



UNIVERSITY OF TAMPERE

This document has been downloaded from
TamPub – The Institutional Repository of University of Tampere

 *Publisher's version* <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201602181230>

Author(s): Isometsä, Erkki; Kinnunen, Elina; Kivekäs, Teija; Koponen, Hannu;
Lappalainen, Jarmo; Lindfors, Olavi; Marttunen, Mauri; Pirkola, Sami;
Jousilahti, Pekka; Tuunainen, Arja

Title: Depressio. Käypähoito -suositus, päivitystiivistelmä

Year: 2015

Journal
Title: Duodecim

Vol and
number: 131 : 3

Pages: 280-281

ISSN: 0012-7183

Discipline: Neurosciences

School
/Other Unit: School of Health Sciences

Item Type: Journal Article

Language: fi

URN: URN:NBN:fi:uta-201602181230

URL: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12085.pdf>

All material supplied via TamPub is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorized user.



Depressio

Mitä uutta päivityksessä?

- Diagnostiikan merkitystä korostetaan yhä enemmän.
- Psykoterapian ja lääkehoidon yhdistämistä suositellaan entistä vahvemmin.
- Työhönpaluun tukemiseen kiinnitetään lisää huomiota.

Masennustilasta kärsii vuoden aikana noin 5 % suomalaisista. Potilaat hakevat hoitoa sitä todennäköisemmin, mitä vaikeampi ja pidempikestoinen heidän masennustilansa on ollut ja mitä enemmän heidän toimintakykynsä on heikentynyt.

Diagnostiikka ja erotusdiagnostiikka

Hoidon perustana on depression diagnoosi. Erotusdiagnostiikassa on suljettava pois kaksisuuntainen mielialahäiriö ja somaattisen sairauden, lääkkeen tai päihteen aiheuttama depressio.

Depression ehkäisy

Depressiota voidaan jossakin määrin ehkäistä psykologisten interventioiden, kuten mielialanhallintaryhmien, avulla^B. Ehkäisevät interventiot on järkevintä kohdentaa henkilöihin, joilla on jo masennustilan oireita eli suuri sairastumisriski.

Hoidon suunnittelu ja hoitomuotojen valinta

Hoitosuunnitelmaan vaikuttavat erityisesti masennustilan ajankohtainen vaikeusaste ja depression toistuvuus. Depressiopotilaista enemmistö kärsii samanaikaisesti myös josta-

kin muusta hoitoon vaikuttavasta psyykkisestä oireyhtymästä, kuten ahdistuneisuus-, persoonallisuus- tai päihdehäiriöstä.

Depression hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen. Tavoitteena akuuttivaiheessa (1) on oireettomuus ja jatkohoitovaiheessa (2) oireiden uusiutumisen estäminen. Ylläpitohoitovaihe (3) koskee vain niitä potilaita, joilla masennusjaksot ovat jo toistuneet. Sen tavoitteena on ehkäistä uusia sairausjaksoja.

Hoitoon kuuluu potilasopetus depressiota. Masennuspotilas tarvitsee säännöllistä seurantaakin sekä akuuttivaiheessa että vähintään puolen vuoden ajan sen jälkeen. Seuratakäynneillä selvitetään hoitosuunnitelman toteutumista, oiretason toipumista ja hoidon tuloksellisuutta. Hoidossa taas selvitetään potilaan elämäntilannetta, erityisesti kuormittavia tekijöitä, ja tuetaan rakentavia selviytymiskeinoja.

Depression akuuttihoidossa (1) voidaan käyttää vaikuttavaksi osoitettua psykoterapiaa, antidepressiivistä lääkehoitoa^A tai molempia yhtäaikaisesti^A. Jälkimmäinen vaihtoehto on yleensä tehokkain. Muita vaihtoehtoja ovat sähköhoito^A, transkraniaalinen magneettistimulaatiohoito^A ja kirkasvalohoito^A. Masennuspotilaat hyötyvät myös säännöllisestä liikunnasta.

Hoitomuodon valintaa ohjaa depression vaikeusaste. Masennuslääkkeet ja psykoterapiat ovat yhtä tehokkaita lievissä ja keskivaikeissa depressioissa, joissa niitä voidaan käyttää joko vaihtoehtoisina tai yhtäaikaisesti. Kognitiivinen ja interpersonaalinen^A sekä psykodynaaminen lyhytpsykoterapia^A ovat keskeisiä lyhytpsykoterapiamuotoja. Lievissä depressioissa voidaan soveltaa myös ongelmanratkaisuterapiaa^A, ratkaisukeskeistä ja voimavara-suuntautunutta^C tai hyväksymis- ja omistautumisterapiaa^C.

Mitä vaikeampi masennustila on, sitä tärkeämpi on lääkehoidon rooli. Vaikea-asteisissa ja psykoottisissa depressioissa on aina syytä

käyttää antidepressiivista läikehoitoa, psykoottisissa yhdessä psykoosilääkkeen kanssa ^B.

Masennustilasta toipumisen jälkeisessä jatkohoitovaiheessa (2) potilaan hoitoa ja seuranta on depression uusiutumista vuoksi aina jatkettava noin puolen vuoden ajan ^A. Potilaille, joille on ilmaantunut jo kolmas masennusjakso heidän elämänsä aikana, on suositeltava pitkäaikaista ylläpitohoitoa (3) depressiolääkkeellä ^A.

Toiminta- ja työkyvyn arviointi, sairauspoissaolo ja kuntoutus

Masennuspotilaan toimintakyky on yleensä heikentynyt sitä enemmän, mitä vaikeammas depressionista on kysymys. Toimintakykyä arvioitaessa on selvitettävä sekä ajankohtainen tila että pidemmän aikavälin toimintakyvyn vaihtelu. On tärkeää selvittää konkreettisesti, mistä päivittäisen elämän toiminnoista potilas depressiivisenä selviytyy ja miten tilanne on muuttunut aiempaan verrattuna. Arvioinnissa voidaan käyttää SOFAS-asteikkoa.

Depressiopotilaan sairauspoissaolon tarpeeseen vaikuttavat sekä hänen toimintakykynsä heikkeneminen että työn vaatimukset ja työpaikan mahdollisuudet tukitoimiin tai työjärjestelyihin. Sairauspoissaolon arvioitu pituus mitoitetaan hoitosuunnitelman, odotetun hoitovasteen ja seurantakäyntien mukaan.

Sairauspoissaolon jälkeen työhön paluuta voidaan tukea osasairauspäivärahalla ja työeläkekuntoutuksena myönnettävällä työkokeilulla. Masennuspotilaiden yleisin kuntoutusmuoto on psykoterapia.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon roolit

Pääosa depressiopotilaista hoidetaan perusterveydenhuollossa. Psykiatrinen konsultti-toiminta tehostaa hoitoa ^A. Perusterveydenhuollossa hoito on suositeltavaa toteuttaa kolmiomallin mukaisesti yleislääkärin, konsultoivan psykiatrin ja depressiohoitajan yhteistyönä ^A. Työterveyshuollolla on puolestaan keskeinen rooli työssäkäyvän depressiopotilaan työkyvyn ja työhön paluun tukemisessa.

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on syytä hoitaa potilaat, jotka kärsivät vaikeasta tai psykoottisesta, vakavasti monihäiriöisestä, tavanomaiseen hoitoon huonosti vastanneesta tai vakavaa itsetuhoisuutta aiheuttavasta depressionista. ■

Koko suositus on luettavissa: www.kaypahoito.fi

ERKKI ISOMETSÄ (pj.), ELINA KINNUNEN, TEIJA KIVEKÄS, HANNU KOPONEN, JARMO LAPPALAINEN, OLAVI LINDFORS, MAURI MARTTUNEN, SAMI PIRKOLA, PEKKA JOUSILAHTI (Käypä hoito -toimittaja), ARJA TUUNAINEN (Käypä hoito -toimittaja)

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä

Summary

Update on Current Care Guideline: Depression

Treatment of depression is based on comprehensive diagnostic, clinical and psychosocial evaluation. Brief psychotherapies (cognitive, interpersonal, psychodynamic or problem-solving) are effective in mild to moderate depression; antidepressants in mild to severe, and electroconvulsive therapy in severe or psychotic. Combining antidepressants and psychotherapy is more effective than either alone. After the acute phase, antidepressants should be continued for six months to prevent relapses, and maintenance treatment considered after three lifetime episodes. Primary care is responsible for treatment of mild to moderate depressions; developing psychiatric consultation services and use of nurse case managers are recommended.