



Käypä hoito

Diasarja Depressio

Perustuu 4.7.2009

päivitettyyn

Käypä hoito -suositukseen





Käypä hoito

Näytön varmuusaste

Käypä hoito -suosituksissa

Koodi	Näytön aste	Selitys
A	Vahva tutkimusnäyttö	Useita menetelmällisesti tasokkaita ¹ tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset
B	Kohtalainen tutkimusnäyttö	Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia ² tutkimuksia
C	Niukka tutkimusnäyttö	Ainakin yksi kelvollinen tieteellinen tutkimus
D	Ei tutkimusnäyttöä	Asiantuntijoiden tulkinta (paras arvio) tiedosta, joka ei täytä tutkimukseen perustuvia näytön vaatimuksia

¹ Menetelmällisesti tasokas = vahva tutkimusasetelma (kontrolloitu koeasetelma tai hyvä epidemiologinen tutkimus); tutkittu väestö ja käytetty menetelmä soveltuvat perustaksi hoitosuosituksen kannanottoihin.

² Kelvollinen = täyttää vähimmäisvaatimukset tieteellisten menetelmien osalta; tutkittu väestö ja käytetty menetelmä soveltuvat perustaksi hoitosuosituksen kannanottoihin.



Käyttöehdot

Diaesitystä saa vapaasti hyödyntää terveydenhuollon julkishallinnon ja oppilaitosten koulutuksessa.

Esityksen sisältöä ei saa muuttaa.

Jos esitykseen sisällytetään muuta materiaalia, Käypä hoito -diapohjaa ei saa käyttää.





Masennustilan (F32–33) ICD-10-oirekriteerit

- Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan

- A) Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista:
 1. masentunut mieliala suurimman osan aikaa
 2. kiinnostuksen tai mielihyvän menetys
 3. vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys



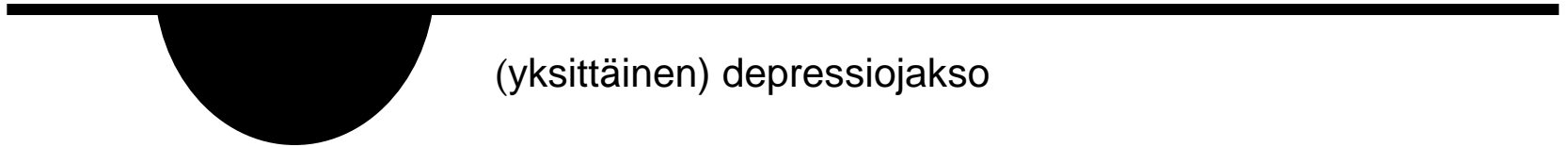
Masennustilan (F32–33) ICD-10-oirekriteerit

- B) Lisäksi oireita siten, että yhteensä vähintään 4/10:
 4. itsetuottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
 5. perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset
 6. toistuvat kuolemanajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
 7. keskittymisvaikeudet
 8. psykomotoriikan muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus)
 9. unihäiriöt
 10. ruokahalun ja painon muutos

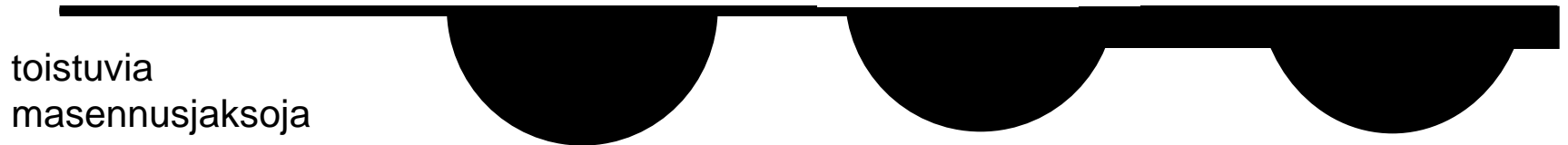
- G3 = Elimellinen mielenterveyden häiriö suljettu pois



Masennustila (F32)



Toistuva masennus (F33)



Depression epidemiologia

- Väestötutkimukset
 - Väestötutkimusten perusteella noin 5 prosenttia aikuisväestöstä kärsii ajankohtaisesta masennustilasta
- Perusterveydenhuollon potilaat
 - Perusterveydenhuollon potilaista noin 10 prosenttia kärsii ajankohtaisesta masennustilasta
- Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaat
 - Masennuspotilaiden osuus psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaista vaihtelee, tyypillisesti heitä on noin puolet potilaista
- Suurin osa heistä on monihäiriöisiä ja -ongelmaisia

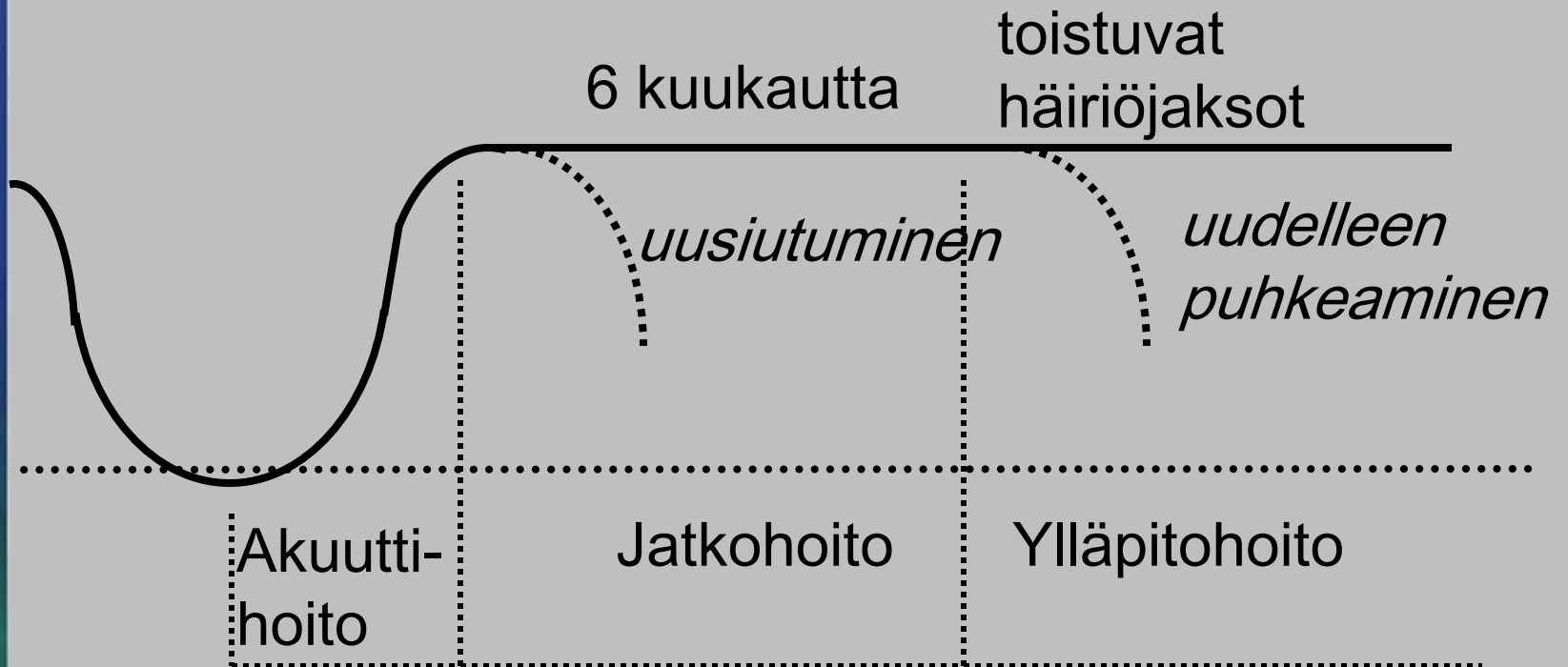


Käypä hoito

Depression hoito



Masennustilojen hoidon vaiheet





Depression vaikeusaste ja akuuttivaiheen hoito

Hoitomuoto	Lievä	Keskivaikea	Vaikea	Psykoottinen
Psykoterapiat	+	+	(+)	-
Antidepressiivinen lääkehoito	+	+	+	+
Antipsykoottinen lääkehoito	-	-	-	+
Aivojen sähköhoito (ECT)	-	-	+	+

+ = hoidon tehosta on näyttöä
- = hoidon tehosta ei ole näyttöä





Hoito perustuu kattavaan arviointiin

- Hoidossa kartoitetaan potilaan elämäntilannetta, erityisesti mahdollisia depression laukaisseita ja sitä ylläpitäviä kuormittavia tekijöitä, ja tuetaan rakentavia selviytymiskeinoja
- Keskeisin tieto hoidon suunnittelun kannalta on depressiojakson vaikeusaste
- Aiempien depressiojaksojen vaikeusaste – ovatko ne olleet nykyistä vaikeampia?
- Potilaan psykiatrinen monihäiriöisyys
- Mahdollisten aiempien hoitoyritysten teho ja haitat
- Itsemurhavaara – aiemmat itsemurhayritykset, itsemurha-ajatukset
- Toimintakyky – SOFAS-asteikko
- Somaattinen terveydentila
- Potilaan omat toiveet hoidon suhteen



Käypä hoito

Masennuslääkkeet





Lääkehoidon toteutus

- Lääkehoidon vastetta seurataan määrätietoisesti ja systemaattisesti toistuvien seurantakäynnein (1–3 viikon välein) koko akuuttivaiheen ajan
- Lääkeannosta nostetaan tarvittaessa vasteen optimoimiseksi
- Hoitovastetta on hyödyllistä arvioida depressioasteikkojen avulla
- Tavoitteena täysi oireettomuus (esimerkiksi oirepisteet < 10 Beckin depressioasteikolla)
- Mikäli tyydyttävää vastetta ei saavuteta 6–8 viikon aikana, vaihdetaan lääkettä





Masennuslääkehoidon teho ja haittavaikutukset

- Masennuslääkkeet tuottavat selvän lääkevasteen noin 2/3:lla lääkettä käyttävistä, lumelääke noin 1/3:lla **A**
- Lääkkeiden välillä on pieniä (< 10 %) eroja lääkevasteen tai täyden oireettomuuden todennäköisyydessä **B**; amitriptyliini, essitalopraami, mirtatsapiini, venlafaksiini ja sertraliini ovat hieman tehokkaampia
- Haittavaikutukset johtavat lääkehoidon lopettamiseen noin 10–20 prosentilla, hieman harvemmin uusia lääkkeitä käyttävillä **A**
- Lääkkeen valinta tehdään pääosin haittavaikutusten, lääkeinteraktioiden, hinnan ja potilaan aiempien lääkevasteiden perusteella
- Uusia lääkkeitä suosituksessa duloksetiini ja agomelatiini



Psykoottisen depression lääkehoito

- Psykoottista depressiota koskeva näyttöpohja on ohut. RCT-tutkimuksia on Cochrane-katsauksessa 10 (Ntot = 548), joista vain 2 lumekontrolloituja
- Masennus- ja psykoosilääkkeen yhdistelmä saattaa olla tehokkaampi kuin pelkkä masennuslääke. Pelkkä psykoosilääke on masennuslääkettä heikompi
- Uusien masennuslääkkeiden ja atyyppisten antipsykoottien yhdistelmiä ei ole verrattu hoitoon pelkällä uudella masennuslääkkeellä; tutkittu vain vanhoilla lääkkeillä
- Käypä hoito -työryhmä suosittaa yleensä käytettäväksi yhdistelmälääkitystä, eikä suosittele ainakaan ei-trisyklisiä masennuslääkkeitä monoterapiana käytettäväksi psykoottisessa depressiossa



Lääkeresistentti depressio

- Suosituksessa esitettyjä hoitostrategioita perusterveydenhuollossa:
 - masennuslääkkeen vaihtaminen **C**
 - vaihto venlafaksiiniin hiukan parempi kuin uusi SSRI **C**
- Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa lisäksi:
 - kahden masennuslääkkeen yhtäaikaiskäyttö **B**
 - masennuslääke + atyyppinen psykoosilääke **B**
 - litiumaugmentaatio **A**
 - buspironiaugmentaatio **C**
 - sähköhoito **C**
 - psykoterapia (ks. erillinen kappale)
- Suuri joukko (toistaiseksi) heikosti dokumentoituja ja/tai kokeellisia hoitoja on jätetty suosituksen ulkopuolelle



Jatko- ja ylläpitohoito

– Jatkohoito:

- Masennuslääkettä jatketaan aina kuusi kuukautta oireettomuuden saavuttamisen jälkeen
- Käyttö lopetetaan asteittain

– Ylläpitohoito:

- Pääsääntöisesti kaikille potilaille, joilla kolmas elämänaikainen masennustila
- Mielekästä vain keskivaikkeiden tai vaikeiden jaksojen ehkäisyssä
- Jo toisen jakson jälkeen, jos henkilö on ollut masentuneena vakavasti itsetuhoinen tai toimintakyvytön
- Lopettamista voidaan harkita usean vuoden oireettomuuden jälkeen; tällöin lopettaminen toteutetaan asteittain ja tilaa seurataan



Käypä hoito

Psykoterapiat





Psykoterapeuttista hoitoa koskevat suositukset

- Elämäntilanteen kartoittaminen ja rakentavan sopeutumisen tukeminen on osa kaikkien depressiopotilaiden hoitoa
- Lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa lyhytpsykoterapiat voivat olla yksinäänkin riittävä hoito, jos psyykinen häiriö on akuutti ja kapea-alainen
- Avohoidon vaikeissa masennustiloissa psykoterapiaa voidaan käyttää rinnakkaishoitona masennuksen lääkehoidolle
- Krooniseen ja uusiutuvaan depressioniin on kehitetty hoitomalleja (CBASB, MBCT), joita ollaan Suomessakin kehittämässä, mutta ne eivät ole vielä laajasti saatavilla
- Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän depressiopotilaan hoidossa noudatetaan häiriön omaa Käypä hoito -suositusta





Keskeiset psykoterapiamuodot depression hoidon eri vaiheissa

Hoitomuoto	Kesto ja tiheys (x = kertaa)	Näytön aste hoidon eri vaiheissa		
		Akuutti	Ylläpito ja jatkohoito	Krooninen ja komplisoitunut depressio
Kognitiivinen	Lyhyt (10–20 x, 1 x / vko)	A	-	-
	Lyhyt MBCT (8–16 x, 1 x / vko)	-	A	-
	Lyhyt tai keskipitkä CBASP (12–40 x)	-	-	B
	Pitkäkestoinen (40–160 x, 1–2 x / vko)	D	D	C
Interpersoonallinen (IPT)	Lyhyt (12–16 x, 1 x / vko)	A	A	-
Psykodynaaminen	Lyhyt (16–25 x, 1 x / vko)	B	-	-
	Pitkäkestoinen (80–240 x, 1–3 x / vko)	B	D	B

MBCT = mindfulness-based cognitive therapy
CBASP = cognitive behavioral analysis system of psychotherapy





Käypä hoito

Muut hoitomuodot





Aivostimulaatio- ja neuromodulaatiohoidot:

- Transkraniaalisen magneettistimulaation (TMS) tehosta depression akuuttihoitossa lisääntyvästi näyttöä: teho 10–16 hoitokerran jälkeen vastaa muita hoitomuotoja **A**
- TMS on päivitettyssä suosituksessa mukana yhtenä akuutin depression mahdollisena hoitomuotona, jonka keskeisin rajoite on sen saatavuus
- Lääkeresistentissä depressiossa TMS:n teho on toistaiseksi epäselvä
- Korkeafrekventtinen vasemmanpuoleinen, matala-frekventtinen oikeanpuoleinen ja bilateraallinen TMS-hoito ovat kaikki tehokkaita
- Uusista neuromodulaatiohoidoista vagaalinen hermostimulaatio (VNS) ja syvä aivostimulaatio (DBS) ovat yhä depressiossa kokeellisia hoitoja **C** , joita ei suositella käytettäväksi laajamittaisesti

Depressio ja perusterveydenhuolto

- Perusterveydenhuolto on päävastuussa lievän ja keskivaikean depression hoidosta
- Seulonta (BDI, DEPS, Prime-MD, GhQ-12) kohdistetaan depression riskiryhmiin
- Masennuslääkehoito on yhtä tuloksellista kuin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa **A**
- Psykiatriset konsultaatiot toimivat diagnostiikan ja hoitopäätösten tukena
- Depressiohoitajat voivat opastaa, seurata ja tukea masennuspotilaita
- Hoidon toteutuksessa kolmikantamalli on tehokas: perusterveydenhuollon lääkäri, depressiohoitaja ja konsultoiva psykiatri toimivat yhteistyössä
- Työterveyshuollon rooli on keskeinen sairauslomien jälkeisen työhönpaluun tukemisessa



Perusterveydenhuolto vai psykiatrinen erikoissairaanhoito?

Perusterveydenhuolto:

- Lievä tai keskivaikea depressio
- Komplisoitumaton depressio
- Ensimmäiset hoitoyritykset
- Pitkäaikainen ylläpitohoito

Psykiatrinen erikoissairaanhoito:

- Vaikea tai psykoottinen depressio
- Vaikea monihäiriöisyys
- Vakava itsetuhoisuus
- Työkyvyttömyyden pitkittymisen uhka
- Ei hyötyä tavanomaisesta akuuttihoidosta
- Ylläpitohoidon alkuvaihe

Nuorten depressiot

- Nuorten depression hoito
 - Erityispiirteenä on pyrkimys nuoruusiän psyykkisen kehityksen tukemiseen hoitosuhteessa
 - Erikoissairaanhoidon rooli on nuorten hoidossa korostuneempi kuin aikuisilla
- Psykososiaaliset hoitomuodot
 - Perusterveydenhuollossa ja kouluissa on paikallaan arvioida nuoren tilaa ja selvittää hänen perhe- ja koulutilannettaan
 - Depressiota koskevan tiedon tarjoaminen nuorelle ja hänen vanhemmilleen sekä koulunkäynnin jatkuvuuden tukeminen tarvittaessa erityisjärjestelyin ovat hyödyksi



Nuorten depressiot

Psykoterapiat

- Lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa suositeltavimpia ovat psykoterapeuttiset hoitomuodot:
 - kognitiivinen yksilöterapia ja ryhmäterapia **A**
 - nuorille sovellettu interpersonaalinen yksilöpsykoterapia **A**
- Psykodynaamisesta yksilöpsykoterapiasta on kliinistä kokemusta, mutta ei kontrolloitua tutkimustietoa. Sitä ja supportiivista psykoterapiaa voidaan käyttää depressiosta kärsivien nuorten hoidossa **C**
- Perheterapia on hyödyllistä, kun perhetekijät liittyvät nuoren depression voimakkaasti **B**
- Nuorten lievien ja keskivaikeiden depressioiden hoito voidaan aloittaa yleensä psykoterapeuttisin interventioin ja liittää hoitoon masennuslääke, ellei hoitovastetta ole saavutettu noin kuukaudessa



Nuorten depressiot

Masennuslääkehoito

- Varhaisnuorten osalta suositellaan lääkehoidon aloittamista ja varsinaisen depression psykoterapian toteuttamista pääosin nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa
- Varttuneempien nuorten (≥ 17 -vuotiaiden) masennuslääkehoito voidaan aloittaa myös perusterveydenhuollossa
- Alle 18-vuotiaiden depressioiden masennuslääkehoito suositellaan aloitettavaksi ensisijaisesti fluoksetiinilla **A**
- Muita SSRI-ryhmän masennuslääkkeitä **B** voidaan harkitusti kokeilla alle 18-vuotiailla, ellei fluoksetiini tehoa tai sovellu
- Trisyklisiä masennuslääkkeitä ei suositella. Niiden käyttöä voidaan harkita vain, jos muilla masennuslääkkeillä ei ole saatu aikaan vastetta **B**





Nuorten depressiot

Masennuslääkehoito

- Nuorten potilaiden vaikeiden depressioiden hoidossa on yleensä aiheellista käyttää masennuslääkettä alusta lähtien
- Masennuslääkehoito on syytä aloittaa myös keski-vaikeassa depressiossa, ellei pätevää psyko-terapeutista hoitoa ole saatavilla tai se viivästyy
- Nuorten psykoottisen depression hoidossa suositellaan masennus- ja psykoosilääkkeen yhdistämistä **C**
- Nuorten lääkeresistentin depression hoidossa suositellaan vaihtaman toiseen SSRI-lääkkeeseen ja liittämään hoitoon kognitiivinen terapia **B**



Nuorten depressiot

Masennuslääkehoito

- SSRI-lääkkeiden käyttöön voi nuorilla liittyä hoidon alkuvaiheessa itsemurha-ajatusten ja itsetuhoisten tekojen riski **A**
 - Nuorten depressiolääkehoitoa suositellaan seurattavaksi kerran viikossa kuukauden ajan lääkehoidon aloittamisesta terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolla
- Lääkkeen valinnassa 18 vuotta täyttäneisiin nuoriin pätevät aikuisia koskevat suositukset



Nuorten depressiot

Jatko- ja estohoito, ECT, kirkasvalohoito

- Myös nuorilla masennuslääkettä käytetään jatkohoitona noin puolen vuoden ajan relapsin ehkäisemiseksi **B**
- Akuuttihoidon jälkeen jatkohoito fluoksetiinilla suojaa relapseilta **B**
- Myös nuoruusiän depressioihin liittyy merkittävä uusiutumisen vaara
- Akuuttihoidon jälkeen jatkohoito fluoksetiinin ja kognitiivis-behavioraalisen terapian yhdistelmällä suojaa relapseilta paremmin kuin pelkkä fluoksetiini **B**
- Psykoterapeuttista ylläpitohoitoa voidaan toteuttaa harvajaksoisin seurantatapaamisin esimerkiksi tiiviimmän yksilöterapian jälkeen **C**
- Sähköhoidon **C** ja kirkasvalohoidon **B** aiheet, vaikuttavuus ja haittavaikutukset ovat nuorilla samat kuin aikuisilla



Vanhusten depressio

- Ainakin alle 75-vuotiailla diagnostiikka ja hoito ovat pääpiirteittäin samanlaisia kuin nuoremmissa ikäryhmissä
- Yli 75-vuotiaiden depression hoidosta on edelleen varsin vähän tutkimuksia
- Diagnostiikassa voidaan käyttää apuna GDS-asteikkoa (Geriatric Depression Scale)
- Iän myötä tarve integroida psykiatrista ja somaattista hoitoa kasvaa
- Jos ensimmäinen depressiojakso tulee vasta myöhemmällä iällä, on erityisen tarkkaan mietittävä mahdollisen somaattisen sairauden merkitys etiologisena tai myötävaikuttavana tekijänä



Vanhusten depressio

- Depression akuuttihoidon psykoterapeuttiset menetelmät ovat tehokkaita vanhuksilla **B**
- Masennuslääkkeiden käyttö on tuloksellista vanhuksilla **A**
- Uudet masennuslääkkeet ovat vähäisempien haittavaikutustensa takia suositeltavia verrattuna trisyklisiin lääkkeisiin
- Sähköhoito on tehokasta ja turvallista myös yli 75-vuotiailla **B**

Somaattinen sairaus ja depressio

- Depressio on yleinen ongelma somaattisesta sairaudesta kärsivillä
- Depressio lisää ainakin sydäninfarktin, aivohalvauksen ja Alzheimerin taudin ilmaantuvuutta
- Somaattisesti sairaan potilaan kohdalla ei ole aina helppoa erottaa somaattisen sairauden ja depression oireita toisistaan
 - Affektiiviset (esim. masentunut mieliala) ja kognitiiviset depressio-oireet (esim. keskittymiskyvyn vaikeus) johtuvat harvemmin suoraan somaattisesta sairaudesta kuin vegetatiiviset oireet (esim. väsymys, laihtuminen)
 - Näin ollen diagnostiikassa on syytä kiinnittää erityistä huomiota affektiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin

Somaattinen sairaus ja depressio

- Psykoterapia on hyödyllistä somaattista sairautta sairastavien depressiopotilaiden hoidossa **B**
- Masennuslääkehoito on tehokasta somaattiseen sairauteen liittyvässä depressiossa **A**
- Odotettavissa olevat haittavaikutukset ja interaktiot ovat keskeinen lääkevalintaa ohjaava tekijä
- Itsenäinen kroonista kipua lievittävä vaikutus on todettu olevan trisyklisillä lääkkeillä, duloksetiinilla, venlafaksiinilla ja milnasipraanilla



Toimintakyvyn arviointi ja sairauspoissaolon tarve

- Toimintakykyä arvioitaessa on hyvä selvittää konkreettisesti, mihin potilas pystyy ja mihin ei
- Kokonaisarvio toimintakyvystä SOFAS-asteikolla
- Depressiopotilaan sairauspoissaolon tarpeeseen vaikuttavat sekä toimintakyvyn heikkeneminen, työn vaatimukset, että työpaikan mahdollisuudet tukitoimiin tai työjärjestelyihin
- Jos tarvitaan sairauspoissaoloa, niin tarvitaan myös aktiivista hoitoa ja suunnitelma työhönpaluusta
- Poissaolon kesto mitoitetaan hoitosuunnitelman, odotetun hoitovasteen ja seurantakäyntien mukaan
- Pitkittyvissä ja toistuvissa sairauslomatapauksissa yhteys työterveyshuoltoon viimeistään 4–6 kuukauden kohdalla



Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä

Puheenjohtaja:

Erkki Isometsä, professori; Helsingin yliopisto

Jäsenet:

Pekka Jousilahti, Käypä hoito -toimittaja, tutkimusprofessori;
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

Olavi Lindfors, PsL, tutkimuspäällikkö;
Biomedicum Helsinki, Helsingin Psykoterapiatutkimus

Sinikka Luutonen, LT, kliininen opettaja;
Turun yliopisto ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosalue

Mauri Marttunen, nuorisopsykiatrian professori; Helsingin yliopisto

Sami Pirkola, dosentti, vastaava ylilääkäri;
HYKS:n psykiatrian tulosityksikkö, Helsingin alue

Jouko K. Salminen, LKT, psykiatrian dosentti;
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, väestötutkimuslaboratorio, Turku

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä

Asiantuntijat:

Elina Kinnunen, psykiatrian erikoislääkäri;
Kuntoutuskeskus Petrea, Turku

Iris Pasternack, LL, tutkijalääkäri;
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos / Finohta, Helsinki

Erkka Syvälahti, professori;
Turun yliopisto, biolääketieteen laitos

Maria Vuorilehto, LT, lääkintöneuvos;
Sosiaali- ja terveysministeriö

Diojen asiasisältö Erkki Isometsä, ulkoasu Marjo Lepistö ja Kirsi Tarnanen