

Terhi Aalto-Setälä ja Miika Vuori

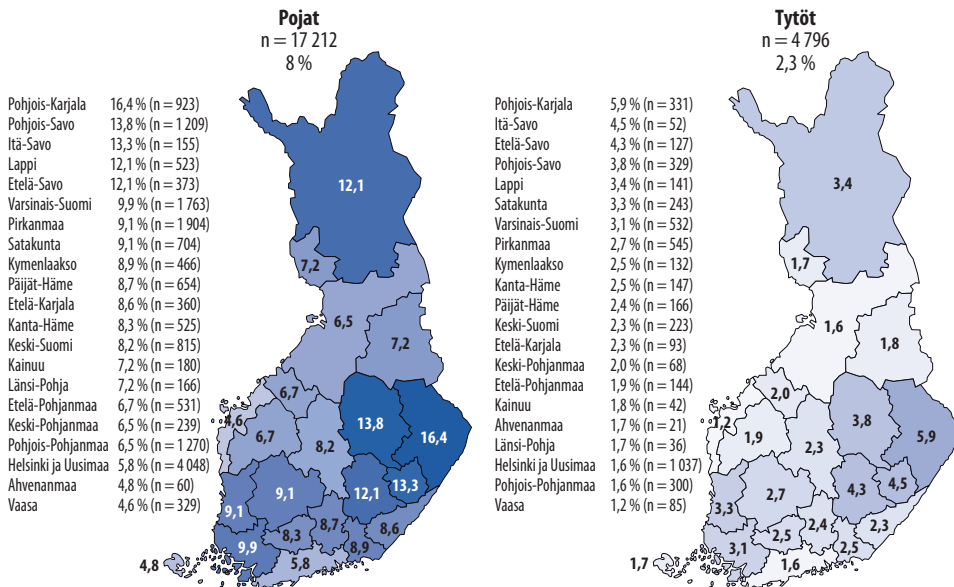
Lasten ADHD-lääkehoidon yleistymiskehitys ei näytä tasaantuvan

Lasten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) lääkehoito on yleistynyt nopeasti. Vuonna 2022 yhteensä 8,0 % 6–12-vuotiaista pojista (n = 17 212) ja 2,3 % tytöistä (n = 4 796) sai Kelasta korvausta ADHD-lääkeostosta (**KUVA**). Vastavat luvut vuonna 2019 olivat poikien osalta 5,1 % (n = 11 344) ja tyttöjen osalta 1,2 % (n = 2 503).

Myös ADHD-diagnoosit yleistyvät: esimerkiksi vuonna 2019 perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterissä F90-diagnoosi oli 7–14-vuotiaista 7 165:llä, kun vastaava luku vuonna 2022 oli jo 16 675. Todellinen tapausmäärä lienee hieman tätä suurempi tiedonsiirto-ongelmien vuoksi. Luvuista puuttuvat myös pelkästään erikoissairaanhoidossa tai yksityisellä sektorilla asioineet.

Lancet-lehden katsauksessaan Sayal työryhmineen arvioi ADHD:n yleisyydeksi lapsiväestössä noin 5 %, minkä lisäksi noin 5 %:lla arvioitiin esiintyvän huomattavaa subkliinistä oireilua (1). Thomas ym. arvioivat meta-analyyssissään lasten ADHD:n yleisyydeksi 6,7–7,8 % (2).

Lasten ADHD-lääkehoito on huomattavan yleistä Itä-Suomessa ja Lapissa, ja ylipäättään poikien ADHD-lääkehoidon yleisyys Suomessa ylittää monin paikoin Thomasin työryhmän ADHD:n esiintyvyyttä koskevan 7,8 %:n raja-arvon (**KUVA**) (1). Havainto on merkittävä, koska lasten lääkehoito on perusteltua ensisijaisesti vasta silloin, kun lääkkeettömät tukikeinot eivät riitä. Tyttöjen ADHD-lääkehoidon yleisyys jää yleensä alle ADHD:n esiintyvyyttä koskevien raja-arvojen. Tyttöjen lääkehoito on tavallisinta



KUVA. Lasten (6–12-vuotiaat) ADHD-lääkehoidon yleisyys (%) sairaanhoitopiireittäin vuonna 2022. Tietolähde: Kelan Reseptitiedosto, vähintään yksi korvattu ADHD-lääkeosto (metyylifenidaatti, deksamfetamiini, lisdeksamfetamiini, atomoksetiini tai guanfasini). Karttakuvissa saajien määrä on suhteutettu samanikäiseen väestöön (lukuarvo = suhteellinen prosenttiosuus). Koko väestö: yleisyys = 5,2 % (n = 22 008).

samoilla alueilla, joilla se on poikienkin osalta yleisintä. Alueelliset erot ovat suuret.

Lasten ADHD-diagnoosien ja ADHD-lääkehoidon yleistyminen on kansainvälinen ilmiö (3). Näyttöä kliinisesti merkittävän ADHD-oireilun lisääntymisestä ei sen sijaan ole. Yleistymisen syiksi on arveltu esimerkiksi muutoksia diagnoosi- ja hoitokäytännöissä, tunnistamisessa ja palveluiden saatavuudessa (4). Selitykseksi on esitetty myös diagnostisten kriteerien rajapinnalle sijoittuvan oireilun diagnosointia (4–6).

ADHD-diagnoosien ja lääkehoidon yleistymiskehitys Suomessa tuskin selittyy pelkästään ilmiön paremmalla tunnistamisella, eivätkä suuret alueelliset erot selity yksin sairastavuuden ja geeniperimän eroilla. Erityisesti poikien osalta askarruttaa mahdollinen virhe- tai yli diagnostiikka. Ehkäpä Suomessa diagnosoidaan ja lääkitään yhä enemmän juuri subkliinisesti oireilevia lapsia? Tästä ei kuitenkaan ole saatavilla tutkimustietoa.

Lapsen ADHD-diagnoosi perustuu huolelliseen oireiden kartoittamiseen ja oirekriteerien täyttymiseen. Toimintakyky arvioidaan ja tietoa kerätään lapsen eri ympäristöissä: kotona, varhaiskasvatuksessa, koulussa ja vapaa-ajalla. Oppimisen sujuminen selvitetään. Lisäksi arvioon sisältyy lääkärin somaattinen ja neurologinen tutkimus. Diagnosointi edellyttää lapsen normaalin ja epänormaalin kehityksen hyvää ymmärrystä, ja lapsilla yleinen liitännäisoreilu tekee erotusdiagnoosinnista vaativaa.

Lapsi, jonka oireet ilmenevät levottomuutena, keskittymättömyytenä, impulsiivisuutena tai tarkkaavuuden pulmina, voi tarvita hyvin erilaista tukea oireilunsa taustatekijöiden mukaan. Paitsi ADHD, kyseessä voi olla esimerkiksi käytöshäiriöoireilu, ahdistus, masennus, traumaperäinen oireilu tai jokin muu neurokehityksellinen ongelma. Liika pelaaminen ja soveltaminen sekä liian vähäinen liikunta ja nukkuminen voivat nekin tuottaa samantyyppistä oireilua. Oireileeko lapsi perheympäristön tai lapsen kehitystarpeita heikosti tukevan oppimisympäristön vuoksi? Ehkä kyse on joskus vain kypsytymättömyydestä?

Vuonna 2019 julkaistu ADHD:n Käypä hoito -suositus linjaa lasten ADHD-diagnostiikan

ja hoidon tavallisesti perustasolle. Onko perustasolla resursseja tähän ja mahdollisuutta riittävän monialaiseen työskentelyyn? Pitäisikö käytäntöä tarkastella nykytilanteessa uudelleen? Esimerkiksi Tanskassa ei ole havaittu vastaavaa ADHD-diagnoosien ja lääkehoidon yleistymiskehitystä (7). Tanskalaiset asiantuntijat pitävät merkittävänä selityksenä sitä, että lasten ADHD-lääkehoidon aloitus on siellä erikoislääkäreiden tehtävä (8). Tulisiko Suomessakin keskittää lääkehoito nykyistä vahvemmin yksiköihin, joissa on erikoissairaanhoidon tasoista osaamista?

Tuoreissa meta-analyyseissa on kiinnitetty huomiota lääkehoitotutkimusten melko lyhyeen seuranta-aikaan (keskimäärin 12 viikkoa) (9,10). Lääkehoitotutkimuksissa tutkittavat saattavat olla valikoituneempia ja motivoituneempia sekä hoito räätälöidymppä kuin tosielämässä on mahdollista. ADHD-lääkehoidon pidemmän aikavälin hyödyistä ja haitoista tarvitaan lisätutkimusta (9–12). Suomalaisilla aineistoilla ADHD-lääkehoitoa ei ole juurikaan tutkittu.

Lasten ADHD:n hoidossa psykososiaaliset interventiot ovat ensisijaisia. Kansainvälistä tutkimusnäyttöä on kertynyt eniten strukturoiduista vanhemmuustaito-ohjelmista, mutta tutkimusnäyttö psykososiaalisten menetelmien pitkäaikaisvaikutuksista on sekin niukkaa (13,14). Suomessa tarjolla olevien kouluikäisille kohdennettujen kuntoutuspalvelujen (esimerkiksi neuropsykiatrinen ohjaus, Kelan sopeutumisvalmennuskurssit, Kelan LAKU-kuntoutus) kysyntä on lisääntynyt voimakkaasti, samoin moninainen liiketoiminta kuntoutuksen ympärillä. Näistä palveluista ei kuitenkaan ole selvää vaikuttavuusnäyttöä.

Tarvitsemme lisää tietoa sekä laajempaa keskustelua lasten ADHD:n yleistymiskehityksen sekä sukupuoli- ja alue-erojen taustatekijöistä. Entä muut tekijät yhteiskunnassamme? Jopa lasten keskeistä kasvuympäristöä eli koulua kehitettäessä lasten kehitykselliset tarpeet saattavat jäädä vähälle huomiolle. Nykytilanne on huolestuttava ja edellyttää avointa keskustelua ja kriittistä tarkastelua ilmiön eri ulottuvuuksista. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Sayal K, Prasad V, Daley D, ym. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry* 2018;5:175–86.
2. Thomas R, Sanders S, Doust J, ym. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2015;135:994–1001.
3. Raman SR, Man KKC, Bahmanyar S, ym. Trends in attention-deficit hyperactivity disorder medication use: a retrospective observational study using population-based databases. *Lancet Psychiatry* 2018;5:824–35.
4. Rydell M, Lundström S, Gillberg C, ym. Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59:863–71.
5. Cyngell C, Payne JM, Coghill D. Conceptual clarity needed in ADHD diagnosis and treatment. *Lancet Psychiatry* 2023;10:658–60.
6. Kazda L, Bell K, Thomas R ym. Overdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescent: a systematic scoping review. *JAMA Netw Open*, julkaistu verkossa 1.4.2021. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2021.5335.
7. Stolz-Andersen M, Wesselhoeft R, Ernst M, ym. Use of ADHD medication among Danish children and adolescents from 2010–2020 – a nationwide study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022;65:582.
8. Dalsgaard S, Knøth Humlum M, Nielsen H, ym. Common Danish standards in prescribing medication for children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014;23:841–4.
9. Storebo OJ, Rosenberg Overby Storm M, Pereira Ribeiro J, ym. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database Syst Rev*, julkaistu verkossa 25.11.2015. DOI:10.1002/14651858.CD009885.pub2.
10. Cortese S, Adamo N, Giovane CD, ym. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescent, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2018;5:727–38.
11. Carucci S, Balia C, Gagliano A, ym. Long term methylphenidate exposure and growth in children and adolescents with ADHD: systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2021;120:509–25.
12. Man KKC, Häge A, Banaschewski T, ym. Long-term safety of methylphenidate in children and adolescents with ADHD: 2-year outcomes of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Drug Use Chronic Effects (ADDUCE) study. *Lancet Psychiatry* 2023;10:323–33.
13. Daley D, Van Der Oord, Ferrin M, ym. Practitioner review: current best practice in the use of parent training and other behavioral interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59:932–47.
14. Groenman AP, Hornstra R, Hoekstra PJ, ym. An individual participant data meta-analysis: behavioral treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2022;61:144–58.



TERHI AALTO-SETÄLÄ, LT,
lastenpsykiatrian erikoislääkäri,
vakuutuslääketieteen erityispätevyys
Yliilääkäri, THL, mielenterveystiimi
Asiantuntijalääkäri, KELA



MIIKA VUORI, VTT, sairaanhoitaja AMK
Erikoistutkija, THL, hyvinvointijohtamisen
ja palvelujärjestelmän tietopohja -tiimi

SIDONNAISUUDET

Terhi Aalto-Setälä: Luottamustoimet (Helsingin yliopiston psykoterapiakoulutuksen johtoryhmä, varajäsen, Valtakunnallinen psykoterapiakoulutusconsortio, jäsen), muut sidonnaisuudet (Aidos Oy, erikoislääkärikonsultaatiot)

Miika Vuori: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Professio, Biocodex)