
**”MIELESTÄNI LAPSEN ETU MENE
ÄIDIN OMAN TAHDON EDELLE”**

– perhetukikeskus Päiväperhon asiakkaiden näkemyksiä
raskaana olevan pakkohoidosta



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Sosiaalialan koulutusohjelma

Lahdensivu 29.4.2011

Hanna Kinnunen

Outi Lahtinen

Sosiaalialan koulutusohjelma
Hämeenlinna

Työn nimi ”Mielestäni lapsen etu menee äidin oman tahdon edelle”
– perhetukikeskus Päiväperhon asiakkaiden näkemyksiä ras-
kaana olevan pakkohoidosta

Tekijät Hanna Kinnunen ja Outi Lahtinen

Ohjaava opettaja Päivi Veikkola

Hyväksytty _____ . _____ . 20 _____

Hyväksyjä

HÄMEENLINNA
Sosiaalialan koulutusohjelma

Tekijät	Hanna Kinnunen ja Outi Lahtinen	Vuosi 2011
Työn nimi	”Mielestäni lapsen etu menee äidin oman tahdon edelle” – perhetukikeskus Päiväperhon asiakkaiden näkemyksiä raskaana olevan pakkohoidosta	

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksella kartoitettiin päihdeongelmaisten äitien ja isien näkemyksiä raskaana olevan tahdosta riippumattomasta hoidosta eli pakkohoidosta ja siitä, millaista hoito voisi toteutuessaan olla. Aineisto kerättiin yhteistyössä Tampereen kaupungin lastensuojelun erityispalveluja tarjoavan perhetukikeskus Päiväperhon kanssa. Kohderyhmänä olivat asiakkaat, jotka osallistui kyselyn toteuttamisajankohtana keskuksen päihdekuntoutukseen lastensuojelullisen huolen vuoksi. Kyselyn pohjana käytettiin sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 julkaisemaa selvitystä raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamisesta, jossa ehdotetaan muun muassa mahdollisuutta hoitaa raskaana olevaa päihdeongelmaista naista tahdosta riippumatta tämän allekirjoittaman hoitosopimuksen nojalla.

Tällä kyselytutkimuksella haluttiin nostaa esiin asiakkaiden näkökulma: vastanneilla asiakkailla on kokemusta sekä päihdeongelmasta että lastensuojelullisesta huolesta ja toteutuessaan pakkohoito saattaisi koskettaa heitä. Kyselyn kohdentaminen sekä äideille että isille antoi kokonaisvaltaisen näkemyksen perheen tarpeista odotusaikana ja sen jälkeen. Kysely käsitti 12 kvantitatiivista kysymystä ja kaksi kvalitatiivista, avointa kysymystä. Näkemysten lisäksi kysyttiin, kuinka kauan hoidon tulisi kestää, jotta sillä olisi päihdeettömyyteen motivoivaa vaikutusta, ja olisiko hoitoon velvoittavasta hoitosopimuksesta ollut heidän kohdallaan hyötyä.

Tutkimustulosten mukaan suurin osa vastaajista puolsi mahdollisuutta hoitaa raskaana olevaa päihdeongelmaista äitiä tämän tahdosta riippumatta. Hoidon toivottiin kuitenkin olevan asiakaslähtöistä ja perustuvan lapsen turvallisen kehityksen varmistamiseen. Tuloksissa painottui myös pitkäkestoisen hoidon tarve ja koko perheelle annettava tuki.

Avainsanat pakkohoito, päihdeongelmat, lastensuojelu, asiakaslähtöisyys

Sivut 63 s. + liitteet 10 s.

Hämeenlinna
Degree Programme in Social Services

Authors	Hanna Kinnunen & Outi Lahtinen	Year 2011
Subject of Bachelor's thesis	"In my opinion, the best interest of the child comes before the mother's will" – Opinions of Family Support Centre Päiväperho's Clients on Coercive Treatment of Pregnant Women	

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to study the opinions of mothers and fathers with substance abuse issues on coercive treatment of pregnant women and to assess what kind of treatment they would find useful. The research was conducted in cooperation with family support centre Päiväperho providing special child welfare services for the City of Tampere. The material was collected from clients who participated in drug and alcohol rehabilitation due to child welfare concerns during the survey period. The basis for the study was the account of the Finnish Ministry of Social Affairs and Health outlining how to assure treatment of pregnant women with substance abuse issues, published in 2009. The account proposes, for example, the option of treating pregnant women with substance abuse issues against their will after the mother has signed a treatment contract.

This survey wants to bring forward the client's viewpoint; the respondents of this survey have experience of substance abuse and child welfare concerns, and they might be affected if coercive treatment for pregnant women is introduced. The survey focused on both mothers and fathers, so that an overall view of the family's needs during pregnancy and after giving birth could be gathered. The survey consisted of 12 quantitative questions and two qualitative open-ended questions. In addition to the viewpoints and the required treatment methods, the survey enquired about the sufficient duration of treatment in order for it to motivate into continued sobriety and whether a treatment contract obligating to participate in treatment would have benefitted them during pregnancy.

According to the results, most of the respondents supported the option of treating the mother with substance abuse issues against her will. The treatment, however, should be client-oriented and be based on guaranteeing the safe development of the child. There is also a need for long-term rehabilitation and support for the whole family.

Keywords coercive treatment, substance abuse, child welfare, client orientation

Pages 63 p. + appendices 10 p.

KÄYTETYT LYHENTEET

AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test; Maailman Terveysjärjestö WHO:n kehittämä kysely, jolla voidaan tunnistaa alkoholinkäytön haittoja
HAL	huumeet, alkoholi, lääkkeet; päihdehoitoa antava poliklinikka
NA	Narcotics Anonymous (eng.), Nimettömät Narkomaanit (suom.)
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	RASKAUSAIKA HOIDOLLISENA MAHDOLLISUUTENA	3
2.1	Päihdeongelmaisten lapsiperheiden palvelujärjestelmä nykyisin	5
2.2	Tahdosta riippumaton hoito	6
2.2.1	Yksilön oikeudet, itsemääräämisoikeus	6
2.2.2	Sikiön oikeudet.....	7
2.2.3	Tahdosta riippumaton hoito Suomessa nykyisin.....	8
2.2.4	Tahdosta riippumaton hoito muissa Pohjoismaissa.....	9
2.3	Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvitys raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamisesta	11
2.3.1	Subjekttiivinen oikeus hoidon arviointiin ja sen edellyttämään päihdehoitoon raskauden aikana ja sen jälkeen.....	12
2.3.2	Tahdosta riippumaton hoito hoitosopimusmallin mukaan	12
2.4	Tutkimuksen lähtökohdat.....	13
2.4.1	Perhetukikeskus Päiväperho.....	14
2.4.2	Tutkimuksen vaikuttavuus yksilöön ja yhteiskuntaan.....	15
2.4.3	Asiakaslähtöisyys	15
2.4.4	Varhainen vuorovaikutus vanhempien ja lapsen välillä.....	16
2.4.5	Perheen merkitys päihdeongelmasta kuntoutumisessa.....	18
2.4.6	Lapsen näkökulma päihdeongelmaisessa perheessä.....	20
2.4.7	Korvaushoito kuntouttamisen tukena	24
3	AIKAISEMPAA TUTKIMUSTA RASKAANA OLEVIEN TAHDOSTA RIIPPUMATTOMASTA HOIDOSTA.....	25
4	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TOTEUTUS	26
4.1	Tutkimusmenetelmänä kyselylomake	27
4.2	Kyselylomakkeiden analyysi.....	29
4.3	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	30
5	TUTKIMUSTULOKSET	32
5.1	Perhetukikeskus Päiväperhon asiakkaiden näkemyksiä raskaana olevan tahdosta riippumattomasta hoidosta.....	33
5.1.1	Tahdosta riippumattoman hoidon kesto	35
5.1.2	Hoitosopimukseen sitoutuminen	37
5.2	Puoltavat näkemykset.....	38
5.3	Vastustavat näkemykset	41
5.4	Tahdosta riippumattoman hoidon sisältö	42
5.5	Hoitopalvelujen tarve raskauden aikana ja sen jälkeen.....	47
5.6	Tiiviin tuen tarve synnytyksen jälkeen.....	51
5.7	Kuntoutumisen kannalta tärkeitä tekijöitä.....	52

6	POHDINTA.....	54
7	LOPUKSI.....	57
	LÄHTEET	59

LIITTEET

Liite 1	Kopio kyselylomakkeesta	
Liite 2	Alkoholi- ja huumeriippuvaisten kokemus raskaudenaikaisesta päihdeongelmasta	
Liite 3	Tahdosta riippumattoman hoidon riittävä kesto alkoholi- ja huumeriippuvaisten mukaan	
Liite 4	Alkoholi- ja huumeriippuvaisten sitoutuminen hoitosopimukseen	
Liite 5	Kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät alkoholi- ja huumeriippuvaisten mukaan	

1 JOHDANTO

Viime vuosina Suomessa on käyty vilkasta keskustelua siitä, kuinka syntymättömän lapsen oikeudet voitaisiin taata, vaikka raskaana oleva äiti kärsisi päihdeongelmasta. YK:n lasten oikeuksien sopimuksessa (1989), jonka Suomi on allekirjoittanut vuonna 1991, määritellään, että lapsella on oikeus erityiseen suojeluun ja huolenpitoon ”sekä ennen syntymää että sen jälkeen”. Vuodelta 2006 olevassa EU:n alkoholistrategiassakin painotetaan nuorten, lasten ja vielä syntymättömien lasten suojelua, ja erityisesti Ruotsin EU-puheenjohtajakaudella 2009 sikiölle ja lapsille aiheutuvat alkoholihaitat oli yksi pääteemoista. (Kouvonen 2010.) Aihe herättää ristiriitaisia tunteita, ja mielipiteitä tahdosta riippumattomasta hoidosta, eli kansanomaisesti pakkohoidosta, on niin asiantuntijoilla kuin tavallisilla kansalaisillakin. Tieteellisesti näkökulmia on kuitenkin tutkittu varsin vähän, eikä asiakasnäkökulmaa ole tahdosta riippumattomasta hoidosta ainakaan Pohjoismaissa selvitetty. Tästä syystä heräsi kiinnostus kuulla asiakkaiden mielipiteitä pakkohoidosta, ja näin kenties vaikuttaa myös valtionhallinnossa valmisteilla olevaan lakimuutosprosessiin asiakasnäkökulmasta.

Matti Vanhasen II hallituksen aloitteesta sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteltu lakiuudistusta, joka varmistaisi raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon ja mahdollistaisi myös hoidon tahdosta riippumatta. Keskeisimmät kohdat selvityksessä ovat ehdotus hoitotakuusta raskaana oleville, joilla esiintyy päihdeongelmia, ja ehdotus tahdosta riippumattomasta hoidosta, kun muut hoitokeinot on jo käytetty. Ministeriön selvityksen mukaan hoitoa voitaisiin antaa Tanskan ja Norjan mallien mukaisesti niin sanotun hoitosopimuksen perusteella. Sopimuksen allekirjoittamalla asiakas sitoutuisi vapaaehtoisesti hoitoon, jota ei voi irtisanoa ennen sovittua ajan päättymistä. (STM 2009, 47.)

Nykyisin tahdosta riippumaton hoito on mahdollista mielenterveys- tai päihdehuoltolain perusteella enintään 30 päivän ajaksi, jos henkilö aiheuttaa vahinkoa joko itselleen tai vaaraa ympäristölleen. Sikiön oikeuksia ei ole kuitenkaan Suomen lainsäädännössä määritelty, joten raskaana olevaa äitiä ei voida määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, vaikka syntymättömän lapsen turvallisuus vaarantuisi. Lisäksi raskaana olevien päihteitä käyttävien äitien hoito sekä hoitoonohjaus vaihtelevat tällä hetkellä suuresti kunnasta riippuen, eivätkä kriteerit, joiden perusteella raskaana oleva nainen ohjataan hoitoon poliklinikoille, ole yksiselitteiset. (Kouvonen 2010.)

Tällä hetkellä palveluja päihdeongelmaisille lapsiperheille tai vauvaa odottaville vanhemmille tuottavat valtakunnallisesti Ensi- ja turvakotien liitto ry:n ensikodit ja avopalveluyksiköt seitsemällä paikkakunnalla lähinnä Raha-automaattiyhdistyksen ja kuntien yhteisrahoituksella. Lisäksi Tampereen kaupunki tällä hetkellä ainoana kunnallisena toimijana tuottaa palveluja lastensuojelun erityispalveluna perhetukikeskus Päiväperhossa. Lisäksi Vantaan kaupungille on perustettu työryhmä, jonka tavoitteena on

kehittää yhtenäinen palvelukokonaisuus Vantaalle Päiväperhon mallin mukaisesti (Lindqvist 2009, 2).

Tutkimuksen yhteistyökumppaniksi valikoitui perhetukikeskus Päiväperho Tampereella käytännön opiskelujakson kokemusten perusteella. Toiminnassa toteutetaan matalan kynnyksen periaatetta, ja toimintaote on varsin asiakaslähtöinen, mikä myös tämän tutkimuksen kannalta on olennaista. Päiväperhon asiakkailta on oma kokemus siitä todellisuudesta, jossa yhdistyy sekä lastensuojelullinen että päihdehuollollinen huoli. Näillä asiakkailta on tärkeää tietoa siitä, mitä seikkoja tulee ottaa huomioon, kun kehitetään palveluja päihdeongelmasta kärsiville perheille.

Tämä tutkimus halusi lähestyä tahdosta riippumatonta hoitoa asiakkaan näkökulmasta ja kuulla, millaisia ajatuksia ja tunteita se itse asiakkaissa herättää. Asiakkaiden kuulemisen kautta haluttiin antaa heille myös tunne siitä, että heidän mielipiteellään on merkitystä, ja näin osaltaan voimaannuttaa asiakasta ja edistää tämän kuntoutumista. Tutkimus oli suunnattu sekä äideille että isille, jotta voitaisiin tuoda esiin molempien vanhempien näkemykset ja tarpeet raskausaikana ja muodostaa mahdollisimman kokonaisvaltainen näkemys kuntoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Kyselylomaketutkimus mahdollisti myös varsin laajan otoksen, mikä on tärkeää, jotta tutkimuksella olisi vaikutusta mahdollisen lakiuudistuksen ja palveluiden kehittämisen kannalta.

Kyselylomaketutkimus toteutettiin Päiväperhon asiakkaille reilun kuukauden aikana vuodenvaihteessa 2010–2011. Kaikkiaan kyselyyn saatiin 52 vastausta, ja suurimmassa osassa oli otettu pakkohoitoon monisanaisesti kantaa. Tämä osoittaa, että asiakkailta on aiheesta paljon sanottavaa. Toiveena onkin, että opinnäytetyö tuo julkiseen keskusteluun asiakkaan näkökulman, joka usein unohtuu jopa sosiaalialan palveluita suunniteltaessa. Toteutetussa kyselyssä käytettiin käsitettä ’tahdosta riippumaton hoito’, jota on käytetty sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä. Asiakkaiden vastauksissa kuitenkin esiintyy käsite ’pakkohoito’, joten näitä kahta käsitettä on käytetty rinnakkain.

Tässä tutkimusraportissa taustoitetaan ensin raskausaikaa hoidollisena mahdollisuutena pureutuen nykyiseen palvelujärjestelmään ja tahdosta riippumattomaan hoitoon. Toisessa luvussa esitellään pääpiirteissään sosiaali- ja terveysministeriön selvitys raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamisesta. Lisäksi hahmotellaan tutkimuksen lähtökohtia ja käsitteitä. Koska asiakaslähtöistä tutkimusta raskaana olevan pakkohoidosta ei ole aiemmin tehty, aiempaa tutkimusta käsitellään vain lyhyesti kolmannessa luvussa, minkä jälkeen esitellään tutkimuksen tavoitteet ja toteutus. Viidennessä luvussa esitellään tutkimustulokset, minkä jälkeen pohditaan saatuja tuloksia. Tämän jälkeen vedetään yhteen tutkimuksen tulosten merkitystä ja jatkotutkimuksen kohteita.

2 RASKAUSAIKA HOIDOLLISENA MAHDOLLISUUTENA

Arvioiden mukaan Suomessa noin kuusi prosenttia raskaana olevista naisista on alkoholin suurkuluttajia eli noin 3 000 sikiötä altistuu päihteille vuosittain. Alkoholi-altistukseen liittyviä oireita esiintyy Suomessa noin 600 lapsella joka vuosi, ja alkoholi onkin yleisin lapselle vaurioita aiheuttava päihde. Huumeiden käyttö raskauden aikana aiheuttaa vieroitusoireita noin sadalle vauvalle vuosittain ja lisäksi suuri määrä sikiöitä altistuu erilaisille vammoille ja sairauksille. (Andersson, M. 2001a, 17.) Kaikkien päihteiden vaikutusta on vaikea arvioida, sillä esimerkiksi sekakäytön vaikutuksia on vaikea todentaa tietystä päihteestä johtuviksi. Lisäksi oireet voivat tulla näkyviksi vasta lapsen kasvaessa, eikä niiden yhteyttä äidin päihteidenkäyttöön voida varmasti osoittaa. (Kujasalo & Nykänen 2005, 47.)

Äitiys on yhtä lailla mullistava kokemus päihdeongelmallisille kuin muillekin naisille. Päihteitä käyttävä äiti kokee usein syyllisyyttä ja huolta lapsen voinnista, ja motivaatio päästä irti päihteistä onkin raskauden aikana ja heti synnytyksen jälkeen suurempi kuin muulloin, ja tätä tulisi hyödyntää ja tukea kaikin mahdollisin tavoin. (Pajulo & Tamminen 2002, 3010–3011.) Andersson (2008, 19) tuo esiin Sternin näkemyksen siitä, kuinka odotusaikana ja totutelllessaan elämään pienen vauvan kanssa äiti on poikkeuksellisen herkistyneessä psyykkisessä tilassa, ja vauva ja vanhemmuus ovat hänen elämässään etusijalla. Toisaalta äitiys nostaa pintaan vanhoja, usein kovin kivuliaita asioita omasta menneisyydestä ja mielikuvia omasta varhaislapsuudesta. Tällöin odottavan äidin on usein työstettävä omaa suhdettaan läheisiinsä, erityisesti äitiinsä ja puolisoonsa. Äidillä on nyt kuitenkin motivaatio ja mahdollisuus löytää uusia ratkaisumalleja ongelmiinsa. (Brodén 2006.) Anderssonin (2008, 19–20) mukaan tulokset voivat olla hyviä ja lapselle voidaan taata terveempi elämä, kun kuntoutuksessa huomioidaan niin äidin kuin sikiönkin tarpeet.

Päihteidenkäyttö raskauden aikana on aina riskitekijä, sillä jo pienikin alkoholi-altistus voi lisätä käyttäytymishäiriöitä myöhemmällä lapsuusiällä (Kujasalo & Nykänen 2005, 45). Alkoholin suurkulutuksen ja huumeiden käytön vaikutukset sikiölle voivat olla todella vakavat, koska istukka läpäisee päihteet ja sikiön maksa kykenee polttamaan niitä hyvin hitaasti. Seurauksena äidin päihteidenkäytöstä voi olla keskenmeno, ennenaikainen synnytys sekä erilaiset kehityshäiriöt ja epämuodostumat tai kehitysvamma (ks. esim. Rautavuori 2001). Tästä syystä jo raskautta suunnitteleville suositellaan päihteettömyyttä (STM 2009, 30). Päihdeongelmainen nainen tulee kuitenkin usein raskaaksi suunnittelemattaan. Lisäksi raskaus voi olla jo pitkällä ennen kuin se todetaan, sillä odottavan äidin kuukautiset ovat voineet olla epäsäännölliset jo pitkään päihteidenkäytön takia. Tästä syystä riskiraskauksia ei usein päästä hoitamaan raskauden varhaisessa vaiheessa. (Nätkin 2006, 28.)

Iso haaste on myös tunnistaa päihteitä käyttävä äiti tämän hakeutuessa äitiysneuvolaan: tutkimuksen mukaan vain joka neljäs päihteitä käyttävä äiti

tunnistetaan neuvolassa (Andersson 2001, 29). Pitkään alkoholia käyttäneen naisen tunnistaa yleensä helposti ulkonäön perusteella, mutta etenkin koulutetut naiset pystyvät helpommin peittämään ongelmansa. Odottava äiti usein kieltää alkoholinkäyttönsä tai vähättelee sitä. (Rautavuori 2001, 32–33.) Neuvolassa terveydenhoitaja pyrkii tekemään arvion äidin päihteenkäytöstä haastattelemalla. Hän voi käyttää apuna myös päihteenkäyttöä kartoittavaa AUDIT-testiä, joka on vuoden 2009 selvityksen mukaan käytössä 46 prosentissa terveyskeskuksista. (Kouvonen 2010.) Sosiaali- ja terveysministeriön ehdotuksen mukaan päihteenkäyttö olisi otettava puheeksi kaikkien neuvola-asiakkaiden kanssa ja AUDIT-testi tulisi tehdä ensikäynnillä ja tarvittaessa uudelleen jatkokäynneillä. Luottamuksen syventyessä päihteenkäytöstä puhuminen saattaa helpottua, joten asiasta on syytä keskustella jokaisella äitiysneuvolakäynnillä. Ongelmakäytön rajana pidetään yleisesti kahdeksaa pistettä, ja ministeriön ehdotus onkin, että jos AUDIT-pistemäärä on kahdeksan tai sen yli, raskaana oleva asiakas ohjataan automaattisesti hoitoon. (STM 2009, 14, 30.) Tällöin olisi tärkeää, että taho, johon odottava äiti ohjataan, pystyisi tarjoamaan pitkäkestoista ja jatkuvaa hoitoa (Kouvonen 2010).

YK:n lasten oikeuksien sopimuksen (1989) mukaan lapsella on oikeus erityiseen suojeluun ja huolenpitoon ”sekä ennen syntymää että sen jälkeen”. Sopimus sisältää velvoitteita, jotka sivuavat raskaana olevien naisten hoitoa. Kolmas ja kuudes artikla viittaavat jo syntyneen lapsen edun turvaamiseen sekä mahdollisimman hyvien edellytysten takaamiseen lapsen henkiinjäämiselle ja kehitykselle. Suoranaisesti raskaudenaikaiseen hoitoon voidaan soveltaa artiklaa 24, jossa todetaan, että lapsella on oikeus parhaaseen mahdolliseen terveydentilaan ja odottavalla äidillä asianmukaiseen terveydenhoitoon ja neuvontaan. Päihdehoidon järjestämisvastuu raskaana oleville naisille on valtiolla ja kunnilla. EU:n alkoholistrategiassa vuodelta 2006 painotetaan nuorten, lasten ja vielä syntymättömien lasten suojelua. Ruotsin EU-puheenjohtajakaudella 2009 sikiölle ja lapsille aiheutuvat alkoholihaitat oli yksi pääteemoista. Pohjoismaista Tanskassa ja Norjassa on jo käytössä hoitotakuu raskaana oleville, joilla esiintyy päihdeongelmia. Näissä maissa myös tahdosta riippumaton päihdehoito on mahdollista raskaana oleville äideille. (Kouvonen 2010.)

’Päihdeäiti’ on käsite, jota on käytetty melko yleisesti niin mediassa kuin tieteellisessä tutkimuksessakin kuvaamaan päihdeongelmasta kärsivää naista, joka on joko raskaana tai pienten lasten äiti. Tutkijoina pidämme päihdeäiti-nimitystä kuitenkin leimaavana; päihkeitä käyttävällä äidillä on muitakin ominaisuuksia kuin pelkkä päihteenkäyttö eikä tietty käyttäytyminen aina johdu päihteistä. Voidaan myös kysyä, kauanko äidin täytyy olla käyttämättä päihkeitä, että hän vapautuu päihdeäidin leimasta. Nätkin (2006, 6) tuo käsitteen leimaavuuden esiin, mutta huomauttaa, että käsitteen avulla ammatillisessa kielenkäytössä voidaan kuitenkin edistää tiettyjen palveluiden luomista ja suuntaamista oikealle kohderyhmälle. Tässä tutkimuksessa on kuitenkin katsottu tarpeettomaksi käyttää päihdeäitikäsitettä ja sen sijaan puhutaankin päihdeongelmaisesta tai päihderiippuvaisesta äidistä.

2.1 Päihdeongelmaisten lapsiperheiden palvelujärjestelmä nykyisin

Tällä hetkellä raskaana olevien päihteitä käyttävien äitien hoito sekä hoitoon ohjaus vaihtelee kuntakohtaisesti. Yliopistollisten sairaaloiden yhteydessä toimii niin sanotun HAL-mallin mukaisia poliklinikoita, joilla hoidetaan huumeita, alkoholia tai lääkkeitä väärinkäyttäviä äitejä. Kuitenkin kriteerit, joilla raskaana oleva nainen ohjataan poliklinikoille, ovat puutteelliset. Lisäksi raskaana olevilla on mahdollisuus käyttää kunnan kaikille päihdeongelmaisille suunnattuja palveluita. Päihdeongelmaisten perheiden hoitaminen vaatii kuitenkin erityisosaamista, ja siksi hoito on pyritty keskittämään. Useat kunnat eivät kuitenkaan ole viime vuosina myöntäneet maksusitoumusta raskaana olevalle naiselle, joka on ollut päihdepalveluiden tarpeessa, tai maksusitoumus on myönnetty liian lyhyelle hoitoajalle. (Kouvonen 2010.)

Varsinaista erityisesti päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja päihdeongelmasta kärsivien lapsiperheiden vapaaehtoisuuteen perustuvaa hoitoa annetaan tällä hetkellä Suomessa kaikkiaan seitsemällä paikkakunnalla. Järjestökentällä Ensi- ja turvakotien liitto ry:n ensikodit ja avopalveluyksiköt toimivat Helsingissä, Espoossa, Turussa, Kuopiossa, Rovaniemellä ja Kokkolassa sekä avopalveluyksikkö Jyväskylässä. Ensi- ja turvakotien liiton vuonna 1998 alkaneen Pidä kiinni -projektin tuloksena syntyneet päihdeongelmien hoitoon erikoistuneet ensikodit on rahoitettu Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) tuella, ja kunnat ovat rahoittaneet toiminnasta noin puolet. Toimintaa oltiin siirtämässä kokonaan valtion rahoittamaksi vähitellen jo vuodesta 2011 alkaen, mutta vuoden 2011 alussa RAY päätti jatkaa toiminnan tukemista vielä vuoden loppuun saakka. Rahoituksen epävarmuus on kuitenkin aiheuttanut päihdeperheiden tukemiseen erikoistuneen ensikodin sulkemisen Jyväskylässä. (Boelius, puhelinkeskustelu 11.4.2011.) Vapaaehtoista hoitoa antaneet kuntoutuspaikat ovat olleet lähes jatkuvasti täynnä, eikä kaikkia tulijoita ole joillakin alueilla voitu ottaa edes vastaan. (Ensi- ja turvakotien liitto ry 2010.)

Tampereen kaupunki tuottaa palveluja raskaana oleville päihdeongelmaisille naisille ja päihdeongelmasta kärsiville lapsiperheille tällä hetkellä ainoana kunnallisena toimijana Suomessa. Palvelua toteuttaa perhetukikeskus Päiväperho lastensuojelun erityispalveluna käsittäen päihdeperheiden palveluita aina kohtaamispaikasta ja päihdeperheisiin erikoistuneesta neuvolasta kriisihoitoon ja perhekuntoutukseen. Toiminnassa toteutetaan matalan kynnyksen periaatetta, ja toiminta on tavoitteellista ja asiakkaan omaa vastuuta pidetään tärkeänä. Toimintakokonaisuus kattaa ajallisesti ja hoidollisesti pitkän ajan niin kauan kuin asiakas palvelua tarvitsee.

Keväällä 2009 asetettiin Vantaalla kaupungin perhepalveluihin työryhmä, joka kokosi selvityksen päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja pikkulasten vanhempien hoitoketjusta Vantaalla. Työryhmä on esittänyt suosituksia hoidon varmistamiseksi ja kehittämiseksi. Suosituksissa pyritään siihen, että raskaana olevien naisten hoitoon pääsy ja päihdeperheissä elävien lasten hoito ja tukeminen varmistetaan Vantaalla. Suosituksissa on yksityiskohtaisia ehdotuksia eri toimijoiden välisen yhteistyön kehittämiseksi ja järjestämisestä. Lisäksi työryhmä on asettanut tavoitteeksi kehittää

yhtenäisen palvelukokonaisuuden Tampereen Päiväperhon mallin mukaisesti. (Lindqvist 2009, 2.)

2.2 Tahdosta riippumaton hoito

Pohjoismaissa päihderiippuvaisten raskaana olevien naisten neuvonta ja hoito ovat rakentuneet ensisijaisesti vapaaehtoisuuteen. Tahdosta riippumaton hoito päihteitä käyttäville raskaana oleville äideille on mahdollista Norjassa ja Tanskassa. Ruotsissa on hoidettu tahdonvastaisen päihdehoitolain perusteella myös raskaana olevia päihderiippuvaisia äitejä. Näissä Pohjoismaissa tarjotaan laajasti hoitoa moniammatillisissa tiimeissä, joihin kuuluu kätilö, lääkäri, sosiaalityöntekijä ja muuta päihdeosaamista omaavaa henkilöstöä. Odottava äiti ja hänen syntyvä lapsensa voivat olla hoidon piirissä, kunnes lapsi täyttää seitsemän vuotta. Odottavaa äitiä seuraavat tutut henkilöt koko prosessin ajan, ja tavoitteena on perheen kuntoutus. Kuitenkin alkoholiongelmaisten hoitoonohjaus ontuu kaikissa maissa, ja erityishoitopalveluiden piirissä on lähinnä huumeongelmaisia. Tästä syystä kaikissa Pohjoismaissa, Islantia lukuun ottamatta, arvioidaan tällä hetkellä hoidon uudelleenorganisointia, jolla sallittaisiin tahdosta riippumaton hoito tilanteissa, joissa sikiön terveys on vaarassa. (Kouvonen 2010.)

2.2.1 Yksilön oikeudet, itsemääräämisoikeus

Suomen perustuslaki suojaa yksilön oikeuksia niin, että jokaisella katsotaan olevan oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Ketään ei saa myöskään kohdella ihmisarvoa loukkaavasti, eikä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti ilman laissa säädettyä perustetta. Lisäksi kansalaisten perusoikeuksiin kuuluu yhdenvertaisuus lain edessä: ilman hyväksyttävää perustetta ketään ei saa asettaa eri asemaan toisen kanssa. Eri asemaan asettamisen perusteeksi ei käy ihmisen sukupuoli, ikä, alkuperä, kieli, uskonto, vakaumus, mielipide, terveydentila, vammaisuus tai muu henkilöön liittyvä syy. (Suomen perustuslaki 2: 6–7 §.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeuksia pohtiva työryhmä on kokoamassa asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta koskevia säädöksiä yhteen säädökseen. Tarve uudistaa lainsäädäntöä koskee muun muassa raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamista. Työryhmä selvittää, onko syytä uudistaa lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), lakia sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) tai muuta sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä, joka tukisi tai vahvistaisi potilaan ja asiakkaan asemaa palveluissa. Uudistuksen tavoitteena on moniammatillisen yhteistyön, palvelujen saatavuuden ja kehittämisen vahvistaminen, jotta tarve turvautua itsemääräämisoikeuden rajoituksiin vähenisi. Työryhmän selvitystyö päättyi 31.12.2011. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisyöryhmä 2010.)

2.2.2 Sikiön oikeudet

Sikiö on osa äidin kehoa, ja Suomen nykyisen lainsäädännön mukaan äidin itsemääräämisoikeus ohjaa myös sikiön oikeuksia: yksilön oikeudet astuvat voimaan vasta lapsen synnyttyä (Tammela & Nuutila 2008, 356). Kuitenkin jo vuonna 1959 YK:n hyväksymä lapsen oikeuksien julistus mainitsee, että ”lapsi ruumiillisen ja henkisen kypsyttämättömyytensä tähden tarvitsee sekä ennen syntymäänsä että syntymänsä jälkeen erityistä turvaa ja huolenpitoa, siihen kuuluva lakisääteinen suojelu mukaan luettuna”. Tämä kohta on sisällytetty myös Suomen vuonna 1991 allekirjoittamaan YK:n lapsen oikeuksien sopimukseen (1989), joka sitoo sopimusvaltioita myös oikeudellisesti. Lapsen oikeuksien sopimuksen artiklassa 24 viitataan myös syntymättömään lapseen: sen mukaan sopimusvaltion tulisi taata asianmukainen terveydenhoito odottaville ja synnyttäneille äideille.

Suomen Lääkäriliiton ohjeiden mukaan myös lääkärin velvollisuus on ”edistää syntymättömän oikeuksia ja mahdollisuuksia tasapainoiseen kehittymiseen” ja tasapainottaa äidin ja syntymättömän lapsen etuja ja oikeuksia ”ihmisarvoa ja elämää kunnioittaen”. Lääkäri kunnioittaa kaikkea elämää, myös ihmisalkiota. Jokainen yhteiskunta määrittelee lainsäädännöllä tai muilla keinoin, missä vaiheessa alkion ja sikiön oikeus elämään voidaan rinnastaa vastasyntyneen vastaavaan oikeuteen, mutta lääketieteelliseltä kannalta sikiöllä on yhtäläiset oikeudet syntyneen lapsen kanssa viimeistään silloin, kun sikiö pystyisi jatkamaan elämäänsä kohdun ulkopuolellakin. (Suomen Lääkäriliitto 2008.)

Suomen lainsäädännössä syntymättömän lapsen oikeuksiin on viitattu laissa raskauden keskeyttämisestä (239/1970, muutos 1085/1992), jonka mukaan raskautta ei voida keskeyttää enää kahdennentoista raskausviikon jälkeen kuin erittäin painavista syistä. Keskeyttäminen voidaan tehdä tietyn edellytyksin vain äidin pyynnöstä ja kahden lääkärin tai terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (nykyisin Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira) luvalla. Jos äidin henki tai terveys on vaarassa, raskaus voidaan keskeyttää vielä myöhäisemmässäkin vaiheessa.

Työsopimuslaissa (55/2001, 2:3 §) ja laissa kunnallisesta viranhaltijasta (304/2003, 3:14 §) säädetään työnantajan velvollisuudesta pyrkiä sijoittamaan raskaana oleva työntekijä tehtäviin, joissa äidin tai sikiön terveys ei vaarannu. Odottavalla äidillä voi olla myös oikeus erityisäitiysvapaaseen. Maaliskuusta 2010 alkaen lastensuojelulaissa (88/2010, 5:25 c §) on mainittu ennakkollinen lastensuojeluilmoitus, joka velvoittaa viranomaiset ryhtymään toimiin lapsen suojelemiseksi, mikäli on syytä olettaa, että ”syntyvä lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen”. Lastensuojelun asiakkuus alkaa kuitenkin vasta lapsen syntymän jälkeen.

Sikiön oikeudet ovat siis aina sidoksissa myös odottavan äidin oikeuksiin, eikä sikiön oikeuksia ole Suomen laissa täsmällisesti määritelty. Tästä syystä odottavan äidin ja syntymättömän lapsen oikeuksista myös keskustellaan vilkkaasti. Lakiuudistusta valmisteltaessa joudutaan pohtimaan sitä, missä raskauden vaiheessa syntymätön lapsi voidaan rinnastaa synty-

neeseen lapseen, kuten Kati-Pupita Mattilakin (2010, 25–27) teoksessaan toteaa. Hän myös esittää, että jos syntymättömän lapsen oikeuksien katsotaan menevän odottavan äidin oikeuksien ohi, ei voida puhua äidin päihdeongelman hoidosta, vaan olisi pikemmin puhuttava ”raskaana olevan naisen tai syntymättömän lapsen pakkohuostaanotosta raskauden ajaksi”. Mattila nostaa myös esiin näkökulman, jonka mukaan päihderiippuvaisten äitien raskauden aikainen tahdosta riippumaton hoito saattaisi myös heikentää syntymättömän lapsen oikeuksia, jos osa päihteitä käyttävistä äideistä katoaisi hoidon ulottumattomiin.

Launis (2009) tuo artikkelissaan esiin moraalisoikeudellisen ristiriidan, jossa lapsen oikeus syntyä terveenä merkitsee syntymättä jäämistä, jos sairautta ei voida poistaa tai ehkäistä tai, kuten päihderiippuvaisten äitien kohdalla, sairauden aiheuttajan toimintaan ja oikeuksiin ei voida puuttua. Hän herättää filosofisen kysymyksen siitä, onko parempi jäädä syntymättä kuin elää sairaana. Vaikka syntyneiden lasten mielipide saattaa vaihdella, Launisin mukaan syntyminen sairaana saattaisi kuitenkin olla parempi vaihtoehto kuin kokonaan syntymättä jääminen.

Tammela ja Nuutila (2008, 356) ovat artikkelissaan sitä mieltä, että yksilön oikeuksissa on menty liian pitkälle, kun raskaana oleva äiti voi vapaasti käyttäytyä miten haluaa välittämättä sikiön edusta. Vielä synnytyshetkelläkin äiti tai molemmat vanhemmat voivat vaatia kohtuuttomia ja sikiön turvallisuuden vaarantavia toimia, kuten kotisyntytystä tai synnytystä pienessä sairaalassa, jossa ei ole resursseja erityishoitoon. Kirjoittajat peräänkuuluttavatkin arvokeskustelua siitä, millaista on asianmukainen hoito, joka takaa lapselle parhaan mahdollisen ennusteen ennen tämän syntymää ja heti synnyttyään.

Tutkijoiden ja muiden asiantuntijoiden lisäksi myös peruspalveluministeri Paula Risikko on huolissaan siitä, ettei sikiön oikeuksia ole laissa määriteltä, vaan syntymätön lapsi kehittyy ympäristönsä armoilla (Välikoski 2010). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan (STM 2009, 48) ”tieteellinen näyttö sikiön terveysvaarasta on riittävän yksiselitteinen niin, että se voi olla perusteena puuttumisvaltuudelle” ja näin ollen on mahdollista säätää myös tahdosta riippumattomasta hoidosta.

2.2.3 Tahdosta riippumaton hoito Suomessa nykyisin

Tahdosta riippumaton hoito on pakon käyttöä interventiona ihmisen elämään. Pakon käyttö vaatii erikseen säädettyä oikeutusta ja on poikkeus ihmisen perusoikeuksiin. Suomessa käytetyin tahdosta riippumattoman hoidon muoto perustuu mielenterveyslakiin. (Karppinen 2008, 285.) Tahdosta riippumatta voidaan määrätä psykiatriseen sairaalahoitoon, jos henkilö on mielisairas ja hoitamatta jättäminen pahentaisi oleellisesti hänen sairauttaan tai vaarantaisi vakavasti hänen terveytensä tai turvallisuutensa. Sama pätee myös silloin, jos muiden henkilöiden terveys tai turvallisuus vaarantuu ja jos mielenterveyspalvelut todetaan soveltumattomiksi tai riittämättömiksi. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 2:8 §.)

Hoito tahdosta riippumatta on mahdollista myös päihdehuoltolain perusteella tietyin edellytyksin. Edellytykset tahdosta riippumattomaan päihdehoitoon ovat olemassa, kun vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Lisäksi tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan antaa, kun henkilö on päihteidenkäytöstä johtuen välittömässä hengenvaarassa tai saamassa vakavan terveysvaaran, ellei päihteidenkäyttöä keskeytetä. Samat edellytykset täyttyvät, jos henkilö vaarantaa perheensä jäsenen tai muun henkilön turvallisuutta, terveyttä tai henkistä kehitystä väkivaltaisella tavalla. Henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon terveysvaaran ja väkivaltaisuuden perusteella enintään viideksi vuorokauksi. Väkivaltaisuuden takia hallinto-oikeus voi jatkaa hoitoa tarvittaessa enintään 30 päivää. (Päihdehuoltolaki 41/1986, 2:10–13 §.) Päihdehuoltolain perusteella tahdosta riippumatonta hoitoa ei kuitenkaan juuri käytetä (Paaso, esitelmä 22.10.2010).

2.2.4 Tahdosta riippumaton hoito muissa Pohjoismaissa

Kaikissa Pohjoismaissa tarjotaan erityispalveluita raskaana oleville päihkeitä käyttäville naisille. Ongelmakohtana voidaan pitää sitä, että erityispalveluiden piirissä on lähinnä huumeita käyttäviä eikä alkoholinkäyttäjien hoitoonohjaus ole riittävää missään Pohjoismaassa. Tahdosta riippumatonta hoitoa toteutetaan vain Ruotsissa ja Norjassa, mutta käytännössä lakia sovelletaan vain huumeidenkäyttäjien. Mahdollisuus raskaana olevan tahdosta riippumattomaan hoitoon on myös Tanskassa, mutta lakia ei ole sovellettu käytännössä. Tahdosta riippumaton hoito ei missään ole tuonut ratkaisua raskaana olevien hoitamiseen. Palvelujärjestelmän kehittämiseen ja päihdeongelmien tunnistamisen lisäämiseen sitä vastoin on todettu tarvetta. (STM 2009, 37.)

Ruotsissa yleinen tahdosta riippumattoman hoidon lainsäädäntö tavoittaa myös raskaana olevia naisia, lähinnä kuitenkin vain huumeidenkäyttäjii. Vuosien 2004–2006 aikana käyttäjiä on määrätty tahdonvastaiseen hoitoon 31 henkilöä. Ruotsissa kuitenkin suunnitellaan omaa lainsäädäntöä raskaana oleville naisille. Äitiysneuvoloissa on meneillään riskikäyttäjien projekti. Projektin tarkoituksena on järjestelmällinen alkoholinkäytön puheeksi ottaminen sekä riski- ja väärinkäyttäjien tavoittaminen. Projektin kautta halutaan selkeyttää menettelytapoja ja kehittää menetelmiä, joilla saataisiin raskaana olevia naisia riittävän aikaisin hoitoon. (STM 2009, 38.)

Norjassa tahdosta riippumatonta hoitoa on voinut saada vuodesta 1996 lähtien, vaikka se onkin vasta viimeinen vaihtoehto kolmitasoisessa hoitojärjestelmässä. Raskaana oleville päihdeongelmasta kärsiville naisille on myös annettu hoitotakuu, jonka mukaan jokaisella odottavalla äidillä on subjektiivinen oikeus vapaaehtoiseen hoitoon. (Kouvonen 2010.) Tahdosta riippumattomaan hoitoon päihdeongelmainen voidaan Norjassa määrätä tuomioistuimen päätöksellä kolmeksi kuukaudeksi kerrallaan. Raskaana oleva voidaan sen sijaan määrätä hoitoon koko raskauden ajaksi, jos on todennäköistä, että sikiölle aiheutuu vaurioita. Käytännössä asiakas aloit-

taa tahdosta riippumattoman hoidon allekirjoittamalla vapaaehtoisesti hoitosopimuksen, jonka mukaan viranomaiset voivat käyttää pakkotoimia sovitun määräajan puitteissa, vaikka asiakas muuttaisikin myöhemmin mieltänsä. Tällaisen hoitosopimuksen voi tehdä myös omasta vapaasta tahdostaan. (STM 2009, 38.)

Vuoden 2010 alkuun mennessä Norjassa oli hoidettu vain 149:ää päihdeongelmaista naista, joista 80 prosenttia oli huumeiden käyttäjiä, jotka ovat tulleet hoitoon myöhään lähes aina kiireellisinä tapauksina. Alkoholivaurioiden ehkäisyssä tahdosta riippumattoman hoidon onkin todettu olevan tehontonta. Huumeita käyttävien raskaana olevien äitien kohdalla tahdosta riippumaton hoito on kuitenkin joissakin tapauksissa taannut paremman terveyden lapselle ja saattanut tukea äitiä pyrkimään kohti päihdeetöntä elämäntapaa. (Kouvonen 2010.)

Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan Norjassa antaa myös psyykkisen sairaanhoitolain perusteella, korkeintaan kolme päivää kerrallaan. Tällöin on yleensä kyse psykoosista, ja asiakkaina on myös huumeongelmaisia. Lyhyellä interventiolla pyritään motivoimaan asiakas hakeutumaan vapaaehtoiseen hoitoon, ja tästä syystä puhutaankin kiinnipitämisestä, ei pakosta. Tahdosta riippumattomasta hoidosta tekee päätöksen kunnan arvion perusteella joko tuomioistuin tai maakunnan lastensuojelulautakunta. Lautakunta voi tehdä nopean päätöksen jopa samana päivänä, mutta tuomioistuin saattaa peruuttaa päätöksen melko usein: tahdonvastaiset toimet on aloitettu vuosittain noin 150 asiakkaan kohdalla, mutta hoitoon on joutunut vain 20–30 henkilöä vuodessa. Vaikka tahdosta riippumaton hoito on voinut johtaa hakeutumiseen vapaaehtoiseen hoitoon, se on työläs prosessi kunnille ja tuomioistuimille. (STM 2009, 38.)

Norjassa on tehty vuonna 2010 valmistuvaksi suunniteltua arviointia tahdosta riippumattomasta hoidosta ja keskitytty ihmisoikeus- ja oikeusturvakysymyksiin ja muihin lakeihin liittyviin pakkoihin ja pakkopykälien mahdolliseen yhdistämiseen. Arvioinnissa on mietitty myös, mitkä olisivat lääkärin mahdollisuudet määrätä asiakas tahdosta riippumattomaan hoitoon ja miksi tahdosta riippumatonta hoitoa ei kunnissa sovelleta juuri muihin kuin huumeriippuvaisiin. On myös nostettu esiin omaisten oikeus saada arvio tahdosta riippumattoman hoidon tarpeellisuudesta. Lakiuudistuksen tavoitteena on myös vahvistaa tukea päihdeongelmaisten perheiden lapsille ja koettaa saada heidät näkyvämmäksi hoitojärjestelmässä sekä taata heille hoito- tai tukisuunnitelma. Uusi laki takaisi lapsille sekä somaattiset että psykiatriset palvelut. Parhaillaan on meneillään myös Tanskan mallin mukainen kokeilu, jossa seurataan raskaana olevia päihderiippuvaisia äitejä aina siihen saakka, kunnes lapset menevät kouluun. (STM 2009, 38–39.)

Tanskassa ei ole käytössä tahdosta riippumatonta hoitoa, mutta naisilla on subjektiivinen oikeus hoitoon palvelulain perusteella. Se takaa naisen pääsyn avo- tai laitoshiitoon 14 päivässä. Tanskassa on panostettu päihdeongelmaisten perheiden, lasten ja raskaana olevien naisten tukemiseen. Työssä pyritään varhaiseen puuttumiseen, vanhemmuuden tukemiseen ja

perheiden vahvistamiseen. Kunnissa on varattu rahaa etsivän työn projekteihin, joiden avulla pyritään löytämään ne naiset, joiden tiedetään jäävän järjestelmän ulkopuolelle. Ammattilaisten viranomaisyhteistyötä on myös lisätty. Tällä on pyritty koordinoimaan toimintaa niin, että raskaana olevat päihdeongelmaiset eivät joudu juoksemaan luukulta toiselle. (STM 2009, 39.)

Vuonna 2007 Tanskassa tuli voimaan laki, jonka mukaan raskaana olevat päihdeongelmaiset naiset voivat tehdä itse sopimuksen tahdosta riippumattomasta hoidosta (STM 2009, 39). Raskaana oleva allekirjoittaa itse hoitosopimuksen, jonka mukaan viranomaisilla on oikeus käyttää pakkoitoimia sovittun ajan puitteissa, vaikka henkilö itse muuttaisi mielensä. Huumeiden käyttäjien osalta tämä käytäntö tuli mahdolliseksi jo vuonna 1992. Vuonna 2007 hoitosopimuksen tarjoaminen tuli pakolliseksi raskaana oleville huumeiden käyttäjille ja vapaaehtoiseen käyttöön alkoholiongelmallisille äideille. (Kouvonen 2010.)

Tanskan malli on sisältänyt ikään kuin kolmeosaisen vapaaehtoisuuden: ensinnä kunnat saivat itse päättää, ottavatko sopimuksen käyttöön, toiseksi hoitolaitos sai päättää hoitosopimuksen käyttöönottamisesta ja kolmanneksi asiakas sai päättää, allekirjoittaako hän sopimuksen. Tähän mennessä yksikään äiti ei ole sitoutunut hoitoon allekirjoittamalla hoitosopimusta. Tanskassa kansanterveydelliset toimet ovat perustuneet perinteisesti vapaaehtoisuuteen, joten tahdonvastaisuutta on ollut vaikea perustella asiakkaille. (Kouvonen 2010.)

2.3 Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamisesta

Matti Vanhasen II hallituksen päihdepolitiikan pohjalta vuonna 2007 alkanut selvitysprosessi raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamisesta sai aikaan selvitystyöprosessin sosiaali- ja terveysministeriössä. Työryhmä sai mietintönsä valmiiksi helmikuussa vuonna 2009. Raportissa painotetaan tarvetta ehkäistä päihdeongelmia ja lisätä päihdetietoisuutta niin kansalaisten kuin ammattilaistenkin keskuudessa. Lisäksi raportissa annetaan ehdotuksia odotusaikaan ja lapsen syntymän jälkeiseen aikaan liittyen. Rakenteellisiksi toimenpiteiksi ehdotetaan kunnallisia päihdestrategioita ja laitoshoidon järjestämistä vastuun jakamista. Selvityksessä korostetaan myös hoitotakuuta tai niin sanottua subjektiivista oikeutta, joka takaisi jokaiselle päihdeongelmasta kärsivälle äidille oikeuden päästä asianmukaiseen päihdehoitoon. Tahdosta riippumattomaa hoitoa pidetään myös tarpeellisena, mutta korostetaan sitä, ettei sillä voida korvata riittämättömiä päihdepalveluita. (STM 2009.) Seuraavissa alaluvuissa käsitellään ministeriön ehdotuksia hoitotakuusta sekä tahdosta riippumattomasta hoidosta, koska ne ovat keskeisimmät aiheet tämän tutkimuksen kannalta.

2.3.1 Subjektiivinen oikeus hoidon arviointiin ja sen edellyttämään päihdehoitoon raskauden aikana ja sen jälkeen

Sosiaali- ja terveysministeriön ehdotuksen mukaan vapaaehtoiisiin asianmukaisiin päihdepalveluihin hakeutumisen tulisi olla helppoa. Palveluita tulisikin tarjota jo ennen raskautta. Lisäksi raskaana olevilla naisilla tulisi olla subjektiivinen oikeus päästä välittömästi hoidon tarpeen arviointiin ja sen edellyttämään päihdehoitoon. Mietinnössä kuitenkin todetaan, ettei tahdosta riippumaton hoito saisi korvata riittämättömiä päihdepalveluita. (STM 2009, 15.)

Kaikkia päihderiippuvaisia naisia ei ole mahdollista tunnistaa, jos he eivät itse ole halukkaita hoitoon. Siksi hoidosta tulisi tehdä helposti saavutettavaa ja houkuttelevaa. Vaikka päihteitä käyttävä raskaana oleva retkahtaisi, hoidon tulisi siitä huolimatta jatkua. Nykyisin asiakkaan pääsy palveluihin voi olla kiinni siitä, saako hän maksusitoumuksen palveluihin vai ei. Raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen tulisi ministeriön selvityksen mukaan päästä tarvitsemiinsa palveluihin riippumatta siitä, haetaanko palvelua terveyden- vai sosiaalihuollon piiristä. (STM 2009, 45.)

Hoitoon sitoutuminen on helpompaa, jos asiakkaalla on tietoisuus siitä, että hoidon kesto määrittyy hänen ja hänen vauvansa tarpeen pohjalta. Vanhemmuutta tulisi hyödyntää päihdekuntoutuksessa päihteettömyyden motivaation lähteenä. Raskausaikana tulisi aloittaa vanhemmuuden tukeminen, koska tämä luo edellytykset varhaisen vuorovaikutuksen syntymiselle ja kehittymiselle. Pelkästä päihteettömyydestä ei ole hyötyä äidin ja vauvan suhteen kannalta. Äitiä ja vauvaa on autettava kiintymyssuhteen rakentamisessa ja siksi hoidon tulisikin jatkua riittävän pitkään vauvan synnyttyä. (STM 2009, 33.)

Päihdepalveluita tulisi siis kehittää niin, että vapaaehtoiisiin palveluihin olisi mahdollista päästä raskauden perusteella mahdollisimman joustavasti ja helposti. Lisäksi tulisi kiinnittää huomiota siihen, että raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten palveluita olisi todella tarjolla riittävästi sekä palveluiden piiriin hakeutumisen kynnyksellä olisi riittävän matala. Selvityksessäkin kuitenkin todetaan, että päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten tukipalveluita ei ole valtakunnallisesti riittävästi tarjolla. (STM 2009, 45–47.)

2.3.2 Tahdosta riippumaton hoito hoitosopimusmallin mukaan

Ministeriön selvityksessä ehdotetaan mahdollisuutta Tanskan ja Norjan mallin mukaiseen vapaaehtoiseen tahdosta riippumattomaan hoitoon, jossa raskaana oleva nainen voisi sitoutua hoitoon allekirjoittamalla hoitosopimuksen. Sopimus olisi voimassa sovittun ajan, vaikka henkilö muuttaisi mielensä hoidosta. Työryhmän mukaan tulisi säätää mahdollisuus tahdosta riippumattomaan hoitoon syntyvän lapsen terveysvaaran perusteella. Tahdosta riippumattoman hoidon päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten kohdalla voidaan kestää 30 vuorokautta, ja arvioinnin pohjalta hoitoa tulisi voida jatkaa raskauden loppuun saakka. Tahdosta riippumaton hoito-

päätös tulisi taas voida kuitenkin purkaa, jos perusteita sen käytölle ei enää ole. Hoitolaitos arvioisi tahdosta riippumattoman hoidon tarvetta 30 vuorokauden välein. (STM 2009, 47–48.)

Tavoitteena olisi, että tahdosta riippumaton hoito keskittyisi henkilön motivoimiseen pitkäaikaiseen vapaaehtoiseen päihdekuntoutukseen tai raittiuteen raskauden aikana. Tämän tulisi olla myös lähtökohtana tahdosta riippumattoman hoidon sisältöä ja rakenteita kehitettäessä. Lisäksi työryhmä ehdottaa, että lääkäreille tulisi säätää toimintavelvoite tahdosta riippumattoman hoidon arvioimiseksi päihderiippuvaisten raskaana olevien äitien osalta. (STM 2009, 48.)

Työryhmä ehdottaa myös, että päihhteitä käyttävien raskaana olevien naisten tahdosta riippumattomalle hoidolle luotaisiin sisältö ja rakenteet. Myös päihdehuoltolain kaikki tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät säännökset olisi uudistettava perustuslakiin perustuen täsmällisiksi ja tarkkarajaisiksi. Päihdeongelmaisia äitejä koskevat erityiskysymykset tulisi ottaa huomioon valmisteltaessa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaa puitelakia asiakkaiden itsemääräämisoikeuksien rajoituksista. (STM 2009, 48–49.)

Mäkelä on artikkelissaan pohtinut sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän selvitystä. Mäkelä ottaa kantaa selvityksen väljään kielenkäyttöön, jota olisi hänen mukaansa täsmennettävä. Mäkelä kaipaisi tarkennusta muun muassa siihen, miten pakkohoito nähtäisiin suhteessa raskaana olevan naisen oikeuteen saada raskaudenkeskeytys. Toisaalta hän pohtii, mitä päihhteitä pakkohoitomahdollisuus koskisi ja miten määriteltäisiin päihhteidenkäytön ja terveysvaaran suhde eli minkä asteisen vaurion vaara riittäisi pakkohoidon perusteeksi. Mäkelää askarruttaa lisäksi se, miten pakkohoito suhteutuu vapaaehtoiseen päihdehoitoon ja mikä on päätökseen osallistuvien viranomaisten harkintavalta. Ihmetystä aiheuttaa myös se, että jos pakkopäätöksen edellytykset täyttyvät, niin mikä on päätöksentekomenettely ja miten hoidon kesto määräytyy. (Mäkelä 2010, 458.)

2.4 Tutkimuksen lähtökohdat

Tämän tutkimuksen lähtökohta on tutkia raskaana olevan päihdeongelmaisen äidin pakkohoitoa asiakasnäkökulmasta perhetukikeskus Päiväperhon asiakkaiden näkemyksiä keräämällä. Aluksi avataan hieman Päiväperhon palvelukokonaisuutta ja sitten päihdeperheiden hoitamiseen liittyviä näkökohtia kuten asiakaslähtöisyys, varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen, perheen merkitys sekä lapsen näkökulma päihdeongelmaisessa perheessä. Lisäksi kyselyvastauksista nousi jakautunut kannatus korvaushoidon puolesta ja vastaan, joten myös nykyistä korvaushoitokäytäntöä on avattu kuudennessa alaluvussa.

2.4.1 Perhetukikeskus Päiväperho

Perhetukikeskus Päiväperho on erikoistunut kohtaamaan vauvaa odottavia äitejä ja isiä sekä lapsiperheitä, joissa vanhemmilla on päihdeongelma. Lisäksi asiakkuuden lähtökohtana on lastensuojelullinen huoli perheeseen syntyvästä tai perheessä asuvasta lapsesta. Päiväperhon tavoitteena on tuottaa joustavia ja asiakaslähtöisesti räätälöityjä palveluja, jotka pitävät sisällään kohtaamistyön, kriisihoidon, hoito-, kuntoutus- ja ohjaustyön, neuvolapalvelut sekä sijaisperheiden tuen. Henkilöstö on jaettu kohtaamisen tiimiin ja hoitotiimiin, joiden palveluista palveluohjaus rakentaa asiakkaiden tarpeiden mukaisen kokonaisuuden. (Tampereen kaupunki 2010.)

Kohtaamisen tiimin tavoitteena on löytää asiakkaat ja luoda luottamussuhde heihin. Tiimin henkilökunta työskentelee matalan kynnyksen kohtauspaikassa sekä kriisi- ja katkaisuosastolla. Hoitotiimin tavoitteena on yksilöllisesti hoitaa ja kuntouttaa asiakkaita, jotka kohtaamisen tiimi on kiinnittänyt hoitoon. Hoitotiimin palvelumuotoina ovat ympärivuorokautinen osastolla tapahtuva perhekuntoutus ja päihdehoito. Kotona asuessaan perhe voi osallistua päivämuotoiseen perhekuntoutukseen tai kotiin voidaan tarjota intensiivistä perhetyötä. Hoitotiimi tekeekin ohjaustyötä perheiden kotiin sekä järjestää erilaisia ryhmiä ja terapeuttisia toimintamuotoja. Perhekuntoutusosastolla on myös mahdollista suorittaa vankilatuomion viimeisiä kuukausia, millä tuetaan perheenjäseniä uudessa tilanteessa. (Tampereen kaupunki 2010.)

Perhetukikeskus Päiväperho tarjoaa lisäksi raskaana oleville päihdeongelmallisille naisille neuvolapalveluja sekä psykologin, gynekologin ja lääkärin vastaanoton. Raskauden seuranta on tiiviimpää kuin alueneuvolassa, millä pyritään tukemaan varhaisen vuorovaikutussuhteen syntymistä syntymättömän vauvan kanssa. Neuvola toteuttaa myös raskaana olevien äitien korvaushoitoa. Lapsen synnyttyä Päiväperhon äitiysneuvola jatkaa lastenneuvolana, mikä mahdollistaa luonnollisen jatkumon perheen elämässä. Lisäksi toiminta- ja fysioterapiapalvelut kuuluvat perhetukikeskus Päiväperhon palveluihin. Palvelukokonaisuuden sisältö ratkaistaan kunkin asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan. (Tampereen kaupunki 2010.)

Päiväperho tekee yhteistyötä erilaisten toimijoiden kanssa myös talon ulkopuolella. Palvelut suunnitellaan asiakkaan tilanteen mukaan, ja henkilökunta toimii rinnallakulkijana. Päiväperhossa pyritään kannattelemaan asiakasta yli vaikeiden aikojen ja arvostetaan sellaista vanhemmuutta, joka kulloisessakin tilanteessa toteutuu. Lapselle voi olla ensiarvoisen tärkeää, että hänellä on kokemus siitä, että hänen äitinsä ja isänsä ovat viettäneet hänen kanssaan edes lyhyen hetken ja rakastaneet häntä. On tärkeää, että vanhemmat ovat niissä olosuhteissa ja siinä elämäntilanteessa tehneet parhaansa, vaikka lapsi ei jatkossa kasvaisikaan biologisessa perheessään.

2.4.2 Tutkimuksen vaikuttavuus yksilöön ja yhteiskuntaan

Tutkimuksen aiheesta on pidetty alustava esitys Päiväperhon taustaryhmässä, johon kuuluu toimijoita päihde- ja lastensuojelutyön alalta Tampereen kaupungilta, Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä sekä järjestöistä. Tutkimustuloksista pidetään esitys edellä mainitulle ryhmälle toukokuussa 2011. Asiakkaille tutkimustulokset esitellään kaikille avoimessa tilaisuudessa Päiväperhon kohtaamispaikalla. Tällöin on myös mahdollista keskustella asiakkaiden kanssa tulosten herättämistä ajatuksista ja tunteista. Tutkimuksen keskeisenä lähtökohtana on asiakkaiden kuulemisen kautta osallistaa heidät oman elämänsä hallintaan ja vaikuttaa palveluntarjontaan tulevaisuudessa. Ideaalina olisikin, että asiakas kokisi itsensä aktiiviseksi osaksi yhteiskuntaa oman näkemyksensä esiinsaamisen kautta.

Tämä tutkimusraportti ja tiivistelmä tuloksista toimitetaan sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen tehneen työryhmän puheenjohtajalle Kari Paasolle, joka on saanut tutkimuksen kuluessa jo esitietoa aiheesta Päiväperhon johtajan Tuija Forsbergin välityksellä. Sama materiaali toimitetaan myös sosiaali- ja terveysvaliokunnalle, koska tehtyjen lakialoitteiden käsittelyn myötä aiheen valmistelu on edennyt valiokuntatasolle. Mahdollisesti tutkimustulokset tullaan esittelemään myös valtakunnallisilla päihde- ja mielenterveyspäivillä Tampereella lokakuussa 2011. Samoin tutkimustuloksista koostettu lehdistötiedote toimitetaan suurimmille valtakunnallisille sanomalehdille sekä Tampereen alueen paikallislehdille.

Tutkimuksella on pyritty lisäämään asiakkaan tietoisuutta omista voimavaroistaan, joilla voi vaikuttaa yhteiskunnalliseen päätöksentekoon. Vaikka vaikutus yksilöön ei olisi välitön, voi asiakas tulla myöhemmin tietoisiksi omista vaikutusmahdollisuuksistaan ja osallistua yhteiskunnan kehittämiseen. Tämä voidaan ajatella sosiokulttuurisen innostamisen näkökulmasta. Tutkimus on mahdollistanut asiakkaan kuulumisen vastaajaryhmään, joka on tuonut esiin näkemyksiään. Tämä on mahdollisesti avartanut asiakkaan omia käsityksiä pakkohoidosta, lapsen edusta, yksilön ja sikiön oikeuksista sekä päihderiippuvuudesta. Tulevaisuudessa asiakas saattaa vapautua löytämään tasapainoa omaan elämäänsä. (Hämäläinen & Kurki 1997, 205.)

2.4.3 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys on eettisesti laadukkaan sosiaalityön peruseriaatteita. Näistä periaatteista on säädetty laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Sen mukaan sosiaalihuollossa tulee huomioida ensisijaisesti asiakkaan toivomukset ja mielipide ja kunnioittaa hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalla on oltava mahdollisuus vaikuttaa hänelle suunniteltaviin sosiaalihuollon palveluihin ja toimenpiteisiin, joissa on ensisijaisesti aina otettava huomioon asiakkaan etu.

Rostilan mukaan (2001, 39–40) asiakaslähtöisyydessä kunnioitetaan asiakkaan omia käsityksiä ja toimintaa ja annetaan tälle mahdollisuus omalla toiminnallaan vaikuttaa siihen, miten nopeasti ja missä järjestyksessä hänen asiassaan edetään. Asiakkaalle taataan aina myös asiallinen kohtelu. Toiminnan pitäisi perustua yhdessä tekemiseen asiakkaan kanssa, ja yhteistyösuhteessa pitäisi vallita avoimuus ja luottamus. Lisäksi on tärkeää, että työntekijällä säilyy aina vaikeissakin ongelmatilanteissa usko asiakkaaseen, ja hän näkee asiakkaan voimavarat takertumatta ongelmiin ja vaikeuksiin. Voimavarakeskeisyydessä pyritään kuulemaan asiakasta ja lähtemään hänen tavoitteistaan ja tarpeistaan sekä herättämään halu toimia oman elämänlaadun parantamiseksi, niin sanotusti voimaantumaa. Näin asiakas alkaa itsekkin uskoa positiiviseen muutokseen.

Ihmisen arvostava kohtaaminen sekä asiakaslähtöisyys kuuluvat olennaisesti perhetukikeskus Päiväperhon arkeen sekä siellä tehtävään työhön: asiakkaan aito, arvostava kohtaaminen on yksi keskeisiä työn arvolähtökohtia. Asiakas kohdataan ihmisenä ja auttaminen pohjautuu rinnalla kulkemisen ajatukseen. Asiakkaan tilanne koetetaan ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon, minkä jälkeen asiakas voi palveluohjauksen avustuksella suunnitella palvelukokonaisuuden, joka parhaiten sopii hänen tilanteeseensa. (Päiväperhon esite 2010.)

Kohtaamisessa käydään kohti toista ihmistä ja hänen ihmisyyttään. Kohtaaminen ihmisten välillä onnistuu vain ihmisyyden kautta. Aidon kohtaamisen edellytys on, että tilanteessa oleminen asettuu suorittamisen tilalle: jakaminen tulee neuvomisen sijaan ja ihmisestä välittäminen ottaa tilan ymmärtämiseltä. Aito kohtaaminen tapahtuu siinä tilassa, joka muodostuu ihmisten elämänpiirien kosketuspinnassa. Tämä edellyttää toisen ihmisen vakavasti ottamista, läsnä olemista sekä jakamista. Aito kohtaaminen mahdollistuu, kun uskaltaa katsoa itseään silmiin. Elämänpiirien kosketuspinta jää syntymättä, jos kohtaamisen osapuolet kieltäytyvät omansa jakamisesta sekä vastaanottamasta sitä, mitä toinen antaa. Aidon kohtaamisen tunnistaa siitä, että jokaisen on mahdollista säilyttää oma elintilansa. Toisen ihmisen tahdon ylittäminen voidaan katsoa toisen elintilan loukkaamisena. Aitoon kohtaamiseen sisältyy sallivuuden ja erilaisuuden hyväksymisen näkökulma. (Mattila 2008, 12–14.)

Tahdosta riippumaton hoito ja aito kohtaaminen eivät ole mielestämme ristiriidassa keskenään, mikäli asiakas kohdataan yksilönä ja hänen kykynsä muuttua uskotaan, vaikei asiakas itse sillä hetkellä tähän uskoisikaan. Asiakaslähtöisyys voi siis toteutua myös hoidettaessa tahdosta riippumatta.

2.4.4 Varhainen vuorovaikutus vanhempien ja lapsen välillä

On tärkeää, että jo odotusaikana päihdeongelmaisen äidin – ja mahdollisuuksien mukaan myös isän – ja syntymättömän lapsen välille aletaan rakentaa vuorovaikutusta, koska omat kokemukset varhaisesta vuorovaikutuksesta ja oman äidin huolenpidosta voivat olla ristiriitaiset ja puutteelliset, jopa negatiiviset, ja ne vaikuttavat merkittävästi kykyyn toimia huo-

lehtivana äitinä ja vanhempana. (Savonlahti, Pajulo & Piha 2003, 329.) Hoitoyksiköissä on tapana luoda äidille mielikuva vauvasta, niin sanottu masuvauva, jolta kysellään kuulumisia ja mietitään, millainen vauva tulee olemaan luonteeltaan ja miltä vauvasta tuntuu esimerkiksi silloin, kun äiti polttaa tupakkaa. Myös kohdussa kasvavan sikiön ajatellaan olevan hoitoyksikön asukas. Toimintaterapiassa voidaan herättää mielikuvia vauvasta raskausrentoutuksen ja maalauksen keinoin. (Stormbom 2008, 117.)

Omahoitajalla on myös merkittävä rooli päihdeongelmaisen äidin vanhemmuuteen ohjaamisessa. Omahoitaja käy asiakkaan kanssa keskusteluja vähintään viikoittain, ja silloin voidaan pohtia muun muassa omia tunteita äidiksi tulemisesta, kehon muutoksista, synnytyksestä ja siihen liittyvistä mahdollisista peloista. Vauvan tarvitsemista tarvikkeista voidaan tehdä listaa ja käydä ostamassa niitä yhdessä. Omahoitaja voi lähteä tukihenkilöksi myös neuvolakäynneille ja asiakkaan halutessa myös synnytykseen. (Stormbom 2008, 117; ks. myös Jaskari 2008, 136.) Koska aiempi päihdeidenkäyttö aiheuttaa äidille syyllisyyden tunteita, tämä tulkitsee usein lääkärin tai kätilön sanomiset väärin ja siksi on tärkeää, että tuttu omahoitaja voi olla mukana (Stormbom 2008, 117). Työntekijän on myös pystyttävä tukemaan äitiä, jos syntynyt lapsi on vammaisen tai kärsii ohimenevistä vaikeuksista, esimerkiksi vieroitusoireista (Mäkiranta 2003, 491).

Näillä tukimuodoilla luodaan positiivista suhdetta äidin ja vauvan välille jo ennen syntymää, ja syntymän jälkeen äidin roolin sisäistäminen on yleensä helpompaa. Erityisen kriittinen tuen tarve päihdeongelmaisilla äideillä on kuitenkin vielä ainakin kuusi kuukautta vauvan syntymän jälkeen. Turvallisella kiintymyssuhteella on merkittävä vaikutus lapsen myöhemmän kognitiivisen, sosiaalisen ja tunne-elämän kehittymisen kannalta, toisin sanoen lapsi uskaltaa kokeilla rajojaan ja tietää tarvittaessa saavansa apua hoivaajaltaan. (Pajulo & Tamminen 2002, 3010.)

Odotusaika on isän oman kasvun kannalta merkittävää aikaa, jolloin hän työstää suhdettaan omaan isäänsä ja samalla lähentyy omaa äitiään ja lapsen saaneita ystäviään. Merkittävää äidin ja lapsen kannalta on kuitenkin se, että parisuhde äidin ja isän välillä on kunnossa, mikä tekee lapsenkin elämästä helpompaa. Isän vuorovaikutuksessa osoittaman herkkyyden ja lapsen turvallisen kiintymyssuhteen väliltä onkin löydetty yhteys, vaikkakin heikompi kuin äidin ja lapsen väliltä. (Sinkkonen 2003, 262–263.)

Heti synnyttyään vauva pyrkii aktiivisesti luomaan vuorovaikutusta häntä hoivaavaan vanhempaan. Päihdeongelmaisen vanhemman oma jaksaminen voi olla koetuksella, koska vanhemmuuden lisäksi hänen täytyy työstää päihteettömyyttään. Äidin päihdeongelman takia vauvalla voi olla myös somaattisia oireita, jotka tekevät vauvan kommunikaatiosta epäselvää ja vaikeaa äidille tulkita. Tällöin äiti ei osaa reagoida vauvan viesteihin riittävän hyvin, ja vauva reagoi tähän negatiivisesti, mikä taas osaltaan lisää äidin ahdistuneisuutta ja heikentää luottamusta omaan kykyyn toimia äitinä. Vauvan mahdollinen synnytyksenjälkeinen tehohoito voi myös vaikeuttaa äidin ja vauvan kiintymyssuhteen syntyä. (Savonlahti et al. 2003, 330–333.)

Hoitoyksikössä äidin jaksamista pyritään tukemaan, mutta apu rajataan tarkasti niin, että päävastuu vauvasta säilyy äidillä ja vauva ja äiti voivat rauhassa tutustua toisiinsa ja rakentaa vastavuoroisuutta. (Mäkiranta 2003, 492.) Onnistumisen kokemuksia koetetaan luoda äidille erilaisin keinoin. Äidillä voi kuitenkin olla epärealistinen ja idealistinen käsitys äitiydestään, jolloin työntekijän tulee ohjata äitiä kohti riittävän hyvää äitiyttä, jotta välttyttäisiin väsymiseltä, täydelliseltä pettymykseltä ja lapsesta luopumiselta. Joskus kuitenkin äidin tunteita vauvaa kohtaa joudutaan odottelemaan, ja pahimmassa tapauksessa vauvan herkkyys kiintymyssuhteen luomiseen voi mennä ohi. Tällöin vauva vetäytyy kontaktin ottamisesta muihin ihmisiin. (Mäkiranta 2003, 492–493.) Kuitenkin Savonlahden, Pajulon ja Pihan havaintojen ja tutkimustulosten mukaan resurssien kohdentaminen äiti-vauvapareihin tuottaa tulosta, ja vaikka lapsi jouduttaisiin myöhemmin sijoittamaan, äiti on ehtinyt luoda suhdetta lapseensa ja sijoittamisen syyt on helpompi selittää hänelle (Savonlahti et al. 2003, 335).

2.4.5 Perheen merkitys päihdeongelmasta kuntoutumisessa

Lapsi tai lapset ovat usein tärkein alkumotiivi vanhemman hoitoon lähtemiselle. Lapsen menettämisen pelko on konkreettinen asia, joka saa päihdeongelmaisen vanhemman miettimään omaa tilannettaan ja toimimaan asioiden muuttamiseksi. Vanhemman kokema syyllisyys voi tosin toimia muutoksen alkuna tai toisaalta se voi lamaannuttaa kokonaan. Oikein kanavoituna syyllisyyden tunne on uutta luova ja muutosta aikaan saava voima. Joskus lapsen takaisin saaminen hoitoon lähtemisen motiivina voi mahdollistaa suuren elämänmuutoksen, jossa ihminen kohtaa päihderiippuvuutensa lisäksi oman identiteettinsä vanhempana. (Ruisniemi 2006, 172.)

Nykyisin äitiys on keskittynyt ydinperheeseen, jossa myös mieheen, lasten biologiseen isään, kohdistuu suuria odotuksia. Äidin ollessa yksinhuoltaja puuttuu häneltä näin ollen yksi keskeinen resurssi. (Nätkin 2006, 41.) Päihdeongelmasta kärsivällä äidillä on käytännössä kaksinkertainen riski yksinäisyyteen ja eristäytymiseen, sillä naisen päihdeongelman jo sinällään katsotaan tuottavan sosiaalista häpeää ja johtavan eristäytymiseen. Ongelmia on saattanut olla jo usealla sukupolvella, joten sukulaisistakaan ei aina ole apua. (Nätkin 2006, 42.)

Päihdeongelma koskettaa aina koko perhettä, mutta silti päihdeongelmasta kärsivää kuntoutetaan useimmiten yksilöllisesti. Tällöin vanhemmat ja lapset erotetaan kuntoutuksen ajaksi, mikä saatetaan nähdä lapsen edun mukaisena. Tämä varmasti onkin joissain tapauksissa totta, sillä vanhemman voimavarat saattavat kulua kuntoutumiseen, eikä hänellä ole resursseja huolehtia lapsesta ja hänen tarpeistaan. Kuitenkin on mahdollista rakentaa ja tervehdyttää vanhemman ja lapsen suhdetta myös kuntoutuksen aikana. Vanhemman ja lapsen suhde voi toimia voimavarana elämänmuutoksessa kummallekin. Vanhemman saavutettua omaa tasapainoaan, voi hän huolehtia lapsestaan kuntoutuksen aikana ja rakentaa tähän suhdetta. (Ruisniemi 2006, 165–166.)

Perhekeskeinen työ ja perheen tukeminen on perinteisesti toteutunut käytännössä työskentelynä äidin ja lapsen kanssa, jolloin vanhemmuus on nähty pelkästään äitiytenä. Nykyisin kuitenkin puhutaan jaetusta vanhemmuudesta ja nostetaan isää esiin aktiivisena toimijana. Päihdeongelmaisessa perheessä isä saatetaan kuitenkin nähdä toisaalta äitiä päihdekulttuuriin mukanaan vetävänä ja lapsesta erottavana tekijänä tai toisaalta isyydessään kehityskelpoisena ja äidin tukena toimivana tekijänä. Usein asiantuntijatkin määrittelevät vanhemmuuden edelleen puheessaan pelkästään äitiydeksi. (Nätkin 2006, 46.)

Vanhemmuuden merkitystä päihderiippuvuudesta toipumisessa on Suomessa tutkittu vain vähän. Kuitenkin läheissuhteet ovat nousseet useissa tutkimuksissa merkittäväksi tekijäksi kuntoutuksen jälkeiselle selviytymiselle. Järvenpään sosiaalisairaala toteutti vuosina 2000–2003 perhekeskeisen huumehoidon kehittämisprojektin yhteistyössä muutaman Etelä-Suomen seutukunnan kanssa. Projektiraportissa todetaan vanhemmuuden olevan asia, joka motivoi elämänmuutokseen. (Ruisniemi 2006, 171–172.)

Perheiden yksilölliset elämäntilanteet ja menneisyys sekä lasten mukanaolo kuntoutuksessa haastavat kuntoutuksen kehittämisen monella tasolla. Vanhempien näkökulmasta lasten mukanaolo kuntoutumisessa on tärkeä voimavara toipumisen kannalta. Lasten näkökulmasta laituskuntoutus pystyy tarjoamaan turvallisuutta, ja turvallinen päivärutiini toimii usein ensimmäisenä askeleena perheen yhteisen arjen muotoutumisessa. Lisäksi kuntoutuksen aikana voidaan rakentaa luottamusta vanhempien ja lasten välille. Päihdekuntoutuksessa olisi lisäksi tarjottava lapselle mahdollisuus traumaattisten kokemusten käsittelyyn. Kuntoutuksen jälkeen perhe voi myös tarvita yksilöllisesti suunniteltua tukea perheen tilanteesta riippuen. (Ruisniemi 2006, 187.)

Raskaana oleva nainen saattaa kokea yksin hoitoon lähtemisen vaikeaksi, koska kokee olevansa kiinteä osa parisuhdetta. Tuleva vauva herättää päihteitä käyttävän isän kuitenkin yleensä myöhemmin kuin vauvan äidin. Isät kohtaavatkin usein ristiriidan äidin tukemisen ja oman päihteidenkäyttönsä välillä. Siksi isien hoito tulisikin kytkeä kiinteästi äitien hoitoon: isäksi tuleminen on otollista aikaa vaikuttaa myös isän päihteettömyyteen. Myöhemmin päihdeongelmasta voi tulla kuormitustekijä, jos isää ei hoideta yhtä aikaa puolisonsa kanssa. Raskaana olevan naisen päihteettömyyden tukemisessa puolison tuki on erityisen tärkeää. Lisäksi naisen omien vanhempien merkitys tuen antajana on merkittävä. (Taipale 2006, 204–205, 208.)

Päihdehoidon yhteydessä vanhemmuuden taitojen opettaminen on osoittautunut toimivaksi ratkaisuksi. Vaikka vanhempi ei halua tai kykene muuttamaan päihteidenkäyttöään, voidaan silti tukea vanhemmuutta ja yrittää muuttaa sitä lapsen kannalta paremmaksi. Puolison mukana oleminen päihdehoidossa tuottaa monenlaisia positiivisia vaikutuksia. Päihdeongelmasta kärsivä voi sitoutua paremmin hoitoon, vaikka hän olisi aikaisemmin vastustellut hoitoon lähtemistä. Retkahduksiin puolison mukana oleminen saattaa vaikuttaa vähentävästi. Lisäksi lapset hyötyvät molempi-

en vanhempien osallistumisesta hoitoon. (Itäpuisto 2008, 94–94.) On kuitenkin huomioitava, että vaikka lapset hyötyvät vanhempien kuntoutumisesta, tulisi ensisijaisesti ajatella lapsen etua ja sitä, millainen vanhemmuus on lapsen näkökulmasta riittävää. Perheen tukemisen tulee olla tiivistä, jotta lapsen etu voidaan varmistaa.

Perheen voimavarojen lisäämisen avulla voidaan tukea ja auttaa perheen lasta. Vanhempien päihteidenkäyttö johtaa perheprosessien häiriintymiseen, mutta prosesseihin vaikuttamalla voidaan perheen elämää parantaa, vaikka päihteidenkäyttöä ei saataisikaan täysin loppumaan. Perheenjäsenten yhtenäisyyden ja erilaisten perherituaalien korostaminen on ensisijaisen tärkeää perheen kanssa työskennellessä. Perheen ongelmien rakentava käsittely mahdollistaa jokaisen perheenjäsenen auttamisen. (Itäpuisto 2008, 108.)

Päihderiippuvaisen vanhemman on usein vaikeaa tunnistaa lapsen tunteita ja tarpeita. Lisäksi vanhemman voi olla vaikeaa erottaa lapsen tunteita ja tarpeita omistaan tai asettaa lasta etusijalle. Vanhemmuuden oppiminen ja opettaminen on kuitenkin mahdollista. Silloin vanhempaa ohjataan ajattelemaan lapsen tunteita sekä asettamaan lapsi etusijalle. (Itäpuisto 2008, 109.) Lapset ja perhe ovat varsinkin naiselle tärkeä voimavara muutoksen toteuttamisessa. Naisella, jolla on lapsi tai lapsia, on useimmiten myös halu olla hyvä äiti ja pitää lapset luonaan. (Auvinen 2001, 128.) Huoli lapsen menettämisestä voi toimia kuntoutumisen motiivina myös isälle.

2.4.6 Lapsen näkökulma päihdeongelmaisessa perheessä

Lapsen näkökulmaa päihdeongelmasta kärsivässä perheessä käsitellään tässä yhteydessä, koska vanhempiensa päihteidenkäytöstä kärsivien lasten tukipalveluihin ei ole sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusten mukaan kiinnitetty riittävästi huomiota. Jos raskaana oleva päihderiippuvainen äiti hoidetaan tahdosta riippumatta, pitää mahdollistaa myös lapsen auttaminen ja tukeminen äidin saaman hoidon ohella. Ei riitä, että tahdosta riippumattomalla hoidolla varmistetaan sikiön terve kehitys, vaan pitää huolehtia lapsen turvallisesta kasvusta ja kehityksestä myös vauvaiässä ja sen jälkeen.

Suomessa noin joka kymmenes lapsi kärsii vanhempiensa päihteidenkäytöstä (STM 2009, 20.) Alkoholipoliittisissa päätöksissä ei ole otettu huomioon lasten kokemuksia ja näkemyksiä. Lasten mielipiteiden kuuleminen on kuitenkin tärkeää, koska vanhempiensa päihdeongelmasta kärsivän lapsen elämä on usein ristiriidassa hyvän lapsuuden ja lapsen oikeuksien kanssa. (Itäpuisto 2008, 8).

Päihdeperheiden arjessa on nähtävissä tiettyjä toimintamalleja, jotka niitä yhdistävät. Vanhempien käyttäytyminen on fyysisesti ja/tai psyykkisesti poissaolevaa, ja heidän käytöksensä ja persoonallisuutensa muuttuu päihdyttymisen seurauksena. Perheessä ei välttämättä ole struktuuria, vaan perheen arkea voi kuvata sanalla kaaos. Lapsille tehtyjä lupauksia ei kyetä pitämään, mistä aiheutuu lapselle toistuvia pettymyksiä. Perheessä tapahtuu

asioita ennustamattomasti, ja perheen sisällä on asioita, etenkin päihdeidenkäyttö, joita salataan tai kielletään. Perheen sisällä onkin usein näkymättömiä sääntöjä, joilla kielletään lasta puhumasta tai vaaditaan tätä salaamaan perheen asioita. Tästä syystä lapsi ei opi valheen ja toden erottamista ja voi valehdella myös asioissa, joissa hänen ei tarvitsisi. (Nousiainen 2001.)

Lapsi ei tule nähdyksi tai kuulluksi, koska vanhemmat eivät kykene kohtaamaan lapsen tarpeita. Päihdeongelmaisessa perheessä lapset kokevat usein pikemmin olevansa vastuussa vanhemmistaan sekä ottavat syyn niskoilleen kotona tapahtuvista asioista. Lapset saattavat kokea vanhempinsa päihdeidenkäytön olevan heidän syynsä. Usein perheessä ei ole tilaa leikille ja fantasialle, vaan lapsi kehittää pikemmin selviytymisstrategioita. Lisäksi tunteet ovat perheessä usein sekaisin, eikä lasten tunteisiin juuri vastata: lapset eivät saa empatian kokemuksia eivätkä myöskään opi tunnistamaan omia tunteitaan. Lapset saattavat tuntea itsensä surullisiksi tai masentuneiksi tietämättä miksi. He kieltävät omat tunteensa tai tukahduttavat ne. Tämän seurauksena lapselle kehittyy huono itsetunto ja heikko kehontuntemus. Lapsi voi näin kehittyä kyvyttömäksi ottamaan huomioon omia tunteitaan ja tarpeitaan, ja toisten tarpeet nousevat ensisijaisiksi. (Nousiainen 2001.)

Päihdeongelmasta kärsivässä perheessä kasvava lapsi voi lisäksi kohdata monenlaisia traumaattisia kokemuksia. Traumaattiset kokemukset pohjautuvat yksin jättämiseen, turvattomuuteen ja juurettomuuteen. Lapsen elämä saattaa muodostua hyvien ja huonojen asioiden vuorottelusta. Elämä saattaa näyttäytyä lapselle kaaoksena, joka sisältää pelkoa, häpeää, syyllisyyttä ja turvattomuuden tunnetta. Lapselle ei jää tilaa, koska perheenjäsenten toiveet, tunteet ja käyttäytyminen heijastelevat päihdeongelmaista. Lapset ovat ehkä kokeneet asioita, joita kaikki ihmiset eivät kohtaa koskaan elämänsä aikana. Lisäksi lapsella voi olla elämäkokemuksia, joita hänellä ei tulisi ikätasonsa mukaan olla. (Holmberg 2003, 8–9.)

Usein lapset kärsivät läheisen päihdeidenkäytöstä kaikkein eniten. Vanhempien kokemus päihdeidenkäytön ongelmallisuudesta voi kuitenkin olla hyvin erilainen. Lapsilla ei ole juuri mahdollisuuksia vaikuttaa perheen tilanteeseen tai päästä pois päihteen käyttäjän läheisyydestä. Lapset kokevat aikuisia herkemmin vanhemman päihteen käytön ongelmalliseksi. Lasten kokemuksissa esimerkiksi humalajuominen ja alkoholiongelma liittyvät läheisesti yhteen. Satunnainenkin humaltuminen ja siihen liittyvä käyttäytymisen muuttuminen saattavat näyttäytyä lapsen silmin ongelmallisina ja jopa uhkaavina. Samankin perheen sisällä lapset saattavat kokea päihdeidenkäytön eri tavoin. Lapsi saattaa tuntea osattomuutta sekä menetyksen ja eron tunteita, koska päihdeongelmainen vanhempi hylkää hänet konkreettisesti tai henkisesti. Päihde toimii lapsen kilpailijana ja voittajana, koska lapsen kokemuksena päihde on vanhemmalle tärkeämpi kuin hän. (Itäpuisto 2008, 28–29, 34–36.)

Päihdetyö on perinteisesti ollut aikuisten kanssa tehtävää työtä. Syynä tähän on ollut, ettei lapsia ole nähty, vaan heidät on jätetty ulkopuolelle, tai

ei vain ole tiedetty, kuinka lasten kanssa työskennellään. Lasten kanssa ei ole haluttu tai uskallettu työskennellä, koska aikuisen kanssa työskentely on koettu helpommaksi tai vähemmän ahdistavaksi. (Nousiainen 2001.) Päihdepalveluiden rakenne huomioi lähinnä vain päihteenkäyttäjän. Hoitoajattelu heijastaa myös kulttuurisesti vallalla olevaa käsitystä siitä, että nimenomaan päihteitä käyttävällä yksilöllä on ongelma – lapsia ja muita läheisiä ei ole huomioitu, eikä heitä ymmärretä itseoikeutettuina avuntarvitsijoina. (Itäpuisto 2008, 77.)

Suomessa on pitkään vallinnut perhekeskeinen ajattelumalli auttamistyössä. Myös päihdeperheiden auttamisessa on vallinnut systeemiteoreettinen malli, jossa perhe nähdään systeeminä, joka muodostuu keskenään vuorovaikutuksessa olevista osatekijöistä, perheenjäsenistä. On ajateltu, että muutos yhdessä osatekijässä vaikuttaa myös toisiin osatekijöihin. Myös lapset ovat olleet osallisina. Systeemiteoreettisen mallin heikkous on, että lapsi ei erotu perheestä erilliseksi yksilöksi, vaan hän on omine ongelmien osa perhettä. Tämän on nähty johtavan aikuislähtöiseen työskentelyyn, jossa lapsen asema on helposti alisteinen työntekijänä toimivalle aikuiselle sekä lapsen vanhemmille. Tämä on lapsen näkökulmasta pulmallista. Vaikka hän osallistuisi ikään kuin tasavertaisena omien asioidensa käsittelyyn, hän ei välttämättä toimi subjektina. Jos lapsi ei toimi subjektina, hän ei tule myöskään kuulluksi tai autetuksi. (Nousiainen 2001.)

Lapsen hädästä päihdeperheessä on tultu tietoisemmaksi sekä yhteiskunnassa yleisemmin että ammattiauttajien keskuudessa. Tämä ei kuitenkaan ole vielä merkinnyt sitä, että lapsi olisi saanut subjektin aseman päihdeperheiden kanssa tehtävässä työssä. (Nousiainen 2001.) Vanhempien tukemisen kautta lapsen asema saattaa kuitenkin kohentua. Vanhempien auttaminen ja tukeminen on tärkeää, mutta tarvitaan myös suoraa lapsen auttamista ja sellaisia menetelmiä, joilla tämä mahdollistuu. (Haavisto 2003, 16.)

Lapsen kokemukset jäävät usein piiloon eri syistä. Lapsi ei ehkä kykene tai halua kertoa kokemuksista, joita vanhempien päihteidenkäyttö hänelle aiheuttaa. Päihteitä käyttävä vanhempi saattaa tiukasti kieltää ongelman olemassaolon pyrkien myös salaamaan asian perheenjäseniltä ja muilta ihmisiltä. Lisäksi on merkittävää, että lapsen kokemusten kuuleminen ja avuntarpeen näkeminen saattaa peittyä ympäristön ihmisten torjunnan, kieltämisen ja vanhemman puolustelun vuoksi. Joskus ajatellaan, että lapsi piilottelee vanhemman päihteidenkäyttöä, koska tuntee vanhempaansa kohtaan lojaalisuutta. Tämä ajattelu kuitenkin syyllistää ja väheksyy lasta. Lapsi todennäköisesti piilottelee vanhemman päihdeongelmaa, mihin voi olla monenlaisia syitä: lapsen salailu voi olla vapaaehtoista tai hän toimii pakotettuna. (Itäpuisto 2008, 69–70.)

Lapsen vaikenemisen taustalla saattaa olla se, ettei hän tiedä kenen puoleen kääntyä tai kuka häntä auttaisi. Ympäristön ihmiset saattavat näyttäytyä lapsen silmissä haluttomilta kuuntelemaan tai ymmärtämään. Tämä lapsen tekemä tulkinta on realistinen, sillä yhteiskunnassamme ei ole paljon palveluja, jotka olisi tarkoitettu lapsille. Lisäksi yhteiskunnastamme

puuttuu henkilöitä, joihin he voisivat olla yhteydessä vanhempien päihdeongelman vuoksi. (Itäpuisto 2008, 72.)

Lapsen avuntarpeen huomaaminen tai myöntäminen ei ole itsestäänselvyys aina edes silloin, kun vanhempi hakeutuu päihdehoitoon. Tutkimukset osoittavat, että päihdeongelmainen vanhempi ei suostu lapsille tarjottuun apuun edes silloin, kun he itse saavat hoitoa. Vanhempi saattaa ajatella suojelevansa lasta, kun lapsi ei joudu kohtaamaan ahdistavia asioita. Lisäksi vanhempi saattaa pyrkiä piilottelemaan ongelmia. Tilanne on lapsen kannalta äärimmäisen negatiivinen, koska hänen kuulemisensa sekä avun ja tuen antaminen ei ole tällöin mahdollista. (Itäpuisto 2008, 74.)

Päihdeperheessä eläneen lapsen selviytymiseen vaikuttavat muun muassa lapsen persoonalliset tekijät, temperamentti, älykkyys, vastuuntunne, positiivinen minäkäsitys sekä sisäinen hallinnan kyky ja usko omiin kykyihin. Myös vauvaiässä saatu riittävä huomio on yksi tärkeistä tekijöistä. Lapsen selviytymiseen saattavat vaikuttaa muun muassa se, missä vaiheessa lapsen elämää vanhempien päihdeidenkäyttö tapahtuu ja kumpi vanhempi päihdettä käyttää. (Nousiainen 2001.) Vanhemman tukeminen varhaisessa vuorovaikutuksessa jo vauva-aikana saattaa olla se tekijä, jolla voidaan turvata lapsen kasvua ja kehitystä.

Lapsi tarvitsee apua ja tukea, joka annetaan suoraan hänelle, häntä prosessissa kuullen (Holmberg, 2003, 9). Tämä vaatii nykyisen aikuislähtöisen näkökulman muuttamista lapsilähtöiseksi. Lapsen kuulemisen tulee tapahtua lapsen omilla ehdoilla, ja lapsen tulee saada apua omana itsenään, erillisenä vanhemmistaan. Vaikka lapsilähtöisessä työskentelyorientaatiossa työskennellään koko perheen kanssa, tietoisesti ja tavoitteellisesti työskennellään myös lasten kanssa. (Nousiainen 2001.)

Vanhemmuuden tukemisessa on oleellista, että vanhemmille korostetaan lapsen näkökulmaa ja sitä, että lapset ymmärtävät paljon ja tarvitsevat tietoa vanhemman ongelmista. Jo ongelmien tunnustaminen voi helpottaa lapsen elämää. Tämä myös avaa lapselle mahdollisuuden puhua ja purkaa omia tunteitaan. Vanhemmille tulee kertoa lapsen tarvitsemasta avusta ja esitellä erilaisia lapsille suunnattuja tukimuotoja. (Itäpuisto 2008, 108–109.)

Vaikka lapsen vanhempi ei itse hakeutuisi hoitoon tai myöntäisi päihdeongelmaansa, tämä ei oikeuta kieltämään apua lapselta, sillä lasta voidaan auttaa, vaikka vanhempi ei itse apua kokisi tarvitsevansaakaan. Pulmaksi saattaa nousta se, miten lapsi saadaan avun piiriin, jos vanhempi kieltää lapsen osallistumisen. Lain mukaan lapsen kanssa toimimiseen tulee saada vanhemman lupa. Tätä ei kuitenkaan tulisi pitää syynä jättää lapsi ilman apua ja tukea. Lapsen tukeminen voisi kenties tapahtua esimerkiksi terveysongelmiin puuttumisen kautta, jolloin tukea voidaan tarjota fyysisen hoidon yhteydessä. (Itäpuisto 2008, 113.)

Suomessa apu, joka on vanhempiensa päihdeidenkäytöstä kärsivien lasten saatavilla, on riittämätöntä ja sitä voi olla vaikea löytää. Lasten erityiset ja

yksilölliset tarpeet usein ohitetaan, ja hoidossa keskitytään vanhempien elämäntilanteeseen. Palvelujärjestelmän heikkoutena voidaan pitää sitä, että päihdeongelmat, perheväkivalta ja mielenterveysongelmat käsitellään eri hoito- ja tukijärjestelmissä, vaikka perheen ongelmat kiteytyvät monesti näiden kolmen psykososiaalisen ongelman yhteyteen. (STM 2009, 20.)

Päihdeongelmista kärsivien perheiden palvelut ovat jakautuneet epätasaisesti eri puolille maata, ja hoitopaikkoja on riittämättömästi. Lisäksi laitokset voivat olla eristäytyneitä, ja kunnat myöntävät hoitopaikkoihin liian lyhyitä maksusitoumuksia. Lastensuojelulaitokset ovat usein vailla päihdeosaamista ja toisaalta päihdekuntoutuspaikat ovat vailla lapsiosaamista. Perhekuntoutusta tarjoavia yksiköitä on liian vähän, vaikka lastensuojelulaki perhekuntoutuksen mainitseekin. Tarvittaisiin näiden välimaaston palveluja, jotka yhdistäisivät avo- ja laitoshuollon, lastensuojelun, päihdehuollon, mielenterveyshuollon, muun kuntoutumisen ja asumispalvelun. (STM 2009, 20.)

Tällä hetkellä lasten saama apu on projektien, määräaikaisten hankkeiden ja yksittäisten ihmisten ja järjestöjen aktiivisuuden varassa. Pulmana tässä on jatkuvuuden puute sekä se, että kaikista toimintamuodoista ei ole tutkittua tietoa siitä, miten ne vaikuttavat lasten kasvuun ja kehitykseen. Lapsilta puuttuu systemaattinen tutkimustietoon perustuva apu, eikä tuelle ja avulle ole määritelty yhtenäisiä kriteerejä. (STM 2009, 21.)

2.4.7 Korvaushoito kuntouttamisen tukena

Seuraavaksi kuvataan korvaushoitokäytäntöä Suomessa ja Tampereella, koska suurin osa Päiväperhon asiakkaista on huumeriippuvaisia ja kerätty tutkimusaineisto sisältää paljon näkemyksiä korvaushoidon tämän hetkistä käytännöistä. Suomessa opioidiriippuvaisia kuntoutetaan vieroitushoidolla, psykososiaalisella hoidolla tai lääkekorvaushoidolla. Vuonna 2002 Suomessa tuli voimaan asetus, joka mahdollisti ylläpitoisuuden. Keskussairaalat arvioivat hoidon tarpeen, ja hoito aloitetaan joko keskussairaalassa tai muussa vastaavanlaisessa yksikössä. Aloituksen jälkeen hoitoa voidaan jatkaa esimerkiksi terveyskeskuksessa tai päihdehuollon tai vankeinhoidon yksikössä. Hoidon aloittavalle tehdään aina hoitosuunnitelma. Lääkehoidon lisäksi hoitosuunnitelmassa määritellään muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito ja niiden seuranta. (Ojanen 2006, 111–112.)

Vieroitushoito tarkoittaa alle kuukauden mittaista nopeaa vieroitusta. Korvaus- tai ylläpitoisuuden on kyse silloin, kun hoito jatkuu yli kuukauden. Korvaushoidolla pyritään asiakkaan aktiiviseen kuntoutumiseen, jotta hän voisi lopulta irrottautua lääkehoidosta. Korvaushoito voi kestää jopa vuosia. Ylläpitohoitoa toteutetaan tilanteessa, jossa ei enää pyritä irti hoidosta. Ylläpitoisuuden pyritään vähentämään niitä haittoja, joita opioidien käyttö aiheuttaa niin yksilölle, yhteisölle kuin yhteiskunnallekin. Lisäksi tavoitteena on yksilön elämän inhimillistäminen ja elämänlaadun parantaminen. (Ojanen 2006, 112.)

Suomessa korvaushoitolääkkeinä käytetään metadonia tai buprenorfiinia. Korvaushoitolääke voidaan luovuttaa vain valvotusti hoitoyksikössä. Kun asiakas on sitoutunut korvaushoidon sääntöihin ja hoito on sujunut sovitusti, voidaan hänelle luovuttaa enintään kahdeksan vuorokausiannosta otettavaksi muualla kuin hoitoyksikössä. Korvaushoidossa olevalta otetaan epäsäännöllisin väliajoin huumeseuloja. (Ojanen 2006, 112.)

Tampereella korvaushoitoon jonotetaan tällä hetkellä noin puoli vuotta, minkä aikana on osoitettava aktiivista opioidien käyttöä. Raskaana olevan ei tarvitse jonottaa korvaushoittoon, vaan hoito pyritään aloittamaan mahdollisimman pian. Raskaana olevalle tehdään raskaudenaikainen korvaushoitopäätös, jolla pyritään turvaamaan sikiön kasvua ja kehitystä. Korvaushoitopäätös voi olla määräaikainen tai kuntouttava. Kuntouttava korvaushoitopäätös tarkoittaa, että päätös on voimassa toistaiseksi. (Backmann, sähköpostiviesti 14.1.2011.)

Tampereella hoitopolku alkaa Tampereen yliopistollisen sairaalan päihdepoliklinikalla, missä hoidon tarve arvioidaan. Varsinainen korvaushoito aloitetaan akuuttipsykiatrian osastolla. Raskaana oleville hoito annetaan Päiväperhon neuvolassa. Myöhemmin vauvan synnyttyä terveyskeskus toteuttaa hoidon. Raskaana olevan puolison korvaushoittoon pääseminen edellyttää Tampereella tällä hetkellä puolen vuoden jonotusaikaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että vauvan isän on käytettävä opioideja korvaushoittoon pääsemiseksi, vaikka vauvan äiti olisi jo korvaushoidossa. Aiemmin raskaana olevien puoliset hoidettiin myös Päiväperhossa, mutta hoitokäytäntö on muuttunut syksyllä 2010. (Backmann, sähköpostiviesti 14.1.2011.)

3 AIKAISEMPAA TUTKIMUSTA RASKAANA OLEVIEN TAHDOSTA RIIPPUMATTOMASTA HOIDOSTA

Päihderiippuvaisten äitien hoitoa on tutkittu paljon Ensi- ja turvakotien liiton toimesta. Näkökulma on painottunut Pidä kiinni -projektin käyttämään toimintamalliin (ks. Andersson, Hyytinen & Kuorelahti 2008 ja Andersson 2001). Päihdeongelmaisten vauvaperheiden kotona tapahtuvaa auttamista taas on tutkittu Tosi-projektin näkökulmasta (Ensi- ja turvakotien liitto 2011). Vanhemmuus ja päihdeongelma ovat yleisemmin aiheena Ritva Nätkinin toimittamassa Pullo, pillerit ja perhe -teoksessa (2006). Päihderiippuvaisten äitien tutkimus painottuu kuitenkin usein synnytyksen jälkeiseen aikaan lastensuojelun näkökulmasta. Hauista huolimatta ei ole löytenyt viitteitä tutkimuksista, joissa olisi kartoitettu äitien näkemyksiä ja mielipiteitä tahdosta riippumattomasta hoidosta. Sikiölle aiheutettu vaara herättää kuitenkin paljon ajatuksia ja tunteita ja on kirvoittanut mielipidepalstoilla vilkasta keskustelua. Usein tässä keskustelussa sikiön oikeuksien katsotaan menevän päihteitä käyttävän äidin oikeuksien edelle. Asiantuntijoilla on kuitenkin erilaisia eettisiä näkökulmia asiaan (ks. Launis 2009, Mattila 2010).

Yleisesti tahdosta riippumattomasta hoidosta on Norjassa tehty vuonna 2006 laaja tutkimus. Siinä on kerätty kymmenen vuoden ajalta tietoa pakkohoitoa toteuttavalla Borgestadklinikenillä hoidetuista äideistä, jotka ovat olleet tahdosta riippumattoman hoidon piirissä. Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan, että naiset, joilla säilyi lapsen huoltajuus, oli otettu pakkohoitoon keskimäärin viisi viikkoa aiemmin kuin naiset, jotka menettivät lapsensa huoltajuuden. Lisäksi tutkimuksessa todetaan, että sikiön terveyden turvaamisesta ei saatu täysin luotettavaa tulosta, mutta pidemmällä raskaus on pakkohoitoon otettaessa, sitä enemmän syntyvällä lapsella on päihteenkäytöstä aiheutuneita oireita. Useimmiten äidin päihdeongelma tulee ilmi naisen oman yhteydenoton kautta. Myös pyyntö pakkohoitoon tulee usein äideiltä itseltään. (Hansen & Svenkerud 2006, 6–7, 43–47.)

Tutkimuksen mukaan pakkohoito onnistui motivoimaan äitejä jonkin verran vapaaehtoiseen päihdekuntoutukseen: 18 naista 30:stä jatkoi vapaaehtoisesta hoitoa, vaikka heidän pakkohoitopäätöksensä purettiin tai lapsi synnytyksen jälkeen otettiin huostaan. Jatkotutkimusaiheissa tuodaan esiin muun muassa tarve tutkia pakkohoidossa olleiden naisten kokemuksia ja tunteita liittyen pakkohoitoprosessiin. (Hansen & Svenkerud 2006, 43–47.)

Asiakkaiden näkökulmaa tahdosta riippumattomaan hoitoon ei ole täten aiemmin Pohjoismaissa tutkittu. Tästä syystä koemme asiakaslähtöisen näkökulman tärkeänä selvittää, erityisesti pakottamiseen liittyviä toimenpiteitä kehitettäessä.

4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TOTEUTUS

Tämän tutkimuksen tutkimustehtävä on ”Millaisia näkemyksiä perhetukikeskus Päiväperhon asiakkailta on raskaana olevien tahdosta riippumattomasta hoidosta päihdekuntoutuksessa?” Tutkimuksen tarkoituksena on löytää vastaus seuraaviin kysymyksiin:

- Miten perhetukikeskus Päiväperhon asiakkaat kokevat raskaana olevien tahdosta riippumattoman hoidon?
- Millaista tahdosta riippumaton hoito voisi Päiväperhon asiakkaiden mielestä olla?
- Millaisten hoitopalvelujen koetaan tukevan kuntoutumista raskauden aikana ja välittömästi sen jälkeen?
- Miten kauan tiivistä tukea tulisi olla saatavilla?
- Millaisia tekijöitä tulisi huomioida kuntoutuspalveluista suunniteltaessa?

Tutkimus toteutettiin perhetukikeskus Päiväperhossa ajalla 20.12.2010–8.2.2011. Kohderyhmänä tutkimuksessa ovat Päiväperhon asiakkaana olevat äidit ja isät, jotka osallistuvat keskuksen päihdekuntoutukseen lastensuojelullisen huolen vuoksi. Kohderyhmää ei tarkemmin määritelty, vaan

kaikilla perhetukikeskuksen palvelujen piirissä olevilla päihdeongelmasta kärsivillä perheillä on ollut mahdollisuus osallistua. Tavoite oli kerätä noin sata vastausta, jotta tulokset olisivat tieteellisesti mahdollisimman luotettavat. Tavoitteeseen ei aivan päästy, mutta kokonaisuutena käsiteltäessä saadut 52 vastausta antavat varsin hyvän kuvan asiakkaiden mielipiteestä – tosin vain perhetukikeskus Päiväperhon asiakaskunnan osalta.

Tiedote kyselystä oli nähtävillä perhetukikeskuksen ilmoitustauluilla neuvolassa, kohtaamispaikalla, kriisi- ja katkaisuosastolla sekä perhekuntoutusosastolla. Lisäksi henkilökunta oli aktiivisesti mukana informoimassa asiakkaita kyselystä, ja tietoa annettiin kotikäynneillä myös asiakkaille, jotka ovat kotona annettavan tuen piirissä. Asiakkaat palauttivat kyselyn kirjekuoressa perhetukikeskus Päiväperhon tiloissa olevaan suljettuun laatikkoon tai postimerkillä varustetussa kuoressa postitse Päiväperhon toimistosihteerille, joka toimitti vastaukset yllä mainittuun suljettuun laatikkoon. Nimiä tai muita henkilötietoja ei missään vaiheessa tutkimusta vastaajilta kerätty, eikä tutkijoiden tiedossa ole, ketkä Päiväperhon asiakkaista ovat vastanneet kyselyyn.

Paperilomakkeella palautetut vastaukset noudettiin kerran viikossa Päiväperhosta ja syötettiin sähköiseen Webropol-järjestelmään jatkoanalysointia varten. Lisäksi kyselyyn oli mahdollista vastata sähköisesti Webropol-lomakkeella. Webropolissa vastaamiseksi vastaajan tuli syöttää ohjelmaan salasana, joka oli saatavilla vain Päiväperhon seinäilmoituksissa. Tämän ja tarkistuskysymyksen (ks. kohta 5.1) katsottiin olevan riittävä tae siitä, että vastaaja on Päiväperhon asiakas.

4.1 Tutkimusmenetelmänä kyselylomake

Kyselylomakkeen käyttämiseen päädyttiin Päiväperhon tarpeesta selvittää palveluiden merkitystä asiakkaille ja toiveesta vaikuttaa valtakunnallisesti lain valmisteluun asiakaslähtöisellä näkökulmalla. Kyselylomakkeella saatiin näkemyksiä niin äideiltä kuin isiltäkin eli mielipiteitä varsin laajalta asiakasjoukolta. Otanta oli satunnainen, mutta se kattaa erilaiset asiakasryhmät varsin kattavasti, koska Päiväperhon työntekijät kertoivat kyselystä asiakkaille eri palveluiden yhteydessä ja tiedote kyselystä oli kaikkien perhetukikeskuksessa käyvien nähtävillä. Lisäksi postitettuja vastauksia saatiin joitakin kappaleita, mikä viittaisi siihen, että aineistossa on myös kotiin tukea saavien asiakkaiden vastauksia.

Kysely oli osittain kvantitatiivinen, osittain kvalitatiivinen sisältäen 12 strukturoitua kysymystä, joista kahdessa oli lyhyt kvalitatiivinen lisäyskohta, sekä kaksi avointa kysymystä. Yleisemmät taustakysymykset olivat strukturoituja, ja pääaiheesta, raskaana olevien tahdosta riippumattomasta hoidosta, kysyttiin avoimilla kysymyksillä. (Ks. liite 2.) Pääpaino kyselyssä on kvalitatiivisessa eli laadullisessa osiossa: tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät näkemykset ovat siis opinnäytetyön keskeisintä aihepiiriä. Lisäksi halutaan selvittää, millaiset palvelut Päiväperhon asiakkaat kokevat tärkeiksi ja miten erityisesti raskaana olevien päihdekuntoutusta voitaisiin kehittää.

Toteutettu kyselylomaketutkimus on poikittaistutkimus, jossa aineisto on kerätty useilta vastaajilta reilun kuukauden aikana. Kyselylomake mahdollisti vastaajalle anonymiteetin, jolloin arkaluontoisestakin asiasta on helppompaa avautua kuin ulkopuolisen henkilön tekemän haastattelun aikana. (Ahola 2007, 53–54.) Tutkittava aihepiiri on saanut myös laajalti huomiota Suomessa viime vuosina, ja se on herättänyt vahvoja tunteita. Tämän perusteella pääteltiin, että vastausinnostus nousisi korkeaksi myös Päiväperhon asiakkaiden keskuudessa. Saatujen avointen vastausten määrästä ja laadusta voidaan päätellä, että vastaajat ovat paneutuneet tehtyyn kyselyyn ajatuksella ja ottaneet sen vakavasti. Vaikuttaa siltä, että vastaajat kokivat tärkeäksi, että heidän näkemystään kysyttiin asiassa, josta heillä oman kokemuksensa kautta on paras näkemys. Merkittävänä koettiin varmasti sekin, että näkemyksillä voisi olla vaikutusta palveluiden tarjontaan tulevaisuudessa.

Kyselylomake (liite 1) koostettiin yhteistyössä perhetukikeskus Päiväperhon kanssa. Kysely haluttiin pitää melko lyhyenä sekä käytetty kieli selkeänä ja helppolukuisena, jotta vastaamismotivaatio olisi korkea (ks. Valli 2007, 104–105). Ennen kyselylomakkeen lopullista koostamista Päiväperhon työntekijät kommentoivat esitettyjä kysymyksiä, ja kaksi asiakasta vastasi alustavaan kyselyyn kokeeksi ja antoi kommenttinsa Päiväperhon työntekijöille. Tämän jälkeen kysely muokattiin lopullisen muotoonsa.

Kyselyn haasteena oli tavoittaa myös kotona tuettavat perheet ja saada näin kokonaisvaltainen otanta erilaisilta asiakkailta. Lisäksi kyselylomakkeen yleinen haaste on se, että ei voida varmistua siitä, ovatko vastaajat suhtautuneet kyselyyn vakavasti ja vastanneet huolellisesti ja rehellisesti. Avointen kysymysten 8 ja 14 perusteella voitiin kuitenkin päätellä, että kaikki vastaajat yhtä lukuun ottamatta olivat vastanneet kyselyyn huolellisesti. (Ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195.) Pyrittiin myös havainnoimaan, nouseeko vastaajien todellinen näkemys esiin, vai saadaanko tuloksena sosiaalisesti suotavia vastauksia. Kyselyvastaukset ovat kuitenkin varsin avoimia ja rehellisiä, ja niitä voidaan pitää asiakkaiden rehellisinä mielipiteinä.

Kysely alkoi perustietoja kartoittavalla osuudella, jossa selvitettiin asiakkaan perhetilanne ja päihdetausta sekä Päiväperhon palveluiden käyttö. Näistä jälkimmäisin oli niin sanottu tarkistuskysymys, jonka avulla varmistettiin, että vastaaja oli asiakkaana Päiväperhossa. Seitsemännellä kysymyksellä kartoitettiin asiakkaan mielipidettä kuntoutumiseen vaikuttavien asioiden tärkeydestä viisiportaisella Likertin asteikolla eli arvoilla ’erittäin tärkeää’ – ’tärkeää’ – ’melko tärkeää’ – ’vähän merkitystä’ – ’ei merkitystä’. Tällä kysymyksellä kartoitettiin asioita, jotka asiakkaat kokevat vapaaehtoisessa hoidossa tärkeiksi, ja ne voidaan tietysti varauksin rinnastaa tekijöihin, jotka tulisi ottaa huomioon myös tahdosta riippumattomassa hoidossa. Kysymykseen oli liitetty myös lyhyt ’jokin muu, mikä’ -kohta, johon vastaaja saattoi lisätä itselleen tärkeän asian kuntoutumisen kannalta.

Avoimella, kahdeksannella, kysymyksellä kartoitettiin, millaisia ajatuksia äidin tahdosta riippumaton hoito asiakkaisissa herättää ja millaista tarjottava hoito voisi olla. Yhdeksännessä kysymyksessä olevalla Likertin asteikolla kartoitettiin, mitä palveluja asiakkaat pitävät raskauden aikana tärkeinä. Myös tähän kysymykseen oli liitetty lyhyt avoin osio, johon vastaaja saattoi lisätä itselleen tärkeän palvelun raskausaikana. Kymmenennessä kysymyksessä taas pyydettiin ottamaan kantaa siihen, kuinka kauan tahdosta riippumattoman hoidon tulisi kestää, jotta se motivoisi äidin vapaaehtoiseen päihdekuntoutukseen. Tämän jälkeen kysyttiin monivalintana, uskoko asiakas, että hoitosopimuksen allekirjoittaminen auttaisi tai olisi auttanut häntä tai puolisoa sitoutumaan päihdekuntoutukseen raskauden aikana. 12. kysymys kartoitti asteikolla ’erittäin tärkeää’ – ’ei merkitystä’, mitä palveluja pidetään tärkeinä synnytyksen jälkeen ja 13. kysymys monivalintana sitä, kuinka kauan tiiviin tuen toivottaisiin jatkuvan. Lopuksi vastaajille annettiin vielä mahdollisuus lisätä aiheeseen liittyviä kommentteja kysymyksessä 14. Analysointivaiheessa viimeisen kysymyksen aineisto yhdistettiin kahdeksannen kysymyksen aineistoon, sillä molemmissa kysymyksissä otettiin kantaa tahdosta riippumattomaan hoitoon samantyyppisesti.

4.2 Kyselylomakkeiden analyysi

Kyselyn kvantitatiiviset osuudet käsiteltiin Webropolin raportointityökalujen avulla, ja niiden pohjalta tehtiin lisäksi taulukoita poimien tavoitteiden kannalta keskeisiä tekijöitä. Kvantitatiivisesta aineistosta eroteltiin kokonaistulosten lisäksi ensimmäistä lastaan odottavien vanhempien vastaukset, joita oli yhteensä kahdeksan, ja aikaisemmin lapsia saaneiden vanhempien vastaukset, joita oli yhteensä 43. Vaikka vastaajamäärissä on suuri ero ja ensisynnyttäjien vastauksia on alle kymmenen, tulokset on eroteltu, sillä tarpeet muuttuvat perheen kasvaessa. Erilliset tulokset on esitelty myös tässä raportissa kaikkien kvantitatiivisten kysymysten osalta lukuun ottamatta tausta- ja tarkistuskysymyksiä.

Lisäksi tutkimuksen analysointivaiheessa eroteltiin alkoholiriippuvaisten, huume- ja/tai lääkeriippuvaisten ja sekakäyttäjien vastaukset toisistaan. Tutkittaessa huume- ja/tai lääkeriippuvaisten ja sekakäyttäjien vastauksia todettiin, että vastauksissa ei ole suuria eroavaisuuksia, joten nämä ryhmät yhdistettiin omaksi kokonaisuudekseen. Myös päihdeproblematiikka voidaan pitää osin samantyyppisenä, sillä sekakäyttöön voi liittyä rikollisia elementtejä kuten huumeidenkin käyttöön.

Näin saatiin kaksi ryhmää, joista toisessa, alkoholiriippuvaisten ryhmässä oli seitsemän vastausta ja toisessa, huumeriippuvaisten ryhmässä, oli 41 vastausta. Tässäkin tapauksessa vastaajamäärät erosivat suuresti, mutta tulosten erottelu on tärkeää, sillä raskaana olevia alkoholiriippuvaisia on hoitojärjestelmässä tällä hetkellä hyvin vähän ja heidän saamisensa hoidon piiriin on sosiaali- ja terveysministeriönkin selvityksen mukaan olennaista. Tulokset saattavat auttaa ymmärtämään, miksi palvelujärjestelmä ei tällä hetkellä tavoita alkoholiriippuvaisia.

Avoimet kysymykset analysoitiin aineistolähtöisesti teemoittelua ja induktiivista päättelyä käyttäen. Koska tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esiin asiakkaiden näkemyksiä, aineistolähtöisyys on ollut pohjana myös tutkimuskysymyksiin vastattaessa. Etukäteen ei voitu arvioida, millaisia näkemyksiä tullaan saamaan, joten tutkimuksessa ei ole pyritty todentamaan mitään teoreettisia johtoideoita, vaan on pitäydytty vastaajien antamissa näkökulmissa.

Saman vastaajan avointen kysymysten vastaukset tunnistettiin koodista, jotta mielipiteistä voitiin laskea todellinen lukumäärä. Esimerkiksi vastaaja oli saattanut tuoda puoltavan mielipiteensä esiin molempien avointen kysymysten kohdalla. Avointen kysymysten vastaajat nimettiin sen mukaan, mikä hänen roolinsa oli perheessä (äiti tai isä) ja satunnaisella numerolla. Avointen kysymysten osalta vastaajia on siis jonkin verran tunnistettu, kvantitatiivisten kysymysten osalta on käytetty kokonaistuloksia erottelamatta vastaajia. Vastaajat ovat kuitenkin kaikissa vaiheissa pysyneet anonyymeina, sillä heitä ei ole tavattu henkilökohtaisesti.

Laadulliseen eli induktiiviseen aineistonanalyysiin kuuluu kolme vaihetta: aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi sekä teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Pelkistämässä poimitaan vastauksista tutkimuskysymyksen kannalta olennainen tieto. Tässä tutkimuksessa yksinkertaistettiin avoimia vastauksia niin, että olennainen oli helppo niistä poimia.

Klusteroinnissa taas etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia vastausten väliltä ja luokitellaan ne yleisempiin käsitteisiin. Tässä vaiheessa avoimet vastaukset jaoteltiin 12 teemaan, jotka olivat: näkemykset tahdosta riippumattoman hoidon puolesta, näkemykset tahdosta riippumatonta hoitoa vastaan, viimesijainen keino, maan alle menevät äidit, perheen merkitys, hoitotakuu, asiakaslähtöisyys, vertaistuki, korvaus-/lääkehoito, motivaatio, lapsen etu / sikiön oikeudet ja hoidon sisältö.

Lopuksi abstrahointivaiheessa yhdistellään luokituksia niin kauan kuin se on sisällön näkökulmasta mahdollista, jotta saadaan aikaan aineistoa kuvaavia käsitteitä ja teemoja. Saadut 12 teemaa yleistettiin lopulta kolmeksi aihepiiriksi: näkemyksiin puolesta ja vastaan sekä hoidon sisältöön. Hoidon sisältö on laaja aihepiiri, ja siihen sisältyvät kaikki tekijät aina motivaatiosta lapsen etuun ja perheen merkitykseen. Nämä tulokset tukevat myös osaltaan kvantitatiivisen aineiston tuloksia. Johtopäätöksissä on pyritty ymmärtämään, mitä asiat vastaajille merkitsevät. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2009 Milesin ja Hubermanin pohjalta, 108–113.) Niin kvantitatiivisen kuin kvalitatiivisenkin aineiston analyysin osalta asiakkaiden näkökulma on siis ollut koko prosessin ajan päällimmäisenä.

4.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusaiheen valinnassa näkyy asiakaslähtöisyyden kunnioittaminen, sillä mielestämme on eettisesti tärkeää, että ihmiset, joita suunnitellut palvelut koskevat, saavat osallistua palvelujen kehittämiseen ja kertoa oman

mielipiteensä. Ilman asiakkaiden ääntä on mielestämme arveluttavaa kehittää palveluja, joiden tarkoituksena on viime kädessä ihmisten auttaminen oman elämänsä hallintaan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on saada näkemystä palvelujen kehittämisen lisäksi myös siihen, miten päihdeongelmasta kärsivät perheet suhtautuvat esimerkiksi sikiön oikeuksiin ja itsemääräämisoikeuteen. Aineistonhankinta tapahtui anonymisti kyselylomakkeella, ja vastaukset palautettiin fyysisesti perhetukikeskus Päiväperhoon tai sähköisesti Webropol-järjestelmään. Mitään tunnistetietoja ei vastaajista kerätty.

Kyselyn aloitussivulla avattiin kyselyyn vastaamisen kannalta oleellisia käsitteitä ja kerrottiin, miten tutkimuksen tuloksia aiotaan käyttää. Kaikilla Päiväperhon asiakkailla oli mahdollisuus osallistua kyselyyn täysin vapaaehtoisesti, eikä ketään pakotettu vastaamaan. Tulososiossa on haluttu tuoda asiakkaiden ääni kuuluvaksi aineistolainauksin. Näin on samalla pyritty osoittamaan tutkimuksen luotettavuus ja moniäänisyys.

Syötettäessä vastauksia Webropol-järjestelmään jouduttiin tekemään valintoja kysymysten 10 ja 13 kohdalla, sillä osa vastaajista oli vastannut useampaan vaihtoehtoon. Paperisessa kyselylomakkeessa ei ollut ohjeistettu valitsemaan vain yksi vaihtoehtoista. Näissä kysyttiin hoidon kestosta ja miten kauan tiivistä tukea tulisi olla saatavilla synnytyksen jälkeen. Vastaukseksi valittiin asiakkaan merkitsemä pidempi kesto, joten näiden kysymysten osalta tulokset ovat hieman epätarkkoja, mutta kuitenkin luotettavia, koska vastaajat ovat vaihtoehdon valinneet. (Ks. Valli 2007, 201–202).

Lisäksi opinnäytetyöprosessin aikana toinen opinnäytteen tekijöistä työskenteli perhetukikeskus Päiväperhossa, mistä on teorian työstämisen osalta ollut hyötyä. Objektivisuus itse käsiteltävään aiheeseen on kuitenkin pyritty säilyttämään. Työskentely keskuksessa ei ole myöskään vaarantanut vastaajien anonymiteettia, koska kyselyyn vastaaminen tapahtui lähinnä jo ennen työsuhteen alkua.

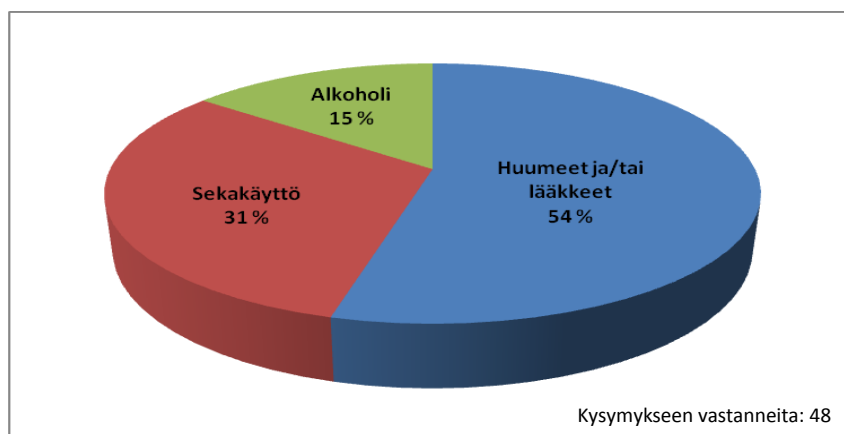
Tutkimuksen valmistuttua kaikki tutkimusvaiheessa kertynyt vastausmateriaali hävitetään silppuamalla. Tutkimustulokset arkistoidaan kuitenkin tutkimusentekijöiden toimesta vaarantamatta vastaajien henkilöyttä, sillä tunnistetietoja ei ole vastaajista kerätty. Tutkimuksen valmistuttua opinnäytetyö ja siitä kirjoitettu lyhennelmä toimitetaan myös Päiväperhon osastoille, jotta asiakkailla on mahdollisuus tutustua tutkimuksen tuloksiin.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyyn vastasi kaiken kaikkiaan 52 Päiväperhon asiakasta, joista 75 prosenttia eli 37 vastausta oli äideiltä ja 25 prosenttia eli 14 vastausta isiltä. Yksi vastaus hylättiin, koska vastauksessa ei ollut vastattu tutkimustehävän kannalta merkityksellisiin kysymyksiin, vaan vastaaja oli vastannut vain tausta- ja tarkistuskysymyksiin sekä seitsemänteen kysymykseen.

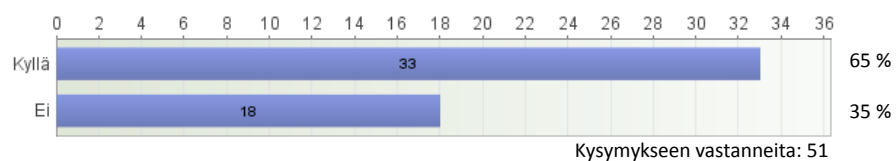
Ensimmäistä lastaan vastaajista odotti 16 prosenttia eli kahdeksan vastaajaa 51:stä. Aikaisempia lapsia oli 84 prosentilla eli 43 vastaajalla 51:stä. Yksinhuoltajia vastaajista oli 26 prosenttia eli 13 vastaajaa.

Pääpähdeekseen huumeet ja/tai lääkkeet ilmoitti 54 prosenttia vastaajista eli 26 vastaajaa 48:sta. Sekakäyttäjiksi itsensä luokitteli 31 prosenttia eli 15 vastaajaa 48:sta. Alkoholin pääpähdeekseen ilmoitti 15 prosenttia eli seitsemän vastaajaa. Vastaajien käyttämien päihdeiden jakauma on havainnollistettu kuviossa 1:



Kuvio 1 Vastaajien käyttämät pääpähdeet

Raskaudenaikaista kokemusta päihdeongelmasta joko omakohtaisena tai puolison kokemana ilmoitti omaavansa 65 prosenttia eli 33 vastaajaa 51:stä. Kokemuksen jakautuminen kuvataan alla olevassa pylväskaaviossa, kuviossa 2:



Kuvio 2 Kaikkien vastaajien kokemus raskaudenaikaisesta päihdeongelmasta

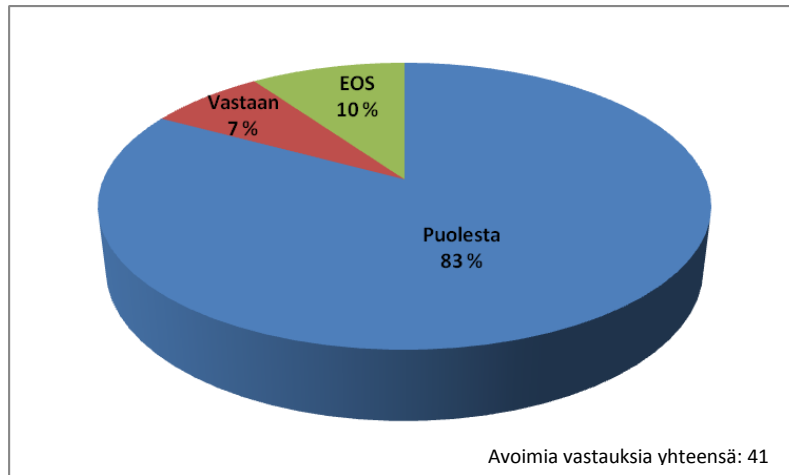
Tuloksissa raskauden aikaisesta päihdeongelmasta näkyi eroja, kun verrattiin alkoholiriippuvaisia huume- ja lääkeriippuvaisiin sekä sekakäyttäjiin (jatkossa huumeriippuvaiset). Alkoholiriippuvaisista viisi vastaajaa koki, ettei heillä ollut ollut päihdeongelmaa raskauden aikana, kun taas huumeriippuvaisista 31 vastaajaa koki, että heillä oli kokemusta päihdeongelmasta raskauden aikana. Huume- ja lääkeriippuvaiset sekä sekakäyttäjät on tutkimuksessa yhdistetty samaan tulosryhmään, sillä näiden vastaajaryhmien vastauksissa ei esiintynyt merkittäviä eroja. Näin toimien saatiin selkeämpi ryhmäjako pääpäihteen mukaan. Jatkossa puhutaan täten vain huumeriippuvaisista, kun viitataan huume- ja/tai lääkeriippuvaisiin sekä sekakäyttäjiin. On myös huomioitava, että alkoholiriippuvaisten vastauksia oli vain seitsemän ja huume- ja lääkeriippuvaisten sekä sekakäyttäjien vastauksia vastaavasti 41, minkä vuoksi tulokset eivät ole täysin vertailukelpoisia. (Ks. liite 2.)

Ensimmäisessä alaluvussa esitellään vastaajien näkemyksiä raskaana olevan tahdosta riippumattomasta hoidosta avointen kysymysten sekä kvantitatiivisten kysymysten 10 ja 11 avulla. Lisäksi tuloksia on kerätty hoitopalvelujen tarpeesta raskauden aikana ja sen jälkeen, tiiviin tuen tarpeesta synnytyksen jälkeen sekä kuntoutumisen kannalta tärkeistä tekijöistä. Näitä on käsitelty omissa osioissaan. Tutkimustuloksia esiteltäessä on käytetty ensisijaisesti vastaajien lukumääriä, koska vastauksia on alle sata, eivätkä prosentuaaliset tulokset ole täysin luotettavia. Prosenttituloksia käytetään kuitenkin lukumäärien rinnalla selkeyden lisäämiseksi.

5.1 Perhetukikeskus Päiväperhon asiakkaiden näkemyksiä raskaana olevan tahdosta riippumattomasta hoidosta

Teemoittelun pohjalta avoimista vastauksista (kysymykset 8 ja 14) selkiintyi kolme selvää aihepiiriä: näkemykset tahdosta riippumattoman hoidon puolesta, sitä vastaan sekä vastaajien tarpeelliseksi kokema hoidon sisältö. Näitä kolmea aihepiiriä käsitellään seuraavissa kolmessa osiossa.

Valtaosa avointen kysymysten vastauksista eli 34 vastausta kaikkiaan 41:stä voitiin nähdä tahdosta riippumatonta hoitoa puoltavina. Osassa näistä vastauksista tahdosta riippumaton hoito nähtiin viimesijaisena keinona puuttua raskaana olevan elämään – viimesijaisuus voitiin kuitenkin tulkita tahdosta riippumatonta hoitoa puoltavaksi. Kaikkiaan kolmea vastausta voitiin pitää selvästi kielteisinä näkemyksinä tahdosta riippumatonta hoitoa kohtaan. Neljä vastaajaa ei osannut sanoa selkeää kantaansa tahdosta riippumattomasta hoidosta. Kuvio 3 havainnollistaa vastaajien suhtautumista tahdosta riippumattomaan hoitoon:



Kuvio 3 Vastaajien suhtautuminen tahdosta riippumattomaan hoitoon

On lisäksi huomioitava, että kysymys tahdosta riippumattomasta hoidosta oli aseteltu niin, että oli kysytty yleisesti näkemyksiä tahdosta riippumattomasta hoidosta ja sen sisällöstä. Kuitenkin kyselyn johdannossa oli tuotu esiin sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä esitelty hoitosopimusmalli, mikä saattoi vaikuttaa vastaajien näkemykseen tahdosta riippumattomasta hoidosta.

Osa vastaajista oli vastannut tahdosta riippumattoman hoidon kysymykseen siten, että he ilmoittivat kannattavansa sitä ja toivat esiin, että asia on tärkeä. Jotkut vastaajat toivat esiin näkemyksen siitä, kuinka tahdosta riippumattoman hoidon rinnalle tulisi tuoda hoitotakuu, jolla taattaisiin päihdekuntoutus kaikille sitä haluaville, niin odottaville vanhemmille kuin muillekin päihdeongelmallisille. Nämä kohdat on tulkittu niin, että kyseiset vastaajat ovat tahdosta riippumattoman hoidon kannalla.

Avoimista vastauksista ilmeni, että asiakkaat ovat hyvin perillä siitä, miten raskaana olevien päihdepalvelut on järjestetty ja kuinka paljon kuntien välillä on eroja. Tahdosta riippumattoman hoidon ehdottaminen ei vastaajien mielestä ole kovin järkevää, koska edes vapaaehtoisuuteen perustuvia palveluita ei ole tarjolla riittävästi tai niihin pääseminen on vaikeaa. Asia ilmaistiin muun muassa seuraavalla tavalla:

Mielestäni valmisteilla olevassa ehdotuksessa on turhaan yhdistetty palveluiden riittävyyden takaaminen ja pakko. Palvelut eivät ole monissa kunnissa riittäviä ja se on mielestäni suurempi ongelma kuin pakkokeinojen puute... (äiti-25)

Toisaalta tuotiin esiin näkemys siitä, että tahdosta riippumattomaan hoitoon pääsemiseksi mielenterveys- ja päihdehuoltolain perusteella asiakkaan tulee olla todella huonossa kunnossa. Yksi vastaajista toivoi, että hoitoon pääsisi aiemmin:

Pakkohoito muulloinkin kuin raskausaikana olisi hyvä sitä tarvitseville / haluaville. Miksi aina edellytys pakkohoidolle on erittäin huono kunto, kuten psykoosi tms.? (äiti-8)

Hoitotakuun tarvetta tukivat myös vastaukset, joissa kerrottiin, että jotkut naiset hankkiutuvat tarkoituksella raskaaksi päästäkseen korvaushoitoon. Asia ilmaistiin vastauksissa seuraavasti:

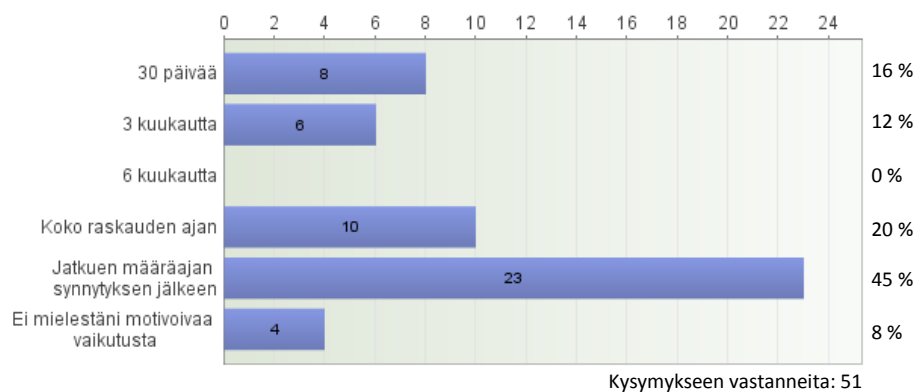
Toisaalta vauvan hankinta ei saa olla itsekäs syy hankkiutua esim. korvaushoitoon. (äiti-8)

Tiedän naisia jotka hankkiutuvat raskaaksi päästäkseen hoitoon, ajattelematta tulevaa sen enempää. (äiti-15)

Harmittaa että samat äidit hankkiutuvat raskaaksi korvaushoidon toivossa ja lopputulos yleensä huostaanotto. Parasta hoitoa heille olisi ”piuhat” poikki! (isä-1)

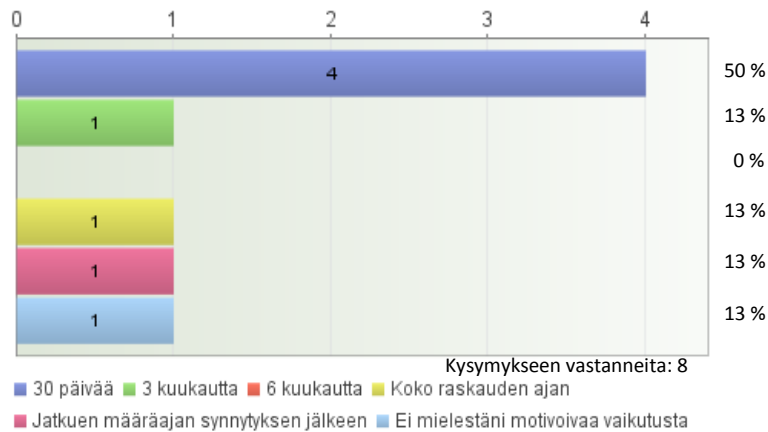
5.1.1 Tahdosta riippumattoman hoidon kesto

Tutkimuksella haluttiin selvittää myös, kuinka pitkään tahdosta riippumattoman hoidon tulisi vastaajien mielestä kestää, jotta se motivoisi äidin vapaaehtoiseen kuntoutukseen. Tämä esitettiin kysymyksellä 10 ”Kuinka kauan tahdosta riippumattoman hoidon tulisi kestää, jotta se motivoisi äidin vapaaehtoiseen päihdekuntoutukseen?” Valtaosa vastaajista oli sitä mieltä, että tahdosta riippumattoman hoidon tulisi jatkua raskauden lisäksi vielä synnytyksen jälkeen määräaikaisena. Puolen vuoden mittaiselle tahdosta riippumattomalle hoidolle vastaajat eivät nähneet olevan tarvetta. Toisaalta 14 vastaajaa 51:stä eli 26 prosenttia vastaajista koki, että lyhytkestoinen tahdosta riippumaton hoito voisi riittää äidin motivoimiseksi vapaaehtoiseen kuntoutukseen. Vastaajista neljä ajatteli, että tahdosta riippumattomalla hoidolla ei saavuteta motivoivaa vaikutusta. Kuviossa 4 on esitetty vastaajien näkemykset hoidon kestosta:



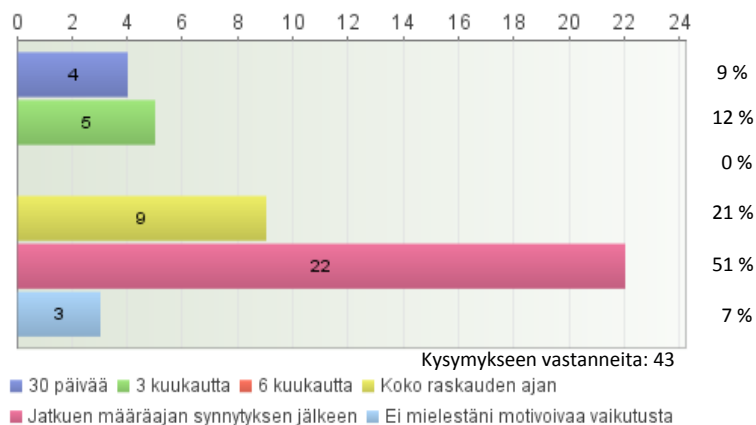
Kuvio 4 Tahdosta riippumattoman hoidon riittävä kesto kaikkien vastaajien mukaan

Verrattaessa ensisynnyttäjien ja perheellisten vastauksia tahdosta riippumattoman hoidon kestosta ensisynnyttäjien vastaukset painottivat lyhytkestoisesta hoitoa ja perheellisten vastauksissa korostui taas pitkäkestoisen hoidon tarve. Ensisynnyttäjien vastaukset on esitetty alla, kuviossa 5:



Kuvio 5 Tahdosta riippumattoman hoidon riittävä kesto ensisynnyttäjien mukaan

Kuviossa 6 on taas esitetty perheellisten vastaukset:



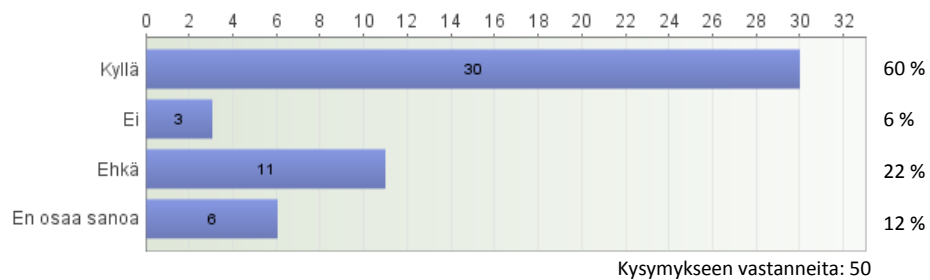
Kuvio 6 Tahdosta riippumattoman hoidon riittävä kesto perheellisten mukaan

Perheelliset siis toivoivat tahdosta riippumattoman hoidon kestävän pidempään: 72 prosenttia eli 31 vastaajaa 43:sta olisi jatkanut hoitoa koko raskauden ajan tai vielä määräajan synnytyksen jälkeen. Puolet ensisynnyttäjistä eli neljä vastaajaa taas näki 30 päivän riittävän. On kuitenkin huomioitava, että ensimmäistä lasta odottavia vanhempia vastasi kyselyyn huomattavasti pienempi määrä kuin perheellisiä, joten tulos ei ole täysin luotettava.

Verrattaessa alkoholiriippuvaisten tuloksia huumeriippuvaisten tuloksiin alkoholiriippuvaisilla hoidon kesto painottui selkeästi pitkäkestoiseen hoitoon: kuusi vastaajaa seitsemästä eli 86 prosenttia olisi halunnut hoidon kestävän koko raskauden ajan tai määräajan synnytyksen jälkeen. Huumeriippuvaisista 25 vastaajaa 41:stä eli 61 prosenttia oli näin pitkän hoidon kannalla. Lisäksi lyhytkestoisempi hoito sai huumeriippuvaisten joukossa myös kannatusta. (Ks. liite 3.)

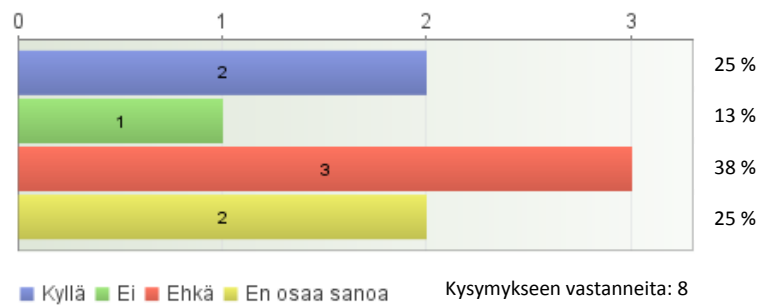
5.1.2 Hoitosopimukseen sitoutuminen

Tutkimuksessa selvitettiin myös, kokevatko vastaajat hoitosopimuksen hyödylliseksi ja olisiko vastaaja itse tai hänen puolisonsa sitoutunut hoitosopimukseen, mikäli sellainen mahdollisuus olisi ollut olemassa oman lapsen odotusaikana. Selvä enemmistö, 30 vastaajaa 50 vastanneesta eli 60 prosenttia uskoi, että hoitosopimus olisi auttanut häntä tai puolisoa sitoutumaan päihdekuntoutukseen raskauden aikana. 11 vastaajaa suhtautui hoitosopimukseen myönteisellä varauksella ja oli vastannut ’ehkä’. On huomionarvoista, että vain kolme vastaajaa ei pitänyt hoitosopimusta hyödyllisenä. Lisäksi kuusi vastaajaa ei ole osannut sanoa omaa kantaansa. Kuviossa 7 on esitetty vastaajien näkemys hoitosopimukseen sitoutumisesta:



Kuvio 7 Kaikkien vastaajien hoitosopimukseen sitoutuminen

Ensisynnyttäjät suhtautuvat hoitosopimuksen allekirjoittamiseen varauksella, sillä suuri osa, peräti kuusi vastaajaa kahdeksasta valitsi vaihtoehdon ’ei’, ’ehkä’ tai ’en osaa sanoa’. Vain kaksi ensisynnyttäjistä vastasi, että hoitosopimus olisi auttanut sitoutumaan päihdekuntoutukseen. Kuviossa 8 on esitetty ensisynnyttäjien sitoutumista hoitosopimukseen:



Kuvio 8 Ensisynnyttäjien sitoutuminen hoitosopimukseen

Perheellisistä 28 vastaajaa 42:sta eli 67 prosenttia ajatteli, että hoitosopimus olisi auttanut heitä sitoutumaan kuntoutukseen. ’Ei’ ja ’ehkä’ -vastauksia perheellisten ryhmässä oli 10 kappaletta eli 24 prosenttia. Perheellisistä neljä vastaajaa eli 10 prosenttia vastaajista ei osannut sanoa, olisiko hoitosopimus auttanut heitä sitoutumaan päihdekuntoutukseen. Alla olevassa kuviossa 9 on esitetty perheellisten sitoutuminen hoitosopimukseen:



Kuvio 9 Perheellisten sitoutuminen hoitosopimukseen

Perheelliset olivat siis valmiimpia sitoutumaan hoitosopimukseen. Tämä saattaa viitata siihen, että koska heillä on aiempaa kokemusta päihdehoidosta raskauden aikana tai lasten synnyttyä, heidän on helpompi arvioida omaa kuntoutumisprosessiaan ja sitä, kuinka hoitosopimus olisi voinut heitä auttaa.

Alkoholi- ja huumeriippuvaisia verrattaessa toisiinsa on huomionarvoista, että yksikään alkoholiriippuvainen ei vastannut 'ei' eli että hoitosopimuksesta ei olisi ollut hänelle tai hänen puolisolleen raskauden aikana hyötyä. Toisaalta 'ehkä'-vastauksia oli lähes puolet, kolme neljästä vastauksesta. Huumeriippuvaisilla vastaavat luvut olivat 'ei'-vastauksissa kolme vastausta 41:stä eli 7 prosenttia. Tosin tässäkin kohtaa vastaajamäärien suuri ero voi aiheuttaa tämän eroavaisuuden. (Ks. liite 4.)

5.2 Puoltavat näkemykset

Seuraavassa esitellään niitä Päiväperhon asiakkaiden näkemyksiä, jotka ovat raskaana olevan tahdosta riippumatonta hoitoa puoltavia. Esimerkiksi puoltavissa vastauksissa asia ilmaistiin näin:

Sellainen laki pitäisi olla olemassa, koska äiti ei ole siinä tilanteessa oikea henkilö tekemään päätöstä raskaana / lapsen ollessa ja tilanne on se, että käyttää. (äiti-19)

Huumeita käyttävät äidit hoitoon heti ja pakolla! (isä-1)

Vaikka väkisin hoitoon. (äiti-3)

solis hyvä. Hoidossa niin kauan että lapsi syntyy, sen jälkeen tehkään mitä huvittaa jos ei pidä lasta. (äiti-14)

Sikiön oikeudet sekä lapsen etu nousivat vastauksista voimakkaasti esiin raskaana olevan tahdosta riippumattoman hoidon perusteluna. 11 vastaajaa koki, että sikiöllä pitäisi olla oikeuksia, jotka menevät äidin itsemääräämisoikeuden edelle. Vastaajat pitivät oikeutettuna puuttua äidin itsemääräämisoikeuteen, jos äiti omalla toiminnallaan vaarantaa sikiön terveyden ja lapsensa tulevaisuuden eikä kykene tarjoamaan lapselle turvallisia kasvuolosuhteita. Asia kiteytettiin vastauksissa seuraavilla tavoilla:

Mielestäni ko. tilanteessa pitäisi ensisijaisesti ajatella lasta – hänellä on oikeus terveeseen ja raittiiseen elämään. (äiti-20)

Mielestäni lapsen etu menee äidin ’oman tahdon’ edelle. (äiti-4)

Syntymättömän lapsen terveyden, tulevaisuuden ja turvallisuuden takia pakkohoidon tulisi olla ehdoton keino mikäli odottava äiti ei vapaaehtoisesti suostu hoitoon. (äiti-6)

Lapsen kannalta oikeutettu...(oikeus syntyä terveenä!) (isä-8)

Hyvä asia, jos välttämätön lapsen parasta ajatellen... (äiti-5)

Olen sitä mieltä että raskaana olevat pitää hoitaa vaikka väkisin. Ensin katkaisuun ja sitten pitkään kuntoutukseen. Siinä voi vaikkapa raitistua. Myös sikiöllä on oikeuksia! (äiti-15)

Eräs isä ilmaisi saman asian vastauksessaan näin:

Se on oikein, jos äiti omalla toiminnallaan aiheuttaa sikiölle ’vaara’-tilanteen. Suomessa ei sikiöllä taida olla oikeuksia. (isä-1)

Myös pidemmällä tähtäimellä lapsen etua pidettiin keskeisenä. Vastaajat sanoittivat lapsen etua seuraavasti:

Koko raskausaika tulisi turvata raittiudella ja pyrkiä turvaamaan myös raskauden jälkeinen aika. Pakkohoito ja yhdessä laadittu hoitosopimus toisi selkeyttä, turvaa ja vauvalle se olisi vain parhaaksi. ... Pakkohoito muulloinkin kuin raskausaikana olisi hyvä sitä tarvitseville/haluaville. (äiti-8)

Erittäin tärkeää, jos aikoo pitää lapsen... ja synnyttää terveen lapsen! (isä-7)

Oman motivaation merkitys nousi vastauksissa kuntoutumisen kannalta myös erittäin tärkeäksi tekijäksi. Eräs vastaaja koki, että jos oma motivaatio vapaaehtoiseen päihdehoitoon puuttuu, tahdosta riippumaton hoito voisi olla varmistamassa sen, että raskaana oleva kuitenkin pysyisi hoidossa, vaikka oma mieliala ja mielipiteet olisivatkin hyvin vaihtelevia riippuen päivästä. Vastaaja viittaa myös hoitosopimusmalliin. Hän ilmaisi asian näin:

Addiktin mielialat ja mielipiteet menevät vuoristorataa ja pitkän kuntoutuksen aikana tulee usein haluja keskeyttää hoito. Mutta koska käyttöhalut menevät ohi ’jos vain on oikea halu olla käyttämättä’ voi allekirjoitettu sopimus tahdosta riippumattomasta hoidosta olla pelastus, jotta mieli saataisiin taas käännettyä raittiuteen. (äiti-21)

Toisaalta motivaation puute päihdeettömyyteen pyrkimisessä nähtiin niin, ettei tahdosta riippumaton hoitokaan todennäköisesti motivoisi asiakasta päihdeettömyyteen. Asia ilmaistiin seuraavasti:

Asiassa on monia puolia, mutta itse olen tahdosta riippumattoman hoidon kannalla. Mutta ilman asiakkaan aitoa motivaatiota kuntoutua, hoito on yhtä tyhjän kanssa... (äiti-21)

Vaikea aihe, kun halu lopettaa päihteet tulee omasta päästä, jos näin ei käy pakkohoito olisi hyvä vaihtoehto raskaana olevalle. (äiti-9)

Lisäksi tuotiin esiin, että motivaation puute aiheuttaisi todennäköisesti retkahduksen tahdosta riippumattoman hoidon jälkeen:

Saattaa johtaa päinvastaiseen tulokseen. Retkahdus hoidon jälkeen välittömästi todennäköistä... (äiti-30)

Jos hoidetaan pakkohoidolla niin uskon, että viimeistään hoidon loppuessa asiakas palaa käyttämään. Voin tietenkin puhua vain omasta kokemuksestani ja sen pohjalta sanon, että minä en olisi raitistunut jos joku olisi yrittänyt pakottaa. (isä-10)

Useissa vastauksissa tahdosta riippumaton hoito nähtiin varsin monisyisenä asiana, ja useampi vastaaja piti tahdosta riippumatonta hoitoa viimesijaisena, vaikkakin oikeutettuna keinona puuttua päihdeongelmasta kärsivän raskaana olevan naisen elämään. Asiasta kirjoitettiin näin:

Jos mikään muu ei enää auta/ei ole yhtään omaa motivaatiota olla selvin päin, esim. velvoitettu asumaan nimenomaan tämäntyyppiseen ongelmaan kehittyssä paikassa. (äiti-27)

En usko, että tahdosta riippumaton hoito on kauhean tuloksellista, mutta jossain välttämätöntä... (äiti-26)

... kaikki tehtävä on tehty, mikään ei auta. Niin siinä tapauksessa pitäisi harkita tulevan äidin ottamista pakkohoitoonkin vaikka. (äiti-13)

Jokainen joka ei itse ymmärrä edes yrittää olla käyttämättä raskaana/vanhempana, pitäisi pakottaa hoitoon. Jos muu ei auta niin sulkea laitokseen. (äiti-11)

Tahdosta riippumattoman hoidon viimesijaisuuteen liittyi myös näkemys siitä, että päihteidenkäytöstä aiheutuneiden ongelmien pitäisi olla riittävän suuria, jotta hoitoa voitaisiin pitää oikeutettuna:

Jos tahdosta riippumattomaan hoitoon laitetaan, pitää olla täysin varma, että ongelmat ovat niin suuria, että hoitoa vaaditaan. (äiti-10)

Usea vastaaja ajatteli, että päihdeongelmasta kärsivä äiti ei ymmärrä tai kykene ajattelemaan päihteidenkäytöstä seuraavia asioita lapsen tai vielä syntymättömän vauvan näkökulmasta. Tahdosta riippumaton hoito nähtiin hyvänä keinona puuttua sellaisiin tilanteisiin, joissa äiti ei muuten saa päihteidenkäyttöä hallintaan. Seuraavassa kahden vastaajan näkemys asiasta:

Kuulostaa hyvältä koska lapsen elämä/terveys on äidin vastuulla, ja äiti saattaa olla kykenemätön tekemään järkeviä ratkaisuja. Tämänhetkinen, ensimmäisellä sivulla kuvattu ehdotus kuulostaa järkevältä. (isä-3)

Jokainen joka ei itse ymmärrä edes yrittää olla käyttämättä raskaana/vanhempana, pitäisi pakottaa. (äiti-11)

Puoltavia näkemyksiä oli kaiken kaikkiaan paljon, ja niissä oli huomioitu päihdeongelmasta kuntoutumisen haasteet ja asiakkaan voimattomuus aika ajoin taistella riippuvuutta vastaan.

5.3 Vastustavat näkemykset

Tahdosta riippumattoman hoidon vastaisia näkemyksiä toi esiin vain yhdeksän vastaajaa, joista vain kolme, kaksi äitiä ja yksi isä, oli selvästi tahdosta riippumatonta hoitoa vastaan. Vastauksia leimasi selvästi oman motivaation merkitys pitkäkestoiselle päihdeettömyydelle. Jos omaa motivaatiota kuntoutua ei ole, tahdosta riippumaton hoitokaan ei ole silloin kovin tuloksellista. Vastauksissa asia ilmaistiin muun muassa näin:

Pakkohoito ei mielestäni päihderiippuvaisten kohdalla ole järkevä vaihtoehto koska motivaatio irtautua päihdeistä lähtee aina päihderiippuvaisesta itsestään. Sen takia on erittäin tärkeää yrittää motivoida raskaana olevia päihderiippuvaisia muilla keinoilla päihdeettömyyteen. Näin voidaan taata päihdeettömyys myös jatkossa eikä vain pakkohoidon ajan. (äiti-1)

Jos asiakas ei halua, että häntä ängetään joka paikkaan, saisi hän itse valita tukensa. (äiti-10)

Ajattelen, että se sairaus (päihdeongelma) on sellainen joka ns. kieltää olemassaolonsa (- ei mulla mitään ongelmaa olo) niin pakosti hoidossa oleva rupeaa vihaamaan hoitoa, koska hänestä itsestään ei ole lähtenyt halu lopettaa. Ei tule toimimaan, suljettuun mieleen ei mahdu uutta ajatusta ilman omaa halua muutokseen. (isä-10)

Kuten puoltavienkin vastausten kohdalla tuotiin esiin, vastaajat ajattelivat, että tahdosta riippumattoman hoidon loppuessa on suuri riski sille, että päihdeidenkäyttö alkaa uudelleen heti hoidon päätyttyä. Yksi vastanneista äideistä jopa epäili, että pakkohoito voisi aiheuttaa suurempaa halua käyttää päihdeitä ja lisätä lasten huostaanottoja ja lasten kasvamista päihdeongelmaisten vanhempien kanssa:

Pakkohoito olisi äärimmäinen tapa / keino taata syntyvän vauvan tulevaisuus, mutta se ei motivoi lainkaan päihdeettömyyteen, päinvastoin se voi aiheuttaa entistä suurempaa halua käyttää päihdeitä. Jos hoito on "pakko", eikä perustu lainkaan omaan motivaatioon, päihdeettömyys ei jatku raskauden jälkeen, mikä taas voi aiheuttaa lisääntyneitä huostaanottoja tai lasten kasvua päihdeitä käyttävän äidin (ja/ tai isän) kanssa. (äiti-22)

Koska oma motivaatio nähtiin päihdeongelmasta kuntoutumiselle keskeisenä tekijänä, kaksi vastaajaa toi esiin myös uhkan siitä, kuinka tahdosta riippumaton hoito saattaisi vaikuttaa niin, että osa päihdeongelmasta kärsivistä äideistä jättäytyisi palvelujen ulkopuolelle eikä esimerkiksi käytäisi raskaaksi tultuaan äitiysneuvolapalveluja. Tämä ilmaistiin vastauksissa seuraavasti:

En pidä ajatusta tahdosta riippumattomasta hoidosta kovinkaan järkevänä, sillä "uhka" pakkohoidosta karkottaisi ainakin pahiten päihderiippuvaiset pois nykyisten palvelun piiristä. (Esim. raskaana oleva ei kävisi neuvolan tarkastuksissa koska pelkäisi että hänet otetaan pakkohoitoon). (äiti-1)

Jos äidin tahdosta riippumaton hoito aloitetaan heti, tulee monia raskaana olevia "päihdeongelmaisia", jotka eivät koko raskauden aikana tule tietoon, että ovat raskaana. ... (äiti-29)

Kaiken kaikkiaan vastustavia näkemyksiä oli siis varsin vähän. Motivaation puuttuessa katkeroituminen ja repsahdaminen pakkohoitojakson jälkeen olivat yleisimmät argumentit pakkohoitoa vastaan. Lisäksi pelättiin jonkin verran sitä, että pakkohoidon mahdollisuuden vuoksi osa raskaana olevista äideistä jäisi hoitamatta kokonaan.

5.4 Tahdosta riippumattoman hoidon sisältö

Hoidon sisällöksi on tutkimustuloksissa luokiteltu kaikki hoitoon liittyvät käytännön asiat mukaan lukien kohtaamiseen liittyvät tekijät. Vastauksista nousi selvästi esiin tarve laitoshoidon päihdeongelmaisten odottavien äitien kuntoutuksessa. Laitoshoidosta kirjoitettiin näin:

Erittäin tärkeää, aluksi laitoshoidon jälkeen tiivis avohoito (isä-2)

Terapeuttista ja läheisten tukemaa jossain hoitolaitoksessa. (äiti-5)

Jos ei muu auta niin sulkea laitokseen! (äiti-11)

Suljettu laitoshoidon, jos raskaana oleva äiti toistuvasti max. 3 kertaa antaa epäpuhtaat seulat, haettaisi hänelle laitospaikkaa raskauden loppuun asti. Sikiön terveyden turvaamiseksi... (äiti-18)

... velvoitettu asumaan nimenomaan tämäntyyppiseen ongelmaan kehitetyssä paikassa. (äiti-27)

Laitoshoidon olisi ehkä lapsen kannalta turvallisinta, tai että vakavasti päihdeongelmaista äitiä muuten valvottaisiin jatkuvasti. Ja esim. alkoholisteille Antabus. (äiti-6)

Vastaajat kokivat, että syntyvän lapsen turvallisuus voitaisiin parhaiten taata laitoshoidossa. Laitoshoidon toivottiin sisältävän yksilöterapiata, vertaistukea, arjen ja vanhemmuuden opettelua, työssäkäyntiä, katkaisuhoidon sekä huumeriippuvaisilla korvaushoidon tai alkoholiriippuvaisilla antabuslääkityksen. Tahdosta riippumattomassa hoidossa vertaistuella koettiin olevan tärkeä merkitys, koska raskaana olevat voisivat halutessaan tavata muita samassa tilanteessa olevia. Seuraavassa on esimerkkejä vastaajien ehdotuksista:

Kodinomaisessa paikassa "laitoshoidon". Paljon yksilöterapiata, vertaistukea. Elämän arjen opettelua käytännössä, työtä esim. 2 kertaa viikossa. (äiti-7)

Se olisi hyvä, hoito olisi mahdollisesti "koti" tyyppistä hoitoa, mutta laitoksessa. Missä äiti selviäisi ja hän ymmärtäisi päihdekäytön vakavuuden. Häntä tuettaisiin arjessa. Lapsen hoitoon liittyessä itsensä hoidossa. (äiti-12)

Pidän äitien pakkohoitoa hyvänä keinona. Pakkohoidon aikana tulisi käydä rankka päihdehoito (NA-ryhmät, vanhemmuuteen tukeminen / opette-

lu, yksilökeskustelut). Hoidon tulisi olla lääkkeetön ja KAIKKI lääkkeet ajettaisiin kokonaan pois. Hoidon jälkeen pitäisi olla mahdollisuus tukeen ja kuntoutukseen. Tähän NA-ryhmät, niiden jatkuvuuden kannalta. (äiti-23)

Autetaan hänet katkaisuhuoltoon ja sitten kuntoutushuoltoon, jos retkahtaa uudestaan. Kerrotaan on olemassa turvallinen vaihtoehto hoidosta: korvaushoito raskauden ajaksi sekä sen jälkeen jatkuu pitkään, asiakas voi itse päättää pysykö korvaushoidossa tai lopettaa lääkkeemisen. Ei ole pakko vaan raskauden ajaksi. Lapsen/lasten huoltaamisessa ei ole hyvä sama aika lopettaa korvauslääkkeemisen [sic] (isä-5)

Hoidolla saataisiin katkaistua pähteidenkäyttö, esim. lääkkeiden väärinkäyttö, ja tilalle saataisiin kontrolloitu lääkeaineiden käyttö. Alkoholi saataisiin pois kokonaan ainakin hoidon ajaksi. Hoitomuodossa raskaana oleva olisi paljon tekemisissä (halutessaan) toisten samassa tilassa olevien kanssa, minkä näkisin hyvänä asiana. (isä-6)

Suurin osa vastaajista oli ajatellut, että tahdosta riippumaton hoito toteutettaisiin laitoksessa. Vain yhdessä vastauksista tuotiin esiin näkemys, että raskaana olevan hoito voisi olla myös avomuotoista psykososiaalista kuntoutusta, jolloin seurannan tulisi kuitenkin olla jatkuvaa:

Ei 24 h pakkohoitoa! Ihmisen vapaus on tärkeä. Mutta esim. velvoitetaan sovittuihin keskusteluihin. Jotta asiakkaan tilannetta voidaan kartoittaa. Jos äiti ei millään tavalla näytä näytä ymmärtävän syntymättömän lapsensa turvallisuutta, esim. huumeita käyttäessään, ym. ja kaikki tehtävä on tehty, mikään ei auta. Niin siinä tapauksessa pitäisi harkita tulevan äidin ottamista pakkohoitoonkin vaikka (äiti-13)

Asiakaslähtöistä, kodinomaista laituskuntoutusta pidettiin tärkeänä, jotta voitaisiin taata äidin päihteettömyys ja lapsen turvallisuus. Tästä kertovat seuraavat kommentit:

Kodinomaisessa paikassa "laitushoitoa". (äiti-7)

Se olisi hyvä, hoito olisi mahdollisesti "koti" tyyppistä hoitoa, mutta laitoksessa. (äiti-12)

Kunhan ei turhaan liian tiukkoja sääntöjä, työntekijöiden jankkuminen/komenteja [sic] ahdistaa odottavia äitejä/vanhempia hoitolaitoksessa, esim. aikatulo, vierailusäännöistä [sic]. He haluavat tuntea olevansa mukavassa kotona, mukava ilmapiiri. Ei tyhmiä tiukkoja sääntöjä. Ei kohdella asiakkaita kuin lapsia. Neuvovat meille kuin olisimme lapset. Ei käy. (äiti-16)

Hoidon pitäisi olla erittäin asiakaslähtöinen, että motivaatio löytyisi paremmin. (isä-6)

Kohdellaan asiakkaita kunnioittavasti, ei asiakkaita kuin lapsia jotka olisivat avuttomia. Tarvitsevat vain henkistä apua, että tulisi hyvä mieli. (isä-5)

Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan kunnioittaminen nousivat siis merkittäviksi, vaikka puhuttiinkin tahdosta riippumattomasta hoidosta. Vastaajat kokivat, että tahdosta riippumaton hoito tulisi räätälöidä asiakkaan tarpeiden mukaan, hoidossa tulisi kuunnella asiakkaan mielipidettä ja kunnioittaa

äidin toivomuksia. Lisäksi tukea tulisi olla saatavilla riittävän kauan. Asiakaslähtöisiksi kommentteiksi luokiteltiin muun muassa alla olevat vastaukset:

Hoito räätälöitäisiin äidin tarpeitten mukaan, mikä äidin tilanne on? Miten paljon käyttöä on ollut jne... Kaikkihan on siitä kiinni, haluaako äiti apua. Mutta kun hoitosopimus on tehty niin kartoitus tilanteeseen ja apu sen mukaisesti. Kaikki päihdeäidit eivät ole syrjäytyneitä yhteiskunnasta. (äiti-17)

Tahdosta riippumaton hoito on hyvä asia, jos hoitopaikka on asiakkaan (tietyissä rajoissa) valittavissa! Paikan pitää myös olla viihtyisä ja vastata asiakkaan tarpeita! (äiti-28)

Jos pakkohoito toteutettaisiin, pitäisi pitää huolta, että hoidossa kuitenkin kuunneltaisiin äidin mielipidettä ja kunnioitettaisiin äidin toivomuksia. Lisäksi pitäisi pitää huolta, että tuleva isä, isovanhemmat + muu tukiverkosto pysyisi tiiviisti äidin tukena ja lähellä, ettei äitiä "eristettäisi" laitokseen. (äiti-22)

Tukea tulisi olla saatavilla niin kauan, kuin se on tarpeellista, tilanteesta riippuen. (äiti-31)

Vaikka tahdosta riippumatonta hoitoa pidettiin monisyisenä asiana, se nähtiin myös keinona, jonka avulla voitaisiin päästä keskustelemaan selvän ihmisen kanssa mahdollisesta vapaaehtoisesta päihdehoidosta. Asia ilmaistiin näin:

Voisi kestää max. 30 vrk, jos äiti selvästi päihtynyt. 30 vrk siksi, että voitaisiin oikeasti keskustella selvän ihmisen kanssa mahdollisesta vapaaehtoisesta päihdehoidosta. (äiti-30)

Myös perheen merkitys nostettiin esiin, ja toivottiin, että odottava isä pääsisi hoitoon äidin mukana, jotta isän tilanne ei vaikeuttaisi äidin päihdetömyyttä. Koko perheen hyvinvointia sekä läheisten ja vertaisten tukea pidettiin myös merkittävänä kestävästä kuntoutumisesta kannalta. Vastauksissa ilmeni vahvasti myös perheen merkitys motivaation lähteenä, ja koko perheen hyvinvointi nähtiin tärkeänä seikkana. Isän osallisuus ja rooli mukana raskaudessa ja syntyneen lapsen hoidossa tulisikin olla mahdollista. Vaikka raskaana oleva hoidettaisiin tahdosta riippumatta, ei häntä tulisi eristää laitokseen ilman läheisiään. Isän roolista vastaajat kirjoittivat seuraavalla tavalla:

Hyvä asia, jos välttämätön lapsen parasta ajatellen. Terapeuttista ja läheisten tukemaa jossain hoitolaitoksessa. (äiti-5)

Isät tulee muistaa ja on hyvä, että he saavat olla mukana hoidossa omalta osaltaan... (äiti-8)

Odottavat äidit ja isät tulisi saada pois kadulta ja näin saada tekemään päätöksiä tulevan lapsen suhteen, sekä itsensä. Koko perheen hyvinvointi ja sen edistäminen luulisi olevan hyvä motivaatio päihdetömyyttä ajatellen. (äiti-8)

TÄRKEÄÄ!!! Perheitä ei saisi erottaa, jos joku perheenjäsen tarvitsee tiivistä päihdehoitoa laitoksessa. Perhe on suurin motivaatio hoitoon. Perhe on pysyttävä yhdessä pitkässäkin laitoshoidossa, jos he haluavat. (äiti-30)

Tiivis tuki tutuilta ihmisiltä lapsen synnyttyä koettiin tärkeäksi. Ajateltiin, että äiti voisi jo hoidon aikana, raskaana ollessaan kiinnittyä vertaistukiryhmiin ja jatkaa ryhmissä käyntiä lapsen synnyttyä. Tästä aiheesta aineistossa oli esimerkiksi seuraava kommentti:

Olisi hyvä, että hoidon aikana äiti kiinnittyisi vertaistukiryhmiin ja tämä toimisi myös jatkossa. Tiivis tuki tutuilta ihmisiltä lapsen synnyttyä on erittäin tärkeää. (äiti-23)

Korvaushoidon ja muun lääkehoidon osalta vastaajien näkemykset jakautuivat selkeästi kahtia. Korvaushoidosta tuli esiin sekä puoltavia että vastustavia näkemyksiä: toiset olivat sitä mieltä, että hoidon tulisi olla täysin päihteetöntä ja että päihdeongelmasta ei voisi kuntoutua lääkkeiden avulla. Toiset näkivät kontrolloidun lääkeaineiden käytön hyvänä tukimuotona kohti päihteettömyyttä. Korvaushoidon vastustajat ilmaisivat asian näin:

Pitkäaikaiset vieroitusoireet voivat kestää jopa 24 kk, joten hoidon tulisi olla useita vuosia kestävä. Korvaushoito ei saisi olla ensisijainen hoitomuoto, vaan ensin kokeilla laitosolosuhteissa lääkkeetöntä kuntoutumista. (äiti-24)

Hoidon tulisi olla lääkkeetön ja KAIKKI lääkkeet ajettaisiin kokonaan pois. Hoidon jälkeen pitäisi olla mahdollisuus tukeen ja kuntoutukseen. Tähän NA-ryhmät, niiden jatkuvuuden kannalta. (äiti-23)

Ensimmäisen vuoden aikana kaikki mahdollinen tuki on todella tärkeää. Vanhempien pitäisi elää ilman päihkeitä & lääkkeitä, siis selvin päin, ilman mitään lääkärin määräämiä voidakseen olla aidosti vanhempi lapselle. Silloin kun päässä on ainetta, on silloin mielikin jossain pakkomielleissä, eikä lapsessa ja hänen tarpeissaan. (äiti-21)

Täysin päihteetön hoito. (isä-4)

Ei korvaushoitoa vaa päihteistä pois vaikka lääkärin kanssa tiputtaa lääkkeit pois ja itsehoitoryhmiin. (isä-11)

Ei korvaushoitoa. (isä-11)

Korvaushoitoa puoltavat vastaajat kokivat yleisesti, että isän tulisi päästä korvaushoitoon samanaikaisesti äidin kanssa. Vastaajat nostivat merkittävänä tekijänä esiin vauvaa odottavien isien aseman korvaushoitokäytännöissä ja kokivat, että on väärin, että isät joutuvat odottamaan korvaushoitoon pääsyä yhtä kauan kuin lapsettomat miehet. Normaalisti korvaushoitoon pääseminen edellyttää aktiivista aineiden käyttöä, joten vaikka raskaana oleva äiti saisikin korvaushoitopäätöksen raskautensa perusteella, ei isällä tätä mahdollisuutta ole. Isien korvaushoidosta sanottiin:

Myös isät hoitoon samalla äitien kanssa. Korvaushoitoon siis. (isä-2)

...Hyvissäkin kunnissakin odottava isä on samalla viivalla jonottamassa palveluita kuin lapsettomat. Tästä seuraa retkahdusvaara myös äidille, joka saa korvaushoitoa puolison jäädessä hankkimaan aineensa kentältä. (äiti-25)

Korvaushoitoa perusteltiin vastauksissa sikiön oikeudella turvalliseen kasvuun ja kehitykseen. Lisäksi vastaajat olivat sitä mieltä, että hoidon tulisi jatkua myös lapsen syntymän jälkeen, koska lasta hoitaessa lääkityksen vähentäminen on vaikeaa. Lääkityksen vähentäminen liittyy korvaushoidon lopettamisprosessiin. Yleensä korvaushoitolääkkeen määrää pikkuhiljaa pienennetään, jolloin lääkepitoisuuden lasku asiakkaan elimistössä saattaa aiheuttaa vieroitusoireita. Vastauksissa ehdotettiin, että niin sanotut lääkelaskut tehtäisiin valvottuna sairaalan tai muun laitoksen osastolla. Sikiön oikeuksista ja korvaushoitolääkityksen vahvuuden laskemisesta kirjoitettiin näin:

Itse turvauduin pari retkahtamisen jälkeen korvaulääkkeisiin [sic], mikä auttoi minua tosi paljon ja masuni kasvoi turvallisesti, syntyi terveenä. Olen ylpeä päätöksestäni. Alkoholi riippuvaisille en tiedä muita vaihtoehtoja kuin katkaisuhoidot ja seurata koko ajan. (äiti-16)

Raskaudenaikainen korvaushoito onnistuessaan turvaa sikiötä mutta ei helpota loputtuaan lapsiperheen arkea. Useat ovat yksinhuoltajia ja heidän on todella vaikeaa kestää lääkelaskut ja samalla hoitaa lasta johdonmukaisesti. Mielestäni korvaushoitoon tulisi päästä helpommin. Tiedän naisia jotka hankkiutuvat raskaaksi päästäkseen hoitoon, ajattelematta tulevaa sen enempää. (äiti -5)

Lapsen/lasten huoltaamisessa ei ole hyvä sama aika lopettaa korvauslääkkeemisen [sic] (isä-5)

Korvaushoito ei ole pakko vaan raskauden ajaksi, vaan myös pysyäkseen korvaushoidossa raskauden jälkeenkin, jos itse haluaa lopettaa korvauslääkkeen käyttämisestä, menee sitten lapsen/lasten kanssa kriisiosaston katkaisuhoitoon. (äiti-16)

Lisäksi lapsen palveluihin liittyvät näkökohdat tulivat esiin vastauksista. Päihdeperheisiin erikoistunut neuvola tulisi yhden vastaajan mielestä saada muihinkin kaupunkeihin kuin Tampereelle:

Päihdeperheisiin erikoistunut neuvola pitäisi saada muihinkin kaupunkeihin. (äiti-5)

Myös synnytyksen jälkeisen tuen tarve nostettiin vastauksissa esiin. Äidille ja perheelle tulisi antaa apua ja tukea myös synnytyksen jälkeen, jotta lapsen turvallisuus voitaisiin taata. Yhtenä vaihtoehtona yksi vastaaja näki jopa lapsen väliaikaisen sijoittamisen sijaisperheeseen tai huostaanoton:

Äitiä / perhettä tulisi tukea ja ohjata hoitoon / pakkohoitoon myös synnytyksen jälkeen lapsen turvallisuuden takaamiseksi! Yhtenä vaihtoehtona myös lapsen väliaikainen sijoittaminen "sijaisperheeseen" tai huostaanotto (äiti-6)

Toinen vastanneista äideistä kiteytti synnytyksen jälkeisen tuen tarpeen seuraavasti:

Alku synnytyksen jälkeen menee yleensä ”huumassa”; n. 3 - 6 kk, uskon että tämän jälkeen alkaa väsymys ehkä pientä kyllästymistä - tässä kohtaa apua ja tukea perheelle esim. laitospakso tai avotyö. (äiti-7)

Merkittävinä tekijöinä hoidon sisällöstä korostuivat siis laitoshoidon tarve, vertaisten ja perheen antama tuki, asiakaslähtöisyys, isän osallisuus sekä lasten palvelut. Pitkäkestoiselle tuelle lapsen syntymän jälkeen oli selvästi myös tarvetta.

5.5 Hoitopalvelujen tarve raskauden aikana ja sen jälkeen

Yhdeksännessä kysymyksessä ”Kuinka tärkeänä pidät seuraavia palveluja raskauden aikana?” vastaajat ovat arvottaneet annettuja vastausvaihtoehtoja. Vaihtoehdot pohjautuvat perhetukikeskus Päiväperhon tarjoamiin palveluihin. Tärkeimmiksi annetuista vaihtoehdoista nousevat kriisihoito, vertaistuki tai kohtaamispaikka, keskusteluapu, päihdeperheisiin erikoistunut äitiysneuvola, vanhemmuuden tukeminen kotona sekä lastenhoitoapu. Tuloksissa on eritelty ensisynnyttäjien ja perheellisten näkemykset kohdissa, joissa erot olivat selkeitä.

Viisiportaisella Likertin asteikolla esitetystä kysymyksestä on laskettu yhteen vastaukset ’erittäin tärkeää’ ja ’tärkeää’, ja näin saatu kyseessä olevien tekijöiden tärkeysaste prosentteina. Prosentit on pyöristetty kokonaisluvuiksi, mutta tärkeysjärjestys on tehty kahden desimaalin tarkkuudella. Tästä syystä saman prosenttimäärän saaneet tekijät voivat olla eri järjestyksellä taulukossa. Alla olevaan taulukkoon on koottu hoitopalvelut tärkeysjärjestyksessä kaikkien vastausten mukaan.

Taulukko 1 Hoitopalveluiden tarve raskauden aikana kaikkien vastaajien mukaan

Hoitopalvelut tärkeysjärjestyksessä	Vastaajien määrä	Erittäin tärkeää & tärkeää (%)
1. Kriisihoito	43/48	90 %
2. Vertaistuki / kohtaamispaikka	45/51	88 %
3. Keskusteluapu	45/51	88 %
4. Päihdeperheisiin erikoistunut äitiysneuvola	43/50	86 %
5. Lastenhoitoapu	43/51	84 %
Vanhemmuuden tukeminen kotona	43/51	84 %
7. Omahaohjaaja	39/50	78 %
8. Yksilökuntoutus laitoksessa	36/50	72 %
9. Perhekuntoutus laitoksessa	35/50	70 %
10. Psykologipalvelut	33/51	65 %
11. Fysio - ja toimintaterapia	29/50	58 %
12. Ohjatut ryhmät	26/49	53 %
13. Korvaushoito	25/48	52 %

Lisäksi vastaajat mainitsivat avoimessa kohdassa ’jokin muu, mikä’ tärkeinä asioina kunnollisen päihdehoidon, vertaistuen kuten esimerkiksi NA-ryhmät, muihin palveluihin ohjaamisen ja yhteistyön eri toimijoiden välillä. Lisäksi toivottiin taloudellista tukea muun muassa lasten tarvikkeisiin. Yksi vastaaja nosti korvaushoitoon kielteisesti suhtautumisen tärkeäksi.

Kun verrattiin ensisynnyttäjien ja perheellisten hoitopalveluiden tarvetta raskauden aikana, vastauksissa havaittiin eroja. On tosin huomioitava, että ensimmäistä lastaan odottavia vastaajia oli vain kahdeksan. Ensimmäistä lastaan odottavat vanhemmat kokivat tärkeinä palveluina päihdeperheisiin erikoistuneen äitiysneuvolan, vanhemmuuden tukemisen kotona, omahoitajan sekä psykologipalvelut. Ensimmäistä lastaan odottavien vastaajien tulokset on kerätty alla olevaan taulukkoon:

Taulukko 2 Hoitopalveluiden tarve raskauden aikana ensisynnyttäjien mukaan

Hoitopalvelut tärkeysjärjestyksessä	Vastaajien määrä	Erittäin tärkeää & tärkeää (%)
1. Omahoitaja	7/8	88 %
Psykologipalvelut	7/8	88 %
Päihdeperheisiin erikoistunut äitiysneuvola	7/8	88 %
Vanhemmuuden tukeminen kotona	7/8	88 %
5. Keskusteluapu	6/8	75 %
Kriisihoito	6/8	75 %
Lastenhoitoapu	6/8	75 %
Vertaistuki/kohtaamispaikka	6/8	75 %
9. Ohjatut ryhmät	5/8	63 %
10. Fysio- ja toimintaterapia	4/8	50 %
Perhekuntoutus laitoksessa	4/8	50 %
Yksilökuntoutus laitoksessa	4/8	50 %

Jo aiemmin lapsia saaneet vanhemmat puolestaan painottivat kriisihoitoa, keskusteluapua ja vertaistukea sekä lastenhoitoapua. Tästä voitaneen päätellä, että tarpeet muuttuvat perheen kasvaessa ja kokemuksen karttuessa myös omasta päihdeongelmasta. Perheellisten kokemus vanhemmuudesta muokkasi näkemyksiä ja toi lisää ymmärrystä omasta ja lapsen tilanteesta ja tarpeista. Alla olevaan taulukkoon on kerätty hoitopalveluiden tarve raskauden aikana perheellisten vastauksista:

Taulukko 3 Hoitopalveluiden tarve raskauden aikana perheellisten mukaan

Hoitopalvelut tärkeysjärjestyksessä	Vastaajien määrä	Erittäin tärkeää & tärkeää (%)
1. Kriisihoito	37/40	93 %
2. Keskusteluapu	39/43	91 %
Vertaistuki/kohtaamispaikka	39/43	91 %
4. Lastenhoitoapu	37/43	86 %
5. Päihdeperheisiin erikoistunut äitiysneuvola	36/42	86 %
Vanhemmuuden tukeminen kotona	36/43	86 %
7. Omahoitaja	32/42	76 %
Yksilökuntoutus laitoksessa	32/42	76 %
9. Perhekuntoutus laitoksessa	31/42	74 %
10. Psykologipalvelut	26/43	60 %
11. Fysio- ja toimintaterapia	25/42	60 %
12. Ohjatut ryhmät	21/41	51 %
13. Korvaushoito	20/40	50 %

Synnytyksen jälkeen palveluiden tarve muuttui jonkin verran. Kaikkien vastaajien yhteinen palvelutarve painotti ensisijaisesti lapsen tarpeita: kolme tärkeintä palvelua olivat lapsen tukipalvelut, päihdeperheisiin erikoistunut lastenneuvola ja lapsen kasvun ja kehityksen tiivis seuranta. Tukea niin vanhemmuuteen kuin lastenhoitoonkin kaivattiin lähinnä kotiin. Keskusteluapu ja vertaistuki tai kohtaamispaikka erottuivat myös selvästi merkittävinä palveluina. Taulukkoon 4 on kerätty hoitopalvelujen tarve synnytyksen jälkeen kaikkien vastaajien mukaan:

Taulukko 4 Hoitopalveluiden tarve synnytyksen jälkeen kaikkien vastaajien mukaan

Hoitopalvelut tärkeysjärjestyksessä	Vastaajien määrä	Erittäin tärkeää & tärkeää (%)
1. Lapsen tukipalvelut	45/48	94 %
2. Päihdeperheisiin erikoistunut lastenneuvola	47/51	92 %
3. Lapsen kasvun ja kehityksen tiivis seuranta	46/50	92 %
4. Vanhemmuuden tukeminen kotona	46/51	90 %
5. Lastenhoitoapu	44/51	86 %
6. Keskusteluapu	43/50	86 %
7. Vertaistuki/kohtaamispaikka	42/49	86 %
8. Kriisihoito	41/50	82 %
9. Omahoitaja	40/50	80 %
10. Psykologipalvelut	36/51	71 %
11. Perhekuntoutus laitoksessa	35/50	70 %
12. Ohjatut ryhmät	30/49	61 %
13. Yksilökuntoutus laitoksessa	30/50	60 %
14. Korvaushoito	28/47	60 %
15. Fysio- ja toimintaterapia	26/49	53 %

Lasten palvelut nousivat tärkeimmiksi niin ensimmäistä lastaan odottavilla vastaajilla kuin perheellisilläkin. Ensiperheet nostivat myös kriisihoidon tärkeäksi, mikä lienee ymmärrettävää, sillä ensimmäisen lapsen saaminen ja pärjääminen vauvan kanssa jännittävät yleensä jokaista uutta perhettä.

Taulukkoon 5 on kerätty hoitopalveluiden tarve synnytyksen jälkeen ensisynnyttäjien vastausten mukaan:

Taulukko 5 Hoitopalveluiden tarve synnytyksen jälkeen ensisynnyttäjien mukaan

Hoitopalvelut tärkeysjärjestyksessä	Vastaajien määrä	Erittäin tärkeää & tärkeää (%)
1. Keskusteluapu	7/8	88 %
Kriisihoito	7/8	88 %
Lapsen kasvun ja kehityksen tiivis seuranta	7/8	88 %
Lapsen tukipalvelut	7/8	88 %
Lastenhoitoapu	7/8	88 %
Omahoitaja	7/8	88 %
Päihdeperheisiin erikoistunut lastenneuvola	7/8	88 %
Vanhemmuuden tukeminen kotona	7/8	88 %
9. Psykologipalvelut	6/8	75 %
Vertaistuki/kohtaamispaikka	6/8	75 %
11. Korvaushoito	5/7	71 %
12. Ohjatut ryhmät	5/8	63 %
13. Fysio- ja toimintaterapia	4/7	57 %
14. Perhekuntoutus laitoksessa	4/8	50 %
Yksilökuntoutus laitoksessa	4/8	50 %

Lapsen tukipalvelut, päihdeperheisiin erikoistunut lastenneuvola ja lapsen kasvun ja kehityksen tiivis seuranta korostuivat merkittävällä tavalla myös aiemmin lapsia hankkineissa perheissä. Lisäksi vertaistuki ja keskusteluapu nousivat tärkeiksi. Taulukkoon 6 on kerätty hoitopalveluiden tarve synnytyksen jälkeen perheellisten vastauksista:

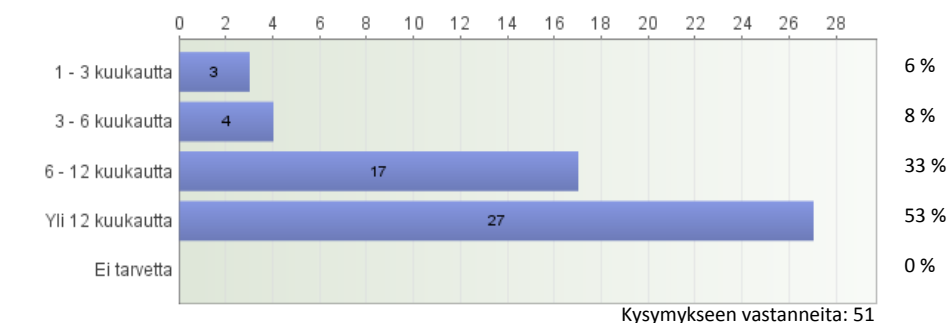
Taulukko 6 Hoitopalveluiden tarve synnytyksen jälkeen perheellisten mukaan

Hoitopalvelut tärkeysjärjestyksessä	Vastaajien määrä	Erittäin tärkeää & tärkeää (%)
1. Lapsen tukipalvelut	38/40	95 %
2. Päihdeperheisiin erikoistunut lastenneuvola	40/43	93 %
3. Lapsen kasvun ja kehityksen tiivis seuranta	39/42	93 %
4. Vanhemmuuden tukeminen kotona	39/43	91 %
5. Vertaistuki/kohtaamispaikka	36/41	88 %
6. Lastenhoitoapu	37/43	86 %
7. Keskusteluapu	36/42	86 %
8. Kriisihoito	34/42	81 %
9. Omahoitaja	33/42	79 %
10. Perhekuntoutus laitoksessa	31/42	74 %
11. Psykologipalvelut	30/43	70 %
12. Yksilökuntoutus laitoksessa	26/42	62 %
13. Ohjatut ryhmät	25/41	61 %
14. Korvaushoito	23/40	58 %
15. Fysio- ja toimintaterapia	22/42	52 %

Kaiken kaikkiaan tuloksissa painottuivat siis raskausaikana kriisihoito, vertais- ja keskusteluapu sekä erilaiset vanhemmuuden tukemisen muodot. Synnytyksen jälkeen lapsen palvelut nousivat kaikkein tärkeimmiksi.

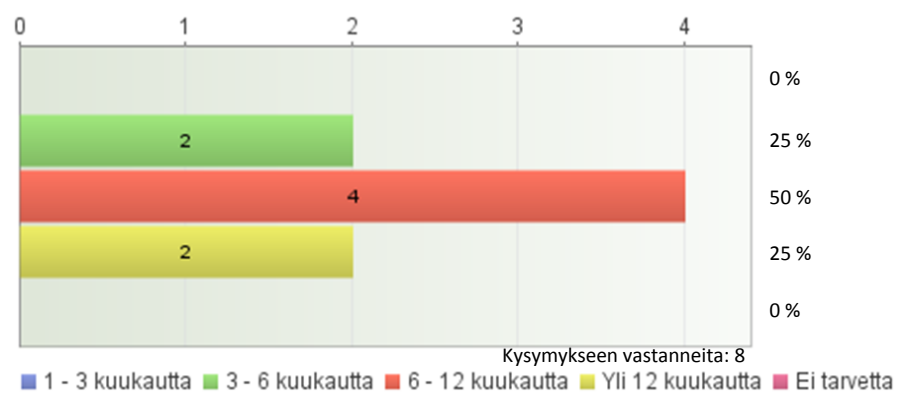
5.6 Tiiviin tuen tarve synnytyksen jälkeen

Yli puolet vastanneista koki, että synnytyksen jälkeen tiiviin tuen tulisi jatkua yli vuoden ja kolmasosa, että tiivistä tukea tulisi synnytyksen jälkeen olla saatavilla puolesta vuodesta vuoteen. Pitkäkestoinen tuki koettiin siis tarpeellisena, eikä lyhytkestoinen tiivis tuki saanut vastaajilta juuri kannatusta. Huomionarvoista on myös se, ettei kukaan vastannut, että tiivistä tukea ei tarvittaisi lainkaan. Kuviossa 10 on esitetty tiiviin tuen tarve kaikkien vastaajien mukaan:



Kuvio 10 Tiiviin tuen tarve synnytyksen jälkeen kaikkien vastaajien mukaan

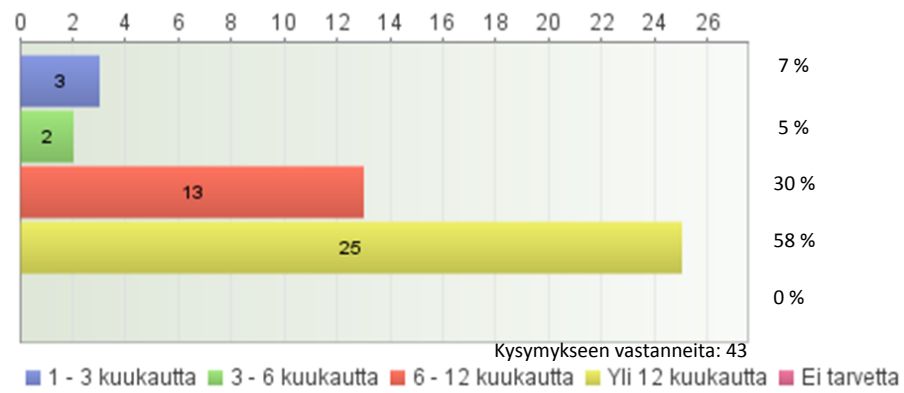
Verratessa ensisynnyttäjien ja perheellisten näkemyksiä tiiviin tuen tarpeesta synnytyksen jälkeen voidaan todeta, että puolet ensisynnyttäjistä eli neljä vastaajaa kahdeksasta koki 6–12 kuukautta kestäväen tuen riittäväksi. Neljäsosa vastanneista ensisynnyttäjistä eli kaksi vastaajaa kahdeksasta koki, että tiivistä tukea tarvittaisiin 3–6 kuukautta. Kuitenkin pitkäkestoisesta tuesta kaivattiin myös: neljäsosa eli kaksi vastaajaa kahdeksasta ajatteli, että tukea tarvittaisiin yli vuoden synnytyksen jälkeen. Kuviossa 11 on esitetty tiiviin tuen tarve ensisynnyttäjien vastausten mukaan:



Kuvio 11 Tiiviin tuen tarve synnytyksen jälkeen ensisynnyttäjien mukaan

Perheellisten näkemys painottui yli vuoden kestäväen tiiviin tuen tarpeeseen, sillä vaihtoehdon oli valinnut 25 vastaajaa 43:sta eli 58 prosenttia

vastaajista. Perheellisistä 13 vastaajaa 43:sta eli 30 prosenttia ajatteli, että 6–12 kuukauden tiivis tuki riittäisi. Kuviossa 12 on esitetty tiiviin tuen tarve synnytyksen jälkeen perheellisten vastausten mukaan:



Kuvio 12 Tiiviin tuen tarve synnytyksen jälkeen perheellisten mukaan

Perheelliset siis kokivat pitempikestoisen tiiviin tuen tarpeellisenä, mikä johtunee siitä, että heillä on jo aiempaa kokemusta vanhemmuudesta ja päihdeongelman hoitamisesta lapsen kanssa.

5.7 Kuntoutumisen kannalta tärkeitä tekijöitä

Vastaajat arvottivat myös kuntoutumisen kannalta yleisesti tärkeitä asioita. Tärkeimmiksi asioiksi kuntoutumista ajatellen nousivat oma motivaatio, yksilöllinen kohtaaminen, vanhemmaksi tuleminen, tuki omilta vanhemmilta, perheen mukanaolo sekä se, että palvelut ovat saman katon alla. Taulukkoon 7 on kerätty kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät kaikkien vastaajien mukaan:

Taulukko 7 Kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät kaikkien vastaajien mukaan

Kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät tärkeysjärjestyksessä	Vastaajien määrä	Erittäin tärkeää & tärkeää (%)
1. Oma motivaatio	51/51	100 %
2. Yksilöllinen kohtaaminen	44/50	88 %
3. Vanhemmaksi tuleminen	43/49	88 %
4. Tuki omilta vanhemmilta, sisaruksilta ja ystäviltä	42/51	82 %
5. Perheen mukanaolo	41/50	82 %
6. Palvelut saman katon alla	41/51	80 %
7. Mahdollisuus valita itselle sopivat palvelut	38/48	79 %
8. Kuntoutuspaikan viihtyisyys	38/50	76 %
9. Hoidon vapaaehtoisuus	36/50	72 %
Mahdollisuus hakeutua hoitoon myös päihtyneenä	36/50	72 %
11. Tutut työntekijät	32/51	63 %
12. Kuntoutuspaikan läheinen sijainti	24/50	48 %
13. Mahdollisuus asioida nimettömänä	23/51	45 %

Verrattaessa ensisynnyttäjien ja perheellisten vastauksia tärkeistä asioista kuntoutumisen kannalta havaitaan mielenkiintoinen ero koskien hoidon vapaaehtoisuutta. On toki huomioitava, että suuri ero vastaajamäärissä voi osittain vääristää tulosta. Seuraavista taulukoista voidaan verrata vastaaja-

ryhmien eroja. Taulukkoon 8 on kerätty kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ensisynnyttäjien vastauksista:

Taulukko 8 Kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät ensisynnyttäjien mukaan

Kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät tärkeysjärjestyksessä	Vastaajien määrä	Erittäin tärkeää & tärkeää (%)
1. Oma motivaatio	8/8	100 %
2. Hoidon vapaaehtoisuus	8/8	100 %
3. Mahdollisuus valita itselle sopivat palvelut	7/8	88 %
Vanhemmaksi tuleminen	7/8	88 %
Yksilöllinen kohtaaminen	7/8	88 %
6. Mahdollisuus hakeutua hoitoon myös päihtyneenä	6/8	75 %
Palvelut saman katon alla	6/8	75 %
8. Kuntoutuspaikan viihtyisyys	5/8	63 %
Perheen mukanaolo	5/8	63 %
Tuki omilta vanhemmilta sisaruksilta ja ystäviltä	5/8	63 %
11. Kuntoutuspaikan läheinen sijainti	4/8	50 %
12. Mahdollisuus asioida nimettömänä	2/8	25 %
Tutut työntekijät	2/8	25 %

Kaikki vastaajat nostivat oman motivaation ensiarvoisen tärkeäksi tekijäksi. Kaikki ensisynnyttäjät pitivät kuitenkin hoidon vapaaehtoisuutta joko ’erittäin tärkeänä’ tai ’tärkeänä’. Perheellisillä hoidon vapaaehtoisuudesta esiintyi suurempaa hajontaa: vain 67 prosenttia luokitteli vapaaehtoisuuden kohtaan ’erittäin tärkeää’ tai ’tärkeää’ ja 33 prosenttia kohtaan ’melko tärkeää’ tai ’vähän merkitystä’. Seuraavaan taulukkoon 9 on kerätty kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä perheellisten vastausten mukaan:

Taulukko 9 Kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät perheellisten mukaan

Kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät tärkeysjärjestyksessä	Vastaajien määrä	Erittäin tärkeää & tärkeää (%)
1. Oma motivaatio	43/43	100 %
2. Yksilöllinen kohtaaminen	37/42	88 %
3. Vanhemmaksi tuleminen	36/41	88 %
4. Mahdollisuus valita itselle sopivat palvelut	31/40	88 %
5. Tuki omilta vanhemmilta sisaruksilta ja ystäviltä	37/43	86 %
6. Perheen mukanaolo	36/42	86 %
7. Palvelut saman katon alla	35/43	81 %
8. Kuntoutuspaikan viihtyisyys	33/42	79 %
9. Mahdollisuus hakeutua hoitoon myös päihtyneenä	30/42	71 %
10. Tutut työntekijät	30/43	70 %
11. Hoidon vapaaehtoisuus	28/42	67 %
12. Mahdollisuus asioida nimettömänä	21/43	49 %
13. Kuntoutuspaikan läheinen sijainti	20/42	48 %

Yksilöllinen kohtaaminen ja vanhemmaksi tuleminen nousivat molemmilla ryhmillä selvästi tärkeiksi, samoin mahdollisuus valita itselle sopivat palvelut. Ensisynnyttäjillä mahdollisuus hakeutua hoitoon tarvittaessa päihtyneenä nousi myös tärkeäksi. Jo aiemmin lapsia saaneet vastaajat taas arvostivat tätä enemmän perheen mukanaoloa sekä tukea vanhemmilta, sisaruksilta ja ystäviltä.

Verrattaessa alkoholi- ja huumeriippuvaisia toisiinsa eroja ilmeni vanhemmaksi tuleminen merkityksessä. Vain neljä vastaajaa seitsemästä eli 57 prosenttia alkoholiriippuvaisista piti vanhemmaksi tulemistä tärkeänä

tai erittäin tärkeänä, kun taas 36 vastaajaa 39:stä eli 92 prosenttia huumeriippuvaisista piti vanhemmaksi tulemistä merkittävänä kuntoutumiselle. (Ks. liite 5).

Vastaajat toivat esiin avoimessa ’jokin muu, mikä’ -kohdassa erilaisia seikkoja. Perheen mukanaoloon viitattiin kahdessa vastauksessa: ensimmäisessä haluttiin korostaa muun perheen mahdollisuutta asua saman katon alla kuntoutumisen aikana, toisessa vastauksessa nostettiin esiin näkemys siitä, että koko perhettä tulisi tukea yhdessä ja erikseen niin, että molemmat vanhemmat saisivat tarvittavan tuen. Kuntoutumisen kannalta korostettiin hoidon sisältöä ja eri kuntoutusmuotojen ja hoitomuotojen mahdollisuutta.

Hoidon sisällöksi toivottiin muun muassa NA-ryhmiä sekä muita ryhmiä ja aktiviteetteja. Sosiaaliin suhteisiin ja verkostoihin viitattiin kahdessa vastauksessa, joissa tuotiin esiin näkemys uusien ystävien merkityksestä ja siitä, että vanhat suhteet aineita käyttäviin ihmisiin ja paikkoihin täytyisi katkaista. Yksi vastaajista toi myös esiin mielipiteensä siitä, että päihtetömyyteen tulisi pyrkiä ilman korvaushoitoa. Vastaajat korostivat yksilöllisen kohtaamisen merkitystä ja toivoivat, että asiakasta uskottaisiin. Henkilökunnan ystävällisyys ja aitous sekä auttamisen halu ja erikoisammattitaito koettiin myös kuntoutumista tukeviksi seikoiksi. Lisäksi omien tulevaisuudensuunnitelmien merkitys koettiin kuntoutumista tukevana.

6 POHDINTA

Tutkimuksessa vastaajat olivat selkeästi tahdosta riippumattoman hoidon kannalla. Aineistoa tulkittaessa on huomioitava, että vastaajat ovat vastanneet oletuksien perusteella, koska pakkohoitoa ei tällä hetkellä tarjota raskaana oleville päihdeongelmaisille. Näin ollen vastaukset eivät välttämättä ole täysin realistisia ja vastaajat ovat saattaneet ajatella, ettei pakkohoito koskisi heitä itseään. Toisaalta Päiväperhon asiakkaat ovat palveluiden piirissä lastensuojelullisen huolen vuoksi, ja lastensuojeluviranomaiset ovat voineet velvoittaa heidät käyttämään päihdepalveluita. Tämä voidaan osittain rinnastaa pakon käyttämiseen.

Kyselyn saatetekstissä kerrottiin lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä ehdotetusta hoitosopimusmallista. Suurin osa vastauksista vaikuttaisi perustuvan tähän niin sanottuun vapaaehtoiseen pakkohoitoon. Vastaajat näkivät hoitosopimuksen hyvänä mallina toteuttaa tahdosta riippumatonta hoitoa. Toisaalta hoitotakuu nähtiin tärkeänä, ja samalla kyseenalaistettiin pakkohoidon oikeutusta, jos vapaaehtoisiaakaan palveluita ei ole tarjolla tarpeeksi kaikissa kunnissa. Vastaajien kokemuksissa painottui tarve pitkäkestoiseen tukeen myös raskauden jälkeen. Hoitotakuu voisi taata tämän vapaaehtoisuuteen perustuen.

Tutkimuksessa vastaajien näkökannat olivat usein ehdottomia, mutta ne ovat syntyneet vastaajien omista kokemuksista ja todellisuudesta. Useimmat vastaajat tuntuivat kaipaavan selkeyttä ja rajan vetämistä omalle toi-

minnalleen. Tahdosta riippumattoman hoidon mahdollistava laki voisi selkeyttää hoidon toteuttamista ja erityisesti hoitoprosessin alussa hoitoon sitoutuminen ilman vaihtoehtoa voisi helpottaa asiakasta.

Päiväperhon asiakkaista suurin osa on huumeidenkäyttäjiä, mikä on yleistä myös muissa vastaavia palveluja tarjoavissa yksiköissä. Sama suuntaus on nähtävissä myös Norjassa. Tahdosta riippumatonta hoitoa valmisteltaessa tulisikin pohtia, miten myös alkoholiriippuvaiset saadaan hoitoon.

Tahdosta riippumattoman hoidon tulisi vastaajien mukaan olla asiakas- ja perhelähtöistä sekä kodinomaista ja sen tulisi huomioida asiakkaan yksilöllinen kohtaaminen. Tämä edesauttaisi motivaation syntymistä kuntoutumiseen. Tahdosta riippumattoman hoidon puolesta vastanneet toivat kuitenkin vastauksissaan esiin, että tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyy monia näkökulmia. Nämä näkökulmat liittyvät itsemääräämisoikeuteen, eettisiin näkökohtiin ja sikiön oikeuksiin.

Vastaajat kokivat vastuun sikiöstä ja lapsesta voimakkaasti, ja vanhemmuuden velvollisuudet olisi haluttu täyttää mahdollisimman hyvin. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että sikiön oikeudet tulisi tunnustaa ja että ne voisivat mennä äidin oman tahdon edelle. Lapsen etu nähtiin synnytyksen jälkeenkin merkittävänä, ja halu toimia vanhempana ilmeni näkemyksissä voimakkaasti. Kun oma päihteidenkäyttö olisi saatu hallintaan, jäisi vanhemmuuden opetteluun paremmin voimavaroja. Raskausaikana on oleellista tukea varhaisen vuorovaikutuksen syntymistä, koska vanhemmuus saattaa olla juuri se motivaatiotekijä, joka mahdollistaa raskaana olevan päihteettömyyden.

Vastaajat toivat esiin perheen merkityksen kuntoutumisprosessissa. Heille oli tärkeää, ettei perheenjäseniä erotettaisi toisistaan. Perhelähtöiset palvelut kuitenkin aiheuttavat erilaisia paineita palveluille. Toisaalta toisen vanhemman päihdeongelma voi toisinaan olla estävä tekijä toisen vanhemman kuntoutumiselle ja näin myös vaarantaa lapsen turvallisen kasvun.

Vastanneet asiakkaat ottivat voimakkaasti kantaa korvaushoidon käytäntöihin, lähinnä liittyen hoitotakuuseen. Raskaana olevien mahdollisuus saada korvaushoitopäätös raskauden perusteella aiheuttaa asiakkaiden näkemyksen mukaan jopa naisten raskaaksi hankkiutumista. Tämä kenties kertoo siitä, että naiset väsyvät huumeiden käytöstä aiheutuvaan elämäntyyliin ja kokevat raskauden ratkaisevan ongelmaa. Olisiko korvaushoidon hoitotakuuta syytä muuttaa, jotta naisten ei tarvitsisi turvautua näin epätoivoiseen ratkaisuun? Tai pitäisikö korvaushoidon sijaan pyrkiä ohjaamaan asiakas varhaisessa vaiheessa muuhun päihdekuntoutukseen? Oman haasteensa korvaushoidon käytäntöihin tuovat raskaana olevan äidin puoliso. Yleisesti käytössä oleva korvaushoidon jonotuskäytäntö voi aiheuttaa perheen sisäistä ristiriitaa, kun puolison tulee käyttää laittomia aineita, kunnes hän pääsee korvaushoitoon.

Sosiaali- ja terveysministeriön ehdotuksessa (STM 2009, 48) viitataan siihen, että tahdosta riippumattoman hoidon yhtenä tavoitteena on motivoida äiti vapaaehtoiseen päihdekuntoutukseen. Oman motivaation merkitys kuntoutumiselle nousi tutkimuksessa hyvin voimakkaasti esiin. Tämä aiheuttaa suuria vaatimuksia hoidon motivoivuudelle, jos asiakkaalla ei itsellään ole yhtään motivaatiota elää päihteettä. Asiantuntijoiden esiin nostama uhka maan alle menevistä äideistä ei kuitenkaan tunnu tulosten valossa merkittävältä, sillä kaikkiaan vain kaksi vastaajaa mainitsi asian.

Kysymykseen siitä, voidaanko asiakkaita hoitaa rinnakkain vapaaehtoisesti ja tahdonvastaisesti samassa palveluyksikössä, olisi myös hyvä ottaa kantaa. Mielestämme on hoidettavan edun mukaista saada hoitoa toisten, vapaaehtoisessa hoidossa olevien päihdekuntoutujien kanssa. Tälläkin hetkellä osa esimerkiksi Päiväperhon asiakkaista on hoidossa pitkälti lastensuojeluviranomaisen suosituksesta, eikä tämä kuitenkaan tunnu häiritsevän muiden asiakkaiden kuntoutumista. Toisaalta tahdonvastaisesti hoidossa oleva voi hyötyä merkittävällä tavalla siitä, että hän saa seurata toisia vauvaperheitä, miettiä omaa vanhemmuuttaan ja keskustella vertaisten kanssa.

Tutkimuksen vastaajien näkemyksissä nousi merkittävänä tarve lasten henkilökohtaisille tukipalveluille, mikä tuodaan esiin myös sosiaali- ja terveysministeriön ehdotuksessa. Päihdeongelmasta kärsivän perheen lapsille olisi siis luotava mahdollisuus omien kokemusten läpikäymiseen ja tunteiden käsittelemiseen. Lasten tukipalveluita tulisikin valtakunnallisesti voimakkaasti kehittää.

Vastaajat kokivat myös tärkeänä, että palvelut on sijoitettu saman katon alle. Tätä voidaan pitää Päiväperhon vahvuutena ja tällä hetkellä ainutlaatuisena palveluna Suomessa. Matalan kynnyksen palvelut kuten kohtauspaikka ja kriisiosasto sekä periaatteet kuten mahdollisuus hakeutua päihtyneenä hoitoon koettiin myös tärkeiksi. On kuitenkin huomioitava, että tutkimuksen vastaajilla on mahdollisuus hakeutua kyseisiin palveluihin, joten heidän näkemyksensä perustuvat omaan kokemukseen tai josain määrin myös vertaisten kokemuksiin.

7 LOPUKSI

Asiakkaat tuottivat paljon hyviä näkemyksiä pakkohoidosta ja sen toteutuksesta. Aihepiiri on herättänyt tutkimuksen aikana paljon keskustelua niin asiakkaiden kuin työntekijöidenkin keskuudessa. Opinnäytetyön aihe on saanut asiakkailta paljon kiitosta, ja asiakkaat ovat kokeneet tärkeäksi, että heidän äänensä on tehty kuuluvaksi. Tämä varmasti viestii siitä, että asiakkailta on paljon annettavaa ja intoa osallistua hoitojärjestelmän kehittämiseen. Onkin äärimmäisen tärkeää, että kohderyhmää kuullaan hoitojärjestelmää kehitettäessä ja erityisesti lakimuutoksia valmisteltaessa.

Tahdosta riippumaton hoito tulisi suunnitella niin, että se tukisi kunnolla pitkäkestoista päihdeettömyyttä. Hoito ei voi olla pelkästään laitoshoidoa neljän seinän sisällä, jos pyritään siihen, että päihdeettömyys jatkuu myös raskauden jälkeen. On siis tehtävä selkeä linjaus siitä, mihin hoidolla pyritään ja halutaanko turvata myös vanhemmuus raskausajan jälkeen. Kun mahdollista tahdosta riippumatonta hoitoa harkitaan, on mielestämme tärkeää, että päätöksen tekevä taho tuntee läheisesti asiakkaan tilanteen ja toimii tämän arjessa. Merkittävä rooli päätöksen tekemisessä tulisi olla palveluyksikön moniammatillisella tiimillä, jossa palveluohjaaja olisi käytännössä selvillä asiakkaan hoitopolusta ja aiempien hoitomuotojen vaikeavuudesta.

Tämänhetkinen palvelujärjestelmä on hyvin hajanainen, ja palveluita tarvitsevat ovat hyvin eriarvoisessa asemassa asuinpaikasta johtuen. Valtakunnallisen Ensi- ja turvakotienliiton Pidä kiinni -hoitojärjestelmän toiminta on rahoituksesta johtuen epävarmalla pohjalla, vaikka osittaisesta valtion rahoituksesta onkin keskusteltu. Kunnallisena toimijana Päiväperho tarjoaa palvelut saman katon alta matalan kynnyksen periaatteella. Vantaan kaupunki suunnittelee samantyyppisen palvelukokonaisuuden perustamista. Yhden luukun periaate on tavoitteena myös sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (STM 2009, 15). Jotta palvelut voitaisiin valtakunnallisesti taata tasavertaisesti kaikille niitä tarvitseville, tulisi miettiä aluejakoa, joka mahdollistaisi palvelujen tarjonnan ympäri Suomen.

Puhuttaessa pakkohoidosta herää kysymys siitä, löytyykö yhteiskunnasta halua tukea sekä päihdeongelmaisia vanhempia että heidän lapsiaan. Vanhemmille tulisi mielestämme taata palvelut hoitotakuun avulla ja tarvittaessa äitiä pitäisi voida hoitaa raskaana ollessaan jopa tämän tahdosta riippumatta. Hoitotakuu vaatii yhteiskunnalta investointeja, mutta säästää toisaalta menoja vanhempien kuntoutumisen ja lasten turvallisen kasvun seurauksena.

Jatkotutkimusaiheina nousivat esiin alkoholiriippuvaisten raskaana olevien hoitoonohjauksen haasteet sekä isän asema tahdosta riippumattoman hoidon yhteydessä. Olisi myös mielenkiintoista selvittää näkemyksiä hoitojärjestelmästä niiltä päihderiippuvaisilta vanhemmilta, jotka eivät ole jostain syystä palvelujen piirissä. Tällaisen tutkimuksen toteuttaminen voi kuitenkin olla varsin haastavaa.

Raskaana olevan tahdosta riippumaton hoito voidaan nähdä sekä päihdehuollollisena että lastensuojelullisena asiana. Tärkeintä olisi saada syrjäytymisen ketju katkaistua, jotteivät ongelmat siirry sukupolvelta toiselle. Niinpä tätä kautta ongelma voitaisiin nähdä ennen kaikkea lastensuojelullisena haasteena. Lapset eivät voi odottaa lapsuuttaan, vaan heidän pitää saada elää sitä.

LÄHTEET

Ahola, A. 2007. Lomaketutkimusprosessi. Teoksessa Viinamäki, L. & Saari, E. (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Tammi, 47–72.

Andersson, M. 2001. Projektin lähtökohdat & Projektin toiminta. Teoksessa Andersson, M. (toim) Tartu hetkeen: apua ja hoitoa päihteitä käyttäville vauvaperheille. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 27. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 17–19, 24–31.

Andersson, M. 2008. Pidä kiinni -hoitojärjestelmän rakentaminen. Teoksessa Andersson, M., Hyytinen, R. & Kuorelahti, M. (toim.) Vauvan parhaaksi: kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana, Pidä kiinni -hoitojärjestelmä. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 18–36.

Auvinen, A. 2001. Näkökulmia naisten päihdeongelmiin ja niistä kuntoutumiseen. Teoksessa Andersson, M. (toim.) Tartu hetkeen: apua ja hoitoa päihteitä käyttäville vauvaperheille. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 27. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 121–130.

Backmann, A. 14.1.2011. Korvaushoitokäytäntö Tampereella. Vastaanottaja Outi Lahtinen. [Sähköpostiviesti]. Viitattu 6.2.2011.

Boelius, T. 2011. Pidä kiinni -hoitojärjestelmän suunnittelija. Ensi- ja turvakotien liitto. Puhelinkeskustelu 11.4.2011.

Brodén, M. 2006. Raskausajan mahdollisuudet. Helsinki: Therapie-säätiö.

Ensi- ja turvakotien liitto ry. 2010. Päihdeongelmaisten äitien ensikoteja joudutaan sulkemaan. Viitattu 16.11.2010.
<http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/tyomuodot/pidakiinni/?x3204822=3204964>

Ensi- ja turvakotien liitto ry. 2011. Tosi-projekti – totisesti toisenlainen elämä. Viitattu 21.4.2011.
http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/tyomuodot/tosi-projekti-totisesti_toisen/

Haavisto, H. 2003. Lapsen huomioiminen päihdetyössä. Teoksessa Kujala, V. (toim.) Eevan perhe: näkökulmia päihteiden käytöstä kärsivien naisten/äitien ja heidän lastensa tukemiseen. Helsinki: Sininauhaliitto, 15–20.

Hansen, F.A. & Svenkerud, S. 2006. Pregnant women admitted to Borgestadklinikken under Section 6-2a of the Norwegian Social Services Act in the period 1996–2005. Report, November 2006. Borgestadklinikken – Blå Kors Sør. Viitattu 15.4.2011.

<http://www.borgestadklinikken.no/borgestadklinikken/vedlegg/final-%A76-2-a--Rapport-engelsk.pdf>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Holmberg, T. 2003. Lapset ja vanhempien päihdeongelma: opas vanhemmille, lastensuojelun ammattilaisille ja muille lasten kanssa työskenteleville. A-klinikkasäätiön raporttisarja. Helsinki: Lasten keskus.

Hämäläinen, J. & Kurki, L. 1997. Sosiaalipedagogiikka. Helsinki: WSOY.

Itäpuisto, M. 2008. Pullon pohjimmaisat. Lapsi, perhe ja alkoholi. Helsinki: Kirjapaja.

Jaskari, S. 2008. Reflektiivisen työotteen kehittäminen – vauva vanhemman mielessä. Teoksessa Andersson, M., Hyytinen, R. & Kuorelahti, M. (toim.) Vauvan parhaaksi: kuntoutuminen päihdeistä odotus- ja vauva-aikana: Pidä kiinni -hoitojärjestelmä. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 126–139.

Karppinen, A. 2008. Kun on pakko hoitaa pakolla. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. Tämä potilas kuuluu meille, sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto, 283–299.

Kiikkala, I. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouvo-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Tammi, 112–121.

Kouvonen, P. 2010. Pohjoismaissa – paljon muutakin kuin tahdonvastaisia toimia. Stakes. Viitattu 17.11.2010. <http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/julkaisut/poimittua/artikkelit/raskaanaolevienpaihdehoito.htm>

Kujasalo, A. & Nykänen, H. 2005. Viinin viemää, nainen alkoholin ansassa. Helsinki: Myllyhoitoyhdistys ry.

Laki kunnallisesta viranhaltijasta 11.4.2003/304

Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239 sekä muutos 27.11.1992/1085

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417 sekä muutos 12.2.2010/88

Launis, V. 2009. Päihdeäitien pakkohoito vaatii myös eettisten arvojen pohdintaa. Helsingin Sanomat, Vieraskynä 5.2.2009. <http://www.hs.fi/paakirjoitus/artikkeli/P%C3%A4ihde%C3%A4itien+pak>

kohoi-
to+vaatii+my%C3%B6s+eettisten+arvojen+pohdintaa/1135243287326

Lindqvist, M (toim.) 2009. Vantaa – päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten ja perheiden palvelut. Vantaa: Sosiaali- ja terveystoimi, perhepalvelut.

Mattila, K-P. 2008. Arvostava kohtaaminen. Arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Juva: PS-kustannus.

Mattila, K-P. 2010. Asiakkaana ihminen, työnä huolenpito ja auttaminen. Juva: PS-kustannus.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Mäkelä, K. 2010. Raskaana olevien naisten päihde-ehdotin pakkohoito ja sen kriteerit. Yhteiskuntapolitiikka 75:4.

Mäkiranta, M. 2003. Päihdeperheiden hoito työntekijän näkökulmasta. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY, 488–496.

Nousiainen, K. 2001. Karusellista kasvamaan -projekti. Viitattu 2.10.2010. <http://www.valt.helsinki.fi/staff/kmnousia/karuselli/>

Nätkin, R. 2006. Johdanto & Äitiys ja päihteet – kertomus ja politiikka. Teoksessa Nätkin, R. (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Juva: PS-kustannus, 5–21, 23–53.

Ojanen, M. 2006. Äiti korvaushoidossa. Teoksessa Nätkin, R. (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Juva: PS-kustannus, 107–135.

Paaso, K. 2010. Päihdeäitien ja -perheiden tuki ja hoito. Perhetukikeskus Päiväperhon 10-vuotisjuhlaseminaari [seminaarimuistiinpanot ja jaettu moniste]. Tampere 22.10.2010.

Pajulo, M. & Tamminen, T. 2002. Äidin päihdeongelma, vauva ja varhainen vuorovaikutus. Suomen Lääkärilehti 30–32, 3009–3012.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41

Päiväperhon esite 2010.

Rautavuori, M. 2001. FAS-lapsi, nainen, perhe ja yhteiskunta. Näkökulmia raskaudenaikaiseen päihteidenkäyttöön. Helsinki: Kehitysvammaliitto.

Rostila, I. 2001. Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelman ratkaisun perusteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Ruisniemi, A. 2006. Vanhemmuus päihderiippuvuudesta toipumisen voimavarana. Teoksessa Nätkin, R. (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Juva: PS-kustannus, 165–187.

Savonlahti, E., Pajulo, M. & Piha, J. Päihdeäidit, vauvat ja varhainen vuorovaikutus. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY, 327–337.

Sinkkonen, J. 2003. Lapsen varhainen isäsuhde. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY, 261–267.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeustyöryhmä.
Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.11.2010.
<http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/itsemaaramisoikeus>

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä STM 2009: 4. Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Stormbom, A. 2008. Vauvalähtöinen päihdekuntoutus: esimerkkinä Ensi-koti Pinja. Teoksessa Andersson, M., Hyytinen, R. & Kuorelahti, M. (toim.) Vauvan parhaaksi: kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana: Pidä kiinni -hoitojärjestelmä. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 109–125.

Suomen Lääkäriliitto 2008. Suomen Lääkäriliiton ohjeet syntymättömän oikeuksista, hyväksytty 19.11.2008, päivitetty 20.11.2008. Viitattu 23.11.2010.
http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/syntymaton.html

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731

Taipale, S. 2006. Sairaalan tuella raitis perhe? Projektikokemuksia sairaalasta. Teoksessa Nätkin, R. (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Juva: PS-kustannus, 189–211.

Tammela, O. & Nuutila, M. 2008. Onko sikiöllä oikeuksia? Duodecim 4/2008, 356–357.

Tampereen kaupunki 2010. Tampereen kaupungin lastensuojelun erityis-palveluiden tiedote 1/2010.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Työsopimuslaki 26.1.2001/55.

Valli, R. 2007a. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, metodin valinta ja aineiston ke-
ruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 102–125.

Valli, R. 2007b. Vastaja asettaa tulkinnalle haasteita. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II: näkökulmia aloittelevalle tutkijalle, tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 2. täyd. p. Jyväskylä: PS-kustannus, 198–212.

Välikoski, S. 2010. Risikko vaatii oikeuksia myös sikiölle. Ilkka
24.10.2010.

<http://www.ilkka.fi/teemat/kulttuuriteematarticle.jsp?p=264&article=540819&Title=Risikko+vaatii+oikeuksia+my%F6s+siki%F6lle>

YK:n lapsen oikeuksien julistus 20.11.1959. Unicef. Viitattu 23.11.2010.
http://www.unicef.fi/lapsen_oikeuksien_julistus

YK:n lapsen oikeuksien sopimus 20.11.1989. Unicef. Viitattu 23.11.2010.
http://www.unicef.fi/Lapsen_oikeuksien_sopimus_koko

KOPIO KYSELYLOMAKKEESTA

**PÄIVÄPERHON ASIAKKAIDEN NÄKEMYKSIÄ
RASKAANA OLEVAN TAHDOSTA
RIIPPUMATTOMASTA PÄIHDEHOIDOSTA**

Suomessa valmistellaan lakiuudistusta, jolla taattaisiin raskaana olevien päihdehoito ja samalla otettaisiin käyttöön mahdollisuus tahdosta riippumattomaan hoitoon, niin sanottuun pakkohoitoon. Tämänhetkisen ehdotuksen mukaan hoito voitaisiin aloittaa, kun muut keinot on käytetty ja asiakas on allekirjoittanut hoitosopimuksen, jota ei voi irtisanoa ennen sovittua ajan päättymistä. Hoitosopimuksen kesto voitaisiin määritellä 30 päivästä aina raskauden loppuun saakka. Tavoitteena olisi ensisijaisesti motivoida asiakas pitkäaikaiseen vapaaehtoiseen päihdekuritukseen tai raskauden aikaiseen raittiuteen.

Haluamme kuulla, mitä mieltä Sinä Päiväperhon asiakkaana olet tahdosta riippumattomasta hoidosta. Antamasi tiedot käsitellään luottamuksellisesti eikä henkilöllisyytesi käy ilmi raportista. Tavoitteenamme on saada asiakkaiden ääni kuuluville lakia valmistelevalle taholle ja tukea näin myös palvelujen tarjontaa.

Tulokset julkaistaan keväällä 2011, ja ne toimitetaan Sosiaali- ja terveysministeriöön sekä kaikkien nähtävillä Päiväperhoon. Vastausaikaa sinulla on tammikuun 2011 loppuun asti.

NÄKEMYKSESI ON MEILLE TÄRKEÄ – KIITOS OSALLISTUMISESTASI!

Sosionomiopiskelijat Outi Lehtinen ja Hanne Kinnunen, HAMK
Lisätietoja kyselystä sähköpostitse: paivaperhon.kysely@gmail.com

HAMK
HAMKIN AMMATTIKORKEAKOULU

KOPIO KYSELYLOMAKKEESTA

PÄIVÄPERHON ASIAKKAIDEN NÄKEMYKSIÄ RASKAANA OLEVAN TAHDOSTA RIIPPUMATTOMASTA
PÄIHDEHOIDOSTA -kysely

1) Olen perheessä:

- äiti.
- isä.

2) Elän:

- parisuhteessa.
- yksin.

3) Lapset:

- Odotan/odotamme esikoista.
- Minulla/meillä on jo lapsi(s).

4) Mikä on ollut pääpääiteesi?

- Alkoholi
- Huumeet ja/tai lääkkeet
- Sekakäyttö

5) Onko sinulla tai puolisollessi kokemusta päihdeongelmasta raskauden aikana?

- Kyllä
- Ei

6) Mitä Päiväperhon palveluja olet käyttänyt? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- Neuvolapalvelut
- Perhekuntoutus
- Kriisihoito
- Korvaushoito
- Kohteamispaikka
- Ohjatut ryhmät
- Psykologi
- Lääkäri/gynekologi
- Toiminta- ja/tai fysioterapia
- Kotiin ennettava ohjeistus

KOPIO KYSELYLOMAKKEESTA

7) Miten tärkeänä pidät seuraavia asioita kuntoutumisen kannalta?

	Erittäin tärkeää	Tärkeää	Melko tärkeää	Vähän merkitystä	Ei merkitystä
Oma motivaatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanhemmaksi tuleminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoidon vapaehtoisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutut työntekijät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perheen mukanaolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yksilöllinen kohteaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahdollisuus valita itselle sopivat palvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuntoutuspaikan läheinen sijainti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuntoutuspaikan viihtyisyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahdollisuus asioida nimettömänä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahdollisuus hakeutus hoitoon myös päähtyneenä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palvelut saman katon alla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuki omilta vanhemmilta, sisaruksilta ja ystävilta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jokin muu, määrittele alle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jos vastasit 'jokin muu', määrittele tähän.

8) Mitä ajattelet raskeana olevan äidin tahdosta riippumattomasta hoidosta? Milleistä hoito voisi olla?

KOPIO KYSELYLOMAKKEESTA

9) Kuinka tärkeinä pidät seuraavia palveluja raskauden aikana?

	Erittäin tärkeää	Tärkeää	Melko tärkeää	Vähän merkitystä	Ei merkitystä
Vanhemmuiden tukeminen kotona (perhetyö)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lastenhoitaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjatut ryhmät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologipalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keskusteluapu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päihdeperheisiin erikoistunut äitiysneuvola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhekuntoutus laitoksessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yksilökuntoutus laitoksessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omhoitaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korvaushoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriisihoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fyysio- ja toimintaterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertaiskoti/kohtaamispaikka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jokin muu, määrittele alle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jos vastasit 'jokin muu', määrittele tähän.

10) Kuinka kauan tahdosta riippumattoman hoidon tulisi kestää, jotta se motivoisi äidin vapesehtoiseen päihdekuntoutukseen?

- 30 päivää
- 3 kuukautta
- 6 kuukautta
- Koko raskauden ajan
- Jatkuen määräjän synnytyksen jälkeen
- Ei mielestäni motivoivaa vaikutusta

11) Luuletko, että hoitosopimus voisi auttaa / olisi auttanut sinua tai puolisoasi sitoutumaan päihdekuntoutukseen raskauden aikana? (Hoitosopimus = asiakas sitoutuu hoitoon määräjäksi, jonka aikana hoitoa ei voi keskeyttää)

- Kyllä
- Ei
- Ehkä
- En osaa sanoa

KOPIO KYSELYLOMAKKEESTA

12) Kuinka tärkeinä pidät seuraavia palveluja synnytyksen jälkeen?

	Erittäin tärkeää	Tärkeää	Melko tärkeää	Vähän merkitystä	Ei merkitystä
Vanhemmuuden tukeminen kotona (perhetyö)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lastenhoitoapu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjatut ryhmät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologipalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keskusteluapu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päihdeperheisiin erikoistunut lastenneuvola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhekuntoutus laitoksessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yksilökuntoutus laitoksessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omahoitaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korvaushoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriisihoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erityyry ja toimintaterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertaistuki/kohtaamispaikka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lapsen kasvun ja kehityksen tiivis seuranta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lapsen tukipalvelut (esim. lapsille suunnatut vertaisryhmät, toiminta- ja fysioterapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

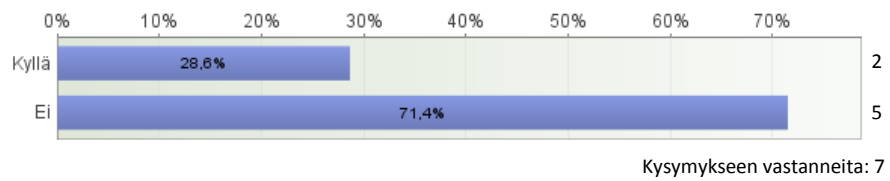
13) Kuinka kauan tiivistä tukea tulisi olla saatavilla synnytyksen jälkeen?

- 1 – 3 kuukautta
- 3 – 6 kuukautta
- 6 – 12 kuukautta
- Yli 12 kuukautta
- Ei tarvetta

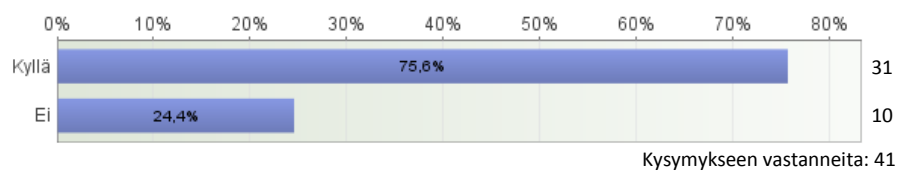
14) Mitä muuta haluaisit sanoa aiheesta?

LÄMMIN KIITOS VASTAUKSESTASI!

ALKOHOLI- JA HUUMERIIPPUVAISTEN KOKEMUS RASKAUDENAIKAISESTA PÄIHDEONGELMASTA

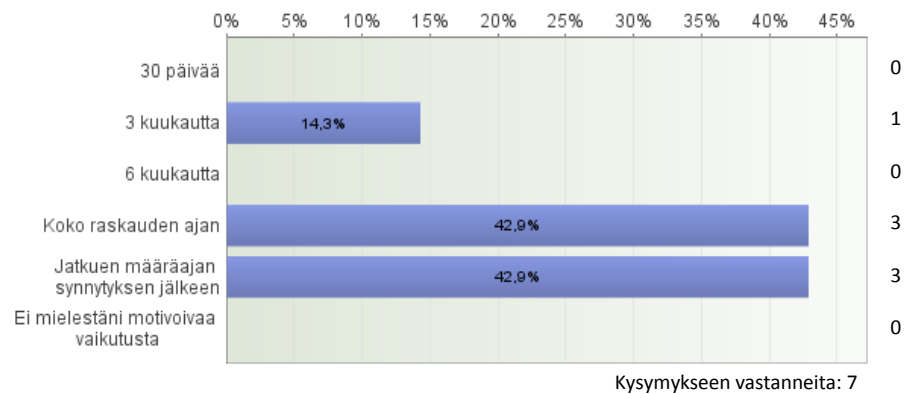


Kaavio 1. Alkoholiriippuvaisten kokemus raskaudenaikaisesta päihdeongelmasta

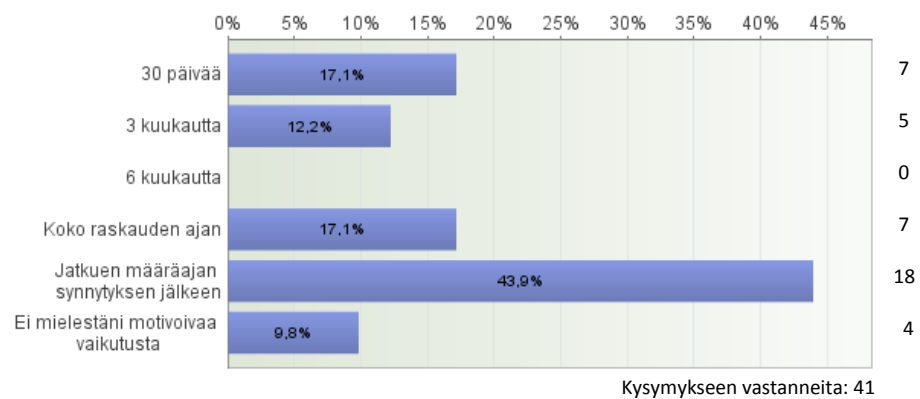


Kaavio 2. Huume- ja/tai lääkeriippuvaisten sekä sekäkäyttäjien kokemus raskaudenaikaisesta päihdeongelmasta

TAHDOSTA RIIPPUMATTOMAN HOIDON RIITTÄVÄ KESTO ALKOHOLI- JA HUUMERIIPPUVAISTEN MUKAAN

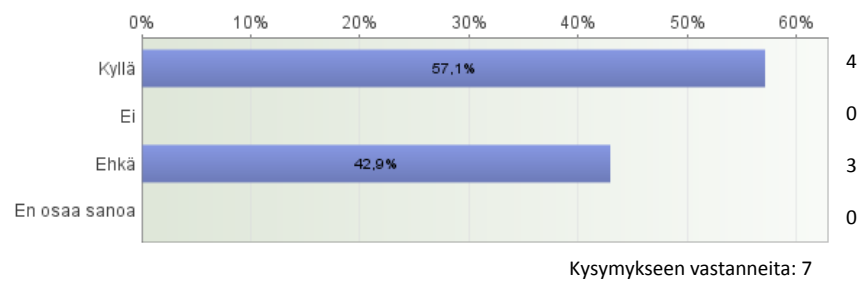


Kaavio 1. Tahdosta riippumattoman hoidon riittävä kesto alkoholiriippuvaisten mukaan

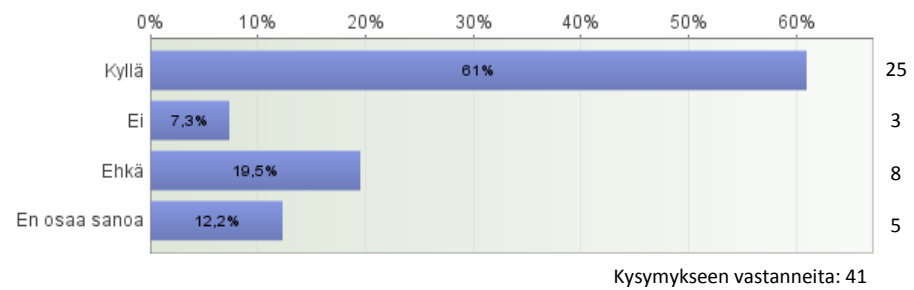


Kaavio 2. Tahdosta riippumattoman hoidon riittävä kesto huume- ja/tai lääkeriippuvaisten sekä sekäkäyttäjien mukaan

ALKOHOLI- JA HUUMERIIPPUVAISTEN SITOUTUMINEN HOITOSOPIMUKSEEN



Kaavio 1. Alkoholiriippuvaisten sitoutuminen hoitosopimukseen



Kaavio 2. Huume- ja/tai lääkeriippuvaisten sekä sekäkäyttäjien sitoutuminen hoitosopimukseen

KUNTOUTUMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT ALKOHOLI- JA HUUMERIIPPUVAISTEN MUKAAN

Taulukko 1. Kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät alkoholiriippuvaisten mukaan

Kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät tärkeysjärjestyksessä	Vastaajien määrä	Erittäin tärkeää & tärkeää (%)
1. Oma motivaatio	7/7	100 %
2. Palvelut saman katon alla	6/7	86 %
3. Perheen mukanaolo	6/7	86 %
4. Hoidon vapaaehtoisuus	5/7	72 %
5. Yksilöllinen kohtaaminen	5/7	71 %
Tuki omilta vanhemmilta, sisaruksilta ja ystäviltä	5/7	71 %
7. Mahdollisuus valita itselle sopivat palvelut	4/7	57 %
Kuntoutuspaikan viihtyisyys	4/7	57 %
Tutut työntekijät	4/7	57 %
10. Vanhemmaksi tuleminen	4/7	57 %
11. Mahdollisuus hakeutua hoitoon myös päihtyneenä	3/7	43 %
Mahdollisuus asioida nimettömänä	3/7	43 %
13. Kuntoutuspaikan läheinen sijainti	2/7	29 %

Taulukko 2. Kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät huume- ja/tai lääkeriippuvaisten sekä sekakäyttäjien mukaan

Kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät tärkeysjärjestyksessä	Vastaajien määrä	Erittäin tärkeää & tärkeää (%)
1. Oma motivaatio	41/41	100,00 %
2. Vanhemmaksi tuleminen	36/39	92,30 %
3. Yksilöllinen kohtaaminen	36/40	90,00 %
4. Mahdollisuus valita itselle sopivat palvelut	33/38	86,80 %
5. Tuki omilta vanhemmilta, sisaruksilta ja ystäviltä	34/41	82,90 %
6. Perheen mukanaolo	33/40	82,50 %
7. Palvelut saman katon alla	33/41	80,50 %
8. Kuntoutuspaikan viihtyisyys	32/40	80,00 %
9. Mahdollisuus hakeutua hoitoon myös päihtyneenä	32/41	78,10 %
10. Hoidon vapaaehtoisuus	29/40	72,50 %
11. Tutut työntekijät	26/41	63,40 %
12. Kuntoutuspaikan läheinen sijainti	21/40	52,50 %
13. Mahdollisuus asioida nimettömänä	19/41	46,30 %