

Anita Puustjärvi

## ADHD

### Keskeistä

- ADHD (attention deficit/hyperactivity disorder), aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, on lapsuudessa alkava ja usein aikuisuuteen saakka jatkuva yleinen neuropsykiatrinen oireyhtymä.
  - Keskeisiä oireita ovat tarkkaavuuden ja aktiivisuuden säätelyn ongelmat sekä impulsivisuus. Aktiivisuuden säätelyn vaikeus on tyypillisimmillään ylivilkkautta, mutta voi ilmetä myös aliaktiivisuutena, kykenemättömyytenä toimia ja hitautena.
  - Lähes aina esiintyy myös toiminnan ohjauksen ongelmia ja usein tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn vaikeuksia.
  - Samanaikaiset kehitykselliset ja psykiatriset häiriöt ovat tavallisia, ja ne on otettava huomioon hoitoa ja kuntoutusta suunniteltaessa.
- ADHD:n diagnosointiin tarvitaan laaja-alaista oireiden ja elämäntilanteen selvittelyä. ADHD on mahdollinen, vaikka muitakin toimintakykyyn vaikuttavia sairauksia olisi tunnistettavissa.
- Hoitamaton ADHD lisää tapaturma-alttiutta ja on yhteydessä heikompaan suoriutumiseen opinnoissa ja työelämässä. Se lisää myös päihdehäiriön, syrjäytymisen ja rikollisuuden riskiä erityisesti samanaikaisen käytöshäiriön kanssa.

- ADHD:n hoito koostuu toimintakykyä ja oireiden hallintaa tukevista järjestelyistä kotona, päivähoidossa, koulussa, opiskelupaikassa ja työelämässä sekä psykososiaalisista hoitomuodoista ja tarvittaessa lääkähoidosta. Pitkäjänteinen oireiden hoito parantaa elämänlaatua ja pienentää tiedossa olevia riskejä.

### Esiintyvyys

- Arviolta 5–7 %:lla kouluikäisistä lapsista ja 3–4 %:lla aikuisista on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö.
- ADHD-oireiden pysyvyys lapsuudesta aikuisuuteen on melko korkea (60–80 %), vaikka ulospäin näkyvät oireet usein lieviytyvät iän karttuessa.
  - Joillakin ihmisillä ADHD-oireet voivat olla lapsuudessa lieviä esim. toimintakykyä tukevan ympäristön vuoksi ja ADHD tulee tunnistetuksi vasta aikuisuudessa oireiden aiheuttaessa enemmän haittaa toimintakyvylle.
- Pojat saavat ADHD-diagnoosin 3–6 kertaa niin usein kuin tytöt, mutta aikuisuudessa ero miesten ja naisten välillä on pienempi.

### Etiologia

- Geneettinen alttius selittää n. 60–80 % ADHD:n esiintyvyydestä.



- Ympäristötekijät voivat vaikuttaa ADHD:n ilmenemiseen säätelämällä riskigeenien aktiivisuutta, aiheuttamalla muutoksia aivojen toimintaan ja normaalin kehityksen etenemiseen tai vaikuttamalla oireiden voimakkuuteen ja haittaavuuteen.
  - Raskaudenaikaisia riskitekijöitä ovat altistuminen äidin tupakoinnille, alkoholin käytölle tai päihteille sekä sikiön hapenpuute. Myös äidin raskaudenaikaisella voimakkaalla stressillä sekä lääkkeiden käytöllä voi olla merkitystä.
  - Perheeseen liittyvät riskitekijät, kuten vuorovaikutuksen ongelmat ja ristiriidat, lisäävät erityisesti uhmakkuus- ja käytösoireita ja heikentävät toimintakykyä, mutta eivät yksinään aiheuta ADHD:tä.
  - Runsas altistuminen alle 3-vuotiaana nopeatempoisille

tv-ohjelmille näyttäisi lisäävän keskittymisvaikeuksia kouluiässä. Myös runsas tietokonepelin pelaaminen voi lisätä levottomuutta ja keskittymisvaikeuksia, etenkin jos se vähentää nukkumiseen ja liikkumiseen käytettyä aikaa.

- Keskeiset löydökset aivojen toiminnassa liittyvät dopamiini- ja noradrenaliinivälitteisen hermotoiminnan poikkeavuuteen tarkkaavuutta, impulssikontrollia ja aktiivisuutta säätelevillä aivoalueilla ja niiden välisissä yhteyksissä.
  - Usein vireystilan säätely on poikkeavaa, mihin voi liittyä myös unen ongelmia (riittävä rauhoittuminen ei onnistu).

### Oireet ja kliininen kuva

- Satunnaiset keskittymis-, yliaktiivisuus- ja impulsiivisuusoireet ovat hyvin tavallisia, mutta ADHD:ssä oireita on paljon ja pitkäaikaisesti ja niistä on selkeästi haittaa toimintakyvylle.
- ADHD:stä voidaan erottaa kolme ilmiä.

  - Tarkkaamattomuuteen painottuva muoto (attention deficit disorder, ADD), jossa esiintyy keskittymisvaikeuksia ilman impulsiivisuutta ja ylivilkkausta
  - Yliaktiivis-impulsiivinen muoto, jossa ei ole merkittäviä keskittymisvaikeuksia
  - Yhdistetty muoto, jossa on vaikeuksia kaikilla keskeisillä oirealueilla

- Kaikista ilmenemismuodoista on suositeltavinta käyttää ICD-koodia F90.0. Tarvittaessa oireiden painottumisen voi ilmaista sanallisella tarkenteella, jos käytössä oleva sairauskertomusjärjestelmä sen sallii.

- Oireet ilmenevät eri ikävaiheissa eri tavoin.
  - Ylivilkkaus on alle kouluikäisellä fyysistä levottomuutta, jossa kiipeillään ja juostaan kaikkialla. Kouluikäisellä se voi näkyä vaikeutena pysyä aloillaan tunneilla ja aikuisella paikallaan oloa edellyttävien tapahtumien välttelyä.
  - Tarkkaavuuden säätelyn vaikeus voi ilmetä alle kouluikäisen leikkien lyhytjänteisyytenä, kouluikäisellä omiin ajatuksiin vaipumisena, huolimattomuusvirheinä ja tavaroiden unohteluna, aikuisella taipumuksena tehdä toissijaisia asioita tärkeän tehtävän sijasta.
  - Impulsiivisuus näkyy alle kouluikäisellä usein arvaamattomana sääntäilynä ja kouluikäisellä kyvyttömyytenä odottaa vuoroaan peleissä, leikeissä tai keskustelussa. Aikuisella impulsiivisuus voi johtaa äkillisiin opiskelu- tai työpaikan vaihdoksiin sekä vaikeuksiin ihmissuhteissa. Myös nopeat ja voimakkaat tunnereaktiot ovat tavallisia.
- Ympäristökäijät vaikuttavat oireiden haittaavuuteen. Esim. suuressa ryhmässä oireet tule-

### NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

A = VAHVA TUTKIMUSNÄYTTÖ  
B = KOHTALAINEN TUTKIMUSNÄYTTÖ  
C = NIUKKA TUTKIMUSNÄYTTÖ  
D = EI TUTKIMUSNÄYTTÖÄ

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannosta Terveysportista

[www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)

Anita Puustjärvi  
© 2019 Kustannus Oy Duodecim

vat todennäköisemmin esille kuin kahdenkeskisessä tilanteessa.

- Motivaatio vaikuttaa erityisesti keskittymiskykyyn. Ajoittain voi esiintyä myös ylikeskittymistä eli paneutumista kiinnostavaan asiaan siten, että ajan- ja tilannetajaa häviävät.
- Fyysiseen hyvinvointiin vaikuttavat asiat (liikunnan ja unen puute, nälkä), voimakkaat tunnetilat (jännitys, suuttumus) sekä stressaavat tilanteet (väärin mitoitettuja vaatimukset, ristiriidat kotona, kiusaaminen) lisäävät oireita.
- Oireita ei välttämättä ilmene lainkaan rauhallisessa ympäristössä, mielenkiintoisen tekemisen parissa ja vireystilan säätelyä tukevan liikuskulun ollessa mahdollista.

### Diagnoosi

#### DIAGNOOSIKRITEERIT

- ADHD on oireidiagnoosi; spesifisiä diagnostisia tutkimuksia ei ole.
- Diagnoosiin tarvitaan laaja-alainen arvio kokonaistilanteesta.
  - Kattava anamneesi (kehityksen poikkeavuudet, tämänhetkiset ja aiemmat oireet, mahdolliset muut sairaudet/häiriöt, aiemmat tutkimukset ja hoidot, ajankohtaiset stressitekijät, perhetilanne, sukuanamneesi)
  - Oireiden kesto ja esiintymisen eri tilanteissa (tieto kysytään mielellään suoraan päiväkodista/koulusta/muualta)
  - Oireisiin ja toimintakykyyn vaikuttavien ympäristökäijöiden kartoitus

- Kliininen somaattinen ja neurologinen tutkimus
- Tarvittavat erotusdiagnostiset selvittelyt, esim. laboratoriokokeet
  - Aivokuvantaminen tai EEG eivät tavallisesti ole tarpeen.
  - Psykologinen tai neuropsykologinen tutkimus ei ole välttämätön diagnoosin kannalta, mutta se voi olla hyödyllinen erotusdiagnostiikan sekä hoidon ja kuntoutuksen kannalta.
  - Lapsilla puhe- tai toimintaterapeutin arvio voi olla tarpeen kokonaiskuvan saamiseksi.
- Diagnoosikriteereissä vaaditaan 6 tarkkaamattomuusoiretta ja 6 yliaktiivisuus-impulsiivisuusoiretta yhteensä 18 oirekriteeristä.
  - 17-vuotiailla ja sitä vanhemmilla riittää 5 tarkkaamattomuusoiretta ja/tai yliaktiivisuus-impulsiivisuusoiretta (DSM-5-kriteerien mukaan).
- Oireet alkavat yleensä jo lapsuudessa. Välttämättä oireita ei ole kuitenkaan tunnistettu ennen kouluikä, ja DSM-5-kriteerien mukaan riittääkin, että oireita on esiintynyt ennen 12 v:n ikää.
  - Diagnoosin tekeminen ennen kouluikää vaatii huolellisuutta, eikä luotettava diagnoosi aina ole mahdollista ennen 5 v:n ikää.
  - Aikuisia diagnosoitaessa on varmistettava (esim. asiakirjoista), että oireita on esiintynyt viimeistään alakouluikästä lähtien. Kaikkien diagnoosikriteerien täyttymistä lapsuusiässä ei kuitenkaan tarvitse osoittaa.
- Oireita tulee esiintyä useassa

eri tilanteissa ja eri ihmisten kanssa, mutta niitä ei tarvitse esiintyä kaikissa tilanteissa, esim. lääkärin vastaanotolla tai psykologisessa tutkimuksessa.

- Eri tilanteissa oirekuva voi olla erilainen, ja oireiden voimakkuus voi vaihdella.
- Havainnot toimintakyvyn erilaisuudesta eri tilanteissa voivat auttaa löytämään oireiden lievittämisen keinoja.
- Koulussa tai työelämässä menestyminen ei poissulje ADHD:n mahdollisuutta.
- Muu psykiatrinen diagnoosi ei ole este ADHD-diagnoosille silloin, kun on kyse selkeästi erillisistä, mutta samanaikaisista häiriöistä. Osa oireista voi olla myös päällekkäisiä.

#### KYSELYLOMAKKEET

- Arvioinnin apuna on mahdollista käyttää joko ADHD-oireita kartoittavia kyselylomakkeita (esim. Käypä hoito -suosituksen ADHD-oirekysely, ADHD-RS-oirekysely, aikuisille DIVA [suomeksi]) tai laajemmin psykologista toimintakykyä kartoittavia kyselyitä (ViiVi ja SDQ [suomeksi]). Diagnoosi ei kuitenkaan saa perustua vain kyselylomakkeiden pisteytykseen.
  - Informaatioarvo ja luotettavuus paranevat, jos kyselyihin vastaa useampi eri taho (opettaja, vanhemmat, lapsi) ja kysely täytetään haastellen.

#### Erotusdiagnoosi

- Alle kouluikäisen ylivilkkauden taustalla voivat olla esim. autisismikirjon häiriö, kielellinen erityisvaikeus, motoriikan ja aistitoiminnan vaikeudet tai laaja-alaisempi kehitysviive.

- Kouluikäisillä erotusdiagnostiikassa tärkeitä ovat edellisten lisäksi mm. oppimisvaikeudet, ahdistuneisuushäiriöt, uhmakuus- ja käytöshäiriö tai masennus.
- Nuorilla ja aikuisilla erotusdiagnostiikassa keskeisiä ovat mielialahäiriöt (masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö), päihdehäiriöt, psykoottiset häiriöt (esim. skitsofrenian prodromaalivaihe), ahdistuneisuushäiriöt sekä epävakaa tai epäsoσιαalinen persoonallisuus.
  - Päihdehäiriöisellä tulisi olla päihdeettömyyttä vähintään 1–3 kk vieroitusoireiden päättymisen jälkeen ennen ADHD-diagnoosin tekemistä.
- Mahdollisia somaattisia syitä ovat epilepsia (poissaolokohaukset), muut neurologiset sairaudet (esim. neurofibromatoosi) ja aivovamman jälkitila.
- Levottomuus ja keskittymisvaikeus voi johtua myös unihäiriöistä (uniapnea, levottomat jalat, pitkäaikainen univaje).
- Myös traumaattiset kokemukset tai ajankohtainen stressi (kiusatuksi tuleminen, perhetilanteen muutokset, menetykset, kaltoinkohtelu, kiintymyssuhteen häiriöt) voivat aiheuttaa samankaltaisia oireita. On kuitenkin muistettava, että ADHD-oireet itsessään altistavat stressille, minäkuvaan vaikuttaville negatiivisille kokemuksille sekä kaltoinkohtelulle.

#### Samanaikaiset häiriöt

- Jopa 75–80 %:lla on todettavissa jokin samanaikainen psykiatrinen häiriö tai päihdehäiriö.
- Samanaikaisesti ADHD:n kanssa voi esiintyä erilaisia oppimisen, kielellisen kehityksen tai mo-

toriikan erityisvaikeuksia sekä toiminnan ohjauksen tai aisti-toiminnan säätelyn ongelmia.

- Unen häiriöt ovat tavallisempia kuin muilla. Usein nukahtaminen on viivästyntä ja unen laatu heikentynyt.
- ADHD-oireistoon liittyy 50–90 %:lla masennusta tai uhmakkuus- ja/tai käytöshäiriöitä sekä minäkuvan, itsetunnon ja sosiaalisten vuorovaikutustaitojen ongelmia, usein sekundaarisena riittämättömän tuen vuoksi.
- Myös ahdistuneisuushäiriöt, kuten pakko-oireinen häiriö, ovat tavallisempia kuin muilla.
- ADHD esiintyy joskus myös osana vaikeampaa neuropsykiatrista kokonaisuutta, jossa lisäpiirteinä saattaa olla autis-mikirjon ja/tai nykimishäiriön oireita. On myös mahdollista, että samanaikaisesti on todettavissa useampi neuropsykiatrisen häiriö.
- ADHD on päihdehäiriön kehittymisen ja tupakoinnin riskitekijä. ADHD:n lääkehoito ei lisää näiden häiriöiden riskiä.

### Hoito ja kuntoutus

- ADHD:n hyvään hoitoon kuluvat riittävä tiedonanto ja neuvonta (psykoedukaatio), psykososiaaliset hoitomuodot sekä tarvittaessa lääkehoito (hoitokaavio).
  - ADHD-oireiden hallinnassa on tärkeää myös riittävä huolenpito yleisestä hyvinvoinnista (uni, liikunta, ravinto, myönteiset vuorovaikutussuhteet).
  - Usein tarvitaan erilaisten hoitomuotojen yhdistämistä ja erityisesti arjen sujuvuutta tukevia menetelmiä.
  - Samanaikaiset häiriöt, muut

kokonaistilanteeseen vaikuttavat ongelmat sekä vanhempien ja koko perheen jaksaminen on otettava huomioon hoitosuunnitelmaa tehtäessä.

- Alle kouluikäisillä ensisijaisia ovat psykososiaaliset perustalla aloitettavat hoitomuodot.
  - Lääkehoito on harvinaista ja aloitetaan erikoissairaanhoidossa.
- Kouluikäisillä ja sitä vanhemmillä lääkehoito voidaan aloittaa samanaikaisesti muun hoidon kanssa tai jos muista tukimuodoista ei ole ollut riittävästi apua.

### LÄÄKKEETÖN HOITO

- Lääkkeettömät eli psykososiaaliset hoidot voivat sisältää erilaisia toimintakykyä tukevia menetelmiä (ohjaus, ympäristön muokkaus), tukitoimia sekä taitojen harjoittelua yksin tai ryhmässä. Hoito on usein mielekkäintä toteuttaa laaja-alaisesti arjessa, mutta tarvittaessa se voi sisältää erilaisia yksilö- tai ryhmäterapioita.
  - Toimintaterapian, neuropsykologisen kuntoutuksen ja puheterapian tarve on arvioitava yksilöllisesti.
  - Osa ADHD-lapsista voi tarvita myös sosiaalisten taitojen kehityksen tukemista <sup>D</sup>.
- Psykoterapia ei ole ADHD:n ensisijainen hoitomuoto, mutta saattaa olla hyödyllistä ongelmien vaikeuden tai luonteen vuoksi.
  - Kognitiivis-behavioraaliset ryhmäterapiat saattavat vähentää ADHD-oireita.
  - Perheterapia ei näytä olevan tehokasta ADHD-oireiden hoidossa <sup>C</sup>.
- Käyttäytymistä ohjaamal-

la ja poistamalla häiritseviä ympäristötekijöitä pyritään lievittämään ADHD-oireita ja lisäämään onnistumisia. Keinoja ovat mm. ennakointi ja asioiden etukäteisvalmistelu, välitön palaute, strukturointi sekä tehtävien pilkkominen pienemmiksi osiksi. Hyödyllisiä ovat myös palkkiojärjestelmät sekä konkreettiset apukeinot (esim. piktokuvat, visuaalinen kello, päiväjärjestys).

- ADHD-valmennus (coaching) on arjessa tapahtuvaa ratkaisu- ja voimavarakeskeistä kuntoutusta, jota toteutetaan kotona ja muussa toimintaympäristössä, kuten koulussa. Se sisältää yleensä käyttäytymisen ohjauksen ja arjen hallinnan menetelmiä sekä taitojen harjoittelua. Menetelmiä voidaan käyttää myös ilman varsinaista valmennussuhdetta osana muita psykososiaalisia tukimuotoja esim. terveydenhuollon toimijan ohjaamana.
- Vanhempainohjauksella <sup>C</sup> autetaan vanhempaa tunnistamaan lapsen käytöstä ja siihen vaikuttavia tekijöitä ja ohjaamaan lapsen käytöstä toivottuun suuntaan.
  - Vanhempainohjausta voidaan antaa perhekohtaisesti tai ryhmämuotoisena (esim. Strategia-ryhmä, Perhekoulu POP-, Ihmeelliset vuodet- ja Voimaperheet -ohjelmat).
  - Apuna voidaan käyttää kirjallista materiaalia.
  - ADHD-oireet voivat vaikuttaa lapsen ja vanhempien väleihin ja johtaa negatiivisen vuorovaikutuksen noidankehään, joka olisi saatava pysäyttämään. Lapsen ADHD lisää

myös vanhempien välisten ristiriitojen ja parisuhdeongelmien riskiä.

- Päivähoidon ja koulun erilaiset tukijärjestelyt parantavat toimintakykyä ADHD-oireisilla lapsilla, ja ne aloitetaan heti ongelmien havaitsemisen jälkeen, vaikka diagnoosia ei vielä olisikaan.
- Tiivis yhteistyö koulun ja kodin (ja hoitavan tahon) kesken on tarpeen sekä tukitoimien suunnittelussa että toteutuksessa.
- Tavallisimpia keinoja ovat strukturointi, tehtävien paloittelu pienempiin kokonaisuuksiin, ennakointi, välitön palaute sekä palkkiojärjestelmät. Myös häiritsemättömän, vireystilaa ylläpitävän liikunnan salliminen usein helpottaa tuntityöskentelyä (jumpapallolla istuminen, sinitaran sormeilu jne). Välituntien ja muiden vapaamuotoisten toimintojen riittävä ohjaus vähentää ristiriitatilanteita.
- Osa lapsista tarvitsee erityisjärjestelyitä, esim. pidennettyä vastausaikaa kokeissa, avustajan tukea, tilanne- tai ainekohtaista eriyttämistä tai pienryhmäopetusta.
- ADHD on mahdollista ottaa lääkärinlausunnon perusteella huomioon ylioppilaskokeiden tekemisessä ja/tai arvostelussa.
- Asiantuntemusta tarvitaan myös opiskelun- ja ammatinvalinnanohjauksessa.
- Sopeutumisvalmennuskursseja eri-ikäisille ja vertaistukitoimintaa on hyvin tarjolla.
- Osa perheistä hyötyy myös sosiaalityön tarjoamista tukimuodoista, esim. tukihenkilöstä

tai tukiperheestä.

- Jos vanhemmalla on selkeästi haittaava ADHD tai muita toimintakykyyn vaikuttavia ongelmia, myös hän tarvitsee asianmukaisen hoidon ja kuntoutuksen.

## Lääkehoito

- ADHD:n lääkehoito on oikein toteutettuna tehokasta ja turvallista.
- ADHD-lääkkeiden vaikutus perustuu dopamiini- ja noradrenaliinivälitteisten hermorojen aktivoimiseen, mikä vähentää oireiden määrää lääkkeiden käytön aikana.
- Lääkehoidossa käytetään psykostimulantteja (metyylifenidaatti, lisdeksamfetamiini, deksamfetamiini), atomoksetiinia tai guanfasiinia.
  - Stimulanttien vaikutus välittyy ensisijaisesti dopamiinivälitteisesti ja alkaa nopeasti, n. 30–60 min lääkkeen ottamisesta.
  - Atomoksetiinin vaikutus välittyy pääasiassa noradrenaliinin kautta ja alkaa vähitellen 1–6 viikon kuluessa lääkehoidon aloittamisesta.
  - Guanfasiini on alfa-2A-adrenergisten reseptorien agonisti, mutta vaikutus välittyy noradrenaliinin kautta ja alkaa 1–3 viikon kuluessa.
  - Stimulanttilääkityksessä voidaan haluttaessa pitää lääketaukoja, atomoksetiini- tai guanfasiinihoidossa niitä ei suositella.
- Lääkehoito aloitetaan yleensä metyylyfenidaatilla <sup>C</sup>, josta on saatavilla vaikutusajaltaan ja lääkkeen vapautumisen profiiltaan erilaisia valmisteita.
- Lääkevalmiste valitaan vaikutusajan ja toivotun maksimi-vaikutuksen mukaan.
- Lääkehoito aloitetaan pienellä annoksella, jota suurennetaan vastetta ja mahdollisia haittavaikutuksia seuraten; tavoitteena on riittävä teho ilman merkittäviä haittavaikutuksia.
- Lääkehoidon alkuvaiheessa tarvitaan tiivistä, jopa viikoittaista seurantaa ja annoksen säätöä.
- Jos ensimmäinen kokeiltu valmiste ei tuota toivottua vastetta, voi olla perusteltua kokeilla vielä toista, profiiltaan erilaista metyylyfenidaattivalmistetta, jonka jälkeen siirrytään joko lisdeksamfetamiiniin tai deksamfetamiiniin, <sup>B</sup> atomoksetiiniin tai guanfasiiniin.
  - Osalle lääkkeitä peruskorvattavuus myönnetään vain lääkärinlausunnon perusteella, jos metyylyfenidaatti ei tehoa tai sovellu muuten käytettäväksi.
  - Kaikilla lääkkeillä ei ole indikaatiota aikuisten ADHD:n hoitoon.
- Sopivan valmisteen ja annoksen löydyttyä seuranta käynnin tapahtuvat 3–12 kk:n välein, ja niillä arvioidaan psyykkistä ja fyysistä kokonaistilannetta, hoitovastetta, lääkehoidon tarvetta ja annoksen riittävyttä. Rutiinomainen lääketauko ei ole välttämätön, vaikkakin se on hyödyllinen arvioinnin kannalta.
- Lääkityksen aikana seurataan lapsilla säännöllisesti kasvunopeutta (paino ja pituus kasvukäyrillä arvioituna),

kaikilla syketaajuutta ja verenpainetta sekä mahdollisia haittavaikutuksia.

- Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat stimulantteilla ja atomoksetiinilla ruokahalun vähentyminen, päänsärky, erilaiset lievät mahavaivat, käytösoireet (ärtyisyys, aggressiivisuus) sekä univaikeudet. Lievä pulssin nopeutuminen ja verenpaineen kohoaminen on tavallista. Näillä ei yleensä ole merkitystä kardiovaskulaarisesti terveiden ihmisten hoidossa. Verenpaineen seuranta on tärkeää erityisesti lääkeshoidon alussa ja aina annosta nostettaessa. Guanfasiinin haittavaikutuksina voi esiintyä väsymystä, verenpaineen laskua, sydämen harvalyöntisyttä, huimausta, pyörtymistäipumusta ja painonnousua. Se voi myös pidentää QT-aikaa.
  - Jos lieviä haittavaikutuksia esiintyy, kokeillaan annoksen tai lääkkeen antoajan säätämistä tai valmisteen vaihtoa. Tarvittaessa lääke lopetetaan, esim. QT-ajan pidentyessä.
- Osalla lapsista ja nuorista lääkeshoidon tarve vähenee ajan myötä, mutta osa tarvitsee lääkeshoittoa aikuisuudessakin. Lääkeshoito on myös mahdollista aloittaa ensimmäisen kerran vasta aikuisuudessa.
- Lääkeshoittoon liitetään yleensä muita hoitomuotoja.
  - Myös aikuisille suositellaan monimuotoista hoitoa, jossa otetaan huomioon muut mahdolliset oireisiin tai hoitoon vaikuttavat sairaudet.
- ADHD:n lääkeshoittoon liittyy

väärinkäytön riski, joka liittyy usein muiden päihdeiden ongelmakäyttöön ja antisosiaalisiin taipumuksiin.

- Päihdehäiriöisen ADHD-diagnoosin saaneen henkilön lääkitys on toteutettava erittäin tiukassa seurannassa, ja useimmiten on perusteltua käyttää muita kuin stimulanttipohjaisia lääkkeitä.
- Alkoholiongelmaisella ADHD-potilaalla atomoksetiinista saattaa olla hyötyä ADHD:n oireiden vähentämisessä, mutta sillä ei ole vaikutusta alkoholinkäyttöön<sup>C</sup>.

### Muut hoitomuodot

- Moniyydyttymättömät rasvahapot ovat tehottomia ADHD:n hoidossa lapsilla ja nuorilla, eikä niiden käyttöä suositella.
- EEG-biopalauteshoidolla ei ilmeisesti ole vaikutuksia lasten ja nuorten ADHD:n ydinoireisiin.
- Mindfulness-menetelmistä saattaa olla hyötyä ADHD-oireiden hallinnassa.
- Säännöllinen aerobinen liikuntaharjoittelu saattaa vähentää ADHD:n keskeisiä oireita lapsilla ja nuorilla.

### Hoidon porrastus ja lähettämiskriteerit

- ADHD-epäilyn alustava selvitys ja tukitoimien käynnistäminen kuuluvat perusterveydenhuollon tehtäviin kaikissa ikäryhmissä.
- Kouluikäisillä lapsilla myös lääkeshoitoa voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa.
- Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä

työnjaosta ja yhteistyöstä on useimmilla paikkakunnilla olemassa ns. hoitopolkukuvaus tai muu sopimus. Ellei tällaista ole, ohjataan lähete erikoissairaanhoidossa

- lasten- tai nuorisopsykiatrialle, jos lapsen oirekuvaan liittyy merkittäviä tai vaikeutuvia psyykkisiä oireita tai lapsen ja vanhemman välisiä merkittäviä vuorovaikutusongelmia
  - nuorisopsykiatrialle, jos nuoren oirekuvaan liittyy merkittäviä tai vaikeutuvia psyykkisiä oireita, vaikeita käyttäytymisen häiriöitä tai päihdeongelma
  - lastenneurologialle, jos lapsella tai nuorella epäillään neurologista sairautta (esim. neurofibromatoosi, epilepsia) tai kehitysvammaisuutta.
- Erikoissairaanhoidon vastuulla ovat monihäiriöisten tai vaikeaoireisten potilaiden erotusdiagnostiset selvittelyt, tarvittavat lisätutkimukset, vaatavien lääkeshoittojen aloittaminen, näiden potilaiden hoidon ja kuntoutuksen suunnittelu sekä jatkohoidosta ja -seurannasta sopiminen.

### Kirjallisuutta

1. Puustjärvi A, Raevuori A, Vuottilainen A. Lasten ja nuorten ADHD:n lääkeshoito. *Suom Lääkäril* 2012;42:3027–3030
2. Bello NT. Clinical utility of guanfacine extended release in the treatment of ADHD in children and adolescents. *Patient Preference Adherence* 2015;9():877-85. PubMed