

## SSRI-lääkkeet ja raskaus



Shutterstock

**V**iime vuosina on havaittu, että äidin stressillä on merkittävä vaikutus sikiön aivojen kehitykseen. Myös kiintymyssuhde äidin ja vauvan välillä alkaa jo raskausaikana. Depressio on usein stressin laukaisema sairaus, jonka aikana äidin on työläämpää muodostaa kiintymyssuhdetta ja toisaalta sikiö on eräänlaisessa ”kortisolikylvyssä”. Raskauden aikaisen stressin on havaittu korostavan tiettyjä persoonallisuuden piirteitä.

Masentunut raskaana oleva nainen tarvitsee tehoavaa masennuksen hoitoa, mutta voivatko antidepressantit, kuten SSRI-valmisteet, häiritä aivojen kehitystä tavalla, josta myöhemmin seuraisi lapselle riski mm. psykiatriseen sairastavuuteen? Jo aiemmin on epäilty SSRI-lääkkeitten käytön liittyvän autismiin, mutta lääkehoidon yhteys lapsen masennusriskiin on ollut avoin kysymys.

Turun ja Helsingin yliopistojen sekä New

Yorkin Columbia-yliopiston tutkimuksessa selvitettiin SSRI-lääkkeiden raskaudenaikaisen käytön yhteyttä lasten masennus-, ahdistus-, autismi- ja ADHD-diagnooseihin 1-14 vuoden iässä. Tutkimuksen aineisto koostui 1.1. 1996 ja 31.12. 2010 välillä syntyneistä lapsista (n=845 345). SSRI-lääkealtistus arvioitiin lääketojen perusteella ajalta alkaen 30 päivää ennen raskautta aina raskauden loppuun asti. Lääkkeelle altistui 15 279 äitiä. Altistuneita verrattiin psykiatrista häiriötä sairastaviin, joilla ei ollut lääkettä (n=9 651), SSRI-lääkehoidon keskeyttäneisiin (n=7 980) ja verrokkeihin (n=31 394), joilla ei ollut lääkkeen käyttöä tai psykiatrista diagnoosia. Vastemuuttujana oli lapsen saama ADHD-, autismi-, depressio- tai ahdistuneisuushäiriödiagnosi.

Masentuneiden ja lääkettä saaneiden äitien ryhmässä lapsen riski masennukseen oli 8,2 % ja psykiatrista häiriötä sairastavien muttei lääkittyjen äitien ryh-

mässä 1,9 % (vakioitu HR 1,78; 95 %:n LV 1,12–2,82, p=0,02). Myös lääkehoidon lopettaneitten ryhmässä masennuksen ilmaantuvuus oli pienempi kuin lääkittyjen ryhmässä: 2,8 % (HR 1,84, 95 % LV 1,14–2,97, p=0,01).

Lapsen masennuksen riski oli suurempi lääkittyjen äitien kuin lääkettä saamattomien ryhmässä. Äidin lääkehoidon käytön jatkuminen raskauden aikana voi kuitenkin selittyä äidin oman päätöksen lisäksi masennuksen vaikeusasteella, jota on vaikea kontrolloida rekisteriaineistossa. Merkittävä yhteys on dokumentoitu, mutta kausaalisuhde on vaikeasti todennettavissa.

### Jyrki Korkeila

1. Malm H, Brown AS, Gissler M, Gyllenberg D ym. Gestational exposure to selective serotonin reuptake inhibitors and offspring psychiatric disorders: a national register-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55:359–66.

THL:n III Valinnanvapausseminaari:

# Mitä valinnanvapaus tuo tullessaan – näkökulmia sote-uudistukseen

**T**HL järjesti 15.3.2016 kolmannen valinnanvapausseminaarin, jonka aamupäivän osiossa tutkijat toivat esille valinnanvapauden toteutumiseen liittyviä kriittisiä kohtia. Puheenjohtajana toimi Markku Pekurinen.

THL:n yksikönpäällikkö Pia Maria Jonsson totesi kansalaisten valinnanvapauden liittyvän moneen asiaan, mm. maksajien laajempiin hartioihin, palvelun laatuun sekä potilaan itsemääräämisoikeuteen. Jonsson mainitsi valinnanvapauden edellytysten toteutumisen esteiksi mm. sen, että asiakas ei tunne mahdollisuuksiaan eikä hänellä ole riittävästi valinnanvaraa. Jonssonin mielestä Suomessa on erinomaiset edellytykset sille, että kansalaiset voivat valita palveluntuottajan. Suomessa on jo valmiiksi yksityisiä tuottajia työterveys- huollossa ja terveydenhuollossa. Jonsson huomautti myös, että Suomessa pitäisi jo siirtyä kalliista suoriteperusteisesta maksusta kapitaatioperusteiseen.

Yksikönpäällikkö Timo T. Seppälän käsitys on, että järjestelmä luo vain reunaehdot. Kriittistä on, mitkä ovat kannustimet. Jos esimerkiksi palvelut toteutetaan samasta rahoituskanavasta, pitää ymmärtää

kannustimen mekaniikat. Kannustimia tarvitaan myös alueellisen tasa-arvon toteuttamiseksi. Seppälä totesi, että tarjontaa on vaikea luoda alueille, joissa on vähemmän kysyntää. Silloin on tärkeää digitalisaation lisääminen.

Erytisasiantuntija Anne Whellams antoi esimerkkejä Englannista. Siellä asiakas voi itse valita palveluntuottajansa omien tärkeinä pitämiensä kriteerien perusteella. Tuottajien täytyy ymmärtää, mikä asiakkaille on tärkeää. Englannissa valinta perustuu tietoon. Päätökset tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Terveystieteiden henkilöstöllä on työvälineitä, kuten listoja, jotka tukevat keskusteluja. Asiakkaiden saatavilla on digitaalista tietoa, jonka pohjalta he voivat etukäteen miettiä, mitä he omalla kohdallaan pitävät tärkeänä. Whellamsin mukaan asiakkaan osallistuminen on vaikuttanut kustannuksiin mm. siten, ettei tule peruutuksia. Englannissa alueellinen eriarvoisuus ei ole ongelma, harvaan asutettuja alueita on korkeintaan kymmenen prosenttia. Siellä kaikki vaihtoehdot ovat turvallisia, eikä asiakas maksa enempää. Myös ohjeistukset ovat selkeät. Markkinat toimivat asiakkaan etujen mu-

kaisesti.

Puheenjohtaja Markku Pekurinen kysyi, missä vaiheessa Suomessa ollaan suhteessa Englantiin. Ollaanko 90-prosenttisesti valmiina ja kehitystarvetta on kymmenen prosenttia, vai päinvastoin? Anne Whellamsin mielestä Suomessa ollaan vielä ”noppavaiheessa”. Ihmisten täytyy saada riittävästi tietoa, ja yhteiset tietojen luovutusvaatimukset koskevat kaikkia palveluntuottajia. Palveluntuottajien laatuluokitusten tulee olla näkyvissä, laatutilinpäätöksiä täytyisi toteuttaa sekä koota ja julkaista palvelunkäyttäjien kokemuksia. Suomessa onkin perustettu [www.palveluvaaka.fi](http://www.palveluvaaka.fi), johon palveluntuottajien odotetaan tuottavan tietoa.

Valinnanvapauden vastustajilta tulta- neen kuulemaan argumentointia siitä, että valinnanvapaus lisäisi eriarvoisuutta. Tästä selkein näyttö on OECD:n vertailu, jossa Suomi, ilman valinnanvapautta, sijoittuu terveyspalveluiden eriarvoisuudessa sijoille 1.–3. Lähes kaikissa muissa vertailumaissa asiakkailla on jo valinnanvapaus.

**Tuija Kuusmetsä**