

# PERUSTERVEYDENHUOLLON ROOLI LASTEN JA NUORTEN ADHD:N HOIDOSSA

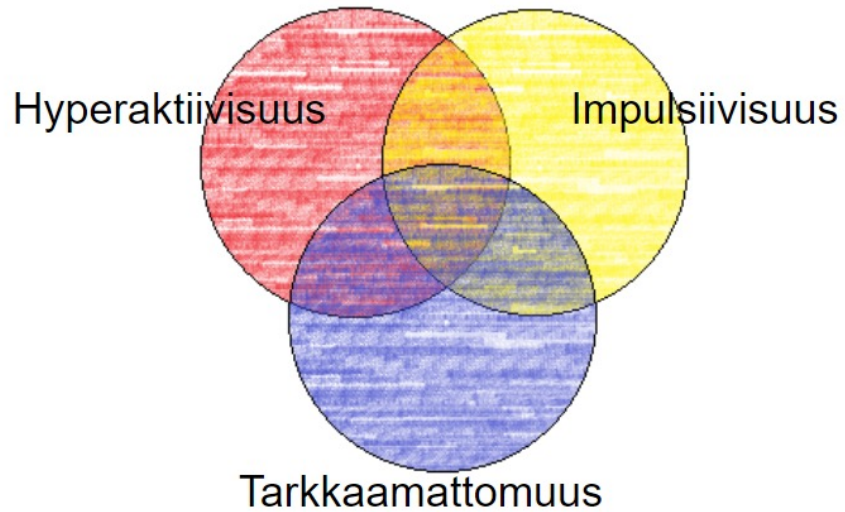
Ylilääkäri, lastenpsykiatri Jaana Wessman  
Vantaan kaupunki, psykososiaaliset palvelut

Yleislääkäripäivät 2022

# ADHD käsitteenä



# ADHD?



**Kehityksellinen häiriö**, jonka seurauksena syntyy **pysyvä ja pitkäkestoinen** ja **selvää haittaa** aiheuttava toiminnan tapa, jossa henkilö on **tarkkaamaton** ja mahdollisesti lisäksi **hyperaktiivinen** tai **impulsiivinen** tai molempia



# Säätelyn häiriö

- ▶ Säätely häiriintynyttä:
  - ▶ Tarkkaavuuden
  - ▶ Tunteiden
  - ▶ Käytöksen
  - ▶ Aistimusten käsittelyn
- ▶ ”Ei sitä, etten pystyisi keskittymään, vaan ettei pysty tahdonalaisesti päättämään mihin keskittyy”
- ▶ Monet asiat vaikuttavat säätelykykyyn ja voivat häiritä sitä
- ▶ ADHD:ssä säätely on endogeenisesti ja kehityksellisesti häiriintynyttä (vrt oppimisvaikeudet)
- ▶ Häiriön tasossa iso vaihtelu



# Historiaa



- ▶ Ensimmäiset todennäköisesti ADHD:n potilaskuvaukset 1700-luvulta
- ▶ Bradley 1937: bentsedriini (= amfetamiini) vähensi rauhattomien lasten hyperaktiivisuut
- ▶ Metyylifenidaatti markkinoille 1950-luvulla (aluksi muin indikaatioin)
- ▶ Nykyisenkaltainen taudin määrittely vasta n. 1980-1990-luvulla ("MBD")
- ▶ Tieteellinen ymmärrys lisääntyi voimakkaasti 1990-luvulla (vrt lukihäiriön ymmärrys aiemmin)
- ▶ Lääke vapaaseen käyttöön ilman erityislupamenettelyä 2003
- ▶ Prevalenssi luokkaa 5%
- ▶ -> "~~Miksei tätä tehdä enää erikoissairaanhoidossa?~~" (ei koskaan tehtykään)

# Diagnostinen määritelmä

- 6/9 tarkkaamattomuusoiretta
- 6/9 ylivilkkaus-impulsiivisuusoiretta
- Oireita on kestänyt yli 6 kk
- Oireita esiintyy vähintään kahdessa eri tilanteessa (koti, päiväkot, koulu, opiskelu, työ, harrastukset) ja eri ihmisten kanssa
  - Huom: ei välttämättä kaikkialla
- Oireet alkaneet ennen kouluikää tai alakouluiässä
  - Huom: ei välttämättä havaittu, ei välttämättä sama haitta-aste
- Oireista selkeää haittaa suoriutumiselle arjesta
  - Huom: uupuminen
- Oireet eivät selity paremmin muulla häiriöllä
  - ml. eivät ole parantuneet tämän toisen häiriön asianmukaisella hoidolla



# Mihin ADHD-diagnoosia tarvitaan?

- Lääkitys
- KELAn tietyt kuntoutusmuodot
- Ymmärrys, hyväksyntä?
  
- Ei: koulun tukitoimet
- Ei: positiivinen kasvatustuki
- Ei: riittävä aikuisen tuki ja apu



# Työnjako Käypä Hoito –suosituksen mukaan

- ADHD:n hoito kuuluu ensisijaisesti perustasolle
- Paikallisesti sovittu ja ohjattu prosessi
- Hoito ja kuntoutussuunnitelman laativat
  - Huoltaja
  - Lääkäri
  - Psykoedukaatioon ja perheiden tukemiseen perehtynyt työntekijä
  - Koulun tai varhaiskasvatuksen edustaja
- Lääkärillä oltava mahdollisuus erikoislääkärin konsultaatioon
- Seuranta koulu/opiskeluterveydenhuollon lääkärin vastuulla
- Komplisoituneet, erotusdiagnostisesti vaativat ja hoitoon reagoimattomat tapaukset sekä alle 6-vuotiaiden lääkehoitoa vaativat oireet erikoissairaanhoidon





# ADHD-epäily



# Neuropsykiatristen oireiden perushoito

Erityisopetus, "erityisvanhemmuus".

Ei vaadi diagnoosia, eikä sitä jäädä odottamaan.

- Arjen säännöllisyys ja ennakoitavuus
- Kiireettömyys
- Riittävä aikuisten huomio
- Myönteinen vuorovaikutus
- Positiivinen kasvatusote

Aloitetaan heti. Ei lopeteta.

Obs: nuorisoikäisen uuden "ADHD:n" tavallisin syy on unenpuute. Samoin aiemmin todetun ADHD:n pahenemisen nuoruusiässä.

# Kun ADHD-epäily herää 1/2

- ▶ Pyritään korjaamaan perusarjen mahdolliset puutteet
  - ▶ riittävä uni, hyvä ruokailurytmi, ulkoilu/liikunta, ei ikätasolle sopimatonta viihdettä, ei energiajuomia/päihteitä, riittävä aikuisen läsnäolo ja apu
  - ▶ tarvittaessa ohjataan perhe sosiaalihuoltolain mukaisiin palveluihin esimerkiksi perhetyötä varten tai lastensuojelun piiriin
- ▶ Annetaan peruspsykoedukaatio levottoman lapsen ohjauksesta vanhemmille ja tarvittaessa opettajalle, esim
  - ▶ Käypä Hoito –suosituksen liitteet
  - ▶ ADHD-liiton Arki toimimaan -oppaat
  - ▶ Vanhemmuuden ABC-ryhmät (MLL)
  - ▶ Kannattaa korostaa sanktioiden ja rangaistusten vähäistä vaikuttavuutta
- ▶ Ollaan kouluterveydenhoitajan tai perhe- ja kasvatukseen neuvonnan ydinosaamisalueella

# Kun ADHD-epäily herää 2/2

Järjestetään riittävä tuki koulussa oireiden mukaan

- Eri alueilla käytännössä erilaiset pedagogisen tuen rakenteet, paras asiantuntija näistä on yleensä erityisopettaja
- Diagnoosia tai tutkimuksia ei odoteta, vaan kolmiportaisessa tuessa ja käytännön muutoksissa edetään samantien kun ongelmat havaitaan
- Opettaja saattaa myös tarvita psykoedukaatiota, ks edellä
- Huom: **levottoman/tarkkaamattoman lapsen koulutyön tukeminen on samanlaista diagnoosista riippumatta**
- Lisätietoja esim. oppikirjasta Parikka, Halonen-Malliarakis, Puustjärvi: "Vaikeudesta voimaksi : neuropsykiatriset häiriöt ja niiden huomioiminen koulussa"



Epäily ADHD:sta hoidetaan siis kotona ja koulussa ikään kuin diagnoosi olisi jo vahvistettu.

Tarkkaamattoman, levottoman tai impulsiivisen lapsen tukeminen on samanlaista riippumatta oireiden syistä. Virhettä ei tapahdu, jos ongelma onkin joku muu kuin ADHD.

Interventioyritys antaa myös merkittävästi informaatiota diagnostiikkaa varten



# ADHD:n diagnostiikka



# Jos oireet edelleen jatkuvat toimintakykyä haittaavasti

- ▶ Paikallisesti sovitun työnjaon mukaisesti ns tilanteen kartoitus, vähintäänkin
  - ▶ ADHD-RS-lomakkeet opettajalta ja huoltajalta
  - ▶ Taustatietojen keräys (erityisesti: kehityshistoria, oireiden alkuaika, perhetilanne, muut huolet)
  - ▶ Oppimisvaikeudet, mieliala
  - ▶ Nuorilla päihdeanamneesi
  - ▶ Opettajan kuvaus lapsesta ja tukitoimista
  - ▶ Tarvittaessa autismikirjon, mielialan, ahdistuneisuuden lomakkeistoja lisäksi
- ▶ Näiden kanssa lääkärille
  - ▶ Periaatteessa kenelle tahansa lääkärille
  - ▶ Hyvinvointialueella pitäisi olla selkeä, volyymit huomioiva ohjeistus

# Työnjako 1/2

- ADHD:n diagnostiikka ja hoito kuuluu lähtökohtaisesti perustasolle
- **Lasten/nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon kuuluvat:**
  - Tarvitaan tarkempaa erotusdiagnoosiikkaa (esimerkiksi epäillään useita samanaikaisia neuropsykiatrisia tai psykiatrisia sairauksia, oireiden alkua hyvin epätyypillinen)
  - Perustason hyvä hoito ei ole tuottanut tulosta
  - Tilanne on esimerkiksi jatkuvan väkivaltaisuuden tai itsetuhoisuuden vuoksi akuutisti vaarallinen
  - Muut paikallisesti sovittavat asiat
- **Koulu- tai terveyskeskuslääkäri** voi tehdä diagnoosin kun
  - Tapaus on selkeä ja komplisoitumaton, eikä esimerkiksi perhetilanne kuormita lasta niin, että arvio perusvastaanotolla on liian vaikeaa
  - Lääkärillä on käytettävissään riittävät esitiedot lapsen koulu- ja perhetilanteesta sekä kehityksestä
  - Lääkärillä on riittävä osaaminen ja/tai konsultaatituki
- **Myös lastenneurologi , foniatri tai pediatri** voi osana muuta kontaktia diagnosoida ja hoitaa ADHD:n lapsilla, joilla on esimerkiksi samanaikainen heidän asiakkuuttaan edellyttävä oppimisvaikeus
- Lapsen lähettämistä muualle diagnoosia varten sieltä, missä riittävä informaatio jo on, tulisi välttää





# Työnjako 2/2

- **Alle 5-vuotiaan** tarkka diagnostiikka on yleensä sekä mahdotonta että tarpeetonta, jos muita samanaikaisia kehitysviiveitä ei ole.
- Levottomuuden ja vaativan käytöksen kuntoutus pienillä lapsilla on samanlaista diagnoosista riippumatta.
- Kuntoutus ja tukitoimet aloitetaan ensin "työdiagnoosilla"; hyvä aika varsinaiselle diagnostiikalle on eskarivuoden aikana.
- Jos oireet niin vakavia, että harkitaan lääkehoitoa hyvin pienellä lapsella, tilanne vaatii lastenpsykiatrisen arvion



# Pidettävä mielessä ja arvioitava, esiintyykö myös

Mielialoireita,  
ahdistuneisuutta,  
pelkoja

Oppimisvaikeuksia tai  
koulukieltäytymistä

Käytösongelmia

Sosiaalisen  
vuorovaikutuksen  
puutteita

Uni- tai  
nukahtamisvaikeuksia

Jaksamattomuutta tai  
uupumista perheessä

Perheväkivaltaa tai  
negatiivista  
perheensisäistä  
vuorovaikutusta

# Esimerkki lääkärin ensikäynnistä

- Yleensä läsnä vanhemmat, lapsi, lääkäri, mielellään myös alkukartoituksen tehnyt työntekijä
- Osan aikaa ollaan yhdessä ja osan aikaa lääkäri ja lapsi kahden kesken
- Diagnostiset kysymykset
  - Täyttyvätkö diagnostiset kriteerit? (KLIININEN arvio, ei lomakepistemäärä)
  - Onko muita tekijöitä jotka riittäisivät selittämään lapsen ongelmat?
  - Onko syytä epäillä muuta samanaikaista ongelmaa (erityisesti: autismikirjon piirteet, masennus, ahdistuneisuus tai pelot, univaikeudet, somaattinen sairaus, kehitysviive)?
- Asetetaan diagnoosi tai päätetään toisen tutkimuskäynnin tarpeesta
- Tarvittaessa ohjataan toimintaterapeutin (motoriikka, aistisäätely), ravitsemusterapeutin (huonosti syövät, ylipainoiset), puheterapeutin (kielenkehityksen viiveet, erityisesti nuoremmilla lapsilla) tai psykologin (oppimisvaikeudet) arvioon

## Keskeiset esitiedot ja kliiniset löydökset suunniteltaessa lapselle psyykenlääkitystä (4)

Yksikin poikkeama on aihe EKG:n tutkimiselle ja tarvittaessa kardiologin konsultaatiolle.

### ESITIEDOT

Pyörtyminen/tajunnanmenetys rasituksessa

Rytmihäiriötuntemukset rasituksessa

Suhteeton hengästyminen rasituksessa ilman syytä

### SUKUTIEDOT

Äkkikuolema tai kätkytkuolema

Hukkuminen

Selittämätön moottoriajoneuvo-onnettomuus

### SUVUN SAIRAUDET

Pitkä QT -oireyhtymä tai muu perinnöllinen rytmihäiriösairaus

Sydänlihassairaus

Sydämen siirron jälkitila

Keuhkoverenpainetauti (pulmonaalihypertensio)

Rytmihäiriötahdistin

### STATUS

Sivuääni (muu kuin viaton virtausääni)

Hypertensio, lisälyöntisyys

Oireyhtymään sopivat ulkonäköpiirteet

# Somaattinen arvio ADHD-diagnoosin yhteydessä

- Pituus, paino
- Verenpaine, syke, sydämen auskultaatio
- Ihon siisteys (viiltelyjäljet, mustelmat) vähintäänkin ylävartalolta
- Perusneurologinen / motoriikan status: esimerkiksi mimiikan symmetrisyys, puristusvoimat, DDK, SNP, yhdellä jalalla hyppelyt, kanta/varvaskävelyt (samalla arvio ohjeiden noudattamisesta pystyykö toistamaan liikkeitä mallista)
- Harkinnan mukaan peruslab: anemia, sokeri, kilpirauhanen, keliakia
- EKG tarvittaessa (ks kuva)



# Lapsen psyykkinen status ADHD:n arvion yhteydessä

- Ikätasaisen / pienemmän / vanhemman lapsen vaikutelman antava
- Käytös (kaunista, uhmakasta, arkaa)
- Keskusteluyhteys (vastavuoroinen, vastaa kysymyksiin, kieltäytyy vastaamasta, puhuu omiaan, eksyy aiheesta). Vaikutelma kielitaidosta, jos ei puhuta lapsen kieltä. Havaitut haasteet kielessä (esim sanojen hakeminen, äännevirheet).
- Katsekontaktin käyttö (ottaako katsekontaktin, hahmottaako katseen suunnasta esim pituusmitan sijainnin)
- Ko-operointi (hyvää, vaatii ohjeiden toistamista, toistuvia kieltoja, kieltäytyy yhteistyöstä)
- Havaittu motorinen levottomuus vastaanotolla, kuinka kauan jaksaa
- Tic-oireet
- Mieliala kuvautuu tavanomaisena... alakuloisena...
- Tunnistaako ongelmat, joiden vuoksi tultu vastaanotolle, oma mielipide niistä
- Vaikutelma vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksesta (lämmin, kireä, NN:n ollessa uhmakas vanhempi...)



# Diagnoosin jälkeen



# Kokonaishoitosuunnitelma

- Koulun tukitoimet
  - Vanhempien neuvonta, ohjaus ja tuki
  - Tarvittava sosiaalihuoltolain mukainen tuki
  - Mahdollisten liitännäisongelmien (esim. oppimisvaikeudet) kuntoutus
  - Sopeutumisvalmennuskurssin tai LAKU/Oma Väylä -kuntoutuksen tarve
  - Lääkkeellinen hoito
- 
- Optimaalisesti moniammatillinen hoitotiimi
  - Käytännössä usein "sirpaleina"
  - "kouluneuvottelut" tai "verkostoneuvottelut" useimmiten selventävät tilannetta huomattavasti

# Koska lääkehoito?

- ▶ Lääkehoito **voidaan** aloittaa aina, kun
  - ▶ lapsella on ADHD-diagnoosi,
  - ▶ lapsi tai vanhemmat sitä toivovat,
  - ▶ vasta-aiheita ei todeta, ja
  - ▶ lapsi on vähintään kuusivuotias
- ▶ Lääkehoidon aloittaminen on **painavasti suositeltavaa**, jos
  - ▶ koulun tukitoimet tai psykososiaalinen hoito eivät lapsen levottomuuden vuoksi onnistu,
  - ▶ lapsen oireissa on runsaasti impulsiivista väkivaltaa tai vaaratilanteisiin joutumista,
  - ▶ lapsen oireet ylläpitävät "negatiivisen vuorovaikutuksen kehää" vanhemman tai opettajan kanssa
  - ▶ lapsi meinaa uupua jatkuvan "tsemppaamisen" vuoksi, tai
  - ▶ muut hoidot eivät ole tehonneet



# Lääkehoito perusterveydenhuollossa

- Joskus ehtii jo ensimmäisellä käynnillä jos asia on huolellisesti valmisteltu
- Lääkehoito vaatii aloitusvaiheessa usein säätöä , mutta vakiintuneen lääkehoidon seuranta on helppoa ja onnistuu kouluterveystarkastuksen yhteydessä
- Aloitusvaiheessa kannattaa annosnostoja toteuttaa ripeästi
- Muistettava lääkkeiden väärinkäyttöpotentiaali
  - Tarkista reseptikeskus
  - Mitätöi reseptit jotka eivät jää käyttöön
- Toisaalta onnistunut ADHD-lääkehoito pienentää päihdehäiriön kehittymisen riskiä nuorilla (impulsiivisuus vähenee, itselääkinnän tarve poistuu)

# Lääkkeen valinta

- 1. linjan lääke on aina metyylifenidaatti
  - Aloitetaan toivotun vaikutuksen pituuden mukaan tai kunkin lääkärin omalla rutiinilla
  - Vaikutusajoissa Medikinet CR < Equasym < Concerta. Vaikutuksen alkamisnopeus aamulla Concerta < Equasym < Medikinet CR.
  - Jos 1. metyylifenidaatti ei sovi tai siihen ei ole vastetta, kokeillaan toista metyylifenidaattivalmistetta.
  - Jos lääkitys muuten sopii mutta vaikutus loppuu liian aikaisin eikä pitempiaikainen valmiste sovi unihaittojen vuoksi, voidaan käyttää lisänä iltapäivässä lyhytvaikutteista metyylifenidaattia (Medikinet esim 5mg ilman CR:ää).
- 2. linjan lääkkeet ovat atomoksetiini ja lisdeksamfetamiini (Elvanse)
  - Korvattavuus vaatii lääkärin B-lausunnon metyylifenidaattien soveltumattomuudesta erikoislääkärin konsultaatiolla
- Vasta jos vastetta ei saada millään stimulantilla eikä atomoksetiinilla, voidaan harkita guanfasiinin (Intuniv) käyttöä erikoislääkärin harkinnan mukaan

# Lääkityksen seuranta, metyyllifenidaatit

- ▶ Ensimmäisen 4-6 viikon ajan, esimerkiksi:
  - ▶ Verenpaine, syke ja paino 1 x/vko kotona. Jos kotimittaukset eivät onnistu, viikoilla 2 ja 4 esim. terveydenhoitajan vastaanotolla.
  - ▶ Annosnosto n. 10-20 mg kerrallaan kunnes ilmenee haittoja, saavutetaan hoitovaste, tai annos on noin 1,5 \* potilaan paino painokiloina (lääkäri ohjeistaa aloituskäynnillä ja kirjaa ohjeet), joskus ylikin
  - ▶ Opettajalta palaute, esim ADHD-RS-lomakkeet 0, 2 ja 4 viikon kohdalla
  - ▶ Perhe on yhteydessä sovitulla tavalla (Maisa-viestillä, puhelimitse tai oman työntekijän kautta), jos ennen vastaanottoja ilmenee ongelmia
- ▶ Lääkärin vastaanotto n. 6-8 viikon kuluttua aloituksesta
  - ▶ Pituus, paino, verenpaine, syke, vasteen arvio, mahd haitat -> päätös jatkamisesta
  - ▶ Käytön suunnittelu (joka päivä vai vain koulupäivinä, lomat?)

# Lääkityksen seuranta, kaikki lääkkeet

- Leposykkeen tulee pysyä  $< 120/\text{min}$
- Verenpaineen seurantarajat kuten samanikäisillä lapsilla yleensä (ks Lääkärin käsikirja)
- Pituuspainon tai pituuskasvun taittamista voidaan seurata alkuvaiheessa, mutta jos hidastuminen ei pysähdy 3-6 kk energiansaantia lisäämällä, lääkettä on vaihdettava
- Jos lääkettä on käytetty riittäväällä annoksella 1 kk (stimulantit) tai 3 kk (atomoksetiini, guanfasiini), eikä vastetta havaita, lääke on tehoton ja se on lopetettava. Pitkäaikaiset hyödyt lääkkeestä tulevat harjaantumisen kautta.

# Psykososiaalisia kuntoutusmuotoja - saatavuus alueittain vaihtelevaa

- KELAn sopeutumisvalmennuskurssi (2x 5pv "leiri", välissä kotitehtäviä) tai LAKU-kuntoutus (38x yksilöllisesti suunniteltu kuntoutus 1,5 vuoden aikana)
  - Perhe tekee oman hakemuksen KELAlle, tästä kopio lapsen tavanneelle lääkärille joka laatii B-lausunnon
- Tulossa: Mielenterveystalon omahoito-ohjelma ADHD-lasten vanhemmille
- vanhemmuustaitoryhmät, vanhempainohjaus esim perheneuvolan vastaanotolla
- neuropsykiatrinen valmennus
- sosiaalihuoltolain mukainen perhetyö, tukihenkilöt
- perheterapia
- ahdistuneisuuden ja masennuksen hoito tavanomaiseen tapaan (CoolKids, lyhytinterventiot, psykoterapia)
- sosiaalihuolto vs terveydenhuolto?



Kiitos  
mielenkiinnosta!  
Kysymyksiä?





# Lääkityksen seuranta, atomoksetiini (Strattera)

- ▶ Aloitetaan 7 pv pienellä annoksella, jonka jälkeen nostetaan annos hoitotasolle (1,2 mg/kg/vrk)
- ▶ 2 ja 4 vkon kohdalla verenpaine, syke, ja paino (kotona tai sairaanhoitajan vastaanotolla)
- ▶ Opettajalta ADHD-RS-lomake lähtötilanteessa ja juuri ennen lääkärin vastaanottoa
- ▶ N. 6 vkolla lääkärin vastaanotto
  - ▶ Verenpaine, syke, pituus, paino, arvio vasteesta ja haitoista
  - ▶ Jos ei vastetta eikä haittoja, nosto ad 1,8 mg/kg/vrk
- ▶ Seuraavat kontrollit 3 kk ja 6 kk ja sen jälkeen 6 kk välein
  - ▶ Pituus, paino, verenpaine, syke, vasteen arvio, mahd haitat -> päätös jatkamisesta



# Lääkityksen seuranta, guanfasiini (Intuniv)

- 1 kk ajan 1x/vko lääkärillä käynti
- Verenpaine, syke, arvio vasteesta, haitat (kysy erikseen: pyörtyminen, uneliaisuus)
- Annosnosto 1 mg kerrallaan vähintään viikon välein, kun verenpaine ja pulssi palanneet lähelle lääkitystä edeltävää tasoa tai yli 90/50
- Jatkossa kontrollit 3, 6, 9, 12 kk (lääkärillä) ja sen jälkeen 6 kk välein
- Potilaalle korostettava, että guanfasiini on otettava säännöllisesti ja sitä ei saa lopettaa omin päin
- Jos lääke päädytään lopettamaan, vähennetään annosta 1 mg kerrallaan viikon välein



# Lapsen psyykkinen status ADHD:n arvion yhteydessä

NN on **ikätasaisen vaikutelman** antava, **kauniisti käyttäytyvä** / vilkas / uhmakkaasti kontaktiin tuleva / vetäytyvä / alkuun arka lapsi.

Tulee **hyvään vastavuoroiseen keskusteluyhteyteen** / vastavuoroista keskusteluyhteyttä ei synny, vastaa kuitenkin kysymyksiin / ei suostu puhumaan vastaanotolla / vastaa yksisanaisesti / kertoo ikätasoisesti omista asioistaan / kertoo omilla ehdoillaan itseään kiinnostavista asioista mutta ei vastaa lääkärin kysymyksiin. Puheessa erityispiirteenä (puuttuva ääne, monotoninen puhe, kirjakielisyys, tms). Puhuu suomea hyvin / vielä melko heikosti (äidinkieli XYZ).

Käyttää **katsekontaktia** tavanomaisesti / katsoo silmiin mekaanisen oloisesti mutta ei käytä katsekontaktia kommunikatiivisesti / ei ota katsekontaktia mutta huomaa mihin toinen katsoo puhuessaan / ei ota katsekontaktia eikä huomaa ak:een katseen suunnasta esimerkiksi missä suunnassa mainittu pituusmitta on.

**Ko-operoi** pyydettyäessä hyvin / vaatii (ohjeiden toistamista, fyysistä ohjaamista siirryttäessä pituusmitalle, toistuvia kieltoja, fyysistä rajaamista) / ko-operoi alkuun heikosti, mutta houkuteltavissa yhteistyöhön / ei noudata ohjeita aikuisten toistuvista pyynnöistä huolimatta

Ei havaittavaa / lievää / selvää **motorista levottomuutta**, pysyy kuitenkin istumassa / vaeltelee tilassa / leikkii vastaanoton aikana tilassa olevilla leluilla pitkäjänteisesti / vaihtaen usein tekemisiä. **Jaksaa** hyvin koko XX minuutin vastaanoton / vastaanoton loppua kohden kyllästyy ja...

Vastaanoton aikana ei havaita **tic-oireita** / joitakin tic-oireiksi sopivia rykinöitä, silmien räpyttelyjä, jne.

**Mieliala** kuvautuu tavanomaisena / antaa alakuloisen vaikutelman / kyyneltyy puhuttaessa XXX:sta / kiukkuisen oloinen / arka / jännittynyt. Adekvaatin **ilmeikäs** / vastaanoton ajan lähes ilmeeton / ilmeet eivät sovi tilanteeseen, esimerkiksi

hymyilee kertoessaan tullessaan surulliseksi. Kertoo olevansa yleensä hyvällä mielellä / usein surullinen / kiukkuinen / vihainen. Kuolema-ajatukset kiistää / kuolema-ajatuksia tullut kun ollut hyvin pahalla mielellä / kuolemantoiveita kertoo esiintyvän myös kiukkuilanteiden ulkopuolella / kertoo aikeesta satuttaa itseään.

**Kuva ikätasoisesti erilaisia tunteita** herättäneitä tilanteita / ei osaa nimetä mistä olisi tullut iloiseksi, surulliseksi, vihaiseksi.

Tunnistaa / ei tunnista omia vahvuuksiaan.

Tunnistaa / ei tunnista vaikeudet, joista aikuiset kertoivat vastaanoton syynä. **Itse pitää isoimpana ongelmanaan...** Toivoo itse, että...

**Vanhemman ja lapsen vuorovaikutus** kuvautuu lämpimänä / tavanomaisena / kireänä / negatiivisena. Kun NN on vastaanotolla uhmakas, vanhempi ohjaa häntä asiallisesti / kiihtyen / moittivaan sävyyn.

# Verenpaineen viitearvot

Verenpaine on kohonnut, jos se toistetusti ylittää taulukossa 1 esitetyt arvot. Hypertensiosta on kyse, jos lapsen verenpaine ylittää taulukossa 1 esitetyt arvot toistetusti 12 mmHg:lla.

< 12 mmHg nousu voidaan ADHD-lääkityksen yhteydessä hyväksyä, jos verenpaine palautuu normaaliksi illalla ja/tai päivinä kun lääkitystä ei käytetä.

Taulukko 1. Verenpaineen viitearvot (90 %:n persenttiili eli ylimmät sallitut arvot)

Ikä (v)	Pojat	Tytöt
1	98/52	98/54
2	100/55	101/58
3	101/58	102/60
4	102/60	103/62
5	103/63	104/64
6	105/66	105/67
7	106/68	106/68
8	107/69	107/69
9	107/70	108/71
10	108/72	109/72
11	110/74	111/74
12	113/75	114/75
≥ 13	120/80	120/80

# Lääkkeiden yhtäaikainen käyttö

- Vaihto metyyllifenidaatista atomoksetiiniin tai guanfasiiniin jos haitat eivät vaadi lopettamaan välittömästi:
  - 1-2 viikolla metyyllifenidaatin normaaliannos, 3-4 viikoilla pienennetty annos, 5 viikosta eteenpäin lopetetaan.
- Tarvittaessa atomoksetiinia/guanfasiinia ja stimulanttia voidaan pysyvästikin käyttää rinnakkain
- Kahta stimulanttia ei käytetä yhtä aikaa