

## Masennuksen tehokas hoito tuo yhteiskunnalle säästöjä

**Tero Taiminen**

Valtiovarainministeriö ja hallitus vaikuttavat ajattelevan, että kun hyvinvointialueiden rahoituksesta säästetään, se tuo säästöä koko yhteiskunnalle. Vakavan masennuksen hoito on hyvä esimerkki siitä, että monien sairauksien kohdalla tämä ei ole totta.

Vakava masennustila on noussut yleisimmäksi työkyvyttömyyttä aiheuttavaksi sairaudeksi, joka synnyttää Suomessa vuosittain yli miljardin euron kokonaiskustannukset. Pohjoismaissa masennuksen yhteiskunnalle aiheuttamista kustannuksista vain alle 20 % muodostuu terveydenhuollossa – yli 80 % syntyy sairauslomista, työkyvyttömyyseläkkeistä ja itsemurhista (1,2).

Vakavista masennuksista noin 11 % on Suomessa hoitoresistenttejä: potilaat eivät parane psykoterapialla tai tavanomaisella lääkehoidolla (3). Hoitoresistenteistäkin potilaista kuitenkin yli puolet saavuttaa hoitovasteen (oireiden voimakkuus vähenee alle puoleen lähtötilanteesta) psykiatrisissa neuromodulaatioyksiköissä annettavilla hoidoilla: aivojen sähköhoidolla (ECT) ja laskimoon annettavalla ketamiini-infuusiolla (4,5).

Tuoreen tutkimuksen mukaan unilateraalinen ECT ja i.v. ketamiini ovat yhtä tehokkaita (6). Ketamiini näyttää olevan ECT-hoitoa tehokkaampaa nuorten hoidossa, ECT soveltuu psykoottisille ja iäkkäille potilaille (5,7).



Tero Taiminen

Hoitovasteen saavuttaminen merkitsee usein sitä, että potilas kykenee jäljellä olevista masennusoireista huolimatta palaamaan työhön tai opiskeluun. Hoitovasteen tuoma toimintakyvyn palautuminen on yhteiskunnan kustannusten kannalta tärkeää, koska näin vältetään pitkittynyt työkyvyttömyys: Vain pieni osa masennuspotilaista palaa yli vuoden kestäneeltä määräaikalaiselta kuntoutustuelta työelämään. Suurin osa päätyy sairaseläkkeelle.

Sarjamagneettistimulaatiosta (rTMS) on hiljan kehitetty nopea, tehostettu versio, joka näyttää olevan jopa ECT- ja ketamiini-hoitoja tehokkaampi. Tässä Stanfordin mallissa potilaalle annetaan viiden päivän aikana 10 päivittäistä 6 minuutin hoitokertaa käyttämällä intermittoivaa thetapursketta (iTBS), jonka avulla suuri pulssimäärä, 18 000 pulssia päivässä, voidaan antaa tavanomaista rTMS-hoitoa lyhyemmässä ajassa (8).

Stanfordin mallia ei toistaiseksi ole otettu Suomessa kliniseen käyttöön, koska se vie runsaasti henkilökunnan aikaa. Suomessa kaksi sairaanhoitajaa kykenisi hoitamaan viikon aikana yhdellä TMS-laitteella vain kolmea potilasta kerrallaan. Mallin käyttöönotto edellyttäisi uusien TMS-laitteiden hankkimista ja hoidon toteuttamiseen koulutettavien sairaanhoitajien rekrytointia.

Masennuspotilaan pysyvän työkyvyttömyyden yhteiskunnalle aiheuttamat kustannukset ovat usein potilaan iästä ja koulutuksesta riippuen 200 000–2 000 000 euroa. Masennuksen neuromodulaatiohoitojen kustannukset Varhan alueella ovat: ketamiini-infusiot 500 euroa kuukaudessa ja ECT 7 000 euroa tavanomaiselta kuukauden hoitajaksolta. Stanfordin mallin mukainen viikon rTMS-hoitajakso maksaisi 3 500 euroa.

Vasteen saavuttaminen ei aina merkitse työkyvyn palautumista, ja osalla potilaista masennus uusiutuu. Kaikkia neuromodulaatiohoitoja voidaan käyttää myös pitkäkestoisena, masennuksen uusiutumista ehkäisevänä ylläpitohoitona (4). Kun neuromodulaatiohoitojen kustannuksia vertaa työkyvyttömyyden aiheuttamiin kustannuksiin, huomaa, että masennuksen tehokkaisiin hoitoihin panostaminen tuo yhteiskunnalle merkittäviä säästöjä.

## Kirjoittaja

Tero Taiminen  
LT, psykiatrian dosentti  
ylilääkäri, Tyks, psykiatrian neuromodulaatioyksikkö

---

## Sidonnaisuudet

Tero Taiminen: Konsultointi (Asianajotoimisto Jarkko Männistö Oy), luentopalkkiot (Janssen–Cilag, Lundbeck, Turun yliopisto, Kys, Suomen Psykiatriyhdistys), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim).

## Kirjallisuutta

- 1 Sobocki P, Lekander I, Borgström F ym. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *Eur Psychiatry* 2007;22:146–52.
- 2 Christensen MK, McGrath JJ, Momen NC ym. The cost of mental disorders in Denmark: a register-based study. *NJP Mental Health Res* 2022. [doi.org/10.1038/s44184-022-00001-y](https://doi.org/10.1038/s44184-022-00001-y)
- 3 Lähteenvuo M, Taipale H, Tanskanen A ym. Courses of treatment and risk factors for treatment-resistant depression in Finnish primary and special healthcare: a nationwide cohort study: *J Affect Disord* 2022;308:236–42.
- 4 Taiminen T. Lääkeresistentin masennuksen hoito. *Duodecim* 2013;129:2149–56.
- 5 Taiminen T. Ketamiini masennuksen hoitona. *Duodecim* 2017;133:52–60.

- 6 Anand A, Mathew SJ, Sanacora G ym. Ketamine versus ECT for nonpsychotic treatment-resistant major depression. *N Engl J Med* 2023;388:2315–25.
- 7 Ekstrand J, Fattah C, Persson M ym. Racemic ketamine as an alternative to electroconvulsive therapy for unipolar depression: a randomized, open-label, non-inferiority trial (KetECT). *Int J Neuropsychopharmacology* 2022;25:339–49.
- 8 Neuteboom D, Zantvoord JB, Goya-Maldonado R ym. Accelerated intermittent theta burst stimulation in major depressive disorder: a systematic review. *Psychiatry Res* 2023;327:115429.