

Juhani Leijala, Elina Hietala ja Olli Kampman

Sairaudentunnon ja hoitoon sitoutumisen merkitys skitsofrenian hoidossa

Skitsofrenian ja muiden psykoosisairauksien hoidossa huono pitkäaikaiseen hoitoon sitoutuminen on yleinen, monista eri syistä johtuva ongelma. Hoitoon sitoutumisella on ratkaiseva merkitys potilaan hoidon onnistumisen ja potilaan toipumisen kannalta. Skitsofreniaan liittyvä heikko sairaudentunto voi estää hoidollisen yhteistyön rakentumisen. Potilaan huonon hoitoon sitoutumisen riskin varhainen tunnistaminen ja kohdennettujen terapeuttisten interventioiden, kuten psykoedukaation käyttö saattavat auttaa potilasta ja omaisia hyväksymään paremmin hoidon tarpeen. Kunkin potilaan yksilöllisiä syitä huonoon hoitoon sitoutumiseen tulisi pyrkiä selvittämään ja ymmärtämään. Säännöllinen lääkehoidon vasteen seuraaminen sekä tarvittaessa pitkävaikutteisen ruiskelääkkeen aloitus ovat keskeisiä toimia oireiden hallinnan ja sen myötä paremman sairaudentunnon saavuttamiseksi.

Skitsofreniaan ja muihin psykooseihin liittyvä hoitoon sitoutuminen vaihtelee huomattavasti, esimerkiksi tuoreessa katsauksessa se oli 47–95 % (1). Valikoituneet aineistot ja erot mittauksissa selittävät tulosten vaihtelua. Subjektiiiviset mittarit, kuten kyselyt, usein yliarvioivat lääkehoidon toteutumista. Tutkimuksessa, jossa käytettiin objektiivista seurantamenetelmää, 37 % potilaista sitoutui hoitoon ensimmäisten kuuden kuukauden aikana, ja valitettavasti sitoutuminen lääkehoitoon heikkeni seurannan myötä (2).

Skisofreniapotilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät

Maailman terveysjärjestö WHO jakaa hoitoon sitoutumiseen liittyvät tekijät viiteen kategoriaan: sosioekonomisiin, hoitoon liittyviin, potilaaseen liittyviin, olosuhteisiin liittyviin ja terveydenhuoltojärjestelmään tai palvelun tuotajaan liittyviin tekijöihin (3).

Luultavasti mikään yksittäinen muuttuja ei ole yksinään riittävän tarkka erottamaan hoitoon sitoutumattomuutta satunnaisella ajanhetkellä (TAULUKKO 1). Hyvä sairaudentunto on yhdistetty parempaan hoitoon sitoutumiseen ja vastaavasti huono sairaudentunto huonoon

hoitoon sitoutumiseen useissa tutkimuksissa. Samanlaisia havaintoja on tehty myös lääkehoitoon liittyvien positiivisten ja negatiivisten asenteiden vaikutuksesta hoitoon sitoutumiseen (1,4). Paras skitsofreniapotilaiden tulevia hoitoonsitoutumisongelmia ennustava tekijä on aiempi hoitoon sitoutumattomuus (5,6). Aiempi vaikeus sitoutua hoitoon on kuitenkin saattanut olla moniulotteista, ja sen tarkempi selvittäminen voi auttaa löytämään soveltuvan intervention hoitoon sitoutumattomuuden riskin vähentämiseksi jatkossa (7).

Ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneista huomattava osa keskeyttää lääkehoitonsa ensimmäisten kuukausien aikana (8). Vaikeus hyväksyä lääkitystä, kielteinen asenne lääkitystä kohtaan, perheen tuen puute, vihamielisyys ja yhteistyöhaluttomuus olivat skitsofrenian kirjon psykoosioireistoon ensi kertaa sairastuneiden joukossa merkittäviä huonon hoitoon sitoutumisen riskitekijöitä (9–11).

Miehet sitoutuvat hoitoon jonkin verran heikommin kuin naiset (12). Toisaalta tulokset sukupuolen vaikutuksesta eivät ole yhteneviä, ja usein ero häviää päihteiden käytön huomioimisen myötä. Skitsofreniapotilaan päihteiden käyttö on merkittävä huonon hoitoon sitoutumisen riskitekijä. Ensipsykoosiin sairastuneiksi

den potilaiden seurantatutkimuksissa alkoholin tai huumeiden käyttö lähtötilanteessa on ennustanut huonompaa hoitoon sitoutumista jatkossa. Osassa tutkimuksista päihteiden käyttö on ollut merkittävin hoitoon sitoutumattomuutta ennakoiva riskitekijä aiemman hoitoon sitoutumattomuuden jälkeen (4).

Lääkehoidon tehokkuus on merkittävä hoitoon sitoutumisen peruste, ja vastaavasti tehon puute on hoitoon sitoutumattomuuden riskitekijä (13). Lääkehoidon haittavaikutukset ovat huonon hoitoon sitoutumisen riskitekijä, vaikka osassa tutkimuksissa yhteyttä ei ole havaittu (1,4). Osassa tutkimuksista on eritelty, mitkä lääkehoidon haittavaikutukset liittyivät hoitoon sitoutumiseen (TAULUKKO 2).

Skitsofrenia ja sairaudentunto

Sairaudentunto tarkoittaa oman sairauden tai oireiden tiedostamista (clinical insight) ja ymmärtämistä (cognitive insight). Sairauden tiedostaminen tarkoittaa tietoisuutta omasta mielenterveyden häiriöstä sekä omien oireiden, hoidontarpeen ja tuen tarpeen tunnistamista. Sairauden ymmärtäminen tarkoittaa poikkeavien kokemusten ja väärin päätelmien (virhetulkintojen) tunnistamista ja kykyä suhtautua näihin.

Skitsofreniaan liittyy usein merkittävästi heikentynyt sairaudentunto, joka puolestaan heikentää skitsofrenian ennustetta (14,15). Tästä huolimatta sairaudentunnon kohentamiseen keskittyvistä hoitomuodoista on niukasti tutkimuksia. Sairaudentunnon kohenemista on mitattu vain harvoissa tutkimuksissa, vaikka sairaudentunto on todettu suhteellisen itsenäiseksi ilmiöksi muihin oireisiin nähden (16). Siksi sairaudentunnon osuus voi valitettavasti jäädä havaitsematta, jos farmakologisen, psykologisen ja sosiaalisen kuntoutuksen vaikutuksia sairaudentuntoon ei mitata eikä huomioida. Sairaudentunnon arviointia vaikeuttaa se, että sairaudentuntoon vaikuttavat useat eri muuttuvat tekijät, esimerkiksi mieliala ja oireiden vakavuus.

Sairaudentunto erityisesti sairastumisen alkutilanteessa näyttää liittyvän merkittävästi hoitomyyntyytyteen (17). Potilaat, jotka pysyvät jälkikäteen kuvailemaan psykoosirelap-

TAULUKKO 1. Huonon hoitoon sitoutumisen riskitekijöitä eri tutkimuksissa.

Potilaaseen liittyvät riskit

Sosiodemografiset tekijät

Nuoret ja iäkkäämmät potilaat
Miessukupuoli

Yleiset riskitekijät

Huumeiden ja alkoholin käyttö
Edeltävä huono hoitoon sitoutuminen

Sairauteen liittyvät riskitekijät

Puutteellinen sairaudentunto
Kognitiiviset puutosoireet
Vainotuksi tai myrkytetyksi joutumisen tai suuruuden harhaluulo
Voimakkaat psykoosioireet
Negatiiviset oireet

Psykologiset riskitekijät

Kielteiset asenteet hoitoa kohtaan
Kielteiset uskomukset hoidon tehosta
Suhtautuminen sairauteen lievänä ja vähämerkityksisenä
Sairauteen ja lääkitykseen liittyvä häpeä
Sairauden kieltäminen

Ympäristöön liittyvät riskitekijät

Vähäinen tuki läheisiltä
Ympäristön kielteinen suhtautuminen sairauteen
Häpeäleima
Vaikeudet ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon
Elinolosuhteiden epävakaus

Hoitotahoon liittyvät riskitekijät

Huono hoitosuhde
Puutteellinen potilaan ja läheisten psykoedukaatio
Kommunikaatio-ongelmat
Riittämätön jatkohoidon suunnitelma sairaalahoidon päättyessä

Hoitoon liittyvät riskitekijät

Hoidon tehottomuus oireisiin
Haittavaikutukset tai niiden pelko
Monimutkainen lääkehoito

sinsa oireita ja ovat sairaudentuntoisia, ovat todennäköisemmin myös sitoutuneempia hoitoonsa (18).

Sairaudentunnon pitkäaikaisvaikutuksia tarkastelevassa katsauksessa todettiin hyvän sairaudentunnon selvästi parantavan hoitoon sitoutumista mittaushetkellä, mutta vuoden seurannassa yhteyttä ei enää löytynyt. Sairaudentunnon ja hoitoon sitoutumisen välinen yhteys on vielä epäselvä. Vaikka heikon sairaudentunnon todettiin ennustavan huonoa hoitoon

TAULUKKO 2. Lääkehoitoon sitoutumiseen liittyviä haittavaikutuksia.

Liiallinen sedaatio
Unettomuus
Akatisia (levottomuus)
Vapina tai ekstrapyramidaalioireet
Energisyyden puute
Dysforia
Levottomuus
Huimaus
Kognitiiviset haittavaikutukset
Antikolinergiset haitat
Näköhäiriöt
Painon lisääntyminen
Oksentaminen tai pahoinvointi
Seksuaalisen halukkuuden väheneminen
Seksuaalitoimintoihin liittyvät haitat
Ulkonäkömuutokset
Ummetus
Hyperprolaktinemia
Hyperglykemia
Kuukautiskierron häiriöt

sitoutumista, on myös mahdollista, että huono hoitoon sitoutuminen johtaa oireiden pahenemisen myötä heikkoon sairautentuntoon (15).

Positiivisten oireiden (harha-aistimukset ja harhaluulot) määrä ja vakavuus sekä negatiiviset oireet (apatia ja latistuneet tunnereaktiot) ennustavat huonoa hoitoon sitoutumista. Positiiviset oireet heikentävät muistia ja suorituskykyä (19). Vakavimmin oireilevat eivät pysty tekemään asianmukaisia päätöksiä hoidostaan. Heikko sairautentunto voi johtua kognitiivisista ongelmista tai sairauden kieltämisestä psykologisena puolustusmekanismina, jolloin potilaan voi olla vaikeaa havainnoida lääkityksestä tai hoidosta saamia hyötyjä.

Kognitiivisten toimintojen yhteyttä hoitoon sitoutumiseen on pyritty selvittämään monissa tutkimuksissa, joiden tulokset ovat olleet ristiriitaisia. On epäselvää, heikentääkö pitkäaikainen psykoosisairaus potilaan kognitiivista toimintakykyä vai heikentävätkö potilaan sairautta edeltävät kognitiiviset ongelmat potilaan kyvykkyyttä noudattaa lääkohoitoaan ja sitoutua muuhun hoitoonsa (20,21).

Sairautentunnon parantaminen on mahdollinen hoidon kohde. On kuitenkin huomattava, että sairautentunto ei välttämättä parane skit-

sofrenian tavanomaisten hoitomenetelmien avulla. Parhaita tuloksia on saatu kokonaisvaltaisista useita eri lähestymistapoja sisältävistä hoito-ohjelmista (14).

Riskipotilaan tunnistaminen ja huonon hoitoon sitoutumisen parantaminen

Jopa puolet skitsofreniapotilaista ei sitoudu hoitoonsa, joten kaikissa hoidon vaiheissa on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota riskipotilaiden tunnistamiseen ja huonon hoitoon sitoutumisen ennakkointiin (2). Sairauden keston ei ole todettu vaikuttavan hoitoon sitoutumiseen (22). Hoitoon sitoutumattomuuteen liittyvien syiden tunnistaminen on tärkeää. Syitä voi olla useita tai jokin yksittäinen syy saattaa olla ratkaiseva. Tämän jälkeen voidaan kohdistaa tunnistettuun ongelmaan interventio, kuten sairautentunnon kohentamiseen tähtäävä työskentely, lääkehoitoon liittyviin kielteisiin asenteisiin vaikuttaminen, psykoosioireiden hoidon tehostaminen, päihdehäiriön hoito tai kognitiivisen toimintakyvyn kohentaminen (TAULUKKO 3) (7,12,23–25).

Pitkäkestoiset interventiot, jotka tähtäävät käyttäytymisen muuttamiseen, vaikuttavat hyödyllisiltä. Vaikuttaa myös siltä, ettei mikään yksittäinen tekniikka tai menetelmä ole ratkaiseva, vaan tarvitaan kullekin henkilölle yksilöllisesti ja ajallisesti soveltuva lähestymistapa. Psykoedukaatiosta saattaa olla enemmän hyötyä akuutissa vaiheessa, koska suuri osa sairastuneista tietää psykooseista vain vähän (14).

Pitkävaikutteisilla lääkeaineruiskeilla on saatutettu naturalistisissa, ei-kokeellisissa tutkimusasetelmissa hyviä hoitotuloksia, ja niiden varhaisen käytön suosiminen voi olla toimiva tapa tukea lääkehoitoon sitoutumista (26). Hoitoon sitoutumisen parantamisessa on huomioitava niin potilaskohtaiset syyt kuin hoitojärjestelmään liittyvät yleiset tekijätkin hoitokokonaisuutta kehitettäessä (TAULUKOT 1–3). Erilaiset tehostetun tai liikkuvan avohoidon ratkaisut voivat tukea hoitoon sitoutumista ja toimia siltana siirryttäessä osastohoidosta avohoitoon. Hankalista kognitiivisista oireista kärsivien voi olla vaikeaa toteuttaa mutkikasta

monilääkitystä, jolloin lääkehoidon suoraviivaistaminen tai sen annostelupalvelut (annosjakelu tai kotisairaanhoidopalvelut) voivat auttaa. Omahoitajien merkitys on tärkeä, koska potilaat vastaanottavat tutulta hoitajalta paremmin tietoa sairaudesta kuin muilta terveydenhuollon ammattilaisilta (27).

Erityistä huomiota vaativat potilaat, joiden pitkäkestoinen sitoutuminen hoitoon on hieno ja jotka tarvitsevat tiheään sairaalahoitoa. Lupaaavia tuloksia on saatu Feeniks-projektina tunnetusta ryhmäkuntoutumisesta (28). Alkuperäinen projekti kesti 18 kuukautta, ja sen keskeinen tavoite oli parantaa lääkehoitoon sitoutumista. Osallistuneista muodostettiin sosiaalinen ryhmä, jolle järjestettiin viikoittain yhteistä ryhmäläisten ideoimaa toimintaa, kuten ruoan valmistamista, näyttelyissä käymistä ja elokuvien katsomista. Erityistä huomiota kiinnitettiin ammattirollien karsimiseen panostamalla viihtyisään ja tavanomaiseen kanssakäymiseen muun muassa yhdessä kahvitellen ja keskustellen. Kymmenen ryhmäläisen joukosta kaksi tarvitsi sairaalahoitoa uudestaan, mutta hekin vain lyhyesti ja vapaaehtoisesti.

Hoitomotivaation merkitys ja käytännön hoitoyhteistyö

Yleisesti tunnetut hoitomotivaatioon liittyvät tekijät, kuten kokemus sairauden vaikutuksesta omaan hyvinvointiin sekä yleiset asenteet terveydenhuoltojärjestelmää, lääkäreitä ja erilaisia hoitomenetelmiä kohtaan, on tärkeää huomioida myös psykoosiin sairastuneen henkilön hoitoyhteistyön rakentamisessa (3).

Psykoosiin liittyvän sairaudentunnon merkitys hoitomotivaatioon on keskeinen siten, että akuutissa psykoosivaiheessa ja sairaudentunnon puuttuessa hoitoyhteistyö joudutaan rakentamaan niin, että se perustuu asiantuntijan yksipuoliseen arvioon potilaan hoidon tarpeesta. Tällöin potilaan oma hoitomotivaatio yleensä puuttuu. Hän voi kokea hoitoonlähetämisen- ja -määräämispäätökset itsemääräämisoikeuttaan loukkaavina, mikä johtaa helposti vastarintareaktioon (9). Tämä voi ilmetä protestoivina kommentteina tai hoitoon osallistuvien henkilöiden kritisoina.

TAULUKKO 3. Menetelmiä ja toimintatapoja, joilla on pyritty parantamaan hoitoon sitoutumista (7,12,23–25). Aihealuetta käsittelevät tutkimusasetelmat vaihtelevat huomattavan paljon niin osallistujamäärien, arviointimenetelmien kuin tutkimusten keston osalta.

Psykososiaaliset ja muut ohjelmalliset interventiot

Kognitiivinen käyttäytymisterapia
Erityiset hoitoonsitoutumisterapiat (adherence/compliance therapy)
Kognitiivisen sopeutumisen tukeminen
Potilaan tai perheen psykoedukaatio
Oireiden tai haittavaikutusten seuranta
Sosiaalisten taitojen harjoittelu
Elämäntaitojen harjoittelu
Tukea antava hoito
Motivoiva haastattelu
Taloudelliset kannustimet
Muistutteen käyttö (soitot, tekstiviestit)
Tehostettu avohoito
Kaksoisdiagnoosin yhdistelmähoito
Omahoitajatyöskentely (case management)

Lääkehoitointerventiot

Mahdollisimman selkeä lääkitys
Lääkeannoksen pienentäminen tai vaihtaminen, jos haittoja
Pitkävaikutteiset lääkeaineruisket
Hoidon tehostaminen, jos oireita

Merkittävä osa psykiatriseen hoitoon liittyvistä valituksista, kuten kanteluista tai potilasvahinkoilmoituksista, liittyy tilanteisiin, joissa psykoosipotilaan sairaudentunto ja hoitomotivaatio puuttuvat ja potilaan itsemääräämisoikeutta on jouduttu rajoittamaan. Akuutin psykoosin hoidossa ei tällöin ole yleensä mahdollista rakentaa luottamukseen perustuvaa hoitosuhdetta keskustelujen avulla. On tärkeää, että tällaisen potilaan hoidossa pyritään minimoimaan vastarintaan liittyvän hoidollisen konfliktin riski. Konfliktiriskiä vähentävät potilaan kannalta selkeät, empaattisesti ja rauhallisesti esitetyt perustelut ajankohtaiselle hoidon tarpeelle sekä lyhyt kuvaus lähipäivien hoitoon liittyvistä käytännöistä.

On myös tärkeää käynnistää heti alkuvaiheessa yhteydenpito potilaan omaisiin mahdollisuuksien mukaan. Omaisten huoli ja näkemys potilaan psykoosioireiden kehittymisestä useimmiten tukevat potilaan oman sairaudentunnon ja sen myötä hoitomotivaation kehittä-

Ydinasiat

- ▶ Skitsofrenian ja muiden psykoosisairauksien yhteydessä huono pitkäaikaiseen hoitoon sitoutuminen heikentää merkittävästi sairauden ennustetta.
- ▶ Psykoosille ominainen sairaudentunnon puuttuminen liittyy psykoosioireisiin ja kognitiivisiin toimintoihin.
- ▶ Sairaudentunnon puuttuminen johtaa vaikeuksiin hoitoyhteistyön rakentamisessa ja saattaa muodostua hoidon esteeksi.
- ▶ Lääkehoidon tehon säännöllinen seuraminen sekä kohdennetut psykososiaaliset interventiot vähentävät huonon hoitoon sitoutumisen riskiä.
- ▶ Hoitomyyntyvyyden kannalta riskipotilaiden varhainen tunnistaminen on keskeistä psykoosin pitkittymisen ehkäisemiseksi.

tymistä. Potilaalle annetaan riittävä mutta tarvittaessa aikarajattu mahdollisuus esittää oma näkemyksensä hoidosta. Potilaan näkemystä kunnioitetaan, mikä voidaan osoittaa potilaalle esimerkiksi toteamalla, että hänen näkemyksensä kuuleminen on tärkeää, vaikka hoidossa joudutaan etenemään muilta tahoilta saadun tiedon pohjalta, jos potilas ei mielestään ole minkäänlaisen hoidon tarpeessa.

Psykiatriselle osastolle on hyvä rakentaa tarkkailussa ja tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan hoitomalli, joka sisältää säännölliset henkilökunnan yhteiset arviointikeskustelut hoitomallin toimivuudesta ja yksittäisten potilaiden hoidon sujumisesta. Keskeisiä asioita, joihin tulisi kiinnittää huomiota tällaisen mallin kehittämisessä ja arvioinnissa ovat potilaille osoitettava empatia heidän ajankohtaisen tilanteensa takia, potilaan kanssa tapahtuvan vuorovaikutuksen rajoitteiden ja mahdollisten jännitteiden tunnistaminen ja raportointi sekä hoidollisen informaation antamisen selkeys ja yhdenmukaisuus. Henkilökunnan kyvyn toimia tiiminä tällaisen potilaan hoidossa voidaan olettaa paranevan, jos potilaan kohtaamiseen ja

siinä esiintyviin vaikeuksiin kiinnitetään henkilökuntatapaamisissa säännöllisesti huomiota.

Erityisesti akuutista psykoosivaiheesta toipuvan potilaan tila saattaa jopa päivien kuluessa muuttua yhteistyösuhteen rakentamisen kannalta suotuisammaksi. Onkin tärkeää käynnistää aktiiviseen potilaan osallistamiseen perustuva hoitoyhteistyö heti, kun se on potilaan psyykkisen tilan puolesta mahdollista.

Vapaaehtoisessa osastohoidossa ja avohoidossa tapahtuva psykoosin hoitoyhteistyö perustuu potilaan aktiiviseen osallistamiseen rakentavan kumppanuuden ilmapiirissä (29). Potilaille on tärkeää osoittaa aktiivisesti hyväksyntää sekä suhtautua empaattisesti hänen oireiluunsa ja sen aiheuttamiin rajoitteisiin. Toisaalta hoidollisen motivaation herättämisen ja tukemisen kannalta on keskeistä ottaa käyttöön aina tilanteen mahdollistaessa keskeisimmät vaikuttavat hoidolliset menetelmät, kuten psykoedukaatio ja perheinterventio (30,31). Psykoedukaation osana on hyvä rakentaa yhdessä potilaan ja omaisten kanssa potilaan sairauden oireita ja kulkua kuvaava kertomus, jonka potilas itse muotoilee niin pitkälle kuin mahdollista. Tätä kertomusta voidaan täydentää omaisten ja hoitotahojen näkemyksillä siten, että se parhaimmillaan vahvistaa potilaan käsitystä siitä, että hänellä on sairaus, jonka säännöllinen hoito on tuloksellista ja siihen kannattaa sitoutua. Kertomuksen muotoilussa on myös hyvä käydä läpi eri sairausvaiheita, mahdollisia oireettomia jaksoja ja näihin liittyviä eri tekijöiden välisiä syy-suhteita. Näin päästään keskustelemaan psykoedukaation kannalta keskeisestä stressi-haavoittuvuusmallista. Tätä yhdessä rakennettua kertomusta tai sen osia on hyvä toistaa ja palauttaa mieleen eri tapaamiskerroilla.

Käytännössä pitkäaikaisen psykoosisairauden, kuten skitsofrenian, hoidossa motivaatio-ongelmat liittyvät akuutin sairausvaiheen ohella sairauden pitkäaikaiseen hoitamiseen (4). Kun akuuttivaiheessa hoitoyhteistyön useimmiten estää puuttuva sairaudentunto, ovat pitkäaikais-hoidon motivaatio-ongelmat enemmän sairauden piilevään luonteeseen liittyviä.

Lieviin kognitiivisten toimintojen häiriöihin, satunnaiseen ääniharhojen esiintymiseen tai sosiaalista toimintakykyä rajoittaviin negatiivi-

TAULUKKO 4. Potilaan lääkehoitoon sitoutumiseen liittyviä tekijöitä voidaan arvioida nelikentässä. Motivoivia haastattelumenetelmiä käyttämällä voidaan pyytää potilasta arvioimaan lääkityksen käyttöön ja käyttämättömyyteen liittyviä positiivisia ja negatiivisia seurauksia. Pitkäaikaisten seurauksien arvioiminen vaatii sairautentuntoa.

	Päätös olla käyttämättä lääkitystä		Päätös käyttää lääkitystä	
	Myönteiset seuraukset	Kielteiset seuraukset	Myönteiset seuraukset	Kielteiset seuraukset
Lyhyen ajan seuraukset	Sairauden oireiden myönteiset vaikutukset, kuten suuruusajatukset, energisyyden lisääntyminen	Häiritsevät sairauden oireet	Häiritsevien sairauden oireiden väheneminen (lääkityksen tehoaminen)	Häiritsevät lääkehoidon haittavaikutukset (esim. sedaatio)
Pitkän ajan seuraukset (vaatii sairautentuntoa)	Sairauden oireiden myönteiset vaikutukset (esim. keuhvat tai ohjaavat ääniharhat)	Sairauden oireiden paheneminen, psykoosin uusiutuminen, toistuvat sairaalahoidot	Oireiden uusiutumisen väheneminen, uusien sairaalahoitojaksojen ehkäisy	Pitkäaikaishaitat, kuten painon lisääntyminen
Muut seuraukset	Muut vaikutukset, kuten mahdollisuus juoda alkoholia, kokemus luovuuden lisääntymisestä	Muut vaikutukset, kuten työpaikan menetyks, ristiriidat parisuhteessa, riskikäyttäytyminen	Muut vaikutukset, kuten työkyvyn ylläpito, opiskelukyvykyys ja parempi sosiaalinen elämä	Muut vaikutukset, kuten häpeäleima, epävarmuus, pelko myrkytyksestä, raskautteen liittyvät huolet

siin oireisiin sopeudutaan siten, että sairauden olemassaolo saattaa unohtua. Tämä voi johtaa lääkityksen keskeyttämiseen esimerkiksi reseptin loppuessa, asuinpaikan muuttuessa tai jos potilas on vaikkapa lukenut tietoverkon foorumilta psyykenlääkkeitä vastustavan kirjoituksen. Satunnainen humalajuominen, unihäiriöt tai muut elämän rasitetekijät voivat laukaista oireiston uudelleen.

Potilaan päätöstä käyttää tai olla käyttämättä lääkitystä voidaan tarkastella yhdessä käyttämällä motivoivaa haastattelutekniikkaa ja nelikenttäänalyysiä (TAULUKKO 4). Skitsofreniaa sairastavien joukossa on myös potilaita, joille ei koskaan kehity varsinaista sairautentuntoa. Heidän kanssaan olisikin hyvä löytää muita syitä saada heidät sitoutumaan hoitoon.

Psykoosisairauksiin ja psyykenlääkkeisiin liittyvä stigma heikentää hoitomotivaatiota yleisesti, erityisesti nuorten potilaiden ehkäisevässä hoidossa (11). Heidän motivaationsa ylläpitämiseksi on tärkeää tutustuttaa heidät jo sairauden alkuvaiheessa kaikkeen sellaiseen toimintaan, joka tukee sairaudesta kuntoutumista. Lisäksi olisi pyrittävä vaikuttamaan heidän asenteisiinsa siten, että psyykinen sairaus tulisi ensisijaisesti ja riittävästi huomioiduksi arkielämässä vähäistenkin oireiden säännöllisenä havainnoimisena, omien voimavarojen järkevänä säätelynä sekä turvallisen ja ennustettavan elämänpiirin rakentamisessa.

Lopuksi

Skitsofreniapotilaiden hoidossa tulisi nykyistä enemmän pyrkiä heti ensimmäisen psykoosijakson yhteydessä varmistamaan säännöllisen psykoosilääkityksen toteutuminen, riittävä teho ja sopivuus, koska oireiden hallinnalla on oleellinen merkitys potilaan sairautentunnon ja hoitomotivaation tukemisessa. Potilaille, joiden sairautentunto on heikko, tulisi järjestelmällisesti kohdentaa psykoedukaatiota ja muita hoidollisiin asenteisiin vaikuttavia interventioita. Hoidosta kieltäytyvien riskipotilaiden tunnistamiseen on tärkeää pyrkiä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta psykoosin pitkittyminen voidaan ehkäistä. ■

JUHANI LEIJALA, LL, psykiatrian erikoislääkäri
TYKS, psykiatrian toimialue

ELINA HIETALA, LL, psykiatrian erikoislääkäri, akuutti-psykiatrian ylilääkäri
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian toimintayksikkö

OLLI KAMPMAN, professori
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, psykiatrian oppiala ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian toimialue

SIDONNAISUUDET

Juhani Leijala: Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Lundbeck)
Elina Hietala: Ei sidonnaisuuksia
Olli Kampman: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Potilasvakuutuskeskus), muut sidonnaisuudet (Lundbeck, Otsuka)

TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJA
Olli Kampman

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

KIRJALLISUUTTA

1. Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res* 2015;225:14–30.
2. Misdrahi D, Tessier A, Husky M, ym. Evaluation of adherence patterns in schizophrenia using electronic monitoring (MEMS(R)): a six-month post-discharge prospective study. *Schizophr Res* 2018; 193:114–8.
3. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization 2003. www.who.int/iris/handle/10665/42682.
4. Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, ym. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer Adherence* 2017;11:449–68.
5. Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, ym. A prospective study of risk factors for non-adherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1114–23.
6. Novick D, Haro JM, Suarez D, ym. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010;176:109–13.
7. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, ym. Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract* 2010;16:306–24.
8. Tiihonen J, Haukka J, Taylor M, ym. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2011; 168:603–9.
9. de Haan L, van Amelsvoort T, Dingemans P, ym. Risk factors for medication non-adherence in patients with first episode schizophrenia and related disorders; a prospective five year follow-up. *Pharmacopsychiatry* 2007;40:264–8.
10. Rabinovitch M, Bechard-Evans L, Schmitz N, ym. Early predictors of nonadherence to antipsychotic therapy in first-episode psychosis. *Can J Psychiatry* 2009;54:28–35.
11. Quach PL, Mors O, Christensen TO, ym. Predictors of poor adherence to medication among patients with first-episode schizophrenia-spectrum disorder. *Early Interv Psychiatry* 2009;3:66–74.
12. Acosta FJ, Hernandez JL, Pereira J, ym. Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatry* 2012;2:74–82.
13. Wade M, Tai S, Awenat Y, ym. A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clin Psychol Rev* 2017;51:75–95.
14. Pijnenborg GH, van Donkersgoed RJ, David AS, ym. Changes in insight during treatment for psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2013;144:109–17.
15. Lincoln TM, Lullmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull* 2007; 33:1324–42.
16. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003;61:75–88.
17. Mohamed S, Rosenheck R, McEvoy J, ym. Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35:336–46.
18. Eticha T, Teklu A, Ali D, ym. Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia. *PLoS One* 2015;10:e0120560.
19. Cosway R, Byrne M, Clafferty R, ym. Neuropsychological change in young people at high risk for schizophrenia: results from the first two neuropsychological assessments of the Edinburgh High Risk Study. *Psychol Med* 2000;30:1111–21.
20. El-Missiry A, Elbatrawy A, El Missiry M, ym. Comparing cognitive functions in medication adherent and non-adherent patients with schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2015;70:106–12.
21. Johansen R, Hestad K, Iversen VC, ym. Cognitive and clinical factors are associated with service engagement in early-phase schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:176–82.
22. Tham XC, Xie H, Chng CM, ym. Factors affecting medication adherence among adults with schizophrenia: a literature review. *Arch Psychiatr Nurs* 2016;30:797–809.
23. El-Mallakh P, Findlay J. Strategies to improve medication adherence in patients with schizophrenia: the role of support services. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11:1077–90.
24. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, ym. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry* 2009;70(Suppl 4):1–46.
25. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, ym. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: a review of the past decade. *Eur Psychiatry* 2012;27:9–18.
26. Tiihonen J, Miettendorfer-Rutz E, Majak M, ym. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29823 patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2017;74:686–93.
27. Tessier A, Boyer L, Husky M, ym. Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry Res* 2017;257:315–21.
28. Health 2020 priority area four: creating supportive environments and resilient communities. A compendium of inspirational examples. Geneva: World Health Organization 2018. www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-priority-area-four-creating-supportive-environments-and-resilient-communities-a-compendium-of-inspirational-examples-2018.
29. Dobber J, Latour C, de Haan L, ym. Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing. *BMC Psychiatry* 2018;18:135.
30. Zhao S, Sampson S, Xia J, ym. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD010823.pub2.
31. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, ym. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub2.

SUMMARY

Illness awareness and adherence to treatment – significance in the treatment of schizophrenia

Long term non-adherence is a common problem in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders, and it is caused by multiple factors. Adherence has a crucial impact on treatment success and patient recovery. Poor insight related to schizophrenia may cause an obstacle to therapeutic relationship. Early identification of patients at risk of non-adherence combined with the use of targeted interventions such as psychoeducation may help the patient and the family better accept the need for treatment. The individual reasons for non-adherence should be explored and understood. Regular monitoring of response to medication and, if necessary, initiating long-acting injectable medications are important in gaining symptomatic control and better insight.