

Anu Raevuori ja Kirsi Auro

ADHD-diagnoosien määrä koko väestössä lisääntyy, ja pandemia-aikana tapahtui hyppäys – huomio keskittymistä hajottaviin ympäristötekijöihin

Lasten ja nuorten ADHD-diagnoosien ja lääkityksen yleistymisen, suuret alueelliset erot sekä aikuisten ADHD-arvioiden kysynnän lisääntyminen (”ADHD-buumi”) ovat olleet runsaasti esillä (1–3). Omassa tutkimuksemme tarkastelimme ADHD-diagnoseja ja -lääkitystä koko Suomen väestössä vuosina 2015–2022 (4). Diagnoositiedot poimittiin vuodesta 1969 ja lääkitystiedot vuodesta 1994 lähtien.

Koronapandemiaan vuosina 2020–2022 liittyi taustalla olevan yleistymistrendin ylittävä, 18,6 %:n lisäkasvu uusien ADHD-diagnoosien määrässä (Kuva). ADHD:n ilmaantuvuus koko väestössä kaksinkertaistui.

Jyrkintä diagnoosien lisääntyminen oli 13–30-vuotiaiden tyttöjen ja nuorten naisten joukossa, sillä heidän osaltaan uusien ADHD-diagnoosien määrä kolminkertaistui aikavälillä 2019–2022. Pandemiaan liittyvästä, taustalla olevan diagnoosien yleistymistrendin ylittäväs- tä kasvusta 67 % selittyi tytöille ja naisille an- netuilla uusilla diagnoseilla. Myös yli 55-vuo- tiaiden joukossa uusien ADHD-diagnoosien ilmaantuvuus lähes kolminkertaistui pande- mian aikana. Ikäryhmän naisilla ADHD:n elinai- kainen esiintyvyys vuonna 2020 ennen pande- mian sulkutoimia oli 0,10 %, vuonna 2022 taas 0,17 %. Miesten joukossa vastaavat osuudet olivat 0,14 % ja 0,22 %.

Suurin ilmaantuvuus ja elinikäinen esiin- tyvyys vuonna 2022 havaittiin odotetusti alle

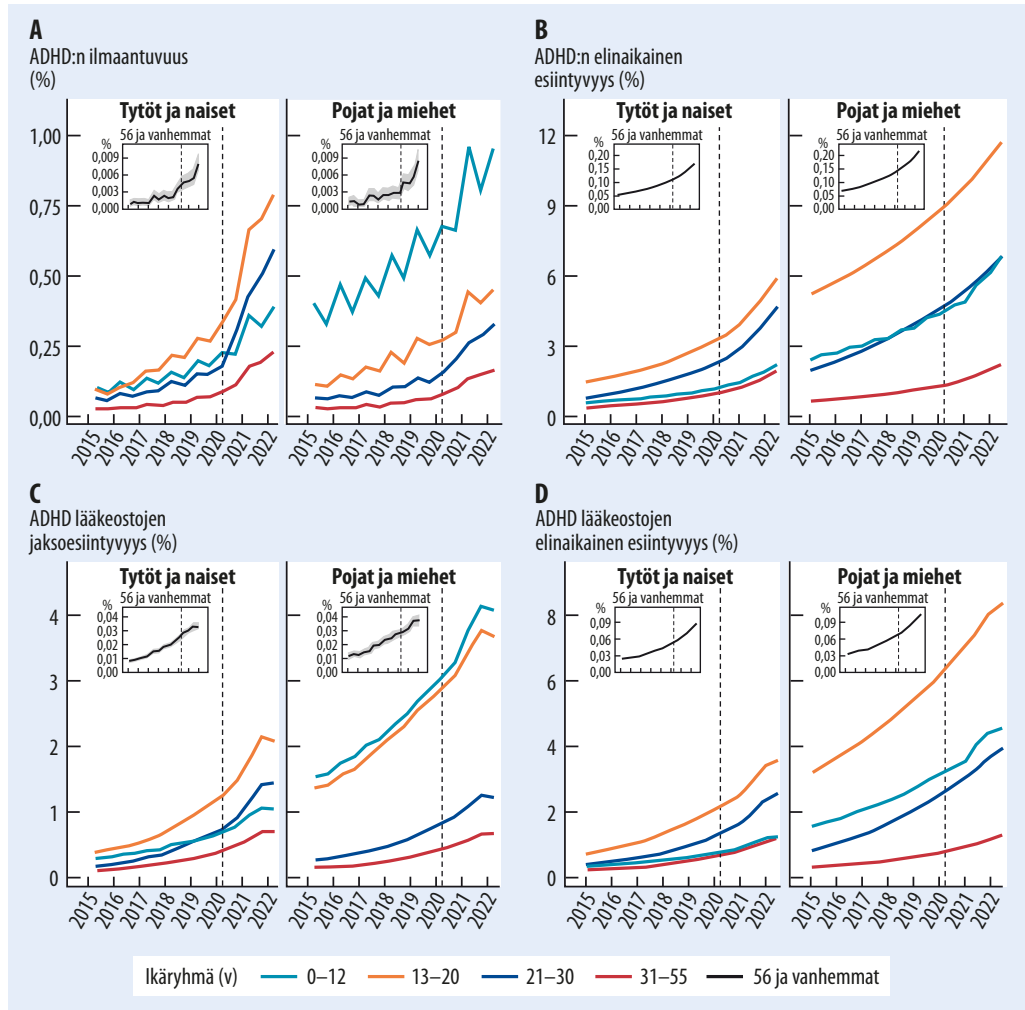
21-vuotiaiden poikien ja nuorten miesten jou- kossa (0–12-vuotiaat: 6,9 %, 13–20-vuotiaat: 11,7 %), mutta heidän diagnoosimääränsä lisääntyi nopeasti jo ennen pandemiaa, eikä korona-aikaan liittynyt ADHD-diagnoosien tilastollisesti merkitsevää lisäkasvua. Pandemi- an aikana ADHD-lääkitys lisääntyi maltillisel-

sa suhteessa diagnoosimääriin, eikä lääkityksen yllisääntymistä havaittu missään ikäryhmässä. Vuonna 2022 ADHD-lääkitys oli yleisintä alle 13-vuotiailla pojilla (66 %:lla elinaikanaan diagnoo- sin saaneista) ja harvinaisinta yli 55-vuotiailla miehillä (vastaavasti 48 %:lla).

Lasten ja nuorten ADHD-diagnoosien yleis- tymisen taustatekijöiksi on mainittu muun muassa keskittymistä ja toiminnanohjausta heikentävät muutokset kouluissa, esimerkiksi avoimet oppimisympäristöt, suuret ryhmäkoot, opettajavetoisuuden väheneminen ja itseohjau- tuvusodotusten lisääntyminen (1,5). Lisäksi on mainittu kehitysvaiheet huomioivien tarpei- den ja suhteellisten ikäerojen sivuuttaminen. Näistä jälkimmäinen on johtanut diagnoosien kasaantumiseen loppuvuonna syntyneille lap- sille (6). Lisäksi syiksi on esitetty diagnosoin- nin siirtymistä yhä enemmän perustasolle, yli- diagnostiikkaa sekä unen ja liikunnan puutetta, joihin älypuhelimien ja muun digimedian ylen- määräinen käyttö usein yhdistyy (1,5,7,8).

Tutkimuksemme viittaa siihen, että vastaavat elinympäristöön liittyvät, keskittymistä rikko- vat kuormitustekijät koskettavat huomattavaa

Digilaitteiden käyttöä on voitava säädellä nykyistä paremmin.



KUVA. ADHD-diagnoosien ja ADHD-lääkityksen ilmaantuvuus ja esiintyvyys koko Suomen väestössä vuosina 2015–2022. Diagnoosit vuosilta 1969–2022 poimittiin Terveydenhuollon hoitoilmoitukset -rekisteristä. Lääkitystieto kerättiin Lääkeostorekisteristä, ja tieto kattaa toteutuneet metyyliifenidaatti-, atomoksetiini-, deksamfetamiini- ja lisdeksamfetamiinilääkeostot vuosilta 1994–2022. Katkoviiva kuvaa koronapandemian alkua 1.4.2020.

osaa väestöstä – kehitysvaiheensa vuoksi lapset ja nuoret toki ovat haittojen kannalta erityisen haavoittuvassa asemassa (9). Oletamme, että mobiiliteknologian, kuten älypuhelimien, ja muun digimedian liiallinen käyttö ja hallitseva osa elämän eri osa-alueilla on ilmiössä keskeistä (8–11). Niiden parissa vietetyn ajan annosvastesuhde tarkkaamattomuus- ja yliaktiivisuusoireisiin on osoitettu (12). Lisäksi yhteys digitaalisen median kanavien käytön ja ADHD-oireiden ilmaantuvuuden välillä on osoitettu pitkittäistutkimuksessa nuorilla, joilta merkittävät ADHD-oireet seurannan alussa puuttivat (8). Neurobiologisten mekanismien osalta

älylaitteiden lyhytjännitteinen ja hallitsematon käyttö muistuttaa muita riippuvuuksia, joiden mekanismit puolestaan ovat osittain päällekkäisiä ADHD:n kanssa (13,14).

Pandemian rajoitustoimien seurauksena opinnoissa ja työelämässä siirryttiin laajalti etätöömoodiin, jossa koko työaika kului digilaitteilla toimimiseen ja kasvojen tapahtuvia ihmiskontakteja oli niukasti. Myös vapaa-aikana digilaitteiden käyttö ja näyttöaika lisääntyivät selvästi (15). Tähän myötävaikuttivat harrastusmahdollisuuksien sulkeutuminen ja sosiaalisten kontaktien kapeutuminen. Sosiaalisen median välityksellä tapahtuva psyykkisten

sairauskäsitteiden leviäminen on sekin oletettavasti lisännyt diagnoosien kysyntäpainetta (3,16).

Aikuisten ADHD-diagnosointi on siirtynyt yhä enemmän työterveyshuoltoon. ADHD-diagnooseja tehtiin Suomessa menneinä vuosikymmeninä vähän verrattuna kansainväliseen tasoon, ja siksi aikuisväestössämme on todennäköisesti diagnosoimattomia tapauksia. Kliinisten havaintojen mukaan lapsen diagnoosi voi myös johdattaa vanhemman huomaamaan ADHD-piirteitä itsellään. Aikuisilla on lapsiin ja nuoriin verrattuna enemmän psyykkistä samanaikaissairastavuutta (17), josta ADHD-oireiston erottaminen ja sen alun jäljittäminen lapsuuteen on vaativampaa. ADHD-diagnoosin asettamisessa on kyse kategorisen rajan vetämisestä oirejatkomolle (18). Yksiselitteiset ohjeet diagnostisen kynnyksen ylittävästä toimintakyvyn haitan tasosta ja laadusta puuttuvat. Kyse on aina myös mielipiteestä ja subjektiivisesta kokemuksesta – tutkittavat itse, heidän läheisensä, opettajat ja työyhteisö voivat kokea samankaltaiset oireet ja niistä aiheutu-

van kuormituksen eri tavoin. Mitä heikommin tarkkaavuuden suuntaamista, ylläpitämistä ja omaa toiminnanohjausta tukeva elinympäristö on, sitä lievemmat, aiemmin hallinnassa olleet ADHD-piirteet aletaan kokea kognitiivista toimintakykyä haittaaviksi (17,18).

Elinympäristömme vaikuttaa ADHD:n ilmaantuvuuteen eli kehityksellisen, neuropsykiatrisen häiriön oireistoon koko väestössä. Keskittymistä heikentäviin elinympäristön tekijöihin puuttuminen on olennaista kaikissa ikäryhmissä, mutta erityisen tärkeää se on lasten ja nuorten kannalta. Koulu- ja työympäristöissä on huomioitava inhimillisen tiedonkäsittelyn ominaispiirteet, ja niiden on tuettava keskittymiskykyä ja kognitiivista ergonomiaa kokonaisuudessaan (19). Digilaitteiden liiallisen ja hallitsemattoman käytön tuottamista haitoista kognitiivisille toiminnoille ja aivojen palkkiojärjestelmälle on jo riittävästi tutkimusnäyttöä. Niiden käyttöä on voitava säädellä nykyistä paremmin. Samalla tuetaan terveen elämän muita osa-alueita. ■



ANU RAEVUORI, LT, nuorisopsykiatrian professori, osastonylilääkäri
HUS, psykiatrian vastuualueryhmä,
nuorisopsykiatria
Helsingin yliopisto, Clinicum



KIRSI AURO, LT, ylilääkäri
HUS, psykiatrian vastuualueryhmä,
nuorisopsykiatria
THL, väestönerveysyksikkö

SIDONNAISUUDET

Anu Raevuori: Luentopalkkio (Lundbeck Oy, Tampereen yliopisto, Valtakunnallinen TUVUVA, HYRIA Riihimäki), luottamustoimet (varapuheenjohtaja, Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen hallitus; jäsen, Psykiatriyhdistyksen nuorisopsykiatrian jaos; puheenjohtaja, Syömishäiriöiden Käypä hoito -työryhmä; toimituskunnan jäsen, International Journal of Eating Disorders), muut sidonnaisuudet (osakkeet ja optiot, Meru Health Oy)

Kirsi Auro: Asiantuntijapalkkio (Saraste Terveys Oy, GSK), muut sidonnaisuudet (Saraste Terveys Oy, Trigemini Oy)