

Pekka Tani, Anniina Koski, Suvi Olkkola, Sami Grönfors, Lumikukka Socada, Vappu Halkola ja Risto Vataja

Aikuisten ADHD-epäilyt – milloin tutkimuksiin?

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) on lapsuusiästä alkaen ilmenevä kehityksellinen oireyhtymä, jota luonnehtii laaja-alainen tarkkaavuuden säätelyn häiriön, yliaktiivisuuden ja impulsiivisuuden aiheuttama toiminnanvaja. Oirekuva voi painottua johonkin näistä tai ilmetä näiden yhdistelmänä. Tarkkaavuushäiriöllä ei tarkoiteta niinkään keskittymiskyvyttömyyttä. Kyse on lähinnä pitkäkestoisesta vaikeudesta oman toiminnan ohjaamisessa ja hallinnassa, joidenkin tarkkaavuustointojen sekä usein myös motivaation ja emootioiden säätelyssä tilanteen edellyttämällä tavalla (1,2).

ADHD:n oireet ovat luonteeltaan jatkumo, ja kliininen diagnoosi edellyttääkin oireiden aiheuttamia pitkäaikaisia vaikeuksia useilla eri elämänalueilla. Toisaalta erilaiset kompensatiomekanismit, kuten läheisten tarjoama vahva tuki arjen toiminnoissa, voivat peittää toimintakyvyn puutteita. Tällöin toimintakyvyn puutteet saattavat tulla näkyviksi vasta olosuhteiden muuttuessa, esimerkiksi nuoren muuttaessa pois lapsuudenkodistaan.

ADHD:n esiintyvyydeksi 6–18-vuotiaiden joukossa on arvioitu 3,6–7,2 % (3). Merkittävässä osalla potilaista oireet jatkuvat aikuisuuteen. Aikuisten osalta esiintyvyydeksi on arvioitu 2,5–3,4 % (3). Elämänaikainen samanaikaissairastavuus ja oirekuvien päällekkäisyys esimerkiksi oppimiskyvyn häiriöiden, psykiatristen ja päihdehäiriöiden sekä somaattisten sairauksien kanssa ovat merkittäviä ja aiheuttavat erotusdiagnostisen haasteen.

ADHD-lasten kohorttiseurantojen perusteella sekä psykiatrisen viitekehysten laajene-

ADHD-oireyhtymä voi olla aikuispotilaankin pitkäaikaisen toimintakyvyn heikkenemisen taustalla – diagnosointi edellyttää perehtymistä oireyhtymään ja kokemusta psykiatrisesta erotusdiagnostiikasta.

misen myötä tieto ja kokemus ADHD:stä elämäntapa-ilmionä on merkittävästi karrtunut. Nykyään tiedostetaan aiempaa paremmin, että ADHD:n oirekuva voi jatkua lapsuudesta aikuisuuteen. Myös lisääntynyt medianäkyvyys on tuonut ADHD:ta ilmiönä tutummaksi laajalle yleisölle. On myönteistä, että tunnistaminen on parantunut ja potilaat saavat tarvitsemaansa apua. Monelle selityksen saaminen jatkuville vastoinkäymisille on käänteentekevää. ADHD-lääkitysten hyvä vaste tekee hoidosta palkitsevaa, kun potilaan toimintakyky paranee selvästi.

Median ahkeralla – ajoittain hengästyttävällä – tahdilla tuottaa ADHD-aiheisia artikkeleita on toisaalta kääntöpuoli. Kun monenlaisten elämäntapa-asteiden kanssa kamppailevat ihmiset lukevat inspiroivia selviytymistarinoita ADHD:stä, heistä saattaa tuntua houkuttelevalta tulkita omien haasteidensa selittyvän ADHD:llä. Usein olisi kuitenkin ensisijaista arvioida ajankohtaista muuta psykiatrista oirekuvaa ja elämäntilannetekijöitä vaihtoehtoisena ADHD-oireiden selityksenä. Monet yhteiskunnallisetkin tekijät voivat tuottaa ADHD:n kaltaisia oireita. Esimerkiksi kiristyneet opiskelu- ja työelämän vaatimukset, runsas sosiaalisen median käyttö, elämän ruuhkavuosien vaatimukset sekä etenkin aivotyötä tekevien henkilöiden työelämän huono kognitiivinen ergonomia voivat johtaa hankinnaiseen keskittymisvaikeuteen (attention deficit trait, ADT) (4). Sitä hoidetaan elintapamuutoksella ja kognitiivisen ergonomian kohentamisella (5,6).

Viime aikoina kaikkialta Suomesta on tullut samanlaista viestiä: aikuispotilaita hakeutuu sankoin joukoin terveydenhuoltoon arvelen

kärsivänsä ADHD:stä, eikä palvelujärjestelmän kantokyky tunnu missään riittävän tutkimusten tarpeen tyydyttämiseen. Kollegat joutuvat pulmalliseen tilanteeseen, kun osa potilaista on hyvinkin vakuuttuneita siitä, että heidän vaikeutensa johtuvat juuri ADHD:stä.

Suomessa tulemme usein vähän muiden länsimaiden kantapäillä erilaisten ilmiöiden osalta, niin hyvässä kuin pahassakin. Ruotsissa, jossa ADHD:tä ja muita kehityksellisiä häiriöitä on meitä aktiivisemmin ja aikaisemmin tutkittu ja hoidettu, on viime aikoina raportoitu potilaiden hakeutuvan uudelleen terveydenhuoltoon toivoen ADHD-diagnoosinsa purkamista, koska diagnoosi saattaa rajoittaa esimerkiksi ammatinvalintaa (7).

Alidiagnostiikasta on riski päätyä yli diagnostiikkaan – ajankohtaisesti oletettavasti molempia tapahtuu. Huolelliseen erotusdiagnoosiin ja oheissairastavuuden arviointiin ADHD:n tutkimuksessa tulisi tämän vuoksi varata riittävän monta käyntiä.

Perusterveydenhuolto toimii ensilinjassa valikoimattoman potilasaineiston kohtaamisessa, ja vastuu ADHD-jatkoselvittelyiden tarkoituksenmukaisuuden arvioimisesta kaatuukin perusterveydenhuollossa toimivan kollegan joennestään kuormitetuille harteille. Lisääntyvä kysyntä horjuttaa myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon kantokykyä, kun hoitotakuu ei erottele itsetuhoisia ja psykoottisia potilaita niistä, jotka tarvitsevat ADHD-tutkimusta. Näiden häiriöiden hoidon kiireellisyys on kaukana toisistaan.

Mielestämme julkisessa terveydenhuollossa voi tilannekohtaisen harkinnan perusteella olla

perusteltua seuloa ADHD:tä potilailta, joiden elämänhallinnassa ja psykososiaalisessa toimintakyvyssä on pitkäaikaisia ja laaja-alaisia puutteita ilman muuta ilmeistä selittävää tekijää. Kliinisten kokemusten perusteella potilaiden, jotka vahvasti epäilevät itsellään ADHD:tä, joukossa seulontalomakkeiden hyöty saattaa jäädä vähäiseksi ja positiivisia löydöksiä tulee runsaasti. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ADHD:n seulonnan tulisi olla osa niin uusien potilaiden kuin pidempään hoidossa olleidenkin perusdiagnosointia, jos tavanomainen hoito ei tehoa ja muut häiriöt eivät oireita selitä. Seulonnan jälkeen tulee tarkistaa, onko ADHD-tutkimus oikea-aikainen esimerkiksi Käypä hoito -suosituksen tai Mielenterveystalon ammattilaisosion ADHD:n hyvä hoito -ohjeistuksen mukaisesti (3,8).

ADHD:tä epäiltäessä on hyvä ensin selvittää, onko potilaalla todettavissa selkeitä toimintakyvyn puutteita paitsi ajankohtaisesti myös pitkäaikaisesti. Pelkkä itseymmärryksen lisääntyminen ei ole jatkoselvittelyjen peruste. Lisäksi on hyvä pohtia, mikä tuo potilaan vastaanotolle juuri nyt ja onko ajankohtaisille haasteille löydettävissä muuta selittävää tekijää. Jos ADHD-epäily tämän jälkeen vaikuttaa perustellulta, potilas tulisi ohjata esimerkiksi psykiatriselle sairaanhoitajalle tai muulle alueellisesti sovitulle ammattilaiselle mahdollisimman tarkan elämäntapa-anamneesin haastattelun ja tarvittavien lapsuuden asiakirjojen keräämiseksi. Tutkimusten ja hoidon porrastus tulisi järjestää kunkin sotealueen resurssien mukaisesti, mielellään hoitoketjun kirjallisen kuvauksen muodossa. ■



PEKKA TANI, LKT, dosentti, psykiatrian ja neurologian erikoislääkäri, apulaisylilääkäri
HUS, Aivokeskus, psykiatrian vastuualueeryhmä
GNR-linja, neuropsykiatrian poliklinikka

ANNIINA KOSKI, LL, psykiatrian erikoislääkäri, apulaisylilääkäri
HUS, Aivokeskus, psykiatrian vastuualueeryhmä
GNR-linja, neuropsykiatrian poliklinikka

SUVI OLKKOLA, LL, psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti
HUS, Aivokeskus, psykiatrian vastuualueeryhmä
GNR-linja, neuropsykiatrian poliklinikka

SAMI GRÖNFORS, PsL, neuropsykologian erikoispsykologi
HUS, Aivokeskus, psykiatrian vastuualueeryhmä
POKIT/GNR-linja, neuropsykiatrian poliklinikka

LUMIKUKKA SOCADA, LL, psykiatrian erikoislääkäri
Yliääkäri, HUS, Aivokeskus, psykiatrian vastuualueeryhmä ja
GNR-linja, kehitysvammapsykiatrian konsultaatiopoliklinikka
Yliääkäri, Eteva kuntayhtymä

VAPPU HALKOLA, LL, psykiatrian erikoislääkäri
HUS, Aivokeskus, psykiatrian vastuualueeryhmä
GNR-linja, neuropsykiatrian poliklinikka

RISTO VATAJA, LL (väit.), ylilääkäri, linjajohtaja
HUS Aivokeskus, psykiatrian vastuualueeryhmä
GNR-linja

KIRJALLISUUTTA

1. Virta M, Salakari A. ADHD-aikuisen selviytymisopas 2.0. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi 2018.
2. Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2020;395:450–62.
3. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Käypä Hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2019 [päivitetty 4.4.2019]. www.kaypahoito.fi.
4. Huutilainen M, Moisala M. Keskittymiskyvyn elvytysopas. Jyväskylä: Tuuma kustannus 2018.
5. Keskittymisen ja tarkkaavuuden tukeminen. Aivot ja toimintakyky. Terveyskylä 12.3.2021. <https://terveyskyla.fi/aivotalo/aivot-ja-toimintakyky/keskittymisen-ja-tarkkaavuus/keskittymisen-ja-tarkkaavuuden-tukeminen>.
6. Ratkaisuja sujuvampaan aivotyöhön. Helsinki: Työterveyslaitos. <https://ttl.fi/palvelut/tyoyhteison-toimivuus-ja-hyvinvointi/sujuva-aivotyo>.
7. Jernberg M. Fler vill slippa ADHD-diagnos. *Psykologtidningen* 29.4.2021. <https://psykologtidningen.se/2021/04/29/fler-vill-slipa-adhd-diagnos/>.
8. ADHD. Hyvän hoidon mallit. HUS Mielen-terveystalo 2021. <https://ammattilaiset.mielenterveystalo.fi/tyokalut/hyvanhoidonmallit/ADHD/Sivut/default.aspx>.

SIDONNAISUUDET

Pekka Tani: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Autismiliitto), hankkeet (Mielenterveystalo ammattilaisio)

Anniina Koski: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Työterveyslaitos, Helsingin kaupunki, Duodecim, Suomen Psykiatriyhdistys, Vaasan sairaanhoitopiiri, Psykiatrikonsultaatiot Hilla, Kuntoutussäätiö)

Suvi Olkkola: Ei sidonnaisuuksia

Sami Grönfors: Muut sidonnaisuudet (Kustannus Oy Duodecim)

Lumikukka Socada: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Medinari Oy, Otsuka Pharma Scandinavia Ab, Oy H. Lundbeck Ab, Janssen-Cilag Oy), hankkeet (Kehitysvammaisten terveyspalvelut Uudellamaalla -hanke)

Vappu Halkola: Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Oy H. Lundbeck Ab)

Risto Vataja: Hankkeet (Kehitysvammaisten palvelujärjestelmä Uudellamaalla -hanke, SOTE-sairaalahanke), muut sidonnaisuudet (HUS toiminnalliset häiriöt -ohjausryhmä)