

ANNIINA KOSKI

psykiatrian erikoislääkäri,
vs. apulaisylilääkäri
HUS, HYKS Psykiatria, gero-,
neuro- ja päihdepsykiatrian linja,
neuropsykiatrian poliklinikka

JARKKO SUOMELA

LL, yleislääketieteen erikoislääkäri,
terveyskeskuslääkäri ja
lääkärikouluttaja
Helsingin yliopisto ja Helsingin
kaupunki

LIITEAINEISTO
pdf-versiossa
www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 42/2017

KIRJALLISUUTTA

- 1 Leppämäki S. ASRS-lomake aikuisten ADHD:n seulonnassa. Näytönastekatsaukset 26.1.2017. www.terveysportti.fi
- 2 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Käypä hoito -suositus 31.5.2017. www.kaypahoito.fi
- 3 Sopko Jr MA, Caberwal H, Chavez B. The safety and efficacy of methylphenidate and dexamethylphenidate in adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. J Cent Nerv Syst Dis 2010;2:15–30.
- 4 Saari A, Sainio M, Leppämäki S. Aikuisen ADHD:n tunnistaminen ja merkitys. Suom Lääkäril 2016;71:2331–6.
- 5 Nylander L. ADHD in adult psychiatry. Minimum rates and clinical presentation in general psychiatry outpatients. Nord J Psychiatry 2009;63:64–71. doi: 10.1080/08039480802416323

Nuoren naisen lääkkeet lopussa

– tapauksen ratkaisu

Anamneesin kertaus

Terveyskeskukseen tulee 19-vuotias nainen, joka ei ole aiemmin asioinut siellä. Hän kertoo lähtevänsä muutaman viikon päästä lomamatkalle ulkomaille ja sitä ennen pitäisi saada lääkkeet uusituksi.

Nainen kertoo sairastavansa tarkkaavaisuushäiriötä. Lääkkeiden nimiksi hän sanoo Concertan ja Medikinetin, kummankin vaikuttava aine on metyyliifenidaatti. Hän kertoo uusittaneensa lääkkeet viimeksi lastenneurologilla, mutta nyt hoitosuhde on päätynyt.

Nainen on siististi pukeutunut, hän vastailee kysymyksiin asiallisesti ja jaksaa keskittyä normaaliin tapaan koko vastaanoton ajan. Vaikutelma mielialasta on myös täysin normaali. Vastaanottopäivänä hän ei ole ottanut mitään lääkettä.

Nainen sanoo olevansa muuten terve ja elämäntapojensa olevan kunnossa. Erikseen kysyttäessä hän kertoo, ettei käytä mitään päihteitä. Masennusta tai muuta mielenterveyden häiriötä hän ei tunnista itse sairastaneensa.

Verkosta poimittua

Kyllä potilaalla pitäisi olla pitkän hoitosuhteen loputtua edes epikiirsi mukana uudessa hoitopaikassa, kommentoi verkkolääkäri. ”Ei se noin voi mennä, että tulla tupsahdetaan uuteen hoitopaikkaan ilman mitään virallisia dokumentteja.”

Verkkolääkäreillä oli toimintasuunnitelma heti selvillä: Tarvitaan tarkka anamneesi siitä, missä sairautta on hoidettu. Näistä paikoista tilataan paperit, ja jatko ratkaistaan vasta näistä löytyvän hoitohistorian ja -suunnitelman perusteella. ”Mihinkään Kanta-häpäkkeisiin tai potilaan itsensä mahdollisesti tuomiin papereihin ei pidä luottaa”, totesi kollega.

Tietty epäileväisyys on viisautta, koska metyyliifenidaatti on myös kauppatavaraa, kommentoi verkkolääkäri. Väärinkäyttäjät painostavat usein juuri pakottavilla syillä, kuten ulkomaanmatkoilla, saadakseen reseptin. ”Näinä sähköisen sairauskertomuksen aikoina luulisi olevan melko helppoa potilaan luvalla tutkailla hänen aikaisempia reseptejään ja käyntejään lasten-

neurologian poliklinikalla.” Jos potilas ei anna lupaa, se vahvistaa epäilyjä.

Vaikka epäilyt ovatkin aiheellisia, kolikolla on toinenkin puoli, muistutettiin keskustelussa. Eräs kollega huomautti, että ADHD-potilaille järjestelmällisyys ja systeemin mukaan toimiminen voivat olla haasteellisia. ”Potilaan leimaaminen automaattisesti lääkkeiden väärinkäyttäjäksi ei ehkä ole oikea ratkaisu.”

Joskus taas potilas voi jäädä tyhjän päälle, kun hän kasvaa ulos lapsi- ja nuorisopoleilta. Hoitoketjuista löytyy suositukset, mutta kuinka ne käytännössä toteutuvat siirtymävaiheissa, on eri asia. Yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken korostetaan, mutta ”esimerkkitapaus ei oikein osoita kehittyneitä yhteistyötä”, totesi verkkokollega.

Ulkonäöstä ei kannata tehdä kovin pitkälle meneviä päätelmiä, huomautti eräs verkkolääkäri. Vastaanottotilanteessa ei ole keskittymistä häiritseviä ärsykeitä, joten rauhallisuus ja keskittyminen siinä eivät kerro kovin paljon. Tarkkaavuushäiriöhän voi olla ADD-tyyppinen, ja myös ADHD-potilaat oppivat usein iän myötä hillitsemään impulsiivisuutta ja hyperkineettisyyttä, mutta voivat silti tarvita lääkkeitä keskittymistä vaativiin tehtäviin.

Tämä kollega kyselisi potilaalta, millaisissa tilanteissa hän erityisesti huomaa tarkkaavuushäiriön vaikutuksen ja miten hän kokee lääkkeiden auttavan. Huomaako hän illalla lääkkeen vaikutuksen loppumisen? Entä miksi lääkkeitä on kaksi? ”Eiköhän näillä kysymyksillä alkaisi selvittää, miten hyvin potilas lääkkeensä tuntee ja mihin hän oikeastaan niitä tarvitsee.”

”Jos vastoin kaikkea todennäköisyyttä lääkkeen hakijattarella olisikin puhtaata jauhot pussissaan, mitähän tapahtuisi, jos metyyliifenidaatin saanti äkkiä loppuu? Kuinka pian rekylioiireet alkavat ja miten pahoja ne ovat?” pohti eräs



Fotolia

kollega. Lomamatkan kyllä luulisi onnistuvan ilman lääkkeitäkin, arveli toinen.

Eräs kollega ei rupeaisi yleislääkärin hattu päässään kirjoittamaan näitä lääkkeitä aidosti tarvitsevallekaan, vaan ohjaisi potilaan eteenpäin. Toinen muistutti, että ADHD-diagnoosit ovat viime vuosina lisääntyneet ja lääkityksen käyttö yleistynyt. Niinpä tulevaisuudessa luultavasti myös terveyskeskuksessa täytyy olla perehtyneisyyttä tarkkaavuushäiriön hoitoon. Kolmas

Vaikka epäilyt ovatkin aiheellisia, kolkolla on toinenkin puoli.

kollega vahvisti, että ADHD-potilaat voidaan kyllä hoitaa terveyskeskuksessa, kunhan diagnostiikka on tehty alun perin huolella. ”Tässä tapauksessa pitää tosiaan kaivaa tiedot esiin ja edetä niiden perusteella.”

Jatkohoito

Potilaan kertomus piti paikkansa. Kannasta löytyivät kaikki sairauskertomustekstit, ja lääkkeet lastenneurologi oli uusinnut viimeksi vuotta aiemmin. Potilas oli päässyt 5-vuotiaana lastenneurologin arvioon keskittymisvaikeuksien vuoksi. Lääkkeitä hän oli käyttänyt säännöllisesti siitä saakka, mutta tarve oli vähentynyt vuosi

vuodelta ja lääkitys painottui erityistä keskittymistä vaativiin opiskelutilanteisiin.

Koska terveyskeskuslääkärillä ei ollut kokemusta etenkin ADHD:n lääkehoidosta, konsultoitin psykiatria papereitse. Psykiatrilta saatiin nopeasti hyvä ohjeistus vuosittaiseen seurantaan, mm. sydän- ja verenkiertoelimestöön kohdistuvien haittavaikutusten varalta, ja lääkkeiden vähentämiseen. Lääkkeet uusittiin konsultaation jälkeen vuodeksi vielä ennen ulkomaanmatkaa.

Lääkkeiden vähentämistä on viety eteenpäin pitkälti potilaan omasta aloitteesta ja hyvässä yhteisymmärryksessä vastaanotolla vuosittain. Lääkehaittoja ei ole ilmennyt. Kahden viime vuoden aikana Concerta-lääkitykselle ei ole ollut enää tarvetta. Sen sijaan Medikinet-lääkettä (10 mg tabl.) hän tarvitsee tällä hetkellä keskimäärin yhden tabletin vuorokaudessa. Sen avulla hän selviää hyvin vaativistakin opiskelutilanteista.

Potilaan kertomaa

Olin alusta alkaen hyvin vilkas lapsi, aina tohinnan keskellä. Hyvässä, mutta aivan liian usein myös pahassa, vaikei ollut tarkoitus. Pahan tekoon jälleen jouduttuani ihmettelin, miksi näin käy aina minulle.

En varsinaisesti kokenut koskaan tarvitsevani apua, ennen kuin sitä sain. Olinhan vasta 6–7-vuotias, kun päädyin tutkimuksiin ja hoitoon. Kun olen kypsytynyt henkisesti ja kyennyt paremmin refleктоimaan menneisyyttäni, olen

ymmärtänyt lääkityksen tärkeyden. Syy, miksi minulle haettiin hoitoa pienenä, oli ADHD:n aiheuttama voimakas impulsiivisuus, joka näkyi aggressiivisuutena ja häiritsevänä ylivilkkautena. Tänä päivänä kumpikaan näistä piirteistä ei kuvaa minua enää lainkaan.

Mikäli en olisi saanut ajoissa apua, sairautella olisi voinut olla merkittävä vaikutus elämäntilanteeseen. Ala-asteen alkuaikoina, ennen lääkityksen saamista minua oltiin siirtämässä erityisluokalle impulsiivisuuden ja väkivaltaisuuden vuoksi. Oppimisvaikeuksia minulla ei ollut,

En kokenut koskaan tarvitsevani apua, ennen kuin sitä sain.

päinvastoin, olin luokkani lahjakkaimpia. Äitini onnistui kuitenkin vakuuttamaan koulun johdon siitä, että erityisluokka ei ole minun paikkani – tarvitsen vain kovaa kuria ja enemmän apua kuin ikätoverini.

Kirjoitin laudaturin paperit ja nyt opiskelen hyvällä menestyksellä yliopistossa. Olen saanut harrastaa haluamiani asioita ja olen ollut hyvä niissä. Minulla on paljon ystäviä, enkä koe sairauteni vaikuttavan elämäni lainkaan. Elämästäni olisi voinut tulla hyvin erilainen ilman muiden kärsivällisyyttä, apua sekä ennen kaikkea vanhempieni sitkeyttä.

Lapsenakaan kaverit eivät koskaan suhtautuneet negatiivisesti sairauteeni; se oli sairaus muiden joukossa, kuin vaikkapa keliakia tai diabetes. En ole kokenut ennakkoluuloja tautiini liittyen, eikä minua ole koskaan epäilty lääkkeiden väärinkäyttäjäksi tai ainakaan en ole sitä ymmärtänyt. En kuitenkaan sairauttani kovaan ääneen mainosta, ja vältän näin turhia ennakkoluuloja.

Nykyään en juurikaan puhu sairaudesta muille. Tämä ei johdu häpeästä tai salailun tarpeesta. Kertominen ei vain enää ole välttämätöntä, koska sairaus ei vaikuta elämäni, vaikka toisaalta se on kyllä muodostunut identiteettitekijäksi. Kun tilanteen vaatimana tänä päivänä kerron siitä ihmisille, saan kahdenlaisia reaktioita: ”En olisi koskaan uskonut” ja ”No se selittää joitain asioita”. Kummatkin lausutaan hyvässä hengessä, eikä tieto ole muuttanut ihmisten suhtautumista minuun.

Lääkäreille haluan sanoa, että suhtautukaa jokaiseen nuoreen potilaaseen vakavasti. Vaikka

useimmiten tutkittava lapsi on ”vain vilkas” tai ”huonosti kasvatettu”, niin aina näin ei ole. Jos epäilette tarkkaavaisuushäiriötä, pyytäkää paljon lausuntoja lasta ohjaavilta aikuisilta ja tutustukaa niihin huolellisesti, jotta apua tarvitsevat ADHD-potilaat tunnistetaan ajoissa.

Lisäksi suosittelen, että älkää pyrkikö välttämään lääkityksen aloittamista. Lääkitys on edelleen valtava apu elämässäni, etenkin opiskelujen kannalta, vaikka annos on 30-kiloisen. En kuitenkaan väitä, ettei siitä luopuminen kannata, jos siltä tuntuu. Tarkoitin sitä, että lopullisen päätöksen tulisi olla potilaan.

Psykiatrin kommentti

Potilas oli tapauksen alussa 19-vuotias, kertoi sairastavansa tarkkaavuushäiriötä ja uusittaneensa lääkkeitä viimeksi lastenneurologilla. Asiakirjoista tulisi varmistaa aiemmat hoitopaikat ja mitä on tapahtunut, miten diagnoosiin on alun perin päästy ja onko tutkimukset tehty siten kuin Käypä hoito -suosituksessa ohjeistetaan. Julkisessa terveydenhuollossa potilaan hoito lastenneurologian yksikössä päättyy usein 15 vuoden iässä; onko potilas siis ollut ilman lääkitystä 3–4 vuotta? Yksityispuolella lastenneurologi on saattanut hoitaa täysi-ikäiseksi ja sitten kehottanut jatkamaan hoitosuhdetta muualla.

Pohtisin, onko ajankohtaisia psykiatrisia tai somaattisia huomioon otettavia häiriöitä. Aiheellista olisi kartoittaa nykyiset oireet ja varmistua, että kyseessä on edelleen ADHD. Päihteet ja psykiatriset häiriöt voivat tuottaa samankaltaisia oireita kuin ADHD, ja päihde- ja mielen-terveysongelmien hoitaminen on yleensä ensisijaista ADHD:n hoitoon nähden, jälkimmäisten osalta ainakin hoitoyritys. Lääkityksestä saatua hyötyä selvittäisin pyytämällä potilasta täyttämään ASRS-lomakkeeseen (Adult ADHD Self-Reporting Scale) (1), kuinka usein tai paljon oireita on lääkkeen käyttöpäivinä ja lääkkeettöminä päivinä.

Potilaan lääkkeitä Concerta on pitkävaikutteista metyyliifenidaattia, jonka vaikutusaika on 8–12 tuntia, ja Medikinet (tabl.) on lyhytvaikutteinen 1–4 tunnin vaikutusajalla. Haluaisin tietää, miksi potilas käyttää kahta valmistetta. Onko pitkävaikutteisen vaikutus liian lyhyt ja hän tarvitsee lyhytvaikutteisen selviytyäkseen illasta? Vai eikö pitkävaikutteinen lääke aamulla tehoa riittävän nopeasti (maksimipitoisuus osuu

TILAA PALSTA SÄHKÖPOSTIISI

Ota kantaa tapaukseen Fimnetin keskustelutaululla. Aineisto löytyy lehden verkkosivuilta osoitteesta www.laakarilehti.fi
> Miten sinä hoitaisit sekä Fimnetin keskustelutaululta osoitteesta <http://www.fimnet.fi/mitensinahoitaisit/>
Voit tilata taulun sähköpostiisi kohdasta Muistutus.

keskipäivään), vaan aamuannosta tehostamaan tarvitaan lyhytvaikutteinen lääke? Mihin aikaan potilaan oireiden lievityksen tarve ilmenee?

Näin minä hoitaisin

Kun olisin varmistunut diagnoosista ja hoitohistoriasta, siirtyisin potilaan hoitoon. Käypä hoito-suosituksen mukaan ADHD-lääkkeitä jatkuvasti käytäviltä on syytä vähintään kerran vuodessa tarkistaa kokonaistilanne, lääkeannoksen teho ja lääkityksen jatkamisen tarve (2). Myös kardiovaskulaaririskit tulee arvioida. Mittaisin potilaan verenpaineen ja pulssin, ja kyselisin potilaalta rytmihäiriöt, rasisitusrintakivut, aiemmat verenpaine-tulokset ym., samoin maksa- ja munuaissairaudet sekä kouristusanamneesiin. Tärkeä on myös sukuanamneesi riskeistä, jotka voivat manifestoitua stimulanttilääkettä käytettäessä (äkkikuolemat, aivoverenvuodot, aneurysmat, aortan repeämät).

Laboratoriotutkimuksia määräisin tarvittaessa, jos on oireita tai epäilyä jostain sairaudesta, mutta välttämätöntä se ei ole. Huumeseulan pyytäisin alussa ja myöhemmin tarvittaessa.

Kysyisin, kokeeko potilas saavansa ADHD-lääkkeestään hyötyä ja onko lääkkeen poisjättäminen taukopäivinä tai lääkelomajaksoilla tuonut ADHD-oireet esille. Pohtisin hänen kanssaan, onko annostus ollut sopiva vai tarvitaanko muutosta. Osa käyttää lapsuusiän annosta aikuisena vanhasta tottumuksesta eikä hyödy siitä tarpeeksi. Kysyisin myös, onko tilanteita, joissa lääkkeen tarve on suurentunut. Jos annos on sopiva ja potilas normotensiivinen, uusisin reseptin 6–12 kuukauden ajaksi.

Tapauksen potilas kertoi käyttävänsä nykyään enää pientä lääkeannosta, eikä se ole erityisen epätavallista. Lääkitys aloitetaan aikuisillekin pienin annoksin, ja annosta suurennetaan asteittain vastetta ja haittoja seuraten. Useimmille ADHD-potilaille 30–72 mg metyylifenidaattia vuorokaudessa tuntuu riittävän, mutta joillekin tarvitaan suurempaa annosta. Annostus on hyvin yksilöllinen ja löytyy vain kokeillen, eikä se korreloi välttämättä potilaan koon kanssa. Yleensä tutkimuksissa tehokas annos aikuisille on ollut (0,5–) 1–1,3 mg/kg (3).

Hoitosuosituksen mukaan ensisijaisesti tulee pyrkiä valitsemaan keskipitkä- tai pitkävaikutteinen metyylifenidaatti. Tavoitteena on löytää toimiva mutta yksinkertainen lääkitys, jotta sen toteutus olisi mahdollisimman helppoa. Osa tarvitsee annoksen useammin kuin kerran päi-

vässä, jotta toimintakykyä riittää koko päiväksi.

Hedelmällisessä iässä olevalle naiselle on syytä kertoa, että raskaana ollessa tai imetysaikana ei lähtökohtaisesti pidä käyttää ADHD-lääkkeitä.

Verkkokeskustelussa esitettiin kysymys, mitä tapahtuisi, jos potilas joutuisi olemaan ilman lääkettä. Se ei ole vaarallista, vaan vuosittainen lääketauko on hyödyllinen jo senkin havaitsemiseksi, onko käyttöä aihetta jatkaa eli palaavatko oireet. Taukopäiviä voi ja kannattaa pitää, jos pystyy – välttämätöntä tämä ei kuitenkaan ole, jos toimintakyky siitä kärsii. Metyylifenidaatin käytön voi aina lopettaa yhtäkkiä. Toisaalta jos potilas on terve eikä hänellä ole elämäntapa-, päihde- tai mielenterveysongelmia, lääkehoitoa on turvallista käyttää pitkäaikaisesti.

Lopuksi

Tämä potilastapaus on opettanut paljon. Kun terveyskeskukseen tulee ennestään tuntematon potilas, jonka käynnin pääsyy on PKV-lääkkeiden uusiminen, epäilykset heräävät vahvoina. Onneksi nykyään Kanta-arkiston kautta saa saman tien selvälle suurimman osan potilaan sairaushistoriasta ja reseptikeskuksen kautta pystyy tarkistamaan PKV-lääkkeiden käyttöä. Joskus toki tietojen metsästys ei onnistu ja pape-reitakin tarvitaan.

Siirtymävaiheet nuorisopuolelta aikuispuolelle ovat hoidon jatkuvuuden ongelmakohtia. Epikriisi asianmukaisen hoitosuunnitelman kera, potilaan hyvä informointi ja kehotus asioida hyvissä ajoin helpottavat kaikkia osapuolia. Lääkärin intuition ja ennakoasenteiden joutuminen kunnolla haastetuksi tekee todella hyvää ja opettaa nöyryyttä.

Se, että jaksaa keskittyä normaaliin tapaan koko vastaanoton ajan, ei sulje pois ADHD:ta. Oireiden vähäisyys rauhallisissa kahdenkeskisissä tilanteissa on tavallista ADHD:ssa (2). Potilaat myös oppivat kontrolloimaan ylivilkkauttaan aikuistuessaan: peittelemään oireitaan, välttelemään ongelmallisia tilanteita ja hillitsemään oireita lyhyen aikaa. Monella ylivilkkaus lieventyy luontaisesti, ja aikuisuudessa eniten ongelmia aiheuttavat tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen ongelmat ja impulsiivisuus. Toisaalta aikuisikäisten ADHD-epäilyt terveyskeskuksissa osoittautuvat myös usein oikeiksi (ks. Liiteaineisto artikkelin sähköisessä versiossa). Valitettavasti diagnostiikka ja hoito ovat silloin pahasti myöhässä. ●

Potilaan tunnistamisen mahdollistavia tietoja on muutettu.

MILLOIN AIKUISELLA TULEE EPÄILLÄ ADHD:TA?

Aikuisiällä ADHD-potilaat hakeutuvat usein hoitoon liitännäishäiriöistä aiheutuvien oireiden vuoksi, eikä terveydenhuollossakaan välttämättä tunnisteta ADHD:n oireita, etenkin jos potilas ei itse tuo epäilyä esille (4). Joskus taas potilas tarjoaa itse ADHD-diagnoosia, kun on lukenut siitä lehdistä tai netistä. Myös läheiset voivat ohjata potilaan tutkimuksiin. Toisinaan kun lapsella on diagnosoitu ADHD, lastenpsykiatri on ehdottanut vanhemmallekin tutkimuksiin hakeutumista seurattuaan vierestä tämän toimintaa.

Myös psykiatrian poliklinikoilla on syytä tarkistaa diagnoosi, jos potilas ei reagoi hoitoon niin kuin pitäisi. Psykiatrisen diagnoosin lisäksi potilaalla voi olla samanaikainen ADHD.

Potilaan toimintahistoriaa tarkastellessa ADHD-epäilyn voi herättää alisuoriutuminen koulussa, opinnoissa tai työssä. Kun normaaliälyinen, psyykkisesti varsin terve ihminen on kyvytön hyödyntämään taitojaan tai lahjojaan, taustalla voi olla mm. ADHD. Toistuvat lyhyet työsuhteet tai ihmissuhteet, kärsimättömyys, impulsiivisuus, hajamielisyys, muistivaikkeudet ilman muistisairautta tai depressiota voivat myös herättää epäilyn, vaikka ne eivät toki ole ADHD:lle spesifisiä.

Alkoholin liiallisella käytöllä tai huumeiden säännöllisellä käytöllä on vaikutuksia potilaan kognitioon. Kun ADHD-oireita kartoitettaessa kysellään epäsuorasti nimenomaan kognitiivisia oireita (muisti, tarkkaavuus, toiminnanohjaus), on vaikeaa tietää, mitkä potilaan ajankohtaisista oireista johtuvat kehityksellisestä häiriöstä ja mitkä samanaikaisesta päihteidenkäytöstä, jos sellaista on. Kehityksellisiä neuropsykiatrisia häiriöitä voidaan ajankohtaisten oireiden osalta luotettavasti tutkia vain silloin, kun potilaalla ei ole samanaikaisesti samankaltaisia oireita tuottavia tiloja.

Jos anamneesissa tulee esille päihde- tai mielenterveysongelmia, niiden hoito on ensisijaista ADHD:n hoitamiseen nähden. Esimerkiksi depressiota tulisi ainakin yrittää hoitaa ensin, jos sitä ei aiemmin ole hoidettu. Joskus potilaan depressio tai ahdistuneisuus ovat ensisijaisesti reaktiota ADHD-oireista johtuviin vastoinkäymisiin, jolloin molempia on hoidettava yhtä aikaa. Maininta aiemmasta päihteiden käytöstä esimerkiksi lähetteessä ei sinänsä saa estää asianmukaista hoitopäätystä, mutta päihteettömyys varmistetaan huumesuolain ja laboratoriotestein.

On tärkeää aina pohtia myös sitä, onko potilas luotettava tietolähde, ja tarvittaessa haastatella hänen läheistään tai vanhempansa. Oiretiedostuksen puutteet tai oiresimulaatio ovat mahdollisia ADHD-tutkimuksissa, ja tämä on syytä tiedostaa.

Epäilyn herättyä terveyskeskuksessa psykiatriset sairaanhoitajat tekevät suurimman työn, kun he tilaavat ja perkaavat potilaan sairaushistoriaa neuvolasta alkaen.

Käypä hoito -suosituksen (2) mukaan muissa maissa tehdyissä selvityksissä ADHD:n esiintyvyys aikuisilla on luokkaa 2,5–3,4 %. Jos esiintyvyys on samaa tasoa Suomessa, diagnosoimattomia ADHD-potilaita on vieläkin paljon. Ruotsissa psykiatrian poliklinikan potilaista tarkastellussa otoksessa ADHD oli 22 %:lla (5). Psykiatriseen sairaanhoitoon luonnollisesti keskittyvät näitä potilaita; perusterveydenhuollossa esiintyvyys tuskin on yhtä suuri.