

Minna Holm, Marjut Grainger, Jaana Suvisaari, Olli Kiviruusu ja Timo Partonen

Naisilla masennus yleistyi myötävaikuttavana sairautena

Nuorten ja nuorten aikuisten itsemurhat Suomessa vuosina 2016–2023

JOHDANTO. Alle 25-vuotiaiden psyykkisen kuormittuneisuuden ja itsetuhoisuuden lisääntymisestä on viime vuosilta useita havaintoja, mikä ennakoinee itsemurhakuolemien yleistymistä.

AINEISTO JA MENETELMÄT. Poimimme oikeuslääkinnän ruumiinavauspöytäkirjoista alle 25-vuotiaat henkilöt, jotka kuolivat itsemurhaan Suomessa vuosina 2016–2023. Yhdistimme aineistoon heidän tietonsa terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä.

TULOKSET. Itsemurhakuolemia oli merkittävästi vähemmän vuosina 2020 ja 2021 kuin vuonna 2023. Alakäisten itsemurhakuolemat olivat harvinaisia. Masennushäiriö oli tavallisin naisten itsemurhakuolemiin myötävaikuttanut sairaus, ja se yleistyi vuodesta 2016 (33 %) vuoteen 2023 (60 %). Miehillä masennushäiriön ohella päihdehäiriöt olivat yleisiä myötävaikuttaneita sairauksia. Vuonna 2023 itsemurhaan kuolleista puolet oli asioinut terveydenhuollossa itsemurhakuolemaansa edeltäneen viikon aikana. Edeltäneen kuukauden kuluessa asioineiden osuus suureni hieman tarkastelujakson aikana.

PÄÄTELMÄT. Terveydenhuollossa tulee tehostaa itsemurhien ehkäisyä. Nuorten aikuisten vakavan masennuksen ja päihdehäiriöiden hoitoa tulisi kehittää itsemurhien estämiseksi.

Alle 25-vuotiaiden psyykkisen kuormittuneisuuden, mieliala- ja ahdistuneisuusoireiden ja myös itsetuhoisuuden lisääntymisestä on viime vuosilta useita havaintoja (1,2). Oireilun yleistymisen seurauksena itsemurhariskikin voi suurentua, jos avuntarpeeseen ei pystytä vastaamaan riittävästi. Vuonna 2023 Suomessa kuoli 495 alle 25-vuotiasta: heistä 225 tauteihin, 136 tapaturmiin, 116 itsemurhiin ja 18 muista syistä (3). Mielenterveyshäiriö oli 80 tapauksessa itsemurhakuolemaan myötävaikuttanut sairaus (4).

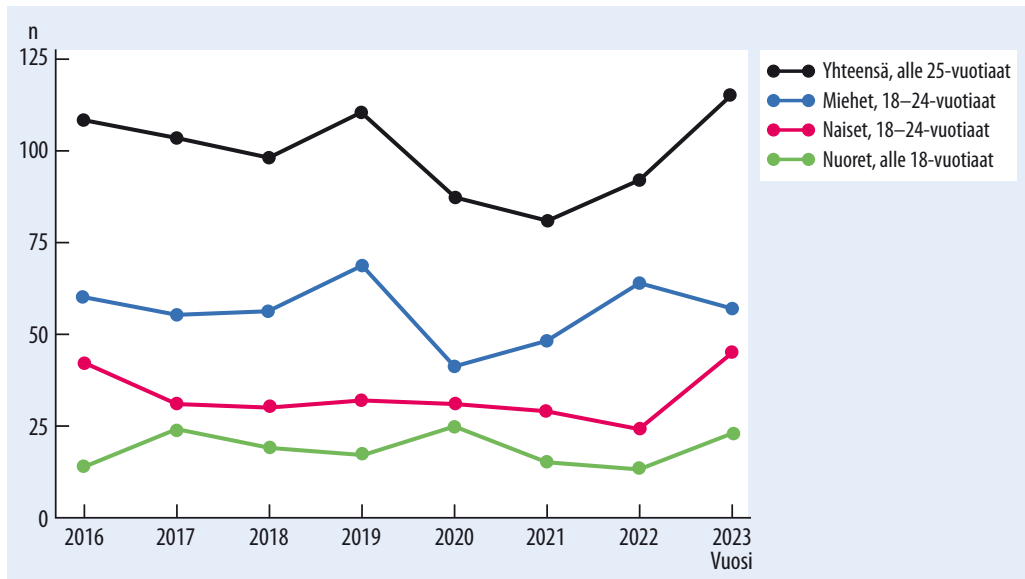
Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ajallisia muutoksia alle 25-vuotiaiden itsemurhakuolemissa ja niiden lääketieteellisissä taustasyissä, mukaan lukien aiemmissa itsemurhayrityksissä Suomessa vuosina 2016–2023. Näihin vuosiin sisältyy COVID-19-pandemia, jonka aikana nuorten mielenterveysoireilu lisääntyi ja mielenterveyspalveluiden tarjonta muuttui.

Tutkimuksessamme selvitimme, miten suuri osa alle 25-vuotiaana itsemurhaan kuolleista

oli käynyt terveydenhuollossa joko mielenterveysyistä tai muista syistä. Itsemurhakuolemaa edeltäneen asioinnin ajoituksessa saattaa olla selviä eroja hyvinvointialueiden kesken. Nykyistä täsmällisempi tieto näistä eroista voisi olla avuksi hoidon järjestämisessä ja hoidon toteutumisen seuraamisessa. Tarkastelimme tutkimuksessamme myös kuolintodistukseen kirjattuja itsemurhakuolemaan myötävaikuttaneita sairauksia.

Menetelmät

Tunnistimme Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen oikeuslääkinnän ruumiinavauspöytäkirjoista alle 25-vuotiaat henkilöt, jotka kuolivat itsemurhaan Suomessa vuosina 2016–2023 (tutkimusluvan dnro THL/3208/6.02.00/2024). Poimimme näille henkilöille kuolinvuoden, iän, sukupuolen, kotikunnan, peruskoulinsyyn sekä itsemurhakuolemaan myötävaikuttaneet sairaudet. Lisäksi poimimme itsemurhaan kuolleiden



KUVA 1. Alle 25-vuotiaiden itsemurhakuolemien lukumäärä Suomessa vuosina 2016–2023. Kuvassa on tieto erikseen alle 18-vuotiaista ja 18–24-vuotiaista.

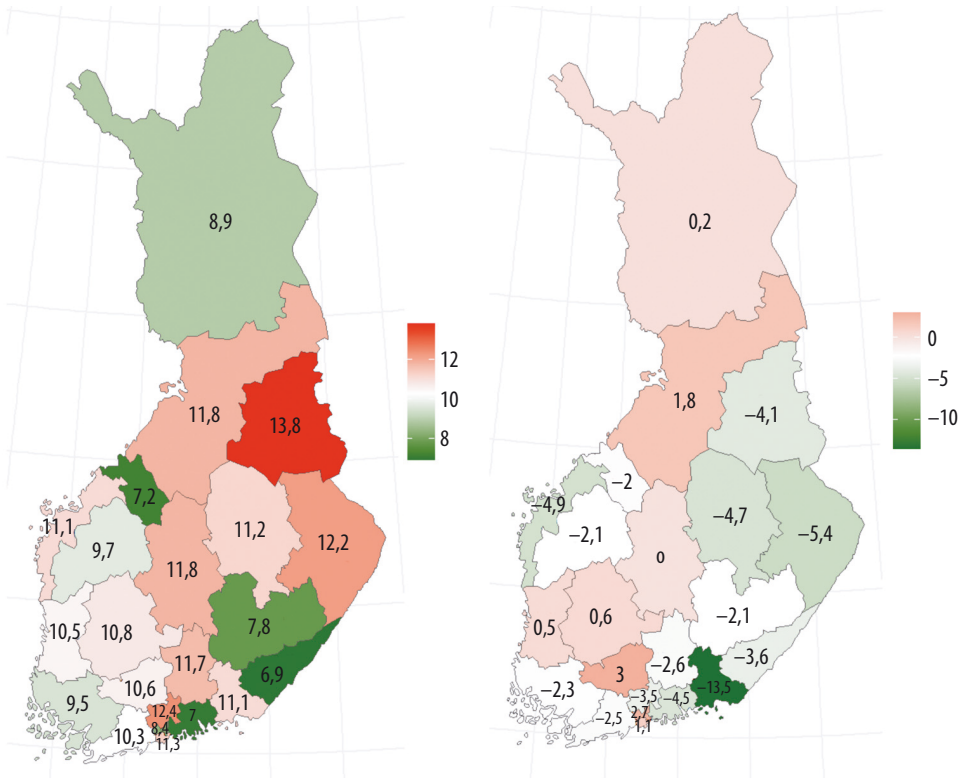
hoitohistorian terveydenhuollon ja perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteristä (Hilmo). Hoitohistoriaa ja aiempia itsemurhayritysdiagnooseja tarkastelevista analyyseista poistettiin Helsingissä, Vantaalla ja Keravalla asuneet puutteellisen hoitoilmoitusrekisteritiedon vuoksi sekä lisäksi ulkomailla asuneet. Ahvenanmaalaiset ja ulkomaalaiset poistettiin hyvinvointialueita koskevista analyyseista.

Tutkiessamme itsemurhakuolemaa edeltäneitä käyntejä terveydenhuollossa ja itsemurhayrityksiä pyrimme poistamaan käynnit, jotka liittyivät kuolemaan johtaneeseen tekoon. Ensin tunnistimme käynnit tai hoitojaksot, jotka päättyivät kuolinpäivänä. Koska siirtymät sairaalaoastojen välillä tai esimerkiksi päivystyksestä sairaalaoastolle kirjautuvat aina uutena käyntinä, määrittelimme, että saman päivän merkinnät kuuluivat samaan hoitojaksoon (5). Sairalahoidoksi määriteltiin käynnit, jotka olivat kestäneet vähintään yhden yön. Jätimme psykiatrian erikoisaloilla (koodit 70, 74 tai 75 tai palvelumuoto T71) tapahtuneet käynnit ja hoitojaksot pois tästä ketjutuksesta, sillä olettimme, että vakavia vammoja aiheuttaneen itsemurhayrityksen jälkeen hoito tapahtuu somaattisella osastolla ennen kuolemaa. Psykiatriseksi käynniksi määriteltiin käynnit, joiden ICD-

10-diagnosi oli F-alkuinen, ICPC-2-diagnosi oli P-alkuinen taikka joiden erikoisala oli 70, 74 tai 75 tai palvelumuoto oli T71.

Tutkiessamme kuolemaa edeltäviä käyntejä poistimme kuolinpäivänä päättyneistä jaksoista ne, joiden diagnoosit todennäköisesti liittyivät kuolemaan (ICD-10-koodeista S- tai T-alkuiset ja G93.1, G93.9, I46, I48, I61, J96, R96, R98 tai R99 sekä ICPC-2:n koodeista A96), sekä ne, joiden diagnoosina oli sama kuin itsemurhan tekotapa, mukaan lukien ICPC-2-koodi P77. Todennäköisimmän arvion lisäksi pyrimme myös havainnollistamaan epävarmuutta kahdella arviolla: Tiukassa arvioissa poistimme edellä mainittujen jaksojen lisäksi kuolinpäivänä päättyvien jaksojen käynnit, joiden diagnoosi puuttui. Tämä koski myös psykiatrisia käyntejä, joiden tulopäivä oli sama tai myöhempi kuin kuolemaan johtaneen hoitojakson alku. Väljässä arvioissa poistimme vain ne käynnit, joiden diagnoosikoodina oli G93.9, I46.1, R96, R98 tai R99.

Tilastollisia eroja tutkittiin käyttämällä Poisson-regressiota, jossa selitettävänä muuttujana oli itsemurhakuolemien lukumäärä ja selittävinä muuttujina olivat ensimmäisessä mallissa vuosi (referenssivuotena 2023) ja sukupuoli ja toisessa mallissa vuosi ja hyvinvointialue (re-



KUVA 2. Itsemurhakuolemien lukumäärä hyvinvointialueilla suhteutettuna 100 000 iältään 10–24-vuotiasta henkilöä kohden vuosina 2016–2023. Vasemmanpuoleisessa kartassa esitetään vuosien 2016–2023 keskiarvo, oikeanpuoleisessa kartassa keskiarvojen erotus vuosilta 2016–2019 ja 2020–2023. Vihreä väri merkitsee vastaavasti keskimääräistä parempaa tilannetta ja myönteistä kehitystä.

ferenssinä väkimäärältään suurin eli Helsingin kaupunki). Mallissa käytettiin offsetmuuttujana logaritmoitua 10–24-vuotiaiden lukumäärää väestössä. Tulokset ilmaistaan suhteellisenä riskinä (RR) ja sen 95 %:n luottamusvälinä (95 %:n lv) sekä sitä vastaavana todennäköisyytenä (p).

Tulokset

Verrattuna vuosiin 2016–2019 alle 25-vuotiaiden itsemurhakuolemat harvinaistuivat vuosina 2020–2022 (**KUVA 1** ja **INTERNETTAULUKKO 1**). Poisson-regressiossa itsemurhakuolemien lukumäärä oli pienempi vuosina 2020 (RR = 0,77; 95 %:n lv = 0,59–1,02; p = 0,07) ja 2021 (RR = 0,72; 95 %:n lv = 0,54–0,95; p = 0,02) verrattuna vuoteen 2023. Itsemurhien määrän väheneminen COVID-19-pandemian vuosina näkyi erityisesti 18–24-vuotiaiden miesten joukossa, mutta näiden vuosien jälkeen selvimmin

lisääntyi 18–24-vuotiaiden naisten itsemurhakuolemien määrä. Alle 18-vuotiaiden itsemurhakuolemat olivat harvinaisia, eikä niistä ole erotettavissa trendejä.

Suuressa osassa hyvinvointialueista itsemurhakuolemien lukumäärät olivat pieniä ja vuosittainen vaihtelu määrään nähden suurta (**INTERNETTAULUKKO 2**). Itsemurhakuolemien lukumäärät 100 000 iältään 10–24-vuotiasta henkilöä kohden hyvinvointialueittain esitetään **KUVASSA 2**. Tilastollisesti merkitseviä eroja ei hyvinvointialueiden välillä ollut. Mahdollisten trendien tunnistamiseksi laskimme vuosien 2016–2019 ja 2020–2023 keskiarvojen erotuksen. Itsemurhakuolemien lukumäärä pieneni etenkin Suomen itäisissä osissa, Varsinais-Suomessa ja Pohjanmaan hyvinvointialueella: eniten määrä väheni Kymenlaakson hyvinvointialueella (**KUVA 2**).

Naisilla masennus oli tavallisin itsemurhakuolemaan myötävaikuttanut sairaus: sen osuus

Ydinasiat

- ▶ Masennus yleistyi naisten itsemurhiin merkittävästi myötävaikuttaneena sairautena vuosien 2016–2023 välisenä aikana.
- ▶ Päihdehäiriöt myötävaikuttivat miesten itsemurhakuolemiin yhtä usein kuin masennus.
- ▶ Itsemurhaan kuolleista puolet oli asioinut terveydenhuollossa kuolemaansa edeltäneellä viikolla.

lisääntyi noin 33 %:sta vuonna 2016 noin 60 %:iin vuonna 2023. Miehillä masennus (alle 30 %) sekä alkoholin ja muiden päihdeiden käyttöhäiriöt (alle 30 %) olivat tavallisimmat myötävaikuttaneet sairaudet (**INTERNETKUVAT 1 ja 2**).

Vuonna 2023 itsemurhaan kuolleista alle 25-vuotiaista yli puolet oli ollut hoitokontaktissa terveydenhuoltoon itsemurhakuolemaansa edeltäneen kuukauden aikana ja noin puolet edeltäneen viikon aikana (**INTERNETKUVA 3**). Yhteistyöalueittain tarkasteltuna itsemurhaan kuolleista nuorista oli hoitokontaktissa edeltäneen kuukauden aikana ollut Itä-Suomessa 76 % (tiukka arvio: 62 %; väljä arvio: 80 %), Pohjois-Suomessa 76 % (54–80 %), Sisä-Suomessa 73 % (59–75 %), Etelä-Suomessa 60 % (51–62 %) ja Länsi-Suomessa 63 % (50–68 %). Alle kuukausi ennen itsemurhakuolemaa terveydenhuollossa käyneiden osuus oli hieman suurentunut tarkastelujakson aikana.

Kuolemaa edeltäneen vuoden aikana hieman yli puolet oli asioinut psykiatrian erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa mielenterveystyömerkinnällä (**INTERNETKUVA 4**). Edeltäneen viikon aikana psykiatristen käyntien osuus oli pienimmillään 17 % (vuonna 2022) ja suurimmillaan 35 % (vuonna 2020). Noin 10 % oli ollut psykiatrisessa sairaalahoitossa itsemurhaansa edeltäneen kuukauden aikana (**INTERNETKUVA 5**). Hoidot itsemurhayrityksen jälkeen olleet melko harvinaisia: 18 %:lla itsemurhaan kuolleista oli aiempi itsemurhayrityksiä ja 11 %:lla kuolemaansa edeltäneen vuoden aikana (**INTERNETKUVA 6**).

Pohdinta

Tutkimuksemme tulokset osoittavat ajallisia muutoksia alle 25-vuotiaiden itsemurhakuolemissa Suomessa vuosina 2016–2023. Nuorten miesten itsemurhakuolemat vähenivät vuosina 2020 ja 2021, mutta lisääntyivät jälleen aiemmalle tasolle vuosina 2022 ja 2023. Nuorten naisten itsemurhamäärät pysyivät melko tasaisina, mutta vuonna 2023 määrät lisääntyivät. Tarkasteltaessa muutosta vuosituhannen vaihteesta lähtien alle 25-vuotiaiden miesten itsemurhakuolemien lukumäärä sitä vastoin näyttää edelleen pienenevän (3).

Yli puolet alle 25-vuotiaana itsemurhaan kuolleista oli kuolemaansa edeltäneen kuukauden aikana ollut hoitokontaktissa, ja tämä osuus lisääntyi hieman vuodesta 2016 vuoteen 2023. Masennus oli yhä useammin itsemurhakuolemaan merkittävästi myötävaikuttanut sairaus naisilla. Naisten masennusoireiden yleistymisestä on Suomesta useita tutkimushavaintoja 2000-luvulta lähtien, samoin masennushäiriöiden yleistymisestä (6–9). Alkoholin ja muiden päihdeiden käyttöhäiriöt olivat masennuksen ohella miesten itsemurhakuolemiin merkittävästi myötävaikuttaneita sairauksia.

Itsemurhakuolemien lukumäärä väheni seurannan aikana erityisesti Suomen itäisissä osissa, Varsinais-Suomessa ja Pohjanmaalla. Vahvimmin keskitasosta poikkeavat alueet olivat pienimpiä hyvinvointialueita, joissa vuosittaisen vaihtelun voidaan olettaa olevan suurinta. Suurin vähenemä oli Kymenlaakson hyvinvointialueella. Samana aikana kehitys Kymenlaaksossa oli samansuuntaista myös aikuisten itsemurhakuolemamäärissä. Tähän on osaltaan voinut vaikuttaa se, että vuosina 2021–2023 Kymenlaaksossa toimi itsemurhien ehkäisyn kehittämishanke (10). Siinä tarjottiin koulutusta sekä ammattilaisille että muille asukkaille ja kehitettiin muun muassa ohjekortteja tukemaan huolen puheeksi ottamista (<https://in-nokyla.fi/fi/toimintamalli/ota-huoli-puheeksi-kortit>).

Itsemurhaan kuolleista yli puolet oli ollut hoitokontaktissa terveydenhuoltoon itsemurhakuolemaansa edeltäneen kuukauden aikana, mikä osoittaa paitsi terveydenhuollon mahdol-

lisuudet myös sen ajankohtaisen heikkouden itsemurhien ehkäisyssä. Osuus oli suunnilleen sama kuin aiemmin kaikkien itsemurhaan kuolleiden osalta raportoitu (5). Vain pieni osa itsemurhaan kuolleista nuorista (10–15 %) oli edeltävän vuoden kuluessa ollut hoidossa itsemurhayrityksen takia. Tämä löydös on samansuuntainen kuin aiemmat löydökset, myös Suomesta, joiden mukaan itsemurhaan kuolleista nuorista alle puolet oli saanut psykiatrista hoitoa ja noin kolmasosalla oli ollut aiempia itsemurhayrityksiä (11,12). Aiemmissä tutkimuksissa havaittiin, että kaksi nuorta kolmesta oli puhunut itsemurha-ajatuksistaan ennen itsemurhakuolemaansa (11,12). Tähän viestiin vastaaminen ja asianmukaisen avun tai hoidon antaminen voisi estää itsemurhia entistä paremmin.

Alle 25-vuotiaana itsemurhaan kuolleet olivat ennen itsemurhaansa asioineet hieman harvemmin psykiatrian vastaanotoilla kuin mistä tahansa syystä terveydenhuollossa. Niiden osuus, joilla oli psykiatrisia käyntejä, oli suurimmillaan vuosina 2019 ja 2020. Tämä osuus kuitenkin pieneni vuosina 2021 ja 2022, mikä kuvastanee COVID-19-pandemian vaikutusta mielenterveyspalveluiden saatavuuteen. Vuonna 2023 osuus suureni jälleen, ja 34 %:lla oli ollut psykiatrinen käynti itsemurhakuolemansa edeltäneen kuukauden aikana. Terveydenhuollon käyntien tarkasteluun liittyy kuitenkin epävarmuustekijöitä: osaan käynneistä ei ollut merkitty käyntisyyttä, ja osa käynneistä on saatanut jäädä merkitsemättä peruuntuneiksi.

Masennus oli yleisin alle 25-vuotiaiden itsemurhakuolemaan merkittävästi myötävaikuttanut sairaus, erityisesti naisilla. Aiemman tutkimuksen mukaan 13–22-vuotiaana itsemurhaan kuolleista naisista 63 %:lla oli diagnosoitavissa masennushäiriö (13). Koska masennustilassa itsetuhoisuus on usein vahvasti läsnä, masennus on yleinen nuortenkin itsemurhakuolemiin myötävaikuttanut sairaus (4). Uusi havainto on se, että masennushäiriön osuus itsemurhakuolemien taustalla suureni merkittävästi tutkimusjakson aikana. Nuorten vakavan masennustilan hoitoa tulisivatkin tehostaa ja nuorten itsetuhoisuuden hoitoon tarkoitettujen hoitomuotojen saatavuutta parantaa (14,15).

Masennuksen lisäksi myös alkoholin ja muiden päihteiden käyttöhäiriöt olivat merkittäviä miesten itsemurhakuolemaan myötävaikuttaneita sairauksia. Edellä esitetyissä havainnoissa korostuu, että itsetuhoisuuden arviointi kuuluu olennaisena osana myös päihteitä käyttävän nuoren ongelmien kokonaisvaltaiseen arvioon, hoitosuunnitelmaan ja päihdehäiriöiden hoitoon (16).

Huumeidenkäyttöön liittyy kuolleisuutta sekä suurentuneen itsemurhariskin välityksellä että tahattomina huumemyrkytyskuolemina. Huumeista on tullut tapaturmien ja itsemurhiin rinnalle merkittävä nuorten kuolemansyy, sillä vuonna 2023 eniten huumeakuolemia oli 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä ja joka neljäs 15–24-vuotiaana kuollut kuoli huumeisiin (3). Lähes kaikki alle 25-vuotiaiden huumemyrkytyskuolemat ovat viime vuosina olleet tapaturmaisia, yliannostukset ovat siis olleet tahattomia (17). Näissä tapauksissa ovat nuorten osalta korostuneet buprenorfiinin, bentsodiatsepiinien ja amfetamiiniryhmän aineiden päihdekäyttö (18).

Huumeiden käyttö suurentaa miesten itsemurhariskin koko väestöön verrattuna neliinkertaiseksi ja naisten kahdeksankertaiseksi (19). Itsemurhaan kuolleista noin joka kymmenes oli käyttänyt huumeita siten, että siitä saatiin löydös oikeuskemiallisissa tutkimuksissa (20,21). Osuus on yhtä suuri kuin muissa maissa (22). Vuosina 2016–2022 huumeita käyttäneiden itsemurhakuolemat eivät vähentyneet yhtä paljon kuin itsemurhakuolemat koko väestössä ja joka viides näistä kuolemista oli myrkytys (20). Vuosina 2016–2018 myrkytysitsemurhakuolemissa korostuivat amfetamiiniryhmän aineet, kannabis ja metadoni, sen jälkeen etenkin kannabis mutta myös kokaiini (20,21). Tämän perusteella mielenterveys- ja päihdepalveluissa on tehostettava sekä itsemurhien että huumemyrkytysten ehkäisyä. Keinoja on runsaasti (14,23,24). Näistä esimerkiksi nuorten dialektinen käyttäytymisterapia soveltuu suomalaisen erikoissairaanhoidon ja lievittää itsetuhoisesti käyttäytyvien nuorten itsetuhoista käyttäytymistä ja psykiatrista oireilua (15). Myös kouluissa kaikille nuorille annettavilla preventiointerventioilla itsetuhoisuus vähenee, näyttöä on kolmesta toimintamallista (14).

Nuoruusikäisten itsemurhakuolemiin liittyy erityispiirteitä, jotka on hyvä ottaa huomioon itsemurhien ehkäisytyössä. Nuorten itsemurhariskiä lisäävät erilaiset perheeseen kielteisesti vaikuttavat sosiaaliset tekijät, vuorovaikutusongelmat perheenjäsenten välillä, lapsena koettu kaltoinkohtelu sekä vanhempien mielenterveys- ja päihdehäiriöt (25). Nuoret ovat myös herkkiä ystäväpiirinsä sekä sosiaalisen median ja massamedian välittämille itsetuhoisuuden esimerkeille, joten itsemurhien uutisoinnin on oltava vastuullista (14,26). Suomessa media-alan ammattilaiset ovat laatineet tästä itselleen muistilistan (<https://jsn.fi/toimittajille-avuksi-muistilista-itsemurhista-uutisointiin/>).

Tutkimuksemme vahvuutena oli se, että aineistomme oli koko maan kattava oikeuslääketieteellinen kokonaisuus ja tiedot oli yhdistetty hoitoilmoitusrekisterin tietoihin. Heikkoutena tutkimuksen näkökulmasta oli se, että aineisto oli pieni, vaikka se sisälsi kaikki tapaukset kahdeksalta vuodelta.

MINNA HOLM, PsT, mielenterveyden tutkimuksen dosentti, tutkimuspäällikkö

MARJUT GRAINGER, ATK-suunnittelija, erikoissuunnittelija

JAANA SUVISAARI, LT, sosiaalipsykiatrian dosentti, tutkimusprofessori

OLLI KIVIRUUSU, VTT (sosiaalipsykologia), mielenterveyden tutkimuksen dosentti, tutkimuspäällikkö

TIMO PARTONEN, LT, psykiatrian dosentti, tutkimusprofessori

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, soteosasto, edistävä ja ehkäisevä työ -yksikkö, mielenterveystiimi

VASTUUTOIMITTAJA

Merja Laine

Lopuksi

Nuorten psyykinen kuormittuneisuus ja huumemyrkytyskuolemien lukumäärä ovat lisääntyneet viime vuosina. Vastoin näitä trendejä alle 25-vuotiaiden itsemurhakuolemat eivät lisääntyneet vuosina 2016–2023, lukuun ottamatta tarkastelujakson viimeistä vuotta. Masennus ilmeni naisilla yhä useammin itsemurhaan merkittävästi myötävaikuttaneena sairautena. Päihteiden käyttöhäiriöt myötävaikuttivat miesten itsemurhakuolemiin yhtä usein kuin masennus.

Alueelliset muutokset viittaavat siihen, että itsemurhien ehkäisyhankkeet toimivat. Aktiivisen itsemurhien ehkäisytyön juurruttaminen palvelujärjestelmään siis kannattaa. Antaako sote-uudistus mahdollisuuksia vastata tähän haasteeseen? Selvitettäväksi jää, missä määrin palvelujärjestelmän toimintaan on tehty muutoksia itsemurhien ehkäisemiseksi. ■

SIDONNAISUUDET

Minna Holm: Hankkeet (Psykoosien hoidon laaturekisteri, Itsemurhien ehkäisyohjelma)

Marjut Grainger: Ei sidonnaisuuksia

Jaana Suvisaari: Apuraha (Suomen Akatemia, NordForsk, Pohjoismaiden ministerineuvosto), luottamustoimet (EU, Public Health Expert Group, sub-group on mental health, jäsen; Skitsofrenia, Käypä hoito -työryhmän puheenjohtaja; Psykiatrian tutkimussäätiö, hallitus; Jalmari ja Rauha Ahokkaan Säätiö, hallintoneuvosto), hankkeet (Mielenterveysstrategian valmistelun ohjaus- ja asiantuntijaryhmien jäsen (STM))

Olli Kiviruusu: Apuraha (NordForsk, Juho Vainion Säätiö, Signe ja Ane Gyllenbergin säätiö), luottamustoimet (Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon neuvottelukunta, varajäsen), muut sidonnaisuudet (Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, toimituskunnan jäsen)

Timo Partonen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Oy H. Lundbeck Ab), luottamustoimet (puheenjohtaja, Suomen Psykiatridistykseen Lääkehoidon ja biologisen psykiatrian työryhmä), hankkeet (puheenjohtaja, Kansallinen itsemurhien ehkäisytyötä koordinoiva verkosto), muut sidonnaisuudet (työsuhde (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos), osakeomistus (Oriola, Orion))

