

**Jarmo Hietala**

professori, ylilääkäri  
VarHA, Tyks  
sairaalapalvelut,  
psykiatrian tulosryhmä,  
psykoosien hoidon  
palvelualue ja Turun  
yliopisto, psykiatrian  
oppiaine

**Teemu Juntunen**

osastonylilääkäri  
VarHA, Tyks  
sairaalapalvelut,  
psykiatrian tulosryhmä,  
psykoosien hoidon  
palvelualue

**Jussi Vaahtovuo**

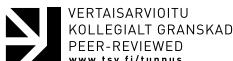
ylilääkäri,  
palvelualuejohtaja  
VarHA, Tyks  
sairaalapalvelut,  
psykiatrian tulosryhmä,  
psykoosien hoidon  
palvelualue

**KIRJALLISUUTTA**

- 1 De Hert M, Dekker JM, Wood D ym. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). Eur Psychiatry 2009;24:412–24.
- 2 Henderson DC, Vincenzi B, Andrea NV ym. Pathophysiological mechanisms of increased cardiometabolic risk in people with schizophrenia and other severe mental illnesses. Lancet Psychiatry 2015;2:452–64.
- 3 Rautio N, Ylitölonen L, Haapea M ym. Psykoosilääkkeiden off label -määräamisen käytännöt. Suom Lääkäril 2021;76:53–63.
- 4 Saastamoinen LK, Autti-Rämö I, Tuulio-Henriksson A ym. Lasten ja nuorten psykoosilääkkeiden käyttö kasvussa. Suom Lääkäril 2017;72:575–9.

**Liiteaineisto verkkoversiossa**  
[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)  
SLL 41/2023

**Viittaus:**  
Suom Lääkäril 2023;78:e37589



# Miten hoitaa psykoosilääkkeiden aiheuttamaa painonnousua?

- Painonnousu ja siihen liittyvät metaboliset sivuvaikutukset ovat yleisiä psykoosilääkkeitä käyttävillä.
- Metabolisen seurannan tehostaminen ja painonnousun puheeksi ottaminen ovat haaste terveydenhuollolle.
- Varhainen puuttuminen lääkevalinnan, elintapaohjauksen ja ei-lääkkeellisten sekä lääkkeellisten interventioiden avulla on tärkeää.
- Tavoitteena on vähentää mielenterveyshäiriötä sairastavan potilaan somaattista sairastavuutta.

**PAINONNOUSU** on yleinen psykoosilääkkeiden haittavaikutus. Sillä on yhdessä metabolisten ongelmien kanssa oma kiistaton osuutensa vaikeaa mielenterveyshäiriötä sairastavan potilaan somaattisen sairastavuuden kokonaisriskissä (1,2). Lihomiseen liittyvät itsetunnon heikentyminen ja kehonkuvan muuttuminen vaikuttavat myös haitallisesti elämänlaatuun ja hoitomyöntyvyyteen ja siten lääkehoidon vaikuttavuuteen. Nämä vaikutukset usein korostuvat nuoremmassa ikäryhmässä.

Psykoosilääkkeiden pääasiallisia käyttöaiheita ovat erityyppiset psykoosisairaudet. Uudempien lääkkeiden käyttöaiheiden laajeneminen skitsofreniaryhmän ulkopuolelle, erityisesti kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, on lisännyt metabolisten haittojen merkitystä. Lisäksi eräiden lääkkeiden käyttöaiheiden ulkopuolinen määrääminen muun muassa unetomuuden ja ahdistuneisuuden hoitoon on lisääntynyt jo pidemmän aikaa (3,4).

## *Klotsapiiniin ja olantsapiiniin liittyvä suurin painonnousun riski.*

Psykoosilääkehoidon optimointi on kehittynyt viimeisten kahden vuosikymmenen aikana (5,6), mutta metabolisten haittavaikutusten riski on noussut asiaksi, joka klinikon tulee huomioida niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa.

## **Lääkkeen valinta ja metaboliset ongelmat**

Psykoosilääkkeiden kliininen terapeuttinen vaikutus on keskeisin tavoite, josta lääkehoidon valinta alkaa. Psykoedukaation periaatteiden mukaan potilaalle tulee kuvata hoidon alussa lääkityksen tavoitteet ja haittavaikutukset, fyysisen terveydentilan seurannan tarkoitus ja mahdolliset painonnousun hoitokeinot siinä vaiheessa, kun hän kykenee tällaista tietoa vastaanottamaan.

Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen (6) mukaan psykoosilääkityksen metabolisten ongelmien ehkäisyyn kuuluvat painon, vyötärön ympäryksen ja sokeri- ja rasva-arvojen mitaus lähtötilanteessa sekä seurantamittaukset. Tämä kytkeytyy somaattisen sairastavuuden kokonaisriskin arvioon ja pitää sisällään sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden ja elintapojen kartoituksen (liikunta, ruokavalio) (taulukko 1).

Psykoosilääkkeen valintaan vaikuttavat myös muut jo aiemmin todetut metaboliset tai sydän- ja verisuonisairaudet (esim. diabetes tai verenpainetauti), joiden hoitotasapainosta tulee huolehtia (liite 1 artikkelin verkkoversiossa).

## **Metabolisten muutosten seurannasta**

Periaatteessa kaikki psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa painonnousua ja metabolisia ongelmia, mutta vaikutuksissa on huomattavia lääkkeiden välisiä eroja (liite 1). Klotsapiiniin ja olantsapiiniin liittyvä suurin painonnousun riski, ja niiden kohdalla alkukartoituksen sekä terveydentilan seurannan tarve on erityi-

TAULUKKO 1.

### Psykoosipotilaan fyysisen terveydentilan seuranta

Käytettävät mittaukset ja verikokeet soveltuvat myös psykoosilääkehoidon seurantaan. Yksilöllinen tarve ja paikalliset olosuhteet huomioidaan seurannan järjestämisessä. Painon seuranta voi olla tarpeen tiheämmin vuoden jälkeen, jos paino näyttää muuttuvan.

Seurattava suure	Arviointiajankohta			
	Lääkityksen aloitus <sup>1</sup>	3 kk	6 kk	Vuosittain
Paino/painoindeksi	x	Ensimmäiset 6 viikkoa viikottain, sen jälkeen 3 kk:n välein ja sitten vuosittain		
Vyötärönympäry	x			x
Verensokeri (fP-gluk/HbA <sub>1c</sub> )	x	x	x	x
Lipidit (kol, LDL, HDL, trigly)	x	x	x	x
Verenpaine, syke	x	1 kk, 2 kk ja 3 kk		x
EKG, maksa-arvot (ALAT), perusverenkuva	x	x		x
Tupakointi / päihteiden käyttö (kyselyt esim. AUDIT, Fagerström ja tarvittaessa CDT tai U-seulat)	x	Tarpeen mukaan		

<sup>1</sup> Ennen psykoosilääkehoidon aloitusta tai niin pian aloituksen jälkeen kuin on mahdollista.

- Bergström T, Hulkko A, Hartikainen S ym. Psykoosilääkehoidon ohjaus voi tehostaa skitsofrenian hoitoa. *Duodecim* 2022;138:787–93.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 10.5.2022. (siteerattu 19.4.2023). [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Berge J, Abri P, Andell P ym. Associations between off-label low-dose olanzapine or quetiapine and cardiometabolic mortality. *J Psychiatr Res* 2022;149:352–8.
- Caemmerer J, Correll CU ja Maayan L. Acute and maintenance effects of non-pharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: a meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 2012;140:159–68.
- Bruins J, Jörg F, Bruggeman R ym. The effects of lifestyle interventions on (long-term) weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: a meta-analysis. *PLoS One* 2014;9(12):e112276.
- Vancampfort D, Firth J, Correll CU ym. The impact of pharmacological and non-pharmacological interventions to improve physical health outcomes in people with schizophrenia: a meta-review of meta-analyses of randomized controlled trials. *World Psychiatry* 2019;18:53–66.

sen korostunut. Klotsapiinin ja olantsapiinin aloittamisen harkinta kuuluu pääosin erikoissairaanhoidon toimenkuvaan käyttöaiheiden mukaisesti. Seurantaohjelma löytyy käytännön lääkärin työssä esimerkiksi Terveystietokannasta ja siinä lääkekohtaisesti turvakokeet-osiosta (taulukko 1).

Merkittävästä painonnoususta nähdään usein merkkejä jo 6–10 viikon kuluessa psykoosilääkkeen aloituksesta. Yli 5 %:n painonnousun kohdalla tulisi jo harkita interventiota.

Huolimatta useista suosituksista (6) painon ja metabolian käytännön seuranta ei toteudu optimaalisesti. Syynä on muun muassa hoitojärjestelmän rajallinen mahdollisuus järjestää alun tiheitä seurantakäyntejä. Potilaat ovat kiinnostuneet terveydentilastaan, eikä painon puheeksi ottaminen ja metabolin seurannan järjestäminen ole haitaksi hoitosuhteelle tai lisää lääkityksen keskeytymisriskiä. Hyvä hoitosuhde ja asioiden rehellinen esille nostaminen on tässäkin tapauksessa luottamuksen ja hoidon jatkuvuuden perusta.

Lääkkeiden virallisten käyttöaiheiden ulkopuolisen käytön hyötyjä ja riskejä eri ikäryhmissä tulee huolellisesti harkita, ja myös muiden hoitokeinojen käyttöönottoa tulee pohtia (3). Erityisesti ketiapiinia (esim. 25–75 mg/vrk) määrätään laajasti terveydenhuollossa pieninä annoksina unettomuuden, ahdistuneisuuden tai levottomuuden hoitoon potilaille, joilla ei ole kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai psykoosisairautta. Monet potilaat kokevat pieniannoksisen ketiapiinihoidon hyödylliseksi, mutta siihen liittyy metabolisten ongelmien riski (7).

Yksilöllisen metabolin seurannan järjestäminen on aiheellista, mikäli lääkehoito on pitkäaikaista (taulukko 1).

### Potilaan paino nousee – mikä neuvoksi?

Tyypilliset interventiot kohdistuvat lääkehoidon tai ravitsemuksen ja elintapojen muutokseen, usein molempiin. Kynnys muuten toimivan psykiatrisen lääkehoidon muuttamiseen painonnousun vuoksi on usein melko korkea, ja epäselvissä tilanteissa on tarpeen konsultoida psykiatrista erikoissairaanhoitoa.

Psykoosilääkityksen optimoinnin kannalta keskeistä on yhteistyö psykiatrisen ja somaattisen erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon välillä (liite 2). Tähän on erityinen tarve ongelmatilanteissa, joissa potilaan paino jatkaa nousuaan huolimatta farmakologisista ja ei-farmakologisista hoitoyrityksistä.

Painonnousun monitekijäisyyden vuoksi (liite 3) potilaan koko lääkelista ja mahdolliset muut sairaudet sekä elintavat tulee käydä systemaattisesti läpi. Psykoosilääkkeiden lisäksi useat muut lääkkeet voivat aiheuttaa painonnousua: esimerkiksi mielialaa tasaavista lääkkeistä litium ja natriumvalproaatti, masennuslääkkeistä mirtatasapiini ja trisykliset antidepressantit isompina annoksina sekä muista lääkkeistä pidempiaikainen glukokortikoidi.

Samanaikaissairauksien, kuten diabeteksen, hoitotasapaino on syytä varmistaa. Unen pitkäaikaisen häiriintymisen tiedetään lisäävän nälän tunnetta ja lihomisen riskiä; tästä hyvä esimerkki on uniapnea, jonka hoitaminen voi lievittää painonnousua.

### *Yli 5 %:n painonnousun kohdalla tulisi jo harkita interventiota.*

Psykoosilääkkeen annoksen pienentäminen ei yleensä ole toimiva vaihtoehto, sillä selvää näyttöä metabolisten ongelmien annosriippuvuudesta ei ole (7, liite 1). Se voi myös vaarantaa lääkityksen kliinisen tehon. Sen sijaan vaihto pienemmän metabolin riskin lääkkeeseen, esimerkiksi aripipratsoliiniin, voi olla varsinkin hoidon alkuvaiheessa perusteltua painon noustessa. Vaihto tulee kuitenkin tehdä niin, että on mahdollista seurata terapeutista tehoa.

Toimivan klotsapiinilääkityksen vaihtamista toiseen lääkkeeseen painonnousun vuoksi on pääsääntöisesti syytä välttää, mutta augmentaatiostراتيجioilla voidaan saada suotuisa

11 Lee K, Abraham S ja Cleaver R. A systematic review of licensed weight-loss medications in treating antipsychotic-induced weight gain and obesity in schizophrenia and psychosis. *Gen Hosp Psychiatry* 2022;78:58–67.

12 Rosen CJ, Ingelfinger JR. Shifting tides offer new hope for obesity. *N Engl J Med* 2022;387: 271–3.

vaikutus painonkehitykseen. Osittaisen D2-reseptoriagonistin, kuten aripipratsolin (7,5–15 mg/vrk), lisääminen klotsapiinilääkitykseen on osoittautunut osalla potilaista toimivaksi strategiaksi.

## Ravitsemusterapeutilla käynnit voidaan liittää osaksi hoitoa.

Pelkän psykoosilääkityksen vaihdoksen tai muutoksen vaikutus varsinkin pidempään jatkuneeseen ylipainoon on usein rajallinen, ja painon noustessa on syytä ottaa mukaan ei-farmakologiset hoitomuodot. Erilaisia yksilö- ja ryhmätason elintapainterventioita on kohtalaisen runsaasti käytössä ylipainon hoitoon.

Erityisesti ravitsemukseen ja liikuntaan kohdistuvat ja psykoedukaation sisältävät interventiot ovat tehokkaita (8–10), mutta vaativat selkeän toimintamallin seurantoiheen (esim. yleislääkäri hoitoryhmineen) sekä potilaan motivaation ylläpitämistä (liite 2). Ravitsemusterapeutilla käynnit voidaan liittää osaksi hoitoa, varsinkin jos hoitavan tahon tiedolliset tai ajalliset resurssit eivät ole riittävät tai paino edelleen nousee.

Mielenterveyshäiriöstä kärsivien potilaiden hoitoon kuuluu usein muutenkin psyko- ja toimintaterapeuttisia interventioita, joista on hyöttyä painonhallinnassa. Muitakin yhteistyömahdollisuuksia ylipainon hoitoon on käytettävissä

(mm. perusterveydenhuollon diabeteshoitajat, kolmas sektori), ja lääkärin työryhmineen/verkostoiheen pitää paikallisesti koota niistä tietoa hoidon valinnan pohjaksi. Tietoa painonhallinnasta ja myös hoito-ohjelmia on saatavilla myös internet-pohjaisesti (mm. terveyskylä.fi/painonhallintatalo), mikäli potilaalla on valmiuksia näitä hyödyntää.

Mikäli edellä mainitut keinot eivät tuota toivottua tulosta, hoitoa voidaan tehostaa erilaisilla off-label-lääkestrategioilla pääosin erikoissairaanhoidon tuella. Metformiinista (500–2 000 mg/vrk) on eniten kliinistä kokemusta sekä tutkimusnäyttöä ei-diabeettisilla tai sellaisilla potilailla, joilla glukoositoleranssi on jo heikentynyt (11).

Lupaavin tulossa oleva uusi lääkkeellinen keino ovat GLP-1-reseptoriagonistit (glukagonin kaltainen peptidi 1), kuten liraglutidi, semaglutidi ja myyntiluvan hiljattain saanut uudentyypinen GLP-1-agonisti tirtsepatidi (12). GLP-1-agonistien käyttöä rajoittaa korkea hinta ja annostelutavat (esim. ihonalainen injektio kerran viikossa). Niiden tehoa psykoosilääkityksen aikaisen painonnousun hoidossa tutkitaan vilkkaasti.

Yksittäisillä potilailla on kokeiltu muitakin lisälääkityksiä, kuten topiramaattia, orlistaattia ja bupropionia (11), mutta näiden käyttö on kirjoittajien kokemuksen mukaan suhteellisen vähäistä. Lihavuuskirurgiaa ei ole laajemmin tutkittu potilasryhmissä, jotka käyttävät pitkäaikaista psykoosilääkitystä, mutta se voi tulla kyseeseen yksittäistapauksissa. •

### SIDONNAISUODET

Jarmo Hietala: Konsultointi (Orion).

Teemu Juntunen: Ei sidonnaisuuksia.

Jussi Vaahtovuori: Ei sidonnaisuuksia.

## Potilaan Lääkärilehti uudistui

Luotettavaa tietoa terveydestä, hyvinvoinnista ja sairauksista – verkkosivusto suurelle yleisölle.

Suosittelen potilaallesi!

