

Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa

Ylläpitolääkitys sairauden uusiutumisriskin pienentämiseksi on keskeinen osa skitsofrenian, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja toistuvan vakavan masennustilan hoitoa. Heikko hoitoon sitoutuminen on kuitenkin yleistä ja heikentää hoitotuloksia. Heikon hoitomyyntyvyyden syyt ovat moninaisia ja liittyvät lääkkeiden haittavaikutusten lisäksi muun muassa lääkehoitoon kohdistuviin asenteisiin, pähteiden käyttöön, sairauden vaikeuteen, kognition puutteisiin ja hoitosuhteen heikkoon laatuun. Lääkehoitoon sitoutumisen parantaminen edellyttää tuomitsematonta, säännöllistä lääkkeiden käyttöä tukevaa hoitosuhdetta. Potilaalle ja hänen perheelleen on annettava tietoa sairaudesta ja hoidosta. Lääkehoito on optimoitava yksilöllisesti. Pitkävaikutteisten psykoosilääkeruiskuiden käyttöä tulee edistää. Pitkäaikaishoidossa oleviin potilaisiin on pidettävä säännöllisesti yhteyttä. Kokemusasiantuntijoiden käyttö on tehokas tukitoimi.

Keskeisille vakaville mielenterveyshäiriöille, kuten skitsofrenialle, kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle ja masennukselle, on luonteenomaista suuri alttius sairausepisodien uusiutumiseen. Psykiatrinen ylläpitolääkitys vähentää huomattavasti tätä alttiutta mutta edellyttää potilaalta lääkehoitoon sitoutumista eli compliancea, pitkään jatkuvaa lääkärin ohjeiden noudattamista lääkkeen käytössä.

Valitettavasti riittävä säännöllisyys saavutetaan vain harvoin. Lääkemyöntyvyys on heikko kaikissa pitkäaikaissairauksissa, eivätkä psykiatriset sairaudet muodosta poikkeusta. Puolet psykoosipotilaista käyttää vähemmän kuin 70 % määrätystä lääkannoksestaan (1). Ongelma on erityisen merkittävä ensimmäistä

kertaa psykoosiin sairastuneilla: kahden vuoden kuluessa sairastumisesta yli puolet käyttää lääkkeitä epäsäännöllisesti tai lopettaa lääkityksen käytön kokonaan (2). Suomalaisessa 18 kuukauden seurantatutkimuksessa 57 % kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista joko lopetti lääkkeensä tai käytti niitä epäsäännöllisesti (3). Masennuslääkkeiden käyttäjillä hoitoon sitoutuminen on noin 65 %, ja potilaista 30–60 % lopettaa lääkityksen kuuden kuukauden kuluessa sen aloittamisesta (4).

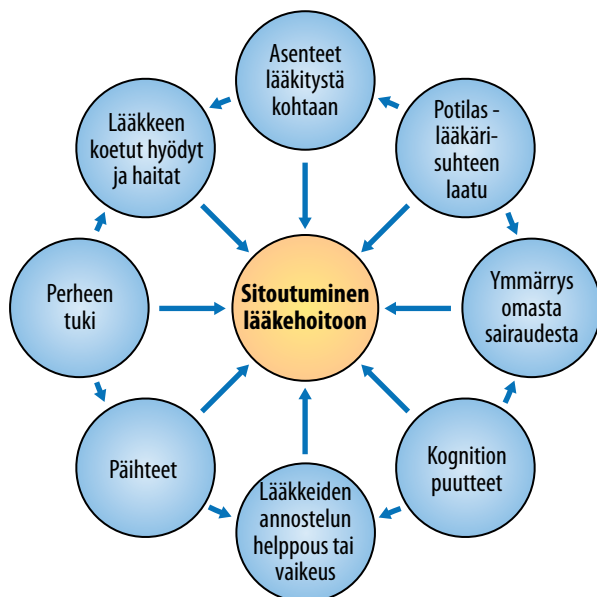
Lääkehoitoon sitoutuminen on tutkimusten mukaan vähäisempää kuin hoitava lääkäri arvioi ja potilaat itse raportoivat. Potilaat eivät jakaudu täysin lääkekielteisiin ja säntillisesti kaikki lääkkeensä ottaviin, vaan osittainen sitoutuminen on ääripäitä yleisempää. Lääkehoitoon sitoutuminen myös vaihtelee samalla potilaalla eri aikoina.

Lääkkeiden epäsäännöllinen käyttö altistaa uusille sairaus- ja sairaalahoitotapauksille sekä sairausjaksojen vaikeutumiselle. Myös itsemurhariski suurenee. Psykoosilääkkeen lopettaminen suurentaa relapsiriskin viisinkertaiseksi; myös osittainen vajaakäyttö lisää riskiä (5).

Heikon lääkehoitoon sitoutumisen syitä

Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttaa tutkimustiedon valossa monia eri tekijöitä, ja syyt saattavat painottua eri tavoin eri häiriöissä ja potilasryhmissä (KUVA). Itse lääkkeeseen liittyvien syiden lisäksi sitoutumiseen vaikuttavat sairauteen, hoitosuhteeseen, ympäristöön ja potilaan subjektiiviseen hyvinvointiin, asenteisiin ja uskomuksiin liittyvät tekijät (2).

Skitsofreniapotilaiden heikon lääkemyöntyvyyden syitä on tutkittu eniten. Päihdeongelma on yleinen huonon lääkehoitoon sitou-



KUVA. Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä.

tumisen syy. Epäsäännöllinen elämä saa lääkkeenoton ja reseptinuusinnat unohtumaan, ja ennen pitkää tunne elämänhallinnan menetyksestä vie hoitomotivaationkin. Kognition puutteet heikentävät oireiden tiedostamista ja sitä kautta ymmärrystä mielenterveyden häiriöstä. Kyky muistaa suorittaa aiotut tehtävät tulevaisuudessa, prospektiivinen muisti, voi olla heikentynyt, ja lääkkeiden otto voi vain unohtua. Kognitiivisen joustavuuden puute ja heikko toiminnanohjaus vaikeuttavat lääkeshoidon hallintaa päivärytmin muuttuessa.

Lääkkeiden haittavaikutukset, ekstrapyramidaalioireet, agitaatio, sedaatio ja erityisesti koettu lihominen heikentävät halukkuutta jatkaa lääkitystä; samoin vaikuttavat haittavaikutuksiin kohdistuvat huolet, yleinen lääkeshoitoon kohdistuva epäluulo ja negatiiviset asenteet. Heikon lääkeshoitoon sitoutumisen syitä selvittäneessä haastattelututkimuksessa esiin nousi skitsofreniapotilaiden halu ensi sijassa voida hyvin nykyhetkessä, ottamatta huomioon epäsäännöllisen lääkkeenkäytön seurauksia pitkällä aikavälillä (6).

Luottamuksellinen potilas-lääkärisuhde parantaa lääkeshoitoon sitoutumista, ja sen merkitys on suurimmillaan sairauden alkuvai-

heissa. Perheen tuki lääkeshoidolle on samoin tärkeää varsinkin nuorilla potilailla (7, 8, 9).

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla heikko lääkeshoitoon sitoutuminen on näyttänyt liittyvän enemmän sairauden vaikeuteen liittyviin tekijöihin kuin lääkkeiden haittavaikutuksiin (10). Puutteellinen sairautentunto, residuaaliset masennus- ja maaniset oireet, ahdistuneisuus, sairauden varhainen alkamiskä, psykoottiset oireet ja usein toistuneet maaniset jaksot korreloivat heikkoon sitoutumiseen, kuten myös päihteiden käyttö. Sairauden vaikeustekijät ja heikko hoitomyöntyvyys vahvistavat toisiaan niin, että selkeitä syysuhteita on vaikea erottaa. Suojaavia tekijöitä ovat lääkärin empaattisuus ja hyvä tavoitettavuus sekä yhteistyöhenkinen hoitosuhde (8, 11).

Masennuksen hoidossa oleellisia ovat lääkitykseen kohdistuvat asenteet ja lääkärin kyky empaattiseen rohkaisuun. Potilaiden selitysmallit masennuksen syystä saattavat painottaa vahvasti psykososiaalisia tekijöitä biolääketeellisten kustannuksella. Masennuslääkkeen hoitovaste saadaan usein vasta yli kahden viikon kuluttua, mutta ahdistus kärjistyy usein hoidon alussa. Aloitettun lääkeshoiton puutteellinen hoitovaste voi edelleen vahvistaa käsitys-

tä, ettei tila ole lääkkein hoidettavissa, jolloin lääkehoidon lopettamisesta tulee subjektiivisesti mielekäs toimintastrategia. Koetut haittavaikutukset voivat vahvistaa lääkehoidon häpeäleimaan liittyvää mielikuvaa masennuslääkkeiden haitallisuudesta. Masennuspotilaiden omat aikaisemmat tai toisilta kuullut positiiviset kokemukset lääkityksen tehosta saattavat vastaavasti ylläpitää lääkemyöntyvyyttä (4, 12).

Lääkehoitoon sitoutumista tukevat hoito-ohjelmat

Relapsien ehkäisy ja ylläpitolääkityksen jatkuvuuden suunnitelmallinen tukeminen ovat psykiatrisen avohoidon keskeisiä tehtäviä. Koska hoitoon sitoutuminen riippuu monista eri potilailla eriasteisesti painottuvista asioista, ei ole yhtä interventiota, joka voisi parantaa kaikkien hoitomyöntyvyyttä. Tutkimustieto aiheesta on ristiriitaista: kompleksiset, eri lähestymistapoja yhdistävät hoito-ohjelmat näyttävät toimivan parhaiten (13).

Systemoidussa katsauksessa masennuslääkkeiden käytön säännöllisyyttä edistivät parhaiten monipuoliset interventiot, jotka perustuivat ennakoivaan hoidon tukemiseen ja tukeutuivat psykiatrian ammattihenkilöihin. Pelkkä faktojen opettaminen masennuksesta ja sen hoidosta ei riittänyt, vaan potilaiden lääkitykseen liittyvän käyttäytymisen muutosta oli tuettava esimerkiksi säännöllisin puhelinkontaktein. Puhelinsoitoista vastasi usein hoitaja, joka seurasi masennuksen lievittymistä, lääkehaittoja ja antoi emotionaalista tukea ja neuvoja (14).

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon kuuluu lääkehoidon lisäksi psykoedukaatio ryhmä- tai perhehoidon muodossa. Sairautta ja sen hoitoa koskevan tiedon lisäksi näissä hoidoissa on opeteltu tunnistamaan sairauden varhaisia varomerkkejä ja kannustettu säännölliseen vuorokausirytmiiin (15). Psykoedukaation vaikutusta näiden potilaiden lääkehoitoon sitoutumiseen tutkittu yllättävän vähän, ja tulokset ovat olleet ristiriitaisia (16). Perheen ottaminen hoidon tueksi on suositeltavaa.

TIETOLAATIKKO.

- Selvitä potilaasi lääkehoitoa koskevat asenteet, pelot ja toiveet.
- Suhtaudu lääkehoitoon sitoutumiseen vaikeana asiana, jota yhdessä yritetään toteuttaa.
- Opeta perusasioita sairaudesta ja sen hoidosta, toista usein ja varmista ymmärtämisestä.
- Ota omaiset mukaan tueksi.
- Tee lääkityksestä mahdollisimman yksinkertainen.
- Suosi pitkävaikutteisia lääkemuotoja.
- Anna kokemusasiantuntijan kertoa potilaalle omista kokemuksistaan.
- Ohjaa heikosti hoitoon sitoutuvat tarpeen mukaan tiiviimpään seurantaan puhelinsoitoin tai kotikäynnin.
- Toimintaterapeutti voi keksiä apukeinoja muistin tueksi kognitiivisista puutoksista kärsivälle potilaalle.

Psykoedukaation tuoma tieto lääkehoidon merkityksestä on yksinään osoittautunut riittämättömäksi parantamaan skitsofreniapotilaiden lääkehoitoon sitoutumista, sen sijaan sen yhdistäminen koko perheen tukemiseen on tuottanut tuloksia. Vastaavasti perheterapia ainoana hoitona ilman lääkkeiden käytön ohjausta ei ole ollut vaikuttavaa. Kuten psykososiaalisessa hoidossa yleisestikin, pitempikeskiset interventiot ovat yleensä vaikuttavampia kuin lyhyet ja erityyppisten interventioiden yhdistämisellä on saatu lisähyötyä. Tehostettu jalkautuva avohoito (assertive community treatment) näyttää pystyvän pitämään heikosti yllä lääkehoitoon sitoutuneiden potilaiden riittävää lääkkeiden käyttöä (9, 17).

Säännöllisen lääkkeen käytön ylläpitäminen tekstiviestimuistutuksilla ei ole toiminut, sen sijaan hoitajien puhelinsoitot ovat auttaneet paremmin. Niin sanottu komplianssi- eli hoitomyöntyvyysterapia yhdistää kognitiivisen käyttäytymisterapian välineitä motivoivaan keskusteluun. Tutkimusnäyttö tämän hoitomuodon vaikuttavuudesta on kuitenkin ristiriitaista (18).

Kognitiivinen sopeutumisvalmennus (cognitive adaptation training, CAT) on käsikirjan 1439

YDINASIAI

- » Puutteellinen lääkehoitoon sitoutuminen on vakavissa mielenterveyshäiriöissä sääntö eikä poikkeus ja oleellinen osa sairautta.
- » Lääkehoitoon sitoutumisen parantaminen edellyttää yleensä useita samanaikaisia tukitoimia.
- » Pitkävaikutteiset psykoosilääkeruisket tukevat lääkeshoidon riittävää säännöllisyyttä.
- » Yhteistyöhenkinen hoitosuhde luo pohjan hyvälle hoitomyyntyvyydelle.

mukaisesti toteutettava hoito-ohjelma, joka tähtää skitsofreniapotilaan toimintakyvyn parantamiseen lievittämällä erilaisin apuvälinein ja keinoin psykoosiin kuuluvien kognitiivisten puutosten, kuten työmuistin, tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen heikkouden vaikutusta. Potilasta voidaan muistuttaa lääkkeen otosta esimerkiksi herätyskellolla, jonka alla on muistutuslappu (19). Tätä lupaavaa kotikuntoutusmenetelmää on Suomessa käytetty Hyvinkään sairaanhoitoalueen ja THL:n MATTI-projektissa (20).

Pitkävaikutteiset lääkemuodot

Vaikka toisen polven psykoosilääkkeet ovat olleet paremmin siedettyjä kuin ensimmäisen polven lääkkeet, ei tämä etu ole merkittävästi heijastunut parempaan hoitoon sitoutumisena. Kun epäsäännöllisesti lääkitystään käyttäville aloitetaan tablettihoidon sijaan ruiskelääkitys, lääkityksen lopettamisen todennäköisyys pienenee. Pitkävaikutteiset depot-injektioina annettavat lääkkeet ovat useissa tutkimuksissa vähentäneet sairaalahoidon tarvetta selvästi paremmin kuin suun kautta annettavat lääkkeet (21, 22). Seurannan pidentyessä ruiskelääkityksen suhteellinen etu on korostunut (23). Ruiskelääkityksen etu on tullut selvemmin esille luonnollisessa hoitoympäristössä kuin kontrolloitujen tutkimusten puitteissa, joissa paremmuutta tablettilääkitykseen ei ole aina voitu osoittaa (24, 25).

Suomalaisessa kansallisessa kohorttitutkimuksessa ensimmäistä kertaa skitsofrenian takia sairaalaan joutuneiden pitkävaikutteista lääkitystä saaneiden riski joutua uudelleen sairaalahoitoon oli vain kolmannes tablettilääkkeitä käyttäneiden riskistä. Keskiaverto seuranta-aika oli kahden vuoden pituinen (26). Uusimpien toisen polven pitkävaikutteisten ruiskeiden paremmuutta riittävän lääkeshoidon ylläpidossa verrattuna suun kautta otettuihin toisen polven lääkkeisiin ei ole vielä tutkittu riittävästi.

Pitkävaikutteiset ruisket parantavat lääkeshoidon käytön säännöllisyyttä huomattavasti, mutta noin neljännes potilaista jää ajoittain saapumatta ruiskeelleen. Pitkävaikutteiseen lääkitykseen siirtyminen ei takaakaan hoidon jatkuvuutta ilman tukitoimia (21).

Hoitoon sitoutumista edistävä hoitosuhde

Puhuttaessa säännöllisen lääkeshoidon käytön tärkeydestä on tärkeää välttää auktoriteettipuhetta, joka saa aikaan sen, ettei potilas uskalla kertoa lääkeshoi- tyyn liittyvistä kielteisistä mielikuvistaan. Potilas on asiantuntija siinä, miltä lääkeshoidon käyttäminen oikeasti tuntuu. Aktiivinen kuunteleminen rientämättä heti korjaamaan virheellisiä olettamuksia mutta ottamalla niihin liittyvä huoli kuitenkin vakavasti lisää turvallisuuden tunnetta. Lääketieteellisten faktojen kertomisen vuoro on potilaan asenteisiin ja huoliin tutustumisen jälkeen.

Säännöllisyys lääkeshoidon käytössä kannattaa esittää tavoitteena, jota ei ole helppo ylläpitää, vaikka ymmärtäisikin sen olevan tärkeää. Yhdessä potilaan kanssa voidaan miettiä tilanteita, jolloin kuka tahansa saattaisi unohtaa lääkeshoidon ottamisen: esimerkiksi illalla saattaa olla niin paljon tekemistä, että lääke unohtuu, aterian yhteydessä otettu lääke voi jäädä, kun ei syödäkään tavalliseen aikaan tai lääkettä ei ehkä kehtaa ottaa, kun vanha ystävä tulee käymään ja näkee. Kun on tunnistettu potilaan tyypilliset riskitilanteet, voidaan miettiä keinoja niistä selviytymiseen.

Psykoedukaatio sairaudesta ja sen hoidosta sisältää yleistä kuvausta lääkeshoidon vaikutus-

mekanismista ja lääkehoidon kohdeoireista. Tämä ei riitä tukemaan lääkehoitoon sitoutumista, vaan potilaan kanssa on keskusteltava tilanteista, joita lääkehoidon aikana saattaa ilmaantua. Jos oireita ei enää ole ja olo tuntuu hyvältä, onko se merkki siitä, että lääkehoito on tehnyt tehtävänsä ja sen voi lopettaa? Jos oireet pahenevat siitä huolimatta, että käyttää lääkettä, tarkoittaako se, ettei lääke vaikutakaan ja on turha? Jos lääkkeet ovat jääneet käyttämättä koko viikon ja olo on erinomainen, eikö se ole todiste lääkkeen tarpeettomuudesta? Lääkärin tulee olla realistinen kuvatessaan ylläpitolääkityksen vaikutusta. Oireet saattavat lisääntyä lääkityksestä huolimatta, mutta suojaava vaikutus on silti olemassa (27).

Lääkettä määrätessään tai annosta muuttaessaan lääkärin tulisi konkreettisesti kuvata, mielellään potilaan omia ilmaisuja lainaten, mihin tällä toimella pyritään. Kannattaa myös kysyä, miten potilas itse on mieltänyt määrätyn lääkehoidon tavoitteen. Onko tämä potilaasta sellainen suunnitelma, jonka hän voisi hyväksyä ja jota voitaisiin lähteä toteuttamaan? Sitten sovitaan aika, jolloin yhdessä arvioidaan, kuinka tavoitteet on saavutettu.

Varsinkin psykoosipotilailla, joilla verbaalinen muisti ja oppimiskyky ovat heikkoja, näitä perusasioita on syytä toistaa usein ja mielellään kirjoittaa ne paperille taskuun pantavaksi. Samoja asioita on jakettava kerrata yhä uudelleen. Kognition puutteita voi korjata erilaisilla muistuttimilla: esimerkiksi herätyskellolla, jonka alla on viesti paperilapulla, kännykkään ohjelmoidulla hälytyksäänellä tai valmiiksi jaetuilla doseteilla. Mitä yksinkertaisempi lääkitys on, sitä varmemmin se tulee käytetyksi; valitettavasti usein juuri vaikeimmin sairailta potilailla, joiden kognition puutteet ovat suurimmat, monilääkehoito on yleisintä. Pitkävaikutteinen ruiskelääkitys on hyvä vaihtoehto erityisesti tälle ryhmälle.

Etukäteen sovittu puhelinkontakti uuden lääkkeen aloittamisen jälkeen lisää turvallisuuden ja yhteistyön tunnetta hoitosuhteessa.

Kokemusasiantuntijoiden ja vertaistuen käyttöä kannattaa lisätä hoidon kaikissa vaiheissa. Kokemusasiantuntijalta, joka on käynyt läpi samoja sairauden vaiheita ja johon voi

samaistua, on helppo saada omaan elämään sopivia ivoalluksia.

Potilasta tulee auttaa näkemään, mikä osuus lääkehoidolla voi olla hänen toivomiensa elämänmuutosten tai tavoitteiden saavuttamisessa. Lääkehoitoon sitoutuminen ei ole potilaan näkökulmasta mielekäs tavoite, ellei hän koe sen hyödyttävän omia päämääriään. Potilaalle on tarjottava oppimiskokemuksia. Jos yhdessä löydetään sopivia konkreettisia lähtävoitteita, voidaan pohtia, mitä niiden saavuttaminen edellyttää ja seurata, kuinka lääkitys siinä auttaa. Potilaan jätettyä lääkkeensä käyttämättä lääkärin neutraali ja tuomitsematon asenne vastaavasti auttaa potilasta oppimaan tästä kokemuksesta ja sen seurauksista (25, 28, 29).

Lääkäri ei saa hylätä potilasta, joka kaikesta huolimatta ei suostu lääkkeitä käyttämään. Potilasta on seurattava, ja hänelle ja läheisilleen tulee antaa tietoa relapsin alkuaireista, neuvvoja stressitekijöiden vähentämisestä ja keinoja saada nopeasti apua. Oireita voidaan lievittää myös muilla, potilaan ehkä hyväksymillä tavoilla. Kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla voidaan lievittää ahdistusta ja masennusta sekä parantaa potilaan kykyä kestää oireitaan (30).

Lopuksi

Psykykenlääkkeitä määrävän lääkärin antama informaatio kilpailee nykyisin internetin hakukoneiden ja sosiaalisen median tarjoaman tiedon kanssa. Osa potilaista on valistuneempia, monet pelokkaampia. Lääkärin tehtävänä on saada potilas tuntemaan, että hänen omaa henkilökohtaista kokemustaan lääkehoidosta arvostetaan ja hänen toiveitaan ja pelkojaan kuunnellaan. ■

JORMA OKSANEN, LL, psykiatrian erikoislääkäri,
ylilääkäri
HYKS psykiatria, Helsingin yliopisto

SIDONNAISUUDET

Luentopalkkio (Janssen-Cilag, Bristol-Myers-Squibb, Professio Oy, Kuntoutussäätiö), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Otsuka), muu palkkio (lääketutkimusta palkkiota vastaan: Roche/Quintiles)

**Kognition puutteita
voi korjata erilaisilla
muistuttimilla**

KIRJALLISUUTTA

1. Goff DC, Hill M, Freudenreich O. Treatment adherence in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2011;72:e13.
2. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997;23:637–51.
3. Arvilommi P, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Valtonen H, Isometsä E. Predictors of adherence to psychopharmacological and psychosocial treatment in bipolar I or II disorders – an 18-month prospective study. *J Affect Disord* 2014;155:110–7.
4. Hung CI. Factors predicting adherence to antidepressant treatment. *Curr Opin Psychiatry* 2014;27:344–9.
5. Goff DC, Hill M, Freudenreich O. Strategies for improving treatment adherence in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2010;71(Suppl 2):20–6.
6. Gibson S, Brand SL, Burt S, Boden ZV, Benson O. Understanding treatment non-adherence in schizophrenia and bipolar disorder: a survey of what service users do and why. *BMC Psychiatry* 2013;13:153.
7. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010;176:109–13.
8. Jónsdóttir H, Opjordsmoen S, Birkenaes AB, ym. Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2013;127:23–33.
9. Leucht S, Heres S. Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006;67(Suppl 5):3–8.
10. Perlis RH, Ostacher MJ, Miklowitz DJ, ym. Clinical features associated with poor pharmacologic adherence in bipolar disorder: results from the STEP-BD study. *J Clin Psychiatry* 2010;71:296–303.
11. Leclerc E, Mansur RB, Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. *J Affect Disord* 2013;149:247–52.
12. Buus N, Johannessen H, Stage KB. Explanatory models of depression and treatment adherence to antidepressant medication: a qualitative interview study. *Int J Nurs Stud* 2012;49:1220–9.
13. Nieuwlaet R, Wilczynski N, Navarro T, ym. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;11:CD000011.
14. Chong WW, Aslani P, Chen TF. Effectiveness of interventions to improve antidepressant medication adherence: a systematic review. *Int J Clin Pract* 2011;65:954–75.
15. Oksanen J. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalinen hoito. *Duodecim* 2010;126:371–7.
16. Crowe M, Porter R, Inder M, Lacey C, Carlyle D, Wilson L. Effectiveness of interventions to improve medication adherence in bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2012;46:317–26.
17. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, de Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia – a review of the past decade. *Eur Psychiatry* 2012;27:9–18.
18. Velligan DL, Diamond PM, Mintz J, ym. The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008;34:483–93.
19. Staring AB, Van der Gaag M, Koopmans GT, ym. Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;197:448–55.
20. Mielenterveyskuntoutujan asumisen tukeminen, tavoitteena itsenäisyys (MATTI). Terveystien ja hyvinvoinnin laitos 2015. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-jasiantuntijaty/hankeet-ja-ohjelmat/mielenterveyskuntoutujan-asumisen-tukeminen-tavoitteena-itsenaisyys-matti>.
21. Patel MX, Taylor M, David AS. Antipsychotic long-acting injections: mind the gap. *Br J Psychiatry Suppl* 2009;52:S1–4.
22. Gutiérrez-Casares JR, Cañas F, Rodríguez-Morales A, Hidalgo-Borraro R, Alonso-Escolano D. Adherence to treatment and therapeutic strategies in schizophrenic patients: the ADHERE study. *CNS Spectr* 2010;15:327–37.
23. Kane JM. Review of treatments that can ameliorate nonadherence in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006;67(Suppl 5):9–14.
24. Kishimoto T, Nitta M, Borenstein M, Kane JM, Correll CU. Long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of mirror-image studies. *J Clin Psychiatry* 2013;74:957–65.
25. Kishimoto T, Robenzadeh A, Leucht C, ym. Long-acting injectable vs oral antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: a meta-analysis of randomized trials. *Schizophr Bull* 2014;40:192–213.
26. Tihiainen J, Haukka J, Taylor M, Haddad PM, Patel MX, Korhonen P. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2011;168:603–9.
27. Weiden PJ. Understanding and addressing adherence issues in schizophrenia: from theory to practice. *J Clin Psychiatry* 2007;68(Suppl 14):14–9.
28. Hardeman SM, Harding RK, Narasimhan M. Simplifying adherence in schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2010;61:405–8.
29. Thase ME. Strategies for increasing treatment adherence in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2012;73:e08.
30. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry* 2014;204:20–9.

Summary

Supporting adherence to drug therapy in psychiatry

Maintenance therapy to reduce the risk of recurrence is an essential part of treatment of schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder, but poor treatment adherence is common, impairing the treatment outcome. Improvement in the adherence to drug therapy requires a good therapeutic relationship. The patient and her/his family must be provided with information about the illness and its treatment. Drug therapy must be optimized on an individual basis. The use of long-acting antipsychotic injections should be encouraged. Regular contact with patients under long-term treatment must be maintained. The use of experts by experience is an effective supportive measure.