

Vaativattomat hoitotavoitteet haaskaavat resursseja

Mistä hoitoa vakavasti masentuneelle?

Masennuksesta puhuttaessa käsitteet menevät helposti sekaisin: on masennusta ja ”masennusta”. Erittäin vakavasti masentunut ja lievästä alakulosta kärsivä ovat hoidon tarpeen kannalta täysin eri asemassa. Jokaisella kansalaisella on käytössään sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut arkipäivän huolien sekä tavanomaisten ja pitkäaikaissairauksien varalta. Masennuksenkin suuri massa kohdataan peruspalveluissa. Terveyskeskusten ja työterveyshuollon suuri haaste on löytää ajoissa ne masennuspotilaat, jotka tarvitsevat erikoissairaanhoidoa. Hyvän hoidon ensimmäinen askel on kohdata potilas yksilönä (Rovasalo ja Melartin 2009).

Masennus ei ole yleistynyt, se on aina ollut yleistä (Lönnqvist 2009). Masennus on noussut tietoisuuteemme muun muassa siksi, että sitä esiintyy yhä nuoremmilla. Lieväkin masennus paljastuu entistä helpommin yhteistyötaitoja ja verkostoitumista vaativassa työssä.

Masennuksen hoidon tarve ylittää käytösämme olevat voimavarat. Paine suuntautuu erityisesti peruspalveluihin, joissa suuri osa masentuneista kohdataan ja tulee kohdata (www.thl.fi/mielijapaihde). Hoitojärjestelmän kehittäminen on myötätulessa. Järjestelmän tulisi taata, että potilas pääsee hänelle sopivaan hoitoon ilman tarpeettomia viiveitä. Masennuksen hoidon pitäisi yleensä onnistua ensimmäisten kuukausien aikana.

Yleislääkärit kykenevät sulkemaan hyvin pois ei-depressiiviset henkilöt seuloessaan masennusta, mutta samalla he yliagnostoivat masennusta (Mitchell ym. 2009). Tähän asti olemme olleet huolissamme depression

alidiagnosoinnista ja alihoidosta. Nyt uhkana onkin yliagnostiikka, joka johtaa potilaskasvuun. Terveystieteiden henkilöstön tulisikin erottaa yleinen psyykinen kuormittuneisuus masennuksesta ja kyetä arvioimaan masennuksen vaikeusaste paremmin.

Päivystysvastaanottoon tai ensitapaamiseen perustuvat arvioinnit ovat vaikeita. Kiire lisää väärin arvioiden riskiä ja turhaa työtä. Hoitojärjestelmän ruuhkautuminen johtaa helposti siihen, että vakavasti masentuneet eivät saa oikeaan aikaan tarvitsemaansa asiantuntevaa arviota eivätkä myöskään asianmukaista hoitoa. Vaatimus lisää painetta etsiä uusia työtapoja terveyskeskukseen. Samanlaisia haasteita on myös psykiatrisessa avohoidossa.

Masennuksen hoidon edistämiseksi on jo tehty paljon myönteistä. Masennushoitajat tukevat terveyskeskuksen työtä. Erikoissairaanhoidon kohdentaa voimavarojaan mielialahäiriöihin omana hoitoprosessinaan. Sosiaali- ja terveysministeriön Masto-hanke on tukenut työterveyshuollon vastuuta. Mieli-ohjelma luo puitteita koko mielenterveys- ja päihdehoidon uudistamiselle. Useat alueet ja kunnat ovat nostaneet depression hoidon kärkihankkeekseen.

Suomessa on käytössä juuri päivitetty ja hyvin asiantuntevasti tehty depression Käypä hoito -suositus, jonka sisältö on linjassa vastaavien ulkomaisten ohjeiden kanssa (Davidson 2010). Vakavan masennuksen hoito on aina yksilöllisesti suunniteltua. Sen tulee valmentaa potilas mahdolliseen pitkäaikaiseen hoitoon. Masennuksen vaikeusasteen muutosta on seurattava asianmukaisilla mittareilla, ja hoito tähtää täyteen paranemiseen eikä vain osittaiseen toipumiseen.

Vakavan masennuksen hyvä hoito vaatii hyvin toimivan hoitosuhteen lisäksi tavallisesti asianmukaista lääkitystä, akuuteimman vaiheen jälkeen usein myös psykoterapiaa ja aina sosiaalista tukea. Lääkehoito ja psykoterapia on usein asetettu vastakkain tarpeettomasti. Psykoterapiasta on hyötyä sopeutumisessa silloinkin, kun vakavaan masennukseen ei liity psykologisia syytekijöitä. Lääkehoito on oireenmukaista eikä perustu etiologisiin oletuksiin. Sen mahdollisuuksia yliarvioidaan usein. Todennäköisyys hyötyä lääkehoidosta on sitä suurempi, mitä vakavammasta masennuksesta on kyse (Fournier ym. 2010).

Hyväkään hoito-ohjelma ei paranna kehtään erikoissairaanhoidossa elleivät ohjeet kanavoidu potilaan hoitosuunnitelmaksi. Erikoistuminen mielialahäiriöiden hoitoon ja vuorovaikutteinen konsultaatio perusterveydenhuollon kanssa ovat keinoja ”muuttaa sana lihaksi”. Interaktiivisen tietotekniikan avulla voidaan tehostaa potilaan ja hoitojärjestelmän välistä tiedonvaihtoa.

Kun kysyntä kasvaa ja voimavarat ovat rajalliset, nousee esille priorisointi. Lievän masennuksen ja psyykkisen kuormituksen kohdatessaan puolet yleislääkärin potilaista pitää suotavampana epämuodollista apua ja ihmissuhteita kuin varsinaista masennuksen hoitoa (Walters ym. 2008). Monet eivät edes halua hoidon piiriin vaan selviytyvät omin avuin elämänsä vaikeuksista. Strategisesti tärkeä kysymys on, hoidammeko kaikkia hoitoon haluvia masennuspotilaitamme vähän vai keskitämmekö voimavarat johonkin osaryhmään masentuneita.

MASTO-ohjelmassa on keskitytty toiminta- ja työkyvyn säilyttämiseen ja palauttamiseen sekä ehkäisemään ennenaikaista eläkkeelle siirtymistä. Depression väestötasoisessa ehkäisyssä ja hoidossa pyritään käyttämään keinoja, joilla depression taakkaa pystyttäisiin tehokkaimmin pienentämään. Hyvin perustein on esitetty, että pieni hyöty koko väestölle tuottaa paremman kokonaistuloksen kuin intensiivinen hoito pienelle ryhmälle hyvin vakavasti masentuneita. Väestöstrategia, riskiryhmiin keskittyminen ja yksittäisten masennuspotilaiden hoito ovat kaikki oikeita menet-

telytapoja, ja niitä tulisi toteuttaa tasapainoisesti rinnakkain. Terveydenhuollon työntekijä on totunnaisesti pyrkinyt auttamaan jokaista potilastaan parhaan taitonsa mukaisesti. Vaikean masennuksen hoidossa ”hieman auttamisesta” ei ole juuri hyötyä; päinvastoin vaatimattomat hoitotavoitteet muodostuvat hukka-investoinniksi. Vakavan masennuksen hoidon tavoitteena on masennuksesta toipuminen eikä vain masennuksen lievittyminen.

Aivojen toiminta voi elpyä ja aktivoitua keskushermoston kasvutekijöiden, ravinnon, liikunnan, kirkasvalon, sähköhoidon, transkraniaalisen magneettistimulaation (George ym. 2010) tai mielikuvien ja elämysten avulla. Vakavan masennuksen hoidon onnistuminen vaatii kuitenkin paljon muuta kuin aivojen stimulaatiota. Tarvitaan luutuneen hoitojärjestelmän ravistelua sekä omien asenteidemme muutosta. Depressiota kannattaa hoitaa hyvin. ■

KIRJALLISUUTTA

- Davidson JR. Major depressive disorder treatment guidelines in America an Europe. *J Clin Psychiatry* 2010;71
- Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, ym. Antidepressant drug effects and depression severity. A patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010;303:1:47–53.
- George MS, Lisanby SH, Avery D, ym. Daily left prefrontal transcranial magnetic stimulation therapy for major depression disorder. A sham-controlled randomized trial. *Arch Gen Psychiat* 2010;67:5:507–16.
- Lönnqvist J. Masennus ei ole lisääntynyt. *Suom Lääkäril* 2009;64:43:3628
- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009;374:609–19.
- Rovasalo A, Melartin T. Älä anna masennuksen tarttua. *Duodecim* 2009;125:1767–8.
- Walters K, Buszewicz M, Weich S, King M. Help-seeking preferences for psychological distress in primary care: effect of current mental state. *Br J Gen Pract* 2008;58:694–8.



JOUKO LÖNNQVIST, LKT, professori
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30, 00271 Helsinki
Helsingin yliopisto / HUS, psykiatrian
klinikka

SIDONNAISUUDET

Ei ilmoitusta sidonnaisuuksista.