

RASKAANA OLEVIEN PÄIHDEONGELMAISTEN NAISTEN HOIDON VARMISTAMINEN

Työryhmän raportti



ISSN 1797-9897

ISBN 978-952-00-2769-8 (PDF)

Helsinki 2009

KUVAILELEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä 2.2.2009	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen -työryhmä Puheenjohtaja: Johtaja Kari Paaso, sosiaali- ja terveysministeriö Sihteerit: Tutkimuspäällikkö Tuovi Hakulinen-Viitanen ja erikoissuunnittelija Elina Kotovirta, THL		Julkaisun laji Selvitys	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä STM 083:00/2007, 7.11.2007	
Julkaisun nimi Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen -työryhmän raportti			
Tiivistelmä <p>Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 7.11.2007 tehdyllä päätöksellä raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen -työryhmän. Työryhmän asettamisen taustalla oli Matti Vanhasen II hallituksen ohjelmassa mainittu tarve kiinnittää erityistä huomiota raskaana olevien naisten hoitoon ja palveluihin. Työryhmän tavoiteiksi kirjattiin: 1) kartoittaa raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tarvitsemien palveluiden nykytila ja arvioida palvelujen kehittämistarve lasten oikeuksien turvaamiseksi, 2) tehdä ehdotuksia raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten palveluiden kehittämiseksi palvelurakenneudistus huomioiden, 3) tehdä ehdotuksia siitä, miten turvataan päihdeongelmaisten vanhempien lapsille riittävät tukipalvelut, 4) arvioida tahdosta riippumattoman hoidon tarkoituksenmukaisuutta raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten kohdalla, 5) arvioida tältä osin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä ja 6) tehdä ehdotukset mahdollisista lainsäädäntömuutoksista.</p> <p>Raskauden aikainen päihteiden, etenkin alkoholin, käyttö on sikiön kehityshäiriöiden suurin yksittäinen syy. Alkoholipolitiikan liberalisoituminen 1960-luvun lopulta lähtien on lisännyt alkoholin kulutusta, mikä näkyy käytöstä aiheutuvien haittojen lisääntymisenä yhteiskunnan eri osa-alueilla. Esimerkiksi naisten alkoholin käyttö on kasvanut seitsenkertaiseksi. Alkoholin vaurioittamien sikiöiden määrä on kasvanut samoin kuin niiden lasten määrä, jotka elävät perheissä, joissa on alkoholiongelma. Tuoreimpien arvioiden mukaan noin 6 prosenttia raskaana olevista suomalaisnaisista on alkoholin suurkuluttajia. Tämä merkitsee Suomessa vuosittain yli 3 000 päihdeille altistunutta sikiötä. Suomessa syntyy vuosittain noin 600 lasta, joilla on sikiöaikaiseen alkoholi-altistukseen liittyviä oireita. Lisäksi erilaisten päihteiden, alkoholin ja huumeiden sekä lääkkeiden sekakäyttö on tavallista, joten yksittäisen aineen osuutta ja vaikutuksia on monesti vaikea arvioida.</p> <p>Reportissaan työryhmä kuvaa palveluiden nykytilaa ja tekee ehdotuksensa raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten tilanteen parantamiseksi. Työryhmä painottaa päihdeongelmien ennaltaehkäisyä ja yleisen tietoisuuden lisäämistä alkoholin ja muiden päihteiden haitoista sikiölle ja lapsille. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon sekä nuorisotalon ja kasvatusalan ammattilaisten valmiuksia tunnistaa päihdeongelma ja puuttua siihen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on lisättävä. Työryhmä korostaa varhaisen puheeksioton merkitystä äitiys- ja lastenneuvolassa ja äitiysneuvolapalveluiden ulkopuolelle jäävien tai jättäytyvien neuvolaan tulemisen tukemista. Erityispalveluita on oltava riittävästi, jotta hoitoon ohjaaminen on mahdollista, ja sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäiseviä tukitoimia on käynnistettävä mahdollisimman varhain.</p> <p>Työryhmä tekee myös ehdotuksensa tahdosta riippumattomasta hoidosta. Esityksessä korostetaan, että tahdosta riippumattomalla hoidolla ei voi eikä tule korvata riittämättömiä päihdepalveluita, mutta tätä vaihtoehtoa tulee käyttää silloin, kun kaikki muut keinot on käytetty. Työryhmän näkemyksen mukaan on epäeettistä määrätä ketään tahdosta riippumattomaan hoitoon, mikäli hoitoon hakeutuminen vapaaehtoisesti on hankalaa. On ensisijaista varmistaa jokaisen päihteitä käyttävän äidin oikeus hoitoon (ns. subjektiivinen oikeus) mikä mahdollistaa äidin päihdeettömyyden sekä raskausaikana että sen jälkeen. Raskaana oleville naisille onkin työryhmän näkemyksen mukaan säädettävä subjektiivinen oikeus päästä välittömästi hoidon tarpeen arviointiin ja arvioinnin edellyttämään päihdehoitoon.</p>			
Asiasanat: Päihteet, alkoholi, huumeet, naiset, lapset, lastensuojelu, äitiysneuvola, lastenneuvola			
Muut tiedot www.stm.fi Julkaistaan vain verkossa			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4		ISSN 1797-9897	ISBN 978-952-00-2769-8 (PDF)
Kokonaissivumäärä 52	Kieli Suomi	Hinta -	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja -		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum 2.2.2009	
Författare (Uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Arbetsgruppen för säkerställande av vård och behandling för kvinnor med missbruksproblem Ordförande: Direktör Kari Paaso, social- och hälsovårdsministeriet Sekreterare: Forskningschef Tuovi Hakulinen-Viitanen och specialplanerare Elina Kotovirta, Institutet för hälsa och välfärd		Typ av publikation Rapport	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Projektnummer och datum för tillsättandet av organet SHM 083:00/2007, 7.11.2007	
Publikations titel Rapport av arbetsgruppen för säkerställande av vård och behandling för kvinnor med missbruksproblem			
Referat <p>Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte genom sitt beslut av 7.11.2008 en arbetsgrupp för säkerställande av vård och behandling för kvinnor med missbruksproblem. Tillsättningen av arbetsgruppen baserade sig på behovet att fästa särskild uppmärksamhet på vård och tjänster för gravida kvinnor, som nämns i programmet för Matti Vanhanens andra regering. Arbetsgruppens mål omfattar: 1) att kartlägga den nuvarande situationen i fråga om tjänster som behövs av gravida kvinnor och bedöma behovet av att utveckla dem i syfte att säkerställa barnens rättigheter, 2) att lägga fram förslag om hur tjänsterna för gravida kvinnor med missbruksproblem kan utvecklas med beaktande av servicestrukturreformen, 3) att lägga fram förslag om hur man kan säkerställa tillräckliga stödtjänster för barn till föräldrar med missbruksproblem, 4) att bedöma om det är ändamålsenligt med vård oberoende av vilja när det gäller gravida kvinnor med missbruksproblem, 5) att bedöma lagstiftningen inom social- och hälsovården i detta avseende samt 6) att lägga fram ett förslag till eventuella lagändringar.</p> <p>Bruk av alkohol och droger, i synnerhet alkohol, utgör den största enskilda orsaken till utvecklingsstörningar hos fostret. Liberaliseringen av alkoholpolitiken sedan slutet av 1960-talet har ökat alkoholkonsumtionen, och detta avspeglas i ökade alkoholskador inom olika delområden i samhället. Till exempel alkoholkonsumtionen bland kvinnor har sjudubblats. Antalet alkoholrelaterade fosterskador har ökat, och likaså har antalet barn som lever i familjer med alkoholproblem. Enligt de senaste uppskattningarna är ungefär 6 procent av de gravida finländska kvinnorna storkonsumenter av alkohol. Detta innebär mer än 3 000 foster exponerade för alkohol och droger per år i Finland. Det föds årligen ungefär 600 barn med symptom som ansluter sig till alkoholexponering under fosterstadiet. Därutöver är det vanligt med blandbruk av alkohol, narkotika och läkemedel, vilket gör det i många fall svårt att uppskatta vilken andel och inverkan ett visst ämne har.</p> <p>Rapporten beskriver den nuvarande situationen i fråga om tjänster och föreslår åtgärder för att förbättra situationen när det gäller gravida kvinnor med missbruksproblem. Arbetsgruppen betonar vikten av att förebygga missbruksproblem och öka den allmänna medvetenheten om hurudana skador alkohol och droger kan orsaka hos foster och barn. Också färdigheterna hos yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården och ungdoms- och utbildningsområdet att identifiera missbruksproblem och ingripa i dem i ett tidigt skede ska förbättras. Arbetsgruppen betonar vikten av att föra saken på tal i ett tidigt skede på mödra- och barnrådgivningen och att stöda dem som annars skulle bli utan eller inte skulle söka mödrarådgivningstjänster för att få dem att besöka rådgivningen. Det ska finnas tillräckligt med specialtjänster för att hänvisning till vård blir möjligt, och förebyggande stödåtgärder inom social- och hälsovården ska inledas i ett så tidigt skede som möjligt.</p> <p>Arbetsgruppen framlägger också förslag om vård oberoende av vilja. Det betonas i förslaget att vård oberoende av den gravida kvinnans vilja inte kan och inte heller ska ersätta för otillräcklig missbrukarvårdsservice, men att detta alternativ ska utnyttjas då alla andra medel har uttömts. Arbetsgruppen anser att det är oetiskt att bestämma att en person ska tas in för tvångsvård om det är svårt att söka vård på frivillig basis. Det är av främsta vikt att säkerställa att varje kvinna som använder alkohol eller droger har rätt till vård och behandling (s.k. subjektiv rätt). Detta möjliggör att kvinnan inte använder dem under graviditeten och därefter. Gravida kvinnor ska enligt arbetsgruppens uppfattning få en lagstiftad subjektiv rätt till tillgång till en omedelbar bedömning av vårdbehovet och till missbrukarvård enligt bedömningen.</p>			
Nyckelord Alkohol, barn, barnrådgivning, barnskydd, droger, kvinnor, mödrarådgivning			
Övriga uppgifter www.stm.fi/svenska Endast tillgänglig som webbpublikation			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:4		ISSN 1797-9897	ISBN 978-952-00-2769-8 (PDF)
Sidoantal 52	Språk Finska	Pris -	Sekretessgrad Offentlig
Distribution/Försäljning -		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Date 2 February 2009	
Authors Working Group to ensure the care and treatment of pregnant women with substance abuse problems Chairman: Kari Paaso, Director, Ministry of Social Affairs and Health Secretaries: Tuovi Hakulinen-Viitanen, Research Director, and Elina Kotovirta, Senior Planning Officer, National Institute for Health and Welfare		Type of publication Report	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ 7 November 2007	
Title of publication Report of the Working Group to ensure the care and treatment of pregnant women with substance abuse problems			
Summary The Ministry of Social Affairs and Health decided on 7 November 2007 to set up a Working Group to ensure the care and treatment of women with substance abuse problems. The appointment of the Working Group was based on the need to pay attention to care and services for pregnant women as referred to in the Government Programme of Prime Minister Vanhanen's second Cabinet. The objectives of the Working Group encompass: 1) surveying the present situation in regard to the services needed by pregnant women and assessing the need to develop them in order to secure the rights of the children; 2) putting forward proposals for developing services for women with substance abuse problems taking account of the ongoing restructuring of services; 3) putting forward proposals on how to ensure adequate support services for children of parents with substance abuse problems; 4) evaluating the appropriateness of involuntary care and treatment in regard to pregnant women with substance abuse problems; 5) assessing social and health care legislation in this respect; and 6) making a proposal for possible amendments to the relevant legislation. Use of intoxicants, in particular alcohol, during pregnancy is the most significant single cause of foetal abnormality. The liberalisation of alcohol policy since the late 1960s has increased alcohol consumption, which is reflected in the increased harm from alcohol use in different areas of society. For instance, women's alcohol use is today sevenfold compared to the level before that. The number of foetal abnormalities caused by alcohol has increased, and so has the number of children living in families with alcohol problems. According to the most recent estimates about 6 per cent of the pregnant Finnish women are excessive users of alcohol. This means more than 3,000 fetuses exposed to alcohol and drugs annually. About 600 children with symptoms related to alcohol exposure during foetal stage are born in Finland per year. Furthermore, mixed use of different intoxicants, alcohol, drugs and medicinal products is common, and therefore it is often difficult to estimate the share and effects of a single substance. In its report the Working Group deals with the present state of services and puts forward a proposal for improving the situation of pregnant women using alcohol and drugs. The Working Group emphasises the importance of increasing prevention and overall knowledge of the harms caused by alcohol and drugs to the foetus and the child. It is also important to improve the skills of professionals in social and health care and in the field of youth work and education to recognise substance abuse problems and to intervene at an early stage. The Working Group stresses the significance of taking up this issue with the pregnant women at an early stage at the child health and maternity clinic and of persuading the pregnant women who otherwise would be excluded from or would not seek these services to visit the clinic. The availability of special services must be sufficient to enable referring to care, and preventive support services in social and health care have to be started as early as possible. The Working Group also puts forward a proposal for care against the person's own will. It is underlined in the proposal that care and treatment against the person's own will cannot and must not replace insufficient substance abuse services but that this option should be used when all the other methods have been exhausted. The view of the Working Group is that it is unethical to order anyone to care against their own will in case it is difficult to seek care on a voluntary basis. It is of primary importance to ensure the right of every mother using alcohol or drugs to care and treatment (so called subjective right), which will enable that the mother does not use those substances during pregnancy and after it. Pregnant women should, in the opinion of the Working Group, have a statutory subjective right of access to an immediate service needs assessment and to substance abuse services deemed necessary based on it.			
Key words Alcohol, child health clinic, child welfare, children, drugs, intoxicants, maternity clinic, women			
Other information www.stm.fi/english Available only as a web publication			
Title and number of series Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2009:4		ISSN 1797-9897	ISBN 978-952-00-2769-8 (PDF)
Number of pages 52	Language Finnish	Price -	Publicity Public
Orders -		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 7.11.2007 tehdyllä päätöksellä raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen -työryhmän. Työryhmän asettamisen taustalla oli Matti Vanhasen II hallituksen ohjelmassa mainittu tarve kiinnittää erityistä huomiota raskaana olevien naisten hoitoon ja palveluihin. Hallitusohjelman mukaan raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoito varmistetaan lasten oikeuksien turvaamiseksi. Työryhmän tavoitteiksi kirjattiin: 1) kartoittaa raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tarvitsemien palveluiden nykytila ja arvioida palvelujen kehittämistarve lasten oikeuksien turvaamiseksi, 2) tehdä ehdotuksia raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten palveluiden kehittämiseksi palvelurakennemuutosten huomioiden, 3) tehdä ehdotuksia siitä, miten turvataan päihdeongelmaisten vanhempien lapsille riittävät tukipalvelut, 4) arvioida tahdosta riippumattoman hoidon tarkoituksenmukaisuutta raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten kohdalla, 5) arvioida tältä osin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä ja 6) tehdä ehdotuksen mahdollisista lainsäädäntömuutoksista.

Työryhmän puheenjohtajaksi nimettiin johtaja Kari Paaso sosiaali- ja terveysministeriöstä ja jäseniksi lapsiasiainvaltuutettu Maria Kaisa Aula sosiaali- ja terveysministeriöstä, lääkintöneuvos Terhi Hermanson sosiaali- ja terveysministeriöstä, neuvotteleva virkamies Kari Haavisto sosiaali- ja terveysministeriöstä, ylilääkäri Maija Haukkamaa Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiristä, toimitusjohtaja Ritva Karinsalo Ensi- ja turvakotien liitosta, apulaisosastopäällikkö Olavi Kaukonen oikeusministeriöstä, avustusvalmistelija Mirja Nyroos-Seppänen Raha-automaattiyhdistyksestä, lääninlääkäri Antero Heloma Etelä-Suomen lääninhallituksesta, sosiaalineuvos Tapani Sarvanti sosiaali- ja terveysministeriöstä, ylihoitaja Nina Ahlblad-Mäkinen Helsingin terveyskeskuksesta ja hallitussihteeri Outi Luoma-aho sosiaali- ja terveysministeriöstä. Outi Luoma-ahon vaihtaessa työpaikkaa hänen tilalleen tuli hallitussihteeri Lotta Silvennoinen sosiaali- ja terveysministeriöstä. Työryhmän asiantuntijasihteereinä toimivat tutkimuspäällikkö Tuovi Hakulinen-Viitanen Stakesista (THL) ja erikoissuunnittelija Eliina Kotovirta Stakesista (THL).

Työryhmä kuuli kokouksissaan asiantuntijoina erikoistutkija Tarja Heinoa Stakesista, ylitarkastaja Marjaana Pelkosta sosiaali- ja terveysministeriöstä, viestintäjohtaja Teuvo Peltoniemiä A-klinikkasäätiöstä, hallitussihteeri Anne Koskelaa sosiaali- ja terveysministeriöstä, terveydenhoitaja Taina Ylä-Soininmäkeä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymästä, erityistyöntekijä Tarja Kekkiä Keski-Suomen ensi- ja turvakoti ry:stä, sosiaalityöntekijä Pia Kurolaa Espoon keskuksen perhekeskuksesta, pääsihteeri Mirjam Kallandia Mannerheimin lastensuojeluliitosta (tutkijan ominaisuudessa) ja ylilääkäri Antti Holopaista A-klinikkasäätiöstä.

Työryhmän tuli saada työnsä valmiiksi 31.12.2008 mennessä. Työryhmä kokoontui 13 kertaa.

Työryhmä luovuttaa raporttinsa sosiaali- ja terveysministeriölle saatuaan työnsä valmiiksi.

Helsingissä 2 päivänä helmikuuta 2009



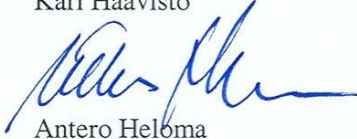
Kari Paaso



Nina Ahlblad-Mäkinen



Kari Haavisto



Antero Helöma



Ritva Karinsalo



Mirja Nyroos-Seppänen



Lotta Silvennoinen



Elina Kotovirta



Maria Kaisa Aula



Maija Haukkamaa



Terhi Hermanson



Olavi Kaukonen



Tapani Sarvanti



Tuovi Hakulinen-Viitanen

SISÄLLYSLUETTELO

1	TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET.....	13
1.1	Päihdeongelmien ehkäisy ja päihdetietoisuuden lisääminen	13
1.1.1	Yleistä tietoisuutta alkoholin ja muiden päihteiden haitoista sikiölle ja lapsille on lisättävä	13
1.1.2.	Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä nuorisotalon ja kasvatustalouden ammattilaisten valmiuksia tunnistaa päihdeongelma ja puuttua siihen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on lisättävä	14
1.2	Odotusaikaan liittyvät ehdotukset.....	14
1.2.1	Äitiysneuvolassa on otettava päihdepuheeksi mahdollisimman varhain.....	14
1.2.2	Äitiysneuvolapalveluissa on aktiivisesti tuettava päihteitä käyttävän äidin päihteen käytöstä pidättäytymistä	14
1.2.3	Äitiysneuvolapalveluiden ulkopuolelle jäävien tai jättäytyvien tulemistä neuvolaan on tuettava.....	14
1.2.4	Hoitoon ohjaamista varten on oltava riittävästi tarjolla erityispalveluita.....	15
1.2.5	Raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen hoitoon pääsy on varmistettava... ..	15
1.2.6	Tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyviä säädöksiä on täsmennettävä	15
1.3	Lapsen syntymän jälkeiseen aikaan liittyvät ehdotukset	16
1.3.1	Lastenneuvolassa on otettava päihdepuheeksi mahdollisimman varhain.....	16
1.3.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät tukitoimet on käynnistettävä mahdollisimman varhain	16
1.4	Rakenteelliset ehdotukset	16
2	TAUSTAA	17
2.1	Alkoholin käytön vaikutukset sikiöön.....	18
2.2	Huumeiden käytön vaikutukset sikiöön	19
2.3	Vanhempien päihteen käytön vaikutukset lapsiin	19
3	PALVELUJÄRJESTELMÄN NYKYTILA JA KEHITTÄMISTARPEET.....	21
3.1	Päihdepalveluiden lähtökohdat lainsäädännössä ja valtakunnallisissa ohjeistuksissa.....	21
3.2	Palveluiden järjestämisvastuu	23
3.3	Lastensuojelu.....	25
3.4	Äitiys- ja lastenneuvolat.....	29
3.5	Äitiyspoliklinikat.....	31
3.6	Päihdeongelmien hoitoon erikoistuneet ensikodit ja avopalveluyksiköt.....	32
3.7	Järjestöt palveluiden tuottajina	34
3.8	Tahdosta riippumaton hoito.....	35
4	TYÖRYHMÄN EHDOTUSTEN PERUSTELUT	39
4.1	Päihdeongelmien ehkäisy ja päihdetietoisuuden lisääminen.....	39
4.1.1	Yleistä tietoisuutta alkoholin ja muiden päihteiden haitoista sikiölle ja lapsille on lisättävä.....	39
4.1.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä nuorisotalon ja kasvatustalouden ammattilaisten valmiuksia tunnistaa päihdeongelma ja puuttua siihen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on lisättävä	40
4.2	Odotusaikaan liittyvät ehdotukset	41
4.2.1	Äitiysneuvolassa on otettava päihdepuheeksi mahdollisimman varhain	41
4.2.2	Äitiysneuvolapalveluissa on aktiivisesti tuettava päihteitä käyttävän äidin päihteen käytöstä pidättäytymistä	43
4.2.3	Äitiysneuvolapalveluiden ulkopuolelle jäävien tai jättäytyvien	

	tulemista neuvolaan on tuettava	43
4.2.4	Hoitoon ohjaamista varten on oltava riittävästi tarjolla erityis- palveluita.	44
4.2.5	Raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen hoitoon pääsy on varmistettava.....	46
4.2.6	Tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyviä säädöksiä on täsmennettävä	47
4.3	Lapsen syntymän jälkeiseen aikaan liittyvät ehdotukset.....	49
4.3.1	Lastenneuvolassa on otettava päihteet puheeksi mahdollisimman varhain	49
4.3.2	Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät tukitoimet on käyn- nistettävä mahdollisimman varhain	50
4.4	Rakenteelliset ehdotukset	51

1 TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET

Raskauden aikainen päihteiden, etenkin alkoholin, käyttö on sikiön kehityshäiriöiden suurin yksittäinen syy. Alkoholipolitiikan liberalisoituminen 1960-luvun lopulta lähtien on lisännyt alkoholin kulutusta, mikä näkyy käytöstä aiheutuvien haittojen lisääntymisenä yhteiskunnan eri osa-alueilla. Esimerkiksi naisten alkoholinkäyttö on kasvanut seitsenkertaiseksi. Alkoholin vaurioittamien sikiöiden määrä on kasvanut samoin kuin niiden lasten määrä, jotka elävät perheissä, joissa vanhemmilla on alkoholiongelmia. Alkoholipoliittiset valinnat vaikuttavat ongelmien esiintyvyyteen ja siksi työryhmä on halunnut korostaa yleisen alkoholipolitiikan merkitystä myös raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten ongelmien taustalla ja yleensä päihteisiin liittyvien ongelmien ehkäisemisessä.

Työryhmän ehdotusten tueksi onkin tärkeää vahvistaa yleistä alkoholipolitiikkaa. Alkoholipolitiikan tulee edistää terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia. Alkon vähittäismyyntimonopoli on säilytettävä ja alkoholiveroa on nostettava siten, että alkoholin kulutus lähtee takaisin laskuun. Tavoitteena voidaan pitää sisäisen turvallisuuden ohjelman mukaisesti vuoden 2003 kulutustason saavuttamista. Alkoholin mainontaa tulee rajoittaa voimakkaasti ja mainoksiin on lisättävä varoitus alkoholin haitallisuudesta.

Työryhmä on keskittynyt työssään raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten hoidon kehittämiseen ja varmistamiseen. Tehtäväksiannon kohta kolme eli miten turvataan päihdeongelmaisten vanhempien lapsille riittävät tukipalvelut, on jäänyt työssä vähemmälle huomiolle. Lapsiperhevaihe on niin laaja (0–18-vuotta), joten siihen liittyvät erityiskysymykset on selvitettävä erikseen. Tätä varten on perustettava työryhmä, jossa on edustettuna ainakin lastensuojelu, oppilashuolto, varhaiskasvatus ja terveydenhuolto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tulee tehdä arvio päihdepalveluiden tilasta lapsinäkökulmasta.

1.1 Päihdeongelmien ehkäisy ja päihdetietoisuuden lisääminen

1.1.1 Yleistä tietoisuutta alkoholin ja muiden päihteiden haitoista sikiölle ja lapsille on lisättävä

- Alkoholijuomapakkauksiin on laitettava varoitustekstit, jotta voidaan lisätä yleistä tietoisuutta alkoholin haitallisuudesta sikiölle.
- Alkoholiohjelman on tuotettava materiaalia päihteiden sikiölle ja lapsille aiheuttamista haitoista.
- Alkoholin käyttö ja tupakointi on otettava mahdollisuuksien mukaan puheeksi kaikkien hedelmällisessä iässä olevien naisten ja heidän puolisoitensa kanssa heidän asioidessaan terveydenhuollossa.
- Nuorten yleistä tietämystä päihteiden käytön terveyshaitoista on lisättävä hyvissä ajoin. Peruskoulun viimeisillä luokilla ja toisella asteella terveystiedon oppiaineeseen on kuuluttava opetusta päihteiden yhteydestä sikiövaurioihin.

1.1.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä nuorisoalan ja kasvatustalouden ammattilaisten valmiuksia tunnistaa päihdeongelma ja puuttua siihen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on lisättävä

- Eri ammattialojen päihdeosaamista (ml. päihteiden sikiölle aiheuttamien haittojen tunnistaminen) on parannettava peruskoulutuksessa ottamalla käyttöön OPM:n ja STM:n työryhmässä (2007:17) sovitut koulutusminimit. Myös riittävästi täydennyskoulutusta on tarjottava sekä opettajille että alalla jo toimiville.
- Neuvoloihin tulee saada yhtenäiset toimintaohjeet.

1.2 Odotusaikaan liittyvät ehdotukset

1.2.1 Äitiysneuvolassa on otettava päihteet puheeksi mahdollisimman varhain

- Päihteiden, erityisesti alkoholin, käyttö on otettava puheeksi kaikkien asiakkaiden kanssa. Audit-kysely on tehtävä jo ensikäynnillä ja tarpeen mukaan säännöllisesti myös muilla käynneillä tämän jälkeen. Arviointi on kirjattava ylös ja tarvittaessa sovittava jatkotoimenpiteistä. Myös puolison alkoholin käyttö on kartoitettava Audit-kyselyllä.
- Määräaikaisten terveystarkastusten lisäksi alkoholin käytön arviointi äitiysneuvolassa on tehtävä osana laajaa terveystarkastusta, jossa selvitetään koko perheen hyvinvointi.
- Odotusaikana tai synnytyksen jälkeen on tehtävä kotikäynti kaikille raskaana oleville niin, että puoliso on paikalla, jolloin on mahdollista tutustua perhetilanteeseen tarkemmin.
- Äitiysneuvolan ja sosiaalitoimen yhteistyötä on lisättävä osana ehkäisevää lastensuojelua. On tarjottava kotiin vietyä tukea ja yhteistyötä, jos perheen muista lapsista on tehty ilmoitus lastensuojelutarpeen selvittämiseksi.

1.2.2 Äitiysneuvolapalveluissa on aktiivisesti tuettava päihteitä käyttävän äidin päihteiden käytöstä pidättäytymistä

- Äitiä on rohkaistava käyttämään juomispäiväkirjaa, jonka avulla tarpeen mukaan seurataan alkoholin käyttöä.
- Äidille ja puolisolle on järjestettävä mahdollisuus lisäkäynteihin neuvolaan ja tarvittaessa tarjota heille kotikäyntejä, kun Audit-kyselyn tai muun tiedon perusteella epäillään tarvittavan erityistä tukea päihteiden käytöstä pidättäytymiseksi.
- Erityisen tuen järjestämiseksi on laadittava yhteistyössä perheen kanssa tavoitteellinen suunnitelma, jonka toteutumista seurataan.
- Erityisen tuen tarpeen arvioimiseksi, suunnittelemiseksi ja järjestämiseksi äitiysneuvolan on tehtävä yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa, jos perheessä ei ole ennestään lapsia, ja lastensuojelun kanssa, jos perheessä on lapsia sekä erikoissairaanhoidon ja muiden tarvittavien tahojen kanssa.

1.2.3 Äitiysneuvolapalveluiden ulkopuolelle jäävien tai jättäytyvien tulemista neuvolaan on tuettava

- Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on muistutettava hedelmällisessä iässä olevia päihdeongelmaisia naisia siitä, miten tärkeää on havaita raskaus varhain.

- Terveysthuollon, asunnottomien sosiaalipalvelutoimiston, sosiaalipäivystyksen ja poliisin on rohkaistava raskaana olevia päihteiden käyttäjiä hakeutumaan äitiysneuvolaan, vedoten mahdollisuuteen varmistaa lapsen terveys ja äitiysavustuksen saamiseen.
- Kunnallisen asuntopolitiikan ja pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishojelman keinoin on varmistettava turvallinen asuminen ja tarvittavat asumisen tukipalvelut haavoittuvissa oloissa eläville päihdeongelmallisille naisille.

1.2.4 Hoitoon ohjaamista varten on oltava riittävästi tarjolla erityispalveluita

- Tieto ja erityisosaaminen on keskitettävä isoihin yksiköihin (yliopistollinen sairaala/ keskussairaala), mutta osa seurantaa voidaan toteuttaa myös äitiysneuvolassa (esim. huumeseulat).
- Äitiysneuvoloita varten on laadittava kirjalliset kriteerit, milloin päihteitä käyttävä äiti tulee lähettää erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikalle (mm. HAL-poliklinikat).
- Kun äitiyspoliklinikalla todetaan, että äiti tarvitsee sosiaalitoimen järjestämää päihdelaitoshoidoa tai päihdeongelmien hoitoon erikoistunutta ensikotia, maksusitoumus on myönnettävä lääkärin lähetteen perusteella. Päihteitä käyttävien äitien seurannassa on hoidon onnistumiseksi toteutettava niin sanottua yhden luukun periaatetta, jotta vältetään asiakkaan/potilaan juoksuttaminen eri viranomaisten luona.
- Erikoissairaanhoidon HAL-poliklinikka-malli on luotava kaikkiin yliopistollisiin ja keskussairaaloihin niin, että keskussairaaloiden äitiyspoliklinikoilla järjestetään erityisiä HAL-vastaanottoja päihteidenkäyttäjien hoidon ja seurannan toteutusta varten.
- Ensi- ja turvakotien liiton Pidä kiinni -hoitojärjestelmä on vakiinnutettava sosiaalihuollon erityispalveluna.
- Lastensuojelulain mukaisen perhekuntoutuksen tarjoamista on lisättävä.

1.2.5 Raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen hoitoon pääsy on varmistettava

- Vapaaehtoisesti hoitoon hakeutumisen on oltava helppoa ja asianmukaisia päihdepalveluita on tarjottava jo ennen raskautta. Tahdosta riippumattomalla hoidolla ei voi eikä tule korvata riittämättömiä päihdepalveluita, mutta tätä vaihtoehtoa tulee käyttää silloin, kun kaikki muut keinot on käytetty.
- Raskaana oleville naisille on säädettävä subjektiivinen oikeus päästä välittömästi hoidontarpeen arviointiin ja arvioinnin edellyttämään päihdehoitoon.

1.2.6 Tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyviä säädöksiä on täsmennettävä

- Selvitetään mahdollisuus valmistella vapaaehtoista tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat säännökset Tanskan ja Norjan mallin mukaan. Tämä tarkoittaa sitä, että raskaana oleva nainen voi itse sitoutua hoitopaikkaan allekirjoittamalla hoitosopimuksen, joka on voimassa sovitun ajan, vaikka henkilö muuttaisi mielensä halustaan pysyä hoidossa.
- On säädettävä mahdollisuus tahdosta riippumattomaan hoitoon syntyvän lapsen terveysvaaran perusteella.
- On luotava hoidon sisältö ja rakenteet raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten tahdosta riippumattomalle hoidolle. Päihdehuoltolain kaikki tahdosta riippumattomaan hoi-

toon liittyvät säännökset on uudistettava perustuslain edellyttämällä tavalla täsmällisiksi ja tarkkarajaisiksi.

- Koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan itsemääräämisoikeuden rajoitukset sisältävän puitelain valmistelussa tulee ottaa huomioon myös päihteitä käyttäviä äitejä koskevat erityiskysymykset.

1.3 Lapsen syntymän jälkeiseen aikaan liittyvät ehdotukset

1.3.1 Lastenneuvolassa on otettava päihteet puheeksi mahdollisimman varhain

- Vanhempien alkoholin käyttöä koskevien tietojen on siirryttävä äitiysneuvolasta lastenneuvolan käyttöön, jotta pystytään arvioimaan alkoholin käytössä tapahtuneita muutoksia.
- Lapsen syntymän jälkeen vanhempien alkoholin käyttö on otettava puheeksi ensimmäisellä tai toisella määräaikaikaisella terveystarkastuskäynnillä ja on arvioitava päihdehoidon tarve.
- Neuvolassa on jaettava tietoa siitä, miten lapset kokevat vanhempien alkoholinkäytön ja mitä haittoja siitä lapsille aiheutuu.
- Alkoholin käytön arviointi on tehtävä myös kaikissa laajoissa terveystarkastuksissa osana vanhempien hyvinvoinnin arviointia.
- Kaikkien lastenneuvolassa toimivien terveydenhoitajien on käytettävä Audit-kyselyä työsäännöllisesti.

1.3.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät tukitoimet on käynnistettävä mahdollisimman varhain

- Osana ehkäisevää lastensuojelutyötä tehostetaan neuvolan, päivähoiton, kotipalvelun ja lastensuojelun yhteistyötä. Lasten hyvinvointisuunnitelmassa arvioidaan yhteistyössä palvelu- ja resurssitarve.
- Neuvolassa on kartoitettava mahdollisimman varhain perheiden erityisen tuen tarve ja tarjottava perheille lisäkäyntejä, kotikäyntejä ja neuvolan perhetyötä.
- Perheiden on saatava tarpeen mukaan kotipalveluita ja perhetyötä.
- Perheille on tarjottava mahdollisuus tukihenkilö-, tukiperhe- ja vertaistukitoimintaan.
- Lastensuojelulain mukainen lastensuojeluilmoitus on tehtävä, jos epäillään lapsen hyvinvoinnin vaarantuvan vanhempien päihteiden käytön vuoksi.

1.4 Rakenteelliset ehdotukset

- Jokaiseen kuntaan tai yhteistoiminta-alueilla kuntien yhteistyönä osana terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen strategiaa on luotava yleinen päihdestrategia. Strategiaan kirjataan myös erityisryhmien paikalliset, alueelliset ja valtakunnalliset palvelut ja siinä varmistetaan raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten ja vauvaperheiden hoitoon pääsy.
- Raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten intensiivisen ja pitkäkestoisen laitoshoidon järjestämisvastuu ja päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten hoidon kehittäminen keskitetään valtakunnallisena tehtävänä yhdelle laajan väestöpohjan kuntayhtymälle.

2 TAUSTAA

Matti Vanhasen II hallituksen päihdepolitiikan yksi merkittävä painopistealue on lasten, heidän vanhempiensa ja raskaana olevien naisten hoidon ja palvelujen kehittäminen. Hallitusohjelman tavoitteena on vähentää määrätietoisella päihdepolitiikalla lasten vanhempien alkoholin käyttöä ja siitä lapselle aiheutuvia haittoja. Lasten oikeuksien turvaamiseksi varmistetaan raskaana olevien naisten hoito ja turvataan päihdeongelmaisten vanhempien lapsille riittävät tukipalvelut.

Merkittäviä haittoja aiheuttavia pähteitä ovat alkoholi, huumausaineet ja tupakka. Myös tietyt lääkkeet, liuottimet ja muut aineet luokitellaan pähteiksi silloin, kun niitä käytetään päihtymistarkoituksessa. Pähteiden käyttö voi aiheuttaa psyykkisen ja fyysisen riippuvuuden. Pähteiden käyttöön liittyvät haitat koskettavat perheitä, sukulaisia, naapureita ja työyhteisöjä, heijastuen välillisesti koko yhteiskuntaan.

Naisten pähteiden, varsinkin alkoholin, käyttö ja heidän osuutensa päihdehuollon asiakkaina on Suomessa kasvanut tasaisesti 1960-luvun lopulta lähtien. Tuolloin Suomessa lisättiin merkittävästi alkoholijuomien saatavuutta vapauttamalla keskioluen myynti. Raskauden aikainen pähteiden ja etenkin alkoholin käyttö on kehityshäiriöiden suurin yksittäinen syy.

Tuoreimpien arvioiden mukaan noin 6 prosenttia raskaana olevista suomalaisnaisista on alkoholin suurkuluttajia. Tämä merkitsee Suomessa vuosittain yli 3 000 pähteille altistunutta sikiötä. Suomessa syntyy vuosittain noin 600 lasta, joilla on sikiöaikaiseen alkoholi-altistukseen liittyviä oireita. Lisäksi erilaisten pähteiden, alkoholin ja huumeiden sekä lääkkeiden sekakäyttö on tavallista, joten yksittäisen aineen osuutta ja vaikutuksia on monesti vaikea arvioida. Kansanterveyslaitoksen LATE -hankeen alustavien tulosten mukaan neuvolaikäisten lasten äideistä noin 5 %:lla on vähintään lievästi kohonnut alkoholin käytön riskit alkoholin käyttöä kysyttäessä Audit-lomakkeella liki 6 500 lapsiperheeltä. Neuvolaikäisten lasten isistä useammalla kuin joka neljännellä riskit ovat vähintään lievästi kasvaneet. Vähemmän koulutetuilla neuvolaikäisten lasten äideillä on lähes kolminkertainen riski kuulua alkoholin riskikuluttajiin korkeammin koulutettuihin verrattuna. Isillä vastaava riski on noin 1,3-kertainen.

Raskaana olevien pähteitä käyttävien naisten hoitoonohjausta ja hoitoa tulee tehostaa sekä sikiövaurioiden että sosiaalisen ja terveydellisen huono-osaisuuden kasautumisen ehkäisemiseksi. Päihdeongelmaisen raskaus on aina riskiraskaus. Sen hoito edellyttää laaja-alaista erityisosaamista ja monien tahojen yhteistyötä, jotta nämä potilaat tulisivat tunnistetuiksi ja hoidon piiriin. Hyvin monella päihderiippuvaisella on myös mielenterveysongelma, joten onnistunut hoito edellyttää sekä päihde- että psykeongelmien hoitoa.

Hallitusohjelmassa päihdepolitiikan tavoitteet liitetään myös lapsen oikeuksien turvaamiseen. Suomen eduskunta ratifioi YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen vuonna 1991. Sopimus takaa erityiset oikeudet alle 18-vuotiaille lapsille. Sopimuksen alkulauseessa viitataan lapsen oikeuteen erityiseen suojeluun ja huolenpitoon ”sekä ennen syntymää että sen jälkeen”.

Sopimuksessa on useita valtiota ja kuntia koskevia velvoitteita, jotka sivuavat raskaana olevien naisten hoitoa sekä päihdeperheessä elävien lasten oikeuksia. Näistä tärkeimmät ovat lapsen edun asettaminen etusijalle (artikla 3), lapsen oikeus ilmaista oma mielipiteensä (artikla 12), mahdollisimman hyvien edellytysten takaaminen lapsen henkiinjäämiselle ja kehitykselle (artikla 6), lapsen oikeus parhaaseen mahdolliseen terveydentilaan sekä odottaville äideille taattava asianmukainen terveydenhoito ja neuvonta (artikla 24). Lisäksi valtion velvollisuus

on aktiivisesti suojella lasta kaikelta väkivallalta, välinpitämättömältä kohtelulta, laiminlyönniltä ja hyväksikäytöltä.

Vanhemmilla on sopimuksen mukaan ensisijainen vastuu lapsen huolenpidosta ja heidän tulee toimia lapsen edun mukaisesti. Vanhemmilla on oikeus saada tehtävänsä tukea, ohjausta ja neuvontaa. Jos vanhemmat tai huoltajat eivät tuesta huolimatta pysty huolehtimaan lapsensa hyvinvoinnista, valtion on turvattava lapsen tarvitsema huolenpito sijaishoidon tai adoption avulla.

2.1 Alkoholin käytön vaikutukset sikiöön

Alkoholi aiheuttaa eri päihteistä selvästi eniten sikiövaurioita. Raskaudenaikaisen jatkuvan, runsaan (yli 10 alkoholiannosta viikossa) sekä toistuvan humalahakuisen alkoholinkäytön yhteys sikiövaurioon on selvä. Selkeää turvallisuusrajaa raskaudenaikaiselle alkoholinkäytölle ei ole pystytty osoittamaan. Humalahakuista alkoholinkäyttöä tulee välttää jo raskautta suunniteltaessa ja alkoholinkäyttö on syytä lopettaa raskauden varmistuttua.

Äidin käyttäessä alkoholia myös sikiö altistuu alkoholille, koska alkoholi läpäisee istukan ja siirtyy napanuoran kautta sikiöön. Alkoholipitoisuus sikiössä voi olla jopa korkeampi kuin äidin veressä. Alkoholi hidastaa sikiön kasvua koko raskauden ajan. Vaarana ovat myös häiriöt istukan toiminnassa, verenvuodot ja niiden aiheuttama tulehdusvaara sekä istukan ennenaikainen irtoaminen. Keisarileikkaukset ovat suurkuluttajilla muita synnyttäjiä yleisempiä.

Lapsen tulevaisuuden kannalta merkittävin alkoholivaurio on keskushermoston toimintahäiriö, jonka vakavuuteen vaikuttaa alkoholiannosten määrä ja alkoholin käytön pituus suhteessa raskauden keston. Mitä pitempään nainen käyttää alkoholia raskauden aikana, sitä todennäköisemmin ja vaikeammin sikiön aivot vahingoittuvat. Alkoholin aiheuttamista keskushermoston vaurioista seuraa vakavimmillaan kehitysvammoja. Lievempiä lapsilla ilmeneviä oireita, kuten eriasteisia keskittymiskyvyn, oppimisen ja kielellisen kehityksen ongelmia, ei aina kyetä yhdistämään alkoholiin.

Alkoholin aiheuttamat sikiövauriot jaetaan sikiön alkoholioireyhtymään FAS:iin (fetal alcohol syndrome), osittaiseen sikiön alkoholioireyhtymään (osittainen FAS), alkoholin aiheuttamaan keskushermoston toimintahäiriöön ARND:hen (alcohol related neurodevelopmental disorder) ja alkoholin aiheuttamaan elinepämuodostumaan ARBD:hen (alcohol related birth defect). Sikiövaurioiden laajan kirjon kuvaamiseen on vakiintumassa uusi termi FASD (fetal alcohol spectrum disorder) kuvaamaan sikiövaurioiden laajaa kirjoa.

Keskeisimpiä merkkejä FAS-lasten kärsimistä vaurioista ovat kasvun hidastuminen, joka ei korjaannu myöhemmin, pienipäisyys, hermosto-oireet sekä henkinen ja fyysinen jälkeenjääneisyys.

1980-luvulla tehdyssä prospektiivisessä seurantatutkimuksessa arvioitiin, että noin yhdellä vastasyntyneellä tuhannesta on FAS, noin kahdella lapsella tuhannesta osittainen FAS ja vähintään kahdella tuhannesta ARND. Tämän perusteella laskettuna maassamme syntyisi nykyään vuosittain hieman alle 60 FAS-lastaa ja noin 230 lapsella olisi joko osittainen FAS tai ARND. Naisten alkoholinkäytön lisääntyminen on kuitenkin voinut lisätä sikiön alkoholivaurioiden ja erityisesti ARND-alaryhmän ilmaantuvuutta. Alkuraskauden humalahakuinen alkoholinkäyttö voi lisäksi johtaa elinepämuodostumiin, joiden ilmaantuvuutta Suomessa ei ole

arvioitu etiologian mukaisesti. Kansainvälisiä arvioita Suomeen soveltaen voidaan arvioida, että Suomessa syntyy noin 520 FASD-lasta vuosittain.

Alkoholivaurioita on vaikea diagnosoida. Tarkat diagnoosit kertovat lapsen oireiden ja poikkeavuuksien syyn ja vähentävät siten diagnostisten lisätutkimusten tarvetta. Ne eivät kerro lapsen yksilöllisen hoidon ja kuntoutuksen tarvetta, mutta syy-yhteyden tunteminen auttaa havaitsemaan lapsen lisääntyneen hoidon ja tuen tarpeen.

Todennäköisesti äiti jatkaa alkoholin suurkulutusta myös lapsen syntymän jälkeen. Vauriot aiheuttaneiden tekijöiden tunnistaminen auttaa terveyden- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöitä havaitsemaan lapsen kehitystä uhkaavat muut, perheen sosiaaliseen tilanteeseen liittyvät tekijät. Tällöin voidaan estää sekundäärisiä ongelmia.

Alkoholi on yleisin raskaudenaikainen teratogeeni, ja kaikki sen aiheuttamat sikiövauriot tulee lakisääteisesti ilmoittaa Stakesin epämuodostumarekisteriin. Kuluneen vuosikymmenen aikana epämuodostumarekisteriin on vuosittain tullut ilmoitus alle kymmenestä FAS- tai osittainen FAS -tapauksesta, mikä on arviolta 10 % todellisesta tapausmäärästä.

2.2 Huumeiden käytön vaikutukset sikiöön

Huumeiden käyttö vaarantaa odottavan äidin ja sikiön terveyden, mutta huumeet ovat sikiölle vähemmän vaarallisia kuin alkoholi. Suomessa huumeita myös käytetään paljon vähemmän. Huumeiden käyttö raskauden aikana lisää verenvuotojen ja istukan irtoamisen riskiä, ennenaikaisia supistuksia sekä niistä johtuvia keskenmenoja, ennenaikaista lapsiveden menoa sekä enneaikaisia synnytyksiä. Sikiöllä on merkittävä synnynnäisten epämuodostumien, kasvuhäiriöiden, sydänvikojen, henkisen jälkeenjääneisyyden ja kohdunsisäisten kuolemien riski.

Vauva kärsii usein vieroitusoireista, jos äiti on käyttänyt huumeita raskauden aikana. Vieroitusoireet saattavat kestää useita päiviä. Huumeiden vaikutus sikiöön on sitä suurempi, mitä kauemmin huumeiden käyttö on jatkunut ja mitä runsaampaa se on ollut.

2.3 Vanhempien päihteiden käytön vaikutukset lapsiin

Vanhempien alkoholiongelmista kärsivät ensisijaisesti lapset. Päihdeongelmat ovat yleisin syy perheväkivaltaan ja lasten laiminlyöntiin. Vanhempien päihteiden väärinkäyttö sekä usein siihen liittyvä väkivaltaisuus ovat myös yleisimpiä syitä lasten huostaanottoihin. Alkoholin alentamisen jälkeen poliisin kotihälytysten määrät nousivat selvästi. Poliisia on tarvittu rauhoittamaan kotiväkivaltapauksia 8 % useammin vuonna 2005 kuin vuotta aikaisemmin.

Lasinen lapsuus -projektin vuosina 1994 ja 2004 toteuttaman väestötasoisien tutkimuksen mukaan noin joka kymmenes suomalainen on kasvanut kodissa, jossa liiallinen alkoholinkäyttö tai muu vanhempien päihdeongelma aiheutti myös lapselle ongelmia tai haittaa. Suurin haitta syntyy turvattomuudesta, pelosta, sekä epäjohdonmukaisesta ja epävarmasta kasvatuksesta. Perheissä, joissa päihteitä käytetään paljon, lapsen ravintoon, uneen, terveyteen ja oppimiseen liittyvät perustarpeet jäävät tyydyttämättä. Alkoholiongelmaisten lapsia yhdistävät voimakkaat kielteiset tunnekokemukset. Pelko, viha ja häpeä ja suru voivat muuntua myöhemmin aikuisiällä mielenterveyden ja heikon itsetunnon ongelmiksi. Vaikeimmissa oloissa elävät

lapset joutuvat myös väkivallan, heitteillejätön ja kaltoin kohtelun uhreiksi siinä määrin, että se uhkaa suoranaisesti heidän terveyttään. Pienten lasten kannalta nämä ongelmat ovat vakavimpia.

Lapsen näkökulmasta ongelmia ei aiheuta pelkästään näkyvä suurkulutus, vaan myös vanhempien ajoittainen harkitsematon alkoholin käyttö. Haittoja voi aiheutua niin sanotusta kohtuujuomisestakin, jos lapsia ei oteta huomioon juomistilanteissa. Haitat saattavat myös olla yhtä pitkäaikaisia kuin rankemmissakin perhetilanteissa. On tärkeä huomata, että alkoholiongelma on lapsen näkökulmasta erilainen kuin juovan vanhemman tai muiden aikuisten näkökulmasta. Tähän liittyy juopuneen vanhemman käyttäytyminen perheenjäseniä kohtaan, siitä heille koituvat seuraukset sekä myös laajemmat ympäristön reaktiot. Ongelmat voivat liittyä juomiseen joko suorasti tai epäsuorasti.

Sosiaaliset haitat ovat merkittävä osa vanhempien alkoholinkäytön haitoista lapsille. Ongelmat eivät siis rajaudu perheen sisälle. Vanhempien alkoholinkäyttö voi aiheuttaa lapselle sosiaalista eristymistä, kaveri- ja ystävyysuhteiden vähäisyyttä ja jopa koulukiusaamista. Osa vanhempien alkoholinkäytön ongelmista näkyy jo lapsuudessa, osa puolestaan ilmenee vasta aikuisena. Aikuisena kuvaan voi astua mielenterveyden ongelmien ohella oma päihteiden väärinkäyttö.

Perheissä, joissa päihteitä käytetään runsaasti, lapsiin voi kohdistua sekä fyysistä, henkistä että seksuaalista väkivaltaa. Lapset pelkäävät vanhempien ennakoimatonta käytöstä. Lapsen hoitoa ja perushoivaa laiminlyödään. Lapset kärsivät vanhempien häirinnän sekä pelkojen takia univajeesta. Epäjohdonmukaisen vanhemmuuden takia lapsi voi tuntea itsensä ei-toivotuksi, hylätyksi ja tarpeettomaksi. Ongelmat kotona heijastuvat myös koulunkäyntiin. Osallistuminen harrastuksiin ja kaveripiiriin tekemisiin on vaikeaa tai mahdotonta. Lapsi ei saa olla lapsi vaan joutuu kantamaan aikuisen vastuuta usein myös sisaruksistaan ja jopa vanhemmistaan. Lapsi joutuu keskittymään muiden asioiden hoitamiseen leikkimisen, harrastuksien ja koulutyönsä sijaan. Kodin elämän kaoottisuus on myös uhka perusturvallisuudelle ja lapsi saattaa olla jatkuvassa stressitilassa.

Yleisarvioina alkoholiongelmaisten vanhempien lasten saamasta avusta Suomessa voi todeta, että sitä on riittämättömästi ja apua voi olla vaikea löytää. Auttamisjärjestelmä kuten sosiaalityö ja päihdepalvelut on rakennettu aikuisväestön näkökulmasta. Päihdeongelmaisia vanhempia hoitavissa palveluissa lasten erityiset ja yksilölliset tarpeet vielä liian usein ohitetaan ja keskitytään pelkästään vanhempien asioihin.

Perheen ongelmissa on usein kyse kolmen psykososiaalisen ongelman yhteydestä: päihdeongelman lisäksi kyse on perheväkivallasta ja mielenterveysongelmista. Näitä käsitellään pääsääntöisesti eri hoito- ja tukijärjestelmissä. Tämä heikentää palvelujärjestelmän toimivuutta. Tarvetta on hoitomuodoille, joissa otetaan huomioon niin alkoholin käyttö kuin perhekonfliktit.

Päihdeongelmaisten pienten lasten vanhempien hoitopaikkoja on riittämättömästi ja ne jakautuvat epätasaisesti eri puolille maata. Lisäksi palvelujärjestelmäkokonaisuudesta ja hoidon sisällöistä on tietoa heikosti. Pulmia aiheuttaa myös laitosten eriytyneisyys ja maksusitoumuksen lyhyys. Lastensuojelulaitoksissa ei yleensä ole päihdeosaamista ja päihdelaitoksista puuttuu useimmiten lapsiosaamista ja esimerkiksi lapsiystävällisiä tiloja. Lastensuojelulaissa mainittua perhekuntoutusta tarjoavia yksiköitä on liian vähän. Tarvitaan myös välimaaston palveluita jotka yhdistävät avo- ja laitoshuoltoa, lastensuojelun, päihdehuollon, mielenterveyshuollon, muun kuntoutumisen ja asumispalveluita.

Oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon ja neuvolapalveluiden epätasaisuus myös vaikeuttaa ongelman havaitsemista ja avun saamista. Näissä palveluissa toimivien ammattilaisten osaminen vanhempien päihdeongelmien tunnistamisessa ja lapsen tukemisessa vaihtelee suuresti.

Lasten saama tuki perustuu paljolti projekteihin, määräaikaisiin hankkeisiin tai yksittäisten ihmisten ja järjestöjen aktiivisuuteen. Hankkeissa ja järjestöissä tehdään merkittävää kehittämistyötä, mutta pulmana on jatkuvuuden puute. Projektiluontoiset palvelut saattavat myös perustua ideologioihin, joiden seurauksista lasten myönteisen kehityksen kannalta ei ole varmaa tietoa. Tutkimustietoon perustuvaa systemaattista apua ei ole juuri lainkaan. Tuen ja avun yhtenäisiä kriteerejä ei myöskään ole.

Oikeanlainen apu voidaan löytää parhaiten lapsia kuulemalla. Erilaisissa hankkeissa on otettu käyttöön viime vuosina myös lasten vertaisryhmätoimintaa. Näistä saadut kokemukset ovat olleet hyviä. Vertaisryhmätoimintaa olisi siksi tarpeen laajentaa säännönmukaiseksi osaksi kuntien sosiaalipalveluita.

Perheissä, joissa päihteitä käytetään runsaasti, on myös aivan pieniä vauvoja, joiden hoiva ja selviytyminen on täysin riippuvaista vanhempien huolenpidosta. Vauvan fyysiset ja psyykkiset tarpeet saattavat jäädä tyydyttämättä ja vauva voi ajoittain olla jopa hengenvaarassa. Sen vuoksi on tärkeää, että vauvoille ja heidän vanhemmilleen tarjotaan sellaista tukea, joka auttaa vanhempia jo raskausaikana ja varsinkin vauvan synnyttyä pitämään jatkuvasti vauvan mielessään. Hyvä varhainen vuorovaikutussuhde vanhempien ja vauvan välillä on tärkeä myös vauvan myöhemmän selviytymisen kannalta, koska turvallinen kiintymyssuhde luo pohjan vauvan käsitykselle itsestään merkittävänä ja tärkeänä persoonana. Varhaisten kuukausien aikana syntyy vauvan käsitys itsestään merkittävänä ja rakastettuna henkilönä, jonka kuuluu saada osakseen hyvää hoivaa. Vauvan näkökulmasta pelkkä raskauden aikainen raittius ei riitä. Tarvitaan varmistus siitä, että vanhemmat pysyvät päihteettöminä vauvan syntymän jälkeenkin. Lisäksi tarvitaan tukea varhaisen vuorovaikutussuhteen aloittamiseen. On voitava riittävän pitkään harjoitella päihteetöntä vauvaperheen arkea turvallisissa olosuhteissa, jotta voidaan varmistaa vauvan turvallisuus ja hyvä alkuperä elämälle. On siis tärkeää, että äidit ja heidän vauvansa saavat riittävän pitkään apua ja tukea, jonka avulla äiti pysyy päihteettömänä ja kykenee hyvään vuorovaikutussuhteeseen vauvansa kanssa.

3 PALVELUJÄRJESTELMÄN NYKYTILA JA KEHITTÄMISTARPEET

3.1 Päihdepalveluiden lähtökohdat lainsäädännössä ja valtakunnallisissa ohjeistuksissa

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan päihdehuollon tavoite on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Laki velvoittaa kunnat huolehtimaan siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuollon palveluja on järjestettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Yleisten palveluiden piirissä tulee pystyä riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjät sekä tarvittaessa ohjaamaan avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö erityisesti päih-

dehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin. Palveluja tulee antaa päihteiden ongelmakäyttäjälle, hänen perheelleen ja muille läheisille ja palveluja on annettava asiakkaan avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Toiminnassa on otettava huomioon ensisijaisesti päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu. Hoidon on perustuttava luottamuksellisuuteen. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. Palvelujen piiriin on voitava hakeutua oma-aloitteisesti ja asiakkaan itsenäistä suoriutumista tulee tukea mahdollisimman paljon. Päihdehuoltoasetus (653/1986) velvoittaa kunnan huolehtimaan siitä, että päihdehuollon palveluja on tarvittavassa laajuudessa saatavissa niinä vuorokauden aikoina, joina niitä tarvitaan. Päihdehuollon palveluiden järjestämisestä, kehittämisestä ja seurannasta vastaa kunnassa sosiaali- ja terveyslautakunta.

Päihdehuoltolaki velvoittaa auttamaan päihteiden ongelmakäyttäjää ratkaisemaan tarvittaessa myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia. Opioidiriippuvaisten lääkehoidoista säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidoista eräillä lääkkeillä (33/2008).

Sosiaalihuollon asiakaslain (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000) ja potilaslain (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) mukaan asiakkaalla tai potilaalla on oikeus laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon, terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen ihmisarvoaan ei saa loukata ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään pitää kunnioittaa. Sekä sosiaalihuollon asiakaslaisissa, potilaslaissa että päihdehuoltoasetuksessa painotetaan kirjallisen hoitosuunnitelman tekemistä. Potilaslaissa itsemääräämisoikeutta koskevan sääntelyn ytimenä on tiedon saamiseen perustuva suostumus ja rajana lääketieteellinen hyväksyttävyyys. Jos potilaan tahtoa ei ole selvitetty, hoito tulee suunnitella potilaan edun mukaan. Sosiaalihuollon asiakaslaki edellyttää, että palvelu-, hoito- tai kuntoutussuunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Asiakkaalla on oikeus saada selvitys toimenpidevaihtoehdoista. Päätökset on ratkaistava ottamalla huomioon asiakkaan etu ja kuulemalla asiakasta ennen päätöksen tekemistä hallintomenettelylain mukaan.

Päihdehuolto edellyttää eri viranomaisten ja yhteisöjen tiivistä yhteistyötä. Sosiaalipalvelujen osalta yleiset säännökset järjestämisvelvollisuudesta sisältyvät sosiaalihuoltolakiin, terveyspalvelujen osalta kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin. Viimeksi mainitut yhdistetään lähitulevaisuudessa terveydenhuoltolaiksi siten, että perus- ja erikoissairaanhoito liitetään nykyistä joustavamiksi kokonaisuuksiksi ja että peruspalvelujen väestöpohja on vähintään 20 000 henkilöä.

Päihdehuoltolaki antaa valtuudet tahdosta riippumattomaan hoitoon terveysvaaran ja väkivaltaisuuden perusteella. Hoitopäätös terveysvaaran perusteella voi kestää 5 päivää, väkivaltaisuuden perusteella myös 30 päivää. Terveysvaara tarkoittaa välitöntä hengenvaaraa tai vakavaa terveydellistä vauriota. Väkivaltaisuus on pakkohoidon edellytyksenä vain kun se johtuu päihteiden käytöstä. Erityisistä syistä päihdehuoltolain väkivaltaisuuskriteeriä voidaan soveltaa myös 15–17-vuotiaisiin, kun lain valtuudet muuten alkavat vasta 18-vuotiaista.

Päihdehoitoa käytännön tasolla ohjaavat myös valtakunnalliset suositukset. Päihdepalvelujen laatusuosituksen (STM oppaita 2002:3) tarkoitus on ohjata päihdehuollon palvelujärjestelmän kehittämistä, lisätä palveluiden saatavuutta ja parantaa niiden laatua. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistys ovat laatineet alkoholi- ja huumeongelmien hoitoa koskevat käypä hoito -suositukset (www.kaypahoito.fi). Säännöllisesti päivitettävät hoitosuosituksukset tukevat päätöksentekoa kliinisissä tilanteissa ja potilasryhmien hoitoa suunniteltaessa. Ne on tarkoitettu lähinnä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hen-

kiilöstölle, mutta soveltuvat myös esimerkiksi päihdehuollon erityispalveluihin ja sosiaalihuoltoon. Suosituksista käyvät ilmi tehoaviksi, tehottomiksi tai jopa hoitotulosta huonontaviksi osoitetut hoitomuodot ja myös hoitomuodot, joita ei ole riittävästi tutkittu.

3.2 Palveluiden järjestämisvastuu

Laadukkaiden ja riittävien palvelujen järjestäminen väestölle on Suomessa julkisen vallan tehtävä. Suomen perustuslain (731/1999) mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä. Kansanterveyslain (66/1972, muutos 928/2005) mukaan kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, johon kuuluu myös sairauksien ja tapaturmien ehkäisy sekä yksilön sairaanhoito.

Kunnat ovat vastuussa asukkaidensa tarvitsemien palvelujen järjestämisestä yhteistyössä eri viranomaisten kanssa. Kuntalain (365/1995) mukaan kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävää kehitystä alueellaan ja kunnan asukkailla ja palvelujen käyttäjillä on oltava edellytykset osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan.

Kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät hoitamalla ne itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa, hankkimalla palveluita julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta tai antamalla palvelun käyttäjälle palvelusetelin. Hankkiessaan palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta kunnan on varmistuttava siitä, että talvet vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta (laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992, 4 §).

Yritysten ja järjestöjen tuottamien yksityisten palvelujen osuus sosiaali- ja terveystalvetuista on kasvanut erityisesti 90-luvun puolivälin jälkeen. Kasvu on ollut nopeinta sosiaalipalveluissa, joista suurin osa myydään kunnille. Vuonna 2004 yksityisistä sosiaalipalveluyksiköistä puolet oli järjestöjen ylläpitämiä. Järjestöjen tuottamien palveluiden osuus oli suurin päihdehuollossa (esim. A-klinikat, asumispalveluyksiköt).

Valtio tukee kuntia palvelujen järjestämisessä maksamalla kunnille valtionosuutta. Valtionosuusjärjestelmä muodostuu seuraavista kokonaisuuksista:

- 1) Sisäasiainministeriö vastaa kuntien valtionosuuslain (1147/1996) mukaisesta kuntien yleisestä valtionosuudesta, verotuloihin perustuvasta valtionosuuksien tasauksesta ja ensisijaisesti poikkeuksellisten tai tilapäisten kunnallistaloudellisten vaikeuksien vuoksi lisätyn taloudellisen tuen tarpeessa oleville kunnille myönnettävästä harkinnanvaraisesta rahoitusavustuksesta.
- 2) Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/1992) mukaisesta valtionosuudesta.
- 3) Opetusministeriö vastaa opetus- ja kulttuuritoimen rahoituksesta annetun lain (635/1998) ja vapaasta sivistystyöstä annetun lain (632/1998) mukaisesta valtionrahoituksesta.

Valtionosuusjärjestelmän laskentaperusteet ovat eriytyneet sektorikohtaisesti. Tästä huolimatta järjestelmään perustuva valtionrahoitus on kunnille yleiskatteellista, sitä ei kohdenneta tiettyyn tarkoitukseen vaan kunta päättää itse rahan jakamisesta kunnan sisällä. Sektorikohtaiset valtionosuudet kytkeytyvät muutoinkin tiiviisti toisiinsa. Tämä tapahtuu erityisesti kunnan verotuloihin perustuvan valtionosuuksien tasauksen sekä valtion ja kuntien välisen kustannustenjaon tarkistusten avulla.

Perusrakenteeltaan valtionosuusjärjestelmä toimii, se tasaa kuntakohtaisesti sekä kustannus- että tulopohjaeroja. Palvelujen sisältöä ei määritellä yksityiskohtaisesti laissa ja tämän vuoksi kuntien järjestämät palvelut vaihtelevat. Laissa määritellään kuitenkin tietyt peruspalvelut, jotka kaikkien kuntien on järjestettävä. Lisäksi viime aikoina lainsäädäntöä on täsmennetty entisestään siten, että kuntien velvoitteista säädetään aikaisempaa yksityiskohtaisemmin. Tarkoituksena on vähentää kuntien järjestämien palvelujen vaihtelua ja pyrkiä varmistamaan kansalaisten tasavertaisuus asuinpaikasta riippumatta.

Vuoden 2005 maaliskuun alusta tulivat voimaan kansanterveyslain, erikoissairaanhoidolain, potilaslain ja asiakasmaksulain muutokset, joiden perusteella kiireettömät tutkimukset ja kiireetön hoito on saatava määräajassa sekä terveyskeskuksessa että sairaalassa. Hoitotakuulainsäädännön tarkoituksena on huolehtia siitä, että kaikki kansalaiset saavat kiireettömät terveyspalvelut riippumatta kunnan koosta, taloudellisesta tilanteesta tai prioriteeteista. Hoitotakuun myötä potilaat pääsevät nyt hoitoon sujuvammin ja oikea-aikaisemmin kuin ennen eri puolilla Suomea. Lainmuutokset ovat siten lisänneet terveyspalvelujen saannin tasa-arvoa. Hoitotakuun toteutuminen eri puolilla Suomea vaihtelee kuitenkin edelleen muun muassa erikoissairaanhoidon riippuen. Esimerkiksi päihdepalveluissa hoitotakuun määräaikoihin ei kaikkialla päästä.

Vuoden 2010 alusta tulee voimaan valtionjärjestelmän uudistus kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskevan puitelain ja hallitusohjelman linjausten mukaisesti. Uudistus valmistellaan näiden linjausten mukaisesti ja tekemällä uudesta järjestelmästä kuntaliitosten kannalta mahdollisimman neutraali. Perusteita kootaan yhteen ja yhtenäistetään, kuitenkin niin, että olosuhdetekijät säilyttävät riittävän painoarvon. Myös jatkossa tarvitaan valtionosuuksien tasausjärjestelmää, johon vaikuttavat kunkin kunnan verotulot. Valtionosuusjärjestelmän epäkohdat on tarkoitus korjata ottaen huomioon käynnissä olevat kuntien palvelurakenteen ja kuntarakenteen muutokset.

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on tehnyt esityksen kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain yhdistämiseksi laiksi terveydenhuollosta. Työryhmä ehdottaa, että terveyspalvelut järjestettäisiin kahden rinnakkain maan eri osissa sovellettavan mallin mukaisesti. Kuntiin, yhteistoiminta-alueeseen ja sairaanhoitopiiriin (laajan väestöpohjan kuntayhtymä) perustuvassa mallissa kunta voisi järjestää kansanterveystyön itse tai muodostamalla yhteistoiminta-alueen, joka vastaisi kansanterveystyöstä. Sairaanhoitopiiri vastaisi erikoissairaanhoidosta. Työryhmän ehdotuksen mukaan sairaanhoitopiirissä tulisi olla vähintään noin 150 000 asukasta ja saman yhteistoiminta-alueen kuntien tulisi kuulua samaan sairaanhoitopiiriin.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio toteutuisi tuomalla erikoissairaanhoidon konsultaatiota kuntaan tai yhteistoiminta-alueelle sekä perustamalla sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon yksikkö. Sairaanhoitopiiri ja kansanterveystyöstä vastaava kunta tai yhteistoiminta-alueen kunnat voisivat sopia, että kunta tai yhteistoiminta-alue vastaa sopimuksen mukaisesta perustason erikoissairaanhoidosta. Terveyspiiriin perustuvassa mallissa kunnat muodostaisivat terveyspiirin, joka vastaisi kansanterveystyöstä ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovitusta osasta erikoissairaanhoidosta.

Työryhmä ehdottaa, että sairaanhoitopiirien ja terveyspiirien yhteinen lukumäärä olisi enintään 20. Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovittaisiin erityisvastuualueen sisäisestä työnjaosta. Terveydenhuollon neuvottelukunta tekisi ehdotuksen erityistason sairaanhoidon valtakunnallisesta keskittämisestä, minkä pohjalta sosiaali- ja terveysministeriö tekisi päätöksen keskittämisestä. Ehdotus sisältää pykälän terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, joka velvoittaa kunnat laatimaan poikkihallinnollisen suunnitelman terveyttä edistävästä ja terveysongelmia ehkäisevästä toimista ja niiden toteutumisen seurannasta. Asiakaslähtöisyyttä

lisättäisiin antamalla potilaalle mahdollisuus valita erityisvastuualueella terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa häntä hoidetaan. Sairaanhoitopiirin tai terveystieteellisen alueen asukkaiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodostaisivat terveydenhuollon potilastietorekisterin. Ensihoitopalvelun järjestämisvastuu ehdotetaan siirrettäväksi terveystieteelliseen tai sairaanhoitopiiriin tehtäväksi. Yliopistotasoiseen terveystieteelliseen tutkimukseen myönnettävän valtion rahoitusjärjestelmän jakoperusteita ehdotetaan muutettavaksi.

3.3 Lastensuojelu

Lastensuojelun ehkäisevän toiminnan tukipilareita ovat äitiys- ja lastenneuvolatoiminta, lasten päivähoido, kasvatusta- ja perheneuvonta sekä oppilashuolto.

Kasvatusta- ja perheneuvoloitten kuntaliittoa purettiin 1990-luvun alkupuolella, jolloin hoitohenkilöstön määrä supistui 9 %. Samanaikaisesti lama kuitenkin lisäsi perheiden palvelujen tarvetta, jolloin perheneuvonnan piiriin pääseminen vaikeutui. Asiakkaiden määrä 1980-luvulla oli vielä alle 50 000 vuodessa, mutta nousi 1990-luvun lopulla korkeimmillaan lähes 74 000 asiakkaaseen. Vuonna 2004 asiakkaita oli noin 71 000. Viime vuosina kunnat ovat lisänneet perheneuvoloitten voimavaroja, mutta henkilöstöä on edelleen liian vähän suhteessa asiakkaiden tarpeisiin.

Lastensuojelutilastot eivät sisällä asiakkuuden syytietoja, joten joudutaan turvautumaan kuntakohtaisiin tiedostoihin ja erillisselvityksiin. Hallinto-oikeuksien ratkaisusta ilmenevät yleisimmät huostaanoton taustalla olevat tekijät. Hallinto-oikeuksien lastensuojeluasioita koskevien ratkaisujen taustalla vuosina 1999–2004 oli vanhempien päihteiden käyttö noin 35–47 prosentissa tapauksista. Vanhemman psyykinen sairaus oli syy ratkaisuihin 9–19 prosentissa ratkaisuissa ja tämän tekijän osuus on ollut kasvussa. Nuoren oma päihteiden käyttö oli ratkaisun taustalla 10–19 prosentissa tapauksista.

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten määrät ovat lisääntyneet viime vuosina 2–5 % vuosivauhtia. Vuonna 2006 kodin ulkopuolelle sijoitettuna oli 15 600 lasta ja nuorta, mikä vastaa 1,2 % alle 18-vuotiaista. Uusien huostaanottojen määrä vuositasolla on kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa tuhannesta kahteentuhanteen lapseen. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen ja huostaan otettujen lasten määrässä on suuria alueellisia eroja. Pohjanmaalla on vähiten sijoitettuja lapsia väestöön suhteutettuna (noin 0,4 %), kun Uudellamaalla vastaava osuus on 1,4 %. Yhä useampi huostaanotto tehdään pikkulapsi-ikäisen jälkeen.

Vuonna 1990 lastensuojelulakiin lisättiin terveydenhuollon viranomaisille velvollisuus tarvittaessa järjestää välttämättömät palvelut raskaana olevien naisten erityiseksi suojelemiseksi. Lastensuojelulain muuttamista koskevan hallituksen esityksen mukaan säännöksellä pyrittiin turvaamaan odottavalle äidille välttämättömät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja ehkäisemään siten lapsen mahdollista vammautumista sikiökaudella. Koska terveydenhuolto järjestää äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa, säännöksessä tarkoitettua tehtävää hoitamisen katsottiin kuuluvan ensisijaisesti terveydenhuollon piiriin. Säännöksen tehtävänä oli tarjota riittävän varhainen tuki esimerkiksi odottavan äidin päihdeongelman poistamiseksi ja siitä aiheutuvien haittojen ehkäisemiseksi. Hallituksen esityksen mukaan tuen tarpeen voi synnyttää myös puutteellinen asuminen tai kyvyttömyys tai mahdollisuuksien puute huolehtia omasta tai syntymättömän lapsen hyvinvoinnista, jolloin viranomaisilta edellytetään yli sektorirajojen menevää yhteistyötä.

Vuoden 2008 alusta voimaan tulleen uuden lastensuojelulain (417/2007) 10 §:n 2 momentin mukaan terveydenhuollon ja sosiaalihuollon viranomaisten on tarvittaessa järjestettävä välttämättömät palvelut raskaana olevien naisten ja syntyvien lasten erityiseksi suojelemiseksi. Vuonna 1990 lastensuojelulakiin lisättyä säännöstä täsmennettiin uudessa laissa siten, että pykälässä mainitaan raskaana olevien naisten lisäksi syntyvien lasten erityinen suojeleminen. Lisäksi terveydenhuollon viranomaisia koskenut velvoite ulotettiin koskemaan myös sosiaalihuollon viranomaisia. Säännöksessä tarkoitettuja palveluja voidaan edelleen järjestää syntyvän lapsen suojaamiseksi ainoastaan raskaana olevan naisen suostumuksella.

Hallituksen esityksen (252/2006 vp) perustelujen mukaan tehty muutos vastaa säännöksen alkuperäistä tavoitetta. Raskaana olevien päihteiden käyttäjien palvelujen järjestämisessä on usein kyse yhteistyöstä terveydenhuollon ja päihdehuollon kesken. Palveluilla pyritään turvaamaan raskaana oleville naisille sosiaalisesti, terveydellisesti ja fyysisesti sekä psyykkisesti turvalliset olosuhteet sekä tuetaan odottavaa äitiä päihhteettömyyteen ja vanhemmuuteen kasvamisessa.

Sosiaalihuollon viranomaisilla tarkoitetaan erityisesti päihdehuollon viranomaisia. Säännöksessä tarkoitettut palvelut voidaan järjestää esimerkiksi raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden päihdeongelmien hoitoon erikoistuneissa ensikodeissa, joissa yhdistyvät ehkäisevä lastensuojelu ja päihdekuntoutus. Hallituksen esityksen mukaan raskaana olevien naisten mahdollista päihteiden käyttöä tulisi kartoittaa erityisesti äitiysneuvolakäyntien yhteydessä ja tarvittaessa aktiivisesti tarjota heille päihdehuoltolain mukaisia ja muita tarvittavia sosiaalihuollon palveluja. Esityksen mukaan tulevilla äideillä tulisi olla etusija päihdehuollon palveluihin pääsemiseen silloin, kun heillä on motivaatiota aloittaa hoito.

Lastensuojelulain 10 §:n 1 momentin mukaan, kun aikuiselle annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, erityisesti päihdehuolto- ja mielenterveyspalveluja, ja kun aikuisen kyvyn täysipainoisesti huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan tällöin heikentyneen, tai kun aikuinen on suorittamassa vapausrangaistustaan, on selvittettävä ja turvattava myös hänen hoidossaan ja kasvatuksessaan olevan lapsen hoidon ja tuen tarve. Pykälän 1 momentti ei siis koske raskaana olevia naisia, jos perheessä ei vielä ole muita lapsia.

Tilanteesta riippuen säännös johtaa erilaisiin toimenpiteisiin. Jos käy ilmi, että lapsen hoito ja tuki on jo asianmukaisesti järjestetty, ei tilanne johda erityisiin toimenpiteisiin. Jos lapsi on ollut lastensuojelun asiakkaana, voi tilanne johtaa esimerkiksi siihen, että pidetään verkostopalaveri ja lapsen asiakassuunnitelmaa tarkistetaan tarvittavilta osin. Jos aiempaa lastensuojelun asiakkuutta ei ole ja asia tulee ensimmäisen kerran vireille, tuen tarvetta selvitetään tekeillä lastensuojelutarpeen selvitys.

Lastensuojeluasian vireille tulo

Lastensuojeluasia tulee vireille hakemuksesta tai kun lastensuojelun sosiaalityöntekijä tai muu lastensuojelun työntekijä vastaanottaa lastensuojeluilmoituksen, taikka saa muulla tavoin tietää mahdollisesta lastensuojelun tarpeesta olevasta lapsesta. Lastensuojeluviranomaisten toimimisvelvollisuus on sama riippumatta siitä, millä tavoin asiakkuus tulee vireille. Kiireellinen lastensuojelun tarve on arvioitava välittömästi. Muu lastensuojelun tarve on arvioitava säädettyssä määräajassa.

Uudessa lastensuojelulaissa ilmoituskynnystä on madallettu. Lain mukaan lastensuojelun tarpeen selvittäminen on sosiaaliviranomaisten tehtävä. Velvollisuus lastensuojeluilmoituksen tekemiseen syntyy, kun henkilö saa tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää lastensuojelun tarpeen selvittämistä. Lastensuojeluilmoituksen tekemisestä säädetään lastensuojelulain 25 §:ssä. Säännös ei velvoita tekemään ilmoitusta raskaana olevasta naisesta. Ilmoitusvelvollisuuden kohteina ovat jo syntyneet lapset. Käytännössä lastensuojeluilmoituksia tehdään jo ennen lapsen syntymää. Asia voi tulla lastensuojelussa vireille myös siten, että lastensuojelun työntekijä saa muun sosiaalihuollon palvelun yhteydessä tietää syntymässä olevasta lapsesta tai odottava äiti ottaa itse yhteyttä lastensuojeluun saadakseen tarvitsemiaan palveluja. On tärkeää, että tieto mahdollisesta asiakkuudesta siirtyy lastensuojeluun riittävän ajoissa, jotta jää aikaa pohtia yhdessä perheen kanssa riittäviä ja sopivia tukitoimia.

Ilmoitusvelvollisuus koskettaa laajasti eri tahoja, jotka ovat tehtävässään saaneet tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat tekijät tai oma käyttäytyminen edellyttää lastensuojelun tarpeen selvittämistä. Ilmoitus on tehtävä salassapitosäännösten estämättä. Ilmoitusvelvollisuus siis syrjäyttää säännöksessä mainittujen henkilöiden salassapito-velvollisuuden. Ilmoitusvelvollisia ovat:

- sosiaali- ja terveydenhuollon, opetustoimen, nuorisotoimen, poliisitoimen ja seurakunnan tai muun uskonnollisen yhdyskunnan palveluksessa tai luottamustoimessa olevat,
- muun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottajat,
- opetuksen tai koulutuksen järjestäjät,
- terveydenhuollon ammattihenkilöt,
- koululaisten aamu-/iltapäivätoimintaa harjoittavan yksikön toiminnassa olevat,
- yksityisellä sektorilla toimivat palveluntuottajat,
- turvapaikan hakijoiden vastaanotto toiminnan palveluksessa olevat ja
- hätäkeskustoiminnan palveluksessa olevat.

Ilmoitusvelvollisuus liittyy tehtävän hoitamisessa saatuihin tietoihin riippumatta siitä, onko tiedot saatu virka- tai työsuhteessa taikka itsenäisenä ammatinharjoittajana. Lisäksi ilmoitusvelvollisuus koskee luottamustointa hoitavia henkilöitä. Myös muu kuin edellä mainittu henkilö voi tehdä lastensuojeluilmoituksen, vaikka nimenomaista velvollisuutta ilmoituksen tekemiseen ei lain mukaan olisi. Ilmoituksen voi aina tehdä salassapitosäännöksiensä estämättä. Ilmoituksen voi tehdä esimerkiksi henkilö, joka työskentelee lasten kanssa, mutta jolla ei ole työnsä puolesta velvollisuutta tehdä lastensuojeluilmoitusta. Ilmoituksen voi tehdä myös lapsi itse, hänen vanhempansa, perheen naapuri tai muu henkilö, jolla on herännyt huoli lapsen hyvinvoinnista.

Ilmoituskynnyksen tekemistä on haluttu uudessa lainsäädännössä madaltaa. Siten riittää, että viranomaisilla tai muulla ilmoittajataholla on herännyt huoli lapsen tilanteesta ja lapsen lastensuojelun tarve on syytä selvittää. Ennen lastensuojeluilmoituksen tekoa on hyvä keskustella lapsen tai nuoren sekä hänen vanhempiansa kanssa, ellei se asian kiireellisyyden vuoksi ole mahdotonta.

Huoli lapsen tilanteesta voi nousta havainnoista, joiden mukaan lapsen tarpeita on laiminlyöty tai lapsi on jätetty heitteille. Ilmoitus tulee tehdä tilanteissa, joissa lapsesta huolehtiva aikuinen ei päihde- tai mielenterveysongelmansa vuoksi pysty täysipainoisesti huolehtimaan lapsesta. Aikuisen jaksamattomuus, oman hoidon laiminlyöminen ja näihin liittyen tukiverkon

puuttuminen silloin, kun se saattaa vaarantaa lapsen hyvinvointia, ovat ilmoituksen tekemisen syitä.

Jos on epävarma siitä, tulisiko tietyissä tilanteissa tehdä lastensuojeluilmoitus, voi kysyä neuvoo kunnan lastensuojeluviranomaiselta ilmaisematta lapsen henkilöllisyyttä. Lastensuojeluilmoituksen voi tehdä kunnan sosiaalitoimeen joko puhelimitse, kirjallisesti tai henkilökohtaisesti. Ilmoituksen tekemistä varten on olemassa valmiita lomakkeita, mutta lomakkeen käyttäminen ei ole edellytyksenä ilmoituksen tekemiselle. Lomaketta voi käyttää, jos se helpottaa ilmoituksen tekemistä tai jos haluaa varmistaa, että ilmoitus kirjataan sanatarkasti oikein. Ilmoitukseen on myös mahdollista myöhemmin liittää ilmoitukseen kiinteästi liittyviä asiakirjoja.

Tärkeintä on, että ilmoitus tehdään viipymättä ja että ilmoitusvelvolliset tahot antavat ilmoituksen tehdessään yhteystietonsa, jotta tietoja voidaan tarpeen mukaan täydentää. Sen arviointi johtaako ilmoitus kiireellisiin toimenpiteisiin, kuuluu sosiaalihuollon ammattilaisille. Ilmoitusvelvollisilla ei ole lain mukaan harkintavaltaa, jonka perusteella he olisivat oikeutettuja siirtämään lastensuojeluilmoituksen tekemistä sillä perusteella, että itse arvioivat, ettei ilmoitus johda välittömiin lastensuojelutoimenpiteisiin, esimerkiksi kiireelliseen sijoitukseen. Lastensuojeluilmoituksen tekemistä ei myöskään voi viivästyttää tai jättää tekemättä sillä perusteella, että arvioi jonkun muun tahon jo tehneen samasta asiasta ilmoituksen. Toisen tahon ilmoitusvelvollisuus ei poista omaa ilmoitusvelvollisuutta. Usean tahon kautta saadut tiedot auttavat sosiaalitoimea muodostamaan asiasta kokonaiskuvan. Ilmoitusten kautta sosiaalitoimi saa myös tarvittavat yhteystiedot tietojen mahdollista tarkistamista varten.

Ilmoitusvelvollisuutta ei myöskään poista se, että ilmoitusvelvollinen taho tietää varmuudella, että kyseinen lapsi tai perhe on jo lastensuojelun asiakkaana. Ilmoitus ei tällöin käynnistä uuden lastensuojelutarpeen arvion tekemistä, mutta se voi johtaa asiakkaan tilanteen uudelleen arviointiin ja mahdollisesti kiireellisesti toteutettaviin toimenpiteisiin. Sen sijaan tietoja, jotka ovat jo käyneet ilmi yhteisessä verkostopalaverissa tai muussa vastaavassa tilanteessa, ei tarvitse erikseen lähteä ilmoittamaan lastensuojeluun.

Perheellä ja lapsella on pääsääntöisesti oikeus tietää, kuka on tehnyt lastensuojeluilmoituksen. Jos henkilöllä on lain mukaan velvollisuus lastensuojeluilmoituksen tekemiseen, ei hän voi tehdä ilmoitusta ilmoittamatta nimeään. Muilla tahoilla ei ole velvollisuutta ilmoittaa nimeään lastensuojeluilmoitusta tehdessään. Ilmoituksen vastaanottajan on tehtävä asiakirjamerkinnot ilmoituksesta ja sen tekijästä. Jos ilmoituksen tekijä on merkitty asiakirjaan, voidaan asianosaisten oikeutta saada tietää ilmoittajan henkilöllisyys rajoittaa julkisuuslain 11 § 2 momentin perusteella. Ilmoittajan henkilöllisyys voidaan suojata tilanteissa, joissa henkilöllisyyden paljastaminen olisi vastoin erittäin tärkeää yleistä etua tai lapsen etua tai muuta erittäin tärkeää yksityistä etua. Lapsen edun mukaista voi olla esimerkiksi suojata isovanhempien henkilöllisyys, jotta lapsen ja isovanhemman yhteydenpito ei vaarantuisi. Tietoja ei myöskään saa luovuttaa, jos todennäköisillä perusteilla voidaan arvioida, että tietojen antaminen saattaisi ilmoituksen tekijän hengen- tai terveydenvaaraan.

Lastensuojeluilmoituksen tekeminen ei automaattisesti synnytä lastensuojeluasiakkuutta. Lastensuojeluilmoitus johtaa kiireellisiin toimenpiteisiin, mikäli lapsi on välittömässä vaarassa tai muutoin kiireellisen sijoituksen ja sijaishuollon tarpeessa. Muussa tapauksessa lastensuojelun sosiaalityöntekijän on päätettävä seitsemän arkipäivän kuluessa tehdäänkö ilmoituksen johdosta lastensuojelutarpeen selvitys. Jos selvityksen tekeminen aloitetaan, lapsi on lastensuojelun asiakas selvitysprosessin alkamisesta lähtien. Asiakkuuden alkamisesta on annettava tieto lapselle ja hänen vanhemmilleen tai muille huoltajille. Jos perhettä on mahdollista tavata seit-

semän arkipäivän kuluessa, voidaan lastensuojelutarpeen selvityksen tekemisen aloittamisesta sopia saman tien. Muussa tapauksessa asiakkuuden alkamisesta on ilmoitettava perheelle mahdollisimman pian. Selvästi perusteettomat ilmoitukset eivät johda jatkotoimiin.

3.4 Äitiys- ja lastenneuvolat

Ensimmäiset lait kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista säädettiin jo 1944. Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa neuvolatoimintaa lakien lisäksi terveystieteellisillä linjauksilla ja ohjelmilla. Vuoteen 1993 asti neuvolapalveluita ohjattiin normiohjauksena, mutta sen jälkeen kunnat ovat saaneet vapaasti järjestää palvelut. Uuden vuosituhannen vaihteessa informaatio-ohjausta on lisätty. Vuonna 2004 annettiin muun muassa valtakunnalliset ohjeet lastenneuvolatyöstä (STM 2004) sekä lisääntymis- ja seksuaaliterveyden edistämisestä (STM 2007). Kunnat vastaavat julkisen terveydenhuollon eli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Neuvolapalvelut tarjotaan koko väestölle maksuttomina lähipalveluina. Neuvolat toimivat osana terveyskeskuksia, joita vuoden 2007 lopulla oli yhteensä 230. Neuvoloita oli tuolloin 896.

Neuvolapalvelut kohdistuvat suureen osaan väestöä. Äitiysneuvolassa asioi vuosittain vajaa 60 000 äitiä mahdollisine puolisoineen. Lastenneuvoloissa asioi noin 400 000 lasta ja arviolta noin 600 000 vanhempaa. Neuvolapalveluja käyttävät lähes kaikki lasta odottavat ja kasvattavat perheet. Äitiysneuvolapalveluja käyttämättömien äitien osuus on 0,2–0,3 % ja lastenneuvoloiden arviolta noin 0,5 %. Neuvolapalveluissa toteutuu myös jatkuvuus. Voimassa olevien suositusten mukaan ensisynnyttäjien määräraikaistarkastusten määrä on 13–17 käyntiä terveydenhoitajan vastaanotolla ja uudelleensynnyttäjien 9–17 käyntiä. Näiden lisäksi raskaana oleville suositellaan kolmea käyntiä lääkärin vastaanotolla ja yhtä käyntiä synnytyksen jälkeen. Suositusten mukaan perheet käyvät terveydenhoitajalla kymmenen kertaa lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana ja koko neuvolavaiheen aikana yhteensä noin 14–16 kertaa. Suosituksen mukaan lääkäri tapaa lapsen perheineen vähintään viisi kertaa ennen lapsen kouluun menoa. Määräraikaistarkastusten lisäksi perheelle tarjotaan lisäkäyntejä tarpeen mukaan.

Vuonna 2004 ja 2007 tehtyjen kansallisten neuvolaselvitysten mukaan neuvolapalvelut vaihtelevat eri puolilla maata. Laman aikana tapahtui jonkinlaista rapautumista palvelujen tarjonnassa muun muassa terveystarkastuksen määrissä, henkilöstövoimavaroissa ja työmenetelmissä. Tuoreen kansallisen selvityksen mukaan henkilöstövoimavarat ovat kehittyneet myönteiseen suuntaan kuten myös kotikäynnit. Edelleen palvelut tarjotaan vaihtelevasti eri puolilla maata. Erityisenä huolenaiheena ovat imeväisikäisten lasten määräraikaiset terveystarkastukset. Elleivät terveydenhoitaja ja neuvolalääkäri tapaa asiakasperheitä säännöllisesti tai jos palvelutapahtumaa leimaa kiire, ei neuvola pysty täyttämään velvoitettaan ennaltaehkäisemisestä, terveyden edistämisestä ja pulmien varhaisesta tunnistamisesta ja auttamisesta.

Lapsen kehitykselle luodaan edellytykset jo sikiöaikana. Äitiysneuvolat ovat menestyksellisesti vaikuttaneet siihen, että Suomi on ollut äiti- ja imeväiskuolleisuuden suhteen maailman parhaimpien maiden joukossa jo vuosikausia, samoin keskosuuden ja syntyneiden pienipainoisuuden osalta. Neuvolat ovat avainasemassa päihteettömyyden tukemisessa ja myös päihitteiden käyttäjien tunnistamisessa. Päihitteiden käytöstä raskauden aikana ja niiden vaikutuksesta sikiöön ja vastasyntyneeseen tulee keskustella kaikkien äitien ja mahdollisuuksien mukaan myös isien kanssa. Raskauden aika on ainutlaatuinen mahdollisuus naisen elämässä motivoitua päihteettömyyteen, ja siihen kannattaa antaa kaikki mahdollinen tuki. Alkoholia tai huu-

meita käyttävä äiti tulee lähettää seurantaan ja hoitoon äitiyspoliklinikalle. Perheen kokonaistilanteen hoito on vaativaa ja vaatii moniammatillista erityisosaamista.

Uusimpien äitiysneuvolaan kohdistuvien kansallisten ohjeistusten mukaan jo raskautta suunnittelevien tulisi lopettaa alkoholin käyttö eikä alkoholia tule käyttää lainkaan raskauden aikana (STM 2007). Ensimmäisellä käynnillä äitiysneuvoloissa kysytään molempien vanhempien päihteiden käyttöä ja tarvittaessa muulloinkin. Lastenneuvolan suosituksen (STM 2004) mukaan jokaiselta neuvolan asiakasperheeltä tulee kysyä rutiininomaisesti kerran vuodessa alkoholin käytöstä. Vanhempien alkoholin käytön itsetarkkailun edistämiseksi ja käyttöön liittyvien riskien arvioimiseksi neuvoloissa tulisi käyttää Audit-lomaketta. Alkoholin käyttö tulee ottaa puheeksi etenkin, jos Audit-pistemäärä on kahdeksan ja tarvittaessa muulloinkin. Pelkkä alkoholinkäytön puheeksi ottaminen neuvolakäyntien yhteydessä voi vähentää alkoholin käyttöä. Kaikki vanhempia pitää rohkaista alkoholin käytön itsetarkkailuun. Vanhempien on hyvä pohtia alkoholinkäyttöä lasten ja perheen elämäntilanteen näkökulmasta.

Valtakunnallisten ohjeistusten sisältämiä suosituksia ei vielä noudateta kaikissa terveyskeskuksissa. Tuoreen valtakunnallisen selvityksen mukaan Audit-lomaketta käytetään 46 %:ssa terveyskeskuksia, vaikka suositus sen käytöstä äitiysneuvoloissa on jo vuodelta 1999 ja lastenneuvolassa vuodelta 2004 (STM 2004). Vuonna 2004 joka viides neuvoloissa toimivista terveydenhoitajista käytti Audit-kyselyä säännöllisesti työssään ja lähes joka kolmas tarvittaessa. Joka viides terveydenhoitajista ei käyttänyt kyselyä koskaan ja yli kymmenesosa ei tuntenut Audit-lomaketta lainkaan. Neuvolalääkäreistä vähän alle joka kymmenes hyödynsi Audit-lomaketta vastaanotoilla säännöllisesti, kaksi kolmesta tarvittaessa.

Vaikka alkoholi on Suomessa yleisimmin käytetty päihde, huumeet ovat pääasiallinen syy ohjata raskaana oleva hoitoon. Joko alkoholin riskikäyttö jää havaitsematta tai nykysuosituksia raskausajan käytöstä ei riittävästi tunneta. Neuvoloihin jaetuissa ohjeissa pelkkä huume-kokeilu on riittänyt lähettämisen perusteeksi, kun taas alkoholin osalta hoitoonohjausta suositellaan usein vain todellisille suurkuluttajille. Alkoholin riskikäytön tunnistamisessa ennaltaehkäisevä lähestymistapa on sitä, että kaikilta kysytään alkoholin käyttöä ja humalajuomista. Alkoholin käytön tiedustelun ei ole todettu aiheuttavan kiusaantumista asiakkaissa. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö on pääasiassa terveysneuvontaa ja muutoksen itsehoidon tukemista.

Jokainen äitiysneuvolan asiakas on haastateltava perusteellisesti. Jos synnyttäjä kertoo käyttävänsä alkoholia säännöllisesti muutamia kertoja viikossa, tai joka viikonloppu jonkin verran, on hänet ohjattava äitiyspoliklinikalle. Äitiysneuvolassa kannustetaan asiakasta äitiyspoliklinikan seurantaan kertomalla päihteiden ja elämäntapojen vaikutuksista raskauden kulkuun ja sikiön hyvinvointiin. Seurantatiheys äitiyspoliklinikalla räätälöidään potilaan tilanteen mukaan. Jos äitiysneuvolan asiakas sanoo joskus kokeilleensa huumeita, on hänen lähettämistään äitiyspoliklinikalle harkittava vakavasti. Äitiyspoliklinikan tehtävänä on antaa potilaalle yksityiskohtaista tietoa huumeiden vaikutuksesta raskauteen ja sikiöön, seurata sikiön kasvua, kehitystä ja hyvinvointia. Synnyttäjää on motivoitava vieroitushoitoon, joko avo- tai laitoshoidossa.

Lastenneuvolassa tuetaan lapsen tervettä kasvua ja kehitystä sekä perheiden hyvinvointia. Lastenneuvolassa painotetaan varhaista vuorovaikutusta, erityistä tukea tarvitsevien perheiden (mm. mielenterveyspulmat, päihteiden käyttö ja väkivalta) tukemista, pulmien varhaista tunnistamista ja varhaista auttamista, vanhemmuuden ja parisuhteen tukemista ja koko perheen terveyttä edistävien elintapojen omaksumisen tukemista. Erityistä tukea tarvitseville tulee suositusten (STM 2004) ja asetusluonnoksen (STM 2008) mukaan laatia tavoitteellinen suunnitelma, jonka toteutumista seurataan ja arvioidaan. Syntymän jälkeen lapsi on useita vuosia

riippuvainen vanhempiensa käyttäytymisestä ja ratkaisuista. Siksi on tärkeää kehittää päihdeongelmien tunnistamista, hoitoa ja lapsen kehityksen tiivistä seuranta neuvoloissa. Neuvoloissa terveydenhoitajan työparina toimii perhetyöntekijöitä 15 %:ssa terveyskeskuksia. Perhetyöntekijät antavat tukea perheille kotiin perheen arjessa ja kasvatusasioissa. Lisäksi yli 60 %:ssa terveyskeskuksia on lastensuojelun perhetyöntekijöitä.

Laajana terveystaloudellisenä tavoitteena Suomessa on terveyden eriarvoisuuden vähentäminen. Lapsiperheiden vanhempien ja lasten terveyttä ja elintapoja koskevat erot näkyvät alemmissa koulutusryhmissä ja yksinhuoltajaperheissä jo odotusajalta lähtien. Tiedossa on, että lapsen syntymän aikana terveyserot ovat vähäisiä vanhemman sosiaalisen aseman mukaan tarkasteltuna, mutta alkavat näkyä elintavoissa jo melko varhain lapsuudessa. Väestön eriarvoisuus palvelujen saannissa ja terveyserojen lisääntyminen ovat johtaneet siihen, että valmisteilla on valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (STM 2008). Asetuksessa säädetään muun muassa terveystarkastusten määristä ja sisällöistä sekä terveysneuvonnasta. Terveyserojen kaventamisessa auttavat uudet laajat koko perheen määräaikaisten tarkastukset sekä velvoite tunnistaa erityistä tukea tarvitsevat lapset ja perheet sekä järjestää apu heille viiveettä.

3.5 Äitiyspoliklinikat

Erikoissairaanhoidossa on äitiyspoliklinikoilla HAL-vastaanottoja (HAL=huume-alkoholilääkkeet), jolle lähetetään äitiysneuvolasta päihteitä käyttävät raskaana olevat naiset raskauden seurantaan. Arviolta kaksi kolmannesta näistä naisista tulee neuvolan lähettämänä ja yksi kolmasosa päihdehoitopaikoista tai muualta kuten esimerkiksi päivystyspoliklinikoilta. Kaikissa yliopistosairaaloissa on HAL-poliklinikat, joissa on vuositasolla hoidettu yhteensä noin 400 päihteitä käyttävää äitiä. Pienemmissä synnytysairaaloissa ja keskussairaaloissa potilaiden määrät ovat pieniä ja koska toiminta vaatii erityisosaamista, on keskittäminen ollut tavoitteena näiden naisten hoidossa.

Synnytyslääkäri seuraa HAL-poliklinikalla raskauden somaattista kulkua ja sikiön vointia. Hoitotiimiin kuuluu kaikissa sairaaloissa useita työntekijöitä kuten psykiatrin erikoissairaanhoidtaja, kättilö, sosiaalityöntekijä, lastenlääkäri, psykologi. Eri asiantuntijoiden työn painotukset ja sisältö vaihtelevat eri klinikoilla, mutta kaikille on yhteistä moniammatillisuus ja verkostoituminen. Päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen sosiaalinen tilanne kartoitetaan, äitiyttä tuetaan kaikin tavoin ja raskauden aikana pyritään motivoimaan äitiä päihteettömyyteen. Päihteettömyyteen ei läheskään aina päästä, mutta annosten pienentäminen ja päihteiden käytön vähentäminen on myös tavoitteena.

HAL-poliklinikoiden toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen ja hyvän kontaktin sekä hoitosuhteen rakentamiseen äidin ja työntekijöiden välillä. Toiminnan tavoitteena on raskauden mahdollisimman varhainen toteaminen, päihteiden käyttöön liittyvien sikiöhaittojen tunnistaminen ja minimointi, raskaana olevan elämäntilanteen laaja-alainen kartoittaminen, päihdehaitoista kertominen ja päihteettömyyteen motivoiminen sekä päihdehoitopaikan etsiminen. Raskauden seurantaan sisältyvät toistuvat alkoholi- ja huumeeseulat sekä riskikäyttäytymiseen liittyvät laboratoriokokeet kuten esimerkiksi hepatiitti B-, hepatiitti C- ja HIV-vasta-aineet. Jatkohoitoa tarvitsevat on pyritty ohjaamaan jatkohoitopaikkaan jo raskausaikana, jotta hoidon jatkuvuus lapsen synnyttyä toteutuisi mahdollisimman saumattomasti. Synnytyksen jälkikarkastus ja jatkoehkäisy järjestäminen on ainakin Helsingissä usein toteutettu erikoissairaanhoidossa.

hoidossa, koska kokemuksen mukaan muuten ehkäisy jää usein toteutumatta huonon hoitomyöntyvyyden takia.

Opiaattiriippuvaisella raskaana olevalla naisella on mahdollisuus opiaattikorvaushoitoon raskauden perusteella sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaisesti. Korvaushoitoa on annettu Helsingissä HYKS:ssä synnytysairaalan poliklinikalla. Toisissa sairaanhoitopiireissä se on toteutettu päihdeyksiköissä. Suomessa HYKS:ssä, KYS:ssä ja OYS:ssa raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten hoito on koordinoitu äitiyspoliklinikalla, TYKS:ssä ja TAYS:ssa päihdepsykiatrian osastolla.

Päihteitä käyttävät raskaana olevat naiset ovat sangen heterogeeninen potilasryhmä. Monilla naisilla on päihdeongelman lisäksi mielenterveysongelmia, jotka vaikeuttavat tilannetta. HAL-poliklinikoiden nykyisistä kävijöistä valtaosa on sekakäyttäjiä tai pelkästään huumeongelmaisia naisia. Aikaisempina vuosikymmeninä alkoholin ongelmakäyttäjät olivat suhteessa yleisempiä. On ilmeistä että osa alkoholin suurkäyttäjistä jää avohoidossa ja äitiysneuvolassa tunnistamatta, vaikka tiedetään nimenomaan alkoholin aiheuttavan pysyviä sikiövaurioita.

3.6 Päihdeongelmien hoitoon erikoistuneet ensikodit ja avopalveluyksiköt

Ensi- ja turvakotien liiton valtakunnallinen erityistason Pidä kiinni -hoitojärjestelmä koostuu seitsemästä eri puolilla Suomea olevasta päihdeongelmien (alkoholi, huumeet, lääkkeet) hoitoon erikoistuneesta ensikodista ja niiden avopalveluyksiköistä. Hoitojärjestelmässä on kehitetty erityinen kuntoutusmalli, jossa hoidetaan samanaikaisesti äidin tai molempien vanhempien päihdeongelmaa ja vanhemman ja vauvan välistä varhaista vuorovaikutussuhdetta sekä tuetaan päihteetöntä vanhemmuutta. Tavoitteena on saada perhe kuntoutukseen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa raskautta. Tavoitteena on myös se, että kuntoutus jatkuu vähintään siihen asti, kun vauva on kuusi kuukautta. Sikiön raskauden aikaiselta päihdealtistukselta suojelemisen lisäksi varmistetaan se, että vauva saa hyvän mahdollisuuden kiintymyssuhteen rakentumiselle ja äiti tukea vanhemmuuden arkisissa taidoissa. Riittävän pitkän kuntoutuksen myötä äidin päihdekuntoutus ehtii edetä ja motivoituminen päihteettömyyteen myös vauvan synnyttyä ehtii vahvistua ennen siirtymistä avopalveluiden piiriin.

Kuntoutusmalli perustuu luottamukselliseen, hyväksyvään ja välittävään asiakassuhteeseen. Kuntoutuksen ja vanhemmuudessa vahvistumisen tuki on mahdollinen toiveikkuutta ylläpitävässä luottamuksellisessa ilmapiirissä. Hyvässä asiakassuhteessa on mahdollista tarjota äideille emotionaalisesti, moraalisesti ja kognitiivisesti korjaavia kokemuksia, mutta myös tarvittaessa pysäyttää äitejä ja asettaa rajoja. Sikiön suojeleminen ja vauvan hyvinvointi on ensisijaista ja sen mahdollisiin puutteisiin on helpompaa ja rakentavampaa puuttua hyvässä suhteessa.

Ensikodit ovat 5-paikkaisia lastensuojelun yksiköitä, joissa toteutetaan päihdekuntoutusta rinnakkain varhaisen vuorovaikutussuhteen tukemisen ja hoidon kanssa. Yhdessä laitousyksikössä voidaan vuosittain kuntouttaa keskimäärin 12 perhettä. Yhdessä avopalveluyksikössä on hoitosuhteessa vuosittain noin 15 perhettä. Kokonaisvaltaisen kuntoutusmallin olennainen osa on laitos- ja avohuollon kiinteä yhteistoiminta ja hoitojatkumo sekä tiivis yhteistyö erityisesti neuvoloiden ja lastensuojelun kanssa. Myös muut vanhempien ja vauvojen verkostoon oleellisesti kuuluvat viranomaiset ja läheiset ovat mukana verkostotyössä.

Raskausaikana päihde-ensikotihoitoon tulleiden vanhempien määrä on noussut vähitellen. Vuonna 2007 hoidetuista 79 asiakasperheestä 47 % (37 äidin) hoito alkoi raskauden aikana, kun määrä vuonna 2005 oli 37 %. Tätä kehitystä on edesauttanut RAY:n raskauden aikaisen hoidon täyssubventio (täysi rahoitus 3 kk:n ajalta raskausaikaisesta hoidosta), joka mahdollistaa äitien pääsyn hoitoon mahdollisimman varhain kunnan taloudellisesta tilanteesta riippumatta.

Pidä kiinni -hoitojärjestelmässä on ollut vuodesta 2003 lukien pitkäkestoinen tutkimus josta ensimmäisiä tuloksia on saatu vuodesta 2006 alkaen. Tutkimuksen mukaan Pidä kiinni -hoitojärjestelmän ensikodeissa kuntoutettujen äitien lapset ovat kehittyneet normaalirajoissa 4 kk:n ja 1-ikävuoden arvioissa. Tutkimusryhmän äideillä ei myöskään ole ollut vakavia päihderetkahduksia lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana eikä lasten huostaanottoja ole tarvittu.

Äitien vuorovaikutuskykyjen erot ovat kuitenkin suuria. Äidin ja vauvan vuorovaikutuksen parempi laatu on tutkimuksen tulosten mukaan keskeisimmin yhteydessä äidin kykyyn pohtia lapsensa kokemusta ja pitää lapsi mielessään. On olemassa tutkimusnäyttöä, että kyseistä vanhemmuuden kykyä (ns. reflektiivinen kyky) voidaan vahvistaa oikein suunnatulla hoidolla. Pidä kiinni -hoitojärjestelmässä on kehitetty erityistä reflektiivistä työtettä, jossa vuorovaikutussuhteita ja yhteisöä hyödyntämällä tuetaan äitien reflektiivisen kyvyn kehittymistä. Tutkimustulosten mukaan myös äitien ajattelu- ja toimintamallit muuttuvat tiiviin hoidon aikana. Vauvan tarpeet nousevat etusijalle ja kuntoutuksen edetessä myös moraalikäsityksissä (varastaminen, valehtelu) tapahtuu myönteisiä muutoksia. Tämä kaikki on erityisen tärkeää äiti-vauvaparin myöhemmälle selviytymiselle ja päihteettömälle arjelle. Erityisen tärkeä tutkimustulos on se, että hoidon alussa ei voida tehdä ennusteita siitä, ketkä tulevat hyötymään hoidosta parhaiten. Mahdollisuus hoitoon on siis tarjottava kaikille sitä tarvitseville.

Nykytilan ongelmakohtia

Osa hoitoa haluavista äideistä jää edelleen joko kokonaan ilman maksusitoumusta tai maksusitoumusta riittävän pitkään hoitojaksoon. Ongelmallista on myös se, etteivät kunnat kykene antamaan lupausta pitkästä hoitojaksosta heti hoidon alussa, vaan maksusitoumus tulee esimerkiksi kahden kuukauden jaksoissa. Äitien sitoutuminen hoitoon on helpompaa, jos he tietävät voivansa viipyä hoidossa niin pitkään, kuin heidän itsensä ja erityisesti vauvan kannalta on tarpeen. Hoitoyhteisöissä asiakkaat harjoittelevat päihteetöntä vanhemmuutta ja vauvaperheen päihteetöntä arkea. Vanhemmuus on sellainen toiminta-areena ja emotionaalisesti merkittävä motivaation lähde, jota kannattaa hyödyntää vanhempien päihdekuntoutuksessa. Vauvan terve kehitys tapahtuu varhaisen kiintymyssuhteen varassa ja se on vauvalle terveen kehityksen edellytys. Vanhemmuuden tukeminen on tärkeää aloittaa jo raskausaikana, koska hyvän varhaisen vuorovaikutussuhteen edellytykset luodaan jo silloin. Pelkkä päihteettömyys ei riitä, on autettava äitiä ja vauvaa kiintymyssuhteen rakentamisessa. Sen vuoksi on tärkeää saada äidit hoitoon raskausaikana, mutta hoidon on jatkuttava riittävän pitkään myös vauvan syntymän jälkeen, jotta voidaan varmistaa arjen sujuvuus ja vauvan tarvitsema hoiva ja huolenpito sekä hyvän vuorovaikutussuhteen syntyminen.

Aina ei vankkakaan tuki riitä vanhempien kuntoutumiseen ja silloin vauva joudutaan ottamaan huostaan. Huostaanottoon päätyminen ei kuitenkaan ole epäonnistumista hoidossa, koska vauvan turvalliset ensimmäiset kuukaudet äidin kanssa on mahdollistettu laitossympäristössä eikä vauvan hoiva ja huolenpito ole joutunut kyseenalaiseksi, vaikka äiti ei aina olisikaan kyennyt vauvan tarpeisiin vastaamaan. Henkilökunta on voinut antaa vauvalle tarvittaessa

korvaavaa hoivaa. Myös äidille huostaanotto-päätös on helpompi hyväksyä, kun hän on itse voinut todeta, ettei jaksa tai kykene raittiuteen tai muutoin vanhemmuuteen. Huostaanotto on näin mahdollista toteuttaa hallitummin ja äidin ja vauvan myöhempi yhteydenpito on todennäköisempää.

3.7 Järjestöt palveluiden tuottajina

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa niin sanotun kolmannen sektorin eli kansalaisjärjestösektorin rooli on taloudellisesti, yhteiskunnallisesti ja inhimillisesti merkittävä. Suurin osa sosiaalipalveluista on edelleen kuntien ja julkisten palveluntuottajien tuottamaa, mutta alueellisesti ja tiettyjen sosiaalipalveluiden osalta järjestöjen ja yritysten tuottamien palveluiden osuus on huomattava. Järjestöjen tuottamia keskeisempiä sosiaalipalveluita ovat asumispalvelut, kotipalvelut, lastensuojelupalvelut ja päihdepalvelut. Suurin asiakasmäärä näistä palveluista on ollut asumis- ja kotipalveluissa. Suurimman osan tuottamista palveluista järjestöt myyvät julkiselle sektorille, joka voi joko ostaa palveluita tai järjestää ne itse kun on kysymyksessä lakisääteiset palvelut. Järjestöjen palvelutuotannon asema suhteessa kuntien palvelutuotantoon on täydentävä ja vastuu palvelujen järjestämisestä säilyy aina kunnilla, silloinkin kun palvelut ostetaan järjestöiltä.

Järjestöjen osuus sosiaalipalveluiden tuotannosta on suhteellisesti suurin päihdehuollossa. Huomattava osa päihdehuollon erityispalveluista on järjestöjen ylläpitämiä. Esimerkiksi A-klinikkasäätiöllä oli vuonna 2005 sopimus 106 kunnan kanssa a-klinikkapalveluiden, nuori-soasemapalveluiden tai kuntoutuspalveluiden tuottamisesta. Myös lähes kaikki ensi- ja turvakodit sekä päihdeongelmaisten asumispalvelu- ja päivätoimintayksiköt ovat järjestöjen ylläpitämiä. Lisäksi järjestöjen tuottamien lastensuojelupalveluiden rooli on ollut suuri, mutta viime vuosina yritysmuotoinen toiminta on kasvanut merkittävästi muun muassa lastensuojelulaitosten osalta.

Järjestöt ovat alkaneet yhtiöittää palvelujaan aiempaa enemmän. Syitä yhtiöittämiseen on useita. Osa järjestöjen tuottamista palveluista on selkeästi elinkeinotoimintaa, joka on luontevasti yritysmuotoista toimintaa. Osa yhtiöittämisestä on tehty, jotta voitaisiin erottaa kansalaisjärjestötoiminta palvelutuotannosta.

Vaikka järjestöt ovat merkittäviä palveluiden tuottajia, on järjestöjen yksi perustehtävistä tarjota väylä kansalaisten osallistumiselle. Lisäksi perustehtäviin kuuluvat myös vaikuttamistoiminta ja asiantuntijuus, eri väestöryhmien edunvalvonta, vapaaehtoistoiminnan ja muun auttamistyön organisointi ja toteuttaminen sekä kokeilu- ja kehittämistoiminta. Erityisen tärkeää työtä järjestöt ja kirkon diakoniatyö tekevät sosiaaliturvan ja -palvelujen katvealueelle joutuneiden ryhmien kanssa tukemalla näiden ryhmien osallisuutta ja tunnistamalla uusia syrjäytyneitä tai syrjäytymisuhan alla olevia ryhmiä. Järjestöt tuottavat sellaista vertais-, läheis- ja sosiaalista tukea, jolla sosiaalisista ongelmista kärsiviä voidaan auttaa selviytymään ja toipumaan.

Päihdetyötä tekevät järjestöt

Kuntouttavien avo- ja laitospalveluiden lisäksi päihdetyötä tekevät järjestöt ovat kehittäneet erilaisia arkielämää tukevia toimintoja, joilla pyritään estämään päihdeongelmiin liittyvää so-

siaalista syrjäytymistä. Näitä ovat muun muassa päiväkeskukset, työllistämishankkeet, tukiasumispalvelut ja niin sanottu opinnollinen kuntoutus. Monet järjestöjen käynnistämät työmuodot ovat sittemmin vakiintuneet kuntien tehtäviksi. Järjestöt ovat viimeisen vuosikymmenen aikana kehittäneet myös erityisryhmille suunnattuja päihdepalveluja ja osaamista. Yhteistyöhankkeina on toteutettu muun muassa vankien, vammaisten ja ikäihmisten päihdepalveluiden kehitystyötä. Järjestöt ovat kehittäneet myös erilaisia internet- ja mobiilipalveluita.

Monet päihdejärjestöjen toiminnot rakentuvat vapaaehtoistyön ja vertaistuen varaan. Osallistuminen järjestöjen toimintaan vahvistaa sosiaalista osallisuutta ja sosiaalisia verkostoja, mikä osaltaan edistää päihdeongelmien ehkäisyä ja vähentämistä. Päihdejärjestöillä on myös keskeinen rooli päihdeongelmista kärsivien ja muiden heikoimmassa asemassa olevien ryhmien tarpeiden ja oikeuksien esiin nostamisessa. Järjestöt ovat organisoineet päihdeasiamiehen toiminnan päihdeongelmaisten ja heidän läheistensä tueksi.

Päihdehuollon palveluiden lisäksi järjestöt tuottavat myös ehkäisevän päihdetyön palveluita muun muassa kunnille ja yrityksille sekä päihdealan asiantuntija- ja koulutuspalveluita. Koulutuspalvelujen asiakkaita ovat kunnalliset palvelut, yritykset ja muut yhteisöt sekä yksittäiset ammattilaiset. Koulutusta ja tutkimustoimintaa järjestöt toteuttavat myös yhteistyössä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja ammatillisten oppilaitosten kanssa.

3.8 Tahdosta riippumaton hoito

Päihteidenkäyttöön liittyvä tahdosta riippumaton hoito on Suomessa hyvin harvinaista, mutta joissain tapauksissa päihteiden käyttäjä voidaan velvoittaa hoitoon. Tällaisia tilanteita esiintyy hoitoonohjauksessa työpaikoilta, ajokyvyn arvioinnissa, yhdyskuntapalvelussa ja lastensuojelutapauksissa, joihin liittyy päihteidenkäyttöä. Tutkimusten mukaan osa päihteiden käyttäjistä hakeutuu hoitoon ilman motivaatiota päihderiippuvuudesta irtautumiseen joko taloudellisista tai terveydellisistä syistä, lähimmäisten miellyttämiseksi tai velkojien pakoilemiseksi. Tällöin hoitokontaktin syntymiseen voivat vaikuttaa ensisijaisesti henkilökohtaiset pakot, mutta hoitoon hakeudutaan kuitenkin vapaaehtoisesti.

Päihdehuoltolain 11 § mahdollistaa tahdosta riippumattoman hoidon terveysvaaran perusteella, mutta tätä sovelletaan käytännössä erittäin vähän. Menettelyä ei tunneta, sitä ei ole kunnolla ohjeistettu, sen toteuttamista pidetään vaivalloisena eikä sen koeta soveltuvan käytäntöön. Lisäksi 5 vuorokauden aikarajausta pidetään lyhyenä eikä vaatimukset täyttäviä hoitopaikkoja ole riittävästi olemassa. Myös päihdehuoltolaitosten tosiasiallinen ammattihenkilömitoitus ja menettelyn monimutkaisuus rajoittavat säännöksen soveltamista. Päihdeongelmaisiin käytetään kuitenkin runsaasti tahdosta riippumattomia keinoja mielenterveyslain (1116/1990) perusteella. Vuonna 2006 1373 henkilöä oli ollut vähintään päivän tahdosta riippumattomassa hoidossa, mikä oli 40,4 % kaikista mielenterveyslain nojalla tehdyistä päätöksistä.

Päihdehuoltolain 12 § ja 13 § määrittelee tahdosta riippumattoman hoidon väkivaltaisuuden perusteella. Tätä mahdollisuutta käytetään vain muutaman kerran vuodessa. On nostettu esille, että perheväkivallan lisääntyessä ja erityisesti lastensuojelullisissa tilanteissa mahdollisuutta tahdosta riippumattomaan hoitoon tulisi enenevästi harkita, esimerkiksi velvoittamalla henkilö avoimuuden palvelujen piiriin laitoshoidon uhalla. Uhri ei kuitenkaan usein tällaisissa väkivaltatilanteissa tule esiin vieden asiaa poliisille asti, jolloin päihdehuollon merkitys eräänlaisena sanktion vaihtoehtokäytäntönä menettää merkitystään.

Tahdosta riippumatonta hoitoa harkittaessa tulee arvioida ainakin kolmea kysymystä: paraneeko ongelma tahdosta riippumattomalla hoidolla, miksi hoitoon ei tulla tai siellä ei pysytä vapaaehtoisesti ja ovatko tahdosta riippumattoman hoidon hyödyt suuremmat kuin itsemääräämisoikeuden kumoaminen?

Jos tavoitteena on sikiövaurioiden estäminen, se ei välttämättä toteudu tahdosta riippumattoman hoidon avulla. Sikiövaurioiden välttämiseksi äitien olisi hakeuduttava hoidon ja tuen piiriin mahdollisimman varhain raskauden alussa. Tahdosta riippumattoman hoidon pelko saattaa estää ongelmien puheeksi ottamisen neuvolassa, avun hakemisen ja luottamuksellisen suhteen syntymisen ja raskaus voi olla jo pitkällä, ennen kuin äiti saadaan hoidon piiriin.

Suomalainen neuvolajärjestelmä kohtaa valtaosan myös päihdeongelmaisista raskaana olevista äideistä ja vauvaperheistä, joten kaikki mahdollisuudet ohjata hoitoa tarvitsevat hoitoon ovat olemassa. Tahdosta riippumattoman hoidon mahdollisuus saattaisi aiheuttaa sen, että päihteitä käyttävät äidit jättäytyisivät neuvolajärjestelmän ulkopuolelle, ja pyrkisivät välttämään kontakteja sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Silloin ei myöskään sikiöille jäisi mahdollisuutta päästä hoidon piiriin. Tahdosta riippumattoman hoidon on pelätty myös lisäävän pessimismisiä hoitotuloksia kohtaan. Se saattaa ruokkia epäluottamusta työntekijöiden ja asiakkaiden välillä ja vahvistaa päihdeongelmaisten naisten leimautumista. Lisäksi se saattaa heikentää uskoa vapaaehtoiseen hoitoon yhteiskunnassa.

Erityisongelmana raskaana olevien naisten kohdalla on se, miten sikiön voidaan katsoa olevan perusoikeuksien haltija eli voidaanko sikiötä suojata äidin tahdosta riippumatta. Ihminen tulee täysimääräisesti perusoikeuksien haltijaksi syntymänsä hetkellä ja on niiden piirissä kuolemaansa asti. Perusoikeusudistuksen esityksessä todetaan kuitenkin, että oikeusjärjestys tarjoaa suojaa eri tavoin myös ennen syntymää. Esimerkiksi ihmisen sikiöön ja alkioon kohdistuvia ihmisarvoa loukkaavia tieteellisiä kokeiluja on pidettävä perustuslain 1 § vastaisena.

Alkiota ja sikiötä ei ole kuitenkaan katsottu kuuluvaksi perus- ja ihmisoikeuksilla suojatun yksilön tai henkilön käsitteen alle siten, että ne olisivat oikeussubjekteja. Naisen lisääntymisvapautta on kuitenkin eri maissa vaihtelevasti kavennettu ihmisen alkiolle ja sikiölle annetun suojan vuoksi. Esimerkiksi vaikka sikiö ei ole suoraan tietyn ihmis- tai perusoikeuden subjekti, oikeusvertailu osoittaa raskaana olevan naisen itsemääräämisoikeutta rajoitettavan sikiön ihmisarvon suojaamisen nimissä raskausviikkojen määrän lisääntyessä.

Tahdosta riippumattoman hoidon mahdollisuutta arvioitaessa joudutaan punnitsemaan keskenään raskaana olevan naisen itsemääräämisoikeutta, hoidon vaikuttavuutta sekä toisaalta lapsen oikeuksia. Syntyvän lapsen terveydentilaan tosiasiallisesti vaikuttavat jo raskausaikana tehtävät ratkaisut. Sekä äidin että isän alkoholinkäyttö vaikuttavat lapsen hyvinvointiin olennaisesti myös syntymän jälkeen.

Onkin ensisijaista varmistaa jokaisen päihteitä käyttävän äidin oikeus hoitoon (ns. subjektiivinen oikeus), joka mahdollistaa äidin päihdeettömyyden sekä raskausaikana että sen jälkeen. Tämän lisäksi hoidon tulee antaa tukea vanhemmuuteen. Tältä kannalta hoidon tulee alkaa riittävän varhain ja jatkua riittävän pitkään. Valtaosassa tapauksia raskauden aikana päihteitä ongelmallisesti käyttävä äiti on motivoitavissa vapaaehtoisuuteen perustuen päihdeiden käytön lopettamiseen, kun hoitojärjestelmä kokonaisuutena tukee tavoitetta. Tällöin on kyse sekä syntyvän lapsen kehitysvammaisuuden että myös lastensuojelun sijaishuollon toimenpiteiden ehkäisystä mukaan lukien perheen mahdolliset muut lapset.

Sen jälkeen kun vapaaehtoiseen hoitoon hakeutumisen tie toimii käytännössä, on perusteita pohtia ääritilanteita, joissa raskaana olevan äidin tilanteeseen ei onnistuta vaikuttamaan vapaaehtoisin keinoin. Näissä äärimmäisissä tapauksissa tulee olla mahdollista myös käyttää tahdonvastaista hoitoa keinona pysäyttää äidin päihdeidenkäyttö sekä motivoida hoidon jatkamiseen vapaaehtoisesti. Äärimmäisiä tapauksia voivat olla esimerkiksi ne, joissa äiti itse ei koe tarvitsevansa tai haluavansa hoitoa tai äiti ei pysty hoitoon, vaikka itse haluaisikin.

Tarve päihdehuoltolain tahdosta riippumattomien puuttumisperusteiden käytölle tulee harvoin kysymykseen, mutta sen periaatteellinen selkiyttäminen tehostaisi sikiölle aiheutuvien terveyshaittojen ehkäisyä. Päihdehuoltolain valmistelun ja säätämisen (1986) jälkeen tietämys odottavan äidin alkoholinkäytön vaikutuksista sikiön terveyteen on lisääntynyt. Myös YK:n lapsen oikeuksien sopimukseen on sitouduttu sen jälkeen. Tieteellinen näyttö sikiön terveysvaarasta on riittävän yksiselitteinen niin, että se voi olla perusteena puuttumisvaltuudelle.

Laki mahdollistaa nyt määräämiseen hoitoon terveysvaaran perusteella ainoastaan viideksi vuorokaudeksi. Tämä mahdollistaisi vain puuttumisen lyhytaikaisesti akuuttiin päihdekierteseen. Tahdosta riippumatonta hoitajaksoa tulee pidentää 30 päivään ja mahdollistaa hoidon jatkaminen myös raskauden loppuun asti. Hoitoa tulee kuitenkin ensisijaisesti käyttää potilaan motivoimiseen pitkäaikaiseen vapaaehtoiseen päihdekuntoutukseen tai raskauden aikaiseen raittiuteen. Myös odottavan äidin tahdonvastaisen hoidon sisältö ja rakenteet tulee kehittää tästä näkökulmasta.

Tahdonvastaiseen hoitoon tulee siis sisältyä tavoite sitouttaa odottava äiti vapaaehtoiseen raskauden aikaiseen päihdekuntoutusohjelmaan. Näin ollen koko raskauden aikaisen päihdekuntoutusketjun olemassaolo on välttämätön ehto myös tahdosta riippumattomille toimille eräissä ääritilanteissa. Lääkäreille tulee säätää toimintavelvoite tahdosta riippumattoman hoidon arvioimiseksi päihdeitä ongelmallisesti käyttävien odottavien äitien osalta.

Suomen päihdehuoltojärjestelmässä ei ole nykyistä huolimatta vakiintuneita hoitokäytäntöjä terveysvaaran tai väkivaltaperusteisen tahdosta riippumattoman päihdehuollon toteuttamiseksi myöskään muissa kuin sikiön suojelutilanteissa. Lainsäädäntöä ja käytäntöjä on näin ollen tarpeen kehittää laajemminkin. Lisäksi kaikki tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät säännökset tulee uudistaa perustuslain edellyttämällä tavalla täsmällisiksi ja tarkkarajaisiksi. Valmisteilla on myös koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan potilaan itsemääräämisoikeuden rajoitukset sisältävä puitelaki. Siinä tulee ottaa huomioon myös päihdeongelmaisia äitejä koskevat erityiskysymykset.

Tahdosta riippumaton hoito muissa pohjoismaissa (Ruotsi, Norja, Tanska)

Pohjoismaiden palvelujärjestelmille on yhteistä hyvät äitiys- ja lastenneuvolapalvelut, jotka tavoittavat suuren osan kaikista raskaana olevista. Kaikissa maissa on tarjolla erityispalveluita raskaana oleville päihdeongelmallisille naisille. Alkoholinkäyttäjien hoitoon ohjaus ontuu kaikkialla, erityishoitopalveluiden piirissä on lähinnä huumeongelmaisia ja tahdosta riippumatonta hoitoa (Ruotsi, Norja) käytetään vain huumeidenkäyttäjiin. Tahdosta riippumaton hoito ei ole ratkaissut ongelmaa missään maassa ja yleisesti on todettu tarve palvelujärjestelmän laajempaan kehittämiseen ja päihdeongelmien tunnistamisen lisäämiseen.

Ruotsissa on yleinen tahdosta riippumattoman hoidon lainsäädäntö, joka tavoittaa myös raskaana olevia naisia, mutta lähinnä niitä, joilla on huumeongelma. Raskaana olevia päihdeon-

gelmaisia on määrätty tahdonvastaiseen hoitoon Ruotsissa vuosina 2004–2006 31 henkilöä, jotka kaikki olivat huumeidenkäyttäjiä. Ruotsissa on suunnitteilla oma lainsäädäntö raskaana oleville naisille. Lainsäädäntöön haluttaisiin lisätä mahdollisuuksia ottaa raskaana oleva nainen tahdosta riippumattomaan hoitoon, mutta asiaan liittyy paljon käytännössä ratkaisemattomia ongelmia esimerkiksi siitä, miten haitallinen käyttö voidaan osoittaa. Juridisesti on mahdotonta säätää mitään rajaa haitalliselle käytölle, koska sille ei ole olemassa mitään tarkkaa tieteeseen perustuvaa rajaa. Raskaana olevan naisen tahdosta riippumattoman hoidon perusteeksi ei kelpaa sikiölle aiheutuva haitta vaan perusteena pyritään pitämään sitä, että äiti aiheuttaa vahinkoa itselleen, mikäli hän vahingoittaa lastaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat myönteisiä lakimuutokselle ja poliittista tahtoakin on, mutta näytön puuttuminen toiminnan tehokkuudesta saa viranomaiset empimään.

Ruotsissa on meneillään riskikäyttäjaprojekti äitiysneuvoloissa, jossa pyritään järjestelmällisesti ottamaan alkoholinkäyttö ja päihteet puheeksi ja tavoittaa niitä naisia, jotka ovat riskikäyttäjiä tai väärinkäyttäjiä. Menettelytapoja halutaan selkeyttää ja menetelmiä kehittää, sillä on huomattu, että raskaana olevia naisia ei saada riittävän aikaisin hoitoon. On huomattu, että neuvolat eivät ehkä selviä erityisemmän tuen antamisesta.

Norjassa on mahdollista määrätä päihdeongelmainen tuomioistuimen päätöksellä tahdosta riippumattomaan hoitoon 3 kuukaudeksi kerrallaan. Raskaana oleva voidaan määrätä hoitoon koko raskauden ajaksi, mikäli on todennäköistä, että päihteidenkäyttö aiheuttaa sikiön vaurioitumisen. Mahdollisuutta ei kuitenkaan käytetä paljoa ja meneillään onkin lainsäädännön arviointi. Raskaana olevien kohdalla tahdosta riippumattomaan hoitoon on määrätty vain huumeongelmaisia. Norjassa on myös mahdollista hakeutua itse tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilö itse voi sitoutua hoitopaikkaan allekirjoittamalla hoitosopimuksen, jonka rikkomisesta kohdellaan kuin tahdosta riippumattoman hoidon rikkomista. Norjassa hoitopaikoissa on raskaana oleville naisille oma osastonsa, jotta he ovat suojassa muilta päihteiden väärinkäyttäjiltä.

Tahdosta riippumattomia hoitopäätöksiä tehdään Norjassa myös Psykkisen sairaanhoitolain perusteella, jonka mukaan henkilöä voidaan pitää hoidossa tahdosta riippumatta, yleensä psykoosien yhteydessä, enintään 3 päivää kerrallaan. Tätä vaihtoehtoa käytetään myös huumeongelmaisiin. Sosiaalipalvelulaissa ei puhuta pakosta vaan kiinnipitamisestä. Sen tavoitteena on motivoida hoitoon hakeutumiseen. Kunnat tekevät arvion tahdosta riippumattoman hoidon tarpeesta, joka esitetään tuomioistuimelle tai maakunnassa lastensuojelulautakunnalle. Lautakunta voi tehdä nopean päätöksen vaikka samana päivän, mutta tuomioistuin voi peruuttaa tehdyn päätöksen, mitä usein tapahtuukin. Vuodessa on noin 150 tapausta, jossa tahdonvastaisen hoitoon johtavat toimenpiteet aloitetaan, mutta lopulta tahdonvastaiseen hoitoon joutuu vain 20–30 henkilöä vuodessa. Tahdonvastaiseen hoidon prosessin aloittaminen on kuitenkin myös johtanut myönteisesti hoitoon hakeutumiseen niin, että henkilö hakeutuu itse vapaaehtoiseen hoitoon pakkohoidon sijasta. Pakkohoitotapausten käsittely vie resursseja niin kunnilta kuin tuomioistuimilta mikä aiheuttaa konflikteja.

Parhaillaan Norjassa on meneillään toiminnan laaja arviointi, koska todellista tietoa tahdosta riippumattoman hoidon käyttömääristä ei ole. Arviointia tehdään ihmisoikeus- ja oikeusturvapäätöskulmista ja samalla arvioidaan muihin lakeihin liittyviä pakkoja ja mahdollisesti erilaisien pakkopykälien yhdistämistä. Arvioinnin yhteydessä mietitään myös, pitäisikö lääkäreille antaa enemmän oikeuksia määrätä potilaita tahdosta riippumattomaan hoitoon. Paljon on pohdittu sitä, miksi hoitoon määrätään vain huumeidenkäyttäjiä ja miksi kunnat eivät käytä pakkohoidon mahdollisuutta niin paljon kuin voisi. On myös esitetty, että omaisten tulisi saada

pyytää arvioita tahdosta riippumattoman hoidon tarpeellisuudesta. Toiminnan arviointi valmistuu 2010.

Norjassa panostetaan parhaillaan paljon päihdeongelmaisten perheiden lapsiin. Suunnitteilla olevan uuden lainsäädännön tavoitteena on muun muassa saada päihdeongelmaisten perheiden lapset paremmin esiin hoitojärjestelmässä ja tehdä heille oma hoito- tai tukisuunnitelma. Uusi laki velvoittaisi myös antamaan lapsille somaattiset ja psykiatriset palvelut. Norjassa on myös menossa kokeilu Tanskan mallin mukaan siitä, miten odottavia äitejä seurataan aina siihen asti kunnes lapset menevät kouluun.

Tanskassa päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten hoito on ollut esillä viimeiset pari vuotta. Tanskassa on tehty uusia lainsäädäntöaloitteita ja erilaisia projekteja. Meneillään on myös tutkimusprojekteja. Tanskassa ei ole tahdosta riippumatonta hoitoa, mutta on palvelulaki, joka takaa hoitoon hakeutuessa avo- tai laitoshoitoon pääsemisen 14 päivässä. Vuonna 2007 tuli voimaan uusi laki, jonka mukaan raskaana olevat päihdeongelmaiset naiset voivat tehdä itse sopimuksen joutumisestaan tahdosta riippumattomaan hoitoon. Uuden lain käytöstä ei ole vielä raportoitu, kuntien pitää raportoida vuoden 2008 lopussa kuinka monta kertaa mahdollisuutta on käytetty. Ennakko-oletus oli, että 8–10 naista haluaisi vuosittain tahdosta riippumattomaan hoitoon.

Tanskassa on tehty muitakin panostuksia päihdeongelmaisten perheiden, lapsien ja raskaana olevien naisten tukemiseksi. Varhaiseen puuttumiseen on satsattu ja pyritty vanhemmuuden tukemiseen ja perheen vahvistamiseen. Lainsäädännön lisäksi on varattu kunnissa rahaa etsivän työn projekteihin, joiden avulla yritetään löytää ne naiset, joiden tiedetään jäävän järjestelmän ulkopuolelle. Myös ammattilaisten välistä viranomaistyötä on lisätty. Tavoitteena on koordinoitu toiminta, jotta raskaana oleva päihdeongelmainen ei joudu juoksemaan luukulta toiselle.

4 TYÖRYHMÄN EHDOTUSTEN PERUSTELUT

4.1 Päihdeongelmien ehkäisy ja päihdetietoisuuden lisääminen

4.1.1 Yleistä tietoisuutta alkoholin ja muiden päihteiden haitoista sikiölle ja lapsille on lisättävä

Alkoholijuomapakkauksiin on laitettava varoitustekstit, jotta voidaan lisätä yleistä tietoisuutta alkoholin haitallisuudesta sikiölle.

Tietoisuutta alkoholin haitoista sikiölle on lisättävä kaikin tavoin. Pakkaukset ovat tehokas tapa välittää tietoa alkoholin haitoista (vrt. tupakka). Ranska on ensimmäisenä EU maana ottanut 1.10.2007 käyttöönsä alkoholinkäytöstä raskauden aikana varoittavat merkinnät alkoholijuomapakkauksiin.

Alkoholiohjelman on tuotettava materiaalia päihteiden sikiölle ja lapsille aiheuttamista haitoista.

Yksi vuonna 2004 aloitetun Alkoholiohjelman merkittävimpiä saavutuksia on ollut alkoholin haittoja käsittelevän materiaalin tuottaminen ja jakaminen niin

ammattilaisille kuin yksityishenkilöille. Esimerkiksi Audit-testit ovat levinneet tehokkaasti Alkoholiohjelman avulla muun muassa neuvoloihin, mutta lisää kohdennettua tukea tarvitaan. Alkoholiohjelma tekee myös yhteistyötä Alko Oy:n kanssa, joka on aloittanut tauon jälkeen uuden vastuullisuusohjelman ja materiaalin tuottamisen. Alko Oy:n tulee kohdistaa tietotusta lapsiperheiden vanhemmille, jotta tietoisuus kohtuullisenkin alkoholinkäytön vaikutuksista lapsiin kasvaa.

Alkoholin käyttö ja tupakointi on otettava puheeksi mahdollisuuksien mukaan kaikkien hedelmällisessä iässä olevien naisten ja heidän puolisoitensa kanssa heidän asioidessaan terveydenhuollossa.

Hedelmällisessä iässä olevien naisten ja heidän puolisoitensa tulee tietää, että alkoholinkäytöstä on pidättäydyttävä jo raskautta suunniteltaessa, koska alkoholi on haitallista sikiölle heti raskauden alettua. Terveydenhuollon henkilöstön velvollisuutena on ottaa asia puheeksi.

Nuorten yleistä tietämystä päihteiden käytön terveyshaitoista on lisättävä hyvissä ajoin. Peruskoulun viimeisillä luokilla ja toisella asteella terveystiedon oppiaineeseen on kuuluttava opetusta päihteiden yhteydestä sikiövaurioihin.

Alkoholinkäytön vaikutuksia sikiöön ja siihen miten alkoholinkäyttö vaikuttaa lapseen ei tiedosteta riittävästi. Siksi tiedon lisääminen on aloitettava hyvissä ajoin. On tärkeää, että asia otetaan esiin peruskoulussa, joka periaatteessa tavoittaa kaikki nuoret. Samalla voidaan lisätä nuorten yleistä tietoa palvelujärjestelmästä kuten esimerkiksi neuvolajärjestelmästä, jotta nuoret osaavat hakeutua palveluiden piiriin ja tietävät esimerkiksi äitiysneuvolakäynteihin sidotuista perhe-etuuksista.

4.1.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä nuorisotalon ja kasvatustalouden ammattilaisten valmiuksia tunnistaa päihdeongelma ja puuttua siihen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on lisättävä

Eri ammattialojen päihdeosaamista (ml. päihteiden sikiölle aiheuttamien haittojen tunnistaminen) on parannettava peruskoulutuksessa eri koulutusasteilla ottamalla käyttöön OPM:n ja STM:n työryhmässä (2007:17) sovitut koulutusminimit. Myös riittävästi täydennyskoulutusta on tarjottava sekä opettajille että alalla jo toimiville.

Päihdeosaamisen lisäämiseksi, perusosaamisen takaamiseksi ja kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen tukemiseksi tarvitaan koulutusta. Eri ammateissa työskentelevien tulee saada peruskoulutuksessaan perustiedot päihteiden käyttöön liittyvien riskien, haittojen ja ongelmien ehkäisystä sekä jo syntyneiden ongelmien hoitamisesta. Mitä paremmat valmiudet peruspalveluissa työskentelevillä on ehkäisevään työhön, ongelmien tunnistamiseen, varhaiseen puuttumiseen ja asiakkaiden tukemiseen ongelmien varhaisvaiheessa sitä harvemmin joudutaan turvautumaan päihdehuollon erityispalveluihin. Päihdetyön koulutusta tulee järjestää kaikille ryhmille, ei vain asiasta kiinnostuneille. Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisäätöissä täydennyskoulutuksessa tulee kiinnittää erityistä huomiota päihdetyön osaamisen kehittämiseen.

Päihdeongelmaisten äitien ja vauvojen kanssa tehtävän työn onnistumisen edellytys on, että ammattilaiset sekä perus- että erityispalveluissa suhtautuvat äiteihin ilman ennakoasenteita ja ovat valmiita yhteistyöhön heidän kanssaan. Tällainen lähtökohta työskentelylle vaatii osaamisen kehittämistä, saumatonta yhteistyötä ja usein tuomitsevien asenteiden muuttumista sosiaali- ja terveydenhuollossa suhteessa päihdeongelmaisiin raskaana oleviin naisiin. Osa äideistä jää palveluiden ulkopuolelle, koska päihteidenkäytön puheeksi ottaminen ei yksin riitä, hoitoon ohjaaminen vaatii työntekijältä ymmärtämystä ja kärsivällisyyttä. Lisäksi äiti tarvitsee työntekijän rinnalleen kulkemaan ja tukemaan motivaatiota.

Neuvoloihin tulee saada yhtenäiset toimintaohjeet.

Päivitettäviin lastenneuvolaoppaaseen ja äitiysneuvolaoppaaseen on saatava yhteinen ohjeistus nollatoleranssista alkoholin käytön suhteen. Sama ohjeistus nollatoleranssista on lisättävä myös kaikkiin oleellisiin sosiaali- ja terveystoimen ammattilaisten käytössä oleviin oppaisiin.

4.2 Odotusaikaan liittyvät ehdotukset

4.2.1 Äitiysneuvolassa on otettava päihteet puheeksi mahdollisimman varhain

Päihteiden, erityisesti alkoholin käyttö, on otettava puheeksi kaikkien asiakkaiden kanssa. Audit-kysely on tehtävä jo ensikäynnillä ja tarpeen mukaan säännöllisesti myös muilla käynneillä tämän jälkeen. Arviointi on kirjattava ylös ja tarvittaessa sovittava jatkotoimenpiteistä. Myös puolison alkoholin käyttö on kartoitettava Audit-kyselyllä.

Äitiysneuvola on oikea paikka päihteiden käytön puheeksi ottamiseen, koska useimmat äidit, päihteitä käyttävät äidit mukaan lukien, haluavat saada terveen lapsen ja ovat siksi odotusaikana valmiita toimiin tämän varmistamiseksi mahdollisimman pitkälle. Äitiysneuvola on sikiön ja äidin kannalta otollinen paikka ottaa päihteiden käyttö puheeksi. Myös puolison päihteiden käyttöä on syytä kartoittaa. Tämä tapahtuu yksiselitteisimmin pyytämällä molempia vanhempia täyttämään Audit-kysely. Ellei äidin mukana kotiin lähetettyä kyselyä palauteta, voi myös tämä olla indikaattori päihteiden käytöstä tai muusta ongelmasta.

Alkoholinkäyttö on otettava puheeksi kaikkien kanssa, sillä raskauden aikana tulisi pidättäytyä kokonaan päihteiden käytöstä. Tämän vuoksi Audit-kysely on myös toistettava säännöllisesti. Audit-kysely palvelee myös alkoholinkäytön varhaisessa tunnistamisessa. Neuvoloissa tulee kiinnittää erityistä huomiota raskauden aikana tupakoiviin äiteihin, koska muita päihteitä käyttävät äidit löytyvät yli 90 %:sti heidän joukostaan.

Myös puolison päihteidenkäyttö on kartoitettava, sillä se palvelee myös raskaana olevan päihteidenkäytön tunnistamista. Samassa yhteydessä voidaan tuoda esille, että puoliso voi omalla käytöksellään vaikuttaa siihen, että odotusaikana ei käytetä päihteitä. Samalla voidaan vaikuttaa tulevan lapsiperheen elämäntapoihin.

Päihteidenkäyttöä epäiltäessä voi epäilyksen varmentaa tarkennetulla päihdeanamneesilla ja esimerkiksi virtsan huume- ja alkoholiseulonnalla. Jos raskaana olevan kohdalla Audit-pistemäärä (8) täyttyy, on potilas ohjattava äitiyspoliklinikalle tai potilaan tulee tavata A-klinikan työntekijä mielellään neuvolas-
sa, jos kynnyks muualle hakeutumiseen on korkea.

Päihteitä käyttävien äitien tunnistamiseksi erityistä huomiota tulisi kiinnittää anksiolyyttejä tai unilääkkeitä (kaikkia keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä) käyttäviin tai ”paniikkihäiriöstä” kärsiviin äiteihin.

Määräaikaisten terveystarkastusten lisäksi alkoholin käytön arviointi äitiysneuvolassa on tehtävä osana laajaa terveystarkastusta, jossa selvitetään koko perheen hyvinvointi.

Uudessa neuvolatoimintaan kohdistuvassa asetusluonnoksessa (STM 2008) ehdotetaan äitiysneuvolaan yhtä laajaa terveystarkastusta, jossa arvioidaan koko perheen hyvinvointi. Tässä yhteydessä tulee kartoittaa päihteiden käyttö perusteellisesti. Tällöin tavoitetaan myös tulevat isät ja on mahdollista vaikuttaa molempien vanhempien elämäntapoihin ajankohtana, jolloin tulevat vanhemmat mielellään tarkistavat terveystottumuksiaan.

Odotusaikana tai synnytyksen jälkeen on tehtävä kotikäynti kaikille raskaana oleville niin, että puoliso on paikalla, jolloin on mahdollista tutustua perhetilanteeseen tarkemmin.

Uudessa neuvolatoimintaan kohdistuvassa asetusluonnoksessa (STM 2008) ehdotetaan, että ensimmäistä lastaan odottavan perheen tai ensimmäisen lapsensa saaneen perheen luokse tulee järjestää kotikäynti ja muita käyntejä tulee järjestää tarpeen mukaan. Kotikäynnin yhteydessä tulee selvittää perheen elinoloja ja elämäntapoja, myös päihteiden käyttö, perheen omassa ympäristössä sekä tavata kaikki perheenjäsenet. Pulmien varhainen tunnistaminen ja vanhempien varhainen tukeminen edistää terveellisten elämäntapojen omaksumista.

Äitiysneuvolan ja sosiaalitoimen yhteistyötä on lisättävä osana ehkäisevää lastensuojelua. On tarjottava kotiin vietyä tukea ja yhteistyötä, jos perheen muista lapsista on tehty ilmoitus lastensuojelutarpeen selvittämiseksi.

Uuden lastensuojelulain mukaan neuvolatoiminta on osa ehkäisevää lastensuojelutyötä. Työntekijöiden välistä moniammatillista yhteistyötä tulee lisätä, jotta eri tahot ovat tietoisia lapsiperheen tilanteesta. Tällöin on mahdollista kohdentaa varhaista tukea sitä eniten tarvitseville, jolloin avunsaantiin ei tule viiveitä. Vanhempien jaksamista ja arjen jäsentämistä on mahdollista tukea kotiin viedyin palveluin.

On erityisen hälyttävää jos odottavan äidin aikaisemmat lapset näyttävät olevan lastensuojelun tarpeessa. Tilanteessa, jossa jo olemassa olevista lapsista on tehty ilmoitus lastensuojelutarpeen selvittämiseksi, tarvitaan lisää toimenpiteitä. Tämä tarkoittaa, että perheelle on tarjottava kotiin tuotavaa tukea (kotipalvelu, perheyö) ja äitiysneuvolan ja sosiaalitoimen on järjestettävä asiasta yhteispalaveri.

4.2.2 Äitiysneuvolapalveluissa on aktiivisesti tuettava päihteitä käyttävän äidin päihteiden käytöstä pidättäytymistä

Äitiä on rohkaistava käyttämään juomispäiväkirjaa, jonka avulla tarpeen mukaan seurataan alkoholin käyttöä.

Äitiysneuvoloissa on seurattava aktiivisesti odottavan äidin päihteiden käyttöä ja sitä koskevia muutoksia. Konkreettisinta tämä on, kun äiti kirjaa päivittäin ylös päihteiden käytön ja tämä juomispäiväkirja käydään läpi jokaisella neuvolakäynnillä. Kaikkien neuvolakäyntien ja terveystarkastusten yhteydessä on syytä antaa kaikille perheille ajantasaista terveysneuvontaa päihteiden käytön haitoista sikiölle ja lapsille.

Äidille ja puolisolle on järjestettävä mahdollisuus lisäkäynteihin neuvolaan ja tarvittaessa tarjota heille kotikäyntejä, kun Audit-kyselyn tai muun tiedon perusteella epäillään tarvittavan erityistä tukea päihteiden käytöstä pidättäytymiseksi.

Lisäkäynnein ja kotikäynnein on mahdollista kohdentaa tukea eniten sitä tarvitseville ja arvioida tilanteen kehittymistä ja puuttua mahdollisimman varhain kielteisiin kehityskuluihin.

Erityisen tuen järjestämiseksi on laadittava yhteistyössä perheen kanssa tavoitteellinen suunnitelma, jonka toteutumista seurataan.

Suunnitelman teko ja tavoitteisiin pääsyn seuranta edistävät tilanearviota ja sitä, että kielteisiin kehityskuluihin puututaan mahdollisimman varhain. Tavoitteisiin pääsy motivoi jatkamaan myönteisiä tottumuksia.

Erityisen tuen tarpeen arvioimiseksi, suunnittelemiseksi ja järjestämiseksi äitiysneuvolan on tehtävä yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa, jos perheessä ei ole ennestään lapsia, ja lastensuojelun kanssa, jos perheessä on lapsia sekä erikoissairaanhoidon ja muiden tarvittavien tahojen kanssa.

Erityisen tuen tarpeen tunnistamiseksi, arvioimiseksi ja tuen kohdentamiseksi tehdään moniammatillista yhteistyötä kunnan eri toimijoiden kanssa. Mikään ammattiryhmä ei yksinään pysty vastaamaan tämän päivän perheiden pulmiin. Yhteistyö edistää tiedottamista ja palveluketjujen ennalta sopimista, jolloin perhettä on mahdollista auttaa mahdollisimman varhain.

4.2.3 Äitiysneuvolapalveluiden ulkopuolelle jäävien tai jättäytyvien tuleamista neuvolaan on tuettava

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on muistutettava hedelmällisessä iässä olevia päihdeongelmaisia naisia siitä, miten tärkeää on havaita raskaus varhain.

Päihdeongelmaiset naiset käyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, vaikka eivät raskausaikana menisikään äitiysneuvolaan. Siksi yleisenä sikiövaurioiden ehkäisynä toimii se, että hedelmällisessä iässä olevia päihdeongelmaisia naisia muistutetaan siitä, miten tärkeää on havaita raskaus varhain ja miten haitallisia päihteet ovat sikiölle.

Päihteidenkäyttäjille tarkoitetuissa matalan kynnyksen palveluissa on tarjottava mahdollisuus tehdä raskaustesti.

Terveydenhuollon, asunnottomien sosiaalipalvelutoimiston, sosiaalipäivystyksen ja poliisin on rohkaistava raskaana olevia päihteiden käyttäjiä hakeutumaan äitiysneuvolaan, vedoten mahdollisuuteen varmistaa lapsen terveys ja äitiysavustuksen saamiseen.

Äidit, jotka eivät hakeudu äitiysneuvolaan, ovat joko erityisen hyväosaisia (hakeutuvat yksityiselle gynekologille raskauden seurantaan) tai syrjäytyneitä. Syrjäytyneet äidit asioivat usein odotusaikana muissa terveys- tai sosiaalipalveluissa. Näille tahoille tulisi antaa täsmällinen neuvo kehottaa päihteitä käyttäviä äitejä hakeutumaan neuvolaan (lukuun ottamatta luonnollisesti esimerkiksi hätätilanteita). Houkutteenä voi käyttää äitiysavustusta ja mahdollisuutta varmistaa lapsen terveys. Etenkään syrjäytyneille äideille ei ole selvää, että äitiysavustus on sidoksissa neuvolakäynteihin, eli että sen saadakseen odottavan äidin on käytävä terveystarkastuksessa neuvolassa tai lääkärissä ennen neljännen raskauskuukauden päättymistä.

Äitien tavoittaminen ja auttaminen jo raskausaikana vaatii etsivää työtä. Etsivän työn avulla mahdollistetaan matalan kynnyksen kohtaamisia, joissa äitejä voidaan ”houkutella” ottamaan apua vastaan. Nykyistä etsivää työtä ovat muun muassa matalan kynnyksen avoimet ryhmät raskaana oleville päihdeongelmallisille (usein toteutetaan yhteistyössä neuvoloiden kanssa), yksittäisten asiakkaiden kanssa tehtävä tiivis motivointityö ja kannattelu (asiakas ei ole tuolloin virallisena asiakkaana ja myös tässä tiivis yhteistyö neuvolaan) ja nettiryhmät.

Kunnallisen asuntopolitiikan ja pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishojelman keinoin on varmistettava turvallinen asuminen ja tarvittavat asumisen tukipalvelut haavoittuvissa oloissa eläville päihdeongelmallisille naisille.

Varsinkin raskaana olevista päihteitä käyttävistä naisista hoito- ja erityispalvelujärjestelmä tavoittaa sosiaalisesti kaikkein huono-osaisimmat naiset, joiden päihderiippuvuus painottuu huumeiden käyttöön, ja joiden sosiaaliset elinolot ovat niin epävakaat, että tarpeenmukaiseen jatkohoitoon hakeutuminen ja siinä pysyminen on epätodennäköistä. Asumisjärjestelyjen ja riittävien tukipalvelujen avulla saadaan asiakkaiden elämään myös onnistuneen ja pitkäjänteisen kuntoutuksen kannalta riittävää vakautta.

4.2.4 Hoitoon ohjaamista varten on oltava riittävästi tarjolla erityispalveluita

Tieto ja erityisosaaminen on keskitettävä isoihin yksiköihin (yliopistollinen sairaala/ keskussairaala), mutta osa seurantaa voidaan toteuttaa myös äitiysneuvolassa (esim. huumeseulat).

Äiti pysyy neuvolan asiakkaana siitä huolimatta että hän käy myös äitiyspoliklinikalla. Vastuu hoidosta ja seurannasta säilyy peruspalveluilla. Koska äitiyspoliiklinikat voivat sijaita kaukana ja etenkin päihteitä käyttävän äidin voi olla vaikea järjestää matkoja, tulisi tarvittavat toimet toteuttaa lähellä, eli äitiysneuvolassa.

Koska kaikkia päihdeongelmaisia ei ole mahdollista tunnistaa ilman heidän omaa halukkuuttaan hakeutua hoitoon, on hoidosta tehtävä mahdollisimman helposti saavutettavaa ja houkutteleva vaihtoehto päihteidenkäytölle. Hoidon olisi myös jatkuttava mahdollisista retkahduksista huolimatta, sillä tutkimusten mukaan hoidon pituus on merkittävä hoidon lopputulokseen vaikuttava tekijä hoidon sisällöstä riippumatta. Hoitojärjestelmän lähtökohtana on se, että turvallinen ja luottamuksellinen asiakassuhde mahdollistaa äidin päihteidenkäytöstä puhumisen jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Läheisyysperiaatteen toteuttamiseksi osa erikoissairaanhoidon seurannasta voidaan toteuttaa myös pienemmissä synnytyssairaaloissa lähempänä päihteitä käyttävän äidin kotipaikkaa, vaikka pääasiallinen hoitovastuu ja erityisosaaminen sekä konsultaatiot olisivat esimerkiksi yliopistosairaalassa. Tämä koskee lähinnä haja-asutusalueita.

Äitiysneuvoloita varten on laadittava kirjalliset kriteerit, milloin äiti tulee lähettää erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikalle (mm. HAL-poliklinikat).

Yksi kriteeri hoitoon ohjaamiseksi on Audit-pistemäärä 8 tai yli.

”Saattaen vaihtamisen” tulisi olla periaatteena siirryttäessä paikasta toiseen, koska yleensä tämä potilasryhmä on taitava manipuloimaan henkilökuntaa ja kertomaan eri asioita eri hoitopaikoissa eri työntekijöille. Myös hoidon jatkuvuus ja samat pysyvät työntekijät olisivat tärkeä periaate, ihannetilanteena koko hoitoketjun löytyminen saman katon alta.

C-hepatiitin seulontaa neuvolanäytteenä tulisi harkita, koska C-hepatiittiin on olemassa lääkitys, ja sen prevalenssi ainakin pääkaupunkiseudulla on suurempi kuin hiv:n tai B-hepatiitin. Sikiön pienikokoisuuden tai ennenaikaisuuden uhan tai epäilyn vuoksi seurannassa olevien äitien osalta tulisi myös rutiininomaisesti ottaa huomioon päihdeseulonta-anamneesi.

Audit-kyselyä laajempaa päihteidenkäyttökartoitusta on kehitetty esimerkiksi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Tarve laajempaan luotettavaan päihteiden käytön mittaamisvälineeseen on olemassa.

Kun äitiyspoliklinikalla todetaan, että äiti tarvitsee sosiaalitoimen järjestämää päihdelaitoshoidoa tai päihdeongelmien hoitoon erikoistunutta ensikotia, maksusitoumus on myönnettävä lääkärin lähetteen perusteella. Päihteitä käyttävien äitien seurannassa on hoidon onnistumiseksi toteutettava niin sanottua yhden luukun periaatetta, jotta vältetään asiakkaan/potilaan juoksuttaminen eri viranomaisten luona.

Lääkärin lähetteen perusteella pääsee mielenterveyspalveluihin, muttei sosiaalitoimen laitospalveluihin. Palveluihin pääsy voi riippua siitä saako maksusitoumuksen vai ei. Raskaana olevan tulisi päästä tarvitsemiinsa palveluihin huolimatta siitä minkä toimialan piiristä apua haetaan. Terveystuhoon palveluista esimerkiksi neuvolalääkärin lähetteen perusteella on saatava sosiaalitoimen maksusitoumus.

Erikoissairaanhoidon HAL-poliklinikka-malli on luotava kaikkiin yliopistollisiin ja keskussairaaloihin niin, että keskussairaaloiden äitiyspoliklinikoilla järjestetään erityisiä HAL-vastaanottoja päihteidenkäyttäjien hoidon ja seurannan toteutusta varten.

Tällä hetkellä erityistason erikoissairaanhoidossa eli yliopistollisissa sairaaloissa toimivat HAL (huumeet, alkoholi, lääkkeet) -poliklinikat. Tämä päihteitä käyttävien äitien hoitoon keskittynyt HAL-toiminta on ulotettava kaikkiin keskussairaaloihin. Pienemmissä keskussairaaloissa HAL-toiminta voidaan järjestää erillisen HAL-poliklinikan sijasta osana äitiyspoliklinikkaa. Nämä äitiyspoliklinikoilla pidettävät HAL-vastaanotot huolehtivat päihteidenkäyttäjien hoidosta ja seurannasta.

Ensi- ja turvakotien liiton Pidä kiinni -hoitojärjestelmä on vakiinnutettava sosiaalihuollon erityispalveluna.

Ensi- ja turvakotien liiton Pidä kiinni -hoitojärjestelmä on toistaiseksi toiminut RAY:n rahoituksella, mutta rahoitus ei enää jatku. Koska toiminta on osoittautunut niin hyödylliseksi, se tulisi ottaa sosiaali- ja terveystoimen rahoituksen piiriin. Tästä järjestelmästä aiheutuvat kustannukset tulee ottaa huomioon vuoden 2010 budjettiesityksessä sosiaali- ja terveystoimen valtionmomentilla. Tällöin kunnat rahoittavat toiminnan valtionosuudella tuettuna.

Lastensuojelulain mukaisen perhekuntoutuksen tarjoamista on lisättävä.

Lastensuojelulain (417/2007) 37 § todetaan, että lapselle voidaan järjestää asiakassuunnitelmassa tarkoitettulla tavalla avohuollon tukitoimena tuen tarvetta arvioivaa tai kuntouttavaa perhehoitoa taikka laitoshuoltoa yhdessä hänen vanhempansa, huoltajansa tai muun hänen hoidostaan ja kasvatuksestaan vastaavan henkilön kanssa. Näitä paikkoja, joissa kuntouttavaa perhehoitoa voidaan järjestää, ei kuitenkaan ole tarjolla riittävästi.

4.2.5 Raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen hoitoon pääsy on varmistettava

Vapaaehtoisesti hoitoon hakeutumisen on oltava helppoa ja asianmukaisia päihdepalveluita on tarjottava jo ennen raskautta. Tahdosta riippumattomalla hoidolla ei voi eikä tule korvata riittämättömiä päihdepalveluita, mutta tätä vaihtoehtoa tulee käyttää silloin, kun kaikki muut keinot on käytetty.

Tahdosta riippumattoman hoidon tuloksellisuudesta ei ole yksimielisyyttä ja moniin tutkimuskysymyksiin on löydettävissä täysin vastakkaisia tutkimustuloksia. Monissa tutkimuksissa todetaan, ettei tahdosta riippumaton hoito ole kustannustehokasta eikä tuloksellista pitkällä tähtäimellä. Hoidon tehokkuus kärsii muun muassa jatkohoidon puutteesta sekä pakon aiheuttamasta kielteisestä asenteesta, joka estää luottamuksellisen suhteen syntymistä asiakkaan ja terapeutin välille.

Päihdeongelmien osalta tiedetään, että hoito, myös tahdosta riippumaton hoito, hoitaa myrkytykset ja vieroitusoireet. Sen sijaan hoito ei ole erityisen tuloksellista, kun mittarina on pysyvämpi riippuvuuden ja häiriökäyttäytymisen poistaminen. Vieroitusoireiden tahdosta riippumaton hoito on näin helpommin perusteltavissa kuin pitkäaikainen riippuvuuden voittamiseen tähtäävä tahdosta riippumaton hoito.

Vaikka alkoholi on Suomessa yleisimmin käytetty ja sikiön kehitykselle haitallisin päihde, huumeiden käyttö on pääasiallinen hoitoon ohjaamisen syy. Neuvoloihin jaetuissa ohjeissa pelkkä huumeekokeilu riittää lähettämisen perusteeksi, kun taas alkoholin osalta hoitoonohjausta suositellaan vain suurkuluttajille. Neuvolassa asioivat päihdeongelmaiset naiset saattavat peitellä riippuvuuttaan ja erityisesti alkoholin riskikäyttö jää helposti havaitsematta.

Ennen tahdosta riippumattoman hoidon harkintaa on oltava kattavasti tarjolla hoitoa vapaaehtoisesti hoitoon haluaville ja hoitajaksojen on oltava riittävän pitkiä. Tahdosta riippumattoman hoidon valtuuksia laajentamalla ei pidä yrittää ratkaista vapaaehtoisen hoidon saatavuuden, laadun ja imagon ongelmia.

Raskaana oleville naisille on säädettävä subjektiivinen oikeus päästä välittömästi hoidon tarpeen arviointiin ja arvioinnin edellyttämään päihdehoitoon.

On epäeettistä määrätä ketään tahdosta riippumattomaan hoitoon, mikäli hoitoon hakeutuminen vapaaehtoisesti on hankalaa. On ensisijaista varmistaa jokaisen päihteitä käyttävän äidin oikeus päihdehoitoon (ns. subjektiivinen oikeus) mikä mahdollistaa äidin päihteettömyyden sekä raskausaikana että sen jälkeen. Parhaiten tämä varmistettaisiin sillä, että asiasta säädettäisiin lastensuojelulain 10 pykälässä.

Lakimuutokseen on yhdistettävä tiedotuskampanja, jossa tiedotetaan oikeudesta päästä välittömästi päihdehoitoon ja muistutetaan varhaisen hoitoon ohjaamisen merkityksestä sikiön tai vauvan kehityksen kannalta.

4.2.6 Tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyviä säädöksiä on täsmennettävä

Selvitetään mahdollisuus valmistella vapaaehtoista tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat säännökset Tanskan ja Norjan mallin mukaan. Tämä tarkoittaa sitä, että raskaana oleva nainen voi itse sitoutua hoitopaikkaan allekirjoittamalla hoitosopimuksen, joka on voimassa sovitun ajan, vaikka henkilö muuttaisi mielensä halustaan pysyä hoidossa.

Tällä hetkellä Tanskassa ja Norjassa on käytössä malli, jossa raskaana oleva nainen voi itse hakeutua tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilö itse voi sitoutua hoitopaikkaan allekirjoittamalla hoitosopimuksen, jonka rikkomisesta kohdellaan kuin tahdosta riippumattoman hoidon rikkomista. Työryhmä esittää, että tällaista mahdollisuutta tutkittaisiin myös Suomessa. Työryhmä ei ole erikseen paneutunut tähän ehdotukseen liittyviin mahdollisiin perusoikeudellisiin ongelmiin. Norjassa toiminta on parhaillaan arvioinnin kohteena.

On säädettävä mahdollisuus tahdosta riippumattomaan hoitoon syntyvän lapsen terveystuon perusteella.

Tarve päihdehuoltolain tahdosta riippumattomien puuttumisperusteiden käytölle tulee harvoin kysymykseen, mutta sen periaatteellinen selkiyttäminen tehostaisi sikiölle aiheutuvien terveystuon ehkäisyä. Päihdehuoltolain valmistelun ja säätämisen (1986) jälkeen tietämys odottavan äidin alkoholinkäytön vaikutuksista sikiön terveyteen on lisääntynyt. Myös YK:n lapsen oikeuksien sopimukseen on sitouduttu sen jälkeen. Tieteellinen näyttö sikiön terveystuon riskistä on riittävän yksiselitteinen niin, että se voi olla perusteena puuttumisvaltuudelle. Olisi siis mahdollista säätää mahdollisuus tahdosta riippumattomaan hoitoon syntyvän lapsen terveystuon perusteella.

Laki mahdollistaa nyt henkilön määräämiseen hoitoon terveystuon perusteella ainoastaan viideksi vuorokaudeksi. Tämä mahdollistaisi vain puuttumisen lyhytaikaisesti akuuttiin päihdekierteeseen. Mahdollisuutta tahdosta riippumattomaan hoitoon tulee pidentää 30 vuorokauden ja arvioinnin pohjalta hoitoa tulee voida jatkaa aina raskauden loppuun asti. Tahdosta riippumaton hoitopäätös tulee purkaa, mikäli tarvetta ei enää ole. Hoitolaitoksen tulee arvioida tarve 30 vuorokauden välein. Hoitoa tulee ensisijaisesti käyttää potilaan motivoimiseen pitkäaikaiseen vapaaehtoiseen päihdekuntoutukseen tai raskauden aikaiseen raittiuteen. Myös päihteitä käyttävän odottavan äidin tahdosta riippumattoman hoidon sisältöä ja rakenteita on kehitettävä tästä näkökulmasta.

Tahdosta riippumattomaan hoitoon tulee siis sisältyä tavoite sitouttaa odottava äiti vapaaehtoiseen raskauden aikaiseen päihdekuntoutusohjelmaan. Näin ollen koko raskauden aikaisen päihdekuntoutusketjun olemassaolo on välttämätön ehto myös tahdosta riippumattomille toimille eräissä ääritilanteissa. Lääkärille tulee säätää toimintavelvoite tahdosta riippumattoman hoidon arvioimiseksi päihteitä ongelmallisesti käyttävien odottavien äitien osalta.

Tällä hetkellä päihdehuoltolain 18 § lisää turhaa byrokratiaa, joten sen voi kumota. On järkevää, ettei tahdosta riippumatonta hoitoa antavaa yksikköä tarvitse hyväksyttää erikseen.

On luotava hoidon sisältö ja rakenteet tahdosta raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten tahdosta riippumattomalle hoidolle. Päihdehuoltolain kaikki tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät säännökset on uudistettava perustuslain edellyttämällä tavalla täsmällisiksi ja tarkkarajaisiksi.

Työryhmän asiantuntijakuulemisessa on käynyt selville että Suomen päihdehuoltojärjestelmässä ei ole nykyistä huolimatta vakiintuneita hoitokäytäntöjä terveystuon- tai väkivaltaperusteisen tahdosta riippumattoman päihdehuollon toteuttamiseksi myöskään muissa kuin sikiön suojelutilanteissa. Lainsäädäntöä ja käytäntöä on näin ollen tarpeen kehittää laajemminkin. Lisäksi kaikki tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät säännökset tulee uudistaa perustuslain edellyttämällä tavalla täsmällisiksi ja tarkkarajaisiksi ja niihin tulee lisätä täsmälliset ja tarkkarajaiset säännökset tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamisesta, henkilön kuulemisesta, päätöksen mahdollisesta alistamisesta, hoidon jatkamisesta, hoidon lopettamisesta ja muutoksenhausta.

Koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan itsemääräämisoikeuden rajoitukset sisältävän puitelain valmistelussa tulee ottaa huomioon myös päihdeongelmaisia äitejä koskevat erityiskysymykset.

KASTE-ohjelman mukaan hallituskauden aikana käynnistetään sosiaali- ja terveydenhuollon rajoitteita ja pakotteita koskevan lainsäädännön valmistelu. Tässä yhteydessä tulee täsmentää myös päihdehuoltolain tahdosta riippumatonta hoitoa koskevia säädöksiä niin, että nämä yllämainitut raskaana olevia päihteiden käyttäjiä koskevat työryhmä ehdotukset tulevat huomioon otetuiksi. Työryhmän asiantuntemus ei riitä kaikkien päihteitä käyttävien raskaana olevien perusoikeuksiin liittyvien erilaisten juridisten ongelmien pohtimiseen vaan ne tulee ratkaista yhteisen lainsäädäntövalmistelun yhteydessä.

4.3 Lapsen syntymän jälkeiseen aikaan liittyvät ehdotukset

4.3.1 Lastenneuvolassa on otettava päihteet puheeksi mahdollisimman varhain

Vanhempien alkoholin käyttöä koskevien tietojen on siirryttävä äitiysneuvolasta lastenneuvolan käyttöön, jotta pystytään arvioimaan alkoholin käytössä tapahtuneita muutoksia.

Äitiys- ja lastenneuvola muodostavat jatkumon, jolloin työntekijällä tulee olla perustiedot perheen elintavoista muun muassa alkoholin käytöstä. Tämän tiedon avulla on mahdollista arvioida elintavoissa tapahtuneita muutoksia myös lapsen syntymän jälkeen.

Lapsen syntymän jälkeen vanhempien alkoholin käyttö on otettava puheeksi ensimmäisellä tai toisella määrääaikaisella terveystarkastuskäynnillä ja arvioitava päihdehoidon tarve.

Mitä pienempi lapsi on, sitä riippuvampi hän on vanhempiensa huolenpidosta. Mikäli jompikumpi tai molemmat vanhemmat ovat päihdehoidon tarpeessa, on tarvittava hoito varmistettava. Lapsen tarpeiden huomioiminen ja kuntoutus edellyttää riittävän pitkää hoitojatkumoa, jotta lapsen turvallisuus ja terve kehitys voidaan varmistaa.

Neuvolassa on jaettava tietoa siitä, miten lapset kokevat vanhempien alkoholinkäytön ja mitä haittoja siitä lapsille aiheutuu.

Lasten vanhemmat eivät aina tule ajatelleeksi vanhempien alkoholin käytön lapsissa aiheuttamaa turvattomuutta. Jokaisen aikuisen ja perheen tulee pohtia alkoholiin liittyviä asioita, jotta aikuisten alkoholin käytöstä aiheutuvia haittoja lapsille voidaan vähentää.

Alkoholin käytön arviointi tehdään myös kaikissa laajoissa terveystarkastuksissa osana vanhempien hyvinvoinnin arviointia.

Neuvolatoimintaan kohdistuvassa asetusluonnoksessa (STM 2008) ehdotetaan lastenneuvolaan kolmea laajaa terveystarkastusta, joissa arvioidaan koko perheen hyvinvointi ja tavataan myös isät. Tällöin on mahdollista edistää kaikkien perheenjäsenten terveellisiä elämäntapoja.

Kaikkien lastenneuvolassa toimivien terveydenhoitajien on käytettävä Audit-kyselyä työssään säännöllisesti.

Valtakunnallisten selvitysten mukaan Audit-lomaketta käytetään lähinnä äitiysneuvolassa. Lapsiperheissä vanhempien alkoholin runsaasta käytöstä aiheutuu turvattomuutta etenkin lapsille. Alkoholin käytön tunnistamiseksi Audit-lomake on otettava systemaattiseen käyttöön kaikkien lastenneuvolassa asioivien perheiden kanssa. Lähes kaikki pienten lasten perheet asioivat lastenneuvolassa, joten tällöin on mahdollista jakaa vanhemmille ajantasaista tietoa alkoholihaitoista sekä puuttua kielteisiin kehityskuluihin mahdollisimman varhain.

4.3.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät tukitoimet on käynnistettävä mahdollisimman varhain

Osana ehkäisevää lastensuojelutyötä tehostetaan neuvolan, päivähoidon, kotipalvelun ja lastensuojelun yhteistyötä. Lasten hyvinvointisuunnitelmassa arvioidaan yhteistyössä palvelu- ja resurssitarve.

Pienten lasten osalta keskeistä on ammattilaisten kyky tunnistaa vanhempien päihdeongelmaa ja ryhtyä ripeästi toimenpiteisiin perheen tukemiseksi. Tässä tarvitaan neuvolan, päivähoidon, terveydenhuollon, sosiaalitoimen sekä poliisin osaamista, yhteistyötä ja sujuvaa tiedonkulkua ja selkeää vastuunjakoa.

Neuvolassa on kartoitettava mahdollisimman varhain perheiden erityisen tuen tarve ja tarjottava perheille lisäkäyntejä, kotikäyntejä ja neuvolan perhetyötä.

Erityisen tuen tarpeesta on tehtävä suunnitelma tuen kohdentamisesta perheelle ja tavoitteiden saavuttamista on arvioitava.

Perheiden on saatava tarpeen mukaan kotipalveluita ja perhetyötä.

Lapsiperheiden kotipalveluita on vähennetty, joissain kunnissa jopa lopetettu. Perheissä, joissa käytetään runsaasti päihteitä, kotipalvelut ovat keskeinen keino tukea vanhempien jaksamista ja lapsen hyvinvointia kotona. Perhetyötä tarjotaan hyvin vaihtelevasti kunnissa. Perhetyön merkittävydestä perheiden arjen jäsentämisessä ja vanhemmuuden vahvistamisessa on laajaa tutkimusnäyttöä.

Perheille on tarjottava mahdollisuus tukihenkilö-, tukiperhe- ja vertaistukitoimintaan.

Vertaistuki on osoittautunut tärkeäksi keinoksi päihteiden käytön hallinnassa. Julkisen palvelujärjestelmän on ohjattava päihdeongelmaiset vanhemmat vertaistuen piiriin. Tämä on erityisen tärkeää paljon muuttavien perheiden kohdalla, joilla sosiaalisen tuen saanti on muutenkin vähäistä.

Lastensuojelulain mukainen lastensuojeluilmoitus on tehtävä, jos epäillään lapsen hyvinvoinnin vaarantuvan vanhempien päihteiden käytön vuoksi.

Lastensuojelulain mukaan ilmoituksen tekoa on madallettu, eikä ilmoituksen tekoon tarvita näyttöä. Ilmoittajatahoa voidaan kuulla tai hänet voidaan kutsua

mukaan selvitysprosessiin, mikäli se on asian selvittämisen vuoksi tarpeellista. Neuvolan ollessa ilmoittajatahona on toivottavaa, että terveydenhoitaja tai lääkäri on mukana yhteistyöpalaverissa, jotta he voivat osaltaan tukea lasta ja perhettä mahdollisimman hyvin.

4.4 Rakenteelliset ehdotukset

Jokaiseen kuntaan tai yhteistoiminta-alueilla kuntien yhteistyönä osana terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaa on luotava yleinen päihdestrategia. Suunnitelmaan kirjaetaan myös erityisryhmien paikalliset, alueelliset ja valtakunnalliset palvelut ja siinä varmistetaan raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten ja vauvaperheiden hoitoon pääsy.

Kesällä 2008 annetussa mietinnössä esityksestä terveydenhuoltolaiksi esitetään, että jokaisella kunnalla tulee osana kuntasuunnitelmaa tai erikseen laadittava suunnitelma kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävästä sekä terveysongelmiä ehkäisevistä toimista ja palveluista sekä niihin varattavista voimavaroista. On välttämätöntä, että tähän suunnitelmaan sisältyy yleinen päihdestrategia, jonka yhtenä osana on raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten ja vauvaperheiden hoitoon pääsy. Strategian tulee sisältää myös ehkäisevän päihdetyön toimenpiteet. Näin varmistetaan sekä ehkäisevät että korjaavat palvelut.

Raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten intensiivisen ja pitkäkestoisen laitoshoidon järjestämisvastuu ja päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten hoidon kehittäminen keskitetään valtakunnallisena tehtävänä yhdelle laajan väestöpohjan kuntayhtymälle.

Raskaana olevien naisten intensiivinen laitoshoido on kallista tarvittavan erityisosaamisen varmistamisen ja pitkien hoitoaikojen takia. Hoidon kalleus voi pahimmillaan estää raskaana olevan naisen pääsyn tarvittavaan hoitoon. Kustannusten taseaus hoidon toteuttamisessa varmistaa perusoikeuksien toteutumisen ja hallitusohjelman lausuman: lasten oikeuksien turvaamiseksi varmistetaan raskaana olevien naisten hoito.

- 2009:
- 1 Sikiön poikkeavuuksien seulonta. Seulonta-asetuksen täytäntöönpanoa tukevan asiantuntijaryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2754-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2755-1 (PDF)
 - 2 Selvitys EVO-pisteitä tuottaneista terveystieteellisistä julkaisuista vuosilta 2003-2005. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2756-8 (PDF)
 - 3 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi.
ISBN 978-952-00-2767-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2768-1 (PDF)
 - 4 Raskaan olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen –työryhmän raportti. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2769-8 (PDF)