

Heini Soikka

# TYÖTERVEYSHUOLLON HOITOHENKILÖSTÖN VALMIUDET ADHD-OIREISEN AIKUISEN KOHTAAMISEEN

Opinnäytetyö  
Terveystieteiden  
Terveystieteiden  
Terveystieteiden

Maaliskuu 2015



**KYAMK**  
University of Applied Sciences

<b>Tekijä/Tekijät</b>	<b>Tutkinto</b>	<b>Aika</b>
Heini Soikka	Hoitotyön koulutus-ohjelma	Maaliskuu 2015
<b>Opinnäytetyön nimi</b>		
Työterveyshuollon hoitohenkilöstön valmiudet adhd-oireisen aikuisen kohtaamisessa		45 sivua 5 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b> ADHD-liiton Porina-projekti		
<b>Ohjaaja</b> Lehtori Sinikka Koho, lehtori Anna-Kaarina Anttolainen & projektipäällikkö Kaisa Humaljoki		
<p><b>Tiivistelmä</b></p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää erään Kuopion alueen työterveyshuollon yksikön hoitohenkilöstön valmiuksia adhd-oireisen aikuisen kohtaamisessa. Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa kyseisen hoitohenkilöstön tarvetta mahdolliselle koulutukselle aikuisen adhd:sta. Toive tutkimukselle tuli eräältä kohderyhmän työntekijältä.</p> <p>Tutkimusote oli määrällinen ja aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella, jonka työterveyshuollon johtaja lähetti hoitohenkilöstölleen. Tutkimuksella selvitettiin hoitohenkilöstön valmiuksia adhd:n tunnistamisessa, asiakkaan jatkotutkimuksiin ja tuen piiriin ohjaamisessa sekä työelämän ja arjen tukemisessa adhd-oireisen aikuisen kohdalla. Kysely lähetettiin 17 henkilölle ja siihen vastasi 8 henkilöä, joten vastaukset oli yksinkertaisinta analysoida manuaalisesti.</p> <p>Tutkimuksessa kävi ilmi, ettei vastaajilla ole riittävästi valmiuksia adhd-oireisten aikuisten kohtaamisessa ja moni heistä toivoikin lisäkoulutusta. Adhd:n tunnistamiseen liittyen liitännäissairauksien tunnistaminen koettiin heikoksi. Etenkin adhd:n diagnosointi- ja kuntoutusprosessin tuntemusta tarvittaisiin vastausten perusteella lisää. Lisäksi ilmeni tarve yhteisten hoitolinjausten luomiselle työterveysyhuollossa sekä Kuopion alueella. Adhd-oireisen aikuisen mahdollisia haasteita sekä työelämässä että arjessa koettiin tunnistettavan kohtalaisesti.</p> <p>Tutkimuksen luotettavuutta puoltaa mittarin toimivuus. Mittari esitettiin ja kysymykset laadittiin aiheesta kerättyyn teoriaan perustuen, ja sillä saatiin vastaukset tutkimusongelmiin. Vähäisen vastausmäärän vuoksi tuloksia ei kuitenkaan voi yleistää koko hoitohenkilöstöä koskeviksi.</p> <p>Kyselyyn vastanneilla hoitajilla on selvästi tarvetta ja kiinnostusta lisäkoulutukselle aikuisten adhd:sta ja koulutus toteutetaan tämän opinnäytetyön jatkona terveydenhoitaja-tutkimuksen kehittämistehtävänä keväällä 2015. Koulutuksessa hyödynnetään tämän tutkimuksen tuloksia.</p>		
<b>Asiasanat</b> ADHD, aikuiset, työterveyshuolto, valmiudet		

<b>Author (authors)</b> Heini Soikka	<b>Degree</b> Health Care	<b>Time</b> March 2015
<b>Thesis Title</b> Some Occupational Health Care Nurses' Acquirements to Face an Adult with ADHD Symptoms		45 pages 5 pages of appendices
<b>Commissioned by</b> ADHD Association/Porina-Project		
<b>Supervisor</b> Sinikka Koho, Senior Lecturer		
<b>Abstract</b> <p>The objective of the thesis was to find out the acquirements of occupational health care nurses to face adults with ADHD symptoms at one occupational health care unit in Kuopio area. The aim of this thesis was to examine if these nurses need some education of adult ADHD in relation. The desire for this research came from the employee at this occupational health care unit.</p> <p>The research method was quantitative and material was collected with the electronic questionnaire which was sent by occupational health care director. Research problems investigated nurses' acquirements to recognize ADHD, direct the client to further investigation and to support and to support the client in a workplace and in everyday life within adults with ADHD symptoms. The questionnaire was answered by 8/17 people so the simplest way was to analyze the results manually.</p> <p>This thesis found out that the respondents do not think that they have enough acquirements facing adults with ADHD symptoms and many of them hoped to get some education on the subject. Especially the knowledge of adult ADHD diagnostics and rehabilitation process are needed. Because of the need for education, the occupational health care nurses will get education as following-up this thesis by the development task of health nurse education co-operation with Porina-project in The ADHD-association in Finland.</p>		
<b>Keywords</b> ADHD, adults, occupational health care, acquirements		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	ADHD - AKTIIVISUUDEN JA TARKKAAVUUDEN HÄIRIÖ.....	6
2.1	Adhd:n diagnosointi ja erotusdiagnosi .....	7
2.2	Aivojen fysiologiset poikkeavuudet adhd-oireisella henkilöllä .....	10
2.3	Adhd:n liitännäissairaudet ja -häiriöt.....	11
3	ADHD-OIREISEN AIKUISEN ELÄMÄÄ .....	13
3.1	Adhd:n oireet ja arkielämän haasteet .....	13
3.2	Adhd-oireisen henkilön vahvuudet ja voimavarat.....	15
3.3	Adhd-oireisen aikuisen opiskelu ja työelämä .....	16
3.4	Adhd-oireisen aikuisen ihmissuhteet .....	17
4	ADHD-OIREISEN AIKUISEN HOITO, KUNTOUTUS JA TUKI.....	18
4.1	Adhd-oireisen aikuisen lääkehoito .....	19
4.2	Lääkkeettömät tukimuodot.....	21
5	ADHD-OIREINEN AIKUINEN TYÖTERVEYSHUOLLON ASIAKKAANA .....	23
5.1	Työterveyshuolto palveluntarjoajana .....	23
5.2	Adhd-oireinen aikuinen työterveyshuollossa.....	26
6	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT .....	29
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	29
7.1	Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laadinta .....	31
7.2	Tutkimuksen kohderyhmä.....	29
7.3	Aineiston analysointi .....	31
7.4	Tutkimuksen luotettavuus .....	32
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	33
8.1	Työterveyshuollon hoitohenkilöstön valmiudet tunnistaa adhd-oireita aikuisella ..	33
8.2	Työterveyshuollon hoitohenkilöstön valmiudet ohjata adhd-oireinen aikuinen jatkotutkimuksiin ja tuen piiriin.....	34
8.3	Työterveyshuollon hoitohenkilöstön valmiudet tukea adhd-oireista aikuista työelämässä ja arjessa.....	35
9	POHDINTA .....	36
	LÄHTEET .....	41

## LIITTEET

Liite 1. Laskelma adhd-oireisten aikuisten esiintyvyydestä

Liite 2. Kyselylomake työterveyshuollon hoitohenkilöstölle

## 1 JOHDANTO

Adhd (attention deficit hyperactivity disorder) on jo lapsuudessa alkanut aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, jonka oireet jaetaan tarkkaamattomuuteen, ylivilkkauteen ja impulsiivisuuteen (vrt. Leppämäki 2012b, 253). Kansainvälisten tutkimusten mukaan adhd-oireisia aikuisia on 3,4–4 % väestöstä ja suurinta osaa heistä ei ole tutkittu lapsuuden tai nuoruuden aikana (Koski & Leppämäki 2013, 3155). Työterveyslaitoksen ylilääkäri Sami Leppämäen mukaan arviolta vain 5–10 % adhd-oireisista aikuisista on tällä hetkellä hoidon ja kuntoutuksen piirissä (Leppämäki 25.1.2014).

Työterveyshuollon piiriin kuuluu valtaosa työllisistä aikuisista, minkä vuoksi työterveyshuollon yksiköt ovat avainasemassa adhd-oireisten aikuisten kohtaamisessa ja tunnistamisessa. Tämän opinnäytetyön tarkoitus onkin selvittää erään Kuopion alueen työterveyshuollon yksikön hoitohenkilöstön valmiuksia adhd-oireisten aikuisten kohtaamisessa. Opinnäytetyössä selvitetään kyseisen työterveyshuollon hoitohenkilöstön valmiuksia adhd:n oireiden tunnistamisessa, asiakkaan jatkotutkimuksiin ja tuen piiriin ohjaamisessa sekä työelämän ja arjen tukemisessa adhd-oireisen aikuisen kohdalla. Aihe saatiin ADHD-liiton Porina-projektilta, joka on myös työn toimeksiantaja. Toive kyseiseen tutkimukseen oli noussut kohderyhmän työntekijältä.

Alun perin tarkoituksena oli toteuttaa kysely kaikille kyseisen työterveyshuollon työntekijöille sekä lopuksi suunnitella ja ADHD-liiton Porina-projektin yhteistyöllä järjestää heille koulutusta, mutta siitä koituvan laajuuden ja haastavuuden vuoksi työ päädyttiin rajaamaan vain hoitohenkilöstöä koskevaksi ja koulutuksen suunnittelu ja järjestäminen toteutettavaksi erikseen terveydenhoitajatutkintoon liittyvänä kehittämistehtävänä.

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin helmikuussa 2014 keräämällä teoretietoa aikuisten adhd:sta. Kyselylomake tehtiin keväällä ja vastaukset kerättiin kesän 2014 aikana. Syksyn 2014 aikana analysoitiin vastaukset ja loppuraportti valmistui maaliskuussa 2015.

## 2 ADHD – AKTIIVISUUDEN JA TARKKAAVUUDEN HÄIRIÖ

Adhd on kehityksellinen, neurobiologinen sekä neuropsykiatrinen häiriö (Virta & Salakari 2012, 12). Se on yleensä periytyvä häiriö, jonka taustalla on osit-

tain erilainen aivotoiminta, verrattuna ei adhd-oireisiin henkilöihin (Lehtokoski, 2004, 11).

Adhd-oireisia aikuisia on eri tutkimusten mukaan 3–5 % väestöstä (Leppämäki 2012, 253) ja lapsista noin 5 %, mikä kertoo adhd:n jatkuvan aikuisuudessa jopa yli puolella adhd-oireisella henkilöllä. Lapsilla adhd on diagnosoitu pojilla 3–6 kertaa useammin, kuin tytöillä, kun taas aikuisilla eron sukupuolten välillä on arveltu olevan vain 1,6-kertainen. Tämä selittynee sillä, että pojilla on usein enemmän ylivilkkauksen oireita, mitkä havaitaan herkemmin ja sen myötä tutkitaan ja diagnosoidaan. Aikuisten välinen sukupuolisidonnaisuus häviää miesten ylivilkkausoireiston lieventyessä. (Koski & Leppämäki 2013, 3155–3156.)

Adhd pitää sisällään erilaisia oireita, jotka korostuvat eri tavoin eri henkilöillä. Oireiston ilmaantuvuus ja vaikutus arkeen ja elämään muovautuu iän mukana, jolloin muun muassa ylivilkkauksen ja impulsiivisuuden oireet usein lieventyvät. Ylivilkkauksen ja impulsiivisuuden lieventyminen tekee adhd:sta usein vaikeammin tunnistettavan. (Mannström-Mäkelä & Saukkola 2008, 15–16; Virta & Salakari 2012, 16–17.)

Tarkkaavuushäiriöstä puhuttaessa on hyvä muistaa myös add (attention deficit disorder), jossa henkilöllä on tarkkaavuushäiriö ilman ylivilkkaus- ja impulsiivisuusoireita. Add:n tarkkaavaisuuden oireet ovat samankaltaisia adhd:n oireiden kanssa ja voivat haitata elämää yhtä paljon, ellei enemmänkin. Add-oireisille henkilöille on tyypillistä toiminnan hitaus, johon kuuluu toiminnan aloittamisen vaikeus sekä toiminnan ylläpitäminen ja ohjaus. Aikuisilla add usein sekoitetaan johonkin mielialahäiriöön, joista yleisimpänä on masennus. (Leppämäki 2012a, 47.)

## 2.1 Adhd:n diagnosointi ja erotusdiagnoosi

Aikuisten adhd on sekä alidiagnosoitu että alihoidettu useissa Euroopan maissa (Kemppinen, Korpela, Elfvengren, Salmisaari, Polkko & Tuominen 2013, 2616). Pelkästään Suomessa on eri arvioiden mukaan 50 000–170 000 adhd-oireista aikuista (Leppämäki 25.1.2014; vrt. Virta & Salakari 2012, 16) joista ylilääkäri Leppämäen (mp.) mukaan arviolta vain 5–10 % on hoidon ja kuntoutuksen piirissä. Tilastokeskuksesta (2014) saatujen tietojen perusteella laske-

tun arvion (liite 1) perusteella vuoden 2013 lopussa 20–64-vuotiaista aikuisista adhd-oireisia oli noin 127 000.

Adhd-diagnoosin tekee neurologi tai psykiatri, joka on erikoistunut neuropsykiatriin häiriöihin. Myös muutkin lääkärit voivat tehdä diagnoosin, mikäli heillä on riittävästi tietämystä adhd:sta ja sen erotusdiagnoosista (Mannström-Mäkelä & Saukkola 2008, 29). Diagnoosin tekemiseen ei ole olemassa luotettavia tutkimuksia tai kuvantamismenetelmiä, vaan diagnoosi tehdään haastattelun perusteella. Kuvantamismenetelmillä voidaan kuitenkin poissulkea mahdolliset somaattiset tai aivo-orgaaniset syyt. Haastattelussa selvitetään tarkasti henkilön elämänhistoriaa ja vaikeuksia sekä lapsuudessa, että aikuisuudessa. Oireiden ilmeneminen jo lapsuudessa on edellytys diagnoosille ja siksi tietoa lapsuudesta tulee saada. Tietoa voi saada esimerkiksi koulutodistuksista, lapsuuden sairauskertomuksista tai neuvolatiedoista. Hyvä tiedonlähde on adhd-oireisen henkilön läheinen, joka on tuntenut henkilön tämän lapsuudesta saakka. Usein äiti tai isä on hyvä henkilö tähän ja häntä haastatellaan adhd-oireisen henkilön lapsuuden oireista ja niiden vaikutuksista arkeen ja elämään. (Virta & Salakari 2012, 13, 16, 40; Adler & Florence 2009, 72; Leppämäki 2012b, 259; Sihvola 2013, 22–24; Koski & Leppämäki 2013, 3158–3159.)

Adhd:n seulontaan on olemassa Maailman terveysjärjestö WHO:n ASRS-kyselylomake, josta on 6- ja 18-osaiset versiot. Näistä lyhyemmässä versiossa neljä tummennetulla alueella olevaa vastausta antaa aiheen adhd:n lisäselvityksille. Lomake on suuntaa antava itsearviointikysely aikuisille. Kyselyn perusteella ei tehdä diagnoosia, mutta vastausten perusteella voidaan arvioida lisätutkimusten tarve. Lomake sekä käyttöohjeet on saatavissa osoitteesta: [http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/18Q\\_Finnish\\_final.pdf](http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/18Q_Finnish_final.pdf). (Koski & Leppämäki 2013, 3158; Virta & Salakari 2012, 40–41.)

Aikuisten adhd:n diagnosoinnissa voidaan käyttää diagnostisia haastatteluja, joissa tutkitaan ainoastaan adhd:n oireiden esiintymistä sekä lapsuudessa, että aikuisuudessa. Näitä haastatteluja ovat CAADID (Conners's Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV) ja DIVA (ADHD:n diagnostinen haastattelu aikuisilla). Haastattelut kuvaavat helposti ymmärrettävällä tavalla adhd-oireisten aikuisten kuvaamia oireita. Näistä DIVA-lomake on vapaasti saatavilla Internetistä osoitteesta:



[http://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA\\_2\\_Fins\\_FORM.pdf](http://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA_2_Fins_FORM.pdf) ja siten helposti hyödynnettävissä. (Sihvola 2013, 24.)

Suomessa diagnostisena menetelmänä käytetään WHO:n ICD-10-tautiluokitusta, josta henkilöllä on täytyttävä tietty vähimmäismäärä oireita kaikista oireluokista. Ensimmäisestä luokasta (G1) eli keskittymiskyvyttömyydestä tulee täytyttyä vähintään kuusi oiretta. Toisesta ja kolmannelta luokasta (G2 ja G3) eli hyperaktiivisuudesta ja impulsiivisuudesta tulee molemmista täytyttyä vähintään kolme oiretta. Näiden lisäksi vaaditaan, että oireet haittaavat selvästi normaalia elämää ja ilmenevät vähintään kahdella eri elämän osa-alueella kuten ihmissuhteissa ja työelämässä. (Virta & Salakari 2012, 13–16, 40.)

Diagnosoinnin apuna voidaan käyttää Amerikan Psykiatriyhdistyksen DSM-IV-kriteerejä, jotka ovatkin toinen tärkeä kriteeristö adhd-oireiden tunnistamisessa. Siinä adhd-oireet jaetaan kolmeen alamuotoon, jotka ovat pääasiallisesti tarkkaamattomuusoireinen, pääasiallisesti yliaktiivinen/impulsiivinen sekä näiden kahden yhdistelmä. Tässä luokituksessa edellytetään, että vähintään kuusi oiretta täytyvät joko toisessa (A1 tai A2) tai molemmissa luokissa. Molemmat kriteeristöt on kehitetty alun perin lapsille, mikä hankaloittaa aikuisten adhd:n diagnosointia. (Virta & Salakari 2012, 13–16.)

Psykiatrian erikoislääkäri Elina Sihvola (Sihvola 2013, 22–24) on kirjoittanut artikkelin aikuisiän adhd:n diagnostiikasta, missä hän kertoo uusimmasta aikuiset huomioivasta DSM-5-tautiluokituksesta. Kyseinen luokitus huomioi aikuisiässä ilmenevät adhd:n oireet paremmin, kuin aiemmin käytössä olleet luokitukset. DSM-5-tautiluokitus antaa mahdollisuuden adhd-diagnoosiin aikuisella, jolla oirekriteereistä viisi täytyvät. Lisäksi tässä luokituksessa riittää, että adhd-oireet ovat alkaneet viimeistään 12 ikävuoteen mennessä, kun ikä on ennen ollut 7.

Adhd-oireita tutkittaessa, on aiheellista tehdä myös yleispsykiatrinen arvio, jolla kartoitetaan muut mahdolliset psykiatriset häiriöt, sillä monihäiriöisyys on tyypillistä adhd-oireiselle aikuiselle. Myös kehitykselliset häiriöt ja somaattiset tilat on poissuljettava. (Sihvola 2013, 22.) Monihäiriöisyys tekee diagnostiikasta haasteellista, mutta erotusdiagnostiikassa tulee huomioida oirekuvan kehi-

tyksellisyyttä sekä jatkuvuutta. Adhd:n oireet alkavat jo lapsena ja usein kestävät läpi elämän, kun taas esimerkiksi persoonallisuus- ja päihdehäiriöt ilmaantuvat myöhemmin. Oireiden jatkuvuudessa tulee huomioida muun muassa mielialahäiriöt, jotka ovat luonteeltaan jaksottaisia ja adhd:n oireet puolestaan ovat pääosin jatkuvia. (Korkeila & Leppämäki 2014, 111–112.)

## 2.2 Aivojen fysiologiset poikkeavuudet adhd-oireisella henkilöllä

Adhd johtuu nykykäsityksen mukaan aivojen poikkeavasta toiminnasta ja on usein perinnöllistä. Perinnöllisyys on tutkimusten mukaan adhd:n syynä yli 75 %:ssa tapauksista. Kuitenkin myös ympäristötekijöillä raskauden ja synnytyksen aikana on vaikutuksia adhd:n syntyyn. Merkittävimpiä adhd:n syntyyn vaikuttavia raskauden ja synnytyksen aikaisia ympäristötekijöitä ovat keskosuus ja äidin tupakointi. Myös äidin raskaudenaikaisella alkoholin käytöllä, sikiön hapenpuutteella ja lapsen alhaisella syntymäpainolla on katsottu olevan vaikutusta adhd:n syntyyn, mutta samalla myös muiden mielenterveyden häiriöiden syntyyn. (DeSimone II & Busby 2014, 52; Michelsson, Miettinen, Saresma & Virtanen 2003, 24; Korkeila & Leppämäki 2014, 115; Koski & Leppämäki 2013, 3157; Virta & Salakari 2012, 20–22.)

Aivojen poikkeavuuksia on tutkittu vertaamalla adhd-oireisten lasten ja nuorten aivokuvia muiden samanikäisten aivokuvaan. Vertailun perusteella on todettu, että adhd-oireisilla henkilöillä tietyt yksittäiset aivoalueet ovat pienempiä tai niiden kuorikerros on ohuempi kuin muilla. Juuri ne aivoalueet eli etuotsalohko, häntätumake, linssitumakkeen pallo, aivokurkiainen ja pikkuaivot vaikuttavat tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen, motoriikan, muistin ja tunteiden säätelyyn. Adhd-oireisen henkilön aivoista erityisesti etuotsalohko kehittyy tavallista hitaammin. Myös tiettyjen aivoalueiden on tutkittu poikkeavan toiminnaltaan, mikä johtuu siitä, että verenvirtaus tai aineenvaihdunta on kyseisillä alueilla heikompaa. Koska yksilöiden väliset erot ovat huomattavia, ei aivokuvan perusteella voi nähdä, onko henkilöllä adhd vai ei. (Virta & Salakari 2012, 20–22.)

Myös välittäjäainetoiminta on adhd-oireisilla henkilöillä häiriintynyt. Sitä voi muodostua liian vähän, vapautua huonosti tai kiinnittyä heikosti vastaanotettavaan soluun. Tärkeimpiä välittäjäaineita näyttäisi adhd:n kannalta olevan noradrenaliini ja dopamiini, joiden vajaatoiminta vaikuttaa puutteelliseen impuls-

sien estokykkyyn, mikä johtaa henkilön nopeaan ja seurauksia ajattelemattomaan toimintaan. Häiriintyneen välittäjäainetoiminnan vuoksi tieto ei kulje adhd-oireisen henkilön aivoissa kyllin tehokkaasti. (Michelsson ym. 2003, 24; Virta & Salakari 2012, 22–23.)

Vaikkei näitä tutkimuksia voida vielä hyödyntää diagnosoinnissa, voidaan kuitenkin todeta, että adhd-oireisen henkilön ongelmat ovat yleensä tahattomia, eivätkä johdu laiskuudesta tai ilkeydestä. Adhd-oireisella henkilöllä on oireita, jotka johtuvat aivotoiminnan häiriöstä, ei henkilöstä itsestään. Adhd ei tee ihmisestä tyhmää, se vain aiheuttaa haasteita, joista henkilön on mahdollista selviytyä tuen avulla. (Mannström-Mäkelä & Saukkola 2008, 24; Virta & Salakari 2012, 24.)

### 2.3 Adhd:n liitännäissairaudet ja -häiriöt

Adhd:hen liittyy tiettyjä ongelmia tai sairauksia keskimäärin enemmän, kuin muulla väestöllä. Kaikilla adhd-oireisilla aikuisilla liitännäissairauksia ei kuitenkaan ole ja joillakin voi puolestaan olla useita liitännäissairauksia tai -häiriöitä. (Lehtokoski 2004, 22; Leppämäki 2012b, 262; Moilanen 2012, 36; Virta & Salakari 2012, 34.) Tutkitusti noin 80 %:lla adhd-oireisista aikuisista on kuitenkin vähintään yksi psykiatrinen liitännäissairaus (Mannström-Mäkelä & Saukkola 2008, 19; Michelsson ym. 2003, 69).

Tarkkaavaisuuden ongelmat aiheuttavat hyvin usein oppimisvaikeuksia, joista tavallisimpia ovat lukivaikeudet, hahmotusvaikeudet ja matemaattiset oppimisvaikeudet. Oppimisvaikeudet johtuvat usein keskittymiskyvyn heikkoudesta, huonosta työmuistista sekä etenkin lapsilla ja nuorilla käytöshäiriöistä. (Lehtokoski 2004, 22; Michelsson ym. 2003, 60; Virta & Salakari 2012, 34.)

Adhd:n yleisin liitännäissairaus aikuisilla on masennus, jota on todettu lähes 50 %:lla adhd-oireisista aikuisista. Sen oireistoon kuuluu alakuloisuus, ärtyneisyys, väsymys ja uupumus, saamattomuus, keskittymisvaikeudet, itsetunnon lasku, unihäiriöt, ruokahaluttomuus sekä itsetuhoiset ajatukset. Adhd-oireisen henkilön masentuneisuus on usein seurausta sosiaalisista epäonnistumisista, toistuvasta kielteisestä palautteesta sekä heikentyneestä itsetunnonasta. Lisäksi masennuksen syntyyn vaikuttaa välittäjäaine serotoniinin erityk-

sen häiriö. Masennus ja adhd on diagnostisesti joskus vaikea erottaa, sillä oireistossa on paljon yhtäläisyyksiä. Mikäli molemmat sairaudet havaitaan samanaikaisesti, on tärkeää arvioida hoidon kulku tarkoin. On myös mahdollista, että esimerkiksi masennus peittää adhd:n alleen, jolloin sitä ei diagnosoida tai toisinpäin. (Juusola 2012, 93; Leppämäki 2012b, 262; Michelsson ym. 2003, 70–71; Virta & Salakari 2012, 35, 38.) Yleensä masennuksen hoitoa suositellaan ensin (Niemelä, Leppämäki, Aalto, Rapeli, Holopainen, Tani & Lauerma 2010, 1216).

Myös kaksisuuntainen mielialahäiriö on yksi adhd:n mahdollisista liitännäissairauksista. Siinä on vaihtelevasti masennusjaksoja ja mielialan kohoamisen eli manian tai hypomanian jaksoja normaalin olotilan lisäksi. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön yleisyys eri tutkimuksissa vaihtelee 5–20 %:n välillä adhd-oireisten henkilöiden keskuudessa. (Leppämäki 2012b, 262.)

Adhd:hen voi liittyä myös ahdistuneisuutta, minkä aiheuttaja vaihtelee, eli ahdistuneisuus ei johdu aina tietyistä asiasta. Ahdistuneisuushäiriössä ahdistukseen liittyy usein myös fyysisiä oireita ja jopa paniikkikohtauksia. Ahdistuneisuushäiriötä esiintyy 25–40 %:lla adhd-oireisista aikuisista (Virta & Salakari 2012, 35). Adhd:n hoidossa käytettävien lääkkeiden haittavaikutuksiin voi liittyä ahdistuneisuutta, mikä on tärkeää huomioida etenkin, jos henkilöllä on entuudestaan ahdistuneisuushäiriö. Tämän vuoksi suositellaan ensin ahdistuneisuushäiriön hoitoa ja vasta sen jälkeen adhd:n hoitoa. (Leppämäki 2012b, 263.)

Päihdehäiriöt, joilla tarkoitetaan päihteen tai päihteiden haitallista käyttöä, ovat yhdessä päihderiippuvuuden kanssa yleisempiä adhd-oireisilla henkilöillä muuhun väestöön verrattuna. Adhd onkin tutkitusti riskitekijä päihdehäiriön kehittymiselle. Päihdehäiriöisen henkilön kohdalla suositellaan vähintään kolmen kuukauden todistettua päihteettömyyttä ennen adhd:n tutkimista, koska sekä pitkäaikainen päihteiden käyttö, että niiden vieroitusoireet aiheuttavat samankaltaisia kognitiivisia häiriöitä, kuin adhd. Adhd:ta tutkittaessa onkin tärkeää selvittää adhd:n oireistoa ajalta ennen päihdehäiriön ilmaantumista. Hoidon kannalta oleellisinta on arvioida henkilön elämäntilannetta ja kykyä toteuttaa lääkehoitoaan suunnitellusti ja kartoittaa myös riskit etenkin stimulanttilääkkeiden välittämiseen ja myymiseen. Lääkehoidossa on stimulanttien lisäk-

si muita vaihtoehtoja, joita tulee päihdeongelmaisen adhd-oireisen henkilön kohdalla harkita. (Niemelä ym. 2010, 1213–1217.)

Unihäiriöt ovat adhd:n yhteydessä melko yleisiä ja niitä on vähintään 30 %:lla adhd-oireisista henkilöistä (Juusola 2012, 74; Michelsson ym. 2003, 74). Unihäiriöihin liittyy myöhään valvominen, jolloin yöunet jäävät usein lyhyiksi. Lisäksi levoton liikehdintä vuoteessa ennen nukahtamista, heikko unenlaatu ja yöllinen aktiivisuus esimerkiksi unissakävely liittyvät usein adhd-oireisten henkilöiden unihäiriöihin. (Juusola 2012, 94; Virta & Salakari 2012, 37.)

Adhd:hen voi edellä mainittujen sairauksien lisäksi liittyä myös Aspergerin ja Touretten oireyhtymät. Impulsiivinen käytös voi lisäksi altistaa adhd-oireisen aikuisen tapaturmille muita ihmisiä herkemmin. (Leppämäki 2012b, 264; Virta & Salakari 2012, 37–38.)

### 3 ADHD-OIREISEN AIKUISEN ELÄMÄÄ

#### 3.1 Adhd:n oireet ja arkielämän haasteet

Adhd:n pääoireet ovat keskittymiskyvyttömyys, yliaktiivisuus ja impulsiivisuus. Oireiden esiintyvyys ja voimakkuus vaihtelee eri yksilöiden välillä paljon. (Virta & Salakari 2012, 12.) Yhteistä adhd-oireisille henkilöille on, että oireet ovat alkaneet jo lapsuudessa ja aiheuttavat vielä aikuisuudessakin merkittävää haittaa toimintakyvylle erilaisissa tilanteissa (Leppämäki 2012b, 260).

Oireet näkyvät yleensä eri tavoin lapsen ja aikuisen elämässä. Lapsilla keskittymiskyvyttömyys näkyy leikeissä tai tehtävien teossa lyhytjänteisyytenä, ohjeista piittaamattomuutena ja herkkyytenä ulkopuolisille ärsykkeille esimerkiksi äänille. Myös tehtävien järjestäminen on vaikeaa ja tavarat hukkuvat helposti. Yliaktiivisuus puolestaan näkyy lapsella useissa toiminnoissa vaikeutena pysyä paikoillaan tai hillitä aktiivisuutta tilanteissa, jotka vaativat rauhallisuutta. Lisäksi adhd-oireisten lasten leikit ovat usein tavallista äänekkäämpiä. Lapsella impulsiivisuus ilmenee oman vuoron odottamisen vaikeutena, kysymyksiin vastaamisena kesken kysymyksen sekä puheen paljoutena tilannetta huomiomatta. (Moilanen 2012, 35–36.)

Nuoruuteen tultaessa adhd-oireiden ilmeneminen yleensä muuttuu. Yliaktiivisuus ei usein näy enää ulospäin niin voimakkaasti, vaan muuttuu sisäiseksi levottomuudeksi. Uudet elämänvaiheet, kuten yläkoulu asettavat suuria haasteita nuorelle, jolloin adhd-oireet voivat tulla yhä häiritsevämmiksi. Oireet voivat näkyä muun muassa myöhästelyinä, koulutarvikkeiden unohtamisina ja läksyjen tekemättä jättämisenä. Myös tunneilla puhuminen ja levoton käytös ovat adhd-oireiselle nuorelle tyypillisiä. Adhd-oireisen nuoren harrastukset voivat vaihtua tiuhaan tai nuori voi uppoutua täysin itselleen mielekkääseen puuhaan. Tapaturmia sattuu adhd-oireiselle nuorelle muita nuoria herkemmin niin harrastuksissa, kuin liikenteessäkin. (Raevuori 2012, 211–212.)

Aikuisilla oireet voivat olla ulkoisesti vaikeampia havaita, sillä ylivilkkaus usein vähenee tai jopa poistuu, vaikei kuitenkin aina. Aikuisilla tarkkaamattomuus on yleisin vaikeuksien aiheuttaja, mutta myös impulsiivisuus voi aiheuttaa haittaavampia vaikeuksia kuin lapsuudessa, kuten holtittomuutta liikenteessä ja useita työpaikan vaihdoksia. (Leppämäki 2012b, 260; Koski & Leppämäki 2013, 3157; Leppämäki 22.5.2014.) Adhd-oireinen aikuinen kohtaa arjessaan ja elämässään yleensä enemmän haasteita muuhun väestöön verrattuna. Nämä haasteet ja vaikeudet näkyvät usein monella elämän osa-alueella kuten koulussa, työssä, ihmissuhteissa ja elämänhallinnassa. (Saukkola 2005a, 11.)

Tarkkaamattomuuden aiheuttamat vaikeudet näkyvät arjessa useissa eri tilanteissa niin työssä, kuin kotonakin. Keskittymisvaikeudet voivat aiheuttaa ajatusten harhailua, jolloin henkilö voi tehdä ja ajatella täysin eri asioita samanaikaisesti. Huolimattomuusvirheitä sattuu myös usein heikon keskittymisen vuoksi. Tarkkaamattomuuteen liittyy usein myös toiminnanohjauksen vaikeudet. Arjessa ne voivat näkyä esimerkiksi vaikeutena aloittaa vaikeana pitämänsä työprojektia. Myös jo lääkäriajan varaaminen voi siirtyä aina vain myöhemmäksi aloittamisen vaikeuden vuoksi. Aloitetut työt voivat jäädä kesken ja vaihtua mielekkäämpiin tai sitten työprojektissa henkilön on vaikea keskittyä olennaiseen. Tyypillistä on myös useiden työtehtävien tai projektien samanaikaisuus, jolloin yksikään niistä ei valmistu (Leppämäki 22.5.2014). Adhd-oireisen aikuisen on vaikea asettaa asioita tärkeysjärjestykseen tai ylipäätään suunnitella toimintaansa johdonmukaisesti. Adhd-oireiselle aikuiselle myöhästely ja aikataulujen rikkominen on tyypillistä ajanhallintavaikeuksien vuoksi. Myös pitkäjänteisyyden puutteellisuus ja häiriöherkkyys eli ulkoisten

ärsykkeiden vaikutus toimintaan liittyvät vahvasti tarkkaamattomuuteen. (ADHD-liitto 2013; Virta & Salakari 2012, 26, 28.)

Ylivilkkaus ja impulsiivisuus ovat oireita, jotka näkyvät aikuisuudessa usein eri tavoin, kuin lapsuudessa. Nämä oireet voivat ilmetä sisäisenä levottomuuden tunteena, työpaikkojen vaihteluina tai extreme-lajien harrastamisena. Adhd-oireinen aikuinen voi kyllästyä nopeasti ja olla hyvinkin kärsimätön sekä stressaantua muita herkemmin. Adhd-oireinen henkilö on myös herkempi suuttumaan ja voi muuttua hetkessä iloisesta ärtyisäksi. Mielialavaihtelut ovatkin hyvin yleisiä. Harkitsemattomat päätöksenteot sekä riskialtis käyttäytyminen ovat myös yleisiä adhd-oireisen aikuisen elämässä. (ADHD-liitto 2013).

### 3.2 Adhd-oireisen henkilön vahvuudet ja voimavarat

Adhd nähdään usein negatiivisesti ja sen haittoihin kiinnitetään paljon huomiota. Adhd-oireisilla henkilöillä on kuitenkin usein myös vahvuuksia, jotka ei-adhd-oireisilta henkilöiltä usein puuttuu. Vahvuudet ovat aina yksilöllisiä, mutta adhd:hen on kuitenkin liitettävissä tietynlaisia vahvuuksia.

Adhd-oireisen henkilön suuri vahvuus on usein luovuus ja kekseliäisyys, joista riittää iloa myös muille. Toinen vahvuus on kyky uppoutua mielekkääseen tehtävään ajankulua huomaamatta, jolloin henkilö saa paljon aikaiseksi. Myös tunteet ovat osalla adhd-oireisista henkilöistä voimavara, sillä tunteiden kautta elävä adhd-oireinen henkilö on täysillä mukana, ja se heijastuu myös ympäristöön. (Mannström-Mäkelä & Saukkola 2008, 25.)

Adhd-oireinen henkilö on usein ystävävä, joka osallistuu kaikkeen ja keksii viltäkin ideoita. Hän uskaltaa tehdä hurjiakin temppuja. Adhd-oireisen henkilön innostuneisuus tarttuu muihinkin, jolloin ystävät haluavat mukaan erilaisiin asioihin. Tupalissa ja jopa vaarallisissa tilanteissa adhd-oireisen henkilön aivojen aktivaatitaso nousee riittävän korkealle, jolloin hän on parhaassa toimintatilatissaan ja pystyy toimimaan tilanteen vaatimalla tavalla. (Lehtokoski 2004, 48, 53–54.)

Adhd-oireisilla henkilöillä on usein ylivertainen tilannehuumorintaju, mikä liittyy heidän tässä ja nyt -ajatteluun. Adhd-oireisella henkilöllä on kyky oivaltaa asioita nopeasti kuten monimielisiä merkityksiä toisen henkilön puheesta, ja hän myös sanoo ne välittömästi ääneen ollessaan ympäristössä, jossa hänen huumoriaan ymmärretään. Adhd-oireisen henkilön seurassa aika ei yleensä käy pitkäksi. Hän on mielikuvituksellinen ja kokeilunhaluinen lähes kaikissa asioissa. Hän on myös luovuutensa vuoksi hyvä keksimään ratkaisuja eri asioihin. (Lehtokoski 2004, 54–55, 67.)

### 3.3 Adhd-oireisen aikuisen opiskelu ja työelämä

Adhd-oireisen aikuisen koulutustason on tutkittu olevan keskimäärin muuta väestöä matalampaa. Arvosanat ovat usein keskivertoa heikompia ja opintojen keskeytykset yleisempiä. Heikko menestyminen ei johdu tyhmyydestä, vaan usein syynä on se, ettei adhd-oireinen henkilö saa kaikkia kykyjään käyttöön oireidensa vuoksi. (Virta & Salakari 2012, 51.) Kognitiivisesti lahjakas henkilö voi kuitenkin pärjätä pitkällekin, jopa yliopistotasolle adhd-oireistaan huolimatta (Leppämäki 22.5.2014).

Ongelmat oppimisessa voivat aiheutua tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen ja muistin vaikeuksista sekä luki- tai hahmotusvaikeuksista. Myös aiemmat negatiiviset kokemukset ja tunteet voivat aiheuttaa ongelmia myöhemmissä opinnoissa. Monelta adhd-oireiselta aikuiselta puuttuu usko ja luottamus omaan osaamiseen ja kyvykkyyteen, mikä johtaa herkemmin luovuttamiseen. Usein myös itsenäistä työskentelyä vaativat opinto-osuudet kuten esimerkiksi lopputyö jäävät helpommin tekemättä ja siten tutkinto saamatta. (Virta & Salakari 2012, 51–52.)

Adhd-oireisen henkilön opinnoissa ja työssä pärjäämiseen liittyy tarkkaavuus- tai ylivilkkaushäiriön lisäksi myös muita haasteita. Näitä haasteita ovat esimerkiksi vaikeudet kommunikoida ja ilmaista itseään sekä puutteet ihmissuhdetaidoissa, joista koituu yleisesti vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa. Mieli-alanvaihtelut ja stressin hallinta ja sietäminen taas aiheuttavat emotionaalisia vaikeuksia. Myös puutteelliset elämänhallintataidot kuten arjen hallinta, terveelliset elämäntavat ja työ- ja toimintakyvyn ylläpito ja kehittäminen osaltaan



vaikuttavat opinnoissa ja työssä pärjäämiseen. (Palomäki-Jögerroos 2012, 232.)

Adhd-oireisilla aikuisilla on myös tutkitusti enemmän työpaikanvaihdoksia ja työttömyyttä verrattuna muuhun väestöön. Lastenlääkäri Katarina Michelssonin (Michelsson 2009, 10) tekemässä 30-vuoden seurantatutkimuksessa 30-vuotiaista adhd-oireisista henkilöistä 55 % oli kokopäivätoisissa, kun taas verrokkiryhmässä kokopäivätoisissa oli 73 %. Myös alisuoriutuminen on muita yleisempää. Adhd-oireisen henkilön sairauspoissaolo- ja työtaturmariski on kaksinkertainen muihin verrattuna (Koski & Leppämäki 2013, 3159). Ongelmat työssä tai opinnoissa johtuvat usein työtehtäviin tai opintoihin sopimattomuudesta tai henkilöltä voi puuttua taidot tunnistaa mahdollisia ongelmia tai niiden syitä. Elämän muut murheet tai mieltä painavat asiat vaikeuttavat työhön keskittymistä ja siten töiden suorittamista. Töiden tekemistä voivat monin tavoin häiritä myös tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen ja muistin vaikeudet. Vaikeudet voivat näkyä muun muassa häiriöherkkyytenä, keskittymiskyvyttömyytenä, työtehtävien suunnittelun vaikeutena tai ohjeiden unohtamisena. (Virta & Salakari 2012, 46–48.)

### 3.4 Adhd-oireisen aikuisen ihmissuhteet

Adhd-oireinen aikuinen toimii ihmissuhteissa usein eri tavalla kuin muut ihmiset. Ihmissuhdevaikeudet ovatkin hyvin yleisiä adhd-oireisen aikuisen elämässä ja arjessa. Syinä vaikeuksiin voivat olla esimerkiksi adhd:hen liittyvät mielialojen vaihtelut, asioiden ajattelematon töksäyttely liian suoraan ja myöhästyly. Ihmisten on vaikeaa ymmärtää tällaista käytöstä etenkin jos he eivät tiedä henkilön adhd:sta tai adhd:sta ylipäätään. Ihmissuhteissa toimimista voi vaikeuttaa adhd-oireisen aikuisen vaikeus tulkita muiden ihmisten ilmeitä, eleitä ja äänensävyjä, mikä aiheuttaa helposti väärinkäsityksiä. Adhd-oireinen aikuinen on myös muita alttiimpi katkaisemaan välit ystävään jo yhdestäkin väärinkäsityksestä. (Virta & Salakari 2012, 56–57.)

Ystävyysuhteissa adhd-oireinen aikuinen voi aluksi olla todella aktiivinen ja pitää yhteyttä ystäviin, mutta muutamien kuukausien jälkeen yhteydenpito jää usein ystävän vastuulle. Adhd-oireinen aikuinen voi olettaa ystävän ottavan

yhteyttä tai keskittyy itse jo uudempiin tuttavuuksiin eikä muista ottaa yhteyttä vanhoihin ystäviin. Silti hän on yleensä hyvillään ystävän ottaessa yhteyttä pitkänkin ajan jälkeen. (Lehtokoski 2004, 49–50; Virta & Salakari 2012, 57.)

Michelssonin tekemä seurantatutkimus osoittaa myös adhd-oireisten aikuisten elävän avioliitossa vertaisryhmää harvemmin (20 % vrt. 42 %) ja puolestaan yksin verrattaen useammin (44 % vrt. 22 %). Adhd-oireisista aikuisista moni koki myös vaikeuksia saada ystäviä ja ylläpitää ystävyysuhteita. Tutkimus osoittaa adhd-oireisilla henkilöillä olevan riskin joutua syrjityiksi ja painottaakin yksilöllistä tuen ja avun tärkeyttä vaikeuksien minimoimiseksi kaikilla elämän alueilla. (Michelsson 2009, 10–11.)

Kitkaa parisuhteessa aiheuttaa usein adhd-oireisen henkilön ailahtelevaisuus, asioiden unohtelu, holtiton rahankäyttö tai kommunikointivaikeudet. Ylivilkas adhd-oireinen aikuinen haluaa jatkuvasti virikkeitä ja voi jopa haastaa riitaa kumppaninsa kanssa ollessaan tylsistynyt. Adhd-oireisen aikuisen on myös usein vaikeaa tiedostaa omaa epäasiallista käyttäytymistään kumppaniaan kohtaan. Tylsyyden ja kyllästymisen tunnetta usein aiheuttaa parisuhteen muuttuminen alkuhuimasta arkisemmaksi, jolloin uutuudenviehätys katoaa. Adhd-oireinen henkilö vaihtaakin muita herkemmin kumppania voidakseen kokea rakastumisen ja jännityksen tunteita yhä uudelleen. (Lehtokoski 2004, 55,68,70; Virta & Salakari 2012, 61–62.)

#### 4 ADHD-OIREISEN AIKUISEN HOITO, KUNTOUTUS JA TUKI

Adhd-oireisille aikuisille ei toistaiseksi ole hoitoon ja kuntoutukseen ohjaavaa Käypä hoito -suositusta, vaikka myös aikuiset hyötyvät yksilöllisestä hoidosta ja kuntoutuksesta. Hoito- ja kuntoutusmuotoja on olemassa paljon ja siksi onkin tärkeää arvioida yksilöllisesti kunkin henkilön kohdalla, millaisesta hoidosta ja kuntoutuksesta yksilö hyötyy eniten. Toistaiseksi adhd-oireisen aikuisen kuntoutukseen pääsy on haasteellista epäselvän kuntoutusjärjestelmän ja lainsäädännön vuoksi. Myös eri kuntien ja hoitotahojen välillä on suuria eroja hoidon ja kuntoutuksen tarjonnassa. (Kippola-Pääkkönen 2012, 79, 83, 86.)

Kuntoutuksen lähtökohtana on kokonaisvaltaisen kuntoutustarpeen arviointi yhteistyössä hoitavan tahon ja adhd-oireisen aikuisen kanssa. Arvioinnin jälkeen laaditaan yhteistyössä tarkka kuntoutussuunnitelma, johon kirjataan kaikki kuntoutukseen liittyvät asiat vaiheittain. Kuntoutussuunnitelmassa tulee ilmetä kuntoutustarpeen perusteet, päätavoitteet sekä toimenpiteet ja menetelmät tavoitteiden saavuttamiseksi. Myös aikataulut, seuranta, kuntoutuksen arviointi sekä vastuuhenkilöt kirjataan suunnitelmaan. (Kippola-Pääkkönen 2012, 82–84.)

#### 4.1 Adhd-oireisen aikuisen lääkehoito

Adhd-oireisen aikuisen hoidossa lääkehoito on yleensä ensisijainen hoitomuoto. Lääkehoito edellyttää aina adhd-diagnoosin ja sen, että oireet heikentävät elämää usealla eri alueella. Lääkehoidon tarve sekä käytettävä lääke arvioidaan aina yksilöllisesti. (Adler & Florence 2009, 78–79; Lehtokoski 2004, 99; Leppämäki 2012b, 265; Niemelä 2005, 66–67; Virta & Salakari 2012, 76.)

Adhd-oireisten aikuisten lääkehoito on osoittautunut hyvinkin tehokkaaksi ja suurin osa adhd-oireisista aikuisista hyötyy selvästi lääkityksestä. On kuitenkin myös pieni osa adhd-oireisia aikuisia, jotka eivät joko hyödy lääkkeistä tai ovat saaneet liiallisia haittavaikutuksia, mitkä estävät lääkkeen käytön. (Adler & Florence 2009, 79, 90; Lehtokoski 2004, 100; Leppämäki 2012b, 265.) Tällaisilla henkilöillä lääkkeettömät hoitomuodot ovat erityisen merkittäviä (Leppämäki 2012b, 265).

Adhd-oireisten aikuisten hoidossa käytetyimmät lääkeaineet ovat metyyli-*fenidaatti* ja *atomoksetiini*. Näistä metyyli-*fenidaatti* on psykostimulantti eli keskushermoston aktivaatiota lisäävä lääke. Sen vaikutus perustuu välittäjäaine-toimintaan lisäämällä noradrenaliinin ja dopamiinin määrää aivoissa. Stimulanttien vaikutuksesta aivot pystyvät paremmin suodattamaan pois tarpeettomia ärsykeitä ja lisäksi aktivaatiotason nousu helpottaa myös tunteiden ja sosiaalisten tilanteiden hallintaa (Lehtokoski 2004, 101). Vaikutusaika vaihtelee eri lääkevalmisteilla ja saatavilla on sekä pitkä-, että lyhytvaikutteisia valmisteita. Yhteistä kaikilla valmisteilla on lähes välitön vaikutus lääkkeen aloittamisesta. Tämä mahdollistaa sen, että lääkkeen voi jättää ottamatta esimer-

kiksi vapaapäivinä. (Lehtokoski 2004, 103–105; Leppämäki 2012b, 265–266; Koski & Leppämäki 2013, 3160.)

Metyylifenidaatilla saadaan hoitovaste 60–70 %:lla adhd-oireisista henkilöistä. Se lievittää tehokkaasti sekä tarkkaamattomuuden, että ylivilkkauksen ja impulsiivisuuden oireita. Koska metyyliifenidaatin virallisena käyttöaiheena Suomessa on lasten ja nuorten adhd, sen aloittaminen aikuiselle edellyttää lääkärin erityisosaamista. (Korkeila & Leppämäki 2014, 117.)

Metyylifenidaatin sopivuus on yksilöllistä, ja haittavaikutukset voivat vaihdella suurestikin eri henkilöiden välillä. Yleisimpiä haittavaikutuksia metyyliifenidaatilla ovat unettomuus, ruokahaluttomuus, tunteiden heilahdukset sekä verenpaineen nousu. Verenpainetta tulee seurata säännöllisesti etenkin ensimmäisten kuukausien ajan lääkkeen aloittamisesta. Oikein käytettynä metyyliifenidaatin ei katsota aiheuttavan riippuvuutta, mutta sen määräämistä päihdeongelmalliselle ei suositella väärinkäyttöriskin vuoksi. (Lehtokoski 2004, 103–105; Leppämäki 2012b, 265–266; Koski & Leppämäki 2013, 3160.)

Muita adhd:n hoidossa käytettäviä psykostimulantteja ovat deksamfetamiini ja lisdeksamfetamiini. Näistä deksamfetamiinin käyttö edellyttää erityisluvan, sillä sen käyttöön liittyy suurempi päihdekäytön riski, kuin muilla adhd:n hoidossa käytettävillä lääkkeillä. Lisdeksamfetamiinin käytössä päihdekäytön riski on pienempi ja sen vapautuminen on hitaampaa, joten kerta-annos päivässä riittää hoitovasteen saavuttamiseksi. (Korkeila & Leppämäki 2014, 118.)

Atomoksetiini on ainoa lääke EU-alueella, jonka virallisiin käyttöaiheisiin kuuluu aikuisten adhd. Atomoksetiini ei ole stimulantti lääke, minkä vuoksi sillä on todettu vähemmän ja lievempiä haittavaikutuksia kuin metyyliifenidaatilla ja muilla stimulanteilla. Sen vaikutus perustuu noradrenaliinin takaisinoton estämiseen, jolloin noradrenaliinia jää enemmän hermosolujen käyttöön. Atomoksetiinin vaikutus alkaa keskimäärin 1–3 viikon kuluttua lääkkeen aloituksesta, mutta sen kesto on ympärivuorokautinen. Atomoksetiinin hoitovaste on 40–70 % sekä lyhyt-, että pitkäaikaisessa hoidossa. Atomoksetiinin yleisiä haittavaikutuksia aikuisilla ovat pahoinvointi, suun kuivuminen, päänsärky, heikentynyt ruokahalu, univaikeudet ja väsymys, ja lisäksi verenpaineen ja pulssin nousu ovat mahdollisia (Korkeila & Leppämäki 2014, 119). Atomoksetiinilla ei ole

päihdekäytön riskiä, minkä vuoksi se sopii psykostimulantteja paremmin henkilöille, joilla on päihteiden riskikäyttöä. (Korkeila & Leppämäki 2014, 118–119; Leppämäki 2012b, 266; Virta & Salakari 2012, 77.)

Muita adhd:n hoidossa käytettyjä lääkkeitä ovat bupropioni, klonidiini ja modafiniili. Bupropioni estää dopamiinin ja noradrenaliinin takaisinottoa ja sen on lyhytkestoisissa tutkimuksissa todettu lievittävän adhd-oireita lumelääkettä tehokkaammin. Vaikka bupropionin käyttöaiheet ovat masennus ja nikotiiniriippuvuus, sen käyttö voi olla aiheellista henkilöllä, joka ei siedä stimulantteja eikä atomoksetiinia, tai henkilöllä, jolla on päihdeongelma. Klonidiinin käytöstä ei ole julkaistu aikuisten kohdalla kunnollisia tutkimuksia, mutta sen käyttö on mahdollista, etenkin jos henkilöllä on adhd:n lisäksi Touretten syndrooma. Modafiniili puolestaan ylläpitää vireystilaa perustuen histamiinin vapautumiseen hypotalamuksessa, mutta sen tehosta on hyvin vähän tutkimuksia. Euroopan lääkevalvontavirasto onkin suositellut modafiniilin käytön rajoittamista narkolepsiaan. (Korkeila & Leppämäki 2014, 119–120.)

## 4.2 Lääkkeettömät tukimuodot

Adhd-oireisille aikuisille on olemassa erilaisia psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmenetelmiä, joita varten adhd-diagnoosi ei aina ole välttämätön, vaan apua voi saada heti, kun jokin oire hankaloittaa henkilön arkea ja elämää. Näitä tukimuotoja käytetään usein adhd-oireisten aikuisten hoidossa ja kuntoutuksessa lääkityksen lisäksi. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 95–96.)

Aikuisen saadessa adhd-diagnoosi, on ensiarvoisen tärkeää, että hänelle ja hänen läheisilleen kuten puolisolle annetaan adhd:sta psykoedukaatiota eli tietoa ja ohjausta siten, että he saavat osallistua vastavuoroiseen keskusteluun kertomalla omia kokemuksiaan ja pyytämällä lisätietoa askarruttavista asioista. Keskustelun lisäksi tietoa voidaan antaa erilaisten oppaiden ja muiden tiedonlähteiden muodossa. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 96–97.)

Psykoterapia on hoitomuoto, jolla pyritään mielenterveysongelmien psykologiseen hoitamiseen yleensä keskustelun muodossa psykoterapeutin vastaanotolla. Adhd-oireisten aikuisten hoidossa käytetyimmät psykoterapiasuuntaukset ovat kognitiivinen psykoterapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia, joita toteutetaan adhd-oireisten aikuisten hoidossa usein samanaikaisesti. Kognitiivinen psykoterapia keskittyy siihen, miten yksilön omat ajatukset ja uskomukset vaikuttavat hänen tunteisiinsa, toimintakykyynsä ja hyvinvointiinsa. Se auttaa adhd-oireista aikuista tunnistamaan ja tiedostamaan ajatuksiaan, käyttäytymistään sekä tunteitaan. Tavoitteena on auttaa adhd-oireista aikuista löytämään toimivia selviytymiskeinoja jokapäiväiseen elämään ja vahvistaa henkilön myönteisiä ajatuksia itseään ja muuta maailmaa kohtaan. Kognitiivinen käyttäytymisterapia puolestaan keskittyy yksilön käyttäytymiseen eritellen siinä toistuvia haitallisia toimintatapoja, joiden tilalle yritetään löytää toimivampia, vähemmän haitallisia keinoja. (Häll 2005, 28–29; Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 101; Virta & Salakari 2012, 78–79.)

Adhd-oireisten aikuisten hoidossa kognitiivista psykoterapiaa voidaan toteuttaa sekä yksilö-, että ryhmäterapiana. Sekä yksilö-, että ryhmäterapiassa hoidettava henkilö osallistuu hoitoon aktiivisesti ja tasavertaisesti. Terapian menetelmiin kuuluu erilaisia tehtäviä ja käytännöllisiä harjoituksia sekä kotitehtäviä. (Häll 2005, 29; Salakari & Virta, 2012, 79.)

Yksi adhd-oireisten aikuisten kuntoutusmuoto on neuropsykologinen kuntoutus, mikä keskittyy aivotoiminnasta johtuviin vaikeuksiin sekä käyttäytymisen ja tunne-elämän ongelmiin. Neuropsykologisella kuntoutuksella pyritään kohentamaan ja palauttamaan kuntoutujan työ-, opiskelu- ja toimintakykyä. Kuntoutuksen edellytyksenä on, että neuropsykologin tekemässä tutkimuksessa on todettuja vaikeuksia, jotka vaikuttavat yksilön työ- opiskelu- tai toimintakykyyn heikentävästi. (Leskelä 2005, 22–23; Virta & Salakari 2012, 80.) Adhd-oireisen asiakkaan kohdalla yleensä pyritään vahvistamaan tarkkaavuuden säätelyn ja toiminnan ohjauksen taitoja erilaisin menetelmin kuten esimerkiksi peleihin, pöytätehtäviin ja keskusteluihin. Samalla toimintaympäristöä muokataan kyseisiä taitoja tukevammaksi. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 104.)

Neuropsykiatrinen valmennus (käytetään myös nimitystä ADHD-valmennus) on muita tukimuotoja täydentävä kuntoutusmuoto. Se on ratkaisu- ja voimavarakeskeistä toimintaa, jolla edistetään asiakkaan myönteistä käsitystä sekä itsestään, että kyvyistään. (Huotari, Niiranen-Linkama, Siltanen & Tamski 2008, 8–9.) Lähtökohtana neuropsykiatriselle valmennukselle on asiakkaan omat tavoitteet sekä motivoituneisuus niiden saavuttamiseksi. Valmennus sisältää yleensä enintään kymmenen tapaamista, joista sovitaan valmennussopimuksessa. Neuropsykiatrisessa valmennuksessa keskitytään ohjaamaan asiakkaan omien taitojen ja kykyjen käyttöön ottoa ja soveltamista. Puuttuvia tai heikosti kehittyneitä toimintoja ei vahvisteta, kuten tehdään esimerkiksi neuropsykologisessa kuntoutuksessa. Tavoitteena on auttaa asiakasta käytännönläheisesti ja asiakkaan arkeen vaikuttavasti. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 105–106.)

Ahdh-valmentajana voi toimia ahdh-valmentajakoulutuksen käynyt henkilö, joka usein on sosiaali-, terveys- tai kasvatusalan ammattilainen. Tärkeää on, että valmentajalla on laajalti tietoa ja osaamista aikuisten adhd:hen liittyen sekä positiivinen ja oikeudenmukainen asenne. (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen 2012, 105–106; Saukkola 2005b, 57–59.)

Muita tukimuotoja adhd-oireisille aikuisille ovat muun muassa sopeutumisvalmennuskurssit, toimintaterapia sekä vertaistukiryhmät. Lisäksi liikunta voi toimia keinona vähentää levottomuutta ja yliaktiivisuutta ja siten parantaa keskittymiskykyä. (Virta & Salakari 2012, 81.)

## 5 ADHD-OIREINEN AIKUINEN TYÖTERVEYSHUOLLON ASIAKKAANA

### 5.1 Työterveyshuolto palveluntarjoajana

Työterveyshuolto on työntekijöiden terveyden kokonaisvaltaista edistämistä ja työhön liittyvien haittojen ennaltaehkäisyä (Sauni 2014, 10). Työterveyshuoltolaki (21.12.2001/1383, 1. §) määrittää tarkasti työterveyshuollon toimintaa. Työturvallisuuslaki (23.8.2002/738, 10. §) puolestaan velvoittaa jokaisen työnantajan tunnistamaan työstä ja työhön liittyvistä seikoista aiheutuvat haitta- ja

vaaratekijät sekä arvioimaan niiden merkitys työntekijöiden terveydelle, ellei niitä voi poistaa. Jos työnantajalla ei ole siihen riittävää asiantuntemusta, tulee hänen käyttää ulkopuolisia asiantuntijoita.

Työterveyshuolto toteuttaa työterveyshuoltolain mukaista ennaltaehkäisevää työterveyspalvelua. Tähän palveluun kuuluu ennaltaehkäisevä työ, työkyvyn tuen käynnit sekä terveystarkastukset. Tämän lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen sairaanhoidollisia palveluita, joista sovitaan työterveyshuollon kanssa kirjallisesti työterveyshuoltosopimuksessa. Työnantaja määrittelee tarjoamansa sairaanhoidon laajuuden, kuitenkin niin, että palvelut ovat yhdenvertaisia kaikille työntekijöille. (Räsänen & Sauni 2014, 56, 61.)

Työterveyshuollon toteuttamaan työkyvyn tukemiseen kuuluu toiminta- ja työkyvyn arviointi ja kuntoutuksen suunnittelu. Työterveyshuolto arvioi kuntoutustarpeen ja sen perusteella kuntoutusmuodon. (Juvonen-Posti, Viljamaa, Uitti, Kurppa & Martimo 2014, 224–226.) Työterveyshuollossa toteutetaan moniammatillista työskentelytapaa eri ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden muodostaman tiimin toimesta. Tiimiin kuuluu yleensä työterveyslääkäri, -hoitaja, -psykologi sekä työfysioterapeutti ja tarvittaessa työryhmään otetaan myös muita työterveyshuollon asiantuntijoita. (Jalonen & Laaksonen 2014, 101.)

Työterveyshuolto on osa sekä perusterveydenhuollon järjestelmää, että työsuojelujärjestelmää, jolloin sen tehtävänä on yksilöiden terveyden edistämisen ja hoitamisen lisäksi työympäristön ja työolojen parantaminen. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden tulee tuntea sosiaalijärjestelmä, toimia työpaikan suuntaan sekä ymmärtää työn ja terveyden välisiä suhteita sekä erikoissairanhoidon ja terveyskeskuksen asiakkaiden työkykyyn liittyviä kysymyksiä. (Uitti, Sauni, Kivekäs & Laine 2014, 72.)

Työterveyshuollolla on työterveyshuoltolain ja valtioneuvoston asetuksen (708/2013) edellyttämät koulutusvaatimukset siitä, kuka voi toimia työterveyshuollon ammattihenkilönä. Tällaisia henkilöitä ovat työterveyteen erikoistuneet lääkärit sekä 15 opintopisteen laajuisen työterveyshuoltoon pätevöittävän koulutuksen käyneet laillistetut lääkärit ja terveydenhoitajat. Päätoimisena lääkärinä voi työterveyshuollossa toimia ainoastaan työterveyshuollon erikoislääkä-



ri. Pätevöittävän koulutuksen käynyt lääkäri voi toimia työterveyshuollossa osa-aikaisesti eli alle 20 tuntia viikossa. Pätevöittävä koulutus tulee suorittaa kahden vuoden kuluessa työn aloittamisesta työterveyshuollossa. (Mäenpää-Moilanen 2014, 270–272.)

Työterveyshuollon asiantuntijoita ovat laillistetut fysioterapeutit ja psykologit, jotka ovat myös suorittaneet työterveyshuoltoon pätevöittävän 15 opintopisteen laajuisen koulutuksen kahden vuoden kuluessa työn aloittamisesta. Muita työterveyshuollon asiantuntijoita ovat henkilöt, joilla on työhygienian, sosiaalialan, ergonomian, teknisen, maatalouden, työnäkemisen, ravitsemuksen, puheterapian tai liikunnan alan soveltuva korkeakoulututkinto tai muun vastaavan alan ammatillinen tutkinto ja lisäksi työterveyshuoltoon pätevöittävä vähintään kahden opintopisteen laajuinen koulutus. (Mäenpää-Moilanen 2014, 270–272.)

Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden tulee työterveyshuoltolain mukaisesti osallistua täydennyskoulutukseen vähintään kolmen vuoden välein. Sosiaali- ja terveysministeriö kuitenkin suosittelee täydennyskoulutusta työterveyshuollon ammattihenkilöille keskimäärin seitsemän päivää ja asiantuntijoille kolme päivää vuodessa. (Mäenpää-Moilanen 2014, 272.)

Työterveyshuollon palveluihin kuuluvista terveystarkastuksista sovitaan työnantajan kanssa. Edellä mainittu laki ja asetus kuitenkin määrittävät tilanteet, joissa terveystarkastukset on veloitettu suorittamaan. Työntekijällä on aina velvollisuus osallistua työterveystarkastukseen työnantajan katsoessa sen tarpeelliseksi. Terveystarkastusten perustana ovat työpaikan ajantasainen riskinarviointi ja työpaikkaselvitys. Lähtökohdan terveystarkastukselle asettaa yksilön työ ja sen asettamat vaatimukset terveydelle ja työkyvyille. Terveystarkastusten päätavoitteina ovat työhön liittyvien sairauksien ja oireiden ehkäisy kehittämällä terveellinen ja turvallinen työympäristö sekä toimiva työyhteisö ja työntekijän terveyden ja työ- ja toimintakyvyn tukeminen. Terveystarkastuksessa työterveyshuollon ammattihenkilö laatii yhdessä työntekijän kanssa henkilökohtaisen terveys suunnitelman. Suunnitelmalla ylläpidetään työntekijän työkykyä ja terveyttä ja sitä toteutetaan ja seurataan koko työuran ajan. (Liira, Raunio & Leino 2014, 190–194.)

Työterveyshuollolla on vastuu ohjata työntekijä kuntoutukseen tarpeen vaatiessa. Kuntoutus voi olla lääkinällistä, jolloin se pyrkii parantamaan tai ylläpitämään työntekijän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, tai ammatillista, jonka tavoite on työntekijän työkyvyn ja ansiomahdollisuuksien parantaminen ja ylläpito. Lääkinällistä kuntoutusta ovat muun muassa fysio- ja puheterapia, hoito kuntoutuslaitoksessa, sopeutumisvalmennuskurssit, psykoterapia ja neuropsykologinen kuntoutus. Ammatilliseen kuntoutukseen puolestaan kuuluu kaikki työn tekemistä parantavat toimet, joita ovat esimerkiksi neuvonta, työnohjaus, työkokeilut, työhön valmennus ja ammatillinen koulutus. (Terveystarkastukset terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn selvittämiseksi, arvioimiseksi ja seuraamiseksi 2006, 486.)

Ammatillisen kuntoutuksen järjestämisestä vastaa pääasiassa työeläkejärjestelmä. Työeläkekuntoutukseen pääsy kuitenkin edellyttää, että hakijalla on jokin sairaus tai vamma, jonka vuoksi häntä uhkaa työkyvyttömyys lähivuosina. Lisäksi hakijan työssäolon tulee olla vakiintunutta. Mikäli hakija ei täytä kaikkia ehtoja, mutta sairaus tai vamma edellyttää ammatillista kuntoutusta, tulee kansaneläkelaitoksen järjestää kuntoutus. Kansaneläkelaitoksen vastuulla on pääsääntöisesti lääkinällisen kuntoutuksen järjestäminen tai kustantaminen. (Terveystarkastukset terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn selvittämiseksi, arvioimiseksi ja seuraamiseksi 2006, 488.)

## 5.2 Adhd-oireinen aikuinen työterveyshuollossa

Työterveyshuolto on tärkeässä osassa aikuisten adhd:n tunnistamisessa, sillä valtaosa työllisistä kuuluu työterveyshuollon piiriin ja monen kohdalla työterveyshuolto voi olla ainoa terveydenhuollon kontakti. Tilastokeskuksesta (2014) saatujen tietojen perusteella lasketun arvion mukaan (liite 1) vuoden 2013 lopussa työterveyshuollon piiriin kuului noin 87 300 adhd-oireista aikuista. Heistä arvion mukaan noin 78 570:lta puuttuu adhd-diagnoosi.

Työterveyshuollon toimintaperiaatteen mukaan työterveyshuollon on toimittava asiakaslähtöisesti, riippumattomasti, eettisesti, luottamuksellisesti, monitieteisesti ja moniammatillisesti. Asiakaslähtöisyyden yhteydessä tulee huomioida, että työterveyshuollon asiakkaita ovat sekä työntekijät, että työnantajat,

jotka määrittävät työterveyshuoltopalveluiden sisällön ja laajuuden. Asiakaslähtöisyys ei siis ole ainoastaan yksilön tarpeista lähtevää toimintaa, vaan sen perustana on sopimus, joka määrittää toimintaa. Asiakaslähtöisyys on kuitenkin toiminnan perustana myös yksilötasolla, mutta palvelun sisältö ja laajuus toteutuvat kuitenkin työnantaja- ja työpaikkakohtaisesti. (Vrt. Laaksonen, Hakulinen, Michelsson & Uitti 2014, 76–77.) Tämä on hyvä huomioida esimerkiksi työterveystarkastuksissa, joissa työntekijä saa yksilöllistä palvelua, sillä siinäkin käynnin sisältö ja laajuus on ennalta sovittu, eikä tällöin välttämättä palvele työntekijän henkilökohtaisia tarpeita toivotulla tavalla.

Työterveyshuollon eettistä toimintaa on ammatillisesti perusteltu sekä eettisesti hyväksyttävä toiminta. Käytännössä toiminnan tulee olla tutkittuun tietoon perustuvaa tai tieteellisen näytön puuttuessa parhaaseen kokemukseen perustuvaa tietoa. Eettinen toiminta sisältää myös moraalisen velvollisuuden, mikä työterveyshuollon henkilöstöllä on edistää terveyttä, ehkäistä sairauksia ja lievittää kärsimystä. Riippumattomalla toiminnalla työterveyshuollossa tarkoitetaan sitä, että työterveyshuollon ammattihenkilöt ja asiantuntijat toimivat riippumattomasti ja puolueettomasti suhteessa työnantajiin ja työntekijöihin, jolloin he kertovat erilaisten vaihtoehtojen hyödyistä ja merkityksistä ammattitaitoonsa ja -tietoonsa perustuen. (Rautio 2014, 81–82, 88.)

Työterveyshuollon tehtäviin kuuluu terveystarkastusten suorittaminen, mihin yhtenä tavoitteena sisältyy työntekijän fyysisen ja psyykkisen terveyden ja toimintakyvyn arviointi. Terveystarkastuksessa työntekijän näkökulmasta tärkeät ja merkitykselliset asiat ovat keskiössä. (Liira, Rautio & Leino 2014, 193.) Työterveyshoitajan tunniessa aikuisen adhd:n oireistoa, on hänen mahdollista tunnistaa niitä asiakkaallaan. Adhd:ta arvioitaessa, asiakkaan voisi pyytää täyttämään ASRS-itsearviointilomakkeen, joka antaisi viitteitä mahdollisesta adhd:sta ja lisäselvitysten tarpeesta.

Adhd-oireisen henkilön kuntoutustarpeen arviointia varten tulee ensin arvioida henkilön toimintakyky ottaen huomioon sekä yksilöön, että ympäristöön liittyvät tekijät. Toimintakykyä arvioitaessa tulee huomioida adhd-oireisen henkilön kokemuksellinen arvio sekä ammatillisten asiantuntijoiden arviot. (Kippola-Pääkkönen 2012, 82.) Työterveyshuollossa moniammatillisen tiimin asiantun-

temuksella saisi kattavan kokonaiskuvan asiakkaan toimintakyvystä vahvuuksineen ja heikkouksineen.

Työterveyshuoltolaki sekä valtioneuvoston asetus (708/2013) määrittävät työterveyshuollon tehtäviä työkyvyn tukemisessa. Tähän kuuluu muun muassa työntekijöiden terveyden ja työkyvyn edistäminen ja ylläpito koko työuran ajan sekä kuntoutustarpeen tunnistus ja kuntoutukseen ohjaus. Työterveyshuolto, työnantaja ja työntekijöiden edustajat laativat työkyvyn tuen toimintamallin, jossa sovitaan vastuu ja roolit työkyvyn tuessa. (Juvonen-Posti ym. 2014, 212–215.)

Adhd-oireisen aikuisen työssä pärjääminen voi olla vaihtelevaa ja riippuu paljon työn luonteesta. Mikäli työ ja työympäristö ovat suotuisia, on työelämässä pärjääminen helpompaa. Adhd-oireinen henkilö tarvitsee työssään vaihtelevuutta ja toimintaa, mahdollisuuden luovuuteen ja oman maalaisjärjen käyttöön sekä riittävää tukea toiminnanohjaukseen. Tällöin aivojen aktivaatio on riittävää ja työtehtävien suorittaminen helpompaa. Kun työolosuhteet eivät ole riittävän suotuisat, voi ongelmia työssä ilmaantua. Mahdollisia ongelmia voivat aiheuttaa esimerkiksi asioiden unohtelu, lupautuminen uusiin tehtäviin harkitsematta ajan riittävyttä tai projektin kesken jääminen. Myös työssä uupuminen on riskinä etenkin silloin, kun työtahdin saa määrittää itse. Silloin adhd-oireinen henkilö usein tekee töitä tehokkaasti, kunnes palaa loppuun. (Lehtokoski 2004, 75–76; Lehtokoski 2012, 268.)

Työterveyshuollossa olisi mahdollisuus miettiä yhdessä adhd-oireisen henkilön sekä työnantajan kanssa, miten työssä pärjäämistä voisi tukea. Työnantajan voisi olla helpompaa suhtautua adhd-oireisen työntekijän tarpeisiin, kun paikalla olisi ammattilainen, joka tuntee sekä työpaikan, että työntekijän. (Vrt. Juvonen-Posti ym. 2014, 217.)

Työterveyshuollon ammattihenkilöiden olisi tärkeää tuntea aikuisen adhd:n lisäksi sen mahdolliset liitännäissairaudet, jotta he pystyisivät miettimään työntekijän tilannetta ja oirekuvaa laajemmin ja löytämään hoidettavissa olevat sairaudet ja häiriöt. Työterveyshoitajan tulisi tunnistaa aikuisen adhd:lle tyypillisiä oireita ainakin siinä määrin, että hänellä olisi perusteet lähettää tai ohjata työntekijä eteenpäin esimerkiksi työterveyspsykologille tai -lääkärille. Myös työnte-

kijät, joilla mahdollisesti on jo adhd-diagnoosi voivat tarvita tukea ja ymmärrystä työterveyshuollosta. Kuntoutukseen pääsee Suomessa vaihtelevasti kunnasta riippuen, jolloin työntekijän ainoa terveydenhuollon kontakti voi olla työterveyshuolto. Myös sen vuoksi tietämys adhd:n laajasta oireistosta on tärkeää työterveyshuollossa.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa erään työterveyshuollon yksikön hoitohenkilöstön valmiuksia adhd-oireisen aikuisen kohtaamisessa. Tutkimusongelmia muodostui kolme.

1. Mitä valmiuksia työterveyshuollon hoitohenkilöstöllä on tunnistaa adhd-oireita aikuisella?
2. Mitä valmiuksia työterveyshuollon hoitohenkilöstöllä on ohjata adhd-oireinen aikuinen jatkotutkimuksiin ja tuen piiriin?
3. Mitä valmiuksia työterveyshuollon hoitohenkilöstöllä on tukea adhd-oireista aikuista työelämässä ja arjessa?

## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laadinta

Tutkimusmenetelmänä käytettiin määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusotetta, koska adhd on ilmiönä jo tunnettu ja siitä on olemassa tietoa niin lasten ja nuorten, kuin aikuistenkin kohdalla. Määrällisen tutkimuksen lähtökohtana on tunnetun ilmiön tutkiminen teorian tietoon perustuen. (Vrt. Kananen 2011, 12.)

Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta (liite 2), jonka laatimisessa sekä jakamisessa käytettiin Google Drive -ohjelmaa. Kyselylomakkeen kysymykset pohjautuvat aiheesta kerättyyn teorian tietoon, mikä on edellytyksenä määrällisessä tutkimuksessa. Tutkimusongelmat olivat yhdessä teorian tiedon kanssa perustana kysymysten laadinnassa. (Vrt. Kananen 2011, 28.)

Tärkeintä määrällisen tutkimuksen tiedonkeruussa on, että kysymykset ovat toimivia. Kysymykset ovat hyviä ja toimivia silloin, kun vastaaja ymmärtää ne, vastaajalla on kysymysten edellyttämä tieto ja hän haluaa jakaa tiedon, ja kun kysymykset ovat yksiselitteisiä. (Kananen 2011, 30.)

Jotta saataisiin mahdollisimman kokonaisvaltaiset vastaukset tutkimusongelmiin, päädyttiin laatimaan sekä strukturoituja, että avoimia kysymyksiä. Avointen kysymysten tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jota ei strukturoiduilla kysymyksillä voinut saada (Vrt. Kananen 2011, 31). Osa strukturoiduista kysymyksistä kuvaa vastaajan omaa mielipidettä osaamisestaan ja tietämyksestään ja kuuluvat täten Likertin asteikkoon. Likertin asteikko on järjestys- eli ordinaaliasteikko, jossa luokat ovat erilaisia, mutta ne voidaan asettaa järjestykseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129–130). Vastausvaihtoehdot ovat tavallisesta poiketen ”erittäin hyvin”, ”melko hyvin”, ”kohtalaisesti”, ”melko huonosti” ja ”erittäin huonosti”, koska ne soveltuivat paremmin kyseisten asioiden kartoittamiseen.

Kyselylomake sisälsi kokonaisuudessaan 19 kysymystä, joista 13 oli strukturoituja ja 6 avoimia kysymyksiä. Työterveyshuollon hoitohenkilöstön valmiuksia tunnistaa adhd-oireita aikuisella selvitettiin kysymyksillä 1, 2a, 2b, 3, 4a, 4b, 6 ja 7. Kysymyksillä 5, 8, 9, 10, 14, 15 ja 16 haettiin vastauksia toiseen tutkimusongelmaan eli työterveyshuollon hoitohenkilöstön valmiuksiin ohjata adhd-oireinen aikuinen jatkotutkimuksiin ja tuen piiriin. Kolmanteen tutkimusongelmaan eli työterveyshuollon hoitohenkilöstön valmiuksiin tukea adhd-oireista aikuista työelämässä ja arjessa, haettiin vastauksia kysymyksillä 11, 12, 13, 17 ja 18. Viimeisellä kysymyksellä selvitettiin vastaajien halua / tarvetta lisäkoulutukseen aikuisen adhd:hen liittyvissä asioissa.

Lomake esitettiin eräällä kohderyhmän työterveyshoitajalla, koska hän osasi arvioida kysymysten soveltuvuuden juuri heidän työpaikkaansa. Kysymyksistä yksi muutettiin ja lisäksi ohjauskeskustelussa ohjaavien opettajien kanssa tehtiin lisäyksiä kahteen kysymykseen.

## 7.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Kohderyhmäksi valikoitui kyseisen työterveyshuollon hoitohenkilöstö, koska heiltä oli tullut toive saada lisätietoa aikuisten adhd:sta. Aluksi tarkoituksena oli kartoittaa koko henkilöstön valmiuksia, mutta tutkimus päädyttiin rajaamaan hoitohenkilöstöä koskevaksi, jottei siitä tule tarkoituksettoman laajaa. Kohderyhmän henkilöitä on yhteensä 17, joista 1 on sairaanhoitaja ja 16 ovat työterveyshoitajia mukaan lukien vastaava työterveyshoitaja. Luvan tutkimuksen toteuttamiselle antoi työterveyshuollon johtaja, joka myös jakoi kyselylomakkeen sähköpostitse hoitohenkilöstölleen.

Vastaukset palautuivat Google Drive -ohjelmaan automaattisesti ja anonyymisti. Ohjelma tallensi saadut vastaukset, ja ne tulostettiin ja käsiteltiin manuaalisesti pienen vastausmäärän vuoksi.

Lomake esitettiin 3.6.2014 ja muutosten jälkeen lomake lähetettiin hoitohenkilöstölle 18.6.2014. Alun perin vastausaikaa oli noin 2 viikkoa, mutta vähäisten vastausten vuoksi aikaa pidennettiin loppujen lopuksi syyskuun loppuun asti. Useista muistutuksista huolimatta vastauksia ei saatu lisää ja vastausmäärä jäi toivottua vähäisemmäksi. Vastaajia tutkimukseen saatiin lopulta 8.

## 7.3 Aineiston analysointi

Pienen kohderyhmän ja vähäisen vastausmäärän vuoksi määrälliset eli strukturoidut vastaukset analysoitiin manuaalisesti. Vastausten frekvenssit eli lukumäärät laskettiin ja kaikki vastaukset raportoitiin sanallisesti. Avointen kysymysten analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi on tyyppinen kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen analysointimenetelmä ja koska tässä tutkimuksessa avoimet kysymykset olivat sisällöltään kvalitatiivisen tutkimuksen kyselymenetelmää muistuttavia, oli sisällön analyysi järkevin menetelmä vastausten analysointiin. (Ks. Tuomi & Sarajarvi 2002, 74–75.)

Sisällönanalyysi on laadullisessa tutkimuksessa käytetty analyysimenetelmä, jonka avulla etsitään tekstin merkityksiä ja kuvataan niitä sanallisesti. Sisällönanalyysistä puhuttaessa tarkoitetaan myös sisällön erittelyä, jossa tekstin

sisältöä kuvataan kvantitatiivisesti eli määrällisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107–109.)

#### 7.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimus oli kvantitatiivinen, joten sen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Validiteetin näkökulma perehtyy siihen, onko tutkimuksella onnistuttu mittaamaan tarkoituksenmukaisia asioita eli onko teoria onnistuttu operationalisoimaan muuttujiksi luotettavalla tavalla. Ulkoinen validiteetti perehtyy siihen, miten tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää sen ulkopuolelle. Tässä yhteydessä tulee myös arvioida, miten tutkimuksen otos edustaa perusjoukkoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.)

Reliabiliteetin näkökulma perehtyy tutkimustulosten pysyvyyteen. Tutkimuksessa käytetyn mittarin kyky tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia kertoo mittaamisen reliabiliteetista. Reliabiliteettia ei tässä tutkimuksessa testattu erikseen, joten sitä ei voida luotettavasti arvioida. (Ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.)

Tutkimuksen luotettavuuden perustan luo käytetyn mittarin luotettavuus eli mittarin sisältövaliditeetti. Sillä arvioidaan tarkoituksenmukaisen ilmiön mittaamista, oikean mittarin valintaa, käsitteiden luotettavaa operationalisointia sekä mittarin teoreettista rakennetta eli rakennevaliditeettia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190.)

Tässä tutkimuksessa mittari luotiin tutkimusongelmien mukaisesti ja sillä saatiin vastauksia kuhunkin tutkimusongelmaan, joten se mittasi tarkoituksenmukaisia asioita. Teoreettiset käsitteet operationalisoitiin siten, että vastaajat ymmärtäisivät kysymykset samalla tavalla ja tarkoituksenmukaisesti, jolloin heidän vastaukset ovat mitattavassa muodossa. (Ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190.)

Koska tutkimuksessa käytetty mittari luotiin tätä tutkimusta varten, esitettiin se eräällä kohderyhmän työterveyshoitajalla. Esitestaaja valittiin tutkimuskohderyhmästä, jotta mittari saatiin palautteen pohjalta viimeisteltyä mahdollisim-



man toimivaksi kyseessä olevaan työterveyshuoltoon. (Vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191.)

Tutkimuksen ulkoista validiteettia arvioitaessa päädyttiin tutkimuksen ulkoisen validiteetin epäpätevyteen vastaajien kadon seurauksena. Tässä tutkimuksessa ei ollut tavallisesta poiketen perusjoukosta otettua otantaa, vaan tutkimus kohdistui kaikkiin kyseisen työterveyshuollon hoitohenkilöstön jäseniin, jotka muodostivat perusjoukon. Tarkoituksena oli saada tuloksia, jotka voitaisiin yleistää koko työterveyshuollon hoitohenkilöstöön. Vastausprosentti jäi alle puolen (47 %), joten tulokset eivät päde koko joukkoa ajatellen. Vastajille annettiin kahdesti lisää aikaa, mutta vastausmäärä ei noussut. (Ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 193.)

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy olennaisesti myös tutkimusetiikka. Tieteen sisäinen etiikka pitää sisällään oman tutkimusalan luotettavuuden ja totuudellisuuden, jolloin arvioidaan suhdetta tutkimuksen kohteeseen ja tavoitteeseen sekä koko tutkimusprosessiin. Tämä tutkimus toteutettiin luottamuksellisesti alusta loppuun asti. Eettisesti luotettavaksi tutkimuksen teki tutkijan rehellisyys, tunnollisuus ja muiden kunnioitus sekä eettisten sääntöjen ja ohjeiden noudattaminen. (Ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

## 8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 8.1 Työterveyshuollon hoitohenkilöstön valmiudet tunnistaa adhd-oireita aikuisella

Kyselyyn vastanneista (N=8) neljä arvioi kohtaavansa työssään adhd-oireisia aikuisia 1–3 kertaa puolessa vuodessa ja neljä kerran vuodessa. Vastajista yksi koki tunnistavansa asiakastyössään aikuisen adhd:lle tyypilliset oireet ja vaikeudet melko hyvin, neljä kohtalaisesti ja kolme melko huonosti. Oireiden ja vaikeuksien tunnistamisen testaamiseksi kyselyssä oli monivalintakysymys, jossa vastaajat valitsivat mielestään tyypilliset oireet ja vaikeudet aikuisen adhd:lle. Vastajista kaikki valitsivat keskittymisvaikeudet, seitsemän valitsi ajanhallintavaikeudet ja seitsemän häiriöherkkyyden. Neljä vastaajaa valitsi mielialanvaihtelut ja kaksi aggressiivisuuden. Kukaan vastaajista ei valinnut

jatkuvaa alakuloisuutta, alhaisempaa älykkyyttä, raajojen puutumisia, näköhäiriöitä, eikä puheen tuottamisen vaikeuksia.

Vastaajista (N=8) yksi koki tietävänsä, mistä adhd johtuu melko hyvin, kuusi kohtalaisesti ja yksi melko huonosti. Yksi vastaajista koki tietävänsä yleisimmät adhd:n liitännäissairaudet aikuisella melko hyvin, kaksi kohtalaisesti, neljä melko huonosti ja yksi erittäin huonosti. Myös aikuisen adhd:n yleisimpien liitännäissairauksien tunnistamisen testaamiseksi oli monivalintakysymys, jossa vastaajat valitsivat mielestään yleisimmät adhd:n liitännäissairaudet aikuisella. Vastaajista seitsemän valitsi päihdehäiriöt, seitsemän ahdistuneisuushäiriön, viisi masennuksen, viisi unihäiriöt, kolme lukihäiriön, kaksi narsistisen persoonallisuushäiriön ja yksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön. Kukaan vastaajista ei valinnut narkolepsiaa eikä skitsofreniaa.

Kukaan vastaajista (N=8) ei käyttänyt työssään ASRS-lomaketta adhd:n seurantaa. Kukaan vastaajista ei myöskään käyttänyt työssään aikuisille suunnattuja adhd:n diagnostisia haastatteluja (CAADID ja DIVA).

## 8.2 Työterveyshuollon hoitohenkilöstön valmiudet ohjata adhd-oireinen aikuinen jatkotutkimuksiin ja tuen piiriin

Vastaajista (N=8) yksi koki tietävänsä melko hyvin, miten aikuisen adhd diagnosoidaan, yksi kohtalaisesti, viisi melko huonosti ja yksi erittäin huonosti. Vastaajista kaksi koki tietävänsä melko hyvin, minne adhd-oireisen aikuisen voi lähettää jatkotutkimuksiin, neljä kohtalaisesti, yksi melko huonosti ja yksi erittäin huonosti. Yksi vastaajista koki tietävänsä melko hyvin, mitä kuntoutus- ja tukimuotoja adhd-oireiselle aikuiselle on tarjolla, kolme kohtalaisesti ja neljä melko huonosti.

Kysyttäessä, mihin kuntoutus- ja tukimuotoihin kyseisen työterveyshuollon hoitohenkilöstö voi ohjata tai lähettää adhd-oireisen aikuisen, vastaajista (N=8) seitsemän valitsi sopeutumisvalmennuskurssit, kuusi vertaistukiryhmät ja kuusi lääkehoidon. Vastanneista viisi valitsi adhd-valmennuksen, viisi neuropsykologisen kuntoutuksen, kaksi psykoedukaation ja kaksi hoitosuhdekeskustelut. Psykoterapian valitsi yksi vastaaja, kuten myös toimintaterapian ja lisäksi

yksi vastaajista valitsi muun: työterveyslääkäri, joka lähettää eteenpäin. Kukaan vastaajista ei valinnut ”ei mitään edellä mainituista”.

Kysyttäessä, mitkä palvelu- ja tukimuodot ovat vastaajien (N=8) mielestä keskeisimpiä adhd-oireiselle aikuiselle, yksi ei osannut sanoa ja yksi jätti vastaa-matta. Muista vastauksista esille nousi peruspalvelut (omalääkäri, työterveys-huolto ja KYS), lääkitys, ihmisen kokonaisvaltainen huomioiminen, vertaistuki sekä tiedon antaminen. Lisäksi mainittiin toivottavana seikkana palveluiden ja henkilöstön pysyvyys, tuttuus ja turvallisuus.

Kysyttäessä, mitkä asiat vastaajien (N=8) mielestä toimivat adhd-oireisen ai-kuisen diagnosointi- ja kuntoutusprosessissa, yksi vastaajista arveli järjestel-mällisen ohjauksen olevan toimivaa ja muut vastaajista eivät tieneet tai osanneet sanoa. Kokemuksen puute asiaan mainittiin yhdessä vastauksessa.

Kysyttäessä, mitä asioita adhd-oireisen aikuisen diagnosointi- ja kuntoutus-prosessissa tulisi kehittää tai ottaa paremmin huomioon, neljä vastaajaa (N=8) ei tiennyt tai ei vastannut ja jälleen mainittiin kokemuksen puute asiasta. Kah-dessa vastauksessa tuotiin esiin koulutuksen tarve työterveyshuollossa. Li-säksi tuotiin ilmi itsetunnon vahvistamisen tärkeys sekä koko hoitoprosessin toimivuus työterveyshuollossa.

### 8.3 Työterveyshuollon hoitohenkilöstön valmiudet tukea adhd-oireista aikuista työelä-mässä ja arjessa

Vastaajista (N=8) yksi koki tuntevansa yleisimmät adhd-oireisen aikuisen hoi-dossa käytettävät lääkkeet kohtalaisesti, kolme melko huonosti ja neljä erittäin huonosti. Vastaajista yksi koki tunnistavansa melko hyvin haasteita, joita adhd voi aiheuttaa aikuisen arjessa, kuusi kohtalaisesti ja yksi melko huonosti. Adhd-oireisen aikuisen mahdollisia työelämän haasteita ymmärsi melko hyvin yksi vastaaja, kohtalaisesti kuusi ja melko huonosti yksi vastaaja.

Kysyttäessä, millaisia haasteita vastaajien (N=8) mielestä on asiakastyössä adhd-oireisia aikuisia ajatellen, kolme vastaajaa ei vastannut lainkaan ja muis-ta vastauksista tuli esille adhd-oireisten aikuisten hajanaisuus, ohjauksen pe-rimeno, aikaa vievyys ja vieläkin haasteellisempi toteuttaminen kuin keskimää-

rin. Myös työterveyssovimusten kirjavuus mainittiin haasteellisena (lakisääteinen vai kokonaisvaltainen). Muita esille tuotuja haasteita olivat suunnitelmissa pysyminen, adhd:n tunnistaminen ja erotusdiagnoosi, eteenpäin ohjaaminen sekä tarve pitkäjänteisyyteen ja asiaan paneutumiseen.

Kysymykseen, miten työterveyshoitaja voi tukea adhd-oireista aikuista, tuli vastaajilta (N=8) monipuolisesti mielipiteitä ja seuraavat keinot tuotiin esille: eteenpäin ohjaus (hoitoon, tutkimuksiin ja tukimuotoihin), oireiden parempi tuntemus, tiedonanto sairaudesta, tukeminen tarvittaessa uuden työtehtävän löytymisessä tai työnkuvan muokkauksessa (esimerkiksi vähemmän stressaava työnkuva) sekä työkyvyn säilymisessä, työssä pärjäämisen seuranta asiakkaan ja esimiehen kanssa, asiakkaan ja hänen työnsä (vaatimuksineen) tunteminen, mielialaa tukeva keskustelu, ajan antaminen sekä asioiden jäsentäminen.

Lopuksi selvitettiin vastaajien (N=8) halua saada lisätietoa tai koulutusta adhd:hen liittyvistä asioista. Seitsemän vastaajaa toivoi lisätietoa tai koulutusta ylipäättään. Koulutusaiheista esille tuotiin oireet ja erotusdiagnoosi, kriteerit jatkotutkimuksiin ohjaamisesta ja yhteiset hoitopolut Kuopion alueella, asiakkaan tukeminen työelämässä sekä perustietojen kertaus ja päivitys.

## 9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tavoiteena oli selvittää yhden työterveyshuollon yksikön hoitohenkilöstön valmiuksia adhd-oireisten aikuisten kohtaamisessa. Vaikka vastaajia oli toivottua vähemmän, saatiin kuitenkin kyselyyn vastanneilta riittävät vastaukset tutkimusongelmiin ja siten päästiin tavoitteeseen. Vastauksia ei kuitenkaan voida yleistää koko hoitohenkilöstöä koskevaksi, sillä vastausmäärä jäi hieman alle puoleen (47 %).

Työterveyshuollon olisi tärkeää tunnistaa adhd:n oireita aikuisella, sillä tällä hetkellä Suomessa on vielä paljon aikuisia, joilla on adhd, muttei diagnoosia ja heidän tukeminen niin työelämässä kuin arjessakin olisi helpompaa, kun oireet tunnistettaisiin. Myös silloin, kun asiakkaalla on jo diagnosoitu adhd, on työterveyshoitajan helpompi ymmärtää hänen mahdollisia vaikeuksiaan ja haas-

teitaan, kun tietoa adhd:n oireista on riittävästi. Työterveyshoitaja suorittaa terveystarkastukset, mitkä ovatkin otollisia tilaisuuksia adhd-oireiden tunnistamiselle.

Kyselyn perusteella vastaajat kohtaavat adhd-oireisia aikuisia yhdestä kuu-teen kertaan vuodessa, mutta arvioon voinee vaikuttaa se, onko kyseisillä asiakkailta ollut jo diagnoosi vai perustuuko arvio siihen, että työterveyshoitaja on tunnistanut heillä adhd:n oireita. Vastaajista vain yksi koki tunnistavansa adhd:n oireita melko hyvin, mutta jatkokysymyksessä suurin osa vastaajista (7/8) valitsi kuitenkin vähintään kolme oiretta ja vaikeutta oikein neljästä. Oireiden tunnistamisen ohella on tärkeää tietää, mistä adhd johtuu, sillä se voi auttaa myös adhd:n tunnistamista. Jos toisella vanhemmista on adhd, niin todennäköisyys, että ainakin yhdellä heidän lapsistaan on adhd, on 84 % (De Simone II & Busby 2014). Vastaajista suurin osa koki tietävänsä adhd:n syyt kohtalaisesti. Myös adhd:n liitännäissairauksien tunteminen on tärkeää, sillä ne voivat akuutissa tilassa peittää alleen adhd:n, jolloin se voi jäädä kokonaan tunnistamatta, kun keskitytään vain liitännäissairauden hoitoon (vrt. Lehtokoski 2004, 22). Tietoa liitännäissairauksista tulisikin lisätä työterveyshuollossa.

Kyselyyn vastanneista kukaan ei käytä työssään adhd:n seulontalomaketta (ASRS), eikä diagnostisia haastatteluja ja näistä ainakin ASRS lomake olisi hyvä ja nopea väline adhd-oireiden kartoitukseen. Lomake on nopea täyttää, joten sen ei pitäisi viedä liikaa aikaa, vaikka aikaa olisi vähän.

Yhteenvetona voisi todeta, että vastaajat tarvitsevat lisää valmiuksia aikuisen adhd-oireiden tunnistamisessa. Se toisi lisää varmuutta työhön ja asioihin olisi todennäköisesti helpompi tarttua, kun tietoa olisi riittävästi.

Työterveyshuollossa tulisi olla valmiuksia ohjata ja lähettää adhd-oireinen aikuinen jatkotutkimuksiin ja tuen piiriin, sillä diagnoosin tekeminen edellyttää riittävää tietämystä adhd:sta ja sen liitännäissairauksista ja asian selvittämiseen esimerkiksi erikoislääkärin vastaanotolla tarvitaan lähete. (Ks. Terveystieteidenhuoltolaki 52. §.) Työterveyshoitajien olisi hyvä tietää aikuisen adhd:n diagnosointi- ja kuntoutusprosessista myös siinä määrin, että he pystyisivät antamaan siitä tietoa asiakkaalle. Kyselyyn vastanneista viisi koki tietävänsä aikuisen adhd:n diagnosoinnista melko huonosti ja yksi erittäin huonosti eli

eteenpäin ohjaus voi olla haastavaa. Tieto jatkotutkimuksiin lähettämisestä erosi paljon vastaajien välillä, mistä voisi päätellä, ettei yhteisiä ohjeistuksia asiasta ole.

Tietämys adhd-oireiselle aikuiselle tarjolla olevista kuntoutus- ja tukimuodoista vaihteli, mutta vain yksi vastaaja koki tietävänsä niitä melko hyvin. Luettelosta vastaajat kuitenkin valitsivat paljon eri kuntoutus- ja tukimuotoja, joihin he voivat adhd-oireisen aikuisen ohjata tai lähettää. Mietityttämään jäi kahden edellä mainitun kysymyksen vastauksissa oleva ristiriita, sillä hekin, jotka kokivat tietävänsä eri kuntoutus- ja tukimuotoja melko huonosti, valitsivat kuitenkin monta muotoa, joihin he voivat adhd-oireisen aikuisen ohjata tai lähettää eteenpäin. Kysymys olisi pitänyt muotoilla siten, että siitä saa todellisuutta vastaavan käsityksen. Parempi kysymys olisi voinut olla esimerkiksi ”Mihin seuraaviin kuntoutus- ja tukimuotoihin olen ohjannut/lähettänyt tai ohjaan/lähetän adhd-oireisen aikuisen?”. Tällaisesta kysymyksestä ei todennäköisesti olisi jäänyt epävarmaa käsitystä.

Avoimilla kysymyksillä oli tarkoitus saada kattavasti tietoa vastaajien näkemuksista adhd-oireisen aikuisen diagnosointi- ja kuntoutusprosessista. Vastauksista kävi ilmi, ettei vastaajilla ollut asiasta juurikaan tietoa, joten koulutus ja yhteisten linjojen luominen työterveyshuollossa olisi erityisen tärkeää. Vaikka adhd:n diagnosointi tapahtuu yleensä erikoissairaanhoidossa, niin tieto diagnosoinnista ja kuntoutuksesta on myös työterveyshuollossa tärkeää jo hoidon jatkuvuudenkin kannalta.

Työterveyshuollon tehtäviin kuuluu työntekijöiden terveyden ja työkyvyn edistäminen ja ylläpito (Juvonen-Posti ym. 2014, 212). Adhd-oireista aikuista ajatellen se voisi sisältää sekä työelämässä, että arjessa tukemista niillä keinoilla, mitä työterveyshuollolla on ja mitä työterveyssopeutus sisältää. Adhd voi aiheuttaa haasteita työelämään ja siksi työterveyshuollon osaaminen adhd:hen liittyen on tärkeää myös silloin, kun kyseessä on lakisääteinen työterveyshuolto. Silloin työterveyshuollossa olisi tärkeää tietää, minne työntekijän voi ohjata, jotta hän saa tarpeenmukaisen avun.

Aikuisen adhd:n hoidossa käytettävien lääkkeiden tunteminen olisi työterveyshuollossa tärkeää, jotta tietoa niistä voisi antaa asiakkaalle sekä tilanteen mu-

kaan toteuttaa lääkehoidon seurantaan kuten esimerkiksi verenpaineen mittauksista. Vastaajista lähes kaikki (7/8) koki tuntevansa yleisimmät aikuisen adhd:n hoidossa käytettävät lääkkeet melko tai erittäin huonosti. Tiedon puuttuessa lääkehoidon ja haittavaikutusten seuranta on hyvin haasteellista. Etenkin stimulanttilääkkeiden yleisiin haittavaikutuksiin kuuluu ruokahaluttomuus, mikä voi aiheuttaa suurtakin painonlaskua ja tämä tulisikin tiedostaa työterveyshuollossa, jotta asiaan osattaisiin suhtautua asiaan kuuluvalla tavalla.

Työterveyshuollossa olisi myös tärkeää tunnistaa ja ymmärtää haasteita, joita adhd tyypillisesti voi aiheuttaa aikuisen arjessa ja työelämässä. Kun tietoa on riittävästi, on myös asiakkaan tukeminen ja ohjaaminen sujuvampaa. Adhd:n aiheuttamat haasteet ovat yksilöllisiä, mutta yhtäläisyyksiäkin on paljon, ja kun työterveyshuolto tiedostaa näitä haasteita, pystyvät he myös miettimään yksilöllisiä ratkaisuja, joilla etenkin työssä pärjäämistä voitaisiin tukea. Vastaajista suurin osa koki tunnistavansa ja ymmärtävänsä arjen ja työelämän mahdollisia haasteita kohtalaisesti. Tietoa haasteista voisi työterveyshuollossa kuitenkin kaivata lisää, sillä sekä työelämän, että arjen haasteet vaikuttavat työntekijän kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin.

Avoimilla kysymyksillä haluttiin myös saada tietoa vastaajien mielestä haasteellisista tilanteista adhd-oireisia aikuisia ajatellen sekä keinoista, joilla työterveyshoitaja voi tukea adhd-oireista aikuista. Osa vastauksissa ilmenneistä haasteista voisi helpottua tiedon lisäämisellä muun muassa adhd:n tunnistamisessa, erotusdiagnostiikassa ja eteenpäin ohjauksessa. Tieto lisää myös ymmärrystä, mikä adhd-oireisia aikuisia ajatellen on erittäin tärkeää. Osaan vastauksissa ilmenneisiin haasteisiin kuten työterveyssovimuksen sisältöön ei kuitenkaan voida vaikuttaa yksilön kohdalla, jolloin sovimuksen puitteissa asiakas tulisi ohjata eteenpäin. Keinoja adhd-oireisen aikuisen tukemiseen nimettiin useita, mikä kertonee vastaajien ammattitaidosta asiakastyössään. Kuitenkin vastausten keskinäinen eroavaisuus olisi ratkaistavissa yhteisillä hoitolinjauksilla ja mahdollisella lisäkoulutuksella aikuisten adhd:hen liittyen.

Tutkimuksen tarkoituksena oli, että tulokset voisi yleistää tämän työterveyshuollon hoitohenkilöstöä koskeviksi, mutta liian vähäisten vastausten vuoksi tätä ei voida tehdä. Vastaamatta jättäneiden kohdalta ei voi sanoa onko heillä enemmän vai vähemmän valmiuksia adhd-oireisten aikuisten kohtaamisessa,

mutta yleisesti ottaen tieto aikuisten adhd:sta on tällä hetkellä vielä melko vähäistä, joten uskon myös vastaamatta jättäneiden hyötyvän mahdollisesta lisäkoulutuksesta ja yhteisten hoitolinjausten luomisesta.

Tutkimuksen aihe oli mielenkiintoinen, sillä aiempaa tutkimusta aiheesta ei ole ja aikuisten adhd:sta ylipäätään ei Suomessa ole kovin montaa tutkimusta. Tällä tutkimuksella haluttiin myös lisätä tietoisuutta aikuisten adhd:sta työterveyshuollossa, sillä se on avainasemassa adhd-oireisten aikuisten tunnistamisessa. Tieto aikuisten adhd:sta näyttäisi olevan lisääntymässä ja ADHD-liitolta saadun tiedon mukaan seuraavaan adhd:n Käypä hoito -suositukseen liitetään lähivuosina myös aikuiset, mikä varmasti parantaa hoidon toteuttamista kaikilla terveydenhuollon sektoreilla.

Alun perin tarkoituksena oli osana opinnäytetyötä suunnitella ja ADHD-liiton Porina-projektin kanssa toteuttaa kyseisessä olevaan työterveyshuoltoon myös jonkinlaista koulutusta tutkimustulosten perusteella, mutta se rajattiin pois liiallisen työmäärän vuoksi. Koulutuksen järjestämisen koettiin kuitenkin hyödylliseksi työterveyshuollolle ja ikään kuin jatkumoksi tutkimuksen toteuttamiselle, joten koulutus suunnitellaan ja toteutetaan terveydenhoitajatutkintoon kuuluvana kehittämistehtävänä keväällä 2015.

Jatkotutkimusaiheena voisi saman kyselyn toteuttaa jossakin toisessa työterveyshuollon yksikössä ja vertailla vastauksia tämän tutkimuksen tuloksiin. Toinen mielenkiintoinen aihe olisi mahdollisen koulutuksen järjestämisen jälkeen tutkia, miten koulutus vaikutti työterveyshoitajien työhön.



## LÄHTEET

ADHD-liitto. 2013. Aikuisen adhd (opas). Saatavissa: file:///C:/Users/LatitudeD630/Downloads/Aikuisesite\_nettiin\_muokattu.pdf [viitattu 13.10.2014].

Adler, L. & Florence, M. 2009. ADHD Levoton mieli. Kääntänyt Huttunen, M. & Vihra, A. Espoo: Prometheus kustannus Oy.

DeSimone II, E. & Busby, K. 2014. Adult ADHD: Treatment of grown-up Disorder. US Pharmacist 2014;39(1):52–56.  
sa: <http://www.uspharmacist.com/content/d/feature/c/46115/> [viitattu 11.10.2014].

Huotari, A., Niiranen-Linkama, P., Siltanen, P. & Tamski, E.-L. 2008. Neuropsykiatrinen valmennus. Valmentajan käsikirja. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu.

Häll, P. 2005. Kognitiivinen psykoterapia AD/HD-oireisten aikuisten kuntoutuksessa. Teoksessa AD/HD-aikuisen kuntoutusopas, toim. Saukkola, K., 28–39.

Jalonen, P. & Laakso, M. 2014. Moniammatillinen toimintatapa. Teoksessa Hyvä työterveyshuoltokäytäntö, toim. Uitti, J., 101–103.

Juusola, M. 2012. Levottomat aivot. ADHD ja asperger vahvuuksina. Helsinki: Otava.

Juvonen-Posti, P., Viljamaa, M., Uitti, J., Kurppa, K. & Martimo, K.-P. 2014. Työkyvyn tuki – tavoitteena työssä jaksaminen. Teoksessa Hyvä työterveyshuoltokäytäntö, toim. Uitti, J., 212–233.

Kananen, J. 2011. Kvantti: kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kemppinen, J., Korpela, J., Elfvengren, K., Salmisaari, T., Polkko, J. & Tuominen, M. 2013. A Clinical Decision Support System for Adult ADHD Diagnostics Process. 2013 46th Hawaii International Conference on System Sciences.

Kippola-Pääkkönen, A. 2012. Hoidon ja kuntoutuksen monimuotoisuus. Teoksessa ADHD. Diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. & Koivunen, M., 79–88.

Korkeila, J. & Leppämäki, S. 2014. ADHD. Teoksessa Psykiatria, toim. Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T., 111–121.

Koski, A. & Leppämäki, S. 2013. Aikuisen ADHD-diagnoosista hoitoon. Suomen Lääkärilehti 48/2013, 3155–3161.

Laaksonen, M., Hakulinen, H., Michelsen, T., & Uitti, J. 2014. Asiakaslähtöisyys työterveyshuollossa. Teoksessa Hyvä työterveyshuoltokäytäntö, toim. Uitti, J., 76–80.

Lehtokoski, A. 2004. Aikuisen AD/HD ja aivojen arvoitus. Helsinki: Tammi.

Lehtokoski, A. 2012. Omien vahvuuksien löytäminen – vinkkejä adhd-oireisille aikuisille ja heidän lähipiirilleen. Teoksessa ADHD. Diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. & Koivunen, M., 267–282.

Leppämäki, S. 2012a. ADHD:n alatyypit ADD. Teoksessa ADHD. Diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. & Koivunen, M., 45–50.

Leppämäki, S. 2012b. Aikuisen ADHD. Teoksessa ADHD. Diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. & Koivunen, M., 253–266.

Leppämäki, S. 25.1.2014. Yle.fi, haastattelu.  
sa: [http://yle.fi/uutiset/aikuisen\\_adhd\\_jaa\\_lahes\\_aina\\_tunnistamatta\\_ja\\_hoitamatta/7046014](http://yle.fi/uutiset/aikuisen_adhd_jaa_lahes_aina_tunnistamatta_ja_hoitamatta/7046014) [viitattu 28.2.2015].

Leppämäki, S. 22.5.2014. Studio55, haastattelu.  
sa: <http://www.studio55.fi/hyvinvointi/article/adhd-jatkuu-usein-aikuisuuteen-tunnista-oireet-laheisessasi/3389820> [viitattu 23.2.2015].

Leskelä, M. 2005. AD/HD-aikuisten neuropsykologinen kuntoutus. Teoksessa AD/HD-aikuisen kuntoutusopas, toim. Saukkola, K., 22–26.

Liira, J., Rautio, M. & Leino, T. 2014. Terveystarkastukset. Teoksessa Hyvä työterveyshuoltokäytäntö, toim. Uitti, J., 190–209.

Mannström-Mäkelä, L. & Saukkola, K. 2008. Voimaannuttavan ohjaamisen käsikirja. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Michelsson, K., Miettinen, K., Saresma, U. & Virtanen, P. 2003. AD/HD nuorilla ja aikuisilla. Jyväskylä: PS-kustannus.

Michelsson, K. 2009. ADHD-lapsen kehitys tutkimuksen valossa. Adhd-liiton jäsenlehti. Juhlalehti 2009, 8–11.

Moilanen, I. 2012. ADHD. Teoksessa ADHD. Diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. & Koivunen, M., 35–43.

Mäenpää-Moilanen, E. 2014. Ammatillinen pätevyys ja osaamisen varmistaminen. Teoksessa Hyvä työterveyshuoltokäytäntö, toim. Uitti, J., 270–273.

Niemelä, A. 2005. Tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriön (AD/HD) lääkehoito. Teoksessa AD/HD-aikuisen kuntoutusopas, toim. Saukkola, K., 65–68.

Niemelä, A., Leppämäki, S., Aalto, M., Rapeli, P., Holopainen, A., Tani, P. & Lauerma, H. 2010. ADHD ja päihteet. Suomen Lääkärilehti 13–14/2010, 1213–1217.

Palomäki-Jögerroos, T. 2012. ADHD-oireisen nuoren opintojen tukeminen peruskoulun jälkeen. Teoksessa ADHD. Diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. & Koivunen, M., 231–251.

Raevuori, A. 2012. Nuorten ADHD. Teoksessa ADHD. Diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. & Koivunen, M., 211–230.

Rautio, M. 2014. Eettinen toiminta työterveyshuollossa. Teoksessa Hyvä työterveyshuoltokäytäntö, toim. Uitti, J., 81–90.

Räsänen, K. & Sauni, R. 2014. Sairaanhoidon työterveyshuollossa. Teoksessa Hyvä työterveyshuoltokäytäntö, toim. Uitti, J., 56–68.

Saukkola, K. 2005a. AD/HD. Teoksessa AD/HD-aikuisen kuntoutusopas, toim. Saukkola, K., 10–12.

Saukkola, K. 2005b. AD/HD-valmennus. Teoksessa AD/HD-aikuisen kuntoutusopas, toim. Saukkola, K., 57–63.

Sauni, R. 2014. Lainsäädäntö. Teoksessa Hyvä työterveyshuoltokäytäntö, toim. Uitti, J., 10–20.

Serenius-Sirve, S. & Kippola-Pääkkönen, A. 2012. Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot. Teoksessa ADHD. Diagnosointi, hoito ja hyvä arki, toim. Dufva, V. & Koivunen, M., 95–113.

Sihvola, E. 2013. Aikuisiän adhd:n diagnostiikka. ADHD-liiton jäsenlehti 4/2013, 22–24.

Terveystarkastukset terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn selvittämiseksi, arvioimiseksi ja seuraamiseksi. 2006. Teoksessa Terveystarkastukset työterveyshuollossa, toim. Karhula, A.-L., 474–493.

Tilastokeskus. Väestötilastot, Väestö iän mukaan, 2013 lopussa.

sa: [http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto.html#vaestoiannmukaan](http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestoiannmukaan)

[http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti\\_sul\\_201400\\_2014\\_12306\\_net.pdf](http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_sul_201400_2014_12306_net.pdf) [viitattu 12.2.2015].

Tilastokeskus. Suomi lukuina 2014.

sa: [http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti\\_sul\\_201400\\_2014\\_12306\\_net.pdf](http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_sul_201400_2014_12306_net.pdf) [viitattu 12.2.2015].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Työterveyshuoltolaki. 21.12.2001/1383.

Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738.

Uitti, J., Sauni, R., Kivekäs, J. & Laine, A. 2014. Yhteistyö muun terveydenhuollon kanssa. Teoksessa Hyvä työterveyshuoltokäytäntö, toim. Uitti, J., 69–73.

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

## LASKELMA ADHD-OIREISTEN AIKUISTEN ESIINTYVYYDESTÄ

**Tilastokeskuksen Suomi lukuina 2014- tilastosta poimittu:**

Vuoden 2013 lopussa:

Väestö	5 439 000
15-64-vuotiaat	3 500 000
15-19-vuotiaat	313 546

(Tilastokeskus. Väestö iän mukaan 2013 lopussa).

Työlliset (15-74-vuotiaat)	2 457 000
Työllisyysaste (15-64-vuotiaat)	68,5%
Yrittäjät ja yrittäjäperheenjäsenet	330 000

(Tilastokeskus. Suomi lukuina 2014, 33, 38.)

**Olen tehnyt laskelman itse lähteistä poimimieni lukumäärien ja prosenttien perusteella, joten arvio ei ole julkisesti käytettynä pätevä.**

Tässä laskelmassa käytän adhd-oireisten aikuisten osuutena 4 %, sillä arviot hieman vaihtelevat eri lähteiden mukaan (3-5 %), joten tämä lienee keskiarvo.

**Aikuisella tarkoitan tässä laskelmassa 20-64-vuotiasta.**

Työikäiset aikuiset (20-64-vuotiaat):  $3\,500\,000 - 313\,546 = 3\,186\,454$

Heistä työllisiä:  $0,685 * 3\,186\,454 = 2\,182\,720,9$

**Työikäisistä aikuisista on adhd-oireisia:  $0,04 * 3\,186\,454 = 127\,458,16$**

Työterveyshuollon piiriin kuuluu kaikki työntekijät lukuun ottamatta yrittäjiä, joilla ei ole työntekijöitä. Laskelmassani oletan, että kaikki työlliset kävisivät työterveyshuollossa.

**Työterveyshuollon piirissä olevista aikuisista on adhd-oireisia:  $0,685 * 127\,458,16 = 87\,308,839$**

Leppämäen arvion mukaan adhd-oireisista aikuisista 5-10 % on hoidon ja kuntoutuksen piirissä (Leppämäki 25.1.2014), **joten työterveyshuollossa voisi arviolta olla adhd-oireisia aikuisia ilman diagnoosia:**

$0,90 * 87\,300 = 78\,570$  henkilöä

**Heini Soikka/12.2.2015**

## KYSELYLOMAKE TYÖTERVEYSHUOLLON HOITOHENKILÖSTÖLLE

**ADHD-aikuisten kohtaaminen työterveyshuollossa**

Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa tietoja ja taitoja kohdata ADHD-oireisia aikuisia työterveyshoitajan työssä. Vastauksianne on tarkoitus hyödyntää aikuisten ADHD:hen liittyvän koulutuksen suunnittelussa. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu ylläolevan linkin kautta ja vie aikaa korkeintaan 15min. Vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Vastausaikaa syyskuun loppuun asti.

**\*Pakollinen**

**1. Kuinka usein arvoisit kohtaavasi työssäsi ADHD-oireisia aikuisia?\*\_**

- Kerran viikossa tai useammin
- 1-3 kertaa kuukaudessa
- 1-3 kertaa puolessa vuodessa
- Kerran vuodessa
- Harvemmin
- En koskaan

**2a. Tunnistan asiakastyössäni aikuisen ADHD:lle tyypilliset oireet/vaikeudet.\*\_**

- Erittäin hyvin
- Melko hyvin
- Kohtalaisesti
- Melko huonosti
- Erittäin huonosti

**2b. Valitse mielestäsi aikuisen ADHD:lle tyypilliset oireet/vaikeudet.\*\_**

- Jatkuva alakuloisuus
- Keskittymisvaikeudet
- Aggressiivisuus
- Mielialan vaihtelut
- Alhaisempi älykyys
- Ajanhallintavaikeudet
- Häiriöherkkyys
- Raajojen puutumiset
- Näköhäiriöt
- Puheen tuottamisen vaikeudet

**3. Tiedän, mistä ADHD johtuu.\*** \_

- Erittäin hyvin
- Melko hyvin
- Kohtalaisesti
- Melko huonosti
- Erittäin huonosti

**4a. Tiedän yleisimmät ADHD:n liitännäissairaudet aikuisella.\*** \_

- Erittäin hyvin
- Melko hyvin
- Kohtalaisesti
- Melko huonosti
- Erittäin huonosti

**4b. Valitse listalta mielestäsi yleisimmät ADHD:n liitännäissairaudet aikuisella.\*** \_

- Päihdehäiriöt
- Narkolepsia
- Masennus
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö
- Lukihäiriö
- Skitsofrenia
- Narsistinen persoonallisuushäiriö
- Unihäiriöt
- Ahdistuneisuushäiriö

**5. Tiedän, miten aikuisen ADHD diagnosoidaan.\*** \_

- Erittäin hyvin
- Melko hyvin
- Kohtalaisesti
- Melko huonosti
- Erittäin huonosti

**6. Käytän työssäni ADHD:n seulontaan ASRS-lomaketta.\*** \_

- Kyllä
- En



**7. Käytän työssäni aikuisille suunnattuja ADHD:n diagnostisia haastatteluja (CAADID ja DIVA).\*\_**

- Kyllä
- En

**8. Tiedän, minne ADHD-oireisen aikuisen voi lähettää jatkotutkimuksiin.\*\_**

- Erittäin hyvin
- Melko hyvin
- Kohtalaisesti
- Melko huonosti
- Erittäin huonosti

**9. Tiedän, mitä kuntoutus- ja tukimuotoja ADHD-oireiselle aikuisella on tarjolla.\*\_**

- Erittäin hyvin
- Melko hyvin
- Kohtalaisesti
- Melko huonosti
- Erittäin huonosti

**10. Mihin seuraaviin kuntoutus- ja tukimuotoihin voin ohjata/lähettää ADHD-oireisen aikuisen?\*\_**

- Psykoedukaatio (=tiedon ja ohjauksen antaminen)
- Psykoterapia
- Neuropsykologinen kuntoutus
- ADHD-valmennus
- Toimintaterapia
- Sopeutumisvalmennuskurssit
- Vertaistukiryhmät
- Lääkehoito
- Hoitosuhdekeskustelut
- Ei mitään edellä mainituista
- Muu:

**11. Tunnen yleisimmät ADHD-aikuisen hoidossa käytettävät lääkkeet.\*\_**

- Erittäin hyvin
- Melko hyvin
- Kohtalaisesti
- Melko huonosti
- Erittäin huonosti

**12. Tunnistan haasteet, joita ADHD voi aiheuttaa aikuisen arjessa.\*\_**

- Erittäin hyvin
- Melko hyvin
- Kohtalaisesti
- Melko huonosti
- Erittäin huonosti

**13. Ymmärrän ADHD-aikuisen mahdollisia työelämän haasteita.\*\_**

- Erittäin hyvin
- Melko hyvin
- Kohtalaisesti
- Melko huonosti
- Erittäin huonosti

**14. Mitkä palvelut tai tukimuodot ovat keskeisimpiä ADHD-oireiselle aikuiselle?\*\_**

**15. Mitkä asiat toimivat ADHD-oireisen aikuisen diagnosointi- ja kuntoutusprosessissa?\*\_**

**16. Mitä asioita ADHD-oireisen aikuisen diagnosointi- ja kuntoutusprosessissa tulisi kehittää/ottaa paremmin huomioon?\*\_**

**17. Millaisia haasteita on asiakastyössä ADHD-oireisia aikuisia ajatellen?\*\_**

**18. Miten työterveyshoitaja voi tukea ADHD-oireista aikuista?\*\_**

**19. Haluaisin lisätietoa/koulutusta seuraavista aikuisen ADHD:hen liittyvistä asioista:\*\_**