LAUSUNTO
18.11.2026

Sosiaali- ja terveysministeriö
Naisten terveyden strategiatyöryhmä

Asia: Lausunto naisten terveysstrategiaan
Hanketunnus: STM051:00/2026
Asianumero: VN/14719/2026

Tiivistelmä

Britannian hallituksen toimeksiannosta laadittu riippumaton Cumberlege-selvitys (First Do No Harm, 2020) osoitti, miten erityisesti naisten kokemiin vakaviin iatrogeenisiin eli hoidosta aiheutuneisiin haittoihin reagoitiin liian hitaasti, potilaiden kertomuksia sivuutettiin ja heille jätettiin antamatta olennaista tietoa hoitojen riskeistä.[1] Selvitys käsitteli raskaudenaikaista valproaatin käyttöä, hormonaalisia raskaustestejä, kuten Primodosia[2], sekä lantionpohjan verkkoimplantteja. Cumberlege-selvityksen potilasturvallisuutta koskevat havainnot osoittavat, miksi myös mielenterveyshoitojen mahdolliset pitkäaikaiset tai pysyvät haitat ja niitä kokeneiden naisten kuuleminen on sisällytettävä naisten terveysstrategiaan.

Naisten terveysstrategiassa on tarkasteltava hoitoon pääsyn puutteiden ja alidiagnosoinnin rinnalla myös mahdollista mielenterveyshäiriöiden ylidiagnosointia sekä iatrogeenisia haittoja. Erityisesti on arvioitava, missä määrin naisten tunteita ja ymmärrettäviä reaktioita vaikeisiin elämäntilanteisiin patologisoidaan ja tulkitaan psykiatrisiksi sairauksiksi. Tytöille ja naisille määrätään masennuslääkkeitä huomattavasti useammin kuin pojille ja miehille. Vuonna 2025 masennuslääkkeitä käytti noin joka kuudes 18–29-vuotias nainen (17,7 %) ja noin joka kolmastoista mies (7,6 %). SSRI-lääkkeitä käytti vastaavasti 11,5 % samanikäisistä naisista ja 4,4 % samanikäisistä miehistä (Kela 2026 d, Kela Tietotarjotin). Ruotsalaisessa yli 60-vuotiaita koskeneessa tutkimuksessa naisilla oli masennusoireiden ja muiden keskeisten tekijöiden vakioinnin jälkeen 44 % suurempi masennusdiagnoosin esiintyvyys ja 31 % suurempi masennuslääkkeiden käytön esiintyvyys kuin miehillä (Bacigalupe ym. 2024). Myös sähköhoitoa saaneista naiset ovat useimmissa aineistoissa enemmistönä.

Strategiassa on huomioitava hoidon mahdollisesti pitkäkestoiset tai pysyvät seuraukset, kuten PSSD ja siihen usein liittyvät kokonaisvaltaiset tunne-elämän muutokset, pitkittyneet masennuslääkkeiden vieroitusoireet, raskaudenaikaiseen masennuslääkealtistukseen liittyvät tunnetut riskit ja epävarmat pitkäaikaisvaikutukset sekä sähköhoidon mahdolliset pitkäaikaiset muistiin, tunne-elämään ja kognitioon liittyvät haitat. Nämä haitat koskevat myös miehiä, mutta naisten suurempi altistus masennuslääkkeille, lisääntymisterveyteen liittyvät erityiskysymykset ja hoitojen mahdolliset sukupuolittuneet vaikutukset tekevät niiden tunnistamisesta, ehkäisemisestä ja asianmukaisesta hoidosta tasa-arvokysymyksen. Siksi ne on nostettava naisten terveysstrategiassa esiin sekä potilasturvallisuuden että sukupuolten tasa-arvon näkökulmasta.

Lausunnossa esitetään kymmenen toimenpide-ehdotusta, jotka koskevat potilasturvallisuutta, tietoon perustuvaa suostumusta, lisääntymisterveyttä, lääkkeettömien hoitojen saatavuutta,

[1] Keskeisiä havaintoja kuvattiin mm. otsikoilla ”No-one is listening” (Kukaan ei kuuntele) ja ”I was never told” (Minulle ei koskaan kerrottu)

[2] Hormonaalisten raskaustestien, kuten Primodosin, käyttöä ja historiaa on käsitelty myös suomalaisessa tutkimuskirjallisuudessa (Wessel 2018).

sukupuolittuneen medikalisaation selvittämistä, PSSD:tä, vieroitusoireita, sähköhoitoa, alaikäisten masennuslääkehoidon turvallisuutta sekä päätöksenteon riippumattomuutta, sidonnaisuuksien avoimuutta ja hoitohaittoja kokeneiden osallisuutta. Tavoitteena ei ole tarpeellisen hoidon epääminen vaan hoidon turvallisuuden ja vaikuttavuuden parantaminen, potilaiden itsemääräämisoikeuden turvaaminen sekä hoitohaittojen tunnistaminen, ehkäiseminen ja asianmukaisen tuen varmistaminen haittoja saaneille.

Lausunnon kymmenen strategiaehdotusta esitetään ensin. Niiden yksityiskohtaiset tutkimukselliset, potilasturvallisuuteen liittyvät ja oikeudelliset perustelut sekä lähteet on koottu lausunnon liitteeseen ja lähdeluetteloon. Liite on olennainen osa lausuntoa, ja sen tarkoituksena on mahdollistaa ehdotusten perusteiden ja tutkimusnäytön arviointi. Strategiatyöryhmää pyydetään käsittelemään ehdotukset yhdessä niitä koskevien perustelujen kanssa.

Strategiaehdotukset

1. Hoidon turvallisuus ja iatrogeeniset haitat tulee ottaa omaksi painopisteeksi. Strategiaan sisällytetään alidiagnosoinnin lisäksi naisten oireiden ylidiagnosointi, naisten tunteiden medikalisointi sekä pitkäkestoiset ja pysyvät haitat ja kuolemantapaukset. Hoidon turvallisuutta tulee arvioida tunteisiin, identiteettiin, ihmissuhteisiin, seksuaalisuuteen, vanhemmuuteen ja työkykyyn kohdistuvien riskien sekä mahdollisen itsemurhariskin lisääntymisen ja ennenaikaisen kuoleman riskin kannalta. Lääkehoitojen pitkäaikaisia hyötyjä ja haittoja tulee tutkia rekisteriaineistojen avulla tarkastelemalla niiden yhteyttä potilaiden toimintakykyyn, sairauspäivärahakausiin, työkyvyttömyyseläkkeisiin, itsetuhoisuuteen ja kuolleisuuteen. Hoidon vakiintuneisuus tai hoitosuositusten mukaisuus ei itsessään osoita hoidon vaikuttavuutta, turvallisuutta tai hyväksyttävää hyöty–haittasuhdetta. Strategiassa tulee edellyttää hoitojen riippumatonta, laadukkaaseen tutkimusnäyttöön perustuvaa arviointia sekä potilaalle merkityksellisten hyötyjen ja pitkäaikaishaittojen järjestelmällistä seurantaa.

2. Tietoon perustuva suostumus ja kirjallinen riskitieto on turvattava hoidoissa, joihin liittyy pitkäaikaisten tai pysyvien haittojen riski. Ennen psyykenlääkityksen aloittamista tulee taata kirjallinen selvitys odotettavasta hyödystä ja näytöstä, joka puoltaa hoitoa, lääkkeettömistä vaihtoehdoista, vieroitusoireista sekä mahdollisesti elinikäisistä haitoista, kuten PSSD:stä. Hoidon odotettavissa olevat hyödyt ja haitat tulee punnita yhdessä potilaan kanssa, ja potilaalle on selvitettävä myös tutkimusnäytön laatua, kliinistä merkitystä ja pitkäaikaisturvallisuutta koskevat epävarmuudet. Hoitosuosituksen noudattaminen ei korvaa tätä yksilöllistä arviointia. Potilaille tulee kertoa, että masennuslääkkeet voivat aiheuttaa tunteiden latistumista käytön aikana ja että tunne-elämän muutokset voivat jatkua lääkityksen lopettamisen jälkeen tai vasta alkaa silloin ja jäädä pysyviksi ja elämää muuttaviksi. Potilaille tulee kertoa myös sairastuneiden raportoimista poikkeuksellisen vakavista ja pitkäkestoisista tunne-elämän muutoksista, jotka voivat ilmetä täydellisenä ja mahdollisesti pysyväksi jäävänä kyvyttömyytenä kokea iloa, mielihyvää, rakkautta, empatiaa tai kiintymystä. Potilaalle annettu kirjallinen riskitieto, käyty keskustelu, potilaan esittämät kysymykset ja hänen suostumuksensa tulee dokumentoida potilaskertomukseen.[3] On huomioitava, että lapsi ei voi antaa aidosti tietoon perustuvaa suostumusta sellaisen toimintakyvyn menettämisen riskiin, jonka merkitystä hän ei vielä kykene ymmärtämään. Myös huoltajan hyväksymässä hoidossa on suojeltava lapsen tulevaa seksuaalista toimintakykyä. Muutaman kuukauden mahdollista oirehyötyä on punnittava sen rinnalla, että haitta voi kestää vuosia tai olla elinikäinen. Sähköhoidon eli ECT:n hyödyistä saadun näytön vahvuus ja rajoitukset sekä

[3] Kirjallinen riskitieto ja suostumuksen dokumentointi eivät korvaa potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välistä keskustelua eivätkä siirrä hoitovastuuta potilaalle. MHRA:n asiantuntijaryhmä piti allekirjoitettaviin riskilomakkeisiin liittyvänä ongelmana muun muassa mahdollista vaikutelmaa vastuun siirtymisestä potilaalle ja suositti yksilöllistä keskustelua sekä kirjallista potilasinformaatiota (MHRA 2026c, s. 16 ja 24).

pitkäaikaisten muistihaittojen, muiden kognitiivisten ja emotionaalisten haittojen ja mahdollisen aivovaurion riskit selvitetään potilaalle kirjallisesti (WHO/OHCHR 2023, s. 58). Suomen tulee edistää masennuslääkkeiden pitkäaikaishaittoja koskevien varoitusten vahvistamista EU:n lääkevalvonnassa sekä toteuttaa kansallisia potilasturvallisuustoimia, kuten **lähettää lääkäreille lääketurvatiedote PSSD-riskistä** ja päivittää kirjalliset riskitiedot ja lisätä masennuksen ja ahdistuneisuushäiriön hoitosuosituksiin maininta PSSD:stä riippumatta EU-tason muutosten aikataulusta.[4]

3. Lisääntymisterveys, sikiön altistus ja vanhemmuus huomioidaan hoitoa aloitettaessa. Tytöille ja lisääntymisikäisille naisille kerrotaan raskaudenaikaisen SSRI/SNRI-altistuksen riskeistä ennen lääkkeiden määräämistä: vastasyntyneen persistoivasta pulmonaalihypertensiosta (PPHN), kohonneesta riskistä synnytyksen jälkeiseen verenvuotoon sekä siitä, että tutkimuksissa on havaittu masennuslääkkeiden altistukseen liittyviä eroja sikiön, vastasyntyneen tai lapsen aivojen rakenteessa tai toiminnassa. Kliinistä merkitystä ei vielä tunneta, ja tästä epävarmuudesta on kerrottava. Terveydenhuollon ammattilaisia, mukaan lukien neuvoloiden ja synnytyssairaaloiden henkilöstö, tulee kouluttaa SSRI- ja SNRI-lääkityksen vaikutuksista seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Tytöille ja naisille on kerrottava jo ennen lääkityksen aloittamista seksuaalisten haittojen mahdollisesta pysyvyydestä myös lääkityksen lopettamisen jälkeen, hedelmällisyyteen liittyvästä epävarmuudesta koskien masennuslääkkeiden vaikutuksia sekä mahdollisista vaikutuksista raskauteen, sikiön kehitykseen, synnytykseen ja vastasyntyneeseen. Raskautta suunnitteleville ja raskaana oleville on tarjottava tutkimusnäyttöön perustuva hyöty–haitta-arvio, jossa käsitellään myös lääkkeettömät hoitovaihtoehdot ja lääkityksen mahdolliseen lopettamiseen liittyvät riskit. Riskitiedon hankkiminen, arviointi ja hoidon suunnittelu eivät saa jäädä yksin potilaan vastuulle.

Potilaalle tulee kertoa, että tunteiden latistuminen voi heikentää ilon ja onnen tunteita lapsen syntymästä ja aiheuttaa vaikutuksia vanhemmuuteen. Strategiaan tulee sisällyttää toimenpide riippumattoman tutkimuksen käynnistämiseksi raskaudenaikaisen masennuslääkealtistuksen mahdollisista pitkäaikaisvaikutuksista jälkeläisten neurokehitykseen, tunne-elämään, mielihyvän kokemiseen ja seksuaaliseen kehitykseen. Tutkimuksissa tulee hyödyntää jo aiemmin altistuneiden lasten, nuorten ja aikuisten tietoja sekä toteuttaa heidän kokemuksiaan ja toimintakykyään selvittäviä tutkimuksia. Lisäksi tarvitaan pitkäaikaisseurantaa, joka ulottuu aikuisuuteen. Väestötasolla on selvitettävä, miten SSRI-lääkkeisiin liittyvät muutokset ihastumisessa, seksuaalisessa halussa ja läheisyyden kokemisessa vaikuttavat parisuhteiden muodostumiseen, päätökseen yrittää saada lapsia ja syntyvyyteen.

4. Lääkkeettömät hoitovaihtoehdot ja mielenterveyttä edistävät toimenpiteet tosiasiallisesti saataville. Potilaalle kerrotaan lääkkeettömistä vaihtoehdoista ennen hoitopäätöstä, ja niitä on oltava käytännössä saatavilla. WHO:n ohjeessa (WHO 2025, s. 91) esitellään mielenterveyden hoidon ja hyvinvoinnin edistämisen lääkkeettömiä vaihtoehtoja, jotka kattavat psykologisia hoitoja, fyysiseen terveyteen ja elämäntapoihin liittyviä interventioita sekä sosiaalisia ja taloudellisia tukitoimia. WHO:n vuoden 2023 mhGAP-ohjeessa strukturoiduille psykologisille interventioille annetaan **vahva suositus** aikuisten keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa, kun taas

[4] Irlanti on EU:sta riippumatta lähettänyt lääkäreille lääketurvatiedotteen https://static1.squarespace.com/static/63fa4fe2657c0a670c9ea41d/t/67bbd558b9658c0f47f19778/1740363096968/Ireland_letter_to_doctors.pdf
Ranskan lääkeviranomainen ANSM on toteuttanut EU:n yhteisiä vaatimuksia täydentäviä kansallisia turvallisuustoimia. Isotretinoiinin kohdalla se on vahvistanut riskiviestintää ja potilaille annettavaa kirjallista tietoa. Finasteridin kohdalla Ranska on vuonna 2026 ottanut käyttöön lääkärin ja potilaan allekirjoittaman, vuosittain uusittavan riskitietolomakkeen, jonka esittäminen on lääkkeen toimittamisen edellytys. Lomakkeessa käsitellään myös lääkityksen lopettamisen jälkeen jatkuvia seksuaalisia haittoja. Nämä toimet osoittavat, että jäsenvaltiot voivat vahvistaa potilasturvallisuutta kansallisesti myös silloin, kun EU:n yhteisiä tuotetietoja ei muuteta (ANSM 2023; ANSM 2026).

masennuslääkityksen harkitsemista koskeva suositus on vain ehdollinen. WHO arvioi masennuslääkkeiden tehoa lumelääkkeeseen verranneen tutkimusnäytön varmuuden **erittäin heikoksi myös keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa** (WHO 2023, s. 58, 61). Strategiassa tulee asettaa mitattavat alueelliset tavoitteet psykologisten hoitojen sekä sosiaalisen tuen ja perheinterventioiden saatavuudelle. Myös ilman psykiatrista diagnoosia on voitava saada tarpeenmukaista tukea, ja palvelujen toteutumista tulee arvioida toimintakyvyn, elämänlaadun ja hoidon aiheuttamien haittojen perusteella lääkemääräysten määrän sijaan.

5. Sukupuolittuneen medikalisaation riskit ja alueelliset erot. Selvitetään, diagnosoidaanko ja lääkitäänkö tyttöjen ja naisten surua, ahdistusta, uupumusta ja muita kuormittaviin elämäntilanteisiin liittyviä reaktioita herkemmin kuin poikien ja miesten vastaavia kokemuksia. Psykiatristen diagnoosien, lääkitysten ja sähköhoidon sukupuoli- ja alue-erot selvitetään arvioimalla niiden yhteys oireisiin, elämäntilanteisiin, hoitokäytäntöihin ja palvelujen saatavuuteen. Ennen psykiatrista diagnoosia ja lääkehoitoa edellytetään elämäntilanteen, väkivallan, traumojen, sosiaalisen kuormituksen ja mahdollisten somaattisten syiden asianmukaista selvittämistä ja dokumentointia. Erityisesti arvioidaan, missä määrin hoitojärjestelmässä medikalisoidaan naisten ymmärrettäviä reaktioita vaikeisiin olosuhteisiin tai tulkitaan somaattisia oireita psyykkisiksi. Tavoitteena on ehkäistä tarpeetonta diagnosointia ja lääke- sekä sähköhoitoa sekä varmistaa oikea-aikainen ja tarkoituksenmukainen apu kaikille sukupuolille. Tavoitteena ei ole lisätä miesten lääkitsemistä tai sähköhoitoa sukupuolijakauman tasoittamiseksi. Masennuslääkkeiden turvallisuusarvioissa on selvitettävä, eroaako lääkkeen aiheuttama itsetuhoisuuden lisäriski sukupuolen ja iän mukaan. Lääke- ja lumeryhmien absoluuttiset riskit on julkaistava ikä- ja sukupuoliryhmittäin. Uudet itsemurha-ajatukset, aiempien ajatusten paheneminen, itsemurhayritykset ja kuolemat on raportoitava erikseen.

6. PSSD, tunteiden pysyvä täydellinen latistuminen ja pysyvä anhedonia tunnistettava ja tutkittava. Luodaan kirjaamiskäytännöt, pitkäaikaisseuranta ja monialaiset hoitopolut PSSD:hen sairastuneille. Potilasinformaatiossa on nimettävä PSSD ja varoitettava siitä, että seksuaaliset haitat voivat jatkua lääkityksen lopettamisen jälkeen, kuten MHRA:n, Yhdistyneen kuningaskunnan lääkkeitä ja lääkinnällisiä laitteita valvovan viranomaisen, vuoden 2026 tekemässä uudistuksessa edellytetään. Lisäksi potilaille on kerrottava, että joidenkin sairastuneiden oireet ovat jatkuneet vuosia tai vuosikymmeniä ja voivat jäädä pysyviksi (MHRA 2026a, Healy ym. 2022). Potilaita varoitetaan erikseen siitä, että sairastuneet ovat raportoineet lääkityksen lopettamisen jälkeen jatkunutta, toisinaan vuosia tai vuosikymmeniä kestävää tunteiden latistumista sekä täydellistä kyvyttömyyttä kokea mielihyvää ja iloa. Lisäksi on kerrottava, että PSSD-oireet voivat sairastuneiden kertoman mukaan alkaa tai voimistua vasta lääkkeen lopettamisen jälkeen ja merkitä täydellistä seksuaalisen toimintakyvyn menetystä. Näiden haittojen pitkäaikaisuutta ja mahdollista pysyvyyttä on tutkittava riippumattomasti.

7. Vieroitusoireet tulee tunnistaa ja tuki lopettamiseen taata. Akuutit ja pitkittyneet vieroitusoireet erotetaan masennuksen uusiutumisesta. Lopettamiseen järjestetään osaavaa tukea, yksilöllinen ja tarvittaessa hyvin hidas annosvähennys sekä sopivat lääkevahvuudet. Jo lääkitystä aloitettaessa kerrotaan fyysisen riippuvuuden ja pitkäkestoisten vieroitusoireiden mahdollisuudesta sekä siitä, että turvallinen lopettaminen voi edellyttää yksilöllistä ja hyvin hidasta annosvähennystä. Hoitavalla lääkärillä tulee olla ajantasainen tieto vieroitusoireiden yleisyydestä, vaikeusasteesta, mahdollisesta viivästyneestä alkamisesta ja pitkittymisestä sekä lääketieteellisesti perustelluista hitaista annosvähennysmenetelmistä. Näitä koskevaa koulutusta ja käytännön ohjeistusta tulee vahvistaa.

8. Sähköhoidon turvallisuudesta jaettava tieto on uudistettava ja haittavaikutusilmoituksille tulee luoda oma kanava. Suomalaisten potilasohjeiden tulee kuvata myös mahdolliset pitkäaikaiset

ja pysyvät emotionaaliset, muisti- ja kognitiiviset haitat, eikä niissä tule antaa ehdottomia vakuutuksia haittojen ohimenevyydestä ottaen huomioon, että laitevalmistajan riskitiedoissa tunnistetaan pysyvien haittojen mahdollisuus ja asiasta on myös kokemustietoa. HUS:n ylläpitämän Mielenterveystalon mukaan muistiongelmat paranevat viimeistään pari kuukautta hoidon jälkeen eikä hoito aiheuta rakenteellisia muutoksia aivoissa ja Keski-Suomen hyvinvointialueen ohje kiistää pysyvän muistihaitan, vaikka laitevalmistaja Somatics varoittaa pysyvästä muistinmenetyksestä ja **aivovammasta** (brain injury) (Thymatron Rev. 22, s. 1, 7, 9–10, 24) ja kertoo sarjahoidon lisäävän riskejä. Sähköhoitoa, transkraniaalista sarjamagneettistimulaatiota (rTMS) ja aivojen tasavirtastimulaatiota (tDCS) eli transkraniaalista tasavirtastimulaatiota saaneista ja saavista tulee perustaa kansallinen rekisteri ja tulee luoda järjestelmällinen pitkäaikaishaittojen seuranta sekä hoitopolut haittoja saaneille. Rekisteriin tulee kirjata sähköhoidon osalta myös käytetty hoitotekniikka, mukaan lukien elektrodien sijoittelu, sähköannos, hoitokertojen määrä ja mahdolliset ylläpitohoidot, jotta niiden yhteyttä pitkäaikaisiin muisti- ja kognitiivisiin haittoihin voidaan selvittää. Potilaille tulee perustaa suora, hoitavasta lääkäristä riippumaton haittailmoituskanava, joka ei rajoitu lääkinnällisten laitteiden vaaratilanneilmoituksiin. Sukupuolierot hyödyissä ja haitoissa selvitetään. **Sähköhoidon antaminen alaikäisille kielletään lailla ilman poikkeuksia WHO:n suosituksen mukaisesti** (WHO/OHCHR 2023, s. 58). Varovaisuusperiaatteen nojalla kielto ulotetaan myös transkraniaaliseen sarjamagneettistimulaatioon (rTMS) ja transkraniaaliseen tasavirtastimulaatioon (tDCS). Näiden menetelmien pitkäaikaisturvallisuutta kehittyville aivoille ei ole osoitettu riittävän luotettavasti. Alaikäisten erityinen oikeus suojeluun, kehittyvän hermoston haavoittuvuus sekä mahdollisten pitkäaikaisten haittojen vakavuus puoltavat kieltoa tilanteessa, jossa riskien suuruutta ei tunneta. Lasten suojelemiseksi ei tule edellyttää, että vakavat haitat ensin ilmenevät tai että niiden syy-yhteys osoitetaan vasta altistumisen jälkeen.

9. Alaikäisten masennuslääkehoidon turvallisuus ja itsemurhien riippumaton selvittäminen. STM:n tulee käynnistää riippumaton selvitys masennuslääkityksen mahdollisesta osuudesta alaikäisten itsemurhissa, myös jo tapahtuneissa tapauksissa. Lisäksi tulee luoda pysyvä menettely, jossa jokaisen alaikäisen itsemurhan yhteydessä arvioidaan lääkityksen mahdollinen vaikutus itsemurhaan. Tulokset tulee raportoida iän ja sukupuolen mukaan. Masennuslääkkeet lisäsivät lumekontrolloiduissa tutkimuksissa lasten ja nuorten itsetuhoisia ajatuksia ja käyttäytymistä noin kaksinkertaisesti. **Itsemurhayritys on itsemurhakuoleman merkittävin yksittäinen riskitekijä, joten lääkkeen lisäämä itsetuhoisuus on todellinen kuolemanriski. Lapsen kuolema on peruuttamaton.** Siksi lapsia ja nuoria koskevat hoitosuositukset on päivitettävä viipymättä, kun saadaan uutta tietoa vakavista haitoista tai aiemmin arvioitua vähäisemmästä hyödystä. **STM:n tulee valmistella sääntely, jolla alaikäisten masennuksen valtakunnallisen hoitosuosituksen hyväksyminen ja päivittäminen annetaan THL:n vastuulle**. Laissa on määriteltävä päivityksestä virkavastuulla vastaava taho, määräaika päivityspyynnön ratkaisemiselle ja muutoksenhakukeino.

Suomen tulee edistää EU-tasolla riippumatonta selvitystä siitä, millä tieteellisillä perusteilla Euroopan komissio hyväksyi vuonna 2006 fluoksetiinin (Prozac) käyttöaiheen 8–17-vuotiaiden lasten ja nuorten keskivaikean ja vaikean masennuksen hoitoon, vaikka EU:n lääkevalmistekomitean (CHMP) arviointimenettelyssä 31.10.2005 laaditussa esittelijöiden arviointiraportissa lääkkeen hyöty–haittasuhde arvioitiin kielteiseksi eikä käyttöaiheen hyväksymistä suositeltu. Selvityksessä tulee arvioida hyväksymispäätöksen tieteellisten ja eettisten perustelujen riittävyyttä erityisesti lasten suojelun ja varovaisuusperiaatteen näkökulmasta.

Lisäksi tulee selvittää, miksi fluoksetiinin lasten käyttöaiheen hyväksymisen yhteydessä asetettuja sukupuolisen kypsymisen kliinistä arviointia koskevia velvoitteita ei seurannut suunnitellun

kliinisen tutkimuksen toteuttaminen ja millä tieteellisillä ja eettisillä perusteilla Britannian lääkeviranomainen MHRA suositteli vuonna 2009 Eli Lillyn pyynnön hyväksymistä ja velvoitteen katsomista täytetyksi. Selvityksessä tulee arvioida, miten lasten pitkäaikaisturvallisuus voitiin katsoa riittävästi varmistetuksi ilman suunniteltua kliinistä tutkimusta.

10. Riippumattomuus, sidonnaisuuksien avoimuus ja vahingoittuneiden kuuleminen. Strategiatyöhön osallistuvien asiantuntijoiden olennaiset taloudelliset ja muut sidonnaisuudet julkaistaan avoimesti, ja niiden mahdollinen vaikutus esteellisyyteen ja asiantuntija-arvioiden riippumattomuuteen arvioidaan läpinäkyvästi. Strategiatyössä kuullaan hoidosta haittoja saaneita ja omaisia, jotka epäilevät läheisensä kuoleman liittyneen hoitoon, tai heidän edustajiaan. Lisäksi kuullaan riippumattomia asiantuntijoita, jotka tuntevat iatrogeeniset haitat. Cumberlege-selvityksen keskeinen tulos, potilaiden sivuuttaminen ja uskomatta jättäminen, huomioidaan myös mielenterveyshoidon aiheuttamien iatrogeenisten haittojen ja kuolemien käsittelyssä (First Do No Harm 2020). Iatrogeenisia haittoja kokeneet sekä omaiset, jotka epäilevät läheisensä kuoleman liittyneen hoitoon, otetaan mukaan haittaseurannan, suostumuskäytäntöjen, hoitopolkujen ja tutkimuksen suunnitteluun. Strategian toimeenpanolle nimetään vastuutahot sekä määritellään aikataulut, riittävä rahoitus ja mitattavat tavoitteet. Riippumatonta tutkimusrahoitusta tulee suunnata erityisesti masennuslääkkeiden ja sähköhoidon pitkäaikaishaittojen ja raskaudenaikaisen masennuslääkealtistuksen mahdollisten pitkäaikaisvaikutusten selvittämiseen sekä lasten ja nuorten itsemurhien selvittämiseen. Iatrogeenisia haittoja kokeneille turvataan asianmukainen lääketieteellinen arviointi, hoito, kuntoutus ja psykologinen tuki sekä tarvittaessa sosiaalinen tuki. Molemmille ryhmille turvataan psykososiaalinen tuki ja tarvittaessa taloudellinen tuki. Näihin palveluihin ja tukitoimiin osoitetaan riittävät resurssit.

Allekirjoittajat

Jenni Aaltonen, juristi, Tarpeenmukainen hoito ry (puheenjohtaja), lausunnon yhteyshenkilö, tarpeenmukainenhoito@gmail.com, 040 595 6888

Ben Furman, psykiatri, psykoterapeutti

Elina Ikävalko, FT, vanhempi tutkija, Helsingin yliopisto

Jonna Jokinen, 13-vuotiaana itsemurhan tehneen Onnin äiti

Kiia Kivihelmi, ikuisesti 13-vuotiaan Mikaelan äiti

Virpi Kohonen, ikuisen 12-vuotiaan Mantan äiti. Manta hirttäytyi 1.8.2024 omassa huoneessaan erityistason lastensuojeluyksikössä. Lääkityksenä oli Sertralin. Lääkäri oli nostanut annostusta 50 milligrammasta 75 mg:aan 16 päivää ennen itsemurhaa.

Aku Kopakkala, psykologi

Pirjo Pietilä, 32-vuotiaana vuonna 2021 itsemurhan tehneen Heidin äiti. Heidin lääkityksenä oli Ketipinor (valmistaja Orion Oyj, Orion Pharma).

Sanna Rikala, apurahatutkija, post doc -tutkimus, Tampereen yliopisto

Piia Tuominen, ratkaisukeskeinen lyhytterapeutti, kokemusasiantuntija

Sofia Ulmanen, väitöskirjatutkija, YTM, FM, Vaasan yliopisto

LIITE: Strategiaehdotusten tutkimukselliset perustelut

Tässä liitteessä käytetään määrällisten ja laadullisten tutkimusten sekä viranomaisaineistojen rinnalla haittoja saaneiden henkilöiden kokemustietoa. Kokemustietoon perustuvat havainnot ilmaistaan esimerkiksi muodossa ”sairastuneet kuvaavat”.

1. Hoidon turvallisuus ja iatrogeenisten haittojen yhteiskunnalliset seuraukset

Naisten terveyserot voivat johtua sekä tunnistamatta jäävistä sairauksista että oireiden ylitulkinnoista ja iatrogeenisista eli hoidosta aiheutuvista haitoista. Somaattisen oireen tulkitseminen perusteettomasti psyykkiseksi ja ymmärrettävien tunnereaktioiden patologisointi lääkehoitoa edellyttäväksi häiriöksi ovat saman rakenteellisen ongelman kaksi ilmenemismuotoa. Strategiassa on siksi tarkasteltava myös tarpeetonta medikalisaatiota ja sen seurauksia.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 15 § velvoittaa soveltamaan ”yleisesti hyväksyttyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja”. Säännös antaa siten merkitystä ammatilliselle kokemukselle ja vakiintuneille hoitokäytännöille, vaikka nämä eivät sellaisinaan osoita hoitomenetelmän vaikuttavuutta tai turvallisuutta. Laissa ei täsmennetä, millaista tutkimusnäyttöä menettelytapojen hyväksyttävyys edellyttää tai miten ristiriitatilanteissa tulee painottaa tutkimusnäyttöä suhteessa ammatilliseen kokemukseen ja vakiintuneisiin käytäntöihin. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8 § edellyttää toiminnan perustuvan näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin, mutta siinäkään ei yksilöidä tutkimusnäytön laadulle ja riippumattomuudelle asetettavia vähimmäisvaatimuksia. Lobotomian historia havainnollistaa, ettei hoitomenetelmän yleinen hyväksyttävyys tai pitkäaikainen käyttö takaa sen vaikuttavuutta, turvallisuutta tai eettistä hyväksyttävyyttä. [5] Hoitomenetelmän hyväksyttävyyden perusteleminen pelkästään sillä, että se on yleisesti hyväksytty ja vakiintunut käytäntö, on kehäpäätelmä: menetelmää pidetään hyväksyttävänä, koska se on hyväksytty.

Lääkärinvalassa lääkäri sitoutuu käyttämään vain lääketieteellisen tutkimustiedon tai kokemuksen hyödyllisiksi osoittamia menetelmiä (Suomen Lääkäriliitto). Kokemusperäinen arvio hoidon hyödyllisyydestä ei kuitenkaan korvaa luotettavaa tutkimusnäyttöä, koska kliininen kokemus painottuu rakenteellisesti lyhytaikaisiin vaikutuksiin. Lääkäri näkee potilaan tavallisesti hoidon alussa ja sen aikana, jolloin oireiden lievittyminen on havaittavissa. Hän ei yleensä näe, miten potilaan käy vuosien kuluttua tai hoidon lopettamisen jälkeen. Potilas voi siirtyä toisen lääkärin hoitoon, ja myöhemmin ilmenevät haitat, kuten vieroitusoireet tai seksuaalitoiminnan häiriöt, voidaan tulkita perussairauden uusiutumiseksi eikä hoidon seuraukseksi (ks. liitteen kohta 7). **Lyhytaikainen oireiden lievittyminen, jonka lääkäri voi todeta, ei siksi osoita, että hoito olisi pitkällä aikavälillä hyödyllinen tai turvallinen**. Lääketieteen historiassa on toistuvasti käynyt näin. Bentsodiatsepiineja määrättiin vuosikymmenten ajan laajasti pitkäaikaiseen käyttöön, vaikka niiden hyöty–haittasuhde on osoitettu myönteiseksi vain lyhytaikaisessa, 2–4 viikon käytössä (Lader 2011). Lantionpohjan verkkoimplanttien turvallisuusarviot perustuivat lyhytaikaisiin tutkimuksiin, vaikka komplikaatiot voivat ilmetä vasta vuosia toimenpiteen jälkeen (Cumberlege 2020, kohta 5.50). **Vakavia tai peruuttamattomia haittoja mahdollisesti aiheuttavilta hoidoilta tulee siksi edellyttää riippumatonta, laadukasta näyttöä potilaalle merkityksellisistä hyödyistä ja pitkäaikaisturvallisuudesta.** Tämä on erityisen tärkeää arvioitaessa psyykenlääkkeitä, joiden haitat voivat olla vakavia ja alkaa vasta hoidon lopettamisen jälkeen.

Onkin huolestuttavaa, että eduskunnan käsiteltävänä olevassa palveluvalikoiman periaatteita koskevassa esityksessä (HE 90/2026 vp) kokemusperäinen ammatillinen tieto kirjattaisiin

[5] Raimo Pekkanen, edesmennyt Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen tuomari, piti ETENElle 26.9.2000 laatimassaan muistiossa lobotomioita aikansa yleisesti hyväksyttyjen psykiatristen hoitomenetelmien mukaisina ja tällä perusteella laillisina sekä katsoi, etteivät ne loukanneet ihmisoikeuksia. (26.9.2000).

nimenomaisesti osaksi hoitomenetelmien vaikuttavuuden arviointia. Terveydenhuoltolain 7 a §:n perustelujen mukaan vaikuttavuutta arvioitaessa voidaan ottaa huomioon kokemusperäiseen ammatilliseen tietoon ja käytäntöön perustuva tieto. Kun tieteellinen näyttö ei riitä, arvio tehdään myös ”ammattilaisten kokemusperäisen ammatillisen tiedon kokonaisarvioina”. Perusteluissa todetaan lisäksi, että ”kaikkia nykyisin käytössä olevia palveluja ja menetelmiä ei ole arvioitu” ehdotettujen periaatteiden mukaisesti (HE 90/2026 vp, 7 a §:n perustelut). Juuri pitkäaikaishaittojen osalta tieteellinen näyttö on usein puutteellista. Silloin hoidon aikana havaittuun lyhytaikaiseen paranemiseen perustuva kokemusperäinen arvio voi käytännössä korvata puuttuvan turvallisuusnäytön, vaikka se ei pysty tunnistamaan myöhemmin ilmeneviä haittoja. Sen sijaan, että vakiintuneiden käytäntöjen ja kliinisen kokemuksen painoarvoa vahvistetaan, sääntelyä tulisi kehittää kohti laadukkaan, riippumattoman tutkimusnäytön vaatimista erityisesti silloin, kun hoitoon liittyy vakavien tai pysyvien haittojen riski. Kokemusperäinen arvio ei saa korvata luotettavaa näyttöä hoidon pitkäaikaisesta hyöty–haittasuhteesta.

Hoidon yhteiskunnallisia vaikutuksia on tutkittava. Nuorten aikuisten masennuslääkkeiden käyttö on kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa (Kela 2025), ja mielenterveyden häiriöiden osuus alkaneista sairauspäivärahakausista on noin nelinkertaistunut vuosien 1970 ja 2022 välillä (Kela 2023). Vuonna 2023 sairauspäivärahaa sai mielenterveyssyistä yli 100 000 henkilöä (Kela 2024); kasvu pysähtyi vuosina 2024–2025 (Kela 2026 a). Vuonna 2025 Suomessa 621 382 henkilöä sai Kelan korvaamia masennuslääkkeitä, mikä vastaa 11 prosenttia väestöstä (Kela 2026 e; Tilastokeskus 2026). Uusiseelantilaisessa 1 829 henkilön kyselytutkimuksessa 39 % muista ihmisistä välittämistä koskevaan kysymykseen vastanneista (n = 1 556) koki välittävänsä muista ihmisistä aiempaa vähemmän masennuslääkityksen aikana (Read ym. 2014). Vaikutusta raportoivat SSRI-lääkkeiden lisäksi myös muiden masennuslääkeryhmien käyttäjät. Empatia ja toisista välittäminen ovat ihmissuhteiden, vanhemmuuden ja sosiaalisen vuorovaikutuksen perusta. Millaisia yhteiskunnallisia vaikutuksia voi olla sillä, että yli kymmenesosa väestöstä käyttää lääkkeitä, joiden seurauksena osa käyttäjistä saattaa välittää muista ihmisistä aiempaa vähemmän?

Strategiassa tulee arvioida hoidon onnistumista myös pitkäaikaisen toimintakyvyn ja elämänlaadun perusteella sekä selvittää, missä määrin iatrogeeniset haitat voivat osaltaan ylläpitää tai lisätä terveyseroja. Robert Whitaker on esittänyt, että psyykenlääkkeiden pitkäaikaiskäyttö voi osaltaan selittää työkyvyttömyyden kasvua (Whitaker 2010). Hypoteesi on kiistanalainen, mutta Suomen rekisterit mahdollistaisivat sen testaamisen. Suomessa tulee hyödyntää rekisteriaineistoja sen tutkimiseen, miten psyykenlääkkeiden käyttö on yhteydessä myöhempään toimintakykyyn, sairauspäivärahakausiin ja työkyvyttömyyseläkkeisiin.

2. Tietoon perustuva suostumus ja kirjallinen riskitieto turvattava hoidoissa, joihin liittyy pitkäaikaisten tai pysyvien haittojen riski

Tietoon perustuva suostumus edellyttää, että potilas saa ennen hoitopäätöstä ymmärrettävän tiedon mahdollisista pysyvistä ja pitkäaikaisista haitoista, odotettavissa olevan hyödyn suuruudesta, tutkimusnäytön epävarmuuksista ja hoitovaihtoehdoista sekä mahdollisuuden punnita niitä omien arvojensa ja elämäntilanteensa kannalta. Potilaslain 5 § edellyttää riittävää tietoa hoidosta ja vaihtoehdoista, ja 6 § hoitamista yhteisymmärryksessä (Finlex 785/1992) potilaan kanssa. Mahdollisesti elinikäisestä haitasta kertominen on suostumuksen ydin. Potentiaalisesti elinikäinen kyvyttömyys kokea iloa, mielihyvää ja rakkautta perheenjäseniä kohtaan ja seksuaalisuuden pysyvä menettäminen eivät ole samanarvoisia riskejä ohimenevän pahoinvoinnin kanssa. Hoidon mahdollisen vakavan ja peruuttamattoman haitan yleisyyden tuntemattomuus ei ole peruste jättää haittaa käsittelemättä potilaan kanssa. Erityisesti pitkäaikaisvaikutusten osalta tutkimusnäytön puutteellisuus tulee ilmaista nimenomaisesti epävarmuutena, eikä sitä saa tulkita osoitukseksi turvallisuudesta. Mitä vakavampi mahdollinen haitta ja mitä pitkäkestoisemmat sen seuraukset ovat,

sitä olennaisempaa on, että potilas saa tiedon myös sellaisista riskeistä, joiden tarkkaa yleisyyttä ei tunneta. Myöskään hoidon aiheuttama muisti- tai kognitiivinen haitta, joka voi seurata sähköhoidosta, ja estää työnteon tai itsenäisen arjessa selviytymisen, ei ole rinnastettavissa tilapäiseen haittavaikutukseen. PSSD:tä koskevissa potilaskuvauksissa toistuu kokemus siitä, ettei mahdollisista pitkäkestoisista seksuaalihaitoista kerrottu ennen hoidon aloittamista tai että haittojen vakuutettiin väistyvän lääkityksen lopettamisen jälkeen (Healy ym. 2019; Rice 2023). PSSD:n yleisyyttä ei tunneta, mutta israelilaisessa rekisteritutkimuksessa lääkityksen lopettamisen jälkeen jatkuvan erektiohäiriön riski oli noin yksi 216:sta masennuslääkettä käyttäneestä miehestä (Ben-Sheetrit ym. 2023) tutkimuksen käyttämän erektiohäiriöön perustuvan määritelmän mukaan.

SSRI-lääkkeitä käytetään myös pakonomaisten seksuaalisten ajatusten ja käyttäytymisen vaimentamiseen. Boothin katsauksen riskiperusteisessa taulukossa SSRI-ryhmän lääkkeet ovat ainoita lääkkeitä, jotka mainitaan matalimman uusimisriskin miespuolisille seksuaalirikoksentekijöille, ja Booth suosittaa aloittamaan matalan riskin seksuaalirikollisten hoidon SSRI-lääkkeellä. Boothin (2009) mukaan seksuaalisen halun hillitsemiseen voidaan käyttää SSRI-lääkkeitä annoksilla, jotka vastaavat masennuksen tai pakko-oireisen häiriön hoidossa käytettäviä annoksia. Greenbergin ja Bradfordin (1997) katsauksessa käsitellyissä avoimissa tutkimuksissa ja tapausselostuksissa SSRI-hoidon vasteeksi raportoitiin 50–90 %, kun vasteella tarkoitettiin muun muassa parafiilisten seksuaalifantasioiden, seksuaalisten halujen ja seksuaalisen käyttäytymisen vähenemistä (Booth 2009). **On huomionarvoista, että SSRI-lääkkeitä käytetään yleisesti masennuksen hoitoon, vaikka niiden seksuaalisuutta vaimentavasta vaikutuksesta on raportoitu jopa suurempia vasteosuuksia kuin masennuksen hoidossa.** Masennustutkimuksissa noin 50 % lääkettä saaneista saavuttaa hoitovasteen, mutta myös noin 40 % lumelääkettä saaneista, jolloin lääkkeen keskimääräinen lisähyöty on vain noin 10 prosenttiyksikköä (Plöderl ja Hengartner 2019). Seksuaalisen halun ja käyttäytymisen vähenemistä koskevat 50–90 prosentin vasteosuudet perustuvat kuitenkin kontrolloimattomiin tutkimuksiin, joten ne eivät osoita lääkespesifisen vaikutuksen olevan masennuksen hoidossa havaittua suurempi. Brittiläisessä vankilatutkimuksessa seksuaalirikoksista tuomittujen fluoksetiinihoito aloitettiin yleensä samalla 20 mg:n vuorokausiannoksella, jota Suomessa käytetään aikuisten masennuksen hoidossa. Sama 20 mg:n annos on valmisteyhteenvedossa käytössä myös lasten ja nuorten masennuksen hoidossa, aloitusannoksen ollessa 10 mg vuorokaudessa (Booth 2009, s. 61, taulukko 1, Winder ym. 2017, Seronilin valmisteyhteenveto).

Lääke ei erottele seksuaalirikollisten seksuaalisia ajatuksia ei-rikollisten seksuaalisista ajatuksista eikä sen vaikutus rajoitu pakonomaisiin ajatuksiin. Myös muiden kuin seksuaalirikollisten seksuaalinen halu ja mielihyvä voivat vaimentua. Jos masennukseen määrätty lääke vie potilaalta halun, sukupuolielinten tunnon ja kyvyn kokea seksuaalista mielihyvää, voi lääkkeen vaikutus merkitä kemiallista kastraatiota myös muille kuin seksuaalirikollisille, vaikka Booth itse käyttääkin käsitettä hormonaalisista hoidoista. Seksuaalihaitat ovat merkittäviä suhteessa lääkkeen tehoon. Claytonin ym. kahden lumekontrolloidun tutkimuksen yhdistetyssä aineistossa seksuaalitoiminta oli hoitojakson lopussa heikentynyt 36 %:lla essitalopraamia ja 15 %:lla lumelääkettä saaneista. Sataa hoidettua kohti seksuaalitoiminta heikkeni essitalopraamiryhmässä noin 21 potilaalla enemmän kuin lumeryhmässä eli yhdellä potilaalla enemmän noin viittä hoidettua kohti. Hoitovasteen eli vähintään 50 prosentin laskun HAM-D-17-masennusasteikolla saavutti 65 % essitalopraamia ja 52 % lumelääkettä saaneista eli noin 13 potilasta enemmän sataa hoidettua kohti ja yksi potilas enemmän noin kahdeksaa hoidettua kohti. **Lumeeseen verrattuna essitalopraami siis lisäsi seksuaalitoiminnan heikkenemisen todennäköisyyttä enemmän kuin hoitovasteen todennäköisyyttä** (Clayton ym. 2006, Patel ym. 2016).

Valvotusta koevapaudesta annetun lain (629/2013) 4 §:n mukaan seksuaalirikoksen uusimisen ehkäisemiseen tarkoitettu lääkehoito voidaan asettaa valvotun koevapauden ehdoksi. Laki edellyttää

vangilta kirjallista suostumusta lääkehoitoon, ja lääkärin on ennen suostumuksen antamista selvitettävä vangille lääkehoidon vaikutukset. Vankiterveydenhuollon 14.10.2026 antaman tietopyyntövastauksen mukaan SSRI-lääkkeitä on Suomessa joissakin tapauksissa käytetty osana seksuaalirikoksista tuomittujen valvotun koevapauden ehtona olevaa lääkehoitoa. Vastauksen mukaan potilaille annetaan tieto SSRI-lääkkeistä ja niiden haittavaikutuksista suullisesti, eikä kirjallista SSRI-suostumuslomaketta ole saatavilla viranomaisen asiakirjoista, vaikka laki edellyttää vangilta kirjallista suostumusta lääkehoitoon.

On huomionarvoista, että seksuaalirikoksesta tuomitulta edellytetään kirjallista suostumusta tällaiseen lääkehoitoon, mutta masennuksen tai ahdistuneisuuden vuoksi samoja lääkkeitä käyttäviltä potilailta ei edellytetä vastaavaa kirjallista suostumusta. Masennuksen tai ahdistuneisuuden hoitoon SSRI-lääkkeitä saaville potilaille ei myöskään välttämättä kerrota, että samoja lääkeaineita käytetään tarkoituksellisesti seksuaalisten halujen ja käyttäytymisen vähentämiseen. Tämä herättää kysymyksen siitä, toteutuuko tietoon perustuva suostumus yhdenvertaisesti. Myös muille kuin seksuaalirikoksista tuomituille on kerrottava SSRI-lääkkeiden seksuaalisuutta vaimentavasta vaikutuksesta sekä siitä, että seksuaalihaitat voivat jatkua lääkityksen lopettamisen jälkeen. Myös muilta kuin seksuaalirikoksesta tuomituilta tulee edellyttää kirjallista, tietoon perustuvaa suostumusta.

Saman tietoon perustuvan suostumuksen periaatteen tulee koskea myös sähköhoitoa, jonka yhteydessä on huomioitava erityisesti mahdolliset pitkäaikaiset emotionaaliset sekä muisti- ja kognitiiviset haitat. WHO/OHCHR (YK:n ihmisoikeusvaltuutetun toimisto) edellyttää ECT:ssä dokumentoitua, vapaata suostumusta ja kaikkien keskeisten riskien, myös muistinmenetyksen ja aivovaurion, kertomista (WHO/OHCHR 2023, s. 58). WHO ja YK:n ihmisoikeusvaltuutetun toimisto (OHCHR) suosittelevat psyykenlääkkeiden mahdollisten lyhyt- ja pitkäaikaishaittojen vuoksi tavallista tiukempia tietoon perustuvan suostumuksen käytäntöjä ja esittävät, **että lainsäädännössä voidaan edellyttää kirjallista tai muuten dokumentoitua suostumusta sekä yksityiskohtaista tietoa hoidon hyödyistä, haitoista ja vaihtoehdoista** (WHO/OHCHR 2023, s. 57). WHO:n/OHCHR:n mukaan peruuttamattomat mielenterveyshoitotoimenpiteet ilman vapaata ja tietoon perustuvaa suostumusta on kiellettävä (s. 59). Peruuttamattomia hoitotoimenpiteitä koskeva periaate korostaa peruuttamattomuuden merkitystä tietoon perustuvan suostumuksen eettisessä arvioinnissa. Masennuslääkkeiden mahdollisesti aiheuttama pitkäkestoinen tai elinikäinen PSSD tekee tämän näkökulman erityisen merkitykselliseksi myös lääkehoidon riskiviestinnässä. Potilaalle on siksi annettava kirjallinen tieto PSSD:n mahdollisuudesta ennen lääkityksen aloittamista ja suostumus on dokumentoitava.[6]

Suostumus edellyttää tietoa myös hyödyn suuruudesta ja näytön luotettavuudesta. FDA:lle toimitettujen 232 tutkimuksen yksilötason analyysissa masennuslääkkeen ero lumeeseen oli keskimäärin 1,75 HAMD-17-pistettä (Stone ym. 2022), joka jää selvästi alle Moncrieffin ja Kirschin (2015) empiirisesti johdettujen kliinisen havaittavuuden kynnysarvojen. Heidän analyysinsa mukaan alle kolmen HAMD-pisteen ero ei ollut kliinikon havaittavissa CGI-I-asteikolla. Ottaen huomioon myös 4. strategiaehdotuksessa mainitun WHO:n mhGAP-ohjeen suosituksen arvion näytöstä masennuslääkkeiden puolesta, tulisi potilaille kertoa, minkälaiselle näytölle hoito perustuu. Suomen Depression Käypä hoito -suosituksessa (25.6.2026) masennuslääkehoitoa pidetään yleensä hyödyllisenä lievässäkin depressiossa ja yleensä tarpeellisena keskivaikeassa depressiossa. Ero osoittaa tarpeen arvioida riippumattomasti suomalaisten hoitosuositusten tutkimusnäyttöä, lääkehoidon asemaa sekä hyötyjen kliinistä merkitystä suhteessa haittoihin (WHO 2023; Duodecim 2026).

[6] "*Performing such surgery, and **other irreversible mental health treatments**, without free and informed consent should be prohibited"* (WHO/OHCHR 2023, s. 59)

Masennuslääkkeiden vaikuttavuutta koskevan tutkimusnäytön tulkinnassa on huomioitava myös tutkimusten menetelmälliset rajoitukset ja mahdolliset vinoumat. John Ioannidis (2005; 2016) on kuvannut, kuinka pienet vaikutuskoot, valikoiva raportointi ja taloudelliset intressit voivat heikentää tutkimustulosten luotettavuutta ja kuinka tilastollisesti merkitsevä tulos ei välttämättä tarkoita potilaalle merkityksellistä hyötyä. Lundhin ym. (2017) Cochrane-katsauksessa teollisuuden rahoittamat lääke- ja laitetutkimukset raportoivat useammin rahoittajan tuotteen kannalta myönteisiä tuloksia kuin muulla rahoituksella tehdyt tutkimukset. Tämä korostaa riippumattoman tutkimuksen merkitystä erityisesti silloin, kun hoidon keskimääräinen lisähyöty on pieni ja pitkäaikaishaitoista on puutteellisesti tietoa. Naisten terveysstrategiassa tulee edistää riippumatonta tutkimusta masennuslääkkeiden pitkäaikaisesta hyöty–haittasuhteesta ja varmistaa, että potilaille annettava tieto kuvaa tutkimusnäytön vahvuudet, rajoitukset ja epävarmuudet tasapainoisesti.

MHRA, Yhdistyneen kuningaskunnan lääkkeitä ja lääkinnällisiä laitteita valvova viranomainen, ohjeisti 15.10.2026 ammattilaiset kertomaan hoitoa aloitettaessa, että seksuaalinen toimintahäiriö voi jatkua lääkityksen lopettamisen jälkeen, ja päätti lisätä PSSD-nimityksen tiettyjen masennuslääkkeiden pakkausselosteisiin ja ottaa vuonna 2027 käyttöön potilasesitteen, joka kuvaa selkeämmin hyötyjä ja riskejä. **Riskitiedossa itsemurhariskiä ei enää rajata koskemaan vain lapsia ja nuoria eikä vain masentuneita**. (MHRA 2026a; MHRA 2026c).

3. Lisääntymisterveys, sikiön altistus ja vanhemman ja lapsen välinen tunneyhteys

Raskaudenaikaiseen masennuslääkkeiden käyttöön liittyy tunnettuja riskejä sekä epävarmuutta lapsen kehitykseen kohdistuvista mahdollisista pitkäaikaisvaikutuksista. Raskauden aikana masennuslääkkeitä ostaneita oli vuonna 2025 noin 2 000, mikä on noin 4 % raskausrahan saajista (Kela, tietopyyntövastaus 2026). Loppuraskauden SSRI-altistukseen liittyi meta-analyysissa noin 2,5-kertainen PPHN-riski[7], mikä vastasi arviolta 2,9–3,5 lisätapausta tuhatta vastasyntynyttä kohden (Grigoriadis ym. 2014). EMA lisäsi vuonna 2020 varoituksen synnytyksen jälkeisestä verenvuodosta (EMA 2020). Suomalaisissa rekisteritutkimuksissa raskaudenaikainen masennuslääkealtistus oli yhteydessä lapsen myöhempään masennusdiagnoosiin (8,2 % altistuneilla ja 1,9 % masennusdiagnoosin saaneiden mutta raskauden aikana lääkitystä käyttämättömien äitien lapsilla) sekä puheen ja kielen kehityshäiriöiden suurempaan suhteelliseen riskiin (Malm ym. 2016; Brown ym. 2016). Havaintoja on tulkittava suhteessa mahdollisiin sekoittaviin tekijöihin: esimerkiksi laajassa sisarusvertailuja hyödyntäneessä tutkimuksessa raskaudenaikainen masennuslääkealtistus ei ollut yhteydessä lasten neurokehityksellisiin diagnooseihin, mukaan lukien puheen ja kielen kehityshäiriöt, kun perheeseen liittyviä tekijöitä huomioitiin (Suarez ym. 2022). Ainakin 13 julkaistussa tutkimuksessa on kuitenkin havaittu raskaudenaikaiseen masennuslääkealtistukseen liittyviä eroja sikiön tai jälkeläisten aivojen rakenteessa tai toiminnassa: kolmessa vastasyntyneiden EEG-tutkimuksessa (Videman ym. 2017; Tokariev ym. 2022; Grieve ym. 2019), seitsemässä imeväisten ja pikkulasten MRI-tutkimuksessa (Knickmeyer ym. 2014; Jha ym. 2016; Lugo-Candelas ym. 2018; Rotem-Kohavi ym. 2019a, 2019b; Campbell ym. 2021; Podrebarac ym. 2017), yhdessä sikiön MRI-tutkimuksessa (Wu ym. 2026) ja kahdessa kouluikäisten tai nuorten MRI-/fMRI-tutkimuksessa (Koc ym. 2023; Moreau ym. 2023).[8]

[7] PPHN (Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn) tarkoittaa vastasyntyneen pysyvää keuhkoverenpainetautia eli tilannetta, jossa vauvan keuhkoverisuonten vastus ei laske normaalisti syntymän jälkeen. Seurauksena voi olla vaikea hapenpuute, hengitysvaikeuksia ja tarve tehohoidolle. PPHN on mahdollisesti hengenvaarallinen tila, vaikka monet vastasyntyneet toipuvat asianmukaisella hoidolla.

[8] Tutkimukset poikkeavat toisistaan tutkimusasetelmaltaan, otoskooltaan, tutkimusmenetelmiltään ja sekoittavien tekijöiden huomioimiselta. Niissä on tarkasteltu muun muassa aivojen sähköistä toimintaa, rakenteellisia ja toiminnallisia MRI-löydöksiä sekä aivojen kehitystä eri ikävaiheissa. Esimerkiksi Knickmeyerin ym. (2014) tutkimus koski Chiari I -epämuodostuman esiintyvyyttä 33 SSRI-altistuneella lapsella, kun taas Wu ym. (2026) tarkastelivat 62 SRI-altistuneen ja 120 altistumattoman sikiön aivorakenteita. Kyse ei siis ole 13 samanlaisen tutkimuksen osoittamasta

Helsingin yliopiston tutkimuksessa (Videman ym. 2017) raskaudenaikainen SRI-lääkealtistus (eli SSRI- ja SNRI-lääkealtistus) oli yhteydessä vastasyntyneiden aivojen sähköisen toiminnan muutoksiin: **aivopuoliskojen välinen toiminnallinen yhteys ja aivokuoren sähköisten rytmien yhteistoiminta olivat heikentyneet, ja otsalohkojen matalataajuinen aktiivisuus oli vähentynyt.** Kyseisessä tutkimuksessa havaitut erot **eivät olleet yhteydessä äitien masennus- tai ahdistusoireisiin**. Wu ym. (2026) havaitsivat raskausviikoilla 20–40 tehdyissä sikiö-MRI-kuvauksissa, että **SRI-lääkkeille altistuneiden sikiöiden hippokampukset olivat keskimäärin noin 15 % pienemmät kuin altistumattomilla**. **Lisäksi havaittiin eroja aivokuoren poimuttumisessa** sekä istukan tilavuudessa ja mikrorakenteessa. Äidin masennusoireet huomioitiin analyyseissä, mutta havaintojen syy-yhteyttä tai pitkäaikaismerkitystä ei vielä tunneta. Yhdessä pitkittäistutkimuksessa erot selittyivät äidin masennusoireilla (Koc ym. 2024; katsaus: Campbell & Oberlander 2025). Marraskuussa 2026 julkaistussa norjalaisessa 1 396 lapsen aineistossa viivästynyt murrosikä todettiin 17 lapsella, ja vakioimattomat tulokset viittasivat mahdolliseen suurempaan riskiin raskauden aikana lääkitystä jatkaneiden äitien lapsilla. Tapausten vähäisen määrän vuoksi syy-yhteyttä tai riskin suuruutta ei voitu arvioida luotettavasti (Riva ym. 2026).

Raskausajan masennuslääkitystä perustellaan usein sillä, että myös äidin masennus voi olla haitallista sikiölle. Tutkimuksissa onkin havaittu yhteyksiä äidin raskaudenaikaisten masennusoireiden ja sikiön aivojen rakenteen ja toiminnan välillä. Esimerkiksi Wu ym. (2026) havaitsivat, että myös masennuslääkkeille altistumattomien sikiöiden joukossa äidin voimakkaammat masennusoireet olivat yhteydessä pienempään hippokampuksen tilavuuteen. Reed ym. (2026) puolestaan havaitsivat yhteyden äidin masennusoireiden ja sikiön mantelitumakkeen sekä pikkuaivojen välisen toiminnallisen yhteyden välillä. Havainnoivat tutkimukset eivät kuitenkaan yksin osoita masennuksen aiheuttavan näitä muutoksia eivätkä sitä, että masennuslääkitys ehkäisisi niitä. **Tulokset eivät myöskään osoita, että äidin masennukseen liittyvät riskit olisivat suurempia kuin lääkitykseen liittyvät riskit. Näiden riskien olemassaolo ei myöskään osoita lääkehoidon olevan sikiölle turvallista tai sen hyöty–haittasuhteen olevan sikiön kehityksen kannalta myönteinen.**

Masennuslääkitys merkitsee sikiölle farmakologista altistusta aineelle, joka vaikuttaa kehittyvän hermoston toimintaan. SSRI-lääkkeet läpäisevät istukan ja estävät serotoniinin takaisinottoa. **Serotoniinilla on keskeinen tehtävä sikiön aivojen kehityksessä, mukaan lukien hermosolujen kehitys ja hermoverkkojen muodostuminen. Serotoniinisignaloinnin farmakologinen muuttaminen aivojen kriittisissä kehitysvaiheissa herättää siksi perustellun kysymyksen mahdollisista pitkäaikaisvaikutuksista**. Raskaudenaikaisen SSRI/SNRI-altistuksen ja sikiön aivojen rakenteellisten muutosten välillä on havaittu yhteyksiä myös tutkimuksissa, joissa äidin masennusoireita on huomioitu analyyseissä. Edellä kuvatut sikiö-MRI-löydökset perustelevat tarvetta tutkia lääkealtistuksen mahdollisia pitkäaikaisvaikutuksia. Havaintojen pitkäaikaista kliinistä merkitystä ei kuitenkaan tunneta, eikä havainnoivien tutkimusten perusteella voida varmuudella erottaa lääkkeen vaikutuksia kaikista muista altistukseen liittyvistä tekijöistä.

Pitkäaikaisvaikutusten selvittäminen on erityisen tärkeää, koska masennuslääkkeiden käytön jälkeen tunnetaan vuosia tai vuosikymmeniä jatkuvia ja mahdollisesti pysyviä haittoja, kuten PSSD (Healy ym. 2022). Jos serotoniinijärjestelmään vaikuttava lääke voi aiheuttaa aikuisella pitkäkestoisia tai pysyviä haittoja, on biologisesti perusteltua tutkia, voiko altistuminen jo sikiöaikana vaikuttaa myöhempään seksuaaliseen kehitykseen, tunne-elämään tai mielihyvän kokemisen kykyyn. Sikiöaikaisen altistuksen ei ole osoitettu aiheuttavan PSSD:tä tai vastaavaa pysyvää oireyhtymää, mutta mahdollisia pitkäaikaisia seksuaalisia ja kokemuksellisia vaikutuksia on tutkittu erittäin vähän, joten mahdollisuutta ei voida myöskään sulkea pois. Erityinen

yhtenäisestä haittavaikutuksesta, vaan useista eri tavoin havaituista yhteyksistä, jotka perustelevat lääkealtistuksen mahdollisten pitkäaikaisten neurokehityksellisten vaikutusten järjestelmällistä tutkimista.

tutkimuksellinen ongelma on, että mahdolliset vaikutukset voivat ilmetä vasta murrosiässä tai aikuisuudessa eivätkä ne välttämättä tule esiin lapsuudessa käytetyillä neurokehityksen mittareilla.

Eläinkokeissa on havaittu, että kehitysaikainen SSRI-altistus voi aiheuttaa aikuisuuteen ulottuvia muutoksia jälkeläisten seksuaalisessa motivaatiossa, käyttäytymisessä ja lisääntymisjärjestelmän kehityksessä. Esimerkiksi tiineyden ja imetyksen aikainen fluoksetiinialtistus heikensi aikuisten uroshiirten seksuaalista motivaatiota ilman muutoksia niiden parittelukäyttäytymisessä (Gouvêa ym. 2008), kun taas toisessa tutkimuksessa havaittiin urospuolisten rottien seksuaalisen käyttäytymisen heikkenemistä (Rayen ym. 2013). Pelkästään kohdunsisäinen sertraliinialtistus on lisäksi yhdistetty urospuolisten rottien lisääntymisjärjestelmän muutoksiin ja sukukypsymisen viivästymiseen (Lozano ym. 2022). Tutkimustulokset eivät kuitenkaan ole yhdenmukaisia: osassa tutkimuksista vaikutukset seksuaaliseen käyttäytymiseen olivat vähäisiä tai niitä ei havaittu (Hegstad ym. 2020; Houwing ym. 2020), ja yhdessä tutkimuksessa seksuaalinen käyttäytyminen jopa lisääntyi (Baann ym. 2025). Eläinkokeista ei voida suoraan päätellä vaikutuksia ihmisiin.

Raskausaikana vaihtoehtoina eivät ole vain lääkehoito tai masennuksen jättäminen hoitamatta. Masennusta voidaan hoitaa myös psykologisilla ja psykososiaalisilla interventioilla ilman sikiön suoraa lääkeainealtistusta. NICE:n raskausajan mielenterveyshoitoa koskeva suositus (NICE CG192, kohta 1.4.10) edellyttää tavallista korkeampaa kynnystä psyykenlääkkeiden käytölle raskauden aikana muuttuneen hyöty–haittasuhteen vuoksi. Hoitopäätöksessä on siksi arvioitava erikseen äidin oireiden vaikeusaste, lääkehoidon osoitettu hyöty, sikiön lääkealtistuksen tunnetut riskit ja tutkimattomat pitkäaikaisvaikutukset sekä lääkkeettömien hoitojen mahdollisuudet**. Pelkkä vetoaminen hoitamattoman masennuksen mahdollisiin sikiöhaittoihin ei riitä osoittamaan, että lääkehoito olisi sikiön kehityksen kannalta parempi vaihtoehto.** Terveydenhuollon henkilöstöllä on oltava riittävät valmiudet tunnistaa lääkitykseen liittyvät seksuaali- ja lisääntymisterveyden haitat. Raskautta suunnittelevan tai raskaana olevan kanssa on arvioitava yhdessä lääkityksen jatkamisen, muuttamisen ja lopettamisen riskit sekä tarjolla olevat hoitovaihtoehdot. NICE edellyttää lisääntymisturvallisuuden huomioimista jo lääkettä määrättäessä (NICE CG192). Vieroitusoireiden tunnistamista ja turvallista lääkityksen lopettamista käsitellään tarkemmin kohdassa 7.

Varovaisuusperiaatteen mukaisesti epävarmuutta mahdollisista pitkäaikaisista kehityshaitoista ei tule tulkita osoitukseksi lääkityksen turvallisuudesta. Sikiön kehityksen erityinen haavoittuvuus ja mahdollisten vaikutusten pitkä viive puoltavat lääkealtistuksen välttämistä ja lääkkeettömien hoitovaihtoehtojen huomioimista.

SSRI-lääkkeet voivat vaikuttaa syntyvyyteen ja mahdollinen vaikutus syntyvyyteen voi alkaa jo ennen kuin lapsen hankinta tulee ajankohtaiseksi. Jos ihastumisen tunne tai seksuaalinen halu vaimenee, se voi vähentää halua etsiä kumppania, muodostaa parisuhde tai ryhtyä yrittämään lasta. David Healy on nostanut esiin kysymyksen siitä, voisiko laaja SSRI-lääkkeiden käyttö tätä kautta osaltaan vaikuttaa myös syntyvyyteen. Kelan tietopyyntövastauksen mukaan 290 328 henkilöä osti Suomessa SSRI-lääkettä lääkekorvattuna vuonna 2025 ja Kelan mukaan SSRI-lääkkeitä käytti samana vuonna 11,5 % 18–29-vuotiaista naisista. Mahdollisen väestövaikutuksen suuruutta ei tunneta. Sen selvittäminen edellyttää tutkimusta, joka seuraa lääkityksen vaikutuksia jo ennen parisuhteen muodostumista ja lapsen yrittämistä (Healy 2024, 2025).

4. Lääkkeettömät ja olosuhteisiin kohdistuvat tukimuodot

Lääkkeettömien hoitojen ja elämäntilanteeseen kohdistuvan tuen on oltava aidosti saatavilla olevia vaihtoehtoja, jotta potilas voi tehdä tietoon perustuvan valinnan hoidostaan. WHO:n mielenterveyspolitiikan ohje (laatikko 11) (WHO 2025, s. 91) luettelee seuraavia lääkkeettömiä

keinoja: uni, liikunta, ravitsemus, stressinhallinta, luonto ja kulttuuri; psykoterapia, traumaorientoituneet hoidot, perheinterventiot, vertaistuki, yhteisölliset palvelut sekä asumisen, toimeentulon ja työllistymisen tukeminen. WHO:n mhGAP-ohje antaa strukturoiduille psykologisille interventioille vahvan suosituksen keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa. Masennuslääkettä suositellaan harkittavaksi yksinään vain silloin, kun psykologista hoitoa ei ole saatavilla (WHO 2023, s. 58 ja 61).

Jos oireiden taustalla on väkivaltaa, toimeentulo-ongelmia, epätasaisesti jakautuvaa hoivavastuuta tai syrjintää, tulee tuen kohdistua niihin. Lääkkeetön vaihtoehto ei saa tarkoittaa hoidon epäämistä, vaan oikea-aikaista tukea oireiden todellisiin syihin. Strategian on edellytettävä, että vaihtoehtoja lääkehoidolle on tarjolla silloin, kun potilas tekee hoitopäätöstä. Strategian on asetettava alueittaiset tavoitteet psykoterapian, psykologisten interventioiden, sosiaalisen tuen ja perheinterventioiden saatavuudelle myös ilman diagnoosia, ja onnistumista on arvioitava toimintakyvyn, elämänlaadun ja hoitohaittojen perusteella lääkemääräysten määrien sijaan.

5. Sukupuolittuneen medikalisaation riskit ja alueelliset erot

Naisten terveysstrategiassa on tarkasteltava hoidon puutteiden rinnalla myös mahdollista tyttöjen ja naisten ylidiagnosointia ja ylilääkitystä. Erityisen tärkeää on selvittää, missä määrin tyttöjen ja naisten ahdistusta, surua, uupumusta ja ymmärrettäviä reaktioita vaikeisiin elämäntilanteisiin tulkitaan psykiatrisiksi sairauksiksi ja hoidetaan lääkkeillä. Samalla somaattiset sairaudet ja niiden oireet voivat jäädä tunnistamatta, jos ne selitetään ensisijaisesti psyykkisillä tekijöillä.

Sukupuolittuneet tavat tunnistaa, ilmaista ja tulkita psyykkistä kuormitusta voivat vaikuttaa siihen, kenelle mielenterveyshäiriöitä diagnosoidaan ja lääkkeitä määrätään. Strategiassa on siksi arvioitava, vaikuttavatko naisiin ja miehiin kohdistuvat erilaiset odotukset hoitopäätöksiin. Tytöt ja naiset voivat tunnistaa ja sanoittaa tunteitaan sekä hakea apua poikia ja miehiä useammin. **Tunteiden tunnistaminen, niistä puhuminen ja avun hakeminen ovat lähtökohtaisesti myönteisiä taitoja, mutta paradoksaalisesti juuri nämä taidot voivat lääkekeskeisessä hoitojärjestelmässä lisätä tyttöjen ja naisten todennäköisyyttä saada psykiatrinen diagnoosi ja lääkehoitoa sekä ohimeneviä tai pysyviä ja vakavia haittoja avun hakemisen seurauksena**. Kuormitus ja vaikeat tunteet voivat olla myös ymmärrettäviä reaktioita esimerkiksi kiusaamiseen, väkivaltaan, turvattomuuteen, ihmissuhdeongelmiin, taloudellisiin vaikeuksiin tai kuormittaviin työoloihin. WHO:n ja YK:n ihmisoikeusvaltuutetun toimiston (OHCHR) mukaan sukupuolistereotypiat voivat vaikuttaa mielenterveysdiagnooseihin ja psyykenlääkkeiden määräämiseen sekä edistää naisten mielenterveyden tarpeetonta medikalisaatiota, kun taas poikien ja miesten ahdinko voi jäädä tunnistamatta. (WHO/OHCHR 2023, s. 11). **Inhimillisten reaktioiden patologisointi voi altistaa tytöt ja naiset tarpeettomille lääke- ja sähköhoitoon liittyville riskeille ja samalla haitalliseen elämäntilanteeseen jääminen voi pitkittyä lääkkeen aiheuttaman välinpitämättömyyden takia[9].**

Väkivallan yhteys psykiatriseen diagnosointiin havainnollistaa ongelman merkitystä. Brittiläisessä rekisteritutkimuksessa verrattiin 18 547 parisuhdeväkivaltaa kokenutta naista 74 188 vertailuryhmän naiseen. Väkivaltaa kokeneista 51 prosentilla ei ollut lähtötilanteessa kirjattua mielenterveyshäiriötä. Kun tarkasteltiin näitä naisia, joilla ei seurannan alussa ollut kirjattuna mitään tutkimuksessa tarkastelluista mielenterveyshäiriöistä, oli **uusien masennusta, ahdistuneisuutta tai vakavaa mielenterveyshäiriötä koskevien kirjausten ilmaantuvuus väkivaltaa kokeneilla 2,77-kertainen** vertailuryhmään nähden. Vastaavasti naisilla, joilla ei ollut aiempaa kirjattua masennusdiagnoosia, masennusdiagnoosien ilmaantuvuus oli 3,05-kertainen

[9] Kokemustietoa

(Chandan ym. 2020). Väkivallan aiheuttama pelko, ahdistus, suru, unettomuus ja turvattomuus ovat usein luonnollisia ja ymmärrettäviä reaktioita väkivaltaan ja traumaan, eivätkä ne sellaisinaan osoita mielenterveyshäiriötä. Oireet voivat myös olla vakavia ja edellyttää hoitoa, mutta niiden taustalla olevat kokemukset ja olosuhteet on tunnistettava. Traumaymmärryksen puute voi siten johtaa väkivallan seurausten patologisointiin sen sijaan, että tunnistettaisiin niiden yhteys koettuun väkivaltaan ja puututtaisiin turvattomuutta ylläpitäviin olosuhteisiin tai tarjottaisiin tukea aikaisempiin traumaattisiin kokemuksiin liittyen. Jos väkivallan seuraukset tulkitaan ensisijaisesti uhrin psykiatriseksi sairaudeksi, huomio voi siirtyä väkivallan tekijästä ja haitallisista olosuhteista uhrin diagnosointiin ja lääkitsemiseen, joka voi johtaa pysyvään haittaan. Psykiatrinen diagnoosi voi myös heikentää naisen uskottavuutta ja johtaa hänen kokemustensa vähättelyyn (Taylor 2022). WHO/OHCHR painottaa, että mielenterveyteen vaikuttavien sosiaalisten, taloudellisten ja ympäristötekijöiden sivuuttaminen voi johtaa ongelmien yksilöllistämiseen ja lääketieteellistämiseen (WHO/OHCHR 2023, s. 10). Britannian psykiatrien kuninkaallinen kollegio (Royal College of Psychiatrists) pyysi elokuussa 2026 julkisesti anteeksi lapsuudessa seksuaaliväkivaltaa kokeneiden aikuisten mielenterveyshoidossa tapahtuneita vältettävissä olleita haittoja. Kollegion kannanotossa tunnistettiin muun muassa virheelliset diagnoosit, epäasianmukainen hoito ja traumakokemusten sivuuttaminen oirekeskeisessä hoidossa sekä korostettiin traumaymmärtävän hoidon tarvetta (RCPsych 2026).

Masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt Suomessa erityisesti tytöillä ja nuorilla naisilla. Vuonna 2014 masennuslääkkeitä osti noin 8 prosenttia 18–29-vuotiaista naisista ja 5 prosenttia samanikäisistä miehistä. Vuonna 2024 osuudet olivat lähes 18 % ja 8 % (Kela 2025). Vuonna 2025 SSRI-lääkkeitä käytti 11,5 % 18–29-vuotiaista naisista ja 4,4 % miehistä ja 13–17-vuotiaista tytöistä 7,1 % ja samanikäisistä pojista 2,1 %. (Kela 2026 d). **Vuonna 2025 Pohjois-Savossa masennuslääkkeitä osti 20,8 % 18–29-vuotiaista naisista ja 9,2 % miehistä, kun Itä-Uudellamaalla masennuslääkkeitä osti naisista 15,5 % ja miehistä 6,0 %** (Kela, Tietotarjotin**).** Nämä luvut havainnollistavat masennuslääkkeiden käytössä esiintyviä huomattavia alueellisia ja sukupuolten välisiä eroja. Strategiassa tulee selvittää, määrätäänkö tytöille ja naisille masennuslääkkeitä herkemmin kuin pojille ja miehille myös silloin, kun masennusoireiden yleisyys ja vaikeusaste sekä muut hoidon tarpeeseen vaikuttavat tekijät vakioidaan. Lisäksi tulee selvittää, esiintyykö Suomessa alueellisia eroja masennuslääkkeiden määräämisessä myös sairastavuuden ja väestörakenteen vakioinnin jälkeen ja arvioida, missä määrin mahdolliset erot johtuvat hoitokäytäntöjen vaihtelusta.

Ruotsalainen tutkimus antaa konkreettista näyttöä mahdollisesta sukupuolivinoumasta. Bacigalupe ym. tutkivat yli 60-vuotiaita, joiden masennusta arvioitiin sekä terveydenhuollon rekisteritiedoista että standardoidulla, osittain sukupuolisokealla menetelmällä. Standardoidussa arviossa masennuksen esiintyvyydessä ei havaittu sukupuolieroa. Naisilla oli kuitenkin iän, masennusoireiden ja palvelujen käytön vakioinnin jälkeen **44 % suurempi masennusdiagnoosin esiintyvyys** kuin miehillä (PR 1,44; 95 % LV 1,10–1,88). Masennuslääkkeiden käytön esiintyvyys oli naisilla **31 % suurempi** (PR 1,31; 95 % LV 1,04–1,64) myös silloin, kun rekisteriin kirjattu masennusdiagnoosi oli huomioitu (Bacigalupe ym. 2024). **Tulokset viittaavat siihen, että hoitojärjestelmän käytännöt voivat osaltaan tuottaa sukupuolieroja, joita oireiden määrä tai vakavuus ei yksin selitä.**

Sundbomin ym. ruotsalaisessa väestötutkimuksessa masennusoireita raportoi 12,3 % miehistä ja 11,2 % naisista, mutta masennuslääkettä oli määrätty 9,8 % naisista ja 5,3 % miehistä. Erityisen huomionarvoista on, että **masennuslääkettä käytti ilman kyselyssä raportoitua masennusta 7,2 % naisista ja 3,6 % miehistä**, **eli naisten osuus oli kaksinkertainen** (Sundbom ym. 2017). Tutkimus herättää perustellun kysymyksen sukupuolen vaikutuksesta lääkehoitopäätöksiin. Poikien ja miesten pienempi osuus lääkkeen saajina ei kuitenkaan tarkoita, että heidän tuen tarpeensa olisi

välttämättä vähäisempi. **Tavoitteen ei tule olla sukupuolierojen kaventaminen lisäämällä poikien ja miesten lääkitystä**, vaan tyttöjen ja naisten mahdollista ylilääkitystä on selvitettävä samalla, kun varmistetaan, etteivät poikien ja miesten ongelmat jää tunnistamatta tai ilman asianmukaista tukea.

Sukupuolittuneen medikalisaation seurauksia on tarkasteltava myös potilasturvallisuuden näkökulmasta. Jos tytöille ja naisille määrätään psyykenlääkkeitä poikia ja miehiä useammin, he myös altistuvat niiden mahdollisille haitoille useammin. Suurempi lääkealtistus merkitsee todennäköisesti myös sitä, että haittoja kokevien naisten lukumäärä on suurempi, vaikka yksittäisen käyttäjän haittariski olisi molemmilla sukupuolilla sama. Sukupuolierot näkyvät myös lääkkeiden haittavaikutusilmoituksissa. Fimean mukaan 1973–14.10.2026 rekisteröitiin yhteensä 109 628 lääkkeiden haittavaikutusilmoitusta. Näistä 74 002 (68 %) koski naisia ja 34 038 (31 %) miehiä. **Naisia koskevia ilmoituksia oli 2,17-kertainen määrä eli 117,4 % enemmän kuin miehiä koskevia** (Fimea, 2026b). Luvut koskevat kaikkia lääkkeitä. WHO:n VigiAccess-palvelussa sertraliinia koskevista 102 211:sta epäiltyjä haittavaikutuksia käsittelevästä ilmoituksesta 62 796 (61 %) koski naisia ja 31 007 (30 %) miehiä (WHO, VigiAccess, 23.10.2026). Naisia koskevia ilmoituksia oli 2,03-kertainen määrä eli 103 % enemmän kuin miehiä koskevia. Naisia koskevia haittavaikutusilmoituksia on tehty Fimealle 1876 koskien psyykenlääkkeitä 2020–2026, miehiä koskevia 1322. Ilmoituksia koskien epäilyä psyykenlääkkeen aiheuttamasta kuolemasta on tehty miesten osalta enemmän, 35, ja naisten osalta 17 samalla ajanjaksolla (Fimea 2026e).

Avoimessa 12 viikon fluoksetiinitutkimuksessa uusia itsemurha-ajatuksia ilmoitti noin 17 % naisista ja 9 % miehistä. Tämä vastaa noin 47:ää henkilöä 278 naisesta ja 12 henkilöä 136 miehestä. Ero oli noin 8 prosenttiyksikköä eli ajatuksia ilmaantui naisille noin 1,9 kertaa niin usein kuin miehille. Nimittäjinä ovat kummankin sukupuolen kaikki osallistujat, joilla ei tutkimuksen alussa ollut itsemurha-ajatuksia tutkimuksen määritelmän mukaan. Luvut on laskettu julkaistuista pyöristetyistä osuuksista. Tutkimuksessa ei ollut lumeryhmää, joten lääkkeen osuutta sukupuolierosta ei voi määrittää (Perlis ym. 2007).

Tanskalaisessa 365 alaikäisen aineistossa oli 234 tyttöä ja 131 poikaa. SSRI-hoidon ensimmäisten kuuden viikon aikana kirjatun itsetuhoisuuden vakioitu vetosuhde oli tytöillä poikiin verrattuna 2,1 (95 % luottamusväli 1,1–4,1). Tulos koski itsemurha-ajatuksia ja itsetuhoista käyttäytymistä yhdessä. Julkaisu ei anna kummankin sukupuolen tapausmääriä, joista voisi laskea prosenttiosuudet. Aineistossa ei ollut lumeryhmää (Sørensen ym. 2022).

Lasten ja nuorten masennuksen lumekokeissa SSRI-lääkkeeseen liittyi 1,66-kertainen riski itsemurha-ajatuksiin tai itsetuhoiseen käyttäytymiseen liittyvälle haittatapahtumalle (95 % luottamusväli 1,02–2,68). Kun kaikki saman analyysin masennuslääkkeet ja käyttöaiheet yhdistettiin, erikseen tarkasteltujen itsemurha-ajatusten riski oli 1,74-kertainen (1,06–2,86). Lasten ja nuorten kokeissa ei havaittu johdonmukaista sukupuolieroa lääkkeen vaikutuksessa, ja tapahtumia oli vähän. Myöskään laajassa aikuisten lumekokeiden analyysissä ei todettu tilastollisesti merkitsevää sukupuolieroa lääkkeen vaikutuksessa. Siksi lääkkeen aiheuttaman riskin suuruus erikseen tytöillä ja pojilla sekä naisilla ja miehillä on selvitettävä (Hammad ym. 2006, Stone ym. 2009).

Yhdysvaltain lääkeviranomaisen FDA:n haittavaikutustietokannan (FAERS) vuosien 2006–2014 ilmoituksia koskevassa analyysissa **kymmenestä eniten toimintakyvyn menetykseen liittyviä haittavaikutusilmoituksia saaneesta lääkkeestä neljä oli psyykenlääkkeitä**: kolme masennuslääkettä (paroksetiini, fluoksetiini ja sertraliini) sekä yksi psykoosilääke (ketiapiini)

(Sonawane ym. 2018, taulukko 2). Vaikka ilmoitukset eivät yksin vahvista lääkkeen aiheuttaneen kyseistä haittaa, ne osoittavat, että näihin lääkkeisiin on liitetty huomattava määrä vakavia toimintakyvyn menetyksiä koskevia haittaepäilyjä. Koska naiset käyttävät masennuslääkkeitä miehiä yleisemmin, naisten terveysstrategiassa on tärkeää selvittää paitsi haittojen sukupuolikohtaista ilmaantuvuutta myös niiden vakavuutta ja väestötason haittataakkaa.

Ennen masennuslääkkeen tarjoamista tulisi somaattiset syyt selvittää asianmukaisesti. Naisten kipua, uupumusta, kognitiivisia vaikeuksia ja neurologisia oireita voidaan tulkita psyykkisiksi, jolloin esimerkiksi raudanpuute, anemia, kilpirauhasen toimintahäiriöt, hormonaaliset muutokset tai raskauteen ja synnytykseen liittyvät terveysongelmat voivat jäädä tunnistamatta. Esimerkiksi synnytyksen jälkeinen raudanpuuteanemia on yhdistetty mielialan ja kognition muutoksiin (Beard ym. 2005). **Naisten somaattisten oireiden psykologisointi ja tunteiden patologisointi ovat kaksi mahdollista, samanaikaisesti esiintyvää sukupuolittunutta ongelmaa.** Strategiassa tulee selvittää, viivästyykö tyttöjen ja naisten pääsy asianmukaisiin somaattisiin tutkimuksiin tilanteissa, joissa oireet tulkitaan ensisijaisesti psyykkisiksi, ja johtavatko tällaiset tulkinnat psyykenlääkitykseen.

Masennusdiagnoosi perustuu oireiden, käyttäytymisen ja toimintakyvyn kliiniseen arviointiin, eikä sen yhteydessä tehdä testiä, joka osoittaisi serotoniinivajeen, kemiallisen epätasapainon tai muun biologisen poikkeavuuden, jonka korjaamiseen lääkehoito voitaisiin perustaa. Moncrieffin ym. katsausten katsaus ei löytänyt johdonmukaista näyttöä serotoniinivajeteorian tueksi (Moncrieff ym. 2022). Joanna Moncrieffin lääkekeskeisen vaikutusmallin mukaan psyykenlääkkeet muuttavat aivojen normaalia toimintaa, tunnekokemuksia ja käyttäytymistä sen sijaan, että niiden olisi osoitettu korjaavan tunnettua biologista vajetta (Moncrieff 2018). **Tästä syntyy olennainen ristiriita: masennusdiagnoosia ei perusteta osoitettuun aivojen biologiseen poikkeavuuteen eikä serotoniinivajetta osoittavaan tutkimukseen, mutta hoidoksi määrätään lääkkeitä, jotka muuttavat suoraan aivojen ja hermoston toimintaa ja joiden vaikutukset voivat joillakin potilailla jatkua pitkään lääkityksen lopettamisen jälkeen tai olla pysyviä.**

Strategiassa tulee määrittää psykiatrisen diagnosoinnin ja lääkehoidon aloittamista edeltävälle arvioinnille vähimmäisvaatimukset. Elämäntilanteen, väkivallan, traumojen, sosiaalisen kuormituksen ja mahdollisten somaattisten syiden selvittäminen on dokumentoitava. Hoidon jatkamisen tai tehostamisen edellytyksenä tulee olla myös hyötyjen ja haittojen järjestelmällinen arviointi yhdessä potilaan kanssa. Tavoitteena tulee olla ehkäistä tilanteita, joissa **ymmärrettävät elämänkokemukset patologisoidaan, somaattinen sairaus jää tunnistamatta ja potilaalle määrätään lääkitys, joka ei ole välttämätön, mutta altistaa hänet pitkäaikaisille ja mahdollisesti peruuttamattomille haitoille**.

6. PSSD

Masennuslääkkeiden keskimääräinen lisähyöty lumelääkkeeseen verrattuna on kliinisissä tutkimuksissa pieni, mutta yksilöllinen hyöty vaihtelee ja osalle potilaista voi aiheutua pitkäkestoisia tai pysyviä haittoja. Naiset altistuvat masennuslääkkeiden pitkäaikaishaittojen mahdollisuudelle miehiä useammin, koska heille määrätään masennuslääkkeitä huomattavasti enemmän. PSSD:n riskiä erikseen naisilla ja miehillä ei kuitenkaan tunneta. Masennuslääkkeiden haitat, kuten seksuaaliset toimintahäiriöt, PSSD, tunteiden latistuminen ja vieroitusoireet, koskevat myös poikia ja miehiä.

PSSD on SSRI- ja muiden serotoniinin takaisinottoon vaikuttavien lääkkeiden käytön jälkeen jatkuva, mahdollisesti pysyvä oireyhtymä, jonka keskeisiä tunnusmerkkejä ovat seksuaalisten toimintojen ja sukupuolielinten tunnon muutokset. Kyse ei ole pelkästään potilaiden esittämästä

epäilystä, vaan Euroopan lääkevirasto EMA suositteli vuonna 2019 SSRI- ja SNRI-valmisteiden tuotetietoihin varoitusta seksuaalihaitoista, jotka voivat jatkua lääkityksen lopettamisen jälkeen (EMA 2019). Britannian lääkeviranomainen MHRA päätti lokakuussa 2026 lisätä PSSD:n nimeltä tiettyjen masennuslääkkeiden pakkausselosteisiin (MHRA 2026). PSSD:n biologista syntymekanismia ei vielä tunneta. Osa sairastuneista kuvaa myös vaikeita tunne-elämän, mielihyvän kokemisen ja kognition muutoksia (Healy ym. 2022). Joillakin potilailla oireet ovat jatkuneet vuosia tai vuosikymmeniä.

Tunteiden latistuminen on tunnettu vaikutus myös lääkityksen aikana, riippumatta siitä, kehittyykö potilaalle PSSD. Goodwinin ym. kyselyssä 46 % masennuslääkkeitä käyttävistä raportoi tunteiden latistumista (Goodwin ym. 2017). Uusiseelantilaisessa 1829 käyttäjän kyselyssä 60 % vastaajista raportoi emotionaalista turtumista, 52 % kokemusta siitä, etteivät he tunteneet olevansa oma itsensä, 42 % myönteisten tunteiden vähentymistä ja 39 % kokemusta siitä, että he välittivät muista aiempaa vähemmän (Read ym. 2014). Nuoret naiset ovat kuvanneet, etteivät he lääkityksen aikana olleet täysin omia itsejään (Wills ym. 2019). Terveillä vapaaehtoisilla tehdyssä lumekontrolloidussa tutkimuksessa essitalopraami heikensi palkkioherkkyyttä, mikä osoittaa, että **lääke voi itsessään muuttaa mielihyvään liittyviä toimintoja ilman taustalla olevaa masennusta** (Langley ym. 2023). Myös empatian heikkenemistä on kuvattu (Opbroek ym. 2002).

Potilaat kuvaavat seksuaalisen halun ja tunnon menetyksen ohella sitä, etteivät he enää tunne vetovoimaa toiseen ihmiseen, ihastu tai koe rakastumisen tunnetta. Lääkityksen nuorena aloittaneen voi olla vaikea tunnistaa tällaista haittaa, jos hän ei ole ehtinyt kokea ihastumista, seksuaalista halua tai läheisyyttä ennen hoitoa. Haitta voi näkyä siinä, haluaako nuori tutustua muihin, etsiä kumppania ja muodostaa ensimmäisen parisuhteensa. Lorenzin tutkimuksessa SSRI-lääkitys ennen 16 vuoden ikää oli naisilla yhteydessä muun muassa vähäisempään seksuaaliseen haluun viehättäväksi koettua henkilöä kohtaan aikuisena. Yhteyden syy ja yleisyys vaativat seurantatutkimusta (Lorenz 2020, PSSD UK, Brugi ym. 2026).

PSSD:hen liittyvä tunne-elämän muutos voi sairastuneiden kokemusten perusteella olla huomattavasti pelkkää tunteiden latistumista voimakkaampi. Osa sairastuneista kuvaa lähes täydellistä tai **täydelliseksi koettua tunteiden ja mielihyvän puuttumista: kyvyttömyyttä kokea iloa, rakkautta, kiintymystä, läheisyyttä tai muita aiemmin itsestään selviä tunnereaktioita**. Kyse ei siten välttämättä ole vain tunteiden voimakkuuden vähenemisestä, vaan kokemuksesta, että oma tunne-elämä on kadonnut. Pysyväksi jäävä mielihyvän, tunteiden ja seksuaalisen toimintakyvyn menetys voidaan kokea oman persoonallisuuden ja identiteetin menetyksenä. Tällaisiin haittoihin on liitetty parisuhteiden päättymistä, työttömyyttä, työkyvyttömyyttä ja itsemurhia. (Brugi, S., Budd, B., Mackie, C., & Fish, S. 2026), (RxISK 2024, RxISK 2026). Laaja-alaisia ja lääkityksen lopettamisen jälkeen jatkuvia muutoksia on kuvattu PSSD:tä käsittelevissä laadullisissa tutkimuksissa (Rice ym. 2025; Brugi ym. 2026). Osa sairastuneista kuvaa tunne-elämän menetystä seksuaalioireitakin vakavampana haittana. Britannian lääkeviranomaisen MHRA:n asiantuntijaryhmälle vuonna 2025 esitettyjen potilaskokemusten yhteenvedossa kuvataan kognitiivisia vaikeuksia sekä kokemusta **lobotomisoiduksi** ja epäinhimillistetyksi tulemisesta (MHRA 2026c, s. 19, The Guardian 2024).[10]

On vakava epäkohta, että terveydenhuoltojärjestelmä ei ohjaa näitä sairastuneita tutkimuksiin eikä tarjoa mahdollisesti vaikuttavaa hoitoa tai asiantuntevaa psykologista tukea, vaikka haitta on syntynyt hoidon seurauksena.[11] Oireet voidaan selittää terveydenhuollossa masennuksella, ahdistuksella tai toiminnallisella häiriöllä, vaikka potilaan

[10] Kyse on potilaiden omia kokemuksia kuvaavasta vertauksesta, ei väitteestä, että lääkkeiden vaikutusmekanismi vastaisi kirurgista lobotomiaa.
[11] Kokemustietoa

tunne-elämä ja seksuaalisuus olisivat olleet normaalit ennen lääkitystä ja muuttuneet vasta sen aloittamisen yhteydessä tai lopettamisen jälkeen.

Sairastuneiden kokemusten perusteella Suomessa on ollut vaikeuksia päästä asianmukaisiin tutkimuksiin, saada diagnoosia sekä löytää muuta tukea. Yksiselitteisesti parantavan hoidon puuttuminen ei kuitenkaan oikeuta jättämään potilasta ilman lääketieteellistä arviota, oireenmukaista hoitoa, kuntoutusta tai muuta tukea (Tarchi ym. 2023). Lisäksi potilasyhteisön keräämissä kokemuksissa on raportoitu myönteisiä tuloksia esimerkiksi laskimonsisäisestä immunoglobuliinihoidosta (IVIG), mutta hoitoa ei ole tarjottu potilaille. Tällaisten myönteisten hoitokokemusten järjestelmällinen tutkiminen on tarpeen (Jacobsen 2025).

Healyn, Le Nouryn ja Manginin tutkimuksessa 62 potilasta 23 maasta kuvasi kokemuksiaan terveydenhuollosta. Monet kertoivat, ettei heitä kuunneltu, heidän oireitaan vähäteltiin, ammattilaiset eivät tunteneet PSSD:tä tai eivät suostuneet perehtymään sitä koskevaan tutkimuskirjallisuuteen (Healy ym. 2019). Sairastuneet voivat kokea tämän lääketieteellisenä *gaslightingina* eli sumutuksena: heidän kokemuksensa ja havaintonsa omassa kehossaan tapahtuneista muutoksista kyseenalaistetaan, ja haitan selitykseksi tarjotaan psykiatrista tulkintaa. Näin alkuperäisen hoidon mahdollinen haitta jää tunnistamatta, ja potilaan epäluottamus terveydenhuoltoon voi syventyä.

Hoidon hyötyjen ja mahdollisesti peruuttamattomien haittojen välillä on huomattava epäsymmetria. Stonen ym. (2022) mallinnuksen mukaan noin 15 %:lla osallistujista masennuslääkkeen vaikutus ylitti lumevaikutuksen huomattavasti. Vaikka osa potilaista hyötyy hoidosta, keskimääräinen lisähyöty on pieni suhteessa siihen, että osalle voi aiheutua pitkäkestoinen ja mahdollisesti pysyvä haitta, jonka vaikutukset voivat olla huomattavasti alkuperäisiä oireita vakavammat. Ymmärrettävien tunteiden ja elämäntilanteeseen liittyvien reaktioiden patologisointi ei siten ole vaaratonta: se voi johtaa hoitoihin, joiden seuraukset ovat vakavampia ja pitkäkestoisempia kuin ne kokemukset, joiden vuoksi hoito alun perin aloitettiin.

Lapsen syntymä ja vanhemmuus voivat olla ihmiselle elämän merkityksellisimpiä ja palkitsevimpia kokemuksia sekä keskeinen elämän sisällön ja tarkoituksen lähde. Tämän vuoksi vanhemmuuteen liittyvän ilon ja tunneyhteyden menettäminen voi tuntua siltä, että ihmiseltä on viety yksi hänen elämänsä tärkeimmistä ulottuvuuksista, vaikka vanhemmuus ja vastuu lapsesta säilyvät. Kokemustiedon mukaan masennuslääkkeen aiheuttama pysyväksi jäänyt tunteiden kokonaisvaltainen latistuminen voi viedä äidiltä ja isältä mahdollisuuden kokea iloa ja onnea lapsen syntymästä sekä kyvyn tuntea kiintymystä lasta kohtaan. Vanhempi voi silti edelleen rakastaa lastaan ja huolehtia hänestä, vaikka ei kykenisi kokemaan näitä tunteita. Mahdollisuus menettää yksi elämän suurimmista tunnekokemuksista sekä kyvyttömyys kokea iloa omasta lapsesta on itsessään vakava haitta riippumatta siitä, voidaanko lapsen kehityksessä osoittaa kielteisiä vaikutuksia. Vanhemman emotionaalinen läsnäolo ja herkkyys vastata lapsen tarpeisiin ovat yhteydessä lapsen kiintymyssuhteen turvallisuuteen ja kehitykseen (Madigan ym. 2024). **Jos lääkityksen aiheuttama tunteiden latistuminen heikentää myös vanhemman emotionaalista saatavilla oloa tai vuorovaikutusta lapsen kanssa, haitan vaikutukset voivat ulottua myös lapseen. Lapsi voi tällöin olla iatrogeenisen haitan välillinen kärsijä, vaikka hän ei itse olisi altistunut lääkkeelle.** Masennuslääkkeiden aiheuttaman tunteiden latistumisen vaikutuksia vanhemman ja lapsen väliseen tunneyhteyteen, vuorovaikutukseen ja lapsen kehitykseen on tutkittu puutteellisesti, jos ollenkaan. Nämä mahdolliset välilliset haitat on tunnistettava ja sisällytettävä riippumattoman pitkäaikaistutkimuksen kohteisiin.

Terveydenhuollon tulee kantaa erityinen vastuu potilaista, joiden elämä on muuttunut perustavanlaatuisesti annetun hoidon seurauksena. Potilaan ei tule joutua yksin osoittamaan

haitan olemassaoloa, taistelemaan sen tunnistamisesta ja etsimään vuosikausia apua oireisiin, joiden mahdollisuus olisi pitänyt huomioida jo hoitoa aloitettaessa. Britannian Cumberlege-selvityksen (*First Do No Harm*, 2020) keskeinen havainto oli, että iatrogeenisia haittoja kokeneiden potilaiden kertomuksia ei uskottu ja heidän kokemuksiaan vähäteltiin. **Samojen järjestelmätason epäkohtien toistuminen on estettävä nykyisessä mielenterveyshoidossa: potilaiden kokemukset on otettava vakavasti, mahdolliset iatrogeeniset haitat on tutkittava asianmukaisesti ja niiden perusteella on ryhdyttävä toimenpiteisiin potilasturvallisuuden parantamiseksi**. Suomessa tarvitaan PSSD:n ja muiden pitkäkestoisten masennuslääkehaittojen tunnistamiseen yhtenäiset kliiniset käytännöt, erikoissairaanhoidon arviointi- ja tukipolku sekä riippumatonta tutkimusta.

7. Vieroitusoireet ja haittojen tulkitseminen sairaudeksi

Masennuslääkityksen turvallinen lopettaminen edellyttää vieroitusoireiden tunnistamista ja yksilöllistä tukea, jotta oireita ei tulkita virheellisesti sairauden uusiutumiseksi tai uudeksi häiriöksi. Vieroitusoireiden yleisyysarviot vaihtelevat menetelmän mukaan: 56 % Daviesin ja Readin katsauksessa (Davies & Read 2019), 15 % Hensslerin ym. meta-analyysissa (Henssler ym. 2024) sekä 55 % uudelleenanalyysissa, joka rajattiin asianmukaisia mittareita käyttäneisiin tutkimuksiin (Moncrieff ym. 2025). Brittiläisessä perusterveydenhuollon kyselyssä 79 % raportoi vieroitusoireita ja 38 % ei ollut onnistunut lopettamaan; vaikeat oireet olivat yleisempiä pitkään käyttäneillä, mutta vastausaste oli vain 18 % (Horowitz ym. 2025). Pitkittyneitä oireita on kuvattu kuukausista vuosiin (Rennwald & Hengartner 2025). Pitkittyneet vieroitusoireet voivat heikentää merkittävästi yksilön työkykyä, toimintakykyä ja elämänhallintaa. Vieroitusoireet alkavat tavallisimmin päivien kuluessa lääkityksen vähentämisestä tai lopettamisesta, mutta ne voivat alkaa myös viiveellä. NICE:n NG215-ohje tunnistaa mahdollisuuden, että oireet alkavat vasta myöhemmin, mikä voi vaikeuttaa niiden erottamista sairauden uusiutumisesta. Kokemustiedon perusteella vaikeat vieroitusoireet voivat alkaa vasta 2–3 kuukauden kuluttua lopettamisesta.

Lopettamisen jälkeistä ahdistusta, unettomuutta tai aistimusten muutoksia ei pidä automaattisesti tulkita relapsiksi. (Guy ym. 2020; Horowitz 2025). Tarvitaan yhteinen vähennyssuunnitelma, pienet annosvahvuudet ja tuki pitkittyneissä oireissa (NICE NG215). Lääkityksen mahdollisista vaikeista ja pitkittyneistä vieroitusoireista sekä lopettamisen vaikeudesta on kerrottava jo ennen hoidon aloittamista. **Tämä on erityisen tärkeää tyttöjen ja lisääntymisikäisten naisten kannalta, sillä ilman ennakkoon annettua riskitietoa nainen voi joutua vasta raskautta suunnitellessaan tai jo raskaana ollessaan punnitsemaan lääkityksen vähentämiseen tai lopettamiseen liittyviä vieroituksen riskejä suhteessa lääkityksen jatkamisesta aiheutuviin sikiöaltistuksen riskeihin ja epävarmuuksiin**. Tietoon perustuvan suostumuksen on siksi katettava myös lääkityksen mahdollinen pitkäaikaisuus ja lopettamiseen liittyvät vaikeudet, ei vain hoidon aloittamiseen ja käyttöön liittyviä haittoja. Depression Käypä hoito -suositus tunnistaa hitaan annosvähennyksen tarpeen, mutta strategiassa tulee esittää toimenpiteenä sen selvittämistä, toteutuvatko ohjeet kliinisessä käytännössä ja saavatko potilaat tarvittaessa hyvin hitaaseen, yksilölliseen vähentämiseen perustuvaa tukea. Myös lääkekohtaisten ohjeiden ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksen riittävyys tulee arvioida.

8. Sähköhoito: virheelliset potilasohjeet korjattava, mahdollistettava haittailmoitusten tekeminen ja tuki

Sähköhoidon potilasturvallisuus edellyttää avointa tietoa mahdollisista pitkäaikaisista ja pysyvistä haitoista, vapaata ja tietoon perustuvaa suostumusta sekä riippumatonta haittojen seurantaa, jossa huomioidaan myös ikä- ja sukupuolierot. HUS:n ylläpitämä Mielenterveystalo ilmoittaa, että muistiongelmat ”paranevat viimeistään pari kuukautta hoidon lopettamisen jälkeen” ja ettei

sähköhoito ”aiheuta rakenteellisia muutoksia aivoissa” (Mielenterveystalo)[12]. Samalla sivulla kuitenkin kerrotaan, että hoito vaikuttaa aivojen aineenvaihduntaan ja välittäjäaineiden pitoisuuksiin. Keski-Suomen hyvinvointialueen ohjeen mukaan muistihäiriö ei nykytiedon mukaan ole pysyvä (Keski-Suomen hyvinvointialue). Laitevalmistaja Somatics mainitsee vakavina haittoina kuitenkin kognition ja muistin heikkenemisen sekä **aivovamman** (brain injury, s. 9), toteaa toipumisen voivan jäädä epätäydelliseksi ja muistinmenetyksen voivan harvoin olla pysyvää (s. 10), ettei pitkäaikaista turvallisuutta ja tehoa ole osoitettu (s. 7), ja mainitsee, ettei valmistaja takaa, ettei pysyvää kognitiivista haittaa tai rakenteellista aivomuutosta voisi esiintyä (s. 24) (Thymatron Rev. 22). **Suomalaisten potilasohjeiden ehdottomat väitteet ovat siten ristiriidassa laitevalmistajan omien riskitietojen kanssa sekä sähköhoitoa saaneiden oman kokemuksen kanssa.** Virheelliset tiedot tulee korjata. Sähköhoitoon liittyvä omaelämäkerrallisen muistin menetys voi koskea elämän merkityksellisimpiä tapahtumia. **Osa sähköhoitoa saaneista on kertonut menettäneensä muistonsa lastensa syntymästä, omista häistään ja vuosien korkeakouluopinnoista**. Muistojen menetys voi vaikuttaa perustavanlaatuisesti ihmisen identiteettiin, läheissuhteisiin ja kokemukseen omasta elämänhistoriastaan. Mathiassenin ym. systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissa, joka käsitti yhdeksän pitkittäistutkimusta (432 sähköhoitopotilasta ja 173 vertailuhenkilöä), sähköhoitoon liittyi verrokkeja suurempi omaelämäkerrallisen muistin heikkeneminen (standardoitu vaikutuskoko 0,55). Molemminpuoliseen elektrodien sijoitteluun liittyi suurempi muistihaitta kuin oikeanpuoleiseen yksipuoliseen sijoitteluun. Pitkäaikaisseurannassa menetetyt muistot eivät näyttäneet palautuvan. Tutkimusten pieni koko ja pääosin havainnoiva asetelma rajoittavat johtopäätösten varmuutta (Mathiassen ym. 2026).

WHO:n ja YK:n ihmisoikeusvaltuutetun toimiston (OHCHR) ohjeen mukaan ECT:tä eli sähköhoitoa saa antaa, jos se ylipäätään sallitaan, vain henkilön kirjallisella tai muuten dokumentoidulla, vapaalla ja tietoon perustuvalla suostumuksella. Kansainväliset ihmisoikeusnormit selventävät, että ECT ilman suostumusta **loukkaa oikeutta fyysiseen ja henkiseen koskemattomuuteen ja voi olla kidutusta tai muuta kaltoinkohtelua**. WHO:n mukaan hoitoa tarjottaessa henkilölle on kerrottava kaikista sen riskeistä sekä mahdollisista lyhyt- ja pitkäaikaisista haitoista, kuten muistinmenetyksestä ja **aivovauriosta**. Potilasohjeet, joissa pysyvät muistihaitat ja aivomuutokset kiistetään, eivät täytä tätä vaatimusta. (WHO/OHCHR 2023, s. 58). Irlannin vuonna 2026 hyväksytyn mielenterveyslain 51 §:ssä sähköhoidon lähtökohtaiseksi edellytykseksi säädetään henkilön kirjallinen suostumus.[13] Suomen tulee arvioida mahdollisuutta vahvistaa sähköhoidon kirjallista suostumusta koskevia vaatimuksia siten, että potilaan itsemääräämisoikeus, riittävä riskitieto ja suostumuksen vapaaehtoisuus turvataan (Mental Health Act 2026, 51 §, Irlanti). Potilaan on saatava realistinen tieto lyhyen aikavälin hyödystä, uusiutumisesta ja pitkäaikaisturvallisuuden epävarmuudesta. (WHO/OHCHR 2023, s. 58).

Sähköhoitoa annetaan sarjoina: Mielenterveystalon mukaan tavallisesti 2–3 kertaa viikossa, yhteensä noin 4–16 kertaa, ja joskus ylläpitohoitona 2–4 viikon välein (Mielenterveystalo). Laitevalmistajan käyttöohjeen mukaan tiheästi annettu hoito, suuri hoitokertojen määrä, molemminpuolinen elektrodien sijoitus ja suuri sähköannos ovat kukin itsenäisesti yhteydessä voimakkaampiin kognitiivisiin haittoihin (Thymatron Rev. 22, s. 10). Sarja- ja ylläpitohoidon riskit on siksi kerrottava potilaalle erikseen.

Naisten osuus ECT:n saajista oli 33 maan 51 aineiston koosteessa keskimäärin 61 % (Morrison ym. 2025) ja Suomessa noin 58 % vuonna 2013 (Sumia ym. 2021). Samasta kansainvälisestä

[12] ”*Onko sähköhoidolla haittavaikutuksia? Sähköhoidon jälkeen saattaa olla päänsärkyä ja olo voi olla väsynyt. Myös lähimuistissa ja uuden oppimisessa voi olla ongelmia. Muistiongelmat voivat kestää jonkin aikaa, mutta ne kuitenkin paranevat viimeistään pari kuukautta hoidon lopettamisen jälkeen. Sähköhoito ei aiheuta rakenteellisia muutoksia aivoissa*.”

[13] Laissa säädetään erikseen tilanteista, joissa henkilöllä ei katsota olevan kykyä antaa suostumustaan.

kyselyaineistosta tehdyssä muistihaittojen analyysissa 81,4 % niistä sähköhoitoa saaneista vastaajista, jotka raportoivat ennen hoitoa tapahtuneisiin elämäntapahtumiin liittyvää muistinmenetystä ja vastasivat haitan kestoa koskevaan kysymykseen, kertoi haitan jatkuneen yli kolme vuotta (377/463). Itsevalikoituneen kyselyn perusteella ei voida arvioida tämän haitan yleisyyttä kaikkien sähköhoitoa saaneiden keskuudessa (Read ym. 2025). Prospektiivisessa seurantatutkimuksessa **naissukupuoli oli yhteydessä suurempiin kognitiivisiin haittoihin** (Sackeim ym. 2007). Sähköhoidon hyötyjä ja haittoja on arvioitava myös potilaiden kokeman elämänlaadun näkökulmasta. Readin ym. (2025) kansainvälisessä kyselytutkimuksessa 858 sähköhoitoa saanutta henkilöä ja 286 heidän omaistaan tai läheistään arvioi hoidon vaikutuksia. Hoitoa saaneista 59 % piti sähköhoitoa täysin hyödyttömänä. Alkuperäisten oireiden lievittymistä raportoi 45 % ja pahenemista 37 %. **Elämänlaatunsa arvioi heikentyneen 62** % ja parantuneen 29 %. Itsetuhoisuuden koki vähentyneen 33 % ja lisääntyneen 19 %. Kysely perustui osallistujien jälkikäteisiin arvioihin ja itsevalikoituneeseen aineistoon, joten tuloksia ei voida yleistää kaikkiin sähköhoitoa saaneisiin. Havainnot kuitenkin perustelevat potilaiden itse arvioiman toimintakyvyn, elämänlaadun sekä hoidon hyötyjen ja haittojen järjestelmällisen pitkäaikaisseurannan (Read ym. 2025).

Morrisonin ym. itsevalikoituneessa kyselyssä naiset raportoivat miehiä harvemmin mielialan paranemista sekä useammin muistihaittoja ja hoidon haitallisuutta. Hoidon ottaisi uudelleen 15 % naisista ja 29 % miehistä. Pitkäkestoisten tai pysyvien muistihaittojen mahdollisuudesta oli kerrottu 16 %:lle naisista ja 34 %:lle miehistä, vaikka naisten riski on suurempi, ja kaikista vastaajista vain 5,3 %:lle oli kerrottu naisten suuremmasta muistihaittariskistä. Osallistumisensa koki vapaaehtoiseksi 50 % naisista ja 64 % miehistä, ja 37 % naisista ja 22 % miehistä koki antaneensa suostumuksen painostettuna (Morrison ym. 2025). Heikompi hyöty naisilla perustuu potilaiden omaan arvioon, mutta suurempi muistihaittojen riski on havaittu myös prospektiivisesti.

Readin, Kirschin ja McGrathin katsauksen mukaan lume-ECT-tutkimuksia on vähän, ne ovat laadultaan heikkoja ja niiden seuranta-ajat ovat lyhyitä (Read ym. 2019). **Laitevalmistajan itse esittelemissä lumevertailuissa ero lumehoitoon ei säilynyt seurannassa** (Thymatron Rev. 22, s. 13–14). Raskaudenaikaisesta ECT:stä on vain tapausselostuksia. Leiknesin ym. katsauksessa, joka kattoi 67 tapausjulkaisua ja 169 raskautta, lähes kolmasosassa raportoitiin haittatapahtumia, kuten sikiön sykkeen hidastumista, kohdun supistelua ja ennenaikaisia synnytyksiä. Lapsikuolleisuus oli 7,1 %. Tapausselostusten perusteella ei voida arvioida haittojen tai kuolemien todellista yleisyyttä kaikilla raskauden aikana ECT:tä saaneilla eikä osoittaa, että kaikki tapaukset johtuivat hoidosta (Leiknes ym. 2015).

Depression Käypä hoito -suosituksen 8.1.2020 julkaistussa näytönastekatsauksessa alaikäisten sähköhoidon tehoa koskevan näytön asteeksi on arvioitu C. **Katsauksessa todetaan nimenomaisesti, ettei nuorten depression sähköhoidosta ole julkaistu satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia (RCT), vaan näyttö perustuu potilastapauksiin ja tapaussarjoihin**. Pitkäaikaisia ja mahdollisesti peruuttamattomia haittoja koskevan luotettavan turvallisuusnäytön puute on erityisen ongelmallinen alaikäisillä, joiden aivot ovat vielä kehitysvaiheessa ja joiden mahdollisuudet arvioida hoidon mahdollisia elinikäisiä seurauksia ovat rajalliset. WHO:n ja OHCHR:n suositus kieltää lasten sähköhoito lailla on siten perusteltu myös varovaisuusperiaatteen ja lasten erityisen suojelun näkökulmasta.

Suomessa sähköhoidolle ei ole lakisääteistä alaikärajaa, ja Suomen Anestesiologiyhdistyksen Finnanest-lehdessä kerrotaan myös alaikäisten potilaiden saavan ECT-hoitoa (Huoponen ym. 2024). Tämä on ristiriidassa WHO:n/OHCHR:n vaatimuksen kanssa, jonka mukaan lasten ECT on kiellettävä lailla. Yhdysvaltalaisen Thymatron-sähköhoitolaitteen käyttöohjeessa laitteen käyttökohde kattaa myös 13 vuotta täyttäneet potilaat (Thymatron Rev. 22, s. 6). Valmistajan

ilmoittama käyttötarkoitus ei kuitenkaan korvaa riippumatonta arviota alaikäisten hoidon hyödyistä, haitoista ja itsemääräämisoikeudesta. (Thymatron Rev. 22, s. 6). Alaikäisten sähköhoidosta ei ole julkaistu suomalaista sukupuolen mukaista tilastoa. Ruotsin kansallisessa rekisterissä alle 19-vuotiaista ECT-potilaista 62 % oli poikia; käyttö vaihteli voimakkaasti alueittain ja kymmenkertaistui 18 vuoden iässä (Rask ym. 2023).

Potilas voi ilmoittaa epäillystä *lääkkeen* haittavaikutuksesta suoraan Fimealle riippumatta siitä, onko hoitava lääkäri samaa mieltä haitan syy-yhteydestä. Sähköhoidon haittojen ilmoittamiseen ei sen sijaan ole osoitettu vastaavaa, potilaille tarkoitettua ilmoitusjärjestelmää. Fimea on tietopyyntövastauksessaan erottanut lääkinnällisten laitteiden vaaratilanteet hoitojen haittavaikutuksista ja ohjannut haittavaikutusten ilmoittamisesta kysyneen ottamaan yhteyttä hoitavaan lääkäriin (Fimea, 2026c, 2026d).

Vuonna 2013 ECT:tä saaneita potilaita oli Suomessa 1023 (Sumia ym. 2021). Sähköhoidon käyttö vaihteli Suomessa vuonna 2013 sairaanhoitopiireittäin **7,5:stä 53 potilaaseen 100 000 asukasta kohden** (Sumia ym. 2021). Näin suuret erot edellyttävät sen selvittämistä, missä määrin hoitoratkaisuihin vaikuttavat potilaiden tarpeiden lisäksi alueelliset hoitokulttuurit ja vaihtoehtoisten hoitojen saatavuus. Vuoden 2023 eurooppalaiseen kyselyyn vastasi vain kahdeksan Suomen 25 ECT-yksiköstä (32 %), minkä perusteella tutkijat arvioivat ekstrapoloimalla valtakunnalliseksi ECT:tä saaneiden määräksi 2087 potilasta. (Braithwaite ym. 2026).

Kansallista rekisteriä ECT:tä saaneista ei ole, eikä Terveyshilmosta saa julkisesti valtakunnallista sukupuolen mukaan eriteltyä tietoa toisin kuin Avohilmosta. Tietojen puutteellisuus ja valtakunnallisten potilasmäärien arvioiminen ekstrapoloimalla osoittavat sähköhoidon tilastoinnin puutteet. **Kun Suomessa ei myöskään ole kattavaa, potilaille suoraan avointa haittailmoitusmenettelyä eikä järjestelmällistä pitkäaikaishaittojen seurantaa, hoidon todellista laajuutta, turvallisuutta ja mahdollisia sukupuolieroja ei voida luotettavasti arvioida**. Tämä korostaa kansallisen ECT-rekisterin, riippumattoman haittaseurannan ja potilaiden oman haittailmoituskanavan tarvetta. Irlanti on jo sisällyttänyt alle 18-vuotiaiden sähköhoidon kiellon toukokuussa 2026 hyväksyttyyn mielenterveyslakiinsa (Mental Health Act 2026, 90 §). Suomen tulee seurata perässä ja WHO:n suositukseen perustuen **kieltää lailla ECT:n antaminen alaikäisille**. Alaikäisten erityinen suojeluntarve, oikeus ruumiilliseen ja henkiseen koskemattomuuteen sekä sähköhoidon mahdolliset vakavat pitkäaikaiset tai pysyvät haitat puoltavat ehdotonta lakikieltoa riippumatta hoidon yleisyydestä Suomessa. Huoltajan, lääkärin tai tuomioistuimen lupa ei korvaa WHO:n ja OHCHR:n suosittelemaa lainsäädännöllistä kieltoa. Suomen tulee selvittää alaikäisille annetun sähköhoidon määrä ja käytännöt potilasturvallisuuden ja valvonnan vuoksi, mutta kiellon toteuttamista ei tule ehdollistaa näiden selvitysten tuloksille.

9. Alaikäisten masennuslääkehoidon turvallisuus ja itsemurhien riippumaton selvittäminen

Alaikäisten masennuslääkehoidossa on erityisen tärkeää arvioida hyödyn kliinistä merkitystä, mahdollisia kehitykseen vaikuttavia haittoja sekä itsemurhariskiä. WHO:n vuonna 2023 päivittämä mhGAP-suositus on yksiselitteinen: **masennuslääkkeitä ei suositella 12-vuotiaiden ja sitä nuorempien lasten masennuksen hoitoon** (vahva suositus). Suomessa masennuslääkkeistä korvausta sai vuonna 2025 kuitenkin yhteensä 1222 iältään 0–12-vuotiasta lasta ja korvausta saaneiden määrä kasvoi edellisestä vuodesta, jolloin se oli 1175. (Sotkanet). Kasvu ei selity ikäluokan koon muutoksella, sillä myös korvausta saaneiden osuus ikäryhmästä kasvoi (Kela 2026, Tietotarjotin). Vuonna 2025 Suomessa 13–17-vuotiaista tytöistä SSRI-lääkkeistä sai korvausta 7,1 % ja pojista 2,1 %. Korvaustilasto ei yksilöi lääkkeen käyttöaihetta, eikä sen perusteella voida päätellä, kuinka monelle lapselle lääkettä määrättiin masennuksen hoitoon.

Tuoreissa riippumattomissa uudelleenarvioinneissa on jälleen kyseenalaistettu fluoksetiinin (Suomessa mm. Seronil ja Seromex) keskimääräisen hyödyn kliininen merkittävyys lasten ja nuorten masennuksen hoidossa (Hetrick ym., 2021, Plöderl ym., 2026; Lyus ym., 2026; Aboustate ym., 2025). Jo vuonna 2005 laadittu Euroopan lääkeviraston (silloisen EMEA) esittelijöiden arviointiraportti suositteli, **ettei fluoksetiinin (Prozac) käyttöaihetta hyväksyttäisi 8–17-vuotiaiden lasten ja nuorten masennuksen hoitoon, koska hyöty–haittasuhde arvioitiin kielteiseksi**. Arviointiraportissa nostettiin esiin erityisesti itsetuhoisuuden lisääntymiseen liittyvät havainnot sekä eläinkokeiden herättämät huolet vaikutuksista kasvuun, sukupuoliseen kypsymiseen sekä kognitiiviseen ja emotionaaliseen kehitykseen. Myös pitkäaikaisturvallisuutta koskevaa tutkimusnäyttöä pidettiin riittämättömänä (EMEA, esittelijöiden arviointiraportti, 2005, s. 4[14]). EMEA:n lääkevalmistekomitea (CHMP) päätyi kuitenkin kesäkuussa 2006 hyväksymistä puoltavaan kantaan, ja Euroopan komissio teki lopullisen päätöksen 21.8.2006.

Fluoksetiinin lasten käyttöaiheen hyväksymisvaiheessa oli havaittu itsetuhoisuuteen liittyviä turvallisuussignaaleja sekä vaikutuksia painoon ja pituuskasvuun. Eläinkokeissa oli lisäksi havaittu vaikutuksia sukupuoliseen kypsymiseen ja lisääntymiselimiin. Näiden löydösten kliinistä merkitystä lapsille ei ollut riittävästi selvitetty, eikä pitkäaikaisturvallisuutta erityisesti seksuaalisen kehityksen, lisääntymisterveyden ja myöhemmän seksuaalisen toimintakyvyn osalta ollut osoitettu.

Vuoden 2006 hyväksynnän yhteydessä asetettuihin velvoitteisiin sisältyi fluoksetiinin vaikutusten kliininen arviointi lasten sukupuoliseen kypsymiseen liittyen. (EMEA 2006, liite IV, s. 19, 61). Lääkeyhtiö Eli Lilly pyysi myöhemmin, että kliinistä arviointia koskeva jälkiseurantavelvoite katsottaisiin täytetyksi, vaikka suunniteltua kliinistä tutkimusta ei ollut toteutettu[15]. Britannian lääkeviranomainen MHRA suositteli vuonna 2009, että pyyntö hyväksyttäisiin. (MHRA 2009, s. 3,8). On selvitettävä, millä tieteellisillä perusteilla tällainen ratkaisu katsottiin hyväksyttäväksi tilanteessa, jossa pitkäaikaisia kehitys- ja lisääntymisterveysriskejä koskevat kysymykset olivat edelleen avoimia.

Vuonna 2020 julkaistussa 610 nuoren aikuisen kyselytutkimuksessa ennen 16 vuoden ikää SSRI-lääkkeitä käyttäneillä naisilla havaittiin aikuisuudessa vähäisempää yksin koettua seksuaalista halua ja muihin mahdollisiin kumppaneihin kohdistuvaa halua, vaikka aiemmat ja nykyiset mielenterveysoireet sekä nykyinen masennuslääkitys huomioitiin. Retrospektiivinen poikkileikkaustutkimus ei osoita syy-yhteyttä, mutta tukee tarvetta tutkia nuoruusiän SSRI-altistuksen pitkäaikaisia vaikutuksia naisten seksuaaliseen kehitykseen ja toimintakykyyn (Lorenz 2020). Marraskuussa 2026 julkaistussa kokeessa nuoruusiässä fluoksetiinille altistuneilla naarashiirillä havaittiin aikuisuudessa lisääntynyttä ahdistuneisuutta muistuttavaa käyttäytymistä vielä lääkityksen päättymisen jälkeen (Garcia ym. 2026). Eläinkoe ei osoita vastaavaa vaikutusta ihmisillä, mutta tukee pitkäaikaisvaikutusten tutkimisen tarvetta. Potilaiden kokemusten mukaan osalle lapsena masennuslääkkeitä saaneista ei ole kehittynyt seksuaalisuutta (Valtonen 2026).[16]

Depression Käypä hoito -suosituksen vahva, A-tasoinen arvio fluoksetiinin tehosta lasten ja nuorten masennuksen hoidossa on ristiriidassa tuoreiden tutkimusten ja uudelleenanalyysien johtopäätösten kanssa (Plöderl ym. 2026; Lyus ym. 2026). Nykyisen A-tasoisen näytönastearvion perustana oleva katsaus on julkaistu 8.1.2020. Siinä tukeudutaan muun muassa Whittingtonin ym. (2004) meta-

[14] Tarkka sitaatti:"It is not recommended to grant an indication to fluoxetine for the treatment of depression in children and adolescents because the benefit/risk balance in the claimed indication is deemed negative"
[15]"The MAH therefore requests that the post-authorization commitment to clinically evaluate the effect of fluoxetine on sexual maturation be considered fulfilled"
[16] Daniel Bergnerin The New York Timesissa 12.11.2025 julkaisemassa laajassa artikkelissa kuvataan henkilöitä, jotka ovat aloittaneet SSRI-lääkityksen lapsuudessa tai nuoruudessa ja kertovat seksuaalisen halun, tuntemusten tai seksuaalisuuden kehityksen häiriintyneen tai jääneen puutteelliseksi. Osa kuvatuista haitoista on jatkunut aikuisuuteen ja lääkityksen lopettamisen jälkeen

analyysiin, jonka mukaan vakavia haittatapahtumia raportoitiin yhdessä fluoksetiinitutkimuksessa harvemmin lääke- kuin lumeryhmässä (alle 1 % vs. 3,6 %), mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tuloksen luotettavuuden kyseenalaistaa Gøtzschen ja Healyn (2022) samojen alkuperäistutkimusten uudelleenanalyysi, jossa havaittiin merkittäviä puutteita ja ristiriitaisuuksia haittatapahtumien raportoinnissa sekä aiemmin raportoimatta jääneitä itsemurhayrityksiä. Uudelleenanalyysissä kohtalaiset tai vaikeat haittatapahtumat olivat fluoksetiiniryhmässä yleisempiä kuin lumeryhmässä.

Vuoden 2021 Cochrane-katsauksessa fluoksetiinin keskimääräinen hyöty lumelääkkeeseen verrattuna oli vain 2,84 pistettä CDRS-R-masennusasteikolla, mikä arvioitiin kliinisesti merkityksettömäksi (Hetrick ym. 2021). Myös myöhemmät riippumattomat uudelleenarvioinnit ovat kyseenalaistaneet fluoksetiinin kliinisesti merkittävän hyödyn. TADS-tutkimuksen uudelleenanalyysissä fluoksetiini ei eronnut lumelääkkeestä tilastollisesti merkitsevästi CDRS-R-asteikolla, ja tutkimuksessa paljastui 11 aiemmin raportoimatonta itsetuhoisuuteen liittyvää haittatapahtumaa (Aboustate ym. 2025). Plöderlin ym. (2026) analyysissä fluoksetiinin keskimääräinen hyöty oli pienentynyt uudempien tutkimusten myötä kliinisesti merkityksettömäksi.

Erityisen merkittävä on Lyusin ym. (2026) julkaisema kolmen verkostometa-analyysin uudelleenarviointi. Siinä osoitettiin, että kahdessa vaikutusvaltaisessa Lancet-julkaisussa (Cipriani ym. 2016; Zhou ym. 2020) raportoitu fluoksetiinin suurempi teho perustui olennaiselta osin yhden pienen, vain 40 osallistujan alkuperäistutkimuksen poikkeuksellisen suureen vaikutusarvioon. Tutkimuksessa havaittiin vakavia menetelmällisiä ja tilastollisia epäjohdonmukaisuuksia. Kun tämä tutkimus poistettiin analyyseistä, fluoksetiinin arvioitu vaikutuskoko pieneni arvosta −0,51 noin arvoon −0,20 eli kliinisesti merkityksettömälle tasolle, ja tulokset yhdenmukaistuivat Cochranen meta-analyysin kanssa (Lyus ym. 2026). Näin aiemmissa verkostometa-analyyseissä esitetty kliinisesti merkittävä hyöty ei enää saanut tukea uudelleenanalyysistä.

Masennuslääkkeiden on tiedetty lisäävän lasten ja nuorten itsetuhoisia ajatuksia ja käyttäytymistä, ja **fluoksetiinin tehon näyttö kyseenalaistettiin jo ennen nykyistä näytönastekatsausta.** Fluoksetiinin (Prozac) lasten käyttöaihe perustui kahteen Eli Lillyn tutkimukseen, X065 ja HCJE. Yhdysvaltain lääkeviranomaisen FDA:n vuoden 2001 tilastollisen arvion mukaan fluoksetiini ei kummassakaan eronnut lumeesta tilastollisesti merkitsevästi ensisijaisella tulosmuuttujalla (Gøtzsche & Healy 2022). Vuonna 2004 julkisuudessa huomautettiin, että FDA:n asiakirjoissa mainittiin kaksi X065-tutkimuksessa fluoksetiinia saanutta lasta, jotka olivat yrittäneet itsemurhaa, mutta tutkimusjulkaisu ei maininnut niitä (Leo 2004). FDA lisäsi vuosina 2004–2005 masennuslääkkeisiin vahvimman varoituksensa lasten ja nuorten itsetuhoisuudesta, ja vuonna 2005 EMEA:n esittelijät arvioivat fluoksetiinin hyöty–haittasuhteen lapsilla kielteiseksi. Vuonna 2016 julkaistussa lääkeviranomaisille toimitettuihin tutkimusraportteihin perustuneessa meta-analyysissä lasten ja nuorten itsetuhoisuuden riski oli masennuslääkkeillä noin kaksinkertainen lumeeseen verrattuna (vetosuhde 2,39; 95 %:n luottamusväli 1,31–4,33) (Sharma ym. 2016**). Kaikki nämä tiedot olivat saatavilla ennen 8.1.2020 päivättyä näytönastekatsausta.** Vuonna 2022 riippumattomat tutkijat osoittivat Lillyn alkuperäisten tutkimusraporttien perusteella, että keskeyttämiset ja puuttuvat tiedot olivat vinouttaneet tuloksia fluoksetiinin hyväksi, että julkaisuista puuttui itsetuhoisuuteen liittyviä tapahtumia ja että lääkkeen hyöty oli kliinisesti merkityksetön (Gøtzsche & Healy 2022). Vuonna 2023 tutkijat ja itsemurhaan läheisensä menettäneet omaiset vaativat avoimessa kirjeessä näiden tutkimusjulkaisujen vetämistä pois (Gøtzsche ym. 2023).

Depression Käypä hoito -suosituksen kohdennettu päivitys julkaistiin 25.6.2026, mutta alaikäisten masennuslääkkeiden tehoa koskeva A-tason näytönastekatsaus on edelleen päivätty 8.1.2020. Se on ollut päivittämättä lähes seitsemän vuotta, vaikka Käypä hoito -suositusten ajantasaisuus arvioidaan tavallisesti 3–5 vuoden välein (Sipilä 2025). Käypä hoito -suositusten tuottamisesta vastaavat

asiantuntijatyöryhmä ja Käypä hoito -toimitus (Sipilä 2025). Vastuu koskee myös suosituksen pitämistä ajantasaisena. **Nykyinen päivitysmenettely ei ole turvannut näytönastekatsauksen ajantasaisuutta, ja päivitystarpeen käsittely jää suosituksen ylläpitäjien sisäiseksi asiaksi**. Siksi hoitosuositusten laatiminen ja päivittäminen on siirrettävä julkisen vallan vastuulle. **Siirto ei poista nykyisten vastuutahojen vastuuta siitä, ettei näytönastekatsausta ole päivitetty**. Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettamaa työryhmää johtaa Erkki Isometsä (psykiatrian professori, Helsingin yliopisto, ja ylilääkäri, HUS). Näytönastekatsauksen on laatinut Mauri Marttunen (nuorisopsykiatrian erikoislääkäri ja emeritusprofessori, Helsingin yliopisto ja THL). Työryhmään kuuluvat myös Elina Kinnunen (asiantuntijalääkäri, Kela), Hannu Koponen (vanhuspsykiatrian emeritusprofessori, Helsingin yliopisto), Jarmo Lappalainen (terveydenhuollon toimialajohtaja, Kanta-Hämeen hyvinvointialue), Olavi Lindfors (kliinisen psykologian dosentti ja vieraileva tutkija, THL), Sami Pirkola (ylilääkäri, Pirkanmaan hyvinvointialue), Kari Raaska (ylilääkäri, Valvira), Jan-Henry Stenberg (linjajohtaja, HUS Psykiatria) ja Arja Tuunainen (Käypä hoito -vastuutoimittaja, Duodecim). Nimikkeet ja organisaatiot perustuvat suosituksessa ja sen sidonnaisuusilmoituksissa ilmoitettuihin tehtäviin. Pirkolan ja Raaskan ylilääkärin tehtävät ovat vuoden 2023 ilmoituksista.

Suosituksen 3.4.2023 tarkistetuissa sidonnaisuusilmoituksissa Hannu Koponen ilmoitti luentopalkkioita Lundbeckilta, Sami Pirkola luento-, koulutus- ja asiantuntijapalkkioita Lundbeckilta/Otsukalta ja Janssen-Cilag Oy:ltä ja Jan-Henry Stenberg samaan ryhmään kuuluvia palkkioita Lundbeckilta. Lundbeck on Cipralexin eli essitalopraamin ja Orion on Seronilin eli fluoksetiinin myyntiluvan haltija. Molemmat lääkeaineet ovat mukana alaikäisten A-tason näytönastekatsauksessa.

Vuosina 1969–2025 itsemurhaan kuoli Suomessa yhteensä 81 iältään 0–14-vuotiasta tyttöä ja 142 samanikäistä poikaa. Vuosina 2006–2015 kuoli kuusi samanikäistä tyttöä ja 18 poikaa ja vuosina 2016–2025 kuoli 33 samanikäistä tyttöä ja 17 poikaa**. 0–14-vuotiaiden tyttöjen itsemurhakuolemien lukumäärä on siten yli viisinkertaistunut kahden kymmenvuotisjakson välillä.** Kasvun taustalla olevat syyt ja mahdollinen yhteys masennuslääkkeisiin on selvitettävä. Vuosina 1998–2016 itsemurhan tehneiden 0–14-vuotiaiden tyttöjen lukumäärä vaihteli nollasta kahteen. Vuosi 2015 on tarkastelujakson viimeinen vuosi, jolloin yksikään tämän ikäryhmän tyttö ei kuollut itsemurhaan. **Vuonna 2025 peräti kahdeksan 0–14-vuotiasta tyttöä teki itsemurhan.** (Tilastokeskus 2026).

Masennuslääkkeistä korvausta saaneiden 0–12-vuotiaiden tyttöjen määrä oli 249 vuonna 2015 ja 626 vuonna 2024 (THL, Sotkanet, indikaattori 2353). Fimean 14.10.2026 antaman tietopyyntövastauksen mukaan vuosina 2006–2026 tehtiin seitsemän haittavaikutusilmoitusta alle 18-vuotiaan kuolemasta, joissa masennuslääkkeellä epäiltiin olleen osuutta tapahtumaan. Ilmoituksista viisi oli lääkärien tekemiä ja viisi koski SSRI-lääkettä. Kyse on Fimealle tehdyistä epäiltyjä haittavaikutuksia koskevista ilmoituksista, ei varmistetuista lääkekuolemista (Fimea 2026b). Ilmoitukset eivät itsessään osoita, että masennuslääke olisi aiheuttanut kuolemat, eivätkä sitä, että kuolemat olisivat olleet itsemurhia. Tiedot kuitenkin perustelevat vaatimusta riippumattomasta tapauskohtaisesta selvityksestä, jossa lääkityksen aloittaminen, annosmuutokset, lopettaminen ja muu mahdollinen itsetuhoisuuteen vaikuttanut tapahtumakulku arvioidaan järjestelmällisesti. Itsemurhatiedot koskevat tässä 0–14-vuotiaita ja lääkekorvaustiedot 0–12-vuotiaita, joten ikäryhmät eivät vastaa toisiaan eikä lukumäärien samanaikaisesta kasvusta voida päätellä syy-yhteyttä. Itsemurhan tehneet eivät myöskään välttämättä olleet käyttäneet masennuslääkettä.

Lasten ja nuorten satunnaistetuissa lääketutkimuksissa on osoitettu masennuslääkkeiden lisäävän itsetuhoisten ajatusten ja käyttäytymisen riskiä. **Masennuslääkkeet noin kaksinkertaistivat lasten**

ja nuorten itsetuhoisten ajatusten ja käyttäytymisen riskin: 4 % lääkkeellä ja 2 % lumeella (Hammad ym., 2006; FDA, 2005).[17] Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoitoa koskeneessa 7–17-vuotiaiden essitalopraamitutkimuksessa itsemurha-ajatuksia raportoitiin 9,5 %:lla lääkeryhmässä ja 1,5 %:lla lumeryhmässä (Strawn ym., 2023). Tutkimus ei koskenut masennuksen hoitoa.

Lasten ja nuorten lumekontrolloiduissa tutkimuksissa ei todettu itsemurhakuolemia. Tämä ei osoita lääkkeitä turvallisiksi, sillä itsemurhakuolemat ovat lapsilla ja nuorilla harvinaisia, eikä niitä voi odottaa havaittavan pienissä ja lyhyissä tutkimuksissa. Yhdysvaltain lääkeviranomaisen yhdistämissä 24 tutkimuksessa oli yhteensä 4 582 potilasta, ja tutkimukset kestivät 4–16 viikkoa (Hammad ym. 2006). Siksi riskiä on arvioitava itsetuhoisten ajatusten ja käyttäytymisen perusteella. Masennuslääkkeet noin kaksinkertaistivat ne (Hammad ym. 2006; Sharma ym. 2016). **Itsemurhayritys on WHO:n mukaan itsemurhakuoleman merkittävin yksittäinen riskitekijä** (WHO 2014). Lääkkeen lisäämä itsetuhoisuus on siksi todellinen kuolemanriski, vaikka yksittäisen kuoleman yhteyttä lääkitykseen on vaikea osoittaa. Lapsen kuolema on peruuttamaton. **Jos masennuslääkitys on myötävaikuttanut yhdenkin lapsen kuolemaan aikana, jolloin itsetuhoisuuden riski oli tiedossa eikä lääkkeen kliinisesti merkittävää hyötyä ollut osoitettu, kyse on kuolemasta, joka olisi ollut vältettävissä.** Hoitosuosituksen laatijoilla ja ylläpitäjillä on vastuu siitä, että suositus vastaa ajantasaista näyttöä. Alaikäisten hoitosuositus on päivitettävä viipymättä, kun saadaan uutta tietoa hoidon vakavista haitoista tai aiemmin arvioitua vähäisemmästä hyödystä. **Suosituksen laatijoiden on julkisesti perusteltava, miksi A-tason arviota ei ole päivitetty uudelleenanalyysien jälkeen**. Kun kliinisesti merkittävää keskimääräistä lisähyötyä lumeeseen verrattuna ei ole osoitettu, lääkityksen aloittaminen altistaa lapsen tarpeettomasti vakavalle riskille. **Kun lapsi kuolee itsemurhaan ja lääkityksen epäillään myötävaikuttaneen kuolemaan, riippumattomassa selvityksessä on arvioitava, olisiko ajantasainen suositus muuttanut lääkityspäätöstä, riskeistä kertomista, seurantaa tai reagointia lapsen voinnin heikkenemiseen ja olisiko kuolema ollut estettävissä**. Viranomaisen on julkaistava selvityksistä kertyvät potilasturvallisuushavainnot ja huolehdittava, että ne johtavat tarvittaviin muutoksiin.

10. Iatrogeenisia haittoja saaneiden osallisuus ja korjaavat toimenpiteet

Hoitosuositusten, turvallisuusarvioiden ja tutkimusrahoituspäätösten riippumattomuus on keskeinen potilasturvallisuuskysymys. Naisten terveysstrategian tavoitteeksi on asetettava tämän riippumattomuuden vahvistaminen. Suositusten, arvioiden ja rahoituspäätösten valmisteluun tai hyväksymiseen osallistuvien on ilmoitettava avoimesti sidonnaisuutensa lääketeollisuuteen ja lääkinnällisten laitteiden valmistajiin sekä muut tehtävän kannalta olennaiset sidonnaisuutensa. Valmistelusta ja päätöksenteosta vastaavien tahojen on arvioitava sidonnaisuuksien mahdollinen vaikutus asian käsittelyyn ja lopputulokseen. Cumberlege-selvitys osoitti, että valproaatin, hormonaalisten raskaustestien ja lantionpohjan verkkoimplanttien haitat jäivät pitkään tunnustamatta ja ehkäisemättä, koska potilaita ei kuunneltu eikä turvallisuussignaaleista seurannut toimia (First Do No Harm 2020). Samankaltaisia kokemuksia on kuvattu PSSD:ssä ja ECT:n pitkäaikaishaitoissa. Lääkehaittoja kokeneet ottivat itse yhteyttä Iso-Britannian

[17] Kohonnut itsemurhien ja itsemurhayritysten yhteisriski on yhdistetty myös aikuisilla uudempiin masennuslääkkeisiin (Hengartner ym., 2021). FDA-aineiston uudelleenanalyysissä lääkeryhmissä todettiin enemmän sekä itsemurhayrityksiä että itsemurhia kuin lumeryhmissä (Hengartner & Plöderl, 2019). Alkuperäisen analyysin tilastollista kritiikkiä käsitelleessä yhteiskommentaarissa, jonka kirjoittajiin kuuluivat myös kritiikin esittäjät, todettiin, että uudet analyysit viittaavat joka tapauksessa johdonmukaisesti kohonneeseen itsemurhayritysten riskiin ja epävarmemmin myös kohonneeseen itsemurhien riskiin aikuisilla. Tämä on huomionarvoista lääkkeille, joita käytetään masennuksen hoitoon (Plöderl ym., 2020).

lääkevalvontaviranomaiseen MHRA:yyn, joka kuuli heitä ja heidän läheisiään osana masennuslääkkeiden turvallisuusarviointia (MHRA 2026c).

Iatrogeenisia haittoja kokeneet sekä omaiset, jotka epäilevät läheisensä kuoleman liittyneen hoitoon, ja heidän edustajansa on otettava mukaan strategian toimeenpanoon, riskiviestinnän, tutkimuksen, rekisterien ja palvelujen suunnitteluun sekä päätöksentekoon. Osallistuminen ei saa jäädä muodolliseksi kuulemiseksi, vaan heidän näkemyksillään on oltava todellista vaikutusta ratkaisuihin. Hoidosta haittoja saaneille on turvattava asianmukainen lääketieteellinen arviointi, hoito, kuntoutus ja psykologinen tuki sekä tarvittaessa sosiaalinen ja taloudellinen tuki. Myös läheisensä hoitoon mahdollisesti liittyvän kuoleman vuoksi menettäneille omaisille on turvattava psykososiaalinen ja tarvittaessa taloudellinen tuki.

Lähteet

Sukupuoli ja haitat

- Bacigalupe A ym. (2024). Is the diagnosis and treatment of depression gender-biased? Evidence from a population-based aging cohort in Sweden. International Journal for Equity in Health 23:252. https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-024-02320-2
- Chandan ym. (2020), The British Journal of Psychiatry. Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.124
- Fimea 2026c. Tietopyyntövastaus 15.10.2026
- Fimea 2026e. Tietopyyntövastaus 30.10.2026
- Kela (2025, 4.6.). Nuorten aikuisten masennuslääkkeiden käyttö kaksinkertaistui kymmenessä vuodessa – kasvu on selkeästi nopeampaa kuin Ruotsissa. https://www.kela.fi/ajankohtaista/nuorten-aikuisten-masennuslaakkeiden-kaytto-kaksinkertaistui-kymmenessa-vuodessa-kasvu-on-selkeasti-nopeampaa-kuin-ruotsissa
- Kela 2026 d, 20.4.2026). Ahdistus- ja masennuslääkkeiden käyttö on yleistynyt nuorilla naisilla – SSRI-lääkkeitä käyttävien osuus kaksinkertaistui kymmenessä vuodessa. https://www.kela.fi/tietotarjotin/1375161-ahdistus-ja-masennuslaakkeiden-kaytto-on-yleistynyt-nuorilla-naisilla-ssri-laakkeita-kayttavien-osuus-kaksinkertaistui-kymmenessa-vuodessa
- Kela Tietotarjotin. https://laaketieto.tietotarjotin.fi/psyykenlaakkeet/
- Royal College of Psychiatrists (RCPsych) (2026). Addressing the impact of non-recent child sexual abuse on the mental health of adults. Position Statement PS04/26, elokuu 2026. https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/campaigning-for-better-mental-health-policy/position-statements/2026-position-statements/non-recent-child-sexual-abuse-(ps04-26)
- Royal College of Psychiatrists (RCPsych) -kollegion alkuperäinen, 26.8.2026 julkaistu tiedote: https://www.rcpsych.ac.uk/news-and-features/latest-news/detail/2026/08/26/mental-health-services-must-change-to-better-support-survivors-of-non-recent-child-sexual-abuse--acknowledges-rcpsych
- Sotkanet.fi, Tilasto- ja indikaattoripankki, 2353, https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku
- Stone M ym. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. BMJ 339:b2880. https://doi.org/10.1136/bmj.b2880

- Sundbom LT ym. (2017). Are men under-treated and women over-treated with antidepressants? Findings from a cross-sectional survey in Sweden. BJPsych Bulletin 41(3):145–150. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5451647/
- Taylor, J. (2022). Sexy But Psycho: How the Patriarchy Uses Women's Trauma Against Them. Constable. https://www.hachette.co.uk/titles/dr-jessica-taylor/sexy-but-psycho/9781472135520/
- Wessel, Merle (2018). Primodos – hormonaalinen raskaustestaus Suomessa. Tieteessä tapahtuu, 36(2), https://journal.fi/tt/article/view/69930/31030
- WHO/UMC – VigiAccess, vaikuttava aine Sertraline, https://www.vigiaccess.org 23.10.2026

Masennuslääkkeiden teho ja haitat

- Booth BD (2009). How to select pharmacologic treatments to manage recidivism risk in sex offenders. Current Psychiatry 8(10), 60–72. Taulukko 1. https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/0810CP_Article3.pdf#page=2
- Clayton AH ym. (2006). Bupropion extended release compared with escitalopram: effects on sexual functioning and antidepressant efficacy in 2 randomized, double-blind, placebo-controlled studies. Journal of Clinical Psychiatry 67(5), 736–746 https://www.psychiatrist.com/jcp/bupropion-extended-release-compared-escitalopram-effects/ https://www.ohsu.edu/sites/default/files/2019-01/Antidepressants_final-evidence-tables_update-5_MAR_11.pdf#page=47, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16841623/

- Duodecim (2026). Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Kohdennettu päivitys 25.6.2026. https://www.kaypahoito.fi/hoi50023
- Goodwin GM ym. (2017). Emotional blunting with antidepressant treatments: a survey among depressed patients. Journal of Affective Disorders 221:31–35. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28628765/
- Langley C ym. (2023). Chronic escitalopram in healthy volunteers has specific effects on reinforcement sensitivity: a double-blind, placebo-controlled semi-randomised study. Neuropsychopharmacology. https://doi.org/10.1038/s41386-022-01523-x
- Moncrieff J & Kirsch I (2015). Empirically derived criteria cast doubt on the clinical significance of antidepressant-placebo differences. Contemporary Clinical Trials, 43, 60–62 https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.05.005
- Moncrieff, J. (2018). Research on a 'drug-centred' approach to psychiatric drug treatment: assessing the impact of mental and behavioural alterations produced by psychiatric drugs. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 27(2), 133–140. https://doi.org/10.1017/S2045796017000555
- Moncrieff J ym. (2022). The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. Molecular Psychiatry. https://www.nature.com/articles/s41380-022-01661-0
- Opbroek A ym. (2002). Emotional blunting associated with SSRI-induced sexual dysfunction. International Journal of Neuropsychopharmacology 5:147–151. https://doi.org/10.1017/S1461145702002870
- Patel, K., Allen, S., Haque, M. N., Angelescu, I., Baumeister, D. & Tracy, D. K. (2016). Bupropion: a systematic review and meta-analysis of effectiveness as an antidepressant. Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 6(2), 99–144. https://doi.org/10.1177/2045125316629071

- Perlis RH ym. (2007). Treatment-associated suicidal ideation and adverse effects in an open, multicenter trial of fluoxetine for major depressive episodes. Psychotherapy and

Psychosomatics 76(1), 40–46. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17170562/ ja https://studyres.com/doc/8006206/micromedex%C2%AE-healthcare-series-_-document
- Plöderl, M. & Hengartner, M. P. (2019). Guidelines for the pharmacological acute treatment of major depression: conflicts with current evidence as demonstrated with the German S3-guidelines. BMC Psychiatry, 19, 265. https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-019-2230-4
- Read J, Cartwright C & Gibson K (2014). Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. Psychiatry Research 216(1):67–73. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.042
- Sonawane KB, Cheng N & Hansen RA (2018). Serious Adverse Drug Events Reported to the FDA: Analysis of the FDA Adverse Event Reporting System 2006–2014 Database. Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy, 24(7), 682–690. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10397884/
- Sørensen JØ, Rasmussen A, Roesbjerg T, Verhulst FC & Pagsberg AK (2022). Suicidality and self-injury with selective serotonin reuptake inhibitors in youth: Occurrence, predictors and timing. Acta Psychiatrica Scandinavica 145(2), 209–222. Vetosuhde 2,1 on taulukossa 4. PubMed https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34374070/
- Stone MB ym. (2022). Response to acute monotherapy for major depressive disorder in randomised, placebo controlled trials submitted to the US Food and Drug Administration: individual participant data analysis. BMJ 378:e067606. https://www.bmj.com/content/378/bmj-2021-067606
- Wills C, Cartwright C, Gibson K & Read J (2019). Young women's selfhood on antidepressants: 'Not fully myself'. Qualitative Health Research 30(2):268–278. https://doi.org/10.1177/1049732319877175

3. Sikiön altistuminen masennuslääkkeille

- Baann AK, Houwing DJ, Olivier JDA, Heijkoop R & Snoeren EMS (2025). Perinatal fluoxetine exposure increases male rat sexual behavior. Neuropharmacology, 279, 110635. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2025.110635
- Brown AS ym. (2016). Association of selective serotonin reuptake inhibitor exposure during pregnancy with speech, scholastic, and motor disorders in offspring. JAMA Psychiatry 73(11):1163–1170. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2594
- Campbell KSJ ym. (2021). Prenatal antidepressant exposure and sex differences in neonatal corpus callosum microstructure. Developmental Psychobiology. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33942888/
- Campbell KSJ & Oberlander TF (2025). Prenatal antidepressant exposure and the developing brain: a review of neuroimaging findings. Current Topics in Behavioral Neurosciences. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40360928/
- Duodecim (2026). Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Kohdennettu päivitys 25.6.2026. Työryhmä ja Sidonnaisuudet. https://www.kaypahoito.fi/hoi50023
- Käypä hoito -toimitus (2026, 25.6.). Depressio, Käypä hoito -suosituksen historiatiedot. https://www.kaypahoito.fi/nix01393
- Marttunen M (2020, 8.1.). Fluoksetiini, sertraliini ja essitalopraami nuorten depression akuuttihoidossa. Käypä hoito, näytönastekatsaus. https://www.kaypahoito.fi/nak06949
- Käypä hoito -toimitus (2026, 9.1.). Käypä hoito -toimijat. Hoitosuositustyöryhmien käsikirja. https://www.kaypahoito.fi/khk00004
- H. Lundbeck A/S. Cipralex, pakkausseloste. Pharmaca Fennica. https://pharmacafennica.fi/6f0ac5aa-6752-4f92-a711-96c22dfb64a8/pil/005867/fi
- European Medicines Agency (2006, 21.8.). Prozac and associated names (fluoxetine). Opinion following an Article 6(12) referral. Background information. EMEA/311654/2006.

https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/opinion-following-article-612-referral-prozac-and-associated-names-international-non-proprietary-name-inn-fluoxetine-background-information_en.pdf
- EMA/PRAC (2020). SSRI/SNRI and postpartum haemorrhage: new product information wording. https://www.ema.europa.eu/en/documents/prac-recommendation/new-product-information-wording-extracts-prac-recommendations-signals-adopted-28-september-1-october-2020-prac_en.pdf
- Gouvêa TS, Morimoto HK, de Faria MJSS, Moreira EG & Gerardin DCC (2008). Maternal exposure to the antidepressant fluoxetine impairs sexual motivation in adult male mice. Pharmacology Biochemistry and Behavior, 90(3), 416–419. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2008.03.025
- Grieve PG ym. (2019). Neonatal infant EEG bursts are altered by prenatal maternal depression and serotonin selective reuptake inhibitor use. Clinical Neurophysiology. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31539768/
- Grigoriadis S ym. (2014). Prenatal exposure to antidepressants and persistent pulmonary hypertension of the newborn: systematic review and meta-analysis. BMJ 348:f6932. https://doi.org/10.1136/bmj.f6932
- Healy D (2025). Sexual and Fertility Effects of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors: What Role for Informed Consent? Ethical Human Psychology & Psychiatry 27(1), 14–24. DOI 10.1891/EHPP-2023-0024. openalex.org https://www.ebsco.com/articles/law/3a666e8d-98e1-55bf-ad60-d92e71ba3a8a/sexual-and-fertility-effects-of-selective-serotonin-reuptake-inhibitors-what-role-for-informed-consent
- Hegstad J, Huijgens PT, Houwing DJ, Olivier JDA, Heijkoop R & Snoeren EMS (2020). Female rat sexual behavior is unaffected by perinatal fluoxetine exposure. Psychoneuroendocrinology, 120, 104796. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104796
- Houwing DJ, Esquivel-Franco DC, Ramsteijn AS ym. (2020). Perinatal fluoxetine treatment and dams' early life stress history have opposite effects on aggressive behavior while having little impact on sexual behavior of male rat offspring. Psychopharmacology, 237, 2589–2600. https://doi.org/10.1007/s00213-020-05535-7
- Jha SC ym. (2016). Antenatal depression, treatment with selective serotonin reuptake inhibitors, and neonatal brain structure: a propensity-matched cohort study. Psychiatry Research: Neuroimaging. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27254086/
- Kela 2026 (Tietopyyntövastaus 31.3.2026). Tietopyyntövastaus. Tilasto, vuosi 2025, ATC N06AB.
- Kela 2026 (Tietopyyntövastaus 16.4.2026)
- Knickmeyer RC, Meltzer-Brody S, Woolson S, Hamer RM, Smith JK, Lury K & Gilmore JH (2014). Rate of Chiari I Malformation in Children of Mothers with Depression with and without Prenatal SSRI Exposure. Neuropsychopharmacology, 39(11), 2611–2621. https://doi.org/10.1038/npp.2014.114
- Koc D ym. (2023). Prenatal antidepressant exposure and offspring brain morphologic trajectory. JAMA Psychiatry. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37647036/
- Koc D ym. (2024). Intrauterine exposure to antidepressants or maternal depressive symptoms and offspring brain white matter trajectories from late childhood to adolescence. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37926188/
- Lozano AFQ, Tavares BM, e Silva PV, de Barros JWF & Kempinas WG (2022). Reproductive Development of Male Rats Exposed In Utero to Stress and/or Sertraline. Toxicological Sciences, 190(2), 189–203. https://doi.org/10.1093/toxsci/kfac100
- Lugo-Candelas C ym. (2018). Associations between brain structure and connectivity in infants and exposure to selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy. JAMA Pediatrics. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5227

- Malm H ym. (2016). Gestational exposure to selective serotonin reuptake inhibitors and offspring psychiatric disorders: a national register-based study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 55(5):359–366. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.02.013
- Moreau AL ym. (2023). Prenatal selective serotonin reuptake inhibitor exposure, depression, and brain morphology in middle childhood: results from the ABCD Study. Biological Psychiatry Global Open Science. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37124359/
- NICE (CG192). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/Recommendations
- Orion. Seronilin valmisteyhteenveto, kohta 4.2, annostus ja antotapa. Pharmaca Fennica https://pharmacafennica.fi/spc/3032975
- Podrebarac SK ym. (2017). Antenatal exposure to antidepressants is associated with altered brain development in very preterm-born neonates. Neuroscience. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27890829/
- Rayen I, Steinbusch HWM, Charlier TD & Pawluski JL (2013). Developmental fluoxetine exposure and prenatal stress alter sexual differentiation of the brain and reproductive behavior in male rat offspring. Psychoneuroendocrinology, 38(9), 1618–1629. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.01.007
- Reed E, Ji L, Beeghly M, Trentacosta CJ & Thomason ME (2026). Maternal Prenatal Depressive Symptoms and Fetal Amygdala-Cerebellum Functional Connectivity. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 20.8.2026. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2026.08.008
- Riva A, Spigset O, Nordeng H, Magnus P & Trinh NTH (2026). Antidepressant use during pregnancy and puberty timing in the offspring: results from the Norwegian Mother, Father, and Child Cohort Study. International Journal of Epidemiology 55(6), dyag240. https://doi.org/10.1093/ije/dyag240
- Rotem-Kohavi N. ym. (2019a). Alterations in resting-state networks following in utero selective serotonin reuptake inhibitor exposure in the neonatal brain. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30292808/
- Rotem-Kohavi N. ym. (2019b). Hub distribution of the brain functional networks of newborns prenatally exposed to maternal depression and SSRI antidepressants. Depression and Anxiety. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31066992/
- Suarez EA ym. (2022). Association of Antidepressant Use During Pregnancy With Risk of Neurodevelopmental Disorders in Children. JAMA Internal Medicine, 182(11), 1149–1160. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.4268
- Tokariev A, Oberlander VC, Videman M & Vanhatalo S (2022). Cortical cross-frequency coupling is affected by in utero exposure to antidepressant medication. Frontiers in Neuroscience 16:803708. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35310093/
- Videman M. ym. (2017). Newborn brain function is affected by fetal exposure to maternal serotonin reuptake inhibitors. Cerebral Cortex 27:3208–3216. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27269962/
- Winder B ym. (2017, verkkojulkaisu). Evaluation of the use of pharmacological treatment with prisoners experiencing high levels of hypersexual disorder. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. Nottingham Trent Universit https://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/31211/
- Wu Y. ym. (2026). Prenatal serotonin reuptake inhibitor exposure and maternal depression symptoms are associated with altered fetal brain and placental development. Neuropsychopharmacology. https://doi.org/10.1038/s41386-026-02436-9
- Antidepressant use during pregnancy and puberty timing in the offspring: results from the Norwegian Mother, Father, and Child Cohort Study (2026). International Journal of Epidemiology https://doi.org/10.1093/ije/dyag240

- NICE (2014) Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 1.4.10–1.4.16. https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/recommendations
- UKTIS. Use of selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy. https://uktis.org/monographs/use-of-selective-serotonin-reuptake-inhibitors-in-pregnancy/
- Sjaarda ym. (2020). Urinary selective serotonin reuptake inhibitors across critical windows of pregnancy establishment: a prospective cohort study of fecundability and pregnancy loss. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8094179/

6. PSSD

- Ben-Sheetrit J ym. (2023). Estimating the risk of irreversible post-SSRI sexual dysfunction (PSSD) due to serotonergic antidepressants. Annals of General Psychiatry 22:15. https://doi.org/10.1186/s12991-023-00447-0
- Bergner D. (2025, 12.11.). More Teens Are Taking Antidepressants. It Could Disrupt Their Sex Lives for Years. The New York Times Magazine. https://www.nytimes.com/2025/11/12/magazine/antidepressants-ssris-teen-sexual-side-effects.html?unlocked_article_code=1.0k8.aGIE.XIfwoJksiVre&smid=url-share&
- Brugi S, Budd B, Mackie C & Fish S (2026). "It's taken away the most fundamental things about being human": the lived experience and impact of post-SSRI sexual dysfunction. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being 21(1). https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13474523/
- Cox D (2024, 2.3.). 'It feels like we've been lobotomised': the possible sexual consequences of SSRIs. The Guardian. https://www.theguardian.com/society/2024/mar/02/ssri-antidepressants-sexual-dysfunction-side-effects-consequences-libido
- EMA/PRAC (2019). Persistent sexual dysfunction after stopping SSRIs and SNRIs: new product information wording. https://www.ema.europa.eu/en/documents/prac-recommendation/new-product-information-wording-extracts-prac-recommendations-signals-adopted-13-16-may-2019-prac_en.pdf
- Health Products Regulatory Authority (HPRA). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) and Serotonin–Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRI) – Persistent sexual dysfunction after drug withdrawal. HPRA:n MIMS Ireland -julkaisuun laatima teksti. https://static1.squarespace.com/static/63fa4fe2657c0a670c9ea41d/t/67bbd558b9658c0f47f19778/1740363096968/Ireland_letter_to_doctors.pdf
- Healy D ym. (2022). Diagnostic criteria for enduring sexual dysfunction after treatment with antidepressants, finasteride and isotretinoin. International Journal of Risk & Safety in Medicine 33(1):65–76. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8925105/
- Healy D, Le Noury J & Mangin D (2019). Post-SSRI sexual dysfunction: patient experiences of engagement with healthcare professionals. International Journal of Risk & Safety in Medicine. https://content.iospress.com/articles/international-journal-of-risk-and-safety-in-medicine/jrs191005
- Jacobsen J. (2025). Clinical Findings from PSSD Community Members: Data Tracking Compilation, version 2.0. INIDA, luku 9.1, s. 49. Potilasyhteisön kokoama kliinisten havaintojen raportti. https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2025/06/PSSD-Clinical-Findings-2.0-F2705s.pdf
- Lorenz TK (2020). Antidepressant Use During Development May Impair Women's Sexual Desire in Adulthood. Journal of Sexual Medicine 17(3), 470–476. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31937517/
- MHRA (2026a, 15.10.). Antidepressants: new safety measures for all patients to improve communication of the risk of suicidal thoughts and behaviours and persistent sexual dysfunction. Drug Safety Update 20(3). https://www.gov.uk/drug-safety-update/antidepressants-new-safety-measures-for-all-patients-to-improve-communication-of-the-risk-of-suicidal-thoughts-and-behaviours-and-persistent-sexual-dysfunction

- MHRA (2026b). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs): use and safety. https://www.gov.uk/government/publications/antidepressants-use-and-safety--2/selective-serotonin-reuptake-inhibitors-ssris-and-serotonin-and-noradrenaline-reuptake-inhibitors-snris-use-and-safety
- MHRA (2026c, 15.10.). Antidepressants – updated safety communications: Public Assessment Report of the Expert Working Group. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/6acf6ab62de3184ccf8b80f2/PAR_Antidepressant_EWG_Review.pdf
- Rice E (2023). Understanding the lived experiences of people with sexual difficulties resulting from using and discontinuing antidepressants. Opinnäyte, University of Ottawa. https://ruor.uottawa.ca/handle/10393/44797
- Rice EE, Kleinplatz PJ, Richardson HM, DiCaita H, D'souza K, Charest M & Rosen L (2025). Understanding the Experiences of People with Post-SSRI Sexual Dysfunction. Journal of Sex & Marital Therapy, 51(5), 447–461. https://doi.org/10.1080/0092623X.2025.2495959
- RxISK (2024, 28.1.). Sex, Fertility, France and Serotonin Timeline. Viitattu 24.10.2026. https://rxisk.org/sex-fertility-france-and-serotonin-timeline/
- RxISK, Post-SSRI Sexual Dysfunction (PSSD). Viitattu 24.10.2026. https://rxisk.org/post-ssri-sexual-dysfunction-pssd/
- Tarchi L ym. (2023). Selective serotonin reuptake inhibitors, post-treatment sexual dysfunction and persistent genital arousal disorder: A systematic review. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 32(10), 1053–1067. https://doi.org/10.1002/pds.5653
- Madigan S. ym. (2024). Maternal and paternal sensitivity: Key determinants of child attachment security examined through meta-analysis. Psychological Bulletin, 150(7), 839–872. https://doi.org/10.1037/bul0000433

7. Vieroitusoireet

- Davies J & Read J (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: are guidelines evidence-based? Addictive Behaviors. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.027
- Guy A ym. (2020). The 'patient voice': patients who experience antidepressant withdrawal symptoms are often dismissed, or misdiagnosed with relapse, or a new medical condition. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2045125320967183
- Henssler J ym. (2024). Incidence of antidepressant discontinuation symptoms: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00133-0
- Horowitz MA (2025). Hidden costs: the clinical and research pitfalls of mistaking antidepressant withdrawal symptoms as relapse. Psychotherapy and Psychosomatics 94(1):3. https://karger.com/pps/article/94/1/3/916620/Hidden-Costs-The-Clinical-and-Research-Pitfalls-of
- Horowitz MA, Buckman JEJ, Saunders R, Aguirre E, Davies J & Moncrieff J (2025). Antidepressants withdrawal effects and duration of use: a survey of patients enrolled in primary care psychotherapy services. Psychiatry Research 350:116497. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116497
- Moncrieff J ym. (2025). Evidence on antidepressant withdrawal: an appraisal and reanalysis of a recent systematic review. Psychological Medicine 55:e191. https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/evidence-on-

antidepressant-withdrawal-an-appraisal-and-reanalysis-of-a-recent-systematic-review/1E02C154EE580CA43F0EE86492B3A0E7
- NICE (NG215). Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults. https://www.nice.org.uk/guidance/ng215
- Rennwald A & Hengartner MP (2025). Post-acute withdrawal syndrome (PAWS) after stopping antidepressants: a systematic review with meta-narrative synthesis. Epidemiology and Psychiatric Sciences 34:e29. https://doi.org/10.1017/S204579602500023X

8. Sähköhoito (ECT)

- Fimea 2026a, tietopyyntövastaus 11.10.2026
- Fimea 2026d, tietopyyntövastaus 23.10.2026
- Braithwaite R ym. (2026). Use of electroconvulsive therapy in Nordic and western European countries. European Psychiatry 69(1):e84. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2026.12238
- Huoponen S, Sisa K & Laaksonen M (2024). ECT-hoito. Finnanest, 57(5), 316–319. https://say.fi/wp-content/uploads/2024/12/316_huoponen_sisa_laaksonen_ECT_hoidot_5_2024.pdf
- Ireland (2026). Mental Health Act 2026, No. 11 of 2026, section 51: Electro-convulsive therapy. https://www.irishstatutebook.ie/eli/2026/act/11/section/51/enacted/en/html
- Keski-Suomen hyvinvointialue. Sähköhoito- eli ECT-ohje potilaalle. https://www.hyvaks.fi/sites/default/files/ohjeet/ECT-ohje%20potilaille.pdf
- Leiknes KA ym. (2015). Electroconvulsive therapy during pregnancy: a systematic review of case studies. Archives of Women's Mental Health 18:1–39. https://doi.org/10.1007/s00737-013-0389-0
- Marttunen M. & Koponen H. (2020). Aivojen sähköhoito nuorten vaikean ja hoitoresistentin sekä psykoottisen depression hoidossa. Käypä hoito, näytönastekatsaus 8.1.2020, näytön aste C. https://www.kaypahoito.fi/nak04402
- Mathiassen AB ym. (2026). Autobiographical memory after electroconvulsive therapy: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. 2025.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40357797/
- Mental Health Act 2026, 90 §, Irlanti, https://www.irishstatutebook.ie/eli/2026/act/11/section/90/enacted/en/html
- Mielenterveystalo (HUS). Aivojen sähköhoito. https://www.mielenterveystalo.fi/fi/masennus/aivojen-sahkohoito
- Morrison L, Cunliffe S, Price Hancock S, Harrop C, Johnstone L & Read J (2025). Electroconvulsive therapy and women: an international survey. Health Care for Women International. https://doi.org/10.1080/07399332.2025.2568222
- Rask O, Nordenskjöld A, Johansson BA & Movahed Rad P (2023). Electroconvulsive therapy in children and adolescents: Results from a population-based study utilising the Swedish National Quality Register. European Child & Adolescent Psychiatry, 32(12), 2649–2656. https://doi.org/10.1007/s00787-022-02123-2
- Read J, Kirsch I & McGrath L (2019). Electroconvulsive therapy for depression: a review of the quality of ECT vs sham ECT trials and meta-analyses. Ethical Human Psychology and Psychiatry 21:64–103. https://uel-repository.worktribe.com/output/461993/electroconvulsive-therapy-for-depression-a-review-of-the-quality-of-ect-vs-sham-ect-trials-and-meta-analyses
- Read J, Johnstone L, Price Hancock S, Harrop C, Morrison L & Cunliffe S (2025). A Survey of 1144 ECT Recipients, Family Members and Friends: Does ECT Work? International Journal of Mental Health Nursing, 34(4), e70109. https://doi.org/10.1111/inm.70109

- Read J, Harrop C, Morrison L, Price Hancock S, Johnstone L & Cunliffe S. A large exploratory survey of electroconvulsive therapy recipients, family members and friends: what information do they recall being given? Journal of Medical Ethics, 52(2), 77–84. https://doi.org/10.1136/jme-2024-110629
- Read J ym. (2025). A Survey of 1,144 ECT Recipients, Family Members, and Friends: Incidence, Severity, and Duration of Memory Deficits. Ethical Human Psychology and Psychiatry. https://doi.org/10.1891/EHPP-2025-0009
- Sackeim HA ym. (2007). The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings. Neuropsychopharmacology 32:244–254. https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301180
- Somatics LLC. Thymatron System IV Instructions for Use, UM-TS4 Rev. 22, s. 1, 7, 9–10 ja 24. https://www.thymatron.com/downloads/System_IV_Instruction_Manual_Rev22.pdf
- Sumia P ym. (2021). A survey of electroconvulsive therapy in Finland. Journal of ECT 37(1):36–39. https://researchportal.tuni.fi/en/publications/a-survey-of-electroconvulsive-therapy-in-finland/

9. Alaikäisten masennuslääkehoidon turvallisuus ja itsemurhien riippumaton selvittäminen

- European Medicines Agency (EMEA) (2006). Prozac and associated names (fluoxetine): Annex IV – Conditions of the Marketing Authorisation. EMEA/CHMP/46089/2006/EN, erityisesti s. 61. https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/prozac-article-6-12-referral-annex-i-ii-iii_en.pdf
- Fimea 2026b, Tietopyyntövastaus 14.10.2026
- Gøtzsche PC & Healy D (2022). Restoring the two pivotal fluoxetine trials in children and adolescents with depression. International Journal of Risk & Safety in Medicine 33, 385–408. https://doi.org/10.3233/JRS-210034
- Gøtzsche PC ym. (2023, 3.8.). Call for retraction of three fraudulent trial reports of antidepressants in children and adolescents. Avoin kirje. Institute for Scientific Freedom. https://www.scientificfreedom.dk/wp-content/uploads/2023/08/Open-letter-about-suicides-calling-for-retraction-of-three-fraudulent-trials.pdf
- Leo J (2004). NIMH Guilty Too? Psychiatric News 39(20). https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/pn.39.20.0390031
- Sharma T, Guski LS, Freund N & Gøtzsche PC (2016). Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ 352:i65. https://doi.org/10.1136/bmj.i65
- Sipilä R (2025, 29.4.). Käypä hoito -suositukset. Esitys. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. https://paijatha.fi/wp-content/uploads/2025/05/Kaypa-hoito-suositukset.pdf

- World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. https://www.who.int/publications-detail-redirect/preventing-suicide-a-global-imperative
- Hammad, T. A., Laughren, T., & Racoosin, J. (2006). Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. Archives of General Psychiatry, 63(3), 332–339. https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.3.332
- Hetrick, S. E., McKenzie, J. E., Bailey, A. P., Sharma, V., Moller, C. I., Badcock, P. B., Cox, G. R., Merry, S. N. & Meader, N. (2021). New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, CD013674. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013674.pub2
- Hengartner, M. P., Amendola, S., Kaminski, J. A., Kindler, S., Bschor, T. & Plöderl, M. (2021). Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation

antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Journal of Epidemiology and Community Health. https://doi.org/10.1136/jech-2020-214611
- Hengartner, M. P. & Plöderl, M. (2019). Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk in Randomized Controlled Trials: A Re-Analysis of the FDA Database. Psychotherapy and Psychosomatics, 88(4), 247–248. https://doi.org/10.1159/000501215
- Tilastokeskus. (2026*). Kuolleet tilaston peruskuolemansyyn (aikasarjaluokitus), iän ja sukupuolen mukaan*, 1969–2024. StatFin-tietokanta, taulukko 11az. Valinnat: itsemurhat (X60–X84, Y870), 0–14-vuotiaat, miehet ja naiset, vuodet 1998–2024. Viitattu 24.10.2026. Linkki taulukkoon.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). *Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 0–12-vuotiaat, lkm*. Sotkanet, indikaattori 2353. Tietolähde: Kansaneläkelaitos, tilasto sairaanhoitokorvauksista. Viitattu 24.10.2026. Indikaattorin kuvaus ja lähdetiedot.
- Lyus, R., Naudet, F., van Valkenhoef, G., & Plöderl, M. (2026). A Re-Appraisal of Three Network Meta-Analyses to Explain the Discrepancy in Findings for the Efficacy of Fluoxetine for the Treatment of Depression in Children and Adolescents. Cochrane Evidence Synthesis and Methods, 4(6), e70108. https://doi.org/10.1002/cesm.70108
- Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) (2009). RMS Assessment Report: Post-licensing commitment to assess sexual maturation in children. Clinical – Prozac (fluoxetine). UK/H/0636/001,003. 9.9.2009, s. 3,8 https://www.pssdnetwork.org/s/Assessment-Report-2009.pdf
Aboustate, N., Jureidini, J., Woodman, R., Le Noury, J., Klau, J., Abi-Jaoude, E., & Raven, M. (2025). Restoring TADS: RIAT reanalysis of the Treatment for Adolescents with Depression Study. International Journal of Risk & Safety in Medicine, 36(4), 218–237. https://doi.org/10.1177/09246479251337879

- U.S. Food and Drug Administration (FDA). (2005). Class Suicidality Labeling Language for Antidepressants https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2005/20031s045,20936s020lbl.pdf
- Strawn, J. R., Moldauer, L., Hahn, R. D., Wise, A., Bertzos, K., Eisenberg, B., Greenberg, E., Liu, C., Gopalkrishnan, M., McVoy, M., & Knutson, J. A. (2023). A Multicenter Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Escitalopram in Children and Adolescents with Generalized Anxiety Disorder. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 33(3), 91–100. https://doi.org/10.1089/cap.2023.0004
- Plöderl, M., Hengartner, M. P., Bschor, T. & Kaminski, J. A. (2020). Commentary to "antidepressants and suicidality: A re-analysis of the re-analysis". Journal of Affective Disorders, 273, 252–253. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.025
- Plöderl, M., Lyus, R., Horowitz, M. A., & Moncrieff, J. (2026). The loss of efficacy of fluoxetine in pediatric depression: explanations, lack of acknowledgment, and implications for other treatments. Journal of Clinical Epidemiology, 189, 112016. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2025.112016
- Prozac (fluoxetine) – Paediatric indication: Rapporteurs' Assessment Report. (31.10.2005). Raportoijat Barbara van Zwieten-Boot ja Tomas Salmonson. Menettely EMEA/H/A-6(12)/671, s. 4. https://www.pssdnetwork.org/s/ProzacDutchAsessement31October2005.pdf#page=4
- Euroopan komission päätökseen hyväksyä fluoksetiinin (prozac) lasten käyttöaihe liittyvät dokumentit: PSSD Networkin Official Documents https://www.pssdnetwork.org/official-documents (8.11.2026)

- Garcia ym. (2026). Adolescent fluoxetine exposure as a developmental cause of anxiety-like behavior in adult female mice. Pharmacological Reports. https://link.springer.com/article/10.1007/s43440-026-00922-x
- Valtonen J (2026, 11.5.). Kokemuksia tunnottomuudesta. Kolumni. Suomen Lääkärilehti 81:e48126. https://www.laakarilehti.fi/mielipide/kokemuksia-tunnottomuudesta/?public=b53cd9738363f1a2ec342a5f7551fcb5
- Whittington CJ ym. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. Lancet 363, 1341–1345. jameslindlibrary.org https://www.jameslindlibrary.org/wp-data/uploads/2014/07/Whittington_CJ_2004.pdf
- Cipriani A ym. (2016). Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. Lancet 388, 881–890. PubMed https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27289172/
- Zhou X ym. (2020). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 7(7), 581–601. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32563306/
- Käypä hoito -toimitus (2026, 25.6.). Depressio, Käypä hoito -suosituksen historiatiedot. https://www.kaypahoito.fi/nix01393
- Marttunen M (2020, 8.1.). Fluoksetiini, sertraliini ja essitalopraami nuorten depression akuuttihoidossa. Käypä hoito, näytönastekatsaus, näytön aste A. https://www.kaypahoito.fi/nak06949
- Käypä hoito -toimitus (2026, 9.1.). Käypä hoito -toimijat. Hoitosuositustyöryhmien käsikirja. https://www.kaypahoito.fi/khk00004
- H. Lundbeck A/S. Cipralex, pakkausseloste, kohta Myyntiluvan haltija ja valmistaja. Pharmaca Fennica. https://pharmacafennica.fi/6f0ac5aa-6752-4f92-a711-96c22dfb64a8/pil/005867/fi
- European Medicines Agency (2006, 21.8.). Prozac and associated names (fluoxetine). Opinion following an Article 6(12) referral. Background information. EMEA/311654/2006. https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/opinion-following-article-612-referral-prozac-and-associated-names-international-non-proprietary-name-inn-fluoxetine-background-information_en.pdf

Yhteiskunnalliset vaikutukset ja muut lähteet

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (2023). Isotrétinoïne orale : 2 vidéos éducationnelles renforcent l'information destinée aux patient·e·s sur le risque tératogène et les troubles psychiatriques. Lettre aux professionnels de santé, 25.4.2023. https://ansm.sante.fr/uploads/2023/07/06/20230706-isotretinoine-courrier-aux-dermatologues.pdf
- Beard JL ym. (2005). Maternal iron deficiency anemia affects postpartum emotions and cognition. Journal of Nutrition 135:267–272. https://doi.org/10.1093/jn/135.2.267
- Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (2026). Finastéride 1 mg : une attestation d'information partagée nécessaire pour toute dispensation. 16.4.2026, päivitetty 15.6.2026. https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/finasteride-1-mg-une-attestation-d-information-partagee-necessaire-pour-toute-dispensation
- Cumberlege J (2020). First Do No Harm: The report of the Independent Medicines and Medical Devices Safety Review. https://www.immdsreview.org.uk/downloads/IMMDSReview_Web.pdf
- Finlex. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), erityisesti 5–6 §. https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1992/785

- Healy, D. & Mangin, D. (2024). Post-SSRI sexual dysfunction: barriers to quantifying incidence and prevalence. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 33, e40. https://doi.org/10.1017/S2045796024000441
- Lader M (2011). Benzodiazepines revisited – will we ever learn? Addiction 106(12), 2086–2109. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03563.x
- Laki valvotusta koevapaudesta (629/2013), 4 §, lääkehoito ja psykososiaalinen hoito koevapauden ehtona. Finlex https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2013/629
- Kela (2023, 23.11.). Perinteisten kansantautien osuus pitkistä sairauspoissaoloista on enää kolmasosa aiemmasta. https://www.kela.fi/ajankohtaista/perinteisten-kansantautien-osuus-pitkista-sairauspoissaoloista-on-enaa-kolmasosa-aiemmasta
- Kela (2024, 19.1.). Mielenterveysongelmat veivät jo yli 100 000 suomalaista pitkälle sairauspoissaololle vuonna 2023. https://www.kela.fi/ajankohtaista/mielenterveysongelmat-veivat-jo-yli-100-000-suomalaista-pitkalle-sairauspoissaololle-vuonna-2023
- Kela 2026 a. Sairauspäivärahan kustannukset laskivat 87 miljoonaa euroa vuonna 2025. https://www.kela.fi/tietotarjotin/1352221-sairauspaivarahan-kustannukset-laskivat-87-miljoonaa-euroa-vuonna-2025
- Kela (2026 e). *Kelasto: Sairausvakuutuksesta korvattavat lääketoimitukset 2020–.* Vuosi 2025, koko maa, ATC-luokka N06A (masennuslääkkeet) https://tietotarjotin.fi/tilastodata/2568788/kelasto-sairausvakuutuksesta-korvattavat-laaketoimitukset-2020
- Read, J., Cartwright, C. & Gibson, K. (2014). Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. Psychiatry Research, 216(1), 67–73. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.042
- Whitaker R (2010). Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. New York: Crown Publishers. ISBN 978-0-307-45241-2. https://books.apple.com/us/book/id420317202
- WHO (2023). Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders, 3. s. 58 ja 61. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/93e56376-0e64-4a08-bdd0-703313be5354/content
- WHO (2025). Guidance on mental health policy and strategic action plans, Module 2, s. 91. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/76fdc940-8a7d-484d-b53d-8d2db5df71c7/content
- WHO/OHCHR (2023). Mental health, human rights and legislation: guidance and practice, erityisesti s. 10–11 ja 58–59. https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/WHO-OHCHR-Mental-health-human-rights-and-legislation_web.pdf
- ETENE (2000). Lobotomian aiheuttamien haittojen rahalliset korvaukset. Lausunto 15.11.2000 ja Raimo Pekkasen muistio 26.9.2000. https://web.archive.org/web/20090105192654/http://www.etene.org/dokumentit/Loboto.pdf
- Suomen Lääkäriliitto. Lääkärinvala.https://julkaisut.laakariliitto.fi/laakarin-etiikka/laakarinvala/
- Suomen Lääkäriliitto. Tieteellinen näyttö ja hoitopäätökset.
- https://julkaisut.laakariliitto.fi/laakarin-etiikka/potilas-laakarisuhde/tieteellinen-naytto-ja-hoitopaatokset/
- Suomen Lääkäriliitto. Lääkäri ja teollisuus. https://julkaisut.laakariliitto.fi/laakarin-etiikka/laakari-potilas-ja-kolmas-osapuoli/laakari-ja-teollisuus/

- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2019). Sidonnaisuudet ja esteellisyydet. Hoitosuositustyöryhmien käsikirja. https://www.kaypahoito.fi/khk00043
- Lundh A, Lexchin J, Mintzes B, Schroll JB & Bero L (2017). Industry sponsorship and research outcome. Cochrane Database of Systematic Reviews. https://doi.org/10.1002/14651858.MR000033.pub3
- Ioannidis JPA (2005). Why Most Published Research Findings Are False. PLOS Medicine. https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0020124
- Ioannidis JPA (2016). Why Most Clinical Research Is Not Useful. PLOS Medicine. https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002049
- Hallituksen esitys HE 90/2026 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteita koskevaksi lainsäädännöksi. Erityisesti terveydenhuoltolain 7 a §:n perustelut https://data.finlex.fi/fi/hallituksen-esitykset/2026/90
- Hallituksen esitys HE 33/1994 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaksi lainsäädännöksi. https://www.finlex.fi/fi/hallituksen-esitykset/1994/33
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), 15 §. https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1994/559
- Terveydenhuoltolaki (1326/2010), 8 §. https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326
- Lääkäriliiton 11.12.2025 antama lausunto HE 90/2026:n esitysluonnokseen löytyy lisäksi liiton lausuntoarkistosta: https://www.laakariliitto.fi/tyoelama/laakarina-yksityissektorilla/yksityissektoria-koskevat-lausunnot-ja-kannanotot/
- Vankiterveydenhuollon yksikkö (14.10.2026). Vastaus tietopyyntöön.