hän voi keskeyttää osallistumisensa missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Tutkimukseen osallistuvilla on myös kerrottava, miten aineisto säilytetään ja julkaistaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219–221.) Pyysin toisia työntekijöitä ehdottamaan haastattelua kriteerien mukaisille asiakkaille. Näin toimien pyrin saamaan haastateltaviksi heterogeenisen joukon

aikuisia ADHD-asiakkaita niin, että itselläni ei ole haastateltaviin valta-asemaa hoitosuhteen kautta. Pidin itsestään selvänä, että ketään kanssani hoitosuhteessa olevaa tai ollutta asiakasta en voi haastatella. Osallistujat ovat voineet halutessaan ilmoittautua suoraan minulle, jolloin osallistujien henkilöllisyys ei ole tullut muiden tietoon.

Tutkimuksen tekijä määrittelee mitä tietoa työhönsä poimii. Tämän voidaan nähdä pitävän paikkansa sekä etiikan että vallankäytön näkökulmasta. (Olsson 2009, 282.) Tutkimuksen eettisten vaatimusten mukaisesti opinnäytetyössä on noudatettava hyväksytyjä toimintatapoja toimimalla huolellisesti ja tarkasti sekä tutkimustyössä että tulosten suhteen. Opinnäytetyössä käytettävien menetelmien on oltava hyväksytyjä ja eettisesti kestäviä. Viittaus- ja lähdemerkinnöillä on erotettava muiden tuottama tieto omasta pohdinnasta ja omista tutkimustuloksista. Lisäksi opinnäytetyö on suunniteltava, toteutettava ja raportoitava tarkasti. Myös haastatteluiden kautta syntyneen tiedon lähde on tuotava esiin. (Hirsjärvi ym. 2016, 24–27; Ojasalo ym. 2015, 49; Tuomi & Sarajärvi 2018, 149–151.) Edellä mainitut vaatimukset olen huomionut opinnäytetyössäni. Tulososassa olen esittänyt tulokset tuloksina arvottamatta tai arvioimatta niitä. Tahattoman sepittämisen tai väärrien tulkintojen välttämiseksi toimitin haastateltaville kirjoittamani yhteenvedon haastattelussa esiinnoituneista asioista. Näin heillä oli mahdollisuus kommentoida mahdollisia virheellisiä tulkintoja.

9.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa kiinnitetään huomiota tutkimuksen luotettavuuteen. Tämä toteutuu tutkimussuunnitelmassa, jonka avulla pyritään varmistamaan tulosten todenmukaisuus. (Kananen 2017a, 29, 70.) Kuvasin tutkimussuunnitelmassani tutkimuskohteen, valitsin ja perustelin käytettävät näkökulmat ja tutkimus- ja analyysimenetelmät. Suunnitelmaan kirjasin myös toimet luotettavuuden takaamiseksi.

Tutkijan tarkka raportointi ja kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta ja vaiheista kohentaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2016, 232). Tutkimusprosessin etenemisen kehämäisyys luo haasteen tarkkaan vaiheiden kirjaamiseen (Puusa & Juuti 2011, 44). Selkeän tulosten kuvaamisen kautta vahvistetaan uskottavuutta, jota käytetään laadullisen tutkimuksen luotettavuuden mittarina. Näin lukija saa käsityksen analyysin perusteista samoin kuin kategorioiden kattavuudesta. Myös siirrettävyyden vaatimus edellyttää tarkkaa kirjaamista. Sen avulla voidaan arvioida, kuinka hyvin tulokset voivat olla

siirrettävissä toiseen tutkimusympäristöön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Pysin kirjaamaan tarkasti tutkimuksen vaiheet ja kuvaamaan johtopäätökset, tulkinnot ja oivallukset, jotka johtivat lopputulokseen.

Luotettavuuden näkökulmasta voi olla hyvä käyttää lainauksia esimerkiksi haastatteluista, mutta etiikan näkökulmasta anonymiteetin säilyminen on tällöin huomioitava tarkasti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Suunnittelin litteroivani haastattelun yleiskielelle pienen aineiston anonymiteetin turvaamiseksi, mutta totesin haastateltavien kommenttien olevan niin yleiskielisiä, että suorienkaan lainauksien kautta anonymiteetti ei vaarannu. Päädyin käyttämään suoria lainauksia luotettavuuden kohentamiseksi.

Laadullisen tutkimuksen yhteydessä luotettavuuskriteereinä voidaan pitää myös informantin vahvistusta, vahvistettavuutta, dokumentaatiota, tulkinnan ristiriidattomuutta, riippuvuutta ja saturaatiota. Informantin vahvistus on esimerkiksi sitä, että litteroitu aineisto hyväksytetään haastateltavilla. (Kananen 2017, 79; Tuomi & Sarajärvi 2018, 161–163.) Näin toimin tämän opinnäytetyön aineiston suhteen. Vahvistettavuus tulee esille esimerkiksi triangulaation kautta; silloin useammasta eri lähteestä saadut tulokset ovat yhtäpitäviä (Kananen 2017, 79; Tuomi & Sarajärvi 2018, 161–163). Haastateltavien kokemuksille olikin löydettävissä vahvistusta teorian tiedosta. Dokumentaation avulla perustelin tutkimuksen aikana tekemäni ratkaisut. Saturaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa esimerkiksi haastatteluiden avulla ei saada enää uutta tietoa (Kananen 2017b, 176–179). Neljän haastateltavan ryhmähaastattelussa saturaation täytyminen on haastavaa ja tässä työssä saturaatio jäikin vajaaksi. Haastattelussa esille tulleet kokemukset olivat kuitenkin arvokkaita ja kehittämistyön kannalta korvaamattomia.

Tämän opinnäytetyön kaltaisessa kehittämistehtävässä luotettavuuden mittari on ennen kaikkea käyttökelpoisuus. Syntyvän tiedon tulee olla todenmukaisuuden lisäksi hyödyllistä. (Toikko & Rantanen 2009, 121–123.) Interventiotutkimuksessa, mitä konstruktiivinen tutkimuskin on, luotettavuutta arvioidaan muutoksen näkökulmasta ratkaisun toimivuudella ja onnistumisella. Toisaalta tutkimus voi olla luotettava, vaikka ratkaisu ei olisikaan toimiva. (Kananen 2017a, 69–71; Tuomi & Sarajärvi 2018, 160.) Opin näytetyön puitteissa kehitetty selkeä ja johdonmukainen prosessi on heti käyttöön otettavissa ja se hyödyttää sekä asiakkaita että organisaatiota. Ratkaisun toimivuutta ei kuitenkaan ehditty testata ennen opinnäytetyön valmistumista.

Konstruktiiivisessa tutkimusotteessa tutkija on aktiivisesti mukana kehittämistyössä yhdessä muiden työntekijöiden kanssa. Keskeistä on myös toimeksiantajan sitoutuneisuus kehittämiseen. (Ojasalo ym.

2015, 65–68.) Onnistuneen ratkaisun aikaansaaminen edellyttää myös dialogisuutta, osaamisen hyödyntämistä ja yhteistä arvонуontia (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 293). Tässä opinnäytetyössä Kallion johdolta oli vahva taustatuki ja kehittämistyö tehtiin moniammatillisena yhteistyönä, jolloin työskentelyssä oli mukana sekä johtoa että työntekijöitä, jotka jatkossa hyödyntävät uutta toimintamallia. Nämä tekijät vahvistavat sekä toimintamallin käyttökelpoisuutta että jalkauttamista.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa korostuu tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus. On mietittävä mitä ja miksi ollaan tutkimassa, mitä ovat omat intressit tutkimuksen aiheen suhteen, millä tavoin aineiston keruu on toteutettu, minkälaisin perustein tutkimuksen tiedonantajat on valittu, miten tutkijan ja tiedonantajien välinen suhde toimi, minkälainen oli tutkimuksen aikataulu, miten aineiston analyysi tapahtui, millä perusteella tutkimusta voidaan pitää eettisesti korkeatasoisena tai luotettavana ja millä tavalla tutkimusaineisto on koottu ja analysoitu. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163–164; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 205.) Opinnäytetyöni aihe valikoitui sekä käytännöstä nousevasta että itse kokemastani tarpeesta selkiyttää prosessia. Aineiston keruun muotona ryhmähaastattelu oli toimiva varsinkin, kun kukaan haastateltavista ei ollut minulle entuudestaan tuttu. Koen haastattelutilanteen olleen luonteva ja ilmapiirin olleen luottamuksellinen. Yhtenä taustavaikuttajana päätymiselleni ryhmähaastatteluun yksilöhaastattelun sijaan oli arkityöni terapeuttisen työn tekijänä. Ryhmähaastattelussa pystyin yksilöhaastattelua selkeämmin pitäytymään ’neutraalina’ haastattelijana tipahtamatta terapeutin rooliin. Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä oli luonteva valinta ja se on vahvuuteni jo arkityöniikin myötä. Tutkimuksen aikataulu oli haastattelun ja aineiston analyysin osalta toimiva vaikkakin aikataulu pitkittyi. Litteroin nauhoitteen ja aloitin analyysin melko pian haastattelun jälkeen. Palasin aineistoon myöhemmin uudelleen vahvistettavuuden testaamiseksi.

Myös opinnäytetyössä käytettävä lähdeaineisto on osa luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 149–151). Opinnäytetyöni aiheeseen liittyviä luotettavia lähteitä on löydettävissä hyvin. Lähdekriittisyyden osalta lähteiden arvioiminen on tieteellisten julkaisujen kohdalla melko selkeää. Koska materiaalia on paljon, minulla ei ollut tarvetta käyttää lähteitä, joiden alkuperä tai luotettavuus muuten herättivät epäilyksiä. Olen huolehtinut lähdeviitteiden oikeellisuudesta enkä ole plagioinut muiden tutkimuksia ja tekstejä. Olen kirjannut kaikki tutkimuksen vaiheet huolellisesti, jotta lukija voi itse arvioida opinnäytetyöni luotettavuutta.

9.4 Ammatillisen kasvu

Opinnäytetyöprosessi on ollut antoisa, ja kaikki opintojen aikana tehdyt tehtävät ovat osaltaan edistäneet opinnäytetyön tekemistä. Kuitenkin opinnäytetyöprosessi on ollut erilainen verrattuna muihin tehtäviin. Yhteistyö eri tahojen kanssa on ollut isossa roolissa, vaikka prosessi on vaatinut ennen kaikkea itsenäistä työskentelyä. Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon liittyvän opinnäytetyön tavoitteena on kehittämisen lisäksi tutkimustiedon soveltaminen sekä valittujen menetelmien käyttäminen työelämän ongelmien tunnistamiseen ja ratkaisemiseen. Lisäksi opinnäytetyön kautta tulee näkyväksi valmius itsenäiseen ja vaativaan asiantuntijatyöhön. (Centria-ammattikorkeakoulu 2020.) Nämä tavoitteet istuvat hyvin esimiestyön vaatimukseen ja koenkin oman esimiesosaamiseni vahvistuneen merkittävästi tämän prosessin myötä. Toki ammattitaidon kehittäminen ja oppiminen on matka, jolla ei tule perille koskaan.

Ylemmän ammattikorkeakoulun opintojen suorittaminen on laajentanut näkökulmaani paljon omaa työtäni laajempaan kokonaisuuteen. Työelämälähtöinen koulutus on tukenut kaltaiseni aloittelevan esimiehen ammatillista kasvua. Itse opinnäytetyöprosessin koen omalla kohdallani kehittäneen valmiuksia tutkimustiedon soveltamiseen työelämään sekä tiedonhankintataitoja ja lähdekriittisyyttä. Lisäksi koen sen tukeneen entistä itsenäisemmän ja johdonmukaisemman työskentelyotteen omaksumista. Näiden myötä koen erityisesti kehittämisosaamiseni vahvistuneen oleellisesti. Asiakaslähtöisen näkökulman vahvistumisen myötä koen saaneeni käyttöön tärkeän työkalun tulevaisuuden kehittämishankkeita silmällä pitäen. Opinnäytetyöprosessi on antanut myös aiheen syventyä uudelleen aina ajankohtaisiin eettisiin näkökulmiin. Terapiatyössä eettisyys on jatkuvasti läsnä ja koenkin lähestyvänä sitä arjessa hyvin automaattisesti. Siksi eettisyyden tietoinen huomioiminen on erityisen merkityksellistä.

9.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöstä nousseet johtopäätökset:

1. Hoitosuunnitelmaa ei ole olemassa, jos asiakas ei ole suunnitelmasta tietoinen tai ei koe suunnitelmaa olevan. Hoitosuunnitelma pitääkin tehdä selkeämmin yhteistyössä asiakkaan kanssa.
2. Aikuisen ADHD-asiakkaan läheisiä ei oltu huomioitu riittävästi. Jatkossa riittävä psykoedukatio on varmistettava myös läheisille.

3. Jatkossa Kallion ADHD-prosessin kuntoutuksen osuutta on syytä selkiyttää ja kuvata tarjolla olevat vaihtoehdot.
4. Prosessin omistajalla on vastuu prosessin toimivuuden arvioinnista ja prosessin edelleen kehittämisestä.

Prosessin kuluessa syntyneitä jatkotutkimusaiheita:

1. Millä tavalla prosessin selkiyttäminen tukee ADHD-asiakkaiden parissa työskentelevien työntekijöiden työssä jaksamista?
2. Miten asiakkaan osallisuuden lisääminen omaan tilanteeseensa liittyen vaikuttaa muutostietoisuuteen ja sitä kautta muutoksen pysyvyyteen?
3. Miten läheisille suunnattu psykoedukaatio vaikuttaa perheen voimavaroihin ja tuentarpeeseen?

LÄHTEET

- Aalto A-M., Vehko T., Sinervo T., Sainio S., Muuri A., Elovainio M., Pekurinen M. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen asiakaslähtöisyys. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. THL, Helsinki. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134728/URN_ISBN_978-952-302-880-7.pdf?sequence=1. Viitattu 15.3.2020.
- ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50061>. Viitattu 20.4.2019.
- Centria-ammattikorkealoulu. 2020. YAMK opinnäytetyöopas. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinon opintojen ja opinnäytetyön tavoitteet. Saatavissa: <http://libguides.centria.fi/c.php?g=652937&p=4587602>. Viitattu 13.4.2020.
- Hansson Halleröd, SL., Anckarsäter, H., Råstam, M. & Hansson Scherman, M. 2015. Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult – a qualitative study. BMC Psychiatry. 15(31). Saatavissa: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0410-4>. Viitattu 16.4.2020.
- Hietala, O. & Rissanen, P. 2015. Kokemusasiantuntija – hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten jakajaksi sekä palveluiden kehittäjäksi. Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Helsinki: Unigrafia Oy. Saatavissa: <https://kuntoutussaatio.fi/files/1944/kokemusasiantuntija-opas.pdf>. Viitattu 5.4.2020.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. 21.painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press.
- Isoherranen, K. 2004. Moniammatillinen yhteistyö. Välineitä koulutukseen ja työyhteisön kehittämiseen. 1. painos. WSOY. Vantaa: Dark Oy
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1. Viitattu 8.12.2019.
- Kananen, J. 2017a. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona. Opas opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kananen, J. 2017b. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: SanomaPro Oy.

- Katajamäki, E. 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66639/978-951-44-8152-9.pdf?sequence=1>. Viitattu 8.12.2019.
- Kessler, R., Green, J., Adler, R., Barkley, L., Chatterji, S., Faraone, S., Finkelman, M., Greenhill, L., Gruber, M., Jewell, M., Russo, L., Sampson N. & Van Brunt, D. 2010. The structure and diagnosis of adult ADHD: An analysis of expanded symptom criteria from the adult ADHD clinical diagnostic scale (ACDS). *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Nov; 67(11):1168–1178. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131739/>. Viitattu: 1.3.2020.
- Koivisto, M., Säynäjäkangas, J. & Forsberg, S. 2019. Palvelumuotoilun bisneskirja. Liettua: BALTO print.
- Koski, A., & Leppämäki, S. (2013). Aikuisen ADHD: diagnoosista hoitoon. Saatavissa: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/aikuisen-adhd-diagnoosista-hoitoon/>. Viitattu 16.4.2020.
- Koponen, V. & Jehkonen, M. 2019. Naisen tarkkaavuushäiriö – lapsuudesta aikuisuuteen. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*. 135(3):283–8. Saatavissa: <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2019/3/duo14762?keyword=naisen%20tarkkaavuush%C3%A4iri%C3%B6>. Viitattu: 1.3.2020.
- Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Skhole Oy. Norderstedt, Saksa
- Korhonen, M. & Virtanen, T. 2015. Digitaalisuus ja asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa – kansalaisen omat tiedot hyötykäyttöön. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*. 2015;7(4). Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki. Saatavissa: [file:///C:/Users/Koti/Downloads/53522-Article%20Text-50912-1-10-20151221%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Koti/Downloads/53522-Article%20Text-50912-1-10-20151221%20(1).pdf). Viitattu 2.2.2020.
- Kuorilehto, R. 2014. Moniasiantuntijuus sosiaali- ja terveydenhuollon perhetyössä. Monitahoarviointi Q-metodologialla. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203966.pdf>. Viitattu 8.12.2019.
- Käypä hoito. 2017a. ADHD:n oireet aikuisuudessa ja ikääntyvillä. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix02452>. Viitattu 8.2.2020.
- Käypä hoito. 2017b. ADHD:n oireet lapsilla. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix02450>. Viitattu 8.2.2020.
- Käypä hoito. 2017c. ADHD:n oireet nuoruusikäisillä. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix02451>. Viitattu 8.2.2020.
- Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 3., uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Laamanen, K. 2001. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona -ideasta käytäntöön. Suomen Laatu-keskus Koulutuspalvelut Oy. Keuruu: Otavan kirjapaino.

- Laamanen, K. & Tinnilä, M. 2009. Prosessijohtamisen käsitteet. 4. uudistettu painos. Teknologiateollisuuden julkaisuja 2/2009. Espoo: Teknologiateollisuus Oy.
- Manni, T. Moniste 31.3.2020.
- Michelsson, K., Miettinen, K., Saresma, U. & Virtanen, P. 2003. AD/HD nuorilla ja aikuisilla. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Michelsson, K., Saresma, U., Valkama, K. & Virtanen, P. 2004. MBD ja ADHD. Diagnosointi, kuntoutus ja sopeutuminen. 3., uudistettu painos. Juva: WS Bookwell Oy.
- Modig, N. & Åhlström, P. 2013. Tätä on Lean. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin. 1. painos. Rheologica Publishing.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.–4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Olsson, P., 2009. Tutkijan vastuu ja velvollisuus – Tutkimuksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa Kor-kiakangas, P., Olsson, P. & Ruotsala, H. (toim.) Polkuja etnologian menetelmiin. Helsinki: Ethnos Ry. 281-290. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10224/4594/olsson281-298.pdf?sequence=1&origin=publication_detail. Viitattu 26.5.2019.
- Penttilä, J., Rintahaka, P. & Kaltiala-Heino, R. 2011. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön merkitys lapsen ja nuoren tulevaisuudelle. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 127(14):1433–9. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/14/duo99678>. Viitattu 1.3.2020.
- Peruspalvelukuntayhtymä Kallio. 2020. Palvelukuvaukset 2020. Saatavissa: <https://www.kalliopp.fi/sites/default/files/tiedostot/Liitetiedostot/Hallinto/TA2020%20Palvelukuvaukset%202020.pdf>. Viitattu 15.3.2020.
- Peruspalvelukuntayhtymä Kallio. 2019. Toiminta- ja taloussuunnitelma 2020–2022. Talousarvio 2020. Saatavissa: <https://www.kalliopp.fi/sites/default/files/tiedostot/Liitetiedostot/Toiminta-ja%20taloussuunnitelma%202020-2022,%20Talousarvio%202020.pdf>. Viitattu 6.2.2020.
- Pietilä, I. 2010. Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuoro-vaikutuksen kenttinä. Teoksessa Ruusuvaari, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 212–241.
- Polanczyk, G. V., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. & Rohde L. A. 2007. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. The American Journal of Psychiatry, 164(6), 942–948. Saatavissa: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/ajp.2007.164.6.942>. Viitattu 18.5.2019.
- Polanczyk, GV., Willcutt, EG., Salum GA., Kieling, C. & Rohde, LA. 2014. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. International journal of epidemiology. Volume 43, Issue 2, 434–442. Saatavissa: <https://academic.oup.com/ije/article/43/2/434/679550>. Viitattu 4.5.2019.

- Puusa, A. 2011. Haastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä. Teoksessa: Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint, 73–87.
- Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Laadullisen lähestymistavan yleistymisen kulttuurinäkökulman myötä. Teoksessa: Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint, 31–46.
- Puustjärvi, A. 2019. ADHD. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 135(2):201–6. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/2/duo14724?keyword=adhd>. Viitattu 7.3.2020.
- Ruusuvuori, J. 2010. Litteroijan muistilista. Teoksessa Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 424–431.
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 9–36.
- Saari, A., Sainio, M. & Leppämäki, S. 2016. Suomen lääkirlehti. 38. Vsk 71. 2331–2336.
- Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja. Tampere: Juvenes Print. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>. Viitattu 14.3.2020.
- Sandberg, E. 2016. ADHD perheessä – Opetus-, sosiaali- ja terveystoimen tukimuodot ja niiden koettu vaikutus. Helsingin yliopisto. Käyttäytymistieteellinen tiedekunta. Opettajankoulutuslaitos. Tutkimuksia 393. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/161374/adhdperh.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 8.3.2020.
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A. & Bitter, I. 2009. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. 194, 204–211. Saatavissa: <https://pdfs.semanticscholar.org/90b4/cdf3240ae757fb6e0e4ef7cbe34c796ddf59.pdf>. Viitattu 11.5.2019.
- Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 2. No 176. Saatavissa: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-187-1.pdf. Viitattu 9.10.2019.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus>. Viitattu 6.2.2020.
- Thapar, A. & Cooper, M. 2016. Attention deficit hyperactivity disorder. Lancet; 387: 1240–1250. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361500238X>. Viitattu 11.5.2019.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3. korjattu painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Saatavissa: https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1. Viitattu 19.5.2019.
- Torkkola, S. 2015. Lean asiantuntijatyön johtamisessa. Liettua: BALTO print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 4–15. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 26.5.2019.

Uusitalo, K. & Kohtamäki, M. 2011. Konstruktiivisen tutkimusotteen rooli menetelmien kentässä. Teoksessa: Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint, 281–295.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy.

Virta, M. 2010. ADHD-aikuisten psykologinen kuntoutus. Neljän uuden lyhytintervention tutkimus. Helsingin yliopisto. Käyttäytymistieteiden laitos. Psykologian tutkimuksia 71: 2010. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/19857/adhdaiku.pdf?sequence=2>. Viitattu 9.2.2020.

Virta, M. & Salakari, A. 2018. ADHD-aikuisen selviytymisopas 2.0. Täysin uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virta, M., Salakari, A., Antila, M., Chydenius, E., Partinen, M., Kaski, M., Vataja, R., Kalska, H. & Ivanainen, M. 2010. Short cognitive behavioral therapy and cognitive training for adults with ADHD – a randomized controlled pilot study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010. 6:443–453. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2938293/>. Viitattu 9.2.2020.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakasläh- töisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. *Tekesin katsaus* 281/2011. Helsinki. Saatavissa: <https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>. Viitattu 15.3.2020.



TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Organisaatio, jolle anomus osoitetaan Peruspalvelukuntayhtymä Kallio

Vastuuhenkilö organisaatiossa Hoitotyön johtaja Marjut Yli-Kotila

Tutkimusluvun anoja(t) Elisa Parkhiala

Osoite _____

Puhelin työ 044 419 6610

Sähköpostiosoite elisa.parkhiala@centria.fi

Tutkimuksen nimi Aikuisen AOTO-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessi Peruspalvelukuntayhtymä Kalliosta

Tutkimuksen tarkoitus Kartoittaa aikuisten AOTO-asiakkaiden arvioinnin ja kuntoutuksen nykytilanne ja luoda AOTO-Käypä hoito-suoritukseen perustuva hoitopolku Kallioon

Tutkimuksen kohderyhmä Aikuiset AOTO-asiakkaat

Aineiston keruun arvioitu ajankohta 11.12.2019

Tutkimusmenetelmä Ryhmämuotoinen teemahaastattelu

Tutkimussuunnitelma hyväksytty 14 / 11 2019

Tutkimuksen ohjaaja Yliopettaja, T+T Annukka Kukkola

Lupa myönnetään

paikka Ylivieska aika 18 / 11 2019

anomuksen mukaisesti muutosehdotuksin hylätty

Luvanmyöntäjän allekirjoitus Risto Olli

LIITTEET

Tutkimussuunnitelma
 Kysely/haastattelulomake
 Muut liitteet, mitkä Tiedote, Teemahaastattelurunko, Suostumuslomake

info@centria.fi | www.centria.fi

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUVALLE

Opinnäytetyön nimi: Aikuisen ADHD-asiakkaan diagnostisen arvioinnin ja kuntoutuksen prosessi Ppky Kalliossa

Opinnäytetyön tarkoitus: Opiskelen Centria-ammattikorkeakoulussa kehittämisen ja johtamisen ylemmää ammattikorkeakoulututkintoa. Opintoihin sisältyy opinnäytetyön tekeminen. Pyydän sinua osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kartoittaa aikuisten ADHD-asiakkaiden arvioinnin ja kuntoutuksen nykytilanne ja luoda ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö) Käypä hoito -suositukseen perustuva hoitopolku Kallioon. Opinnäytetyön tavoitteena on taata aikuisille Kallion alueen asukkaille johdonmukainen hoitopolku arvioinnista diagnosoinnin kautta kuntoutukseen. Tutkimustani ja hoitopolun kehittämistä varten tarvitsen vapaaehtoisia ryhmähaastatteluun. Ryhmän koko on 6-10 henkilöä. Ryhmähaastatteluun etsin aikuisia, joilla on ADHD-diagnoosi. Edellytyksenä on, että haastateltava on ollut asiakkaana Kalliossa arvioinnin ja mahdollisen kuntoutuksen aikana ja tuntee näin ollen Kallion jonkun yksikön tavan toteuttaa ADHD:n diagnostista arviointia ja kuntoutusta. Lisäksi edellytyksenä on se, että haastateltava on saanut ADHD-diagnoosin aikuisena.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii yliopettaja Annukka Kukkola Centria-ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyöhön olen saanut tutkimusluvan Ppky Kallion johtava ylilääkäri Risto Ollilta. Opinnäytetyön ohjausryhmään kuuluvat hoitotyönjohtaja Margit Yli-Kotila ja yliopettaja Annukka Kukkola.

Tutkimuksen kulku: Opinnäytetyöhön kuuluva ryhmähaastattelu on teemahaastattelu ja sen ajankohta on 11.12. klo 16. Aikaa haastatteluun kuluu noin kaksi tuntia ja se toteutuu Ylivieskassa. Nauhoitan haastattelun. Haastatteluun osallistuville toimitan teemahaastattelurungon ennakkoon. Ilmoittautumiset toivon saavani 9.11. mennessä. Ilmoittautua voi joko oman työntekijän kautta tai suoraan minulle.

Vapaaehtoisuus: Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää osallistumisen tai peruuttaa suostumuksesi perustelematta, milloin tahansa tutkimuksen aikana.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen: Ryhmähaastatteluun osallistuminen on luottamuksellista. Sekä haastatteluun osallistuvia että tutkimuksen tekijää sitoo vaitiolovelvollisuus. Ryhmähaastatteluun osallistuvilta ei kerätä tunnistetietoja eikä henkilöllisyys tule paljastumaan opinnäytetyössä. Aineisto käsitellään ja tulokset esitetään hyvää tutkimusetiikkaa noudattaen siten, ettei yksittäisen henkilön vastauksia voida tunnistaa missään tutkimuksen vaiheessa. Nauhoitettu aineisto kirjoitetaan tekstiksi ja nauhoite tuhotaan. Aineisto säilytetään tietokoneella salasanalla suojattuna. Aineistoa käsitellään ja säilytetään tietoturvallisesti eikä sitä luovuteta kenellekään ulkopuoliselle tutkimusprosessin aikana. Aineisto tuhotaan opinnäytetyön valmistuttua. Annan mielelläni lisätietoja tutkimuksesta.

Opinnäytetyön tuloksista tiedottaminen: Suunnitelman mukaan opinnäytetyö valmistuu touku-kuussa 2020 ja on luettavissa sähköisesti Theseus- tietokannasta (www.theseus.fi) syksyllä 2020.

Terveisin Elisa Parhiala

puhelin 044 419 6610 (jätä tarvittaessa soittopyyntö tekstiviestillä), sähköposti: elisa.parhiala@centria.fi

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. Missä ja milloin olet saanut ADHD-diagnoosin?
2. Missä diagnostiseen arviointiin liittyvät selvittelyt tehtiin?
3. Kuinka pitkään diagnoosin saaminen kesti ADHD-oireeseen liittyvästä ensimmäisestä yhteydenotosta lähtien?
4. Missä vaiheessa lääkehoito mahdollisesti aloitettiin tai sitä harkittiin ja kenen toimesta?
5. Minkälaista tietoa, ohjausta ja neuvontaa olet saanut?
6. Millä kokoonpanolla hoito- tai kuntoutussuunnitelmasi on tehty?
7. Minkälaista valmennusta tai kuntoutusta olet saanut ja kenen toteuttamana?
8. Miten perhe tai läheiset on huomioitu?
9. Minkä koet omalla kohdallasi toimineen hyvin?
10. Minkä koet omalla kohdallasi toimineen huonosti?

SUOSTUMUS RYHMÄHAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA

Osallistun Elisa Parhialan opinnäytetyöhön liittyvään ryhmähaastatteluun, jossa käsitellään haastateltavien omakohtaisia kokemuksia ADHD-diagnoosin saamiseen liittyvästä hoitopolusta. Haastattelusta syntyvää aineistoa käytetään opinnäytetyön aiheena olevan ADHD-asiakkaan hoitopolun kehittämiseen ja aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Haastateltujen henkilöllisyys ei tule opinnäytetyössä tai kehittämisprosessissa esille. Sekä haastateltavia että tutkimuksen tekijää sitoo vaitiolovelvollisuus.

Ylivieskassa __.11.2019

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Miten arviointiprosessi on sujunut aikuisen ADHD-asiakkaan koekokemana?	Kaikki käynnit missä mää oon käynny, niin ne on ollu hyviä. Täällä päässä se meni kyllä kohtuu sutjakkaasti, hitaus oli ehkä enemmän siitä, että Oulusta tuli se lähete tänne niin se makas tuossa pöydällä aivan älyttömän kauan...Mutta toisaalta mää nyt ymmärrän kyllä, että sitä tutkitaan pitkään. Sen jälkeen kun mää sain sen ensimmäisen lääkkeen huiviin, niin mää ymmärsin myöski että miksei niitä ihan herkällä myönnetäkään.	Käynnit olleet hyviä Arviointiprosessi sujui sutjakkaasti Pitkälle arviointijaksolle on perusteet	Käynnit olleet hyviä Arviointijakson kesto ollut sopiva ADHD:n olemassaoloa ei ole kyseenalaistettu	Asiakaslähtöinen arviointi	Kaksijakoinen asiakaskokemus
	Hoito on ollu hyvää ei oo niinko kyseenalastettu... et sää mikään ADHD oo. Mun mielestä puoli vuotta oli vielä niinkö kohtuullinen aika.	Kohtuullinen arviointiaika Ei ole kyseenalaistettu ADHD:ta Hoito ollut hyvää	Kokonaisvaltainen diagnostinen arvio		
	Hoito on ollu ihan hyvää ja on se nyt aika nopeaa menny ku mulla tehtiin diagnostisia selvityksiä aika paljon muutenkin.	Arviointi sujunut nopeasti Tehty muitakin selvittelyitä			
	Ei mulla oo mitään valittamista tästä hoidosta mutta se ois voinu olla vähä nopeempi, se on ainoa, mikä mua vähän ärsytti... oisin toivonu vähä nopeemmin. Psykoterapia on semmonen mitä mää kyllä kaipaaisin tähän kylykeen... se on hyvä.	Pitkä arviointiaika Terapian tarve	Arviointijakson kesto ollut pitkä		
	Tosiaan silloin ko oli se kartotusvaihe, että piti vuosi täytellä niitä lappuja niin silloin mää olisin kaivannu sitä terapiaa, mutta ko sitä ei annettu ku me vaan tutkittiin... Koin	Arviointi kesti vuoden	Terapian tarve	Arviointikeskeisyys	

	sillon, että mää olisin tarvinnu lisäksi myös terapiaa...Siinä olis ehkä semmonen kehityskohe mitä kannattas miettiä.	Arvioinnin rinnalla ei ollut mahdollisuutta saada terapiaa, vaikka olisi ollut tarve	Pompottelua ollut		
	(Muuttuneiden käytäntöjen ja OYSan konsultaatioiden takia)...se oli vähä niinku auki, että miten se prosessi etenee täällä niin sen takia ehkä vähä semmost pompotteluu, mutt se oli mulle ihan ok.	Joutunut konsultaatioiden takia pompotelluksi			

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Päälouokka	Yhdistävä luokka	
Millaisia kokemuksia aikuisilla ADHD-asiakkailla on hoidon suunnittelusta ja tarjotusta hoidosta?	Olikohan se vähä niinkö siinä ku sain sen diagnoosin ja lääkityksen niin vähä niinkö siinä sitte läpikäytiin sitä suunnitelmaa siihen jatkoon... ohimennen, että jatkossa niinku (Nepsy-) valmennukseen ja tälleen.	Psykiatrin kanssa tehty ohimennen suunnitelmaa Nepsy-valmennuksesta Diagnoosi tehty ja lääkitys aloitettu samassa yhteydessä	Lääkityksen aloittamisen yhteydessä tehty suunnitelma Nepsy-valmennuksesta	Asiakaslähtöinen hoidon suunnittelu	Yksilöllinen hoidon suunnittelu ja toteutus	
	Mulla oli maanantaina se hoitoneuvottelu (hoitajan ja psykiatrin) kanssa... puolen vuojen päästä katotaan uuestaan jos alotetaan sitä psykoterapiaa. Ei oo tällä hetkellä järkevin ratkasu alottaa sitä... Siinä oli puhetta kaikista nettiohjaushommista ja tämmösistä...Lääkitys on alotettu.	Hoitoneuvottelu psykiatrin ja hoitajan kanssa Lääkitys aloitettu				
	Mulla on kans että ko me koitettiin sitä lääkitystä ehtiä, se (psykiatri) on soittanu mulle aina säännöllisin välein... Sitte on alakamassa se yks ryhmä ehkä joskus täällä ja sitte tota haetaan ehkä myöhemmin haetaan psykoterapiaa... psykiatrin kans on puhelimessa suunniteltu ne. Ja sieltä Oulustahan tuli hyvät ohojeet sillan psykiatrilta.	Psykiatrin kanssa tehty suunnitelmaa OYSan ohjeiden pohjalta Lääkitys aloitettu	Hoitosuunnitelma tehty ja lääkitys aloitettu			
	Kuntoutussuunnitelma... periaatteessa mulla ei oo siihen mitään suunnitelmaa. Lääkkeet ja sitte mulla on soittoaikoja muutama aina... diagnoosin tehny lääkäri soittaa ja keskustellaan miten on menny. Sen kummempaa suunnitelmaa ei ainaakaan toistaseks vielä oo.	Ei suunnitelmaa Soittoajat psykiatrin kanssa Lääkitys aloitettu	Lääkitykseen liittyen soittoajat, mutta ei vielä selkeää hoitosuunnitelmaa			

	<p>Ei oo ehotettu ryhmiä. Samalla ko sain diagnoosin psykiatri kirjotti lähetteen, että pääsis täällä siihen psykoterapiaan.</p>	<p>Ei ole tarjottu ryhmiä Psykiatri on kirjoittanut psykoterapialausunnon</p>	<p>Psykiatri kirjoittanut lausunnon Kelan tukemaa kuntoutuspsykoterapiaa varten</p>	<p>Yksilöllinen psykososiaalinen hoito</p>	
	<p>...prioriteettina ollu ensin ykkösenä se lääkitys. Se on ollu niinkö se tärkein mitä on lääkärin kans soiteltu. Että tuntuu niinkö että se lääkitys on ollu vaan se ja sitte minä hain sitä psykoterapiaa, sitähän käskettiin silloin hakia, mutta ei sitä sitte myönnetty... tuli vähä sitte semmonen olo, että jääkö tässä aivan yksin vaan lääkkeen varraan. Mutta sitte onneksi täältä on järjestyny sitä tukiterapiaa ja on kans puhuttu siitä jos alakas se ryhymäterapia. Mää oon käsittäny niin vaan, että siinä ei oo ko lääkitys vaan... (ADHD:n hoidossa).</p>	<p>Lääkityksen rooli ollut keskeinen Kela ei myöntänyt kuntoutuspsykoterapiaa Tukiterapia järjestyi Ryhmäterapiasta puhuttu Lääkityksen lisäksi muusta ADHD:n hoidosta ei ole puhuttu</p>	<p>Tukikäynnit Ryhmät Nettiohjaus</p>		
	<p>Psykiatri on mulle ehottanut niitä jotaki ryhmä-juttuja, mutta mulle on nuo ryhmät ylleensä vähä semmosia vaikeita asioita. Voi olla etten mee. Suunnitteilla on joku semmonen ADHD-ryhmä ja sitte oli trauma.</p>	<p>Ryhmiä ehdotettu, mutta ryhmätilanteet vaikeita Nettiohjaus</p>			
	<p>Tuntu, että on vähä niinkö unohettu. Lääkityksen saatiin kuntoon, silloin soiteltiin tiuhaan tälleen mut, sen jälkeen ei oo kuulunu mitään... Silloin ku alotettiin niin mun mielestä silloin mitattiin ja mulla otettiin niinku verikokeet laajasti...piti ottaa kontrolli niin ei oo kuulunu siitäkään mitään... Kun saatiin lääkitys kuntoon niin siihen se sitte jäi. Sen jälkeen ei oo kuulunu mitään. En tiä onko silleen niinku hirveesti mitään syytä miks ois pitäny</p>	<p>Nepsy-valmennus alkamassa Lääkityksen löytymisen jälkeen tuntunut, että on unohdettu Psykiatri soitti</p>	<p>Nepsy-valmennus Harvajaksoinen kontakti</p>		

	kuulua, onhan se Nepsy-valmennus tietenki siellä koko ajan ollu tulossa. Ja tälleen, mutta ehkä niinku semmosta kartotusta johonki ois kaivannu...Maanantaina (psykiatri) soitti...				
--	---	--	--	--	--