

Tomi Bergström, Anja Hulkko, Sirpa Hartikainen, Hannu Koponen, Johannes Lieslehto, Erika Jääskeläinen ja Matti Isohanni

## Psykoosilääkehoidon ohjaus voi tehostaa skitsofrenian hoitoa

Psykoosilääkkeet lievittävät skitsofrenian psykoosioireita ja vähentävät relapsiriskiä. Psykoosilääkityksen pitkäaikaiskäytön hyöty-haittasuhde skitsofrenian hoidossa on osin tuntematon. Etenkin suurten psykoosilääkeannosten pitkäaikaiskäyttö voi altistaa metabolisille, neurologisille, kognitiivisille ja psykologisille haitoille. Psykoosilääkehoidon haittoja voidaan minimoida systemaattisella lääkehoidon ohjauksella, jossa lääkehoito suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Lääkehoidon ohjaus voi auttaa käyttämään pienintä vaikuttavaa hoitoannosta sekä parantaa hoitoon sitoutumista ja hoidon tuloksellisuutta. Skitsofrenian psykoosilääkehoidon ohjauksikäytäntöjen toteutus edellyttää eri ammattiryhmien kouluttamista, psykoosilääkehoidosta vastaavaa tiimiä ja organisaatorajat ylittävää moniammatillista työpari- ja verkostotyötä.

Psykoosilla viitataan laajaan kirjoon psykiatrisia oireita, joille on yhteistä todellisuudentajun heikentyminen (1). Vaikea ja pitkittynyt psykoosioireisto voidaan diagnosoida skitsofreniaksi (2). Skitsofrenian syyt, oireet ja ennuste vaihtelevat suuresti (1–3). Akuutteja psykoosioireita kuten levottomuutta, aistiharhoja ja harhaluuloisuutta voidaan tehokkaasti lievittää psykoosilääkkeillä (1,2).

Skitsofrenian Käypä hoito -suositusten mukaan psykoosin estoon tarkoitettua ylläpitolääkitystä ei ole suositeltavaa lopettaa ennen kuin skitsofreniapotilaan ensipsykoosin jälkeinen oireeton kausi on kestänyt vähintään kaksi vuotta (2). Mikäli oireita ilmaantuu lääkityksen vähentämisen yhteydessä, suositellaan lääkityksen palauttamista aiempaan, tehokkaaksi todettuun annokseen.

Pitkäaikaisen psykoosilääkehoidon hyöty-haittasuhde skitsofrenian hoidossa on edelleen epäselvä, sillä pitkäaikaisen lääkehoidon tutkiminen satunnaistetussa koeasetelmassa on vaativaa (4). Havainnoivien tutkimusten tulokset ovat osin ristiriitaisia. Useissa rekisteritutkimuksissa lääkkeettömiin jaksoihin liittyy skitsofreniapotilaiden suurentunut relapsi- ja kuolemanriski (5–7). Toisaalta monissa tut-

kimuksissa suuremman lääkeannoksen on havaittu liittyvän ennenaikaisiin kuolemiin, mielenterveyspalvelujen käytön pitkittymiseen ja työkyvyttömyyteen (7–11).

Vaikka psykoosilääkkeet voivat ainakin hetkellisesti edistää skitsofreniapotilaiden kognitiivista suoriutumista, on etenkin suurten psykoosilääkeannosten pitkäaikainen käyttö ollut yhteydessä heikentyneeseen kognitiiviseen suoriutumiseen sekä aivojen rakenteellisiin ja toiminnallisiin muutoksiin (12–14). Edellä kuvattujen löydösten syysuhde ja kliininen merkitys on kuitenkin jäänyt osin epäselväksi, sillä eniten psykoosilääkkeitä saavat skitsofreniapotilaat kärsivät pääosin myös vaikeammasta oirekuvasta (8,14).

Psykoosilääkkeisiin liittyy useita tunnettuja fysiologisia ja psykologisia haittavaikutuksia, kuten erilaiset metaboliset ja kardiovaskulaariset muutokset, tardivi dyskinesia, väsymys ja apatia (4,15). Haittojen ilmaantuminen voi heikentää potilaan motivaatiota käyttää psykoosilääkitystä ja johtaa huonoon hoitomyöntyvyyteen sekä hallitsemattomaan lääkekäyttöön (15). Näistä syistä psykoosilääkehoidon kokonaisuuden hallintaan, optimaalisen lääketasapainon etsimiseen ja lääkehoidon koko-

naisvaltaiseen seurantaan tulisi panostaa merkittävästi. Tutkimusten mukaan tämä ei usein toteudu (16).

Saksalaisen sairaalatutkimuksen mukaan 73 %:lla potilaista, joilla oli pysyviä psykoosioireita, ei ollut asianmukaista psykoosilääkehoidon ohjausta (17). Suomalaisessa kohorttiseurannassa 33 %:lla psykoosilääkettä käyttävistä skitsofreniapotilaista ei ollut tosiasiallista hoitokontaktia, eikä näin psykoosilääkehoidon asianmukaista ohjaustakaan (18). Yksiselitteisiä suosituksiaakaan psykoosilääkehoidon ohjauksen käytännön kliinisestä toteutuksesta skitsofrenian pitkäaikashoidossa ei ole, ja tutkimus aiheesta on vähäistä ja vanhaa (16,19).

Laajaan kirjallisuushakuun perustuvassa katsauksessa skitsofrenian psykoosilääkehoidon ohjauksesta löydettiin joitakin mahdollisia strategioita, joilla psykoosilääkehoidon haittoja voidaan kokonaisvaltaisella lääkehoidon ohjauksella minimoida ja myös hoitotulosta mahdollisesti parantaa (16). Tämän katsauksen pohjalta olemme hahmotelleet päivitetyn käytännössä toteutettavan mallin psykoosilääkityksen ohjaukselle skitsofrenian hoidossa.

## Psykoosilääkehoidon ohjauksen yleiset periaatteet

Kirjallisuudessa termillä ”medication (therapy) management” viitataan laeasti sellaisiin näyttöön perustuviin käytäntöihin, joilla lääkettä pyritään systemaattisesti seuraamaan ja tarpeenmukaisesti soveltamaan (16,19). Tässä katsauksessa käytämme termiä psykoosilääkehoidon ohjaus kuvaamaan kaikkia sellaisia käytäntöjä, joilla pyritään optimoimaan psykoosilääkehoidon hyöty-haittasuhdetta skitsofrenian hoidossa.

Lääkehoidon ohjaus perustuu asianmukaisen hoidonaiheen määrittelemiseen sekä oikean lääkeaineen ja -annoksen valintaan (20,21). Lisäksi siihen kuuluvat potilaan ja hoitavan työryhmän kesken jaettu hoidon suunnittelu sekä systemaattinen lääkehoidon vasteen ja haittojen seuranta (20,22). Jos ilmenee lääkehaittoja, hoitoon sitoutumisen ongelmia tai terveydentilan muutoksia, lääkehoito tarkistetaan edellä kuvatun mukaisesti välittömästi.

Näiden yleisten käytäntöjen lisäksi kirjallisuuskatsauksessa löydettiin joitakin käytäntöjä, joissa kiinnitettiin erityistä huomiota psykoosilääkehoidon ohjaukseen skitsofrenian hoidossa (16). Näitä olivat psykoosilääkehoidon ohjauksen mahdollistaminen, hoitoon sitoutumisen edistäminen ja pyrkimys pienimpään mahdolliseen psykoosilääkeannokseen (3,19–23). Skitsofreniaan keskittyvien tutkimusten lisäksi katsaukseen sisältyi myös kolme suomalaista, lähinnä akuuttien psykoosipotilaiden yhteisöhoitoon, tarpeenmukaiseen hoitomalliin ja avoimen dialogin malliin perustuvaa seuranta tutkimusta (24–26). Kaikissa kolmessa tavoitteena oli pienin vaikuttava psykoosilääkitys paitsi skitsofreniapotilaiden myös niiden psykoosipotilaiden hoidossa, joille lopullista diagnoosia ei vielä ollut asetettu. Keskeistä malleissa oli psykososiaalisten hoitojen joustava ja aktiivinen soveltaminen, työpari- ja tiimityö, lääkkeisiin kohdistuva potilasopetus sekä läheisten osallistaminen.

Seuraavassa tarkemmin kuvattavat käytännöt ovat monelta osin toisiaan täydentäviä.

## Psykoosilääkehoidon ohjauksen mahdollistaminen

Skitsofrenian psykoosilääkehoidon ohjaus edellyttää säännöllisiä tapaamisia, joissa lääkettä arvioidaan ja suunnitellaan yhteistyössä potilaan, hänen läheistensä ja koko hoitavan tiimin kanssa (20). Lääkehoidon seuranta käytäntöjen ylläpitäminen ja lääkehoidon ohjaustapaamisten joustava ja tarpeenmukainen organisointi edellyttävät organisaatio- ja esimiestason tukea (19). Lääkehoidon seurannan kannalta on tärkeää säännönmukainen oireiden, lääkehoidon vasteen ja lääkehaittojen kirjaaminen sairauskertomukseen. Seurannan apuna voidaan käyttää strukturoituja oiremittareita, esimerkiksi Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) tai Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (2). Oireiden osalta lääkehoidon tavoitteena on remissio, jolloin skitsofrenian oireita ei ole tai oireet ovat korkeintaan lieviä (2).

Skitsofrenian psykoosilääkehoidon ohjausta voidaan edistää kouluttamalla eri ammattiryhmiä hyviin lääkehoidon käytäntöihin ja mo-

niammatilliseen tiimityöskentelyyn (19,20). Suomalaisessa havainnoivassa psykoosiin ensi kertaa sairastuneiden rekisteriseurannassa verkostokeskeinen dialoginen hoitomalli oli yhteydessä sekä yksilöllisempään psykoosilääkehoitoon että myönteiseen pitkän aikavälin hoitotulokseen (26). Mallissa palvelujärjestelmä organisoitiin uudelleen niin, että hoitoa saatiin viedyksi välittömästi ihmisten kotiin ja tapaamisiin osallistui säännöllisesti sekä potilaan läheisverkosto että potilaan asioista vastaavia toimijoita yli organisaatorajojen.

Perhekeskeisen ja moniammatillisen tiimityön on todettu edistävän myös muun muassa iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden optimaalisempaa ja yksilöllisempää lääkettä (27). Vaikka lisätutkimuksia tällaisten käytäntöjen sovellettavuudesta skitsofrenian hoidossa tarvitaan, on todennäköistä, että verkostokeskeisen tiimityöskentelyn avulla voidaan parantaa eri toimijoiden välistä tiedonkulkua, tuoda erilaisia näkökulmia lääkeshoidon ohjauksen tueksi, turvata hoidon jatkuvuutta sekä jakaa vastuuta ja tehtäviä eri toimijoiden kesken.

## Hoitoon sitoutumisen edistäminen

Hoitoon sitoutumisella on suuri merkitys skitsofrenian hoidon onnistumisen kannalta (16,28). Arvioiden mukaan yli puolella skitsofreniapotilaista esiintyy ajoittain vaikeutta sitoutua psykoosilääkehoitoonsa (28). Lääkehoitoon sitoutumattomuuteen voi liittyä epä-säännöllistä psykoosilääkkeiden käyttöä, joka lisää kardiometabolisten, motoristen ja psykologisten haittojen sekä relapsin riskiä (15).

Potilaan ja ammattilaisten yhteistyönä suunniteltu lääkehoito edistää hoitoon sitoutumista, joka itsessään minimoi myös hallitsemattomaan lääkekäyttöön liittyviä riskejä ja voi näin parantaa lääkeshoidon tuloksellisuutta (17,21). Perheen psykoedukaatiolla ja muutenkin läheisiä hoitoon osallistamalla voidaan edistää hoitoon sitoutumista (24,28–30).

Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen mukaisesti puutteellista lääkehoitoon sitoutumista voidaan lääkkeisiin kohdistuvan psykoedukaation lisäksi parantaa suosimalla mahdollisimman yksinkertaisesti toteutettavia hoito-

ja, motivoivalla haastattelulla, vertaistuellalla ja kiinnittämällä huomiota hoidon jatkuvuuteen (2). Hoitoon sitoutumattomuuden lisäksi epä-säännöllisen ja hallitsemattoman lääkeshoidon riski lisääntyy, mikäli lääkeshoidon ohjaus on hajanaista ja siitä on samanaikaisesti vastuussa useita eri lääkäreitä (31).

Keskeisintä hoitoon sitoutumisen kannalta on toimiva ja luottamuksellinen hoitosuhde, jota edistää potilaan ja hänen omaistensa yksilöllinen, kuunteleva ja arvostava kohtaaminen (2,22,32). Lääkehoitoon sitoutumista parantaa myös psykoosilääkehoitoon haittojen minimointi pyrkimällä pienimpään vaikuttavaan lääkeannokseen (2,13,14,24).

## Annoksen optimointi yksilöllisen lääkeshoidon ohjauksen avulla

Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen mukaan pienimmällä tehokkaalla vuorokausiannoksella voidaan parhaiten ehkäistä psykoosilääkehoitoon haittavaikutuksia (2). Annoksen optimointiin voidaan pyrkiä lääkehoitoannoksen hallitulla laskemisella tiiviin lääkeshoidon ohjauksen keinoin.

Yksiselitteisiä ohjeistuksia jo aloitetun psykoosilääkeannoksen pienentämisestä tai lopettamisesta skitsofrenian hoidossa ei kuitenkaan ole (16). Pelkästään skitsofreniadiagnoosin perusteella ei voida sanoa, ketkä saavat vasteen käytettäessä pienempiä lääkeannoksia tai ketkä selviävät kokonaan ilman lääkitystä (3,15).

Lääkeshoidon optimointiin voidaan pyrkiä yksilöllisellä hoidonohjauksella, jossa olemassa olevia hoitomenetelmiä ja palveluita kohdennetaan ajankohtaisen kliinisen kuvan, elämäntilanteen ja kunkin potilaan yksilöllisten ominaisuuksien mukaan siten, että hoito palvelisi ennen kaikkea potilaan sosiaalista toimintakykyä, toimijuutta ja yhteiskuntaosallisuutta (3). Useissa havainnoivissa seurantatutkimuksissa tarpeenmukaiset psykoosilääkehoitostrategiat yhdistettynä erilaisiin psykososiaalisiin hoitoihin ovat liittyneet skitsofreniapotilaiden hoitotulosten parantumiseen (23–26,33).

Etenkin toistuvista psykoosijaksista kärsineiden skitsofreniapotilaiden psykoosilääkeannoksen pienentäminen tai psykoosilääkehoi-

**TAULUKKO.** Skitsofrenian psykoosilääkehoidon ohjauksen tavoite ja toteutus.

Lähtökohdat	
<b>Tavoite</b>	Skitsofrenian pitkäkestoisen psykoosilääkehoidon hyöty-haittasuhteen optimointi.
<b>Edellytykset</b>	<p>Kaikille psykoosilääkkeitä käyttäville skitsofreniapotilaille tarjotaan säännölliset omalääkäri- ja omahoitajakontaktit sekä vähintään kerran vuodessa moniammatilliset verkostotapaamiset.</p> <p>Potilaan suostumuksesta verkostotapaamisiin kutsutaan potilaan ja hänen läheistensä lisäksi potilaan kanssa työskenteleviä toimijoita yli organisaatorajojen.</p> <p>Lääkehoidosta ja reseptin uusimisesta vastaavassa yksikössä on jokaiselle potilaalle nimetyn omalääkärin lisäksi tiimi, työpari tai työntekijä, jotka vastaavat lääkehoidon seurannasta ja verkostotapaamisten organisoimisesta.</p> <p>Tapaamistiheyttä ja -muotoa voidaan räätälöidä tilanteen ja tarpeen mukaan.</p> <p>Työntekijöille sekä mahdollisuuksien mukaan potilaille ja heidän omaisilleen tarjotaan säännöllistä koulutusta skitsofrenian näyttöön perustuvasta psykoosilääkehoidosta, lääkehoidon seurannasta sekä perhe- ja verkostokeskeisistä työtaavoista.</p>
Toteutus	
<b>Psykoosilääkehoidon vasteen ja haittojen seuranta perus- ja erikoissairaanhoidon järjestelmissä</b>	<p>Lääkehoidon vastetta ja haittoja käydään läpi ensisijaisesti potilaan ja hänen läheistensä näkökulmasta.</p> <p>Potilaan vointia ja toimintakykyä seurataan säännönmukaisesti myös strukturoidulla mittareilla (esimerkiksi Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS ja Social and Occupational Functioning Assessment Scale, SOFAS) sekä terveystarkastuksilla.</p> <p>Keskustelujen, arviointitulosten ja taustatietojen (sairaushistoria, lääkehoidon vaste ja haitat, hoitoon sitoutuminen) perusteella lääkäri arvioi yhteistyössä potilaan kanssa sekä tarvittaessa psykiatrin konsultaatioapua käyttäen, tarvitseeko psykoosilääkehoitoon tehdä muutoksia.</p> <p>Ristiriitatilanteissa suositaan kompromisseja, potilaan ja hänen läheistensä näkemyksiä sekä mietitään erilaisia hoitovaihtoehtoja ja tukitoimia.</p> <p>Keskustelun pohjalta tarjotaan psykoedukaatiota sekä tarkennetaan yksilöllistä jatkohoitosuunnitelmaa ja eri toimijoiden työnjakoa.</p> <p>Jos lääkehoitoa on tarpeen muuttaa, perusterveydenhuollosta siirretään tarvittaessa hoitovuotta erikoissairaanhoidolle tai lääkemuutoksiin erikoistuneelle tiimille.</p>
<b>Psykoosilääkehoidon muutokset</b>	<p>Lääkemuutoksen toteutuksesta sekä sen hyödyistä ja riskeistä keskustellaan avoimesti.</p> <p>Asteittaisiin lääkemuutoksiin on varattava riittävästi aikaa.</p> <p>Lääkehoidosta vastaava omalääkäri ja työtiimi tiivistävät tapaamisia vähintään 6 kk:n ajaksi lääkityksen muutoshetkestä.</p> <p>Suunnitellaan ja sovitaan yhdessä, miten toimitaan, jos ongelmia ilmenee: suositetaan yksinkertaisia toimintasuunnitelmia.</p> <p>Mikäli potilas haluaa lievistä haitta-, lopetus-, tai relapsioireista huolimatta jatkaa lääkemuutosta, tarjotaan muunlaisia tuki- ja hoitomuotoja lääkemuutosjakson ajaksi.</p> <p>Mikäli oireet tai haitat käyvät lääkemuutoksen myötä sietämättömiksi potilaan, hänen läheistensä tai työtiimin näkökulmasta, järjestetään tarpeenmukainen kriisi-interventio ja pyritään palaamaan aiemmin vaikuttavaksi tai siedetyksi todettuun lääkkeeseen tai hoitoannokseen.</p> <p>Psykoosilääkitystä lopetettaessa on varmistettava, että hoitosuhde jatkuu lääkkeen lopettamisesta huolimatta riittävän pitkään, vähintään useita kuukausia.</p>

don lopettaminen voivat olla vaativia kliinisiä tilanteita (34). On esimerkiksi mahdollista, että dopaminergisen järjestelmän pitkäkestoisen salpaaminen johtaa dopamiinireseptorien herkistymiseen aivojen pyrkinessä kompensoimaan psykoosilääkkeen vaikutuksia, jolloin psykoosilääkeannosta voi olla lopulta vaikeaa pienentää tai lopettaa ilman psykoottisten oireiden uusiutumista (15). Tähän pohjaten on

esitetty, että lääkeannoksia tulisi pienentää hitaasti asteittain siten, että 3–6 kuukauden välein vähennetään enintään puolet annoksesta ja lopulta hoitoannokset ovat pieniä (15).

Alustavaa näyttöä vastaavanlaisen psykoosilääkevähennyksen toimivuudesta on saatu, joskin lääkevähennyksen tekeminen voi olla mahdollista vain osalle potilaista ja siihen voi liittyä suurentunut psykoosin uusiutumisen

riski (34–36). Siksi skitsofrenian psykoosilääkehoidon annosmuutokset sekä psykoosilääkehoidon yksilöllinen ja tarpeenmukainen optimointi edellyttävät tiivistä ja useita kuukausia kestävästä lääkehoidon ohjauksesta. Koska relapsioireiden alkaminen voi viivästyä, on erityisen tärkeää jatkaa tiivistä hoitosuhdetta ja seuranta silloin, kun psykoosilääkitys on lopetettu (2).

Yksilöllisesti suunnitellun lääkehoidon merkitystä korostavat myös psykoosilääkkeiden farmakokinetiikan geneettiset erot CYP450-välitteisessä aineenvaihdunnassa (37). Tarvittaessa genotyypin ja lääkepitaisuuksien määrittäminen saattaa parantaa lääkehoidon tehoa ja siedettävyyttä (2).

## Skitsofrenian psykoosilääkehoidon nykytilanne ja haasteet

Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksessa ohjeistetaan, miten yksilöllistä psykoosilääkehoitoa voidaan eri tilanteissa toteuttaa (2). Suositusten käytännön seuraamista ja implementoimista saattavat kuitenkin hankaloittaa muun muassa palvelujärjestelmän rakenteisiin ja henkilöstöresursseihin liittyvät tekijät.

Tässä katsauksessa esittämiemme tutkimusten ja näkökulmien pohjalta olemme hahmotelleet skitsofrenian psykoosilääkehoidon ohjauksen mallin, jonka avulla skitsofrenian hoitosuosituksen mukaista ja yksilöllistä psykoosilääkehoitoa voidaan pyrkiä edistämään nykyisessä suomalaisessa palvelujärjestelmässä (**TAULUKKO**). Mallissa kuvattuja periaatteita ja työskentelytapoja on mahdollista soveltaa joustavasti sekä potilaan yksilöllisen tilanteen että alueellisen palvelujärjestelmän erityispiirteiden mukaan. Jatkossa skitsofrenian psykoosilääkehoidon ohjauksen käytäntöjen toimivuutta eri tilanteissa on syytä pyrkiä systemaattisemmin tutkimaan ja edelleen alueellisesti kehittämään osana arjen kliinistä työtä.

Suomalaisessa palvelujärjestelmässä skitsofrenian lääkehoidon ohjaus ja optimointi skitsofrenian alku- ja akuuttivaiheissa kuuluu ensisijaisesti erikoissairaanhoidon vastuulle. Perusterveydenhuollon osa skitsofrenian pitkäaikaisen lääkehoidon seurannassa suurenee kuitenkin tulevaisuudessa, sillä psykiatrinen

## Ydinasiat

- ▶ Psykoosilääkkeillä voidaan lievittää skitsofrenian oireita ja vähentää relapsiriskiä, mutta pitkäaikaisen psykoosilääkehoidon hyöty-haittasuhde on osin epäselvä.
- ▶ Lääkehoidon ohjaus tarkoittaa lääkehoidon toteutusta ja seuranta yhteistyössä potilaan kanssa, jolloin yhteisenä tavoitteena on maksimoida lääkehoidon hyödyt ja minimoida haitat.
- ▶ Keskeistä lääkehoidon ohjauksessa ovat säännölliset lääkehoitoa käsittelevät keskustelut, joissa potilaalla, lääkärillä sekä hoitovastuussa olevalla tiimillä on keskeinen rooli.
- ▶ Psykoosilääkehoidon ohjauksen avulla voi olla mahdollista parantaa hoidon vaikuttavuutta skitsofrenian pitkäaikaisessa hoidossa, mutta lisätutkimusta tarvitaan.

erikoissairaanhoito on moniin muihin erikoisaloihin verrattuna niukasti resursoitua ja kärsii pahenevasta erikoislääkäripulasta.

Perustasolla on keskeistä tunnistaa psykoosilääkitykseen liittyviä haittoja ja tarvittaessa psykiatrian konsultaatiotuen avulla pyrkiä optimoimaan lääke- ja annosvalinnat skitsofreniapotilaiden hoitoon sitoutumisen ja kokonaisvaltaisen terveyden tukemiseksi. Erikoissairaanhoidon lisäksi myös perusterveydenhuollossa voidaan pyrkiä organisoimaan moniammatillisia tiimi- ja verkostokokouksia sekä seuraamaan psykoosilääkehoidon vastetta ja haittoja **TAULUKON** mukaisesti. Tärkeää perustasolla on myös skitsofreniapotilaiden fyysisen terveyden seuranta sekä fyysisten sairauksien varhainen havaitseminen ja hoito (2).

Parhaimmillaan moniammatillinen verkostotyö edistää tiedonkulkua, vähentää päällekkäisen työn määrää ja vapauttaa näin resursseja. Tämä edellyttäisi kuitenkin eri ammattiryhmien prosessiluonteista koulutusta sekä psykoosilääkehoidon seurannasta että perhe- ja verkostokeskeisistä työtavoista. Osaamisen ja käytäntöjen ylläpitämistä voitaisiin edistää ni-

meämällä ja kouluttamalla lääkehoidosta tai reseptin uusimisesta vastaavassa yksikössä kaikille psykoosilääkettä käyttäville skitsofreniapotilaille työntekijä tai työttömi, joka huolehtii psykoosilääkehoidon ohjauksen ja myös muun hoidon jatkuvuudesta tiiviissä yhteistyössä lääkehoidosta vastaavan lääkärin kanssa.

Käytännössä sekä psykiatrinen että somaattinen lääkehoito voivat olla usean eri lääkärin vastuulla. On osoitettu, että mitä enemmän hoitavia tahoja ja lääkkeitä on käytössä, sitä todennäköisempiä erilaiset lääkehoitoon liittyvät haitat ovat sairaudesta ja erikoisalasta riippumatta (38). Verkostotyön lisäksi tiedonkulkua ja samalla yksilöllistä hoitoa voidaan edistää yhteisesti laadituilla lääkehoitosuunnitelmissa sekä näiden systemaattisella kirjaamisella potilastietojärjestelmiin (32).

Vastaavalla tavalla voidaan edistää hoitovasteen systemaattista seurantaa käyttämällä strukturoituja oiremittareita, joiden tulokset tallennetaan potilastietojärjestelmiin. Psykyenlääkkeiden hyötyjen, haittojen ja lopetusoireiden tunnistamista sekä potilaan henkilökohtaisten kokemusten ja tavoitteiden seurantaa ja kirjaamista tulisi jatkossa edelleen kehittää.

## Lopuksi

Psykoosilääkkeiden käyttöön liittyviä hyötyjä voidaan maksimoida ja haittoja minimoida hoitostrategioilla, joilla pyritään kokonaisvaltaiseen ja yksilölliseen hoitoon. Skitsofrenian psykoosilääkehoidossa on tavoitteena käyttää pienintä vaikuttavaa annosta sekä jatkuvasti arvioida lääkehoidon hyötyjä ja haittoja. Tätä

auttaa moniammatillisessa yhteistyössä tehtävä systemaattinen psykoosilääkehoidon ohjaus, jolla pyritään yksilölliseen ja tarpeenmukaiseen hoitokokonaisuuteen sekä luottamuksen ja yhteistyön lisäämiseen.

Vaikka skitsofrenian psykoosilääkehoidon systemaattinen ohjaus vaatii etenkin alussa resursseja ja vastuun jakamista, se voi parhaimmillaan ehkäistä relapseja, mielenterveyshoidon pitkittymistä ja lääkehaittoja sekä näin vähentää palvelujärjestelmän kokonaiskuormitusta. Lisäksi se voi vapauttaa resursseja parantamalla eri toimijoiden välistä tiedonkulkua ja vähentämällä päällekkäistä työtä.

Tutkimus skitsofrenian psykoosilääkehoidon ohjauksesta on vähäistä ja osin vanhaa, eikä pitkäaikaisesta psykoosilääkehoidosta voida tällä hetkellä antaa yksiselitteisiä suosituksia (16). Skitsofrenian toipumisennuste ei ole viime vuosikymmenten aikana parantunut, ja skitsofreniapotilaiden kuolleisuus suhteessa muuhun väestöön on pysynyt suurena (39,40). Läpimurtoja psykoosilääkkeiden kehityksessä tai muussa skitsofrenian hoidossa ei ole näköpiirissä. Tässä tilanteessa yksilöllinen ja systemaattinen psykoosilääkehoidon ohjaus on varteenotettava keino skitsofrenian hoidon vaikuttavuuden parantamiseksi. ■

\* \* \*

Kiitämme psykoosilääkkeiden lääkehoidon ohjaustee- man luovasta pohdinnasta yhteistyökumppaneitamme professori Jari Tiihosta (Karolinska Institutet, Ruotsi ja Itä-Suomen yliopisto), professori Brian Milleriä (Augusta University, Yhdysvallat), professori Hans-Jürgen Möller- iä (Ludwig-Maximilians-Universität, Saksa) ja LT Sanna Huhtaniskaa (Oulun yliopisto).

**TOMI BERGSTRÖM, PsT, psykologi, tutkijatohtori**  
Psykiatrian tulosalue, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri  
Psykologian laitos, Jyväskylän yliopisto  
Twitter: @TomiBergstrom

**ANJA HULKKO, LT, psykiatrian erikoislääkäri, avohoidon erikoislääkäri**  
Mielialahäiriöpalvelut, Helsingin kaupunki

**SIRPA HARTIKAINEN, LT, professori, geriatrinen lääkehoito**  
Farmasian laitos, terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto

**HANNU KOPONEN, LKT, professori, vanhuspsykiatria**  
Helsingin yliopisto ja Helsingin yliopistollinen sairaala, psykiatria

**JOHANNES LIESLEHTO, LT, oikeuspsykiatrian erikoistuva lääkäri**  
Niuvanniemen sairaala

**ERIKA JÄÄSKELÄINEN, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri**  
Elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto  
Psykiatrian klinikka, OYS ja MRC Oulu, OYS ja Oulun yliopisto

**MATTI ISOHANNI LKT, emeritusprofessori**  
Elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto

**VASTUUTOIMITTAJA**  
Jaana Suvisaari

## KIRJALLISUUTTA

1. Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, ym., toim. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021.
2. Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 [päivitetty 26.3.2020]. www.käypähoito.fi.
3. Maj M, van Os J, De Hert M, ym. The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2021;20:4–33.
4. Correll CU, Rubio JM, Kane JM. What is the risk-benefit ratio of long-term antipsychotic treatment in people with schizophrenia? *World Psychiatry* 2018;18:149–60.
5. Tiitonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, ym. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29 823 patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2017;74:686–93.
6. Taipale H, Tanskanen A, Mehtala J, ym. 20-year follow-up study of physical morbidity and mortality in relationship to antipsychotic treatment in a nationwide cohort of 62,250 patients with schizophrenia (FIN20). *World Psychiatry* 2020;19:61–8.
7. Torniainen M, Mittendorfer-Rutz E, Tanskanen A, ym. Antipsychotic treatment and mortality in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2015;41:656–63.
8. Bergström T, Taskila JJ, Alakare B, ym. Five-year cumulative exposure to antipsychotic medication after first-episode psychosis and its association with 19-year outcomes. *Schizophr Bull Open* 2020. DOI:10.1093/schizbullopen/sgaa050.
9. Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, ym. Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *Br J Psychiatry* 2006;188:122–7.
10. Moilanen J, Haapea M, Miettunen J, ym. Characteristics of subjects with schizophrenia spectrum disorder with and without antipsychotic medication – a 10-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *Eur Psychiatry* 2013;28:53–8.
11. Harrow M, Jobe TH, Tong L. Twenty-year effects of antipsychotics in schizophrenia and affective psychotic disorders. *Psychol Med*, julkaistu verkossa 8.2.2021. DOI: 10.1017/S0033291720004778.
12. Hsu WY, Lane HY, Lin CH. Medications used for cognitive enhancement in patients with schizophrenia, bipolar disorder, Alzheimer's disease, and Parkinson's disease. *Front Psychiatry* 2018;9:91.
13. Husa AP, Rannikko I, Moilanen J, ym. Lifetime use of antipsychotic medication and its relation to change of verbal learning and memory in midlife schizophrenia – an observational 9-year follow-up study. *Schizophr Res* 2014;158:134–41.
14. Huhtaniska S, Isohanni M, Miettunen J, ym. Pitkäaikaisen psykoosilääkityksen vaikutukset skitsofreniapotilaan aivojen rakenteeseen. *Duodecim* 2019;135:139–44.
15. Horowitz MA, Jauhar S, Natesan S, ym. A method for tapering antipsychotic treatment that may minimize the risk of relapse. *Schizophr Bull* 2021;47:1116–29.
16. Isohanni M, Jääskeläinen E, Miller BJ, ym. Medication management of antipsychotic treatment in schizophrenia – a narrative review. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, julkaistu verkossa 15.11.2020. DOI:10.1002/hup.2765.
17. Weinmann S, Janssen B, Gaebel W. Guideline adherence in medication management of psychotic disorders: an observational multisite hospital study. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:18–5.
18. Nykänen S, Puska V, Tolonen JP, ym. Use of psychiatric medications in schizophrenia and other psychoses in a general population sample. *Psychiatry Res* 2016; 235:160–8.
19. El-Mallakh P, Howard PB, Rayens MK, ym. Organizational fidelity to a medication management evidence-based practice in the treatment of schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2013;51:35–44.
20. Howard PB, El-Mallakh P, Miller AL, ym. Prescriber fidelity to a medication management evidence-based practice in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2009;60:929–35.
21. Morken G, Grawe RW, Widen JH. Effects of integrated treatment on antipsychotic medication adherence in a randomized trial in recent-onset schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007;68:566–71.
22. McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, ym. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS One*, julkaistu verkossa 27.4.2012. DOI:10.1371/journal.pone.0036080.
23. Calton T, Ferriter M, Huband N, ym. Systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008;34:181–92.
24. Isohanni M. The psychiatric ward as a therapeutic community. *Acta Universitatis Ouluensis* 1983;111:5.
25. Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T, ym. Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *Eur Psychiatry* 2000;15:312–20.
26. Bergström T, Seikkula J, Alakare B, ym. The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: nineteen-year outcomes. *Psychiatry Res* 2018;270:168–75.
27. Merikoski M, Jyrkkä J, Auvainen K, ym. lääkäiden Lääkehoidon Moniammatillinen Arviointi (ILMA): vaikutukset kotihoidon asiakkaiden lääkitykseen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun sekä terveys- ja hoivapalveluiden käyttöön. STM raportteja ja muistioita 2017:34. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.
28. Leijala J, Hietala E, Kampman O. Sairautautunnon ja hoitoon sitoutumisen merkitys skitsofrenian hoidossa. *Duodecim* 2019;135:2028–34.
29. Sin J, Gillard S, Spain D, ym. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017;56:13–24.
30. Wilk JE, West JC, Marcus SC, ym. Family contact and the management of medication non-adherence in schizophrenia. *Community Ment Health J* 2008;44:377–80.
31. Hansen RA, Hohmann N, Maciejewski ML, ym. Continuity of medication management among adults with schizophrenia and comorbid cardiometabolic conditions. *J Pharm Health Serv Res* 2018;9:13–20.
32. Brinkmann S, Laine MK. Lääkehoidon suunnitelma osana terveys- ja hoitosuunnitelmaa. *Duodecim* 2021;137:533–8.
33. Cullberg J, Mattsson M, Levander S, ym. Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish "Parachute Project" and two comparison groups. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:274–81.
34. Hojlund M, Kemp, AF, Haddad PM, ym. Standard versus reduced dose of antipsychotics for relapse prevention in multi-episode schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Lancet Psychiatry* 2021;8:471–86.
35. Huhn M, Leucht C, Rothe P, ym. Reducing antipsychotic drugs in stable patients with chronic schizophrenia or schizoaffective disorder: a randomized controlled pilot trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2020;271:293–302.
36. Wunderik L, Nieboer RM, Wiersma D, ym. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: Long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2013;70:913–20.
37. Ravyn D, Ravyn R, Lowney R, ym. CYP450 Pharmacogenetic treatment strategies for antipsychotics: a review of the evidence. *Schizophr Res* 2013;149:1–14.
38. Reeve E, Gnjidic D, Long J, ym. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol* 2015;80:1254–68.
39. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, ym. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013;39:1296–306.
40. Tanskanen A, Tiitonen J, Taipale H. Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2018;138:492–9.

## SIDONNAISUDET

**Tommi Bergström, Hannu Koponen ja Johannes Lieslehto:** Ei sidonnaisuuksia

**Anja Hulkko:** Luottamustoimet (Suomen Psykiatriyhdistys tutkijajao, sihteeri 2017–2019)

**Sirpa Hartikainen:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Astellas Pharma), Luottamustoimet (Lääke75+, EuGMS SIG Pharmacology, EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs, The World Falls Guidelines Task Force)

**Erika Jääskeläinen:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Lundbeck,

Tervemediä, Lääkärin työkalut), luottamustoimet (Kelan Sosiaalilääketieteellinen neuvottelukunta, jäsen, Suomen Lääketieteen säätiö, stipendivaliokunnan jäsen), muut sidonnaisuudet (Tutkimusrahoitus: Suomen Akatemia, Brain & Behavior Research Foundation, Euroopan Unioni)

**Matti Isohanni:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Eduskunnan oikeusasiamiehen toimisto, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Kustannus Oy Duodecim), luottamustoimet (Suomen Lääketieteen säätiö, stipendivaliokunta), hankkeet (Eduskunnan oikeusasiamiehen toimisto, asiantuntija)