Anita Puustjärvi
LL, lastenpsykiatrian ylilääkäri
Pohjois-Savon hyvinvointialue
asiantuntijalääkäri, Kela

Hanna Putkonen
dosentti, osastonylilääkäri
Psykiatrinen vankisairaala, Vantaa

Maria Sumia
nuorisopsykiatrian ja lastentautien erikoislääkäri
Tays

Sami Leppämäki
psykiatrian dosentti, erikoisalajohtaja
Terveystalo

Hertta Ollikainen
lastentautien erikoislääkäri
Kymenlaakson hyvinvointialue, Perhekeskus

ADHD:n lääkehoitoa ei tarvitse pelätä – vinkkejä käytännön työhön

- Lääkehoidon edellytys on huolellisella arviolla varmistettu diagnoosi.
- Lääkkeet ovat tärkeä osa ADHD:n hoitoa. Kaikki eivät niitä tarvitse, mutta usein niistä on olennainen apu oireiden hallinnassa.
- Tukitoimien ja lääkkeettömän hoidon tulee jatkua myös lääkehoidon aikana.
- Hoidon vastetta ja haittoja seurataan alussa tiiviisti ja sopivan annoksen löydyttyä vähintään kerran vuodessa.
- Väärinkäytön riski on otettava huomioon, mutta sitä ei tule liioitella.

AKTIIVISUUDEN ja tarkkaavuuden häiriön eli ADHD:n oireita ovat tarkkaamattomuus, impulsiivisuus ja aktiivisuuden säätelyn vaikeus. Niiden tulee ilmetä useassa eri tilanteessa haitaten toimintakykyä, eivätkä ne saa johtua elintapojen tai elämätilanteen ongelmista tai muista sairauksista.

Oireet ilmenevät lapsuudessa ja jatkuvat usein koko elämän ajan. Diagnosointi perustuu laaja-alaiseen ja huolelliseen kokonaistilanteen arviointiin (1).

ADHD-oireisen henkilön toimintakykyä tuetaan psykososiaalisilla menetelmillä, kuten pedagogisilla tukitoimilla, käyttäytymisohjauksella, ympäristön häiriötekijöiden vähentämisellä ja oireenhallinnan menetelmillä sekä tarvittaessa lääkehoidolla (1).

Oireet ilmenevät lapsuudessa.

ADHD-diagnoosien ja lääkehoidon määrä on lisääntynyt kaikkialla maailmassa, Suomessakin (2–8). Koronaepidemian aikana erityisesti nuorten naisten diagnoosit lisääntyivät voimakkaasti, mikä mahdollisesti liittyi keskittymistä hajottaviin elinympäristön muutoksiin (6,7).

Esiintyvyyden kasvu ja alueelliset erot ovat herättäneet huolta ylidiagnostiikasta ja liiallisesta lääkehoidosta (8). Diagnoosien ja lääkehoidon yleistyessä lääkehoitoa saavien osuus diagnoosin saaneista on kuitenkin pysynyt Suomessa noin 80 prosentissa (6).

ADHD:n Käypä hoito -suositus (1) ja muut hoitosuositukset (9–11) painottavat huolellista diagnostiikkaa, psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmuotojen merkitystä sekä lääkehoitoa osana hoidon kokonaisuutta. Lääkehoidon tarve arvioidaan diagnoosin varmistuttua. Tukitoimien ja lääkkeettömän hoidon tulee jatkua lääkehoidon aikana (9–11).

Lääkehoito voi myös tehostaa lääkkeettömien hoitojen toteutumista. Kaikki eivät lääkehoitoa tarvitse, mutta erityisesti vaikeaoireisilla potilailla se on usein välttämätöntä riittävän oireenhallinnan saavuttamiseksi.

ADHD-lääkkeet

ADHD:n hoidossa käytetään nopeavaikutteisia stimulantteja (metyylifenidaatti, deksamfetamiini, lisdeksamfetamiini) sekä pitkävaikutteisia ei-stimulantteja (atomoksetiini ja guanfasiini) (taulukko 1). Lääkkeiden vaikutus perustuu dopamiinin ja noradrenaliinin määrän lisäämiseen ja vaikutuksen pidentämiseen synapsissa takaisinottoa estämällä ja vapautumista tehostamalla (1).

Stimulanttilääkityksen vaste on havaittavissa noin tunti lääkkeen ottamisesta. Vaikutusaika on 4–12 tuntia valmistekohtaisesti vaihdellen. Stimulanttien tauotus on mahdollista esimerkiksi viikonloppuisin tai kesälomalla, mutta oireenhallinnan kannalta se ei yleensä ole suositeltavaa.

Atomoksetiinin ja guanfasiinin vaikutus alkaa stimulantteja hitaammin ja kestää 24 tuntia. Lääkkeen vaikutus voi tehostua muutamia viikkoja hoitotason saavuttamisen jälkeen. Hoidossa ei suositella lääketaukoja. Guanfasiinin

KIRJALLISUUTTA

1 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Käypä hoito-suositus 2019. (siteerattu 6.10.2024). www.kaypahoito.fi

2 Salari N, Ghasemi H, Abdoli N ym. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Ital J Pediatr 2023;49:48.

Viittaus:
Suom Lääkäril 2025;80:e43001

VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

3 Song P, Zha M, Yang Q, Zhang Y, Li X, Rudan I; Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. J Glob Health 2021;11:04009.

4 Vuori M, Vuorenmaa M, Ervasti E ym. Lasten ja nuorten ADHD-diagnoosien yleisyys 2022. ADHD-diagnoosit yleistyvät tasaisesti – sukupuoli- ja alueelliset erot ovat melko suuria. THL, Tilastoraportti 23.1.2024.

5 Vuori M, Koski-Pirilä A, Martikainen JE, Saastamoinen L. Gender- and age-stratified analyses of ADHD medication use in children and adolescents in Finland using population-based longitudinal data, 2008–2018. Scand J Public Health 2020;48:303–7.

6 Auro K, Holopainen I, Havulinna A ym. Excessive attention-deficit/hyperactivity disorder diagnoses in Finland during the covid-19 pandemic. JAMA Netw Open, julkaistu verkossa 27.6.2024.

7 Raevuori A, Auro K. ADHD-diagnoosien määrä koko väestössä lisääntyy, ja pandemia-aikana tapahtui hyppäys – huomio keskittymistä hajottaviin ympäristötekijöihin. Duodecim 2024;140: 1377–80.

8 Kolari TA, Vuori M, Rättö H ym. Incidence of ADHD medication use among Finnish children and adolescents in 2008–2019: a need for practice changes? Scand J Public Health 2024:14034948231219826.

9 National Institute of Health and Care Excellence: Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE Guideline 2018. www.nice.org.uk/guidance/ng87

10 The Australian evidence-based clinical practice guideline for attention deficit hyperactivity disorder. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37254562/

11 Van Vyve L, Dierckx B, Lim CG ym. Pharmacotherapy for ADHD in children and adolescents: A summary and overview of different European guidelines. Eur J Pediatr 2024;183:1047–56.

12 Pharmaca Fennica 2024. pharmacafennica.fi/

13 Kela. Rajoitetusti peruskorvattavat lääkeaineet. www.kela.fi/yhteistyokumppanit-laakekorvaukset-laakkeiden-korvausoikeudet-rajoitettu-peruskorvaus-rajoitetusti-korvattavasta-laakkeesta

14 Kela. Rajoitetusti peruskorvattavat lääkeaineet. 331 Atomoksetiini, deksamfetamiini, guanfasiini ja lisdeksamfetamiini. www.kela.fi/laake331

TAULUKKO 1.

ADHD-lääkkeet

Vaikuttava aine	Vaikutusaika	Aloitusannos	Hoitoannos ja maksimiannos	Muuta
Stimulantit:				
Metyylifenidaatti	4–12 t	Lapsilla 5–20 mg x 1 (noin 0,5 mg/kg/vrk), aikuisilla 10–20 mg x 1	yksilöllinen, max 60/80 mg	Aikuisilla käytetään toisinaan harkiten suosituksia suurempia annoksia Eri vaikutusprofiilien valmisteilla vaihtelevasti rinnakkaisvalmisteita, ks. kuvio 1 Vaihto keskipitkävaikutteisesta pitkävaikutteiseen: 5–10 mg –> 18 mg, 20 mg –> 27 mg jne.
Deksamfetamiini	noin 6 t	2,5–5 mg x 1	yksilöllinen, max 20 mg/vrk	Useita rinnakkaisvalmisteita
Lisdeksamfetamiini	10–12 t	20–30 mg x 1	70 mg/vrk	Aihiolääke Kapselin voi avata Ei rinnakkaisvalmisteita Aikuisilla käytetään toisinaan harkiten suositeltua suurempia annoksia
Ei-stimulantit:				Vaikutus alkaa hitaammin, tehostuu muutaman viikon ajan, lääketaukoja ei suositella
Atomoksetiini	24 t	Aloitusannos 0,5 mg/kg/vrk, aikuisilla 40 mg x 1	yksilöllinen, max 1,2–1,8 mg/kg/vrk, aikuiset max 100 mg/vrk	Annostelu 1–2 x / vrk, myös illalla Lääkkeen metaboloitumisessa geneettisiä eroja (CYP2D6) Alkuperäisvalmiste poistumassa Suomesta
Guanfasiini	24 t	Aloitusannos 1 mg x 1	yksilöllinen, max 4 tai 7 mg/vrk lapsen painon mukaan	Annostelu 1–2 x / vrk, myös illalla Yli 1 mg:n annoksesta lääkkeen lopetus annosta asteittain pienentäen Rinnakkaisvalmiste vain erityisluvalla

(1,12)

äkilliseen lopettamiseen liittyy verenpaineen nousun ja harvinaisen enkefalopatian riski (12). Lääkitystä lopetettaessa annosta pienennetään 1 mg:lla viikossa verenpainetta ja sykettä seuraten.

Guanfasiinilla on toistaiseksi käyttöaihe vain lasten ja nuorten ADHD:n hoidossa. Useimmilla ADHD-lääkkeillä on rinnakkaisvalmisteita, joiden farmakokinetiikassa saattaa olla pieniä vasteeseen ja haittavaikutuksiin vaikuttavia eroja.

Metyylifenidaatti on ADHD:n hoidossa peruskorvattava (40 %), kun taas muut lääkevalmisteet (atomoksetiini, guanfasiini, deksamfetamiini ja lisdeksamfetamiini) ovat rajoitetusti peruskorvattavia.

Korvausta haetaan soveltuvan erikoisalan yksikössä tehdyllä tai erikoislääkärin laatimalla B-lausunnolla. Lapsilla hyväksytään myös muun lääkärin lausuntoon liitetty vastaava kirjallinen konsultaatiovastaus. Myönnön edellytyksenä on lapsilla ja nuorilla metyylifenidaatin tehottomuus tai sopimattomuus, aikuisilla ADHD-oireiden ilmaantuminen jo lapsuudessa.

Korvausoikeus myönnetään korkeintaan 18 ikävuoteen saakka, aikuisilla ensin viideksi vuodeksi ja sen jälkeen toistaiseksi. Jatkohakemukseksi käy myös muun hoitavan lääkärin B-lausunto. Lausunnossa on esitettävä diagnoosin perusteet, aiempi hoito sekä ajankohtainen lääke- ja tukihoitosuunnitelma (13–15).

Lääkehoidon toteutus

Ennen lääkkeen aloitusta on arvioitava sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet, sillä lääkkeet vaikuttavat sykkeeseen ja verenpaineeseen ja voivat epäsuorasti lisätä rytmihäiriöiden riskiä.

Laboratoriotutkimuksia tai EKG:ta ei tarvita, ellei potilaan terveydentila sitä edellytä. Samanaikaissairaudet ja niiden mahdolliset lääkehoidot on otettava huomioon. Alle kouluikäisten lääkehoidon arvio ja toteutus kuuluvat erikoissairaanhoitoon (16).

15 Puustjärvi A, Kallio-Laine K, Klintrup K ym Tunnetko ADHD-potilaan etuudet? Suom Lääkäril 2023;78:1274–6.

16 Puustjärvi A, Huhdanpää H, Korhonen M. Pienen lapsen ylivilkkaus ja impulsiivisuus: ADHD vai jotakin muuta? Suom Lääkäril 2023;78:e35068. www.laakarilehti.fi/e35068

17 di Giacomo E, Confalonieri V, Tofani F, Clerici M. Methylphenidate and atomoxetine in pregnancy and possible adverse fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open 2024;7:e2443648.

18 Bang Madsen K, Robakis TK, Liu X ym. In utero exposure to ADHD medication and long-term offspring outcomes. Mol Psychiatry 2023;28:1739–46.

19 Cortese S, Adamo N, Del Giovane C ym. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2018;5:727–38.

20 Biederman J, DiSalvo M, Fried R ym. Quantifying the protective effects of stimulants on functional outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder: a focus on number needed to treat statistic and sex effects. J Adolesc Health 2019;65:784–9.

21 Dalsgaard S, Mortensen PB, Frydenberg M ym. Association between attention-deficit hyperactivity disorder in childhood and schizophrenia later in adulthood. Eur Psychiatry 2014;29:259–63.

22 Man KK, Coghill D, Chan EW ym. Methylphenidate and the risk of psychotic disorders and hallucinations in children and adolescents in a large health system. Transl Psychiatry 2016;6:e956.

23 Moran LV, Ongur D, Hsu J ym. Psychosis with methylphenidate or amphetamine in patients with ADHD. N Engl J Med 2019;380:1128–38.

24 Moran LV, Skinner JP, Shinn AK ym. Risk of incident psychosis and mania with prescription amphetamines. Am J Psychiatry 2024: appiajp20230329.

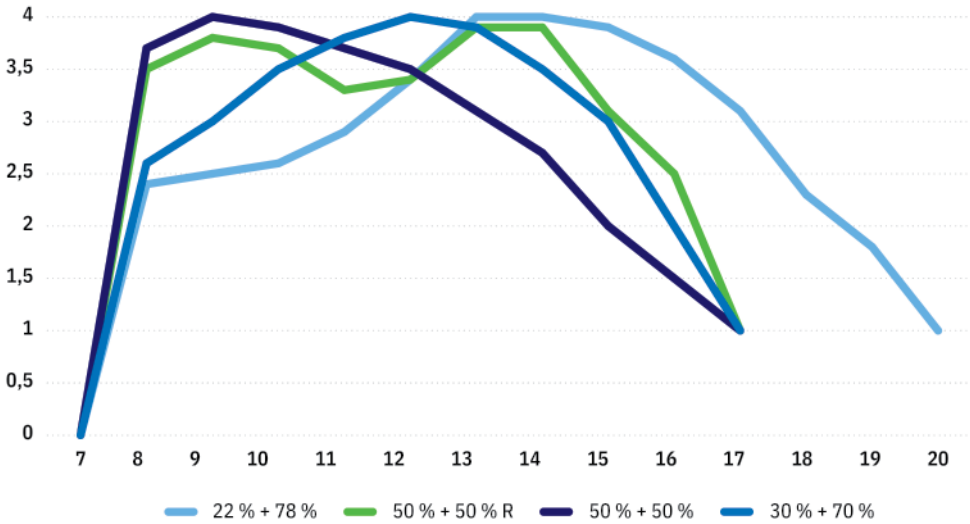
25 Zhang L, Li L, Andell P ym. Attention-deficit/hyperactivity disorder medications and long-term risk of cardiovascular diseases. JAMA Psychiatry 2024;81:178–87.

26 Young S, Abbasian C, Al-Attar Z ym. Identification and treatment of individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: An expert consensus statement. World J Psychiatry 2023;13:84–112.

KUVIO 1.

Metyylifenidaattivalmisteiden vaikutusprofiilit

Metyylifenidaattivalmisteiden välillä on eroa nopeasti (ensimmäinen prosenttiluku) ja hitaasti vapautuvan (jälkimmäinen prosenttiluku) lääkemuodon suhteellisissa osuuksissa. Lääkeaineen vapautuminen vaikuttaa siihen, mihin aikaan päivästä lääkkeen teho on suurin. Kuvio esittää eri lääkevalmisteiden erot kaavamaisesti. Vaaka-akseli kuvaa kellonaikaa, pystyakseli plasmapitoisuuden muutoksia.



22 % + 78 %:	Concerta, Methyphenidate Viatris, Methyphenidate Sandoz, Methyphenidate Mylan ja Methyphenidate Stada, vahvuudet 18, 27, 36 ja 54 mg
50 % + 50 % R:	R tarkoittaa lääkemuotoa, jonka vapautuminen alkaa viiveellä (bimodaalinen vapautuminen); Methyphenidate Stada, vahvuudet 20, 30, 40 ja 60 mg
50 % + 50 %:	Medikinet CR
30 % + 70 %:	Equasym Retard

Lasten ja nuorten lääkehoidossa käytetään ensisijaisesti keskipitkä- ja pitkävaikutteisia metyylifenidaattivalmisteita (1). Valmisteen valinnassa tulee ottaa huomioon erot suurimman tehon ajoittumisessa (kuvio 1), lääkkeen ottamiseen (erityisesti lapsilla nielaisemiseen) liittyvät vaikeudet sekä lääkkeiden määräämiseen liittyvät ohjeet (1,12).

Aikuisilla lääkehoidon voi aloittaa millä tahansa kolmesta lääkeaineesta, joilla on käyttöaiheena aikuisena diagnosoitu ADHD (atomoksetiini, lisdeksamfetamiini, metyylifenidaatti).

Lääkehoito aloitetaan pienellä annoksella. Sitä suurennetaan viikon kahden välein, kunnes vaste on riittävä tai ilmenee haittoja (1,9–11). Tämä on tarpeen sopivan annoksen löytämiseksi – kyse ei ole lääkkeeseen totuttelusta.

Mikäli ensimmäinen lääke ei tuota riittävää vastetta asianmukaisella annoksella tai ei sovi haittavaikutusten vuoksi, siirrytään toiseen valmisteeseen tai lääkeaineeseen. Yleensä pyritään monoterapiaan, mutta tarvittaessa lääkkeiden yhdistäminen (esimerkiksi eistimulantti ja stimulantti) on mahdollista.

Aikuisilla keskipitkä- tai pitkävaikutteisia valmisteita voidaan annostella useasti päivässä.

Hyvän hoitovasteen saavuttamisen jälkeen lääkehoitoa arvioidaan alussa 3–6 kk:n välein, myöhemmin vähintään kerran vuodessa (1,9–11). Lääkehoidon aikana seurataan sykettä, verenpainetta sekä kasvuikäisillä lisäksi painon ja pituuden kehitystä esimerkiksi kouluterveydenhoitajan vastaanotolla. Seurantakäynnillä arvioidaan myös toimintakykyä, oireita, lääkeannoksen tehoa, tarvetta ja riittävyyttä sekä muun kuntoutuksen tarvetta.

Erityistä huomiota kannattaa kiinnittää masennus-, ahdistus- ja psykoosioireisiin sekä päihdekäyttöön. Tieto lääkkeen unohduspäivien sujumisesta auttaa erityisesti lapsilla arvioimaan lääkevastetta sekä sitä, onko mahdollista ja tarpeen pitää pidempää lääketaukoa.

Tukitoimien tulee jatkua lääkehoidon aikana.

Mahdollisen kesäloma- tai muun lääketauon jälkeen lääkehoitoa jatketaan tehokkaaksi todetulla annoksella. Lääkehoitoa voidaan jatkaa niin pitkään kuin on tarpeen. Se tulee lopettaa, jos lääke ei ole enää tarpeen, ilmenee selviä haitta-

27 Rohner H, Gaspar N, Philipsen A, Schulze M. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among Substance use disorder (SUD) populations: meta-analysis. Int J Environ Res Public Health 2023;20:1275.

28 Kessler RC, Adler L, Barkley R ym. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 2006;163:71.

29 Crunelle CL, van den Brink W, Moggi F ym. International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. Eur Addict Res 2018;24:43–51.

30 McGuier EA, Kolko DJ, Joseph HM ym. Use of stimulant diversion prevention strategies in pediatric primary care and associations with provider characteristics. J Adolesc Health 2021;68:808–15.

31 Wilens TE, Gignac M, Swezey A ym. Characteristics of adolescents and young adults with ADHD who divert or misuse their prescribed medications. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;45:408–14.

32 Wilens TE, Adler LA, Adams J ym. Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008;47:21–31.

33 Faraone SV, Rostain AL, Montano CB ym. Systematic review: Nonmedical use of prescription stimulants: risk factors, outcomes, and risk reduction strategies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2020;59:100–12.

34 Freese L, Signor L, Machado C, Ferigolo M, Barros HM. Non-medical use of methylphenidate: a review. Trends Psychiatry Psychother 2012;34:110–5.

35 Bagot KS, Kaminer Y. Efficacy of stimulants for cognitive enhancement in non-attention deficit hyperactivity disorder youth: a systematic review. Addiction 2014;109:547–57.

36 Daubner J, Arshaad MI, Henseler C ym. Pharmacological neuroenhancement: Current aspects of categorization, epidemiology, pharmacology, drug development, ethics, and future perspectives. Neural Plast 2021:8823383.

TAULUKKO 2.

ADHD-lääkkeiden haittavaikutukset

Lääkeryhmä	Haittavaikutus	Kuinka haittaa voi vähentää
Stimulantit ja atomoksetiini	Ruokahalun heikkeneminen lääkevaikutuksen aikana, ruoansulatuskanavan oireet (joskus myös makuaistimuksen muuttuminen)	Lääkkeen ottaminen ruoan kanssa, säännöllinen ruokarytmi
		Annoksen pienentäminen, valmisteen vaihto
		Tarvittaessa ravitsemusterapeutin konsultaatio
	Painon ja pituuskasvun hidastuminen	Usein liittyy ruokahaluun, ks. yllä
		Annoksen pienentäminen, valmisteen vaihto
	Sykkeen ja verenpaineen nousu	Annoksen pienentäminen, valmisteen vaihto Muiden sykettä tai verenpainetta nostavien syiden tarkistaminen
		Huom! Erityisesti lapsilla salmiakin tai lakritsin syöminen
	Ärtyisyys, mielialaoireet	Lääketauko
		Annoksen säätäminen (joskus myös liian pieni annos voi aiheuttaa ärtyisyyttä)
		Muiden syiden selvittäminen
		Tarvittaessa valmisteen tai vaikuttavan aineen vaihtaminen
	Univaikeudet	Unen huollon ohjaus
		Vaihto lyhempivaikutteiseen valmisteeseen
		Joskus paradoksaalisesti vaihto pidempivaikutteiseen
		Melatoniini
	Psykoottiset tai maaniset oireet (harvinaisia)	Lääkkeen lopetus, diagnoosin tarkistus
Guanfasiini	Vaikutus ruokahaluun (lisääntyminen tai heikkeneminen) ks. yllä	
	Verenpaineen lasku	Maltillinen lääkeannoksen säätö, lopetus annosta asteittain vähentäen
	Uneliaisuus	Annostelu illalla
	Uniongelmat, heräily, painajaiset	Lievittyvät usein muutaman viikon kuluessa, maltillinen annoksen säätö, lääkkeen vaihto

(1, 9–12,17,40)

vaikutuksia, joita ei voi lääkemuutoksella hallita, tai todetaan lääkkeen väärinkäyttöä (1,9–11).

Suomessa aikuisille käytetyistä lääkkeistä metyylifenidaatti, atomoksetiini ja lisdeksamfetamiini ovat raskauden ja metyylifenidaatti imetyksen aikana mahdollisia, mikäli lääkehoitoa pidetään äidin oireiden vuoksi välttämättömänä. Guanfasiinin käytöstä raskauden tai imetyksen aikana ei ole riittävää tutkimustietoa (17,18).

Haittavaikutukset ja pitkäaikaisvaikutukset

ADHD-lääkkeiden lievät haittavaikutukset ovat hyvin yleisiä. Tavallisimpia ovat stimulanttien ja atomoksetiinin vaikutukset ruokahaluun, sykkeeseen ja verenpaineeseen, univaikeudet sekä ärtyneisyys (taulukko 2).

Oireet lievittyvät usein annosta säätämällä tai valmisteen vaihdolla. Vakavat haittavaikutukset ovat harvinaisia, mutta niille altistavat yksilölliset riskit on otettava huomioon (19).

Lääkkeiden pitkäaikaisvaikutuksista on enenevässä määrin tietoa. Kymmenen vuoden seurantatutkimuksessa on todettu, että lääkehoito vähentää lapsilla uhmakkuus- ja käytösoireiden, ahdistuksen, masennuksen, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, onnettomuuksien ja tupakoinnin riskiä (20).

Lääkehoidon ei ole havaittu haittaavan lasten aivojen kehitystä, joskin aineistot ovat melko pieniä (1). Metyylifenidaattilääkitys ei näytä suurentavan pitkäaikaiskäytössä psykoosiriskiä, vaikka ADHD-diagnoosin lapsena tai nuorena saaneilla on noin 4,3–4,5-kertainen riski sairastua aikuisena skitsofreniaan (21–24).

ADHD:n lääkehoito lisää tuoreen ruotsalaistutkimuksen mukaan verenpainetaudin ja ateroskleroosin riskiä erityisesti kolmen ensimmäisen vuoden aikana mutta ei vaikuta muihin sydän- ja verisuonisairauksiin (25). Tutkimustieto pitkäaikaiskäytön kardiovaskulaarisista vaikutuksista on ristiriitaista. Huolellista verenpaineen ja muiden sydänsairauksien riskitekijöiden seurantaa suositellaan.

Päihdehäiriö

Päihdehäiriöt ovat ADHD-diagnoosin saaneilla

37 Roberts CA, Jones A, Sumnall H, Gage SH, Montgomery C. How effective are pharmaceuticals for cognitive enhancement in healthy adults? A series of meta-analyses of cognitive performance during acute administration of modafinil, methylphenidate and D-amphetamine. Eur Neuropsychopharmacol 2020;38:40–62.

38 O'Connor L, Carbone S, Gobbo A, Gamble H, Faraone SV. Pediatric attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): 2022 updates on pharmacological management. Expert Rev Clin Pharmacol 2023;16:799–812.

39 Chepke C, Brunner E, Cutler AJ. Serotonergic drugs for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of past development, pitfalls and failures, and a look to the future. Psychopharmacol Bull 2024;54:45–80.

40 Childress A. Recent advances in pharmacological management of attention-deficit/hyperactivity disorder: moving beyond stimulants. Expert Opin Pharmacother 2024;25:853–66. doi.org/10.1080/14656566.2024.2358987

41 Kuś J, Saramowicz K, Czerniawska M ym. Molecular mechanisms underlying NMDARs dysfunction and their role in ADHD pathogenesis. Int J Mol Sci 2023;24:12983.

aikuisilla yleisempiä kuin väestössä. Aikuisista, joilla on päihdehäiriö, vähintään joka viidennellä on myös ADHD (26–28).

ADHD ja päihdehäiriö kannattaa hoitaa samanaikaisesti. Päihdehäiriön kanssa samanaikaisen ADHD:n lääkehoidoksi suositellaan konsensuslausuman perusteella pitkävaikutteista stimulanttia (metyylifenidaatti tai amfetamiinivalmiste), tarvittaessa tavallista korkeammalla annoksella hoitovasteen saavuttamiseksi (29).

Väärinkäytön riski

ADHD-lääkkeitä käytetään päihtymistarkoituksessa ja opintojen edistämisen toiveissa, mutta väärinkäytön riskiä ei pidä liioitella. Riski tulee arvioida hoidon alussa ja hoidon käytännön toteutus suunnitella arvion mukaisesti (30). Lääkkeiden asianmukaisesta käytöstä ja säilytyksestä on tärkeää huolehtia, ja näistä tulee keskustella potilaan tai lasten kohdalla vanhempien kanssa. Potilaille tulee antaa myös tietoa lääkkeiden väärinkäytön ja muille välittämisen riskeistä.

Lääkkeitä saattavat väärinkäyttää sekä ADHD-diagnoosin saaneet että muut (31). Stimulanttien väärinkäytön riski on suurentunut 18–25-vuotiailla miehillä, koulussa tai opinnoissa heikosti menestyvillä, ADHD-oireita kokevilla, joilla ei ole kuitenkaan diagnoosia, sekä päihteitä käyttävillä henkilöillä (32,33). Lyhytvaikutteisen stimulanttivalmisteen väärinkäytön riski on suurempi kuin pidempivaikutteisten valmisteiden tai ei-stimulanttien.

Myös niin sanottu aivodoping, jolla pyritään tehostamaan kognitiivista suorituskykyä, on lääkkeiden väärinkäyttöä. Stimulantit eivät tutkimustiedon perustella näytä tehostavan terveiden henkilöiden kognitiivista suorituskykyä vaikka voinevat lisätä subjektiivista kokemusta tehokkuuden lisääntymisestä (33–37).

Uusia lääkkeitä ADHD:n hoitoon?

ADHD:n lääkehoidossa saattaa tulevaisuudessa olla nykyistä enemmän vaihtoehtoja (38–41). Nyt käytössä olevista lääkkeistä ensimmäinen sai myyntiluvan Suomessa vuonna 2003, ja tämän jälkeen valikoima on laajentunut.

Vaikka yksittäisestä lääkeaineesta hyötyy suurin osa potilaista ja vaikuttavaa ainetta vaihdettaessa edelleen osa, vaihtoehdoista ei aina löydy yksilölliseen tarpeeseen vastaavaa valmistetta. ADHD-lääkkeiden kehitys onkin kiivasta.

Jo käytössä oleville lääkkeille on kehitetty uusia annostelumuotoja, kuten ilta-annoksena annettava tai laastarimuotoinen metyylifenidaattivalmiste. Masennuslääke viloksatsiini on osoittautunut tehokkaaksi ADHD:n hoidossa. Nämä ja aihiolääkkeet serdeksmetyylifenidaatti sekä deksmetyylifenidaatti ovat kliinisessä käytössä Yhdysvalloissa.

Tutkimusvaiheessa on uusia lääkeaineita, kuten dasotraliini, sentanafadiini ja matsindoli, sekä muiden häiriöiden hoidossa käytettyjä lääkkeitä (memantiini).

Laajeneva lääkevalikoima voi mahdollisesti Suomeen tullessaan tarjota uusia mahdollisuuksia, mutta samalla korostuu riittävän lääkkeisiin ja niiden käyttöön perehtymisen merkitys.

Lopuksi

Lääkehoito aloitetaan vasta diagnoosin varmistuttua – lääkekokeilua ei pidä käyttää diagnostisen arvioinnin välineenä. Lääkehoito ei korvaa lääkkeettömiä hoitomuotoja. Lääkehoidon on oltava johdonmukaista, sitä on seurattava systemaattisesti ja erityisesti alussa riittävän tiiviisti vasteen, tarpeen ja haittavaikutusten arvioimiseksi.

ADHD:n lääkehoito voi parhaimmillaan lievittää potilaan oireita merkittävästi. Toimintakyvyn koheneminen parantaa elämänlaatua ja voi vähentää ADHD:hen liittyvää samanaikaissairauksien, syrjäytymisen ja ennenaikaisen kuoleman riskiä (9–11).

Lääkehoidon määrä on Suomessa lisääntynyt odotuksia enemmän, mikä korostaa huolellisen diagnostiikan ja suositusten mukaisen lääkehoidon toteutuksen merkitystä.

Vaikka huoli lääkehoidon lisääntymisestä nostattaa ajoittain kiivaitakin keskusteluja, ADHD-oireisiinsa lääkitystä tarvitsevilta ei tule evätä tehokkaaksi ja turvalliseksi todettua hoitomuotoa. ●

SIDONNAISUUDET

Anita Puustjärvi: Apurahat (Biocodex, Takeda), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus oy Duodecim, Otava, PS-kustannus), muu (ADHD:n Käypä hoito -työryhmän puheenjohtaja, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen koulutustoimikunnan jäsen, luennointi eri tahojen järjestämissä Ratkaisukeskeinen neuropsykiatrinen valmentajakoulutuksissa).

Hanna Putkonen: Muu (osallistuminen ADHD:n Käypä hoito -suosituksen päivitykseen).

Maria Sumia: Lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (ADHD-käsikirja, yksi kirjoittajista), muu (Käypä hoito -suositukset ADHD ja Autismikirjon häiriö).

Sami Leppämäki: Työsuhde (Sosiaaliturva-asioiden muutoksenhakulautakunta), luentopalkkiot (Lundbeck, Takeda), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus oy Duodecim, PS-kustannus), matka-, majoitus- tai kokouskulut (Janssen, Takeda), muu (ADHD:n Käypä hoito -työryhmän jäsenyys).

Hertta Ollikainen: Muu (osallistuminen ADHD:n Käypä Hoito -suosituksen päivitystyöryhmään).