

Työpaperi 31/2019

Anne Arponen

Päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden palvelut vuonna 2018

Nykytila ja kehittämissuhteet

Tämä työpaperi vastaa sosiaali- ja terveysministeriöltä (STM) Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) annettuun tehtävänantoon, jossa tavoitteena on selvittää päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnattujen palvelujen nykytilaa. Tarkastelu on rajattu kahteen keskeiseen erityispalveluun: HAL-erityisäitiyspoliklinikoihin (Huumeet Alkoholi Lääkkeet) sekä päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnattuihin laitospalveluihin perhekuntoutusyksiköihin.

HAL-poliklinikoiden asiakasmäärät ovat kasvaneet ja laitospalveluiden perhekuntoutusyksiköiden käyttöaste on korkea. Osa raskaana olevista päihteitä käyttävistä naisista ja vauvaperheistä jää edelleen tunnistamatta ja ohjautumatta kohdennettuihin palveluihin. Palvelujen saatavuudessa on suuria alueellisia eroja.

Työpaperissa esitetään kehittämissuhteena päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten entistä parempaa tunnistamista ja tuen piiriin saattamista. Raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten sekä heidän puolisoitensa päihdeseulonnan ja -kartoituksen työvälineitä tulee kehittää ja niiden käyttöä tehostaa sekä hoitoonohjauksiteoreittia ja hoitopolkumalleja yhdenmukaistaa. Toisena kehittämissuhteena esitetään alueellisten koordinoitujen erityispalvelukokonaisuuksien luomista. Erityispalvelukokonaisuudessa kaikkia asiakasryhmän tarvitsemia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita olisi saatavilla ja ne muodostaisivat koordinoitun ja selkeän kokonaisuuden. Kokonaisuuden tulisi sisältää päihteitä käyttävän naisen raskaudenaikainen seuranta ja hoito, sikiön seuranta sekä synnytyksen jälkeinen äidin ja lapsen sekä tarvittaessa lapsen toisen vanhemman seuranta, hoito ja kuntoutus. Palvelukokonaisuuden olisi oltava pysyvä osa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Palvelujen tulisi olla asiakkaille maksuttomia.

© Kirjoittaja ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-343-411-0 (verkkojulkaisu)
ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-411-0>

Helsinki, 2019

Tiivistelmä

Anne Arponen. Päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden palvelut vuonna 2018. Nykytila ja kehittämisehdotukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäperi 31/2019. 43 sivua. Helsinki 2019.
ISBN 978-952-343-411-0 (verkkójulkaisu)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) sai sosiaali- ja terveysministeriöltä (STM) tehtäväksi selvittää päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnattujen palvelujen nykytilaa ja edistää niiden vakiinnuttamista osaksi sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää.

Selvityksessä tarkasteltiin kahta erityispalvelua: HAL-erityisäitiyspoliklinikoja (Huumeet Alkoholi Lääkkeet), jotka ovat erikoistuneet riskiraskauden hoitoon ja seurantaan sekä päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnattuja laitospuolitoisia perhekuntoutusyksiköitä. Palveluita tuottavat yksiköt identifioitiin ja niille lähetettiin sähköinen kysely palvelun toiminnasta. Kyselyiden lisäksi tehtiin tutustumiskäyntejä palveluihin.

HAL-poliklinikoiden maantieteellinen kattavuus on hyvä. Toimintaa on jokaisessa maakunnassa, 25 eri yksikössä. Vuonna 2017 poliklinikoiden hoidossa ja seurannassa oli yli tuhat naista. Poliklinikoiden asiakasmäärät ovat lähes kolminkertaistuneet kymmenessä vuodessa. Asiakkaista kaksi kolmasosaa on huumeiden käyttäjiä. Maakunnalliset erot asiakasmäärissä ovat suuria. Suurin osa naisista ohjautuu HAL-poliklinikalle äitiysneuvolasta. Osa päihteitä käyttävistä raskaana olevista naisista jää edelleen tunnistamatta ja ohjautumatta erikoistuneisiin palveluihin.

Laitospuolitoista perhekuntoutusta päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille on saatavilla kymmenen maakunnan alueella, 13 eri yksikössä. Palvelua käyttää vuosittain noin 600 eri asiakasta (äidit, lapset, isät). Aikuisasiakkaista kolme neljäsosaa on huumeiden käyttäjiä. Neljäsosa naisasiakkaista aloittaa kuntoutuksen raskaana ollessaan. Raskauden aikana aloitettu kuntoutusjakso kestää keskimäärin kahdeksan kuukautta. Lapsen syntymän jälkeen aloitettu jakso kestää keskimäärin kuusi kuukautta. Yksiköiden yhteenlaskettu käyttöaste on korkea ja osa yksiköistä tuottaa jatkuvasti palvelua yli täyden kapasiteetin. Perhekuntoutuksen saatavuus on epätasaisesti jakautunutta. Palveluihin pääsyyn vaikuttaa yksiköiden maantieteellinen sijainti ja vapaana olevien perhepaikkojen määrä sekä kuntien vaihtelevat käytännöt ostaa tai tuottaa palvelua asukkaalleen.

Työpaperissa esitetään kehittämisehdotuksena päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten entistä parempaa tunnistamista ja tuen piiriin saattamista. Raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten sekä heidän puolisoitensa päihdeseulonnan ja -kartoituksen työvälineitä tulee kehittää ja niiden käyttöä tehostaa sekä hoitoonohjaukskriteereitä ja hoitopolkumalleja yhdenmukaistaa. Toisena kehittämisehdotuksena esitetään alueellisten koordinoitujen erityispalvelukokonaisuuksien luomista. Erityispalvelukokonaisuudessa kaikkia asiakasryhmän tarvitsemia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita olisi saatavilla ja ne muodostaisivat koordinoitun ja selkeän kokonaisuuden. Kokonaisuuden tulisi sisältää päihteitä käyttävän naisen raskaudenaikainen seuranta ja hoito, sikiön seuranta sekä synnytyksen jälkeinen äidin ja lapsen sekä tarvittaessa lapsen toisen vanhemman seuranta, hoito ja kuntoutus. Palvelukokonaisuuden olisi oltava pysyvä osa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Palvelujen tulisi olla asiakkaille maksuttomia.

Avainsanat: päihteet, huumeet, alkoholi, raskaus, vauvaperhe, päihdekuntoutus, lastensuojelu, neuvola, äitiyspoliklinikka, perhekuntoutus

Sammandrag

Anne Arponen. Päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden palvelut vuonna 2018. Nykytila ja kehittämissuositukset [tjänster för gravida kvinnor och spädbarnsfamiljer med missbruk år 2018. Nuläge och utvecklingsförslag]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Diskussionsunderlag 31/2019. 43 sidor. Helsingfors, Finland 2019. ISBN 978-952-343-411-0 (nätpublikation)

Institutet för hälsa och välfärd (THL) fick i uppdrag av Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) att utreda de aktuella tjänsterna för gravida kvinnor och spädbarnsfamiljer med missbruk och främja etableringen av dem till en del av servicesystemet för social- och hälsovården.

I utredningen granskades två specialtjänster: HAL-specialmödrapolikliniker (Huumeet (Droger) Alkoholi (Alkohol) Lääkkeet (Läkemedel)), som är specialiserade i vården och uppföljningen av högriskgraviditeter samt familjerehabiliteringsenheter i institutionsform som riktas till gravida kvinnor och spädbarnsfamiljer med missbruk. Enheterna som producerar tjänsten identifierades och till dem skickades en elektronisk enkät om tjänstens verksamhet. Förutom enkäterna gjordes även studiebesök på enheterna.

Den geografiska omfattningen av HAL-polikliniker är bra. Det finns verksamhet i alla landskap, i 25 olika enheter. Under 2017 fanns det över tusen kvinnor inom poliklinikernas vård och uppföljning. Antalet klienter på poliklinikerna har nästan tredubblats på tio år. Två tredjedelar av klienterna är drogmissbrukare. Antalet klienter skiljer sig mycket mellan landskapen. Den största delen av kvinnorna hänvisas till HAL-polikliniken från mödrarådgivningen. En del av kvinnorna som använder rusmedel förblir oidentifierade och hänvisas inte till de specialiserade tjänsterna.

Familjerehabiliteringsenheter i institutionsform för gravida kvinnor och spädbarnsfamiljer finns inom tio landskap, i 13 olika enheter. Tjänsten utnyttjas årligen av cirka 600 olika klienter (mammor, barn, pappor). Av de vuxna klienterna är tre fjärdedelar drogmissbrukare. En fjärdedel av kvinnorna inleder rehabiliteringen under graviditeten. En rehabiliteringsperiod som inleds under graviditeten pågår i medeltal under åtta månader. En period som inleds efter barnets födsel pågår i medeltal under sex månader. Den sammanlagda beläggningen för enheterna är hög och en del av enheterna producerar kontinuerligt tjänster som överstiger full kapacitet. Tillgången till familjerehabilitering är ojämnt fördelad. Tillgången till tjänsterna påverkas av tjänsternas geografiska läge och antalet lediga familjeplatser samt varierande praxis inom kommunen att köpa och producera tjänster för sina invånare.

I arbetsdokumenten presenteras som utvecklingsförslag bättre identifiering av gravida kvinnor med missbruk och bättre hänvisning till andra stödtjänster. Verktyg för kartläggning och bedömning av rusmedelsberoende för gravida och förlösta kvinnor med missbruk samt deras partner bör utvecklas och effektiviseras. Kriterierna för vårdremiss och vårdkedjan bör förenhetligas. Det andra utvecklingsförslaget som presenteras är skapandet av regionala koordinerade helheter för specialtjänster. Alla social- och hälsovårdstjänster som klientgruppen behöver skulle finnas tillgängliga inom helheten för specialtjänster och de skulle utgöra en koordinerad och tydlig helhet. Inom helheten skulle ingå uppföljning och vård under graviditeten för kvinnor med missbruk, uppföljning av fostret samt uppföljning av mamma och barn efter förlossningen samt vid behov uppföljning, behandling och rehabilitering av barnets andra förälder. Helheten för specialtjänster bör vara en permanent del av tjänstesystemet inom social- och hälsovården. Tjänsterna bör vara kostnadsfria för klienterna.

Nyckelord: rusmedel, droger, alkohol, graviditet, spädbarnsfamilj, missbrukarrehabilitering, barnskydd, rådgivning, mödrapoliklinik, familjerehabilitering

Abstract

Anne Arponen Päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden palvelut vuonna 2018. Nykytila ja kehittämisehdotukset. [Services for substance abusing pregnant women and families with infants in 2018. Current situation and development proposals]. National Institute for Health and Welfare (THL). Discussion Paper 31/2019. 43 pages. Helsinki, Finland 2019. ISBN 978-952-343-411-0 (online publication)

The Finnish Institute for Health and Welfare received from the Ministry of Social Affairs and Health the task of investigating the current state of services aimed at substance abusing pregnant women and families with infants and promoting their integration as part of the social welfare and health care system.

The report examined two specialist services: The HAL (HAL is an abbreviation of Finnish terms for narcotics, alcohol and medicines) specialist maternity outpatient clinics, which are specialised in the treatment and monitoring of high-risk pregnancies, and the institutional family rehabilitation units aimed at substance abusing pregnant women and families with infants. The units providing these services were identified and were sent a digital questionnaire regarding their activities. In addition to the questionnaires, visits were paid to the services in question.

The geographical coverage of the HAL clinics is good. Every region is covered, and there are a total of 25 units. In 2017, over 1000 women were being treated and monitored in these outpatient clinics. This represents a threefold increase over the last decade. Two thirds of the customers are narcotics users. There are large regional differences in the number of customers. The majority of the women are referred to the HAL clinic from the maternity and child health clinic. Some pregnant women with substance abuse continue to remain unidentified and so without referral to specialist services.

Institutional family rehabilitation for substance abusing pregnant women and families with infants is available in 10 different regions through 13 different units. The service is used annually by around 600 customers (mothers, children, fathers). Three quarters of adult customers are narcotics users, and one quarter of female customers start their rehabilitation when pregnant. A rehabilitation period initiated while pregnant lasts on average for eight months. If period begun after the child's birth, the average length is six months. The combined occupancy rate for the units is high, and some of the units are continually providing the service at overcapacity. The availability of family rehabilitation is unevenly distributed. Access to the services is affected by the geographical location of the units, the number of available family places, and the varying practices of the municipalities with regards to buying or producing the services for their residents.

This discussion paper presents development proposals for better identifying pregnant women with substance abuse and then obtaining support for them. Work should be carried out to develop and more effectively use the tools available for screening and surveying of substance abuse among pregnant women, those who have recently given birth, and their partners. Efforts should also be made to standardise the treatment referral criteria and treatment path models. A second development proposal is the creation of regional and coordinated specialist service entities. In the specialist service entities, all of the social welfare and health care services required by the customer group would be available and would be organised as a clear and coordinated whole. The entity would include the monitoring and treatment of women misusing substances during pregnancy, the monitoring of the foetus and, following the birth, the monitoring, treatment and rehabilitation of the mother and child and, where needed, the monitoring of the child's other parent. The entity would need to be a permanent part of the social welfare and health care service system. These services should be free of charge for the customer.

Keywords: substance abuse narcotics, alcohol, pregnancy, families with infants, alcohol and drug rehabilitation, child protection, maternity and child health clinics, maternity outpatient clinic, family rehabilitation

Sisällys

Tiivistelmä.....	3
Sammandrag.....	4
Abstract.....	5
Tausta.....	9
Selvityksen tausta.....	9
Lainsäädäntö.....	9
Päihteiden käyttö raskausaikana ja perheissä.....	11
Päihteiden käytön yleisyys raskausaikana ja lapsiperheissä.....	11
Raskaudenaikaisen päihteiden käytön seurauksia.....	12
Palvelut päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja perheille.....	13
Päihteiden käyttöön liittyvä tilanteen kompleksisuus ja sen aiheuttamia haasteita hoidon ja kuntoutuksen järjestämiselle.....	16
Selvityksen tavoite ja toteutus.....	17
Tulokset HAL-poliklinikoista ja laitosmuotoisesta perhekuntoutuksesta.....	18
HAL-poliklinikat.....	18
Asiakasmäärät ja ensisijaiset ongelmapäihteet.....	20
Asiakasmäärien maakunnalliset erot.....	21
HAL-poliklinikalle ohjautuminen ja palvelukontaktit.....	22
Siirtyminen muihin palveluihin ja erityispalvelujen saatavuus.....	23
Asiakkaan tarvitsemat palvelut ja palvelujen koordinointi.....	24
Laitosmuotoiset perhekuntoutukset päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille.....	24
Perhepaikat ja asiakasmäärät.....	26
Tyypillinen asiakas ja välinpitoajat palvelujärjestelmät.....	28
Ensisijaiset ongelmapäihteet ja mielenterveyden häiriöt.....	29
Kuntoutusjakson aloitus, pituus ja keskeytyminen.....	31
Palvelua ostaneet kunnat, maksusitoumukset ja asiakasmaksut.....	32
Palvelukontaktit, palvelujen koordinointi ja siirtyminen muihin palveluihin.....	35
Pohdintaa ja kehittämissuhteet.....	37
Kehittämissuhteet.....	39
Lähteet.....	40
Liitteet.....	43

Tausta

Selvityksen tausta

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) sai sosiaali- ja terveysministeriöltä (STM) tehtäväksi muodostaa kokonaiskuvan päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnattujen erityispalvelujen nykytilasta ja edistää päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnattujen palvelujen vakiinnuttamista osaksi sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää. Erityispalvelujen nykytilasta tarvitaan tietoa päätöksenteon tueksi tälle erityisryhmälle suunnattujen palvelujen järjestämiseksi kattavasti koko maassa.

Päihteitä käyttävät raskaana olevat naiset ja vauvaperheet ovat paljon hoitoa vaativa ja siten yhteiskunnan resursseja sitova asiakasryhmä. On sekä inhimillisesti että taloudellisesti järkevää pyrkiä tavoittamaan päihteitä käyttävät raskaana olevat naiset ja perheet mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja saada heidät palvelujen piiriin. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus vaikuttaa myös raskaana oleville, vastasyntyneille sekä vauvaperheen päihteitä käyttäville äideille, heidän mahdollisille kumppaneilleen ja perheen muille lapsille suunnattuihin palveluihin.

Valtiovarainvaliokunta on pitänyt mietinnössään (VaVM 22/2017 vp) tärkeänä, että päihteitä käyttävien äitien palvelut vakiintuvat osaksi maakuntien palvelujärjestelmää. Eduskunta edellytti talousarvion hyväksyessään, että päihteitä käyttävien äitien hoidon turvaava rahoitus otetaan huomioon päätettäessä seuraavaa määrärahakehystä ja että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä hoidon järjestämis- ja rahoitusvastuu osoitetaan selkeästi sosiaali- ja terveysalueille (VaVM 35/2016 vp). Myös sosiaali- ja terveysvaliokunta on useissa lausunnoissaan kiinnittänyt huomiota päihdepalvelujen saatavuuden merkittävään vaihteluun maan eri osissa (StVL 13/2013 vp) sekä päihteitä käyttävien äitien palvelujen parantamiseen (StVL 3/2015 vp, StVL 7/2016 vp).

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on jakanut valtionavustuksia päihteitä käyttävien äitien hoitoon ja kuntoutukseen vuosina 2018 ja 2019. Rahoituksen tarkoituksena on ollut turvata päihteitä käyttävien äitien hoito ja kuntoutus siirtymäkauden ajaksi ennen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen voimaantuloa. Kyseiset palvelut on tarkoitettu raskaana oleville, vastasyntyneille sekä vauvaperheen päihteitä käyttäville äideille, heidän mahdollisille kumppaneilleen ja perheen muille lapsille.

Lainsäädäntö

Päihdehuoltolain 2 §:n mukaan päihteellä tarkoitetaan alkoholijuomaa sekä muuta päihtymistarkoituksessa käytettävää ainetta. Myös lääkkeet voidaan lukea päihteiksi silloin kun niitä käytetään päihtymistarkoituksessa. Useat lait, asetukset ja suositukset ohjaavat valtiota ja kuntia ehkäisemään päihteiden käytöstä aiheutuvia haittoja. Suomen perustuslain (731/1999) mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen on kuntien vastuulla ja ne on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää (päihdehuoltolaki 41/1986, sosiaalihuoltolaki 1301/2014 ja terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Keskeisimmät lait raskaana olevan päihteitä käyttävän äidin ja vauvaperheen palvelujen ja palveluun pääsyn turvaamiseksi ovat lastensuojelulaki ja sosiaalihuoltolaki. Näissä molemmissa laeissa tämä erityisryhmä mainitaan erikseen. Kuitenkin kaikessa toiminnassa tulee kaikilla tasoilla huomioida Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) lapsen oikeuksien sopimuksessa taatut lapsen oikeudet ja sopimusvaltioiden viranomaisille asetetut velvoitteet. Lapsella on oikeus syntyä terveenä ja lapsen etu on otettava huomioon kaikessa päätöksenteossa. Lisäksi valtion velvollisuus on aktiivisesti suojella lasta kaikelta väkivallalta, välinpitämättömältä kohtelulta, laiminlyönniltä ja hyväksikäytöltä. Vanhemmilla on sopimuksen mukaan ensisijainen vastuu lapsen huolenpidosta ja heidän tulee toimia lapsen edun mukaisesti. Vanhemmilla on oikeus saada tehtävänsä tukea, ohjausta ja neuvontaa.

Raskaana olevalla henkilöllä on oikeus saada välittömästi riittävät päihdeettömyyttä tukevat sosiaali- ja terveyspalvelut, eli hänelle muodostuu subjektiivinen oikeus näihin palveluihin (sosiaalihuoltolaki

1301/2014 24.3 § ja terveydenhuoltolaki 1326/2010 70.1 §). Palvelut on järjestettävä yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten kesken. Sosiaalihuoltolain mukaan päihdetyöllä vähennetään ja poistetaan päihteisiin liittyviä hyvinvointia ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä ja tuetaan päihteettömyyttä (SHL 24 §). Sosiaalihuollossa tehtävä päihdetyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän päihde- ja mielenterveystyön kanssa (SHL 24 § ja vastaavat säännökset mielenterveystyöstä 25 §).

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 28 §:n mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen päihdetyö, jonka tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön päihteettömyyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää tai poistaa päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Tässä laissa tarkoitettuun päihdetyöhön kuuluu: 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta, joka koskee päihteettömyyttä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä sekä päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä; sekä 2) päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. Terveydenhuollossa tehtävä päihdetyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän päihdetyön ja mielenterveystyön kanssa. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa tai kun potilas muutoin tarvitsee sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluja on sovellettava niitä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon säännöksiä, jotka potilaan/asiakkaan edun mukaisesti parhaiten turvaavat tuen tarpeita vastaavat palvelut ja lääketieteellisen tarpeen mukaisen hoidon (THL 8 a §, SHL 2 §).

Päihdehuoltolain (41/1986) 7 §:n on oikeuskäytännössä katsottu takaavan subjektiivisen oikeuden päihdehuollon palveluihin niitä tarvitsevalle. Hoitoon hakeutujalla ei ole kuitenkaan katsottu olevan ehdotonta subjektiivista oikeutta saada päihdehuoltoa juuri haluamallaan tavalla eli esimerkiksi tiettyssä hoitopaikassa (Päihdeasiamies 2019). Tämä oikeus koskee myös avohuollon palveluita. Kunta voi ostaa palveluita järjestöltä ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Päihdepalveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheisten avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten kohdalla tulisi kiinnittää huomiota myös tulevan isän päihdeongelman hoitoon. Päihdehuoltolain mukaan päihdehuollon alalla toimivien viranomaisten ja yhteisöjen on oltava keskenään yhteistyössä (9 §).

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Neuvolatoiminnan valtakunnallisesti yhtenäinen laatu- ja palvelutaso varmistetaan asetuksella (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011).

Lastensuojelulain (417/2007) tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tapapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. Lapsen vanhemmilla ja muilla huoltajilla on ensisijainen vastuu lapsen hyvinvoinnista. Kunnan on huolehdittava lastensuojelulain nojalla sekä ehkäisevän että lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun järjestämisestä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Lastensuojelun tarvetta arvioitaessa ja lastensuojelua toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu. Lastensuojelun järjestämisestä ja kustannuksista vastaa lapsen tai nuoren kotikunta.

Lapselle voidaan järjestää asiakassuunnitelmassa tarkoitettulla tavalla avohuollon tukitoimena tuen tarvetta arvioivaa tai kuntouttavaa perhehoitoa taikka laitoshuoltoa yhdessä hänen vanhempansa, huoltajansa tai muun hänen hoidostaan ja kasvatuksestaan vastaavan henkilön kanssa. Lastensuojelulaki (417/2007) 37 §. Kuntouttava sijoitus voidaan toteuttaa esimerkiksi lastensuojelulaitoksessa tai päihdehuollon hoitolaitoksessa, jossa on mahdollisuus monipuolisiin perhekuntoutuspalveluihin. Koko perheen sijoittaminen perhehoitoon on myös mahdollista.

Vuonna 2010 lastensuojelulakiin lisättiin säännös ennakollisesta lastensuojeluilmoituksesta 25 c §. Ennen lapsen syntymää 25 §:n 1 momentissa mainittujen henkilöiden on salassapitosäännösten estämättä tehtävä ennakollinen lastensuojeluilmoitus, jos on perusteltua syytä epäillä, että syntyvä lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen. Ennakollinen lastensuojeluilmoituksen syynä voi olla myös syntyvän lapsen isän päihteidenkäyttö. Ilmoituksen tarkoituksena on turvata raskaana olevalle naiselle ja lapsen tulevalle perheelle riittävät tukitoimet jo raskausaikana. (lastensuojelulaki (417/2007) 25 c §). Lastensuojeluasiasia tulee vireille ja varsinainen lastensuojeluasiasiakkuus alkaa vasta lapsen

syntymän jälkeen. Lastensuojelu voi kuitenkin tukea perhettä muiden perheen lasten kautta, jos heillä on voimassaoleva lastensuojelun asiakkuus. Kiireellisissä tapauksissa päivystävän sosiaaliviranomaisen on arvioitava viipymättä ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen kohteena olevien henkilöiden sosiaalipalvelujen tarve. Yhteistyössä lastensuojelun sosiaalityöntekijän kanssa voidaan arvioida myös välittömästi lapsen syntymän jälkeen tarvittavat sosiaalipalvelut. Ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilö voi olla asiakkaan suostumuksella yhteydessä sosiaalihuoltoon, jotta asiakkaan palvelutarve arvioitaisiin (SHL 35 §).

Päihteiden käyttö raskausaikana ja perheissä

Päihteiden käytön yleisyys raskausaikana ja lapsiperheissä

Raskaudenaikaisesta tai lapsiperheissä tapahtuvasta päihteiden käytön yleisyydestä ei ole varmaa tietoa. Raskaudenaikaisen tai lapsiperheiden ongelmallisen päihteiden käytön laajuutta ja palvelujen tarvetta voidaan arvioida suuntaa-antavasti muiden tilastojen ja lukujen avulla.

Naisten päihteiden, varsinkin alkoholin, käyttö ja heidän osuutensa päihdehuollon asiakkaina on Suomessa kasvanut tasaisesti 1960-luvun lopulta lähtien. Naisten alkoholinkulutuksen moninkertaistuminen on ollut suurin suomalaisessa alkoholikulttuurissa tapahtunut muutos viimeisten 40 vuoden aikana. Vuosien 1968 ja 2008 välillä miesten alkoholinkulutus hieman yli kaksinkertaistui, kun naisten kulutus lähes kuuksinkertaistui. Naisten alkoholin kulutuksen moninkertaistumisesta huolimatta naisten alkoholin kulutustaso oli vuonna 2008 vain noin kolmasosa miesten kulutuksen tasosta. (Mäkelä & Österberg 2016).

Sikiöaikaisen alkoholialtistuksen aiheuttamat oireyhtymät (fetal alcohol spectrum disorders, FASD) on yhteinen termi kaikille sikiön alkoholivaurioille. Raskaudenaikaisen alkoholinkäytön aiheuttamien sikiövaurioiden (FASD) esiintyvyydestä on vaikea saada luotettavaa arviota. (Autti-Rämö ym. 2011).

Eri päihteen altistavat sikiön erilaisille vaaroille, eikä kaikkien vaurioiden diagnosointi välittömästi syntymän jälkeen ole mahdollista. Diagnooseja ei myöskään tehdä herkästi. Epämuodostumarekisteriin ilmoitetaan vuosittain 1–4 FAS-diagnoosia, syntymärekisteriin vielä vähemmän, korkeintaan yksi FAS-diagnoosi vuodessa. Syntymärekisterissä olevien päihdediagnoosien määrä on aliarvio, sillä ne kuvaavat vain niitä varmoja tapauksia, joista on tehty diagnoosi ensimmäisen elinviikon aikana. Syntymärekisterissä olevien lasten päihdediagnooseissa FAS on siis erittäin harvinainen, mutta äidin lääkkeiden väärinkäytön vaikutus lapseen -diagnooseja (P04.4) tehdään vuosittain kolmisenkymmentä, samoin vastasyntyneen huumevieroitustoireet -diagnooseja (P96.1) tehdään noin kolmekymmentä vuosittain. (Syntyneiden lasten rekisteri, THL.)

Lasten altistumisesta vanhempien päihdeongelmille on saatavilla tietoa tutkimuksista. Turussa vuonna 1998 tehdyn tutkimuksen perusteella arvioitiin, että 6 prosentissa raskauksista (60/1 000 raskautta) naisella on päihderiippuvuus (Pajulo 2001). Nykytasolla tämä tarkoittaisi, että vuosittain noin 2 850 sikiötä altistuu päihteille. Rekisteritietojen ja väestötilastojen pohjalta Suomessa oli vuonna 2016 noin 65–70 000 alaikäistä lasta (noin 6 % kaikista alaikäisistä), joiden toisella tai molemmilla vanhemmilla on päihdeongelma (Raitasalo ym. 2016).

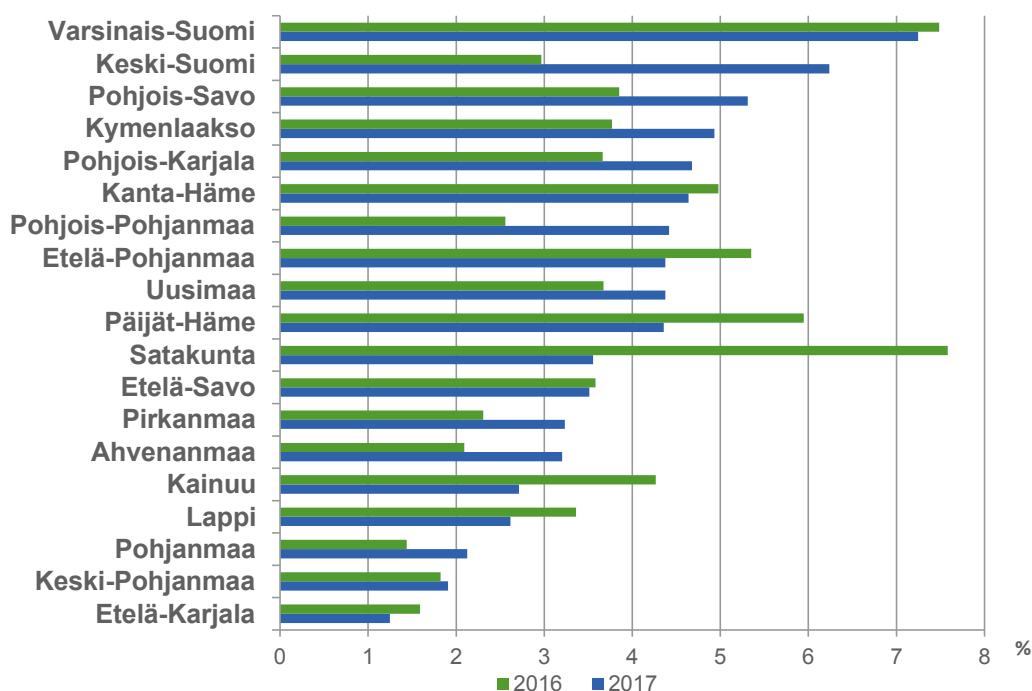
THL:n Lasten terveysseurannan kehittäminen -hankkeen tulokset osoittivat, että neuvolaikäisten lasten äideistä 4 prosenttia ja vastaavasti 25 prosenttia isistä raportoivat käyttäneensä alkoholia niin paljon, että heillä oli vähintään lievä alkoholihaittojen riski, eli AUDIT-testin pisteet olivat yli 8. Isistä 4 prosentilla alkoholihaittojen riski oli suuri tai erittäin suuri; äideistä ei kenelläkään. Kouluikäisten lasten äideistä 7 prosenttia ja isistä 27 prosenttia vastasi käyttäneensä alkoholia niin paljon, että heillä oli vähintään lievä alkoholihaittojen riski. Äideistä 1 prosentilla alkoholihaittojen riski oli suuri tai erittäin suuri ja vastaavasti isistä 4 prosentilla. (Mäki ym. 2010.)

Naisten osuus päihdepalvelujen käyttäjistä on noin 20–30 prosenttia. Vuonna 2017 päihdehuollon naispuolisista huumeasiakkaista 44 prosentilla oli alaikäisiä lapsia (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2017). Opioidien ja stimulanttien ongelmakäyttäjistä on eniten 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä. Noin joka kolmas huumeiden ongelmakäyttäjistä on nainen. (Ollgren ym. 2014.)

Syntymättömien lasten altistumisesta vanhempien päihdeongelmille on saatavilla suuntaa antavaa tietoa myös ennakkollisista lastensuojeluilmoituksista. Ei ole saatavilla valtakunnallista tietoa siitä, kuinka suuri osa ennakkollisia lastensuojeluilmoituksia koskee vanhempien tai raskaana olevan naisen päihdeidenkäyttöä. Espoossa yhden vuoden aikana tarkastelluissa ennakkollisissa lastensuojeluilmoituksissa ylivoimaisesti suurin huoli ja ilmoituksen tekemiseen johtanut syy oli vanhemman päihdeidenkäyttö (Saarinen 2014).

THL pyytää kuntia toimittamaan vuosittain ennakkollisten lastensuojeluilmoitusten lukumäärän. Kunnat eivät ilmoita ennakkolliseen lastensuojeluun johtaneita syitä. On kuitenkin todennäköistä, että vanhemman ongelmallinen päihdeidenkäyttö tai vakavat mielenterveyden häiriöt voivat johtaa ennakkolliseen lastensuojeluilmoitukseen. Ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen tekijällä tulee olla varmaa tietoa esimerkiksi tulevan äidin tai isän päihdeongelmasta, vakavasti mielenterveyden häiriöstä tai vapausrangaistuksesta.

Ennakkollisten lastensuojeluilmoitusten kokonaismäärä on kasvanut joka vuosi, mutta maakunnalliset erot ovat suuria (kuvio 1.) Ennakkollisia lastensuojeluilmoituksia tehtiin 2 202 kpl vuonna 2017, määrä kasvoi 150 ilmoituksella (7 %). Ennakkollinen lastensuojeluilmoitus koski 4,4 prosenttia elävänä syntyneistä lapsista (50 321) vuonna 2017. Vuotta aikaisemmin vastaava osuus oli 3,9 prosenttia elävänä syntyneistä lapsista (52 814). (Lastensuojelu. SVT. THL.)



Kuvio 1. Ennakkolliset lastensuojeluilmoitukset suhteutettuna elävänä syntyneisiin maakunnittain 2016 ja 2017

Raskaudenaikaisen päihdeiden käytön seurauksia

Raskausaikana käytetty alkoholi, huumeet, tupakka ja väärinkäytetyt lääkkeet vaarantavat äidin lisäksi myös syntymättömän lapsen terveyden ja hyvinvoinnin. Raskauden aikainen päihdeiden ja etenkin alkoholin käyttö on sikiön kehityshäiriöiden suurin yksittäinen syy. Myös lapsuusaika päihdeongelmaisen vanhemman kanssa on vakava riski lapsen terveydelle ja kehitykselle (Pajulo 2011; Raitasalo ym. 2016; Ämmälä 2015). Vanhempien päihdeiden väärinkäyttö on Suomessa yksi yleisimmistä pienten lasten huostaanoton syistä (Hiitola 2008). Sijoitusten kustannukset ovat suurin menoerä lastensuojelun kokonaiskustannuksista (Lastensuojelun Kuusikko-työryhmä 2019).

Alkoholi aiheuttaa eri päihteistä selvästi vakavimmat pysyvät fyysiset vauriot sikiölle (Halmesmäki 2000; Tiitinen 2018). Huumeiden käyttö lisää raskauden riskejä monin tavoin: pienipainoisuuden, ennenai-

kaisen syntymän ja sikiön kohtukuoleman vaara kasvaa. Suonensisäiseen päihteiden käyttöön liittyy muun muassa bakteeri-infektoriskejä ja virusinfektoriskejä (C-hepatiitti, HIV), joilla voi olla vaikutusta myös sikiön terveyteen. Eri huumeiden sikiövaikutukset poikkeavat alkoholin vaikutuksista ja ovat myös keskenään erilaisia. Erilaisten päihteiden, alkoholin ja huumeiden sekä lääkkeiden sekakäyttö on tavallista, joten yksittäisen aineen osuutta ja vaikutuksia on monesti vaikea arvioida (Kahila & Kivistö 2019). Lapsi kärsii usein vieroitusoireista syntymän jälkeen jos äiti on käyttänyt raskausaikana opioideja. Opioidien aiheuttamat vieroitusoireet voivat kestää useita viikkoja ja näkyä vasta viikkojen kuluttua syntymästä (Kahila ym. 2007). Vastasyntyneiden vieroitushoito vaatii usein monen viikon kestävästä sairaalahoitoa ja seurantaa (Hyttinanti ym. 2008).

Lapseen vaikuttavat suorat ja epäsuorat päihdevauriot voivat ilmetä vasta usean vuoden jälkeen. Vanhempien päihdeongelmalla on kauaskantoisia kielteisiä vaikutuksia lasten fyysiseen ja psyykkiseen kehitykseen (Kalland 2008). Päihteitä käyttävien vanhempien lapset voivat kokea sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja myöhemmin syntymän jälkeen epävakaisissa kasvu- ja kotiolosuhteissa. Päihdeongelmista kärsiviin perheisiin syntyneillä lapsilla on muita lapsia suurempi kaltoin kohdelluksi tulemisen riski (Ämmälä 2015).

Päihteitä käyttävillä raskaana olevilla naisilla ja huostaan otettujen lasten päihteitä käyttävillä äideillä on lisäksi runsaasti mielenterveyden häiriöitä (Halmesmäki ym 2007; Raitasalo ym. 2016; Hiltunen 2016). Äidin päihderiippuvuuden on havaittu olevan yhteydessä masentuneisuuden esiintyvyyteen (Pajulo ym. 2001). Päihteiden käyttöön usein liittyvä psyykinen epävakaus ja sairastavuus vaikeuttavat raskaana olevan äidin rooliin virittäytymistä ja mielikuvien luomista lapsesta. Monilla päihteitä käyttävillä naisilla on varhaisia traumakokemuksia, ja heidän mielikuvansa vanhemmuudesta voivat olla negatiivisia tai epärealistisia. (Kahila & Kivistö 2019.)

Päihteiden lapsille aiheuttamat haitat perheessä ovat usein pitkäaikaisia (Holmila ym. 2008). Raskauden aikana päihteitä käyttävien naisten kuolleisuus ja sairastavuus on yleisempää kuin naisten, joilla ei ole ollut raskaudenaikaista päihteidenkäyttöä (Kahila ym. 2010). Raskauden aikana todettavat äidin päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat ovat yhteydessä lapsen huostaanottoon ensimmäisten elinvuosien aikana (Sarkola & Alho 2008). Huostaanottokokemus voi aiheuttaa voimakkaan kriisin sekä äidin että hänen lapsensa elämässä ja siihen tarvitaan tukea. Lapsen huostaanotto voi herättää äidissä epätoivon, joka voi ilmetä lisääntyneenä päihteidenkäyttönä ja itsemurhayrityksinä. (Hiltunen 2016.)

Päihdeongelmista kärsiville on havaittu usein kasautuvan myös muuta huono-osaisuutta. Vanhemman päihdeongelma lisää merkittävästi pienten lasten riskiä joutua sairaalahoitoon sairauden tai tapaturman vuoksi sekä riskiä joutua sijoitetuksi kodin ulkopuolelle. (Raitasalo ym. 2016). Vanhemman päihdeongelma voi merkitä puutteita kasvuympäristössä. Lapsen terveysriski aiheutuu tällöin riittämättömästä hoidosta ja huolenpidosta tai hoitamattomasta kodista, mikä johtaa tapaturmiin, sairasteluun sekä erilaisiin psyykkisen kehityksen ja käyttäytymisen häiriöihin. Perheissä koetut päihdehaitat ovat yksi niistä mekanismeista, joiden kautta terveyshaitat kasautuvat, ja jotka voivat johtaa huono-osaisuuden jatkumiseen. (Raitasalo & Holmila 2012.). Päihdeongelmat aiheuttavat usein riskin ongelmien siirtymisestä seuraaville sukupolville, jolloin voidaan puhua ylisukupolvisuudesta tai sosiaalisesta perimästä. Oikein kohdennetulla avulla ja tuella voidaan vaikuttaa olennaisesti päihdeongelmasta kärsivien perheiden lasten elämään ja pyrkiä katkaisemaan kielteistä sosiaalista perimää. Interventiota tehtäessä on huomioitava perheen kokonaistilanne. (Holmila ym. 2008).

Palvelut päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja perheille

Neuvolat ovat varhaisessa havaitsemisessa, auttamisessa ja hoitoon ohjaamisessa keskeisessä asemassa. Neuvolapalvelujen saatavuus ja kattavuus on erinomainen. Lähes kaikki äidit käyttävät neuvolapalveluja: raskausaikana 99,7 prosenttia (Syntyneiden lasten rekisteri, THL.) ja lapsiperhevaiheessa 99,5 prosenttia (AvoHILMO).

Äitiysneuvolan tehtävänä on tunnistaa ne asiakkaat, joiden päihteiden käytöstä aiheutuu raskaudenaikaisia tai vanhemmuuteen liittyviä riskejä. Jos neuvolassa tunnistetaan perheessä päihteiden käyttöä, mielenterveyden häiriöitä, itsemurha-ajatuksia tai väkivaltaa, on asiakasperheen kanssa hyvä jatkaa lisäkäyntejä ja asioiden selvittelyä, koska nämä ilmiöt liittyvät usein toisiinsa muodostaen monimuotoisen ongelmavyöhydin (Sipilä ym.2018). THL ohjeistaa neuvoloita ottamaan päihteiden käytön puheeksi kaikkien äitiysneuvo-

lan asiakasperheiden kanssa (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Parhaiten päihteiden käytön arviointi onnistuu luottavassa, avoimessa ja tuomitsemattomassa ilmapiirissä (Ämmälä 2015).

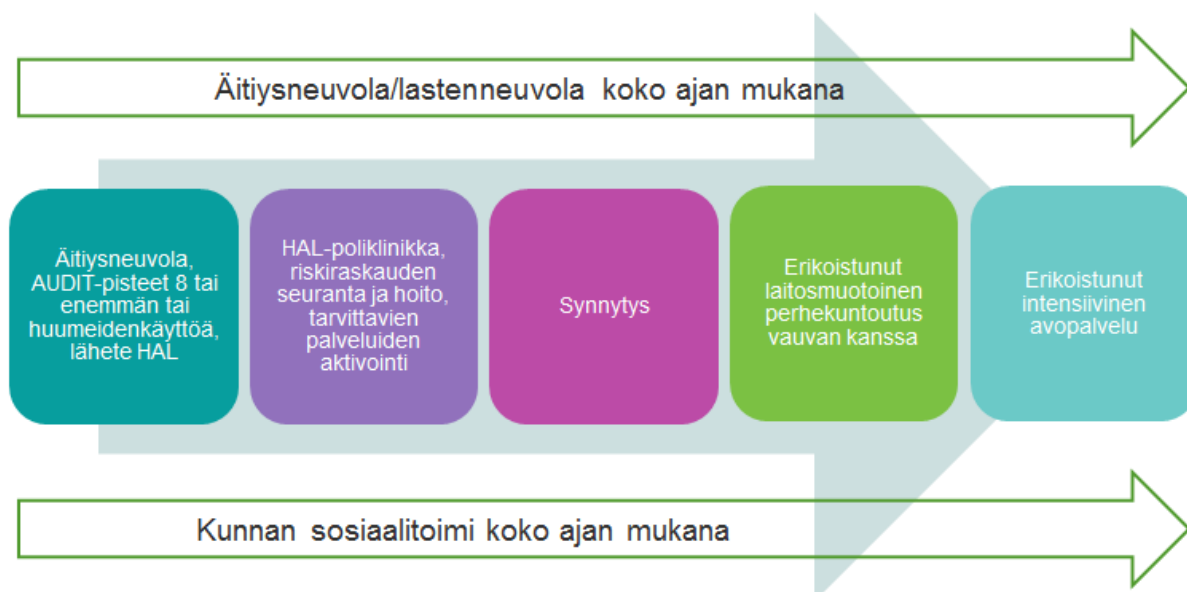
Huolellisesti toteutetut äitiysneuvolan ja lastenneuvolan määräaikaistarkastukset mahdollistavat päihteiden käytön puheeksioton (Poutiainen ym. 2014; Poutiainen ym. 2015; Poutiainen ym. 2016). Jokaista neuvolan asiakasta ja hänen kumppaniaan pyydetään täyttämään alkoholin käytön riskejä mittaava AUDIT-kysely. AUDIT-kysely mittaa itsearvioitua alkoholin käyttöä viimeisen vuoden aikana, käytännössä siis suurelta osin alkoholin käyttöä, joka on tapahtunut ennen raskautta. Tästä syystä pelkkä AUDIT-testi on monesti riittämätön päihteiden käytön kokonaistilanteen arviointiin.

E erityisen tuen tarve on pyrittävä tunnistamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa raskautta ja järjestämään tarpeen mukainen tuki viiveettä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013.) Neuvolat ja perusterveydenhuolto saavat erikoissairaanhoidolta ohjeet ja kriteerit erikoissairaanhoidon lähettämistä varten.

Jos lapsella on raskauden aikana ollut päihde- tai lääkeainealtistus, lapsen terveyttä ja kehitystä sekä perheen kokonaistilannetta seurataan lapsen kouluikään saakka lastenneuvolan rinnalla myös sosiaalipediatrian yksikössä. Muita lapsen sosiaalipediatriseen seurantaan johtavia syitä ovat vanhempien päihde- tai mielenterveysongelma, perheväkivalta ja lapseen aikaisemmin kohdistunut väkivalta. (Kivitie-Kallio & Tupola 2014.) Sosiaalipediatrian yksiköitä on valtakunnallisesti noin kymmenen kappaletta, suurin osa yliopistollisten keskussairaaloitten lastenpoliklinikoiden yhteydessä.

Päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen lapsi tarvitsee lähes aina syntymän jälkeen myös lastensuojelun palveluita. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus tehdään ennen lapsen syntymää. Varsinaiset lastensuojelun tukitoimet voidaan käynnistää vasta lapsen synnyttyä. Päihteitä käyttävien äitien lasten tyypillisimmin saama lastensuojelun avohuollon tukitoimi on tehostettu perhetyö ja perhekuntoutus.

Kuva 1. Päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen palveluketju



Erityispalvelut päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille ovat kehittyneet vastaamaan tämän ryhmän erityistarpeisiin ja suurin osa niistä on yhdistänyt erilaisia sosiaali- ja terveyspalveluita saman katon alle. Erityyppiset erikoistuneet palvelut palvelevat naista, lasta ja perhettä hieman eri vaiheissa. Esimerkiksi HAL-poliklinikan asiakkuus päättyy aina lapsen syntymään. Palveluketjutus on pyritty saamaan mahdollisimman toimivaksi ja mutkattomaksi (Kuva 1.), joskaan eteneminen palveluissa ei aina ole suoraviivaista.

Päihteitä käyttäville raskaana olevalla naisella ja vauvaperheille on olemassa kolmea erilaista erityispalvelua.

- Suurimmaksi osaksi erikoissairaanhoidossa toimivat **HAL-erityisäitiyspoliklinikat** riskiraskauden hoitoon ja seurantaan (Huumeet Alkoholi Lääkkeet),
- lastensuojelun tai päihdehuollon yksiköinä toimivat **laitosmuotoiset perhekuntoutuspalvelut**, joissa yhdistetään päihdekuntoutus, varhaisen vuorovaikutuksen työskentely ja vanhemmuuden tuki, ja
- **intensiivisen perhekuntoutuksen avopalvelut**, joissa niin ikään yhdistetään päihdekuntoutus, varhaisen vuorovaikutuksen työskentely ja vanhemmuuden tuki. Juuri tälle erityisryhmälle räätälöidyt avopalvelut ovat usein kolmannen sektorin tuottamia ja sijoittuvat hallinnollisesti lastensuojelun tai päihdehuollon alle.

Päihteitä käyttävän naisen riskiraskauden seurantaan ja hoitoon on kehitetty HAL-poliklinikkamalli (Huumeet Alkoholi Lääkkeet). HAL-poliklinikalle lähettämisen kriteerit täyttyvät AUDIT-kyselyn vähintään kahdeksalla pisteellä tai jos naisella on joskus ollut huumeiden käyttöä, lääkkeiden päihdekäyttöä, ilmeinen päihdeongelma tai raskaudenaikaista päihteiden käyttöä. Lähetteen syy voi myös olla tupakointi, puolison runsas alkoholinkäyttö tai huumeriippuvuus. Kokonaisarvion tilanteesta ja lähetteestä tekee lähettävä taho, tyypillisimmin neuvolan henkilöstö.

HAL-poliklinikalla tehtävän seurannan ja hoidon tavoitteena on turvata äidin ja sikiön raskaudenaikainen hyvinvointi. Tavoite on, että sikiö selviäisi synnytykseen saakka mahdollisimman vähin vaurioin ja tuleva äiti pystyisi raskauden aikana vähentämään päihteiden käyttöä tai lopettamaan sen kokonaan. HAL-poliklinikan asiakkuus kestää vain raskauden ajan. Asiakkaana on raskaana oleva nainen. Vauvalla tai naisen kumppanilla ei ole asiakkuutta HAL-poliklinikalle.

Laitosmuotoinen perhekuntoutus päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille on luonteeltaan erittäin vaativaa erityispalvelua. Palveluun ohjautuvat naiset ja perheet tarvitsevat kaikkein

vahvinta moniammatillista tukea ja apua raskauteen ja vauva-aikaan. Palvelu on tarkoitettu niille päihteitä käyttäville ja moniongelmaisille odottajille tai vauvaperheille, joiden auttamiseen ja tukemiseen avohoito on riittämätöntä. Tavoitteena on päihde- ja vanhemmuuden sekä äidin tai perheen toimintakyvyn ja elämänhallinnan paraneminen niin, että vanhempi voi toimia lapsensa huoltajana ja lapsi saa tarvitsemansa hoivan ja huolenpidon. Palvelussa yhdistetään päihdekuntoutusta, varhaista vuorovaikutusta, vanhemmuuden tukea, psykososiaalista tukea, neuvontaa, ohjausta sekä lääkehoitoa.

Intensiivisen perhekuntoutuksen avopalvelut toimivat asiakasta lähellä. Niistä käsin voidaan tehdä myös etsivää työtä. Kuntoutus sisältää tapaamisia, ryhmiä ja toimintaa. Tapaamisia ja toimintaa voi olla useamman kerran viikossa ja jopa päivittäin. Avopalvelukuntoutusjaksoit ovat laitosmuotoiseen kuntoutukseen verrattuna yleensä pidempiä ja voivat kestää jopa vuosia. Avopalvelun sijainti vaikuttaa oleellisesti siihen, miten asiakas voi niissä käydä.

Tutkimus osoittaa, että työskentelyssä, jossa huomioidaan samanaikaisesti sekä päihdeongelmaisten äitien että heidän lastensa tarpeet ja työskentelyssä päihdeongelmaan, raskauteen, vuorovaikutukseen, vanhemmuuteen ja lapsen liittyvissä asioissa, parantavat päihteitä käyttävien naisten vanhemmuuden taitoja enemmän kuin pelkkä päihdehoito (Kalland 2008; Milligan ym. 2010; Niccols ym. 2012).

Kaikki päihteitä käyttävät raskaana olevat naiset ja vauvaperheet eivät käytä kaikkia edellä mainittuja kolmea erityispalvelua. Parhaimmillaan ne kuitenkin muodostavat erityispalvelujen saumattoman ketjun, jonka mukaisesti monen päihdeongelmaisen odottajan ja vauvaperheen hoito etenee. Suurin osa päihteitä käyttävistä odottajista ja vauvaperheistä käyttää näiden rinnalla myös muita sosiaali-, terveys- ja päihdepalveluita.

Päihdeiden käyttöön liittyvä tilanteen kompleksisuus ja sen aiheuttamia haasteita hoidon ja kuntoutuksen järjestämiselle

Päihteitä käyttävän naisen elämäntilanteeseen ja raskauden kulkuun vaikuttavat päihdeiden käytön lisäksi myös muut mahdolliset ongelmat, kuten heikko ravitsemus, infektioalttius, lähisuhdeväkivalta, toimeentulo-ongelmat ja asunnottomuus (Kahila & Kivistö 2019). Näin ollen päihteitä käyttävän naisen ja tulevan vauvan tuen tarpeet voivat olla hyvin moninaiset. Päihteitä käyttävän naisen raskaus on aina riskiraskaus, jonka hoitaminen edellyttää laaja-alaista erityisosaamista ja monien tahojen yhteistyötä (Halmesmäki ym. 2007). On tärkeää, että päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten auttamiseksi ja tukemiseksi on olemassa selvät valtakunnalliset, alueelliset ja paikalliset ohjeet ja hoitopolut (Klemetti & Raussi-Lehto 2013).

Terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyönä voidaan jo raskausaikana kartoittaa perheen huolet ja voimavarat sekä suunnitella keinoja päihdeettömyyden ja vanhemmuuden tueksi (Kahila & Kivistö 2019). Naisen haitallinen alkoholin, huumeiden tai muiden riippuvuutta aiheuttavien tai huumaavassa tarkoituksessa käytettävien aineiden käyttö tulisi havaita mahdollisimman varhain ennen lapsen syntymää (Sarkola & Alho 2008; Kahila & Kivistö 2019). Päihteitä käyttävän naisen raskautta on syytä seurata äitiysneuvolan lisäksi myös erikoissairaanhoidossa (Huumeongelmaisten Käypä hoito – suositus 2018).

Varhaisella ja oikeanlaisella avulla ja tuella voidaan vähentää sikiövaurioiden riskiä sekä vaikuttaa äidin ja lapsen myöhempiin sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin. Käypä hoito -suosituksen mukaan päihdehuollon ja äitiyshuollon yhteistyö parantaa raskauden ennustetta ja on taloudellisesti kannattavaa (Huumeongelmaisten Käypä hoito – suositus 2018). Kaikkien erityistä tukea tarvitsevien raskaana olevien ja heidän kumppaniensa hoidossa tarvitaan monialaista synnytyksen suunnittelua, synnytyksen hoitoa ja synnytyksen jälkeisen ajan suunnittelua (Klemetti & Raussi-Lehto 2013). Äidin päihdeiden käytön ja lapsen mahdollisen raskaudenaikaisen päihdealtistuksen vuoksi sekä äiti että lapsi tarvitsevat pitkäaikaista seuranta- ja tukemista, jonka on jatkuttava myös vauvavaiheen jälkeen. Raskauden aikana huumeille altistuneelle lapselle on tärkeää järjestää syntymän jälkeen säännölliset käynnit lastenlääkärin vastaanotolle, jossa kehitys seurannan lisäksi kiinnitetään erityistä huomiota varhaiseen vuorovaikutukseen sekä lapsen kaltoinkohtelun ehkäisyyn ja tunnistamiseen. (Kahila & Kivistö 2019.)

Päihteitä käyttävän naisen ja äidin auttamisessa ja hoidossa on tärkeä huomioida tilanteiden kokonaisvaltaisuus, joissa apua voidaan tarvita päihdeongelman sekä lapsen tilanteeseen monilla eri tavoin. Nainen ja äiti sekä lapsi voivat tarvita monenlaista käytännöllistä ja taloudellista apua, tukea antavia sosiaalisia verkostoja, apua ja tukea raskauteen ja synnytyksen sekä päihdeettömyyteen. ”Päihdeongelmaisilla naisilla

on usein samanaikaisia asiakkuuksia eri palveluihin päihdehuollon ohella, ja naisten toipumisessa tulisi huomioida yksilötason tekijät ja hoitoon liittyvät prosessit.” Päihteitä käyttävien naisten hoidossa on tärkeä huomioida ”lapsiin, äitiyteen, sosiaalisiin ongelmiin, perhetaustaan, sosiaaliseen verkostoon, traumahistoriaan, väkivaltaan ja hyväksikäyttöön sekä psykiatriseen oireiluun liittyvät kysymykset. Hoitoon tulevien naisten yksilölliset taustat ja tilanteet sekä resurssit vaihtelevat, samoin päihdeongelman vakavuusaste.” (Karttunen 2019.)

Selvityksen tavoite ja toteutus

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) sai sosiaali- ja terveysministeriöltä (STM) tehtäväksi muodostaa kokonaiskuvan päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnattujen erityispalvelujen nykytilasta ja edistää päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnattujen palvelujen vakiinnuttamista osaksi sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää. Erityispalvelujen nykytilasta tarvitaan tietoa päätöksenteon tueksi, jotta tälle erityisryhmälle suunnatut palvelut voidaan järjestää kattavasti koko maassa.

Tarkastelu on rajattu kahteen keskeiseen erityispalveluun: HAL-erityisäitiyspoliklinikoihin (Huumeet Alkoholi Lääkkeet) sekä päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnattuihin laitosmuotoisiin perhekuntoutusyksiköihin. Rajaus tehtiin HAL-poliklinikoihin, koska ne ovat ainoa tälle erityisryhmälle suunnattu terveydenhuollon palvelu. Laitosmuotoiset perhekuntoutusyksiköt puolestaan tarjoavat intensiivisintä kuntoutusta raskausaikana ja sen jälkeen. Avopalvelut rajattiin tästä tarkastelusta pois.

Tiedonkeruun valmistelu HAL-poliklinikoilta aloitettiin kartoittamalla kaikki Suomessa toimivat HAL-poliklinikat. Ne toimivat omina erillisinä yksiköinä ilman valtakunnallista ohjausta, koordinoitua tai tiedonkeruuta. HAL-poliklinikoiden valtakunnallista määrää ja sijaintia ei ole aiemmin kartoitettu.

- Tiedonkeruun valmistelu aloitettiin puhelinhaastattelemalla kaikki Suomen synnytyssairaaloiden yhteydessä toimivat äitiyspoliklinikat. Suomessa oli 24 synnytyssairaala vuonna 2018 (Syntyneiden lasten rekisteri, THL).
- Äitiyspoliklinikoilta kysyttiin, onko heillä erillistä HAL-poliklinikkaa, HAL-vastaanottoa tai muuta HAL-poliklinikatoimintaan verrattavissa olevaa toimintaa.
- Identifioitiin 25 HAL-poliklinikkaa. Jokaiselta poliklinikalta saatiin yhteyshenkilö tiedonkeruun toteuttamista varten.

HAL-poliklinikoille toteutettiin tiedonkeruu lähettämällä yhteyshenkilölle sähköpostiviesti, joka sisälsi linkin sähköiseen kyselyyn (Webropol). Kysely toteutettiin vuoden 2018 kesäkuussa. Kyselyyn vastaamiseen annettu ohjeistus ja kyselyn sisältö käyvät ilmi liitteestä (liite1). Kaikki 25 HAL-poliklinikkaa vastasi kyselyyn.

Tämän selvityksen tekijä teki tutustumiskäyntejä HAL-poliklinikoille Helsingissä, Jyväskylässä, Tampereella (TAYS ja Perhetukikeskus Päiväperho) ja Joensuussa. Tutustumiskäyntien tavoitteena oli syventää ymmärrystä HAL-poliklinikoiden toiminnasta. Henkilöstön (kättilöt, lääkärit, sosiaalityöntekijät) kanssa keskusteltiin HAL-poliklinikoiden toiminnasta, palveluketjuista, palvelukokonaisuudesta ja asiakkaista. Tutustumiskäynneistä tehtiin muistiinpanot, joita käytettiin tukena myöhemmin tulkittaessa kyselyn tuloksia.

Tiedonkeruuta varten kartoitettiin kaikki laitosmuotoista perhekuntoutusta tuottavat yksiköt. Näillä yksiköillä ei ole valtakunnallista koordinaatiota, ohjausta tai keskitettyä tiedonkeruuta. Poikkeuksen muodostavat Ensi- ja turvakotien liiton Pidä kiinni -ensikodit. Suurin osa palveluntuottajista on kolmannen sektorin toimijoita. Perhekuntoutusyksiköiden valtakunnallista lukumäärää tai sijaintia ei ole aiemmin kartoitettu.

- Perhekuntoutusyksiköiden kartoittaminen pohjautuu vuonna 2018 päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnattuja palveluita tarjoaville yksiköille suunnatussa valtionavustushaussa THL:ään tulleisiin hakemuksiin. Lisäksi perhekuntoutusyksiköistä saatiin tietoa

HAL-poliklinikoille tehdystä kyselystä. Kolmanneksi tietoja perhekuntoutusyksiköistä saatiin tämän erityisryhmän kanssa työskenteleviltä ammattilaisilta.

- Jokaiseen perhekuntoutusyksikköön oltiin yhteydessä puhelimitse ja kartoitettiin, onko toiminta erityisryhmälle suunnattua, ympärivuorokautista, koko perhettä hoitavaa ja kuntouttavaa, sekä vanhemmuuden tuen ja päihdekuntoutuksen yhdistävää.
- Identifioitiin 13 laitosmuotoista perhekuntoutusta päihteitä käyttäville raskaan oleville naisille ja vauvaperheille tarjoavaa yksikköä (perhekuntoutusyksikkö). Jokaisesta yksiköstä saatiin yhteyshenkilö tiedonkeruun toteuttamista varten.

Perhekuntoutusyksiköihin toteutettiin tiedonkeruu lähettämällä yhteyshenkilöille sähköpostiviesti, joka sisälsi linkin sähköiseen kyselyyn (Webropol). Kysely toteutettiin vuoden 2019 tammikuussa. Kyselyyn vastaamiseen annettu ohjeistus ja kyselyn sisältö käyvät ilmi liitteestä (liite 2.). Kaikki 13 perhekuntoutusyksikköä vastasi kyselyyn.

Selvityksen tekijä teki tutustumiskäyntejä perhekuntoutusyksiköihin (Espoossa, Järvenpäässä, Tohmajärvellä ja Tampereella). Tutustumiskäynneillä vietettiin aikaa perhekuntoutuksessa sekä keskusteltiin palvelun sisällöstä, palveluketjuista ja palvelukokonaisuudesta henkilöstön ja asiakkaiden kanssa. Tutustumiskäynneistä tehtiin muistiinpanot, joita käytettiin tukena tulkittaessa kyselyn tuloksia.

Perhekuntoutukseen tehdyillä tutustumiskäynneillä kohdattiin myös asiakkaita, jotka olivat joko olleet tai olivat parasta aikaa HAL-poliklinikan asiakkaita. Keskustelut näiden asiakkaiden kanssa toivat tietoa erityispalvelujen toiminnasta asiakkaan näkökulmasta. Tutustumiskäynneistä tehtiin muistiinpanot, joita käytettiin tukena tulkittaessa kyselyn tuloksia.

Tulokset HAL-poliklinikoista ja laitosmuotoisesta perhekuntoutuksesta

HAL-poliklinikat

Ensimmäinen HAL-poliklinikka avattiin vuonna 1983 Helsingin Naistenklinikan yhteyteen ja mallia on vähitellen laajennettu myös muualle. Aikaisemmassa vuonna 2009 tehdyssä selvityksessä HAL-poliklinikkatoimintaa arvioitiin olevan kymmenessä eri yksikössä ja suosituksena oli, että HAL-poliklinikoiden määrää tulisi lisätä (Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen - työryhmän raportti). Tämän selvityksen tulosten mukaan vuonna 2018 HAL-poliklinikkatoimintaa oli jokaisessa maakunnassa, yhteensä kahdessakymmenessäviidessä eri paikassa (Kuva 2.). Suurin osa HAL-poliklinikoista toimi lähete-poliklinikoina erikoissairaanhoidossa ja ne olivat sijoittuneet yliopisto- ja keskussairaaloitten yhteyteen.

Kuva 2. HAL-poliklinikkatoimintaa tekevät yksiköt vuonna 2018

1. HUS Naistenklinikka, äitiyspoliklinikka, HAL-poliklinikka, Helsinki
2. HUS Jorvin sairaala, äitiyspoliklinikka, ETU-poliklinikka, Espoo
3. HUS Hyvinkään sairaala, äitiyspoliklinikka HALSO-poliklinikka, Hyvinkää
4. TYKS, äitiyspoliklinikka, HAL-poliklinikka, Turku
5. Ahvenanmaan keskussairaala/Ålands centralsjukhus, Maarianhamina
6. Carea, Carean äitiyspoliklinikka, HAL-poliklinikka Kotka
7. Etelä-Karjalan keskussairaala, äitiyspoliklinikka, Lappeenranta
8. Päijät-Hämeen keskussairaala, HAL-poliklinikka, Lahti
9. Kanta-Hämeen keskussairaala, äitiyspoliklinikka, HAL-poliklinikka, Hämeenlinna
10. TAYS, päihdepsykiatrian poliklinikka, HAL-tiimi Tampere
11. Tampereen kaupunki, Perhetukikeskus Päiväperho, Päiväperhoon neuvola, Tampere
12. Satakunnan keskussairaala, äitiyspoliklinikka, HAL-poliklinikka, Pori
13. Keski-Suomen keskussairaala, äitiys- ja sikiötutkimusyksikkö Gravida, HAL-poliklinikka, Jyväskylä
14. Mikkelin hyvinvointikeskus ESSOTE, äitiys- ja sikiöseulontavastaanotto, HAL-poliklinikka, Mikkeli
15. Savonlinnan keskussairaala, naistenpoliklinikka, HAL-vastaanotto, Savonlinna
16. Pohjois-Karjalan keskussairaala, äitiyspoliklinikka, HAL-vastaanotto, Joensuu
17. KYS, naisten poliklinikka, HAL-poliklinikka Kuopio
18. Seinäjoen keskussairaala, äitiyspoliklinikka, HAL-poliklinikka, Seinäjoki
19. Vaasan keskussairaala, äitiyspoliklinikka, HAL-poliklinikka, Vaasa
20. Keski-Pohjanmaan keskussairaala, Soite, äitiyspoliklinikka, HAL-tiimi, Kokkola
21. Kainuun keskussairaala, äitiyspoliklinikka, HAL-vastaanotto, Kajaani
22. Oulun kaupunki, äitiysneuvolat, Oulun keskusneuvola, Oulu
23. OYS, äitiyspoliklinikka, HAL-poliklinikka, Oulu
24. Länsi-Pohjan keskussairaala, äitiyspoliklinikka, Kemi
25. Lapin keskussairaala, Lapin sairaanhoitopiirin HAL-poliklinikka, Rovaniemi



Aluejaot © MML, 2017

Vastausten perusteella sikiön terveyden seurannan lisäksi HAL-poliklinikan keskeinen tehtävä oli selvittää ja saada mahdollisimman todenmukainen kuva naisen raskautta edeltävästä ja raskaudenaikaisesta päihteiden käytöstä, jotta oikeanlaisten ja oikea-aikaisten tukitoimien räätälöinti olisi tehokkainta. Yleisen terveydellisen tilan ja päihteiden käytön lisäksi kartoitettiin naisen sosiaalista kokonaistilannetta. Sosiaalityöntekijä teki yhteistyötä asiakkaan kotikunnan sosiaalitoimen kanssa. Raskaudenaikainen päihdehoito pyrittiin järjestämään viipymättä ja se räätälöitiin huolellisesti raskauteen sopivaksi. Naisen raskautta seurattiin tiheillä käynneillä, tuettiin vanhemmuutta, motivoitiin päihteettömyyteen ja tarjottiin psykososiaalista tukea. Hoitosuhde HAL-poliklinikalle oli melko lyhyt, usein vain muutamia kuukausia.

HAL-poliklinikalla raskaana olevan naisen kanssa työskenteli moniammatillinen hoitotiimi, johon kuului lähes poikkeuksetta synnytysten ja naistentautien erikoislääkäri, sosiaalityöntekijä ja kättilö. Muita asiantuntijoita tiimissä saattoivat olla esimerkiksi lastenlääkäri, lastenosaston sairaanhoitaja, päihdetyöntekijä, psykiatrisen sairaanhoitaja, lastenpsykiatri, psykologi tai fysioterapeutti. HAL-poliklinikan henkilöstöllä oli usein myös päihdealan osaamista, joka koettiin oleelliseksi. Lähes kaikki HAL-poliklinikkatoimintaa tekevät yksiköt perivät käynneistä normaalin poliklinikkamaksun.

Asiakasmäärät ja ensisijaiset ongelmapäihteet

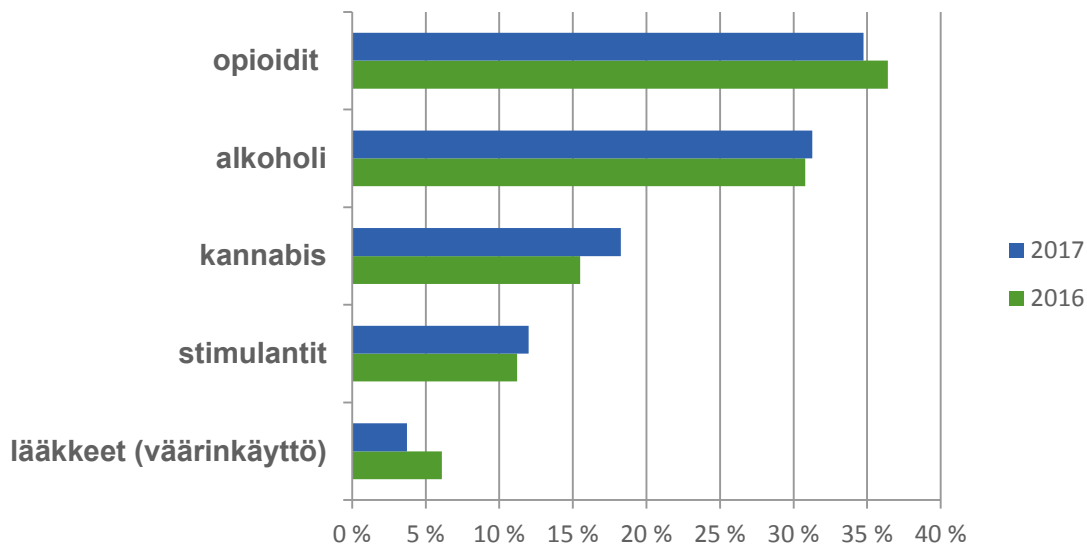
Tämän selvityksen tulosten mukaan vuonna 2016 HAL-poliklinikoiden asiakkaina – hoidossa ja seurannassa – oli 993 naista ja vuonna 2017 asiakasmäärä oli 1094. Aikaisemmassa vuonna 2009 tehdyssä selvityksessä arvioitiin, että HAL-poliklinikoiden vuosittainen asiakasmäärä oli tuolloin yhteensä noin 400 eri henkilöä (Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen -työryhmän raportti). HAL-poliklinikoiden asiakasmäärät ovat lähes kolminkertaistuneet kymmenessä vuodessa.

Päihteitä raskauden aikana käyttäneiden naisten tai epäsuorasti päihteisiin liittyvien riskiraskauksien todellista määrää ei tiedetä eikä HAL-poliklinikoiden asiakkaiden yhteenlaskettu vuosittainen määrä kuvaa suoraan riskiryhmän kokoa. Jos käytetään oletettuna esiintyvyytenä Pajulon (2001) arviota siitä, että kuu-della prosentilla odottavista naisista olisi päihderiippuvuus, tämä tarkoittaisi nykytasolla noin 2 850 naista vuosittain. Varovaisesti arvioiden tämä voisi tarkoittaa, että HAL-poliklinikoiden seurannan piirissä oli vuosina 2016 ja 2017 noin kolmasosa oletetusta riskiryhmästä.

Kyselyssä henkilöstöä pyydettiin arvioimaan asiakasmäärien trendiä poliklinikan olemassaolon aikana ja siihen johtaneita syitä. Puolet (50 %) poliklinikoista ilmoitti asiakasmäärien pysyneen alun kasvun jäl-keen tasaisina, hieman alle puolet (42 %) ilmoitti asiakasmäärien kasvaneen jatkuvasti ja pieni osa (8 %) ilmoitti asiakasmäärien laskeneen.

HAL-poliklinikoiden asiakkaiden määrän kasvun nähtiin johtuvan sekä lisääntyneestä päihteiden käy-töstä että palvelujärjestelmän kehittymisestä tunnistaa ja hoitaa erityisryhmää entistä paremmin. Keskei-simmän syyn asiakasmäärien kasvuun arveltiin olevan päihteiden – erityisesti huumeiden – käytön lisään-tyminen. Pelkän alkoholin riskikäyttäjien määrän ei niinkään arveltu nousseen vaan pysyneen lähes samana tai jopa laskeneen. Arveltiin, että huumeita käyttävät raskaana olevat naiset löytyvät helpommin kuin ensi-sijaisesti alkoholia ja lääkkeitä käyttävät ja tämä on osaltaan vaikuttanut asiakasmäärien kasvuun. Toisen syyn asiakasmäärien kasvuun arveltiin olevan HAL-poliklinikoiden entistä parempi valtakunnallinen katta-vuus ja saatavuus. Asiakasmääriä arveltiin kasvattaneen myös neuvoloiden ja muiden peruspalvelujen pa-rantunut kyky löytää päihteitä käyttävät asiakkaat paremmin ja lähetekäytäntöjen vakiintuminen. Näillä seikoilla arveltiin olevan vaikutusta myös myöhempään asiakasmäärien vakiintumiseen.

HAL-poliklinikoiden asiakkaiden ensisijaisista ongelmapäihteistä yleisimmät vuosina 2016 ja 2017 oli-vat opioidit ja alkoholi (Kuvio 2.). Näiden jälkeen yleisimmiksi ongelmapäihteiksi nimettiin kannabis, stimulantit ja lääkkeet (väärinkäyttö). Molempina tarkasteluvuosina huumeiden osuus ensisijaisista ongel-mapäihteistä oli noin 65 prosenttia.



Kuvio 2. HAL-poliklinikoiden asiakkaiden ensisijaiset ongelmapäihteet vuosina 2016 ja 2017

Opioidien käytön arvioitiin olevan useimmiten buprenorfiinin suonensisäistä käyttöä. Opioideja käyttävien osuuden arveltiin kasvaneen ja ensisijaisesti alkoholia käyttävien osuuden vähentyneen, kun tarkasteltiin pidemmän aikavälin muutosta. Keskimäärin ainakin puolet asiakkaista arvioitiin olevan päihteiden sekakäyttäjää. Pääpäteiden lisäksi HAL-poliklinikoiden asiakkaiden päihdekirjossa ja hoidossa oli huomioitava myös tupakointi ja erilaiset lääkitykset, joiden kerrottiin olevan erittäin yleisiä. Tupakointi vaikutti olevan erittäin yleistä HAL-poliklinikoiden asiakkaiden keskuudessa ja yhä enenevässä määrin myös yksi syy HAL-poliklinikalle tehtyyn läheteeseen. Asiakkailta kerrottiin olevan paljon resepteillä määrättyjä lääkkeitä, esimerkiksi psykelääkkeitä ja bentsodiatsepiineja. Reseptilääkkeiden päivittäminen raskausaikaan sopiviksi oli yksi asiakkaiden kanssa ensimmäiseksi tehtävistä asioista.

Asiaksmäärien maakunnalliset erot

HAL-poliklinikoiden asiakasmäärissä oli suuria maakunnallisia eroja (Kuvio 3.). Eniten HAL-poliklinikoiden asiakkaita oli Uudenmaan maakunnan alueella. Uudellamaalla sijaitsee kolme HAL-poliklinikkaa: Helsingissä, Espoossa ja Hyvinkäällä. Kaikista HAL-poliklinikoiden asiakkaista noin 25 prosenttia asioi Uudenmaan maakunnan alueen HAL-poliklinikoilla.

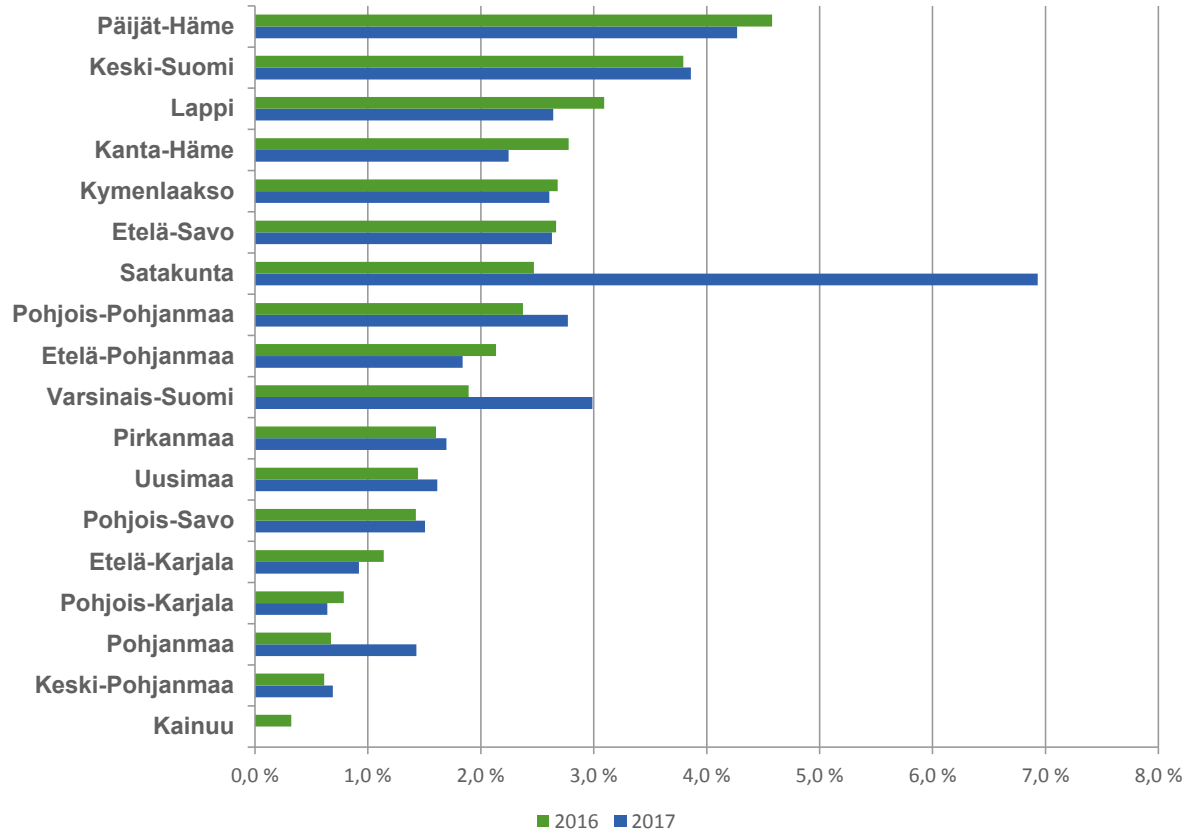


Kuvio 3. HAL-poliklinikoiden asiakasmäärät maakunnittain vuosina 2016 ja 2017

Maakuntatason asiakasmäärien tarkastelussa on huomioitava, että vastausten perusteella asiakkaita ohjautui palveluun hyvin epätasaisesti maakunnan sisällä. Kuntien ja jopa kunnan eri alueiden tai kaupunginosien välillä kerrottiin olevan suuria eroja ja lähetevirran jakautuvan epätasaisesti. HAL-poliklinikoiden henkilöstön näkemys oli, että vakavimmat päihdeongelmat kasautuivat alueittain ja tiettyihin neuvoloihin.

HAL-poliklinikoiden asiakkaat olivat pääsääntöisesti oman sairaanhoitopiirin alueella asuvia raskaana olevia naisia. Alueella sijaitsevassa vankilassa tai laitosmuotoisessa kuntoutuksessa tilapäisesti asuvat raskaana olevat naiset kävivät lähimmällä HAL-poliklinikalla seurannoissa, vaikeivät asuneet alueella pysyvästi. Vastausten perusteella näiden oman sairaanhoitopiirin tai maakunnan ulkopuolelta tulevien, alueella tilapäisesti asuvien odottajien osuus HAL-poliklinikan asiakasmäärästä saattoi olla jopa kymmeniä prosentteja.

Vuonna 2016 HAL-poliklinikoiden valtakunnallinen asiakasmäärä suhteutettuna valtakunnalliseen synnyttäneiden määrään oli kaksi prosenttia. Vastaava osuus vuonna 2017 oli 2,2 prosenttia. Kun HAL-poliklinikoiden asiakasmääriä tarkasteltiin suhteessa synnyttäneiden määrään maakunnittain, erot olivat suuria (Kuvio 4.).



Kuvio 4. HAL-poliklinikoiden asiakkaiden osuus synnyttäneistä maakunnittain vuosina 2017 ja 2018

Päijät-Hämeen, Keski-Suomen ja Lapin maakunnissa oli eniten HAL-poliklinikan asiakkaita suhteessa synnyttäneisiin. Satakunnan poikkeuksellisen korkea prosenttiosuus vuonna 2017 selittyy tehokampanjalla, jossa tehostettiin HAL-poliklinikan ja yhden suuren kunnan yhteistyötä. Kunnan neuvoloita pyydettiin lähettämään odottajia HAL-poliklinikalle tavanomaista matalammilla AUDIT-pisteillä ja matalammalla kynnyksellä. Tämän seurauksena lähes seitsemän prosenttia synnyttäneistä oli ollut raskautensa aikana HAL-poliklinikan seurannassa.

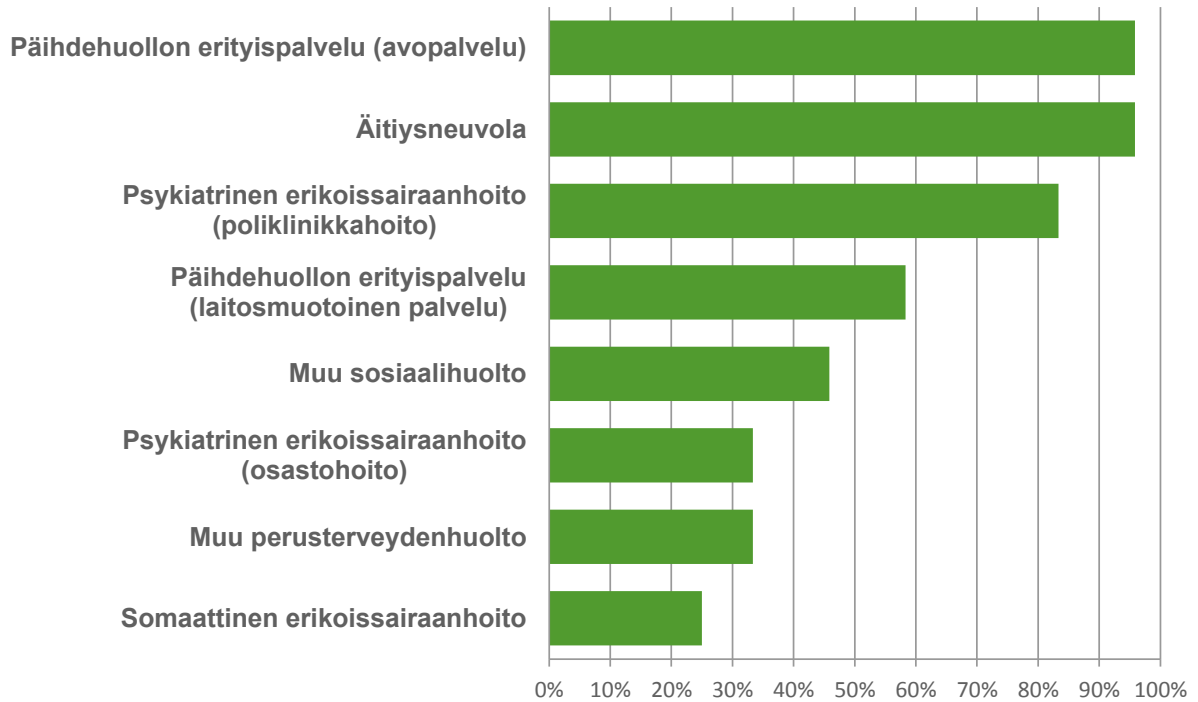
HAL-poliklinikalle ohjautuminen ja palvelukontaktit

Valtaosa asiakkaista oli ohjautunut HAL-poliklinikalle äitiysneuvolasta. Vuonna 2017 peräti 94 prosenttia HAL-poliklinikalle lähetteen saaneista oli ohjautunut poliklinikan seurantaan äitiysneuvolasta. Asiakkaita ohjautui poliklinikoille hyvin vähän muualta, kuten päihdehuollon erityispalveluista (2 %) ja psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta (2 %). Keskimäärin 80 prosenttia arviointikäynnillä käyneistä naisista jäi loppuraskauden ajaksi HAL-poliklinikan seurantaan. Poliklinikkakohtaiset erot olivat suuria, 100 prosentista 40 prosenttiin.

Asiakkuuden vapaaehtoisuudesta huolimatta lähes kaikki asiakkaat sitoutuivat HAL-poliklinikkäynteihin. Tulosten perusteella keskimäärin kaksi prosenttia asiakkaista katosi kontaktista raskauden aikana tai eivät tulleet ensikäynnille. Hoitojaksolta poisjääneisiin asiakkaisiin luotiin yhteys

viimeistään synnytyksen yhteydessä, jolloin naisen ja syntyvän lapsen kokonaistilanne voitiin viimeistään arvioida.

Tyypillinen HAL-poliklinikan seurannassa oleva nainen käytti raskauden aikana yleisimmin päihdehuollon erityispalveluita (avopalvelu), äitiysneuvolan palveluita ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita (poliklinikkahoito) (Kuvio 5.)



Kuvio 5. HAL-poliklinikoiden tyypillisen asiakkaan muut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukontaktit

Siirtyminen muihin palveluihin ja erityispalvelujen saatavuus

HAL-poliklinikan asiakkuus loppui lapsen syntymään. Kaikkien asiakkaiden kanssa tehtiin suunnitelma lapsen syntymän jälkeisestä ajasta. Lähes kaikki, eli 99 prosenttia HAL-poliklinikoiden asiakkaiden lapsista siirtyivät käyttämään lastenneuvolan palveluita. HAL-poliklinikalla seurannassa olleiden naisten lapsista keskimäärin noin 70 prosenttia sai heti syntymän jälkeen lastensuojelun tukitoimia. Lapsista keskimäärin 38 prosenttia siirtyi sosiaalipediatrian poliklinikan seurantaan. Sosiaalipediatrialla poliklinikalla seurattiin lasta, jonka kasvu ja kehitys vaativat erityistä seurantaa perheen psykososiaalisen tilanteen vuoksi ja/tai päihteiden ja sosiaalisten riskien vaikutusten osalta. Vastauksissa esitettiin suuri huoli sosiaalipediatrian palvelujen valtakunnallisesta riittämättömyydestä. Joka neljäs (24 %) HAL-poliklinikoiden asiakkaiden lapsista kotiutui vanhemman kanssa päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnattuun laitosmuotoiseen perhekuntoutukseen syntymän jälkeen. Vuositasolla tämä tarkoitti hieman yli 200 lasta.

Äitien siirtymisestä palvelujen piiriin oli huomattavasti vähemmän tietoa kuin lapsista. Vain puolet HAL-poliklinikoista vastasi kysymykseen. Neljänneksen (26 %) naisista arvioitiin siirtyneen tai jatkaneen asiakkuutta psykiatrisen erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Naisista kolmanneksen (33 %) arvioitiin siirtyneen tai jatkaneen päihdehuollon erityispalvelun avohoidossa. Naisista vain pienen osuuden (4 %) arveltiin siirtyneen tai jatkaneen psykiatrisen erikoissairaanhoidon osastohoidossa. Vastausten perusteella alueelliset erot olivat suuria.

HAL-poliklinikoita pyydettiin arvioimaan tälle erityisryhmälle suunnattujen palvelujen saatavuutta. HAL-poliklinikoiden arvion mukaan vuonna 2018 kahdeksan (8/18) maakunnan alueella ei ollut laitosmuotoista hoitoa ja kuntoutusta erityisesti päihteitä käyttäville odottajille ja vauvaperheille. Vastausten perusteella ilman tällaista palvelua olivat Etelä-Karjala, Etelä-Pohjanmaa, Kainuu, Kanta-Häme, Keski-Suomi, Kymenlaakso, Pohjanmaa ja Päijät-Häme. Avopalveluita arvioitiin olevan saatavilla hieman laitosmuotoisia palveluja kattavammin, kahdentoista maakunnan alueella. Vuonna 2018 avopalvelua ei ollut HAL-poliklinikoiden arvion mukaan saatavilla seuraavissa maakunnissa: Etelä-Savo, Etelä-Karjala, Etelä-Pohjanmaa, Kymenlaakso, Pohjanmaa ja Päijät-Häme. Kotiin vietävää erityispalvelua oli arvion mukaan saatavilla vain seitsemän maakunnan alueella.

Asiakkaan tarvitsemat palvelut ja palvelujen koordinointi

Palvelut, joihin HAL-poliklinikka oli asiakkaan asioissa yhteydessä, saattoivat olla hyvin runsaslukuiset. Vastausten perusteella asiakkaiden ja heidän perheidensä yleisimmin tarvitsemia palveluita olivat ainakin äitiysneuvolapalvelut, lastenneuvolapalvelut, HAL-poliklinikkapalvelut, lastensuojelun palvelut, aikuis-sosiaaliryhmien palvelut, psykiatriset palvelut, sosiaalipediatrian palvelut, lastenneurologian ja lastenpsykiatrian palvelut sekä päihdepalvelut. Useat asiakkaat hyötyivät lisäksi laitos- ja avomuotoisista erityisryhmälle suunnatuista palveluista.

Kaikkien vastaajien mielestä asiakkaiden tarvitseminen palvelujen sisällöissä, saatavuudessa ja palveluketjuissa oli alueellisia eroja ja kehittämisen varaa. Useissa vastauksissa Tampereen kaupungin perhetukikeskus Päiväperho mainittiin esimerkkinä siitä, millä tavalla erityisryhmää hyödyttäviä sosiaali- ja terveyspalveluita oli voitu yhdistää yhden katon alle erikoistuneeksi ja kokonaisvaltaiseksi palveluksi.

Palvelujen välistä yhteistyötä ja selkeämpää koordinaation vastuunjakoja toivottiin yleisesti. Alueelliset erot asiakkaan palvelukokonaisuuden koordinoitavuudessa vaikuttivat vastausten perusteella suurilta. Yleisimmiksi koordinoitaviksi mainittiin kunnan sosiaalitoimi (aikuissosiaalityö tai lastensuojelu), HAL-poliklinikka ja äitiysneuvola. Raskausaikana kunnan sosiaalitoimesta oli ensisijaisesti mukana aikuissosiaalityö. Ennakollisen lastensuojeluilmoituksen myötä lastensuojelu voitiin saada mukaan suunnitteluun ja verkostopalaveriin, vaikka lapsi ei ollut vielä syntynyt. Kuntien välillä koettiin olevan eroja sen suhteen, miten ennakollista lastensuojeluilmoitusta sovellettiin käytännössä. Parhaiten raskaudenaikaiseen koordinoitavaksi sopi useiden vastaajien mielestä HAL-poliklinikka, joka pystyi moniammatillisena yksikkönä koordinoimaan sekä sosiaalihuollon että terveydenhoidon kontakteja.

HAL-poliklinikoiden vastauksissa tuli esille eriäviä näkemyksiä neuvolan roolista koordinoivana tahona. Joidenkin mielestä neuvolan rooli oli ensisijaisesti tunnistaa riskissä olevat raskaana olevat naiset ja lähettää heidät HAL-poliklinikalle tarkempaan arvioon ja mahdolliseen seurantaan. Neuvolalla ei koettu olevan sitä toimivaltaa, mitä asiakasryhmän palvelujen koordinointi vaati. Toisten vastaajien mielestä neuvolalla piti olla riskien tunnistamistehtävän lisäksi myös aktiivinen rooli asiakkaan palveluverkoston koordinoijana. Neuvola koettiin paikkana, josta palvelukokonaisuutta voitiin koordinoita pitkäkestoisesti ja lähellä asiakasta.

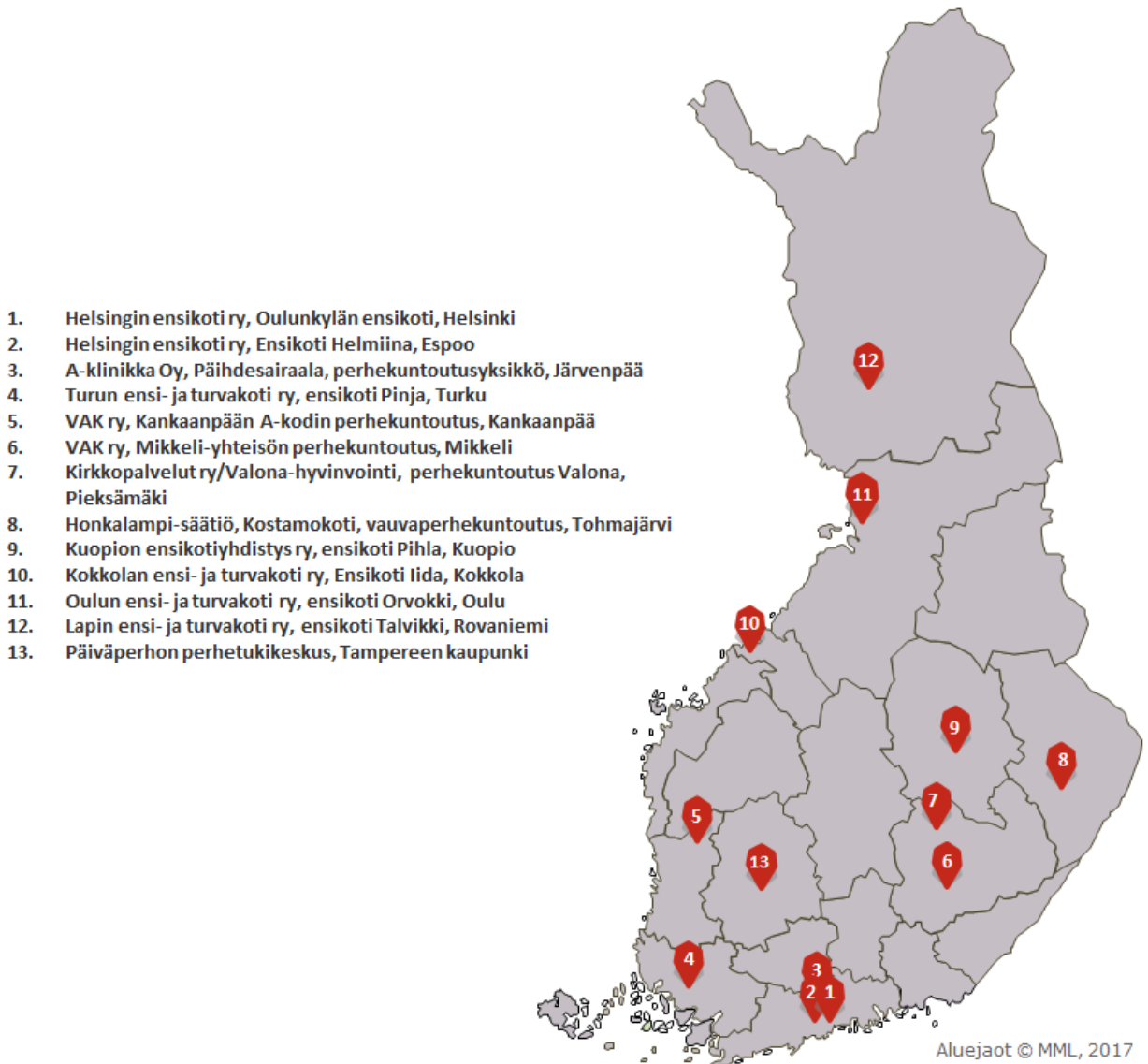
HAL-poliklinikoiden näkemyksen mukaan erityispalvelujen tuli olla asiakkaille lähtökohtaisesti vapaaehtoisia ja niissä tulisi huomioida paremmin koko perhe. Tällä hetkellä erityispalvelujen koettiin keskittyvän pitkälti raskaana olevaan naiseen tai äitiin ja lapseen. Isien entistä paremman huomioimisen palveluissa arveltiin vaikuttavan positiivisesti myös äidin kuntoutumiseen ja motivaatioon sekä koko perheen hyvinvointiin. Vastauksissa nousi esiin kolme palvelua, joiden saatavuus koettiin tällä hetkellä riittämättömäksi. Nämä olivat laitosmuotoinen perhekuntoutus, pikkulapsipsykiatrian palvelut ja sosiaalipediatrian palvelut.

Laitosmuotoiset perhekuntoutukset päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille

Tämän selvityksen tulosten mukaan vuonna 2018 laitosmuotoista perhekuntoutusta päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille oli saatavilla kolmessatoista eri yksikössä, kymmenen maakunnan alueella (Kuva 3.). Kaksitoista yksikköä toimi valtakunnallisesti eli ne myivät kuntoutusta sitä ostaville

kunnille. Valtakunnallisista palveluista suurin osa oli yhdistysten tuottamia. Yksi kunta järjesti laitosmuotoista perhekuntoutusta asukkaalleen (Tampereen kaupungin perhetukikeskus Päiväperho). Perhekuntoutusta annettiin lastensuojelun yksiköissä (n=9, 70 %) ja päihdehuollon erityispalvelujen kuntoutusyksiköissä (n=4, 30 %). Kaikissa perhekuntoutusyksiköissä toteutettiin päihdekuntoutusta, jonka lisäksi osassa toteutettiin myös päihdehoitoa.

Kuva 3. Päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden hoitoon erikoistuneiden laitosmuotoisten palvelujen yksiköt vuonna 2018



Perhekuntoutuksen asiakkuuden alkamista, tavoitteita, sisältöä ja henkilöstöä kuvattiin kyselyyn annetuissa vastauksissa seuraavasti. Perhekuntoutuksen alkaessa asiakas ei saanut olla päihtynyt tai vieroitusoireinen. Toimintakyvyn oli oltava sellainen, että asiakas kykeni osallistumaan yhteisölliseen toimintaan ja ottamaan vastaan päihdekuntoutusta. Asiakkaan oli pystyttävä vähintään tuetusti vastaamaan lapsensa hoidosta.

Monet kuvasivat perhekuntoutusjaksoa pitkäksi muutosprosessiksi, joka läpyleikkasi asiakasperheen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen elämän osa-alueita. Raskaana olevan naisen kuntoutukselle asetettuja tavoitteita olivat päihdeettömyys, elämänhallinnan parantuminen, kiintymyssuhteen luominen tulevaan lapseen, sosiaalisten olosuhteiden valmisteleminen lapsen tuloon, turvallisen ympäristön luominen ja fysiologisten perustarpeiden täyttäminen. Lisäksi naisen kuntoutuksen tavoitteita olivat monipuolinen ja sään-

nöllinen ravinnon ja levon saanti, stressin lievittyminen sekä kokemus päihteettömästä arjesta ja vanhemmuudesta. Syntymättömän lapsen näkökulmasta tavoitteena oli varmistaa sikiön turvallisuus, ehkäistä sikiövaurioita ja vieroitusoireita. Vauvan hoivan tavoitteita olivat turvallisuus, ikätasaisen kehityksen turvaaminen, kasvuolosuhteiden turvaaminen ja vauvan perustarpeista huolehtiminen. Lisäksi tavoitteena oli äidin ja syntyvän lapsen tunnesiteen kehittyminen. Läheisverkoston osalta pyrittiin löytämään sellainen läheisverkosto ja elinympäristö, joka pystyi vahvistamaan asiakkaan päihteettömyyttä ja kuntoutusprosessia. Tavoitteiden painopistettä muutettiin sitä mukaa kun kuntoutus eteni. Kuntoutusjakson aikana henkilökunta seurasi vanhemmuutta ja siinä tapahtuvaa kehitystä, jolloin kuntoutus toimi myös vanhemmuuden arvioinnin jaksena.

Kaikki laitosmuotoiset päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnatut perhekuntoutukset perustuivat yhteisökuntoutukseen. Yhteisössä opeteltiin elämänhallintaa, arkirytmisiä, vastuullisuutta ja osallisuutta. Yhteisöohjaus ja ryhmätilanteet olivat aina ammattilaisten ohjaamia. Tyypillisimmät ryhmät olivat päihde- tai riippuvuusryhmät ja vanhemmuusryhmät. Ryhmäkuntoutuksen rinnalla asiakkaat saivat aina myös yksilöllistä hoitoa ja kuntoutusta. Lisäksi perhekuntoutukseen sisältyivät verkostopalaverit, vanhemmuuden arvoinnit, vauvojen arvoinnit, parisuhdeistunnot ja omaohjaajatapaamiset ja -keskustelut. Vauvan ja vanhemman ja vuorovaikutusta tuettiin muun muassa musiikkileikkikoululla, Theraplay-työskentelyllä ja äiti-vauva -joogalla. Yhteisössä toimimista ja arjen hallintaa vahvistivat yhdessä ruoan laittaminen, kädentaitoryhmät, liikuntahetket, siivous, ruokien suunnittelu ja ruokaostoksilla käynti. Lisäksi aikuisasiakkaita opetettiin hoitamaan talouteen ja arkeen liittyviä asioita. Kaikessa toiminnassa, sen suunnittelussa, ohjaamisessa ja valvomisessa oli aina mukana ammattilainen. Perheen terveyttä, hyvinvointia ja kuntoutumista seurattiin jatkuvasti, erityisesti kuntoutukseen tullessa ja sieltä lähtiessä. Päihteettömyyttä seurattiin laboratoriokokein huume- ja alkoholiseuloilla.

Perhekuntoutusyksiköissä oli moniammatillinen henkilöstö, joka koostui terveydenhoidon ja sosiaalihuollon ammattilaisista. Kaikissa yksiköissä henkilöstö oli saanut koulutusta päihdetyöstä, psykososiaalisista hoitomenetelmistä ja varhaisesta vuorovaikutuksesta. Jokaisella aikuis- ja lapsiasiakkaalla oli nimetty omaohjaaja tai omahoitaja, jonka vastuulla oli asiakkaan kuntoutumisprosessiin sisältyvä yksilötyöskentely ja arjen ohjaaminen.

Perhepaikat ja asiakasmäärät

Perhepaikalla tarkoitetaan esimerkiksi huonetta tai huoneistoa, jossa voi majoittua aikuinen ja hänen mahdollisesti mukana tuleva lapsi. Tämän selvityksen tulosten mukaan vuosina 2016 ja 2017 perhekuntoutuksessa oli valtakunnallisesti yhteensä 69 perhepaikkaa, ja vuonna 2018 perhepaikkoja oli 89 (Taulukko 1.). Yhdessä yksikössä oli tyypillisesti viisi perhepaikkaa.

Taulukko 1. Perhepaikkojen yhteenlaskettu määrä ja perhekuntoutusyksiköiden keskimääräinen käyttöaste 2016–2018

	2016	2017	2018
Perhepaikkojen määrä	69	69	89
Perhekuntoutusyksiköiden keskimääräinen käyttöaste (%)	90 %	82 %	74 %

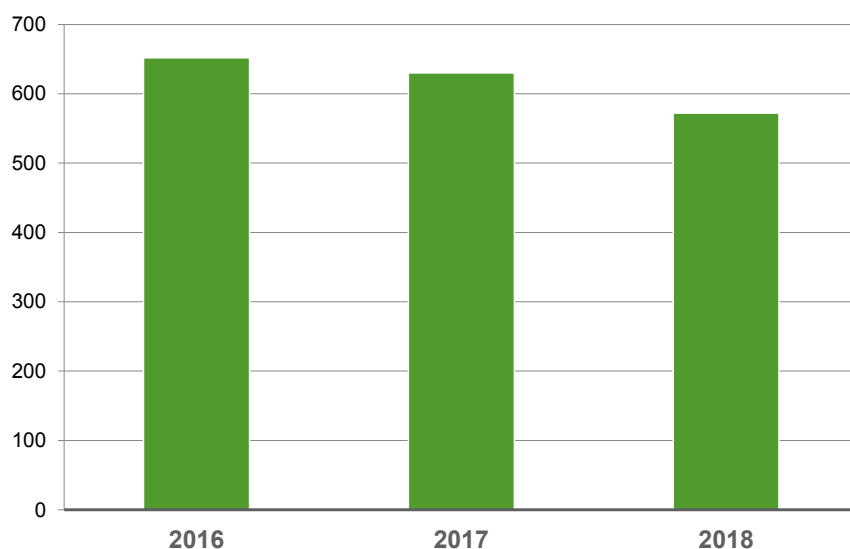
Vuonna 2016 perhepaikkojen käyttöaste oli 90 prosenttia (Taulukko 1.). Käyttöaste laski 74 prosenttiin vuonna 2018. Käyttöasteen muutokseen arveltiin vaikuttaneen uusien yksiköiden avaamisen ja perhepaikkamäärien kasvamisen. Vastausten perusteella kokonaiskäyttöasteeseen vaikutti vuositasolla myös kuntien erilaiset maksusitoumuskäytännöt, palvelun tunnettavuus, kuntoutusjaksojen pituudet ja niiden keskeytymiset.

Taulukko 2. Perhekuntoutusyksiköiden käyttöasteet 2016–2018

Perhekuntoutusyksikkö	2016	2017	2018
Ensikoti Helmiina, Espoo	110 %	80 %	91 %
Ensikoti Iida, Kokkola	98 %	93 %	83 %
Ensikoti Pihka, Kuopio	108 %	86 %	88 %
Ensikoti Pinja, Turku	95 %	96 %	85 %
Ensikoti Talvikki, Rovaniemi	97 %	66 %	42 %
Kankaanpään A-koti, perhekuntoutus. Kankaanpää	80 %	76 %	80 %
Kostamokodin vauvaperhekuntoutus, Tohmajärvi	-	-	58 %
Mikkeli-yhteisön perhekuntoutus, Mikkeli	50 %	70 %	50 %
Oulunkylän ensikoti, Helsinki	98 %	95 %	92 %
Perhekuntoutus Valona, Pieksämäki	60 %	46 %	28 %
Päihdesairaalan perhekuntoutusyksikkö, Järvenpää	96 %	97 %	95 %
Päiväperhon perhetukikeskus, Tampere	99 %	99 %	95 %

Suurella osalla yksiköistä käyttöasteet olivat korkeita (Taulukko 2.). Osassa yksiköistä käyttöasteissa oli havaittavissa vuosittaista vaihtelua ja matalimmillaan käyttöaste oli 28 prosenttia. Helsingissä, Tampereella ja Järvenpäässä sijaitsevat yksiköt tuottivat jatkuvasti palvelua täydellä kapasiteetilla, jotkut jopa sen yli.

Vuonna 2016 perhekuntoutusyksiköissä hoidettiin ja kuntoutettiin 652 eri asiakasta (Kuvio 6.). Vuonna 2017 asiakkaita oli 630 ja vuonna 2018 asiakkaita oli 572. Asiakasmäärä sisälsi kuntoutusjaksoilla olleet naiset, miehet ja lapset. Yhdessä yksikössä kuntoutettiin vuodessa keskimäärin viittäkymmentä eri asiakasta. Asiakasmäärien lasku selittyy pitkälti yhden yksikön asiakasmäärän laskulla (Perhekuntoutus Valona). Asiakasmääriin arveltiin vaikuttavan kuntoutusjaksojen pituus, joihin puolestaan vaikutti asiakkaiden kunto, lähtötilanne ja kotikunnalta saatujen maksusitoumusten kattama aika.

**Kuvio 6. Kaikkien perhekuntoutuksessa olleiden asiakkaiden yhteenlasketut määrät vuosina 2016-2018**

Kyselyssä yksiköitä pyydettiin arvioimaan asiakasmäärien yleiskehitystä ja siihen mahdollisesti johtaneita syitä. Yli puolet (60 %) yksiköistä ilmoitti asiakasmäärien pysyneen tasaisina, 30 prosenttia ilmoitti asiakasmäärien laskeneen ja 10 prosenttia ilmoitti asiakasmäärien nousseen. Asiakkaiden tasaisen määrän arveltiin johtuvan siitä, että Suomessa oli vain rajallinen määrä päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille tarkoitettujen perhekuntoutusyksiköitä. Asiakasmäärien laskun arveltiin johtuvan kuntien omien palvelujen tuottamisen ja käyttämisen lisääntymisestä. Asiakasmäärien kasvun tiedettiin liittyvän siihen, että perheiden suunniteltuja kuntoutusjaksoja oli jouduttu päättämään aiempaa enemmän perheiden huonovointisuuden vuoksi. Tämän vuoksi yhteen vuoteen mahtui aiempaa useampia asiakkaita.

Suurin osa perhekuntoutuksen asiakkaista oli naisia ja lapsia. Naisia oli kuntoutusjaksoilla vuosittain noin 200–230. Kaikista asiakkaista naisten osuus oli 40 prosenttia, lasten osuus samoin 40 prosenttia ja isien tai kumppaneiden osuus 20 prosenttia. Kuntoutuksessa olleiden äitien, lasten ja isien osuuksissa ei ollut tapahtunut muutoksia vuosien 2016 ja 2018 välillä. Aikuisasiakkaista noin 70 prosenttia oli naisia. Yli puolet naisista tuli kuntoutusjaksolle yksin lapsen kanssa. Lähes poikkeuksetta naisen mukana oli vain yksi lapsi. Perheen muut lapset olivat harvoin mukana kuntoutusjaksolla. Tavallisimmin vanhemmat lapset olivat lastensuojelun toimesta sijoitettuna.

Henkilöstön arvion mukaan naisasiakkaista ensisynnyttäjiä oli keskimäärin 45 prosenttia, jolloin keskimäärin hieman yli puolella naisasiakkaista oli aiempia lapsia. Yksikään yksikkö ei arvioinut osuudessa tapahtuneen muutoksia.

Tyypillinen asiakas ja väliinpuotoajat palvelujärjestelmät

Perhekuntoutusyksiköitä pyydettiin kuvaamaan tyypillistä naisasiakasta. Yksiköiden kuvaukset olivat keskenään hyvin yhdenmukaisia. Tyypillinen asiakas oli alle 30-vuotias äiti, joka oli kuntoutuksessa yksin alle vuoden ikäisen lapsensa kanssa. Lapsen isä oli äitiä vanhempi. Naisen päihdehistoria oli pitkä ja päihderiippuvuus vaikea. Päihteiden käyttö oli alkanut usein jo alaikäisenä, tyypillisesti teini-iässä. Päihteiden käyttö oli sekakäyttöä, johon kuuluivat huumeet, lääkkeet, alkoholi ja tupakka. Näiden lisäksi käytössä saattoi olla monia reseptilääkkeitä. Päihteiden käyttöä oli voitu rahoittaa rikoksilla ja taustalla saattoi olla myös tuomioita. Isällä oli useammin vankeustuomioita kuin äidillä. Tuomioihin johtaneet rikokset olivat tyypillisesti varkauksia, huumausainerikoksia, rattijuopumuksia, väkivaltarikoksia, kavalluksia ja petoksia. Naisten fyysinen terveydentila vaihteli paljon. Nuorella asiakkaalla saattoi olla kroonisia sairauksia, vaikka oli ulkoisesti hyväkuntoinen. C-hepatiitti ja huono suunterveys oli yleistä. Nainen saattoi olla sekä fyysisesti että psyykkisesti hauras. Naisella saattoi olla mielenterveyden häiriöitä, joihin oli lääkityksiä, mutta hoito oli saattanut tulla laiminlyödyksi päihteiden käytön vuoksi.

Tyypillistä asiakkailta olivat arjen haasteet, monet ongelmat ja syrjäytyminen. Asunnottomuuden taustalla saattoi olla vuokravelkoja, häiriökäyttäytymistä ja toisten luona asumista. Koulutustaso oli matala ja työkokemuksia oli vähän. Asiakkaan tyypillisiä ongelmia olivat taloudelliset ongelmat, työttömyys, niukat tulot, luottotiedoissa olevat maksuhäiriömerkinnät ja ulosotossa olevat velat. Taustalla saattoi olla kokemusta prostituutiosta ja vastikkeellisesta seksistä sekä rikoksista. Lähipiiri muodostui päihteidenkäyttäjistä. Omilla vanhemmilla saattoi olla ollut päihdeongelmia, joiden vuoksi nainen oli itse ollut alaikäisenä lastensuojelun asiakkaana, ja esimerkiksi sijoitettuna kodin ulkopuolelle.

Naisella saattoi olla monenlaisia traumakokemuksia varhaislapsuudesta nykyhetkeen asti. Taustalla oli turvattomuutta, keinottomuutta, kaltoin kohtelua, koulukiusaamista, koulunkäynti- ja oppimisvaikeuksia, henkistä ja fyysistä väkivaltaa, yksinäisyyttä, vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmia, seksuaalista väkivaltaa, hyväksikäyttöä ja ylisukupolvista huono-osaisuutta. Tukiverkosto oli tyypillisesti heikko ja päihdeettömiä sosiaalisia kontakteja oli vähän. Tyypillistä oli yksinhuoltajuus, aiemmat lapset oli saatettu ottaa huostaan tai sijoitettu. Aiempien lapsien lastensuojelun asiakkuushistoria saattoi olla pitkä. Puolisolla oli lähes poikkeuksetta päihdeongelma. Partneri oli saattanut vaihtua usein ja parisuhteissa oli ollut väkivaltaa ja päihteiden käyttöä. Lapsuuden perhe ei ehkä ollut tarjonnut lapsen tasapainoisen kasvun kannalta välttämättömiä turvallisia ja vakaita ihmissuhteita ja välit sukulaisiin olivat ongelmalliset. Lapsuuden ja aikuisuuden kokemusten vuoksi vanhemmuuden taidot olivat puutteelliset. Syntynyt lapsi saattoi olla sikiöaikaisen päihdealtistuksen vuoksi monella tavalla haastava, mikä vaati naiselta vahvaa ja johdonmukaista vanhemmuutta.

Henkilöstön näkemyksen mukaan aikuisasiakkailla oli pähteiden käytön ja päihderiippuvuuden lisäksi myös muita riippuvuuksia, joista osa ilmeni vasta kuntoutusjakson aikana. Joissain yksiköissä päihdekuntoutusryhmien rinnalle oli otettu käyttöön ammattilaisen vetämiä riippuvuusryhmiä, joissa käsiteltiin riippuvuuksia laajemmin. Asiakkailla kuvattiin olevan useita samanaikaisia riippuvuuksia esimerkiksi tupakkaan, alkoholiin, huumeisiin, seksiin ja rahapeleihin.

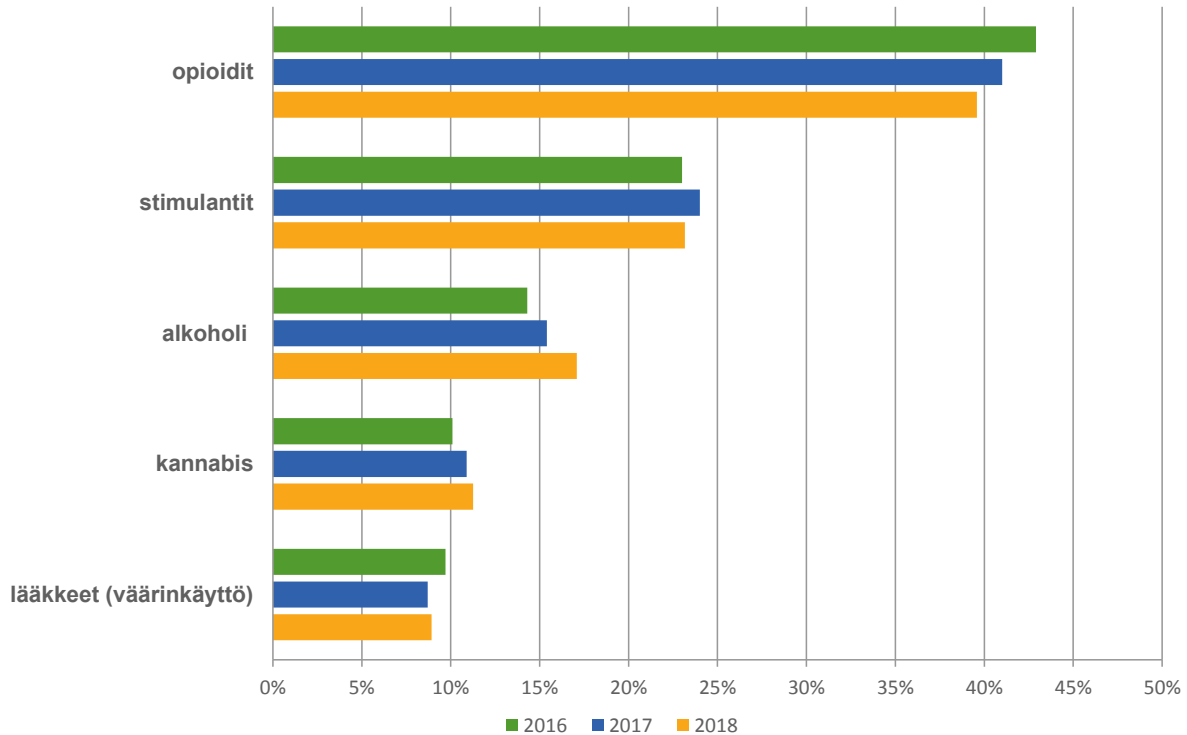
Yksiköiltä kysyttiin näkemystä siitä, ketkä ovat heidän mielestään väliinputoajia nykyisessä palvelujärjestelmässä ja miksi. Yksiköiden näkemys väliinputoamisesta liittyi sekä palveluntarpeen tunnistamiseen että sopivien palvelujen puuttumiseen. Yksiköt kokivat suurimmiksi väliinputoajiksi mielenterveyden häiriöistä kärsivät päihderiippuvaiset henkilöt. Vaikeasti psyykkisesti oireilevien päihderiippuvaisten isien ja äitien kuntouttaminen perhekuntoutuksessa oli haastavaa ja useiden kohdalla jopa mahdotonta. Kuntoutusjaksosta huolimatta asiakkaat eivät kuntoutuneet tai heitä ei voitu ottaa kuntoutusjaksolle vaikeiden oireidensa vuoksi.

Isät mainittiin toisena suurena väliinputoajaryhmänä. Yksiköiden kokemuksen mukaan päihderiippuvaisen naisen puolisoilla oli lähes poikkeuksetta itselläänkin päihdeongelma. Isien motivointi laitospuotoiseen perhekuntoutukseen saattoi olla hankalaa, mutta syiden arveltiin olevan osittain myös rakenteellisia. Raskausaikana isällä ei ollut asiakkuutta äitiysneuvolaan eikä HAL-poliklinikalle. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus kohdistui usein tulevaan äitiin, ei tulevaan isään. Isälle maksusitoumuksen saaminen perhekuntoutusjaksolle saattoi olla haasteellista. Lisäksi koettiin, että pähteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille tarkoitettujen perhekuntoutusyksiköiden tämänhetkinen kapasiteetti ei riittäisi siihen, että kaikkien lasten isät olisivat kuntoutusjaksolla mukana. Isien hoitamatta ja kuntouttamatta jättäminen nähtiin suurena riskinä äidin ja vauvan tulevaisuutta ja hyvinvointia ajatellen.

Ensimmäistä lastaan odottavat perheet koettiin kolmanneksi väliinputoajaryhmäksi. Yksiköiden yhtenevä mielipide oli, että päihdeongelmaisen naisen tai perheen hoitaminen ja kuntouttaminen voi kunnolla alkaa vasta kun perhe oli saatu riittävien palvelujen piiriin. Koettiin, että jos pähteitä käyttävien vanhempien perheessä oli aiempia lapsia, lastensuojelu oli usein jo perheen asioissa mukana tavalla tai toisella. Näin lastensuojelu pystyi antamaan näkemyksensä perheen tilanteesta jo naisen raskausaikana ja tukemaan perhettä erilaisin tukitoimin, aiempien lasten asiakkuuksien kautta. Voimassaoleva asiakkuus ja tukitoimet hyödyttivät näkemyksen mukaan koko perhettä ja välillisesti myös syntymätöntä lasta. Ensimmäistä lasta odottavan naisen tai perheen koettiin jäävän herkemmin lastensuojelullisen tuen tarpeen havaitsemisen tai saamisen ulkopuolelle. Yksiköt kokivat, että edelleen suuri osa päihdeongelmaisista raskaana olevista naisista ja vauvaperheistä jäi tunnistamatta ja palvelujen ulkopuolelle. Suurimmat esteet avun hakemiseen koettiin olevan häpeä ja pelko.

Ensisijaiset ongelmapäihitteet ja mielenterveyden häiriöt

Perhekuntoutuksen naisasiakkaiden ensisijaisista ongelmapäihitteistä yleisimpiä vuosina 2016–2018 olivat opioidit ja stimulantit (Kuvio 7.). Näiden jälkeen yleisimmät ensisijaiset päihitteet olivat alkoholi, kannabis ja väärinkäytetyt lääkkeet. Aikuisasiakkaista kolmella neljäsosalla ensisijainen ongelmapäihde oli huume.



Kuvio 7. Perhekuntoutuksen aikuisasiakkaiden ensisijaiset ongelmapäihteet vuosina 2016-2018

Pelkän alkoholin ongelmakäyttäjiä oli kuntoutusjaksolla harvoin. Päihteiden sekakäyttöä arvioitiin olleen lähes kaikilla asiakkailta. Asiakkaiden opioidien käytön arvioitiin olleen suurimmaksi osaksi buprenorfiinin suonensisäistä käyttöä.

Henkilöstö arvioi suonensisäisesti huumeita käyttäneiden asiakkaiden osuudeksi keskimäärin 65 prosenttia. Suonensisäisesti käytetyiksi päihteiksi mainittiin buprenorfiini, amfetamiini ja lääkkeet.

Henkilöstön arvion mukaan aikuisasiakkaista keskimäärin 93 prosenttia tupakoi. Mikään yksikkö ei ilmoittanut tupakoinnin osuudessa tapahtuneen muutoksia.

Keskimäärin 40 prosenttia perhekuntoutuksen asiakkaista oli opioidikorvaushoidossa kuntoutusjakson aikana. Kaksi selvityksessä mukana ollutta yksikköä (Kankaanpään ja Mikkeli) eivät toteuttaneet korvaushoitoa. Jos mukaan otettiin vain ne yksiköt, joissa korvaushoitoa toteutettiin, kuntoutusjakson aikana korvaushoitoa sai keskimäärin 46 prosenttia aikuisasiakkaista. Useat yksiköt arvioivat korvaushoidossa olevien asiakkaiden osuuden kasvaneen. Korvaushoidossa olevista asiakkaista keskimäärin 72 prosenttia sai lääkkeen suoraan perhekuntoutusyksiköstä.

Henkilöstö arvioi, että vauva-asiakkaista keskimäärin 47 prosenttia oli saanut syntymän jälkeen morfiinihoitoa opioidien vieroitusoireisiin.

Henkilöstö arvioi, että 72 prosentilla aikuisasiakkaista oli henkilökunnan tiedossa olevia mielenterveyden häiriöitä. Yksiköt arvelivat, että mielenterveyden häiriöiden todellinen osuus oli luultavasti suurempi. Asiakkaiden tyypillisinä todettuina mielenterveyden häiriöinä mainittiin ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt, persoonallisuushäiriöt, psykoottistasoiset häiriöt, traumaperäiset häiriöt, syömishäiriöt sekä erilaiset aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt.

Mielenterveyden häiriöiden kerrottiin vaikuttavan perhekuntoutusyksiköiden yhteisölliseen arkeen sekä asiakkaan yksilölliseen kuntoutukseen. Mielenterveyden häiriöiden kuvattiin ilmenevän muun muassa aloittekyvyttömyytenä asioiden hoitamisessa ja niiden loppuun saattamisen vaikeutena, sosiaalisten tilanteiden vaikeutena, ahdistuneisuutena, kaottisena käyttäytymisenä ja voimakkaina tunnetilojen vaihtumisena. Myös unihäiriöt, pelkotilat ja levottomuus olivat asiakkaille tyypillisiä. Näiden pulmien lisäksi erityisesti persoonallisuushäiriöiden kerrottiin luovan haasteita yhteisökuntoutukselle ja ihmisten väliselle vuorovaikutukselle sekä yhteisistä turvallisuutta ja johdonmukaisuutta luovista säännöistä kiinnipitämiselle.

Mielenterveyden häiriöt tekivät kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta vaativaa. Yleiseksi ongelmaksi koettiin se, ettei sosiaalitoimella useinkaan ollut tietoa asiakkaan diagnooseista. Kaikilla psyykkisesti oireilevilla asiakkailla ei ollut psykiatrista hoitokontaktia.

Kolme yksikköä arvioi mielenterveyden häiriöiden osuuden lisääntyneen asiakaskunnassa ja häiriöiden näkyvän aiempaa syvempiä. Syyksi arveltiin palveluihin ohjautumisen tapahtuvan entistä myöhemmässä vaiheessa, jolloin ongelmat olivat ehtineet kasautua ja kärjistyä. Varhaisvaiheen mielenterveyden häiriöihin arveltiin saatavan riittämättömästi hoitoa ja tukea ja laitosmuotoiseen kuntoutukseen lähetettiin vain äärimmäisessä hädässä olevia perheitä. Muut yksiköt arvioivat, ettei mielenterveyden häiriöiden osuudessa ollut tapahtunut muutoksia.

Kuntoutusjakson aloitus, pituus ja keskeytyminen

Perhekuntoutusjakson aloitusta kuvattiin kyselyyn annetuissa vastauksissa seuraavasti. Tyypillisimmin perhekuntoutustarpeen arvion tekijä ja kuntoutusjaksolle ohjannut taho oli asiakkaan kotikunnan lastensuojelun sosiaalityöntekijä. Mukana arviossa saattoi olla mukana myös vanhemman päihdehoidosta vastaava taho ja kotikunnan aikuissosiaalityö, mutta lastensuojelu pystyi arvioimaan kuntoutusjakson välttämättömäksi myös kuulematta muita tahoja. Lopullisen päätöksen teki kunnasta ja asiakkaasta riippuen kunnan lastensuojelu tai päihdehuolto. Lastensuojelun tekemät arviot ja ohjaukset tehtiin kuitenkin yleensä vasta lapsen synnyttyä.

Perhekuntoutukseen ohjatuilla asiakasperheillä palveluntarve oli usein akuutti ja ilmeinen ja kuntoutusjakso pyrittiin käynnistämään viivyttämättä. Henkilöstön kuvauksen mukaan tyypillisimmillään prosessi eteni niin, että asiakkaan kotikunnan sosiaalityöntekijä teki paikkatiedustelun ja paikkavarauksen. Samalla sovittiin asiakasperheen tulopäivämäärä. Sen jälkeen yksikkö sai perheen esitiedot ja sovittiin mahdollinen tutustumiskäynti tai käynnit vielä ennen sovittua tulopäivämäärää. Tutustumiskäynnin tarkoitus oli madaltaa asiakasperheen kynnystä aloittaa kuntoutusjakso. Asiakasperhe saapui kuntoutusyksikköön sovittuna ajankohtana. Lapsi saattoi olla avoimuuden tukitoimena sijoitettuna perhekuntoutusyksikköön yhdessä vanhempansa kanssa tai lapsi oli otettu huostaan, mutta kuitenkin sijoitettu perhekuntoutusyksikköön vanhempansa kanssa.

Yksiköiden näkemyksen mukaan käytännössä kuntoutusjakson aloittaminen ei usein ollut suoraviivaista eikä nopeaa. Kuntoutukseen tulo saattoi olla hallinnollisesti hidasta ja monimutkaisista sekä hoitopolut epäselviä. Asiakasperheen kotikunnan sosiaalipalveluissa saatettiin selvittää sitä, mikä taho maksaa kuntoutuksen ja tämä saattoi viedä aikaa. Arvioitavana kotikunnan sosiaalipalveluissa saattoi olla myös se, aloitettiinko kuntoutusjakso jo raskauden aikana vai vasta lapsen synnyttyä.

Seurauksena monimutkaisista, hitaista tai epäselvistä prosesseista oli usein kuntoutusjakson aloituksen viivästyminen. Kuntoutusjakson aloitus saattoi lykkääntyä myös esimerkiksi odottaessa vauvan syntymää, vauvan vieroitushoidon päättymistä, kotiutumista sairaalasta, vanhemmalle paikkaa katkaisujaksolle tai vanhemman katkaisujakson päättymistä. Saattoi tapahtua myös yllättäviä muutoksia, kuten vanhemman katkaisujakson keskeytymisiä, retkahduksia tai vauvan kiireellinen sijoittaminen, jotka viivästyttivät kuntoutuksen aloittamista tai estivät kokonaan sen aloittamisen.

Kuvausten perusteella kuntoutusjakson aloittamisen nopeus riippui asiakasperheen tilanteesta, yksiköstä, yksikön paikkatilanteesta, lähettävästä tahosta ja asiakasperheen kotikunnasta. Lyhyimmillään kuntoutusjakso päästiin aloittamaan lähes välittömästi, muutamassa tunnissa, mutta joskus aloitus onnistui vasta usean kuukauden kuluttua.

Henkilöstön arvion mukaan aikuisasiakkaiden motivaatio kuntoutukseen vaihteli. Osa aikuisasiakkaista oli alusta lähtien erittäin motivoituneita ja sitoutuneita kuntoutukseen sekä valmiita ottamaan vastaan apua, osalla motivaatio heräsi vähitellen kuntoutusjakson aikana, osalla motivaatio ei herännyt lainkaan. Henkilöstö korosti, että ammattilaisten tehtävä oli motivoida ja kannatella asiakasta, vaikka asiakkaan oma motivaatio ei olisi vielä herännyt. Motivaatiota saattoi lisätä se, jos asiakkaalla oli vastaanantolaisia kuntoutusjaksoja takana ja käsillä olevan kuntoutusjakson vaihtoehtona oli lapsen huostaan otto. Päihteiden käyttömaailmaan jäävä, mutta äidin ja lapsen elämässä läsnä oleva isä saattoi puolestaan heikentää motivaatiota kuntoutukseen. Oman tilanteen ymmärtämiseen saattoi auttaa kuntoutuksessa kokemusasiantuntijoiden kanssa käydyt keskustelut ja yhteisön vertaistuki.

Henkilöstön kokemuksen erityisesti kuntoutusjakson alussa useat asiakkaat kokivat tulleen kuntoutusjaksolle ”lastensuojelun pakottamina”, eivät omasta tahdostaan. Suurimmalla osalla asiakkaista oman päihdeongelman vakavuus, siitä aiheutuvat haitat ja halu elämänmuutokseen kuitenkin heräsi, mutta prosessi oli usein hidas ja pitkä.

Perhekuntoutusjaksoista valtaosa aloitettiin vasta lapsen syntymän jälkeen. Vuonna 2018 alle joka neljännes (22 %) naisista oli aloittanut perhekuntoutusjakson raskaana ollessaan. Tämä tarkoitti valtakunnallisesti noin 50 naista vuodessa. Osuudessa ei kerrottu tapahtuneen muutosta vuosien 2016 ja 2018 välillä. Raskauden aikana aloitettu perhekuntoutusjakso aloitettiin tyypillisimmin raskauden viimeisen kolmanneksen aikana.

Raskauden aikana aloitettujen kuntoutusjaksojen vähäinen osuus huolestutti kaikkia yksiköitä. Syitä vähäiseen osuuteen arveltiin olevan useita, kuten neuvoloiden kyky tunnistaa päihteitä käyttävä odottaja, naisen motivointi laitosmuotoiseen perhekuntoutukseen ja yksiköiden korkeat käyttöasteet. Lisäksi palvelujen epätasainen maantieteellinen saatavuus koettiin mahdolliseksi esteeksi. Henkilöstön näkemyksen mukaan siirtyminen kuntoutukseen joka sijaitti kaukana kotikunnasta, saattoi nostaa palveluun hakeutumisen kynnystä erityisesti raskausaikana. Samassa kuitenkin huomautettiin, että etäisyydestä saattoi toisaalta olla hyötyä päihdeidenkäyttöpiireistä irtautumisessa. Muita raskausaikana aloitettujen kuntoutusjakson vähäiseen osuuteen vaikuttavia seikkoja arveltiin olevan erilaiset ohjauksen käytännöt kunnan sosiaalitoimessa ja kuntien halukkuus raskaudenaikaisten maksusitoumusten myöntämisessä.

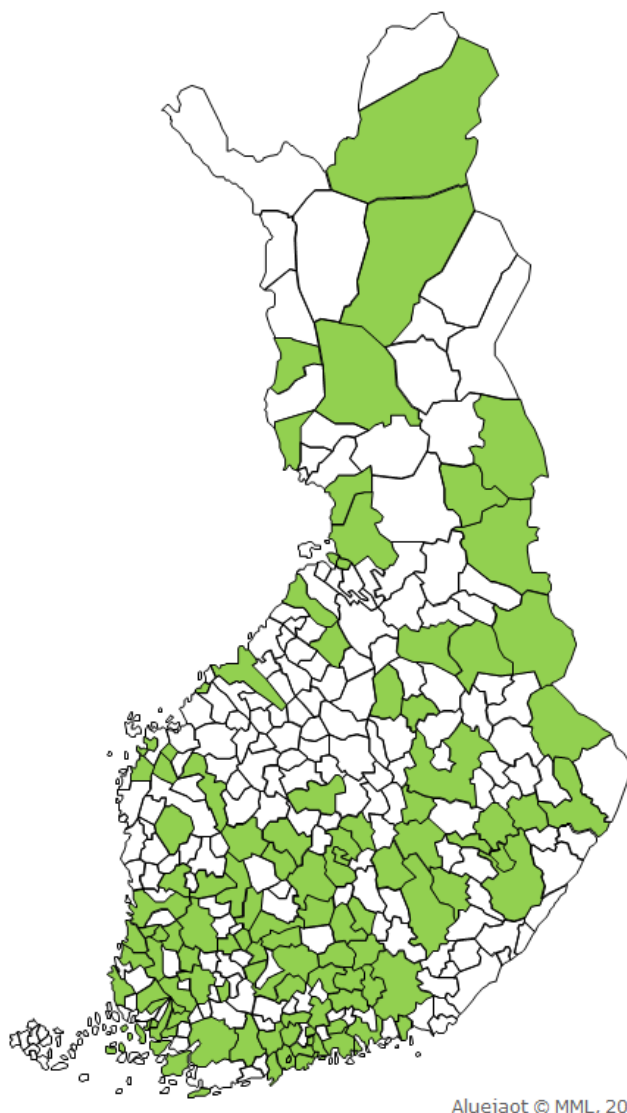
Vastausten perusteella keskimääräinen pituus raskauden aikana aloitetulle kuntoutusjaksolle oli kahdeksan kuukautta. Lapsen syntymän jälkeen aloitettu jakso kesti keskimäärin kuusi kuukautta. Henkilöstö arvioi kuntoutusjakson ideaalipituudeksi keskimäärin yhdeksän kuukautta. Osa yksiköistä piti vasta vuoden pituisia kuntoutusjaksoja riittävänä pysyvän elämänmuutoksen kannalta. Henkilöstön kokemus oli, että luottamuksellisen asiakassuhteen rakentamisen lisäksi synnytyksestä toipuminen vei aikaa. Vasta tämän jälkeen asiakkaalta vapautuu voimavaroja päihdeongelmaan liittyvään työskentelyyn sekä vanhemmuuden taitojen vahvistamiseen. Moni yksikkö toivoi asiakkailleen nykyistä pidempiä kuntoutusjaksoja tai vähintään sitä, että maksusitoumus myönnettäisiin kerralla nykyistä pidemmäksi ajaksi, vaikka kuntoutuksen kokonaiskesto ei pitenisi. Koettiin, että riittävän pitkä ja nykyistä vaivattomammin saatava maksusitoumus helpottaisi asiakasperheen kuntoutusjakson suunnittelua.

Aina vanhemman ja lapsen kuntoutusjaksoa ei voitu jatkaa suunnitellusti, vaan se jouduttiin keskeyttämään. Keskimäärin 13 prosenttia lapsista sijoitettiin tai huostaan otettiin kuntoutusjakson aikana. Tällöin myös äidin tai vanhempien kuntoutusjakso katkesi. Keskeytykseen johtanut syy oli tyypillisesti vanhemman päihdeiden käyttö tai vanhemman vakava mielenterveyden häiriö. Suurin osa äideistä kotiutui suunnitellusti lapsen kanssa. Isien kuntoutusjaksot keskeytyivät äitien kuntoutusjaksoja huomattavasti useammin. Isien osalta kuntoutusjakson keskeytymisen syynä oli tyypillisimmin isän päihdeiden käyttö, heikko sitoutuminen kuntoutukseen, huono psyykinen vointi tai uhkaava käytös.

Palvelua ostaneet kunnat, maksusitoumukset ja asiakasmaksut

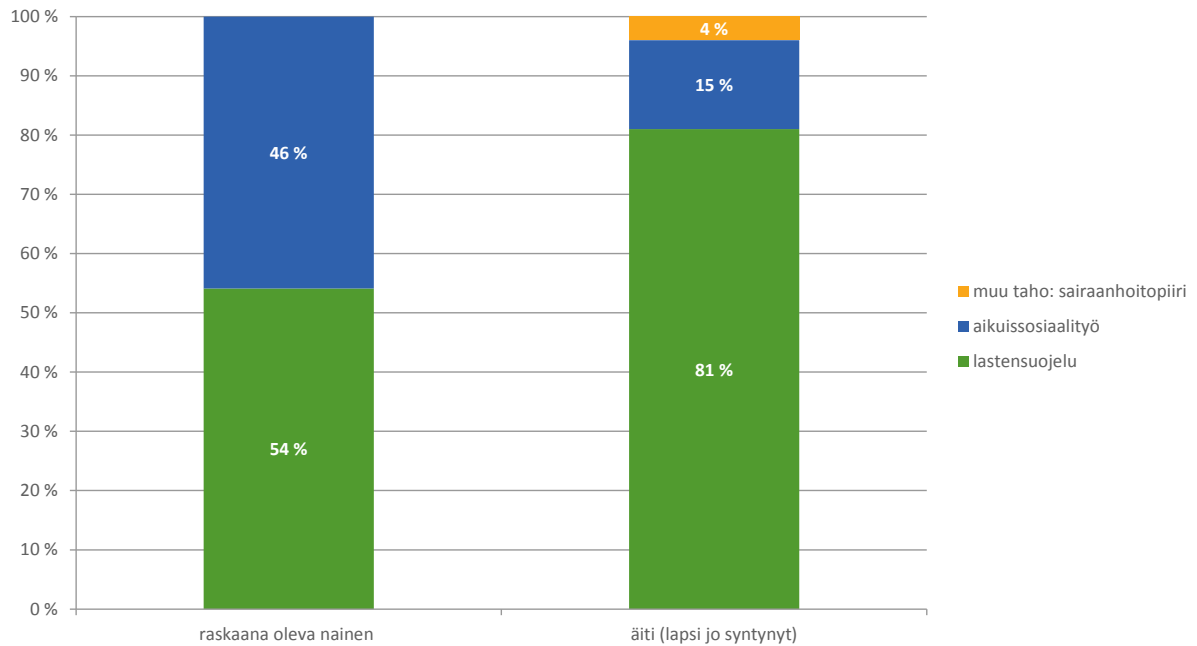
Selvityksessä kartoitettiin, mitkä olivat perhekuntoutusyksiköiden palvelujen käyttäjien kotikunnat vuosina 2016–2018. Tiedot palvelua käyttäneiden asiakkaiden kotikunnista saatiin 12 perhekuntoutusyksiköstä. Tiedot puuttuvat yhdestä viisipaikkaisesta yksiköstä (perhekuntoutus Valona), jonka vuoksi asiakkaita oli mahdollisesti myös joistakin muista kunnista. Kaksi yksikköä oli aloittanut toimintansa vasta vuonna 2018, joten nämä raportoivat asiakkaiden kotikunnat vain vuodelta 2018.

Kuva 4. Laitosmuotoista perhekuntoutusta päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille kahdestatoista yksiköstä ostaneet kunnat vuosien 2016-2018 aikana



Kolmen vuoden aikana palveluita oli käyttänyt ja ostanut 107 eri kuntaa (Kuva 4.). On nähtävissä, että perhekuntoutukseen hakeuduttiin ympäri Suomea ja palvelun tarve oli valtakunnallinen. Palveluita käytti vuosittain noin 60 eri kuntaa, joka oli hieman vuodesta riippuen noin 10–15 prosenttia kaikista Suomen kunnista. Valtakunnallisesti tarkasteltuna asiakkaiden yleisimmät kotikunnat olivat Helsinki, Tampere, Turku ja Kuopio. Tietosuojasysteistä kunnista tulleita asiakasmääriä ei tässä selvityksessä kerrota tarkemmin.

Jokainen perheenjäsen tarvitsi omat maksusitoumuksensa perhekuntoutusjaksolle. Raskausaikana aloitettujen kuntoutusjaksojen maksusitoumukset myönnettiin yhtälailla lastensuojelusta kuin aikuissosiaalityöstä (Kuvio 8.). Syyksi tähän nimettiin kuntien erilaiset linjaukset ja käytännöt.



Kuvio 8. Naiselle maksusitoumuksen perhekuntoutusjaksolle myöntänyt taho raskauden aikana ja lapsen synnyttyä

Lapsen syntymän jälkeen tilanne muuttui oleellisesti ja valtaosan (81 %) naisten maksusitoumuksista myönsi ja kuntoutuksen maksoi asiakkaan kotikunnan lastensuojelu. Isän tai kumppanin maksusitoumuksen myönsi pääsääntöisesti aikuissosiaalityö, sekä ennen lapsen syntymää että sen jälkeen. Lapsen maksusitoumuksen myönsi lähes poikkeuksetta asiakkaan kotikunnan lastensuojelu. Yksi maksusitoumus kattoi tyypillisesti keskimäärin kolmen kuukauden pituisen kuntoutusjakson.

Maksusitoumuksen saamisen, niiden uusimisen sekä niiden kattaman kuntoutusjakson kokonaispituuden todettiin riippuvan asiakkaan kotikunnasta. Arveltiin, että maksusitoumuksiin liittyvät käytännöt selittyivät pitkälti kuntien taloudellisilla resursseilla. Käytäntöihin arveltiin vaikuttavan myös kuntien sosiaalihuollon sektorirajat lastensuojelun ja aikuissosiaalityön välillä. Näillä tahoilla saattoi olla keskenään toistaan poikkeava näkemys kuntoutusjakson tarpeellisuudesta ja maksusitoumusten myöntämisestä. Pitkältä kyse nähtiin olevan siitä, minkälaista osaamista ja ymmärrystä kunnan sosiaalihuollossa oli tästä asiakasryhmästä ja sen tarvitsemista palveluista sekä siitä, mille sektorille osaaminen kussakin kunnassa sijoittui. Sektorirajojen koettiin osaltaan selittävän myös raskausaikana aloitetuille kuntoutusjaksoille myönnettyjen maksusitoumusten vähäistä osuutta. Useiden yksiköiden saama vaikutelma oli, että monet kunnat halusivat arvioida perhekuntoutuksen tarpeen vasta lapsen syntymän jälkeen, jolloin lastensuojelun virallinen asiakkuus saattoi alkaa. Joidenkin yksiköiden kokemuksen mukaan vuodenaika saattoi vaikuttaa maksusitoumuksiin, jolloin loppuvuodesta asiakkaiden saattoi olla hankalampi saada kunnilta maksusitoumusta.

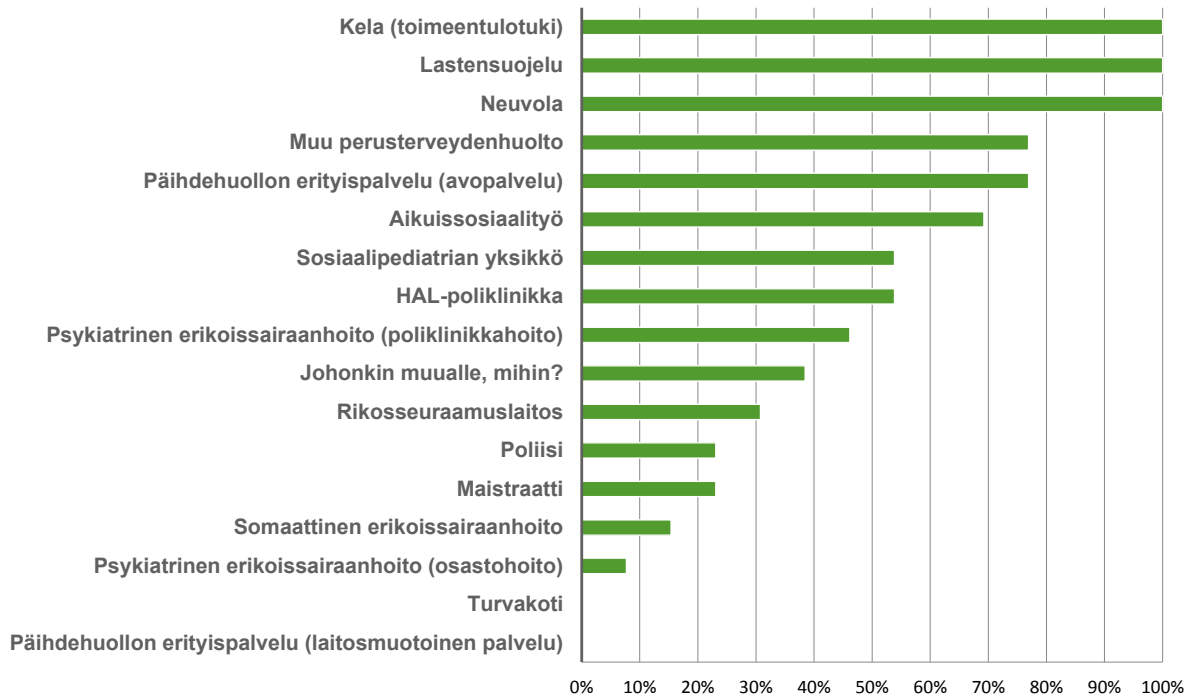
Maksusitoumusten myöntäminen lyhyiksi jaksoiksi tai kokonaiskestoltaan lyhyehköksi jäävä kuntoutusjakso koettiin kuntoutuksen suunnittelun kannalta hankalaksi. Kuntoutusta jouduttiin suunnittelemaan asiakasperheen voinnin lisäksi myös tavoitteisiin pääsemisen kannalta liian niukasti käytettävissä olevan ajan mukaan. Palvelun tunnettavuus kuntien keskuudessa vaikutti henkilöstön mukaan vähentävän pitkiin kuntoutusjaksoihin ja maksusitoumuksiin mahdollisesti liittyviä ongelmia.

Perhekuntoutuksesta veloitettiin asiakaskohtainen vuorokausimaksu. Kustannukset jakaantuivat kuntaosuuteen ja asiakasmaksuosuuteen. Asiakas sai maksusitoumuksen palveluun, jolloin kunta maksoi kuntoutuksesta koituvan kuntaosuuden. Henkilöstön mukaan osa kunnista sisällytti myös asiakasmaksuosuuden maksusitoumukseen, osa ei. Käytäntöjen kerrottiin vaihtelevan kunnittain. Mahdollisen itse maksettavaksi tulevan asiakasmaksuosuuden saattoi hakea Kelasta, jolloin henkilön tulot vaikuttivat siihen miten asiakasmaksuja korvattiin. Jos asiakkaalle jäi maksettavaa eikä hän pystynyt tai suostunut niitä maksamaan, kokemuksen mukaan kunnan aikuissosiaalityö tai lastensuojelu tuli yleensä asiassa vastaan. Perhekuntou-

tuksessa oli lähes yhtä yleistä (46 %), että asiakkaalle tuli kuntoutusjaksosta itse maksettavia kuluja kuin että kuntoutusjakso oli asiakkaalle täysin maksuton (54 %). Kaikissa yksiköissä asiakas maksoi aina itse oman ja vauvan henkilökohtaiset tarpeet, kuten hygieniatuotteet ja vaatteet.

Palvelukontaktit, palvelujen koordinointi ja siirtyminen muihin palveluihin

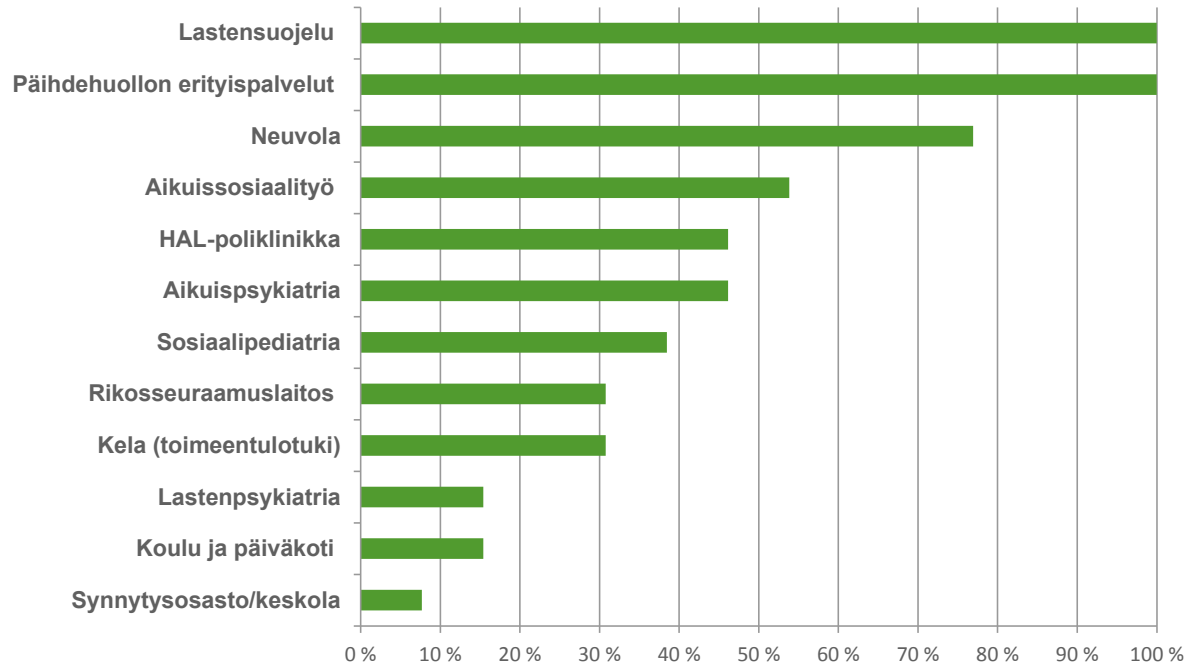
Kuntoutusjaksolla olevien perheiden yleisimmin käyttämät palvelut liittyivät toimeentulotukeen ja lapsen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin (Kuvio 9.).



Kuvio 9. Asiakasperheen käyttämät muut palvelut perhekuntoutusjakson aikana

Päihdehuollon erityispalveluja käyttävien osuus oli ehkä arvioitua suurempi, sillä osa perhekuntoutuksesta oli hallinnollisesti päihdehuollon erityispalvelussa, jolloin asiakas oli jo päihdehuollon erityispalvelussa ollessaan perhekuntoutuksessa.

Keskeisimmät yhteistyötahot, joiden kanssa perhekuntoutusyksikkö teki yhteistyötä asiakasperheen kuntoutusjakson aikana, olivat asiakkaan kotikunnan lastensuojelu ja päihdehuollon erityispalvelut (Kuvio 10.). Nämä kolme palvelua yhdessä muodostivat tyypillisen asiakasperheen yhteistyöverkoston ytimen.



Kuvio 10. Perhekuntoutuksen keskeisimmät yhteistyötahot asiakasperheen asioissa

Kuntoutusjakson aikana asiakasperheen palvelukokonaisuuden koordinaatiovastuu oli lähes poikkeuksetta oman kunnan lastensuojelun sosiaalityöntekijällä, jolloin palvelut koordinoitiin ja järjestettiin ensisijaisesti lapsen näkökulmasta. Perhekuntoutusyksiköt olivat keskeisessä roolissa verkostopalavereiden suunnittelussa ja järjestämisessä sekä vanhempien tai vanhemman oman palveluverkoston kokonaisuuteen mukaan saamisessa. Asiakasperheen kannalta nähtiin tärkeänä saada kaikki perheen palvelukontaktit koolle yhtä aikaa. Tyypillisimmin verkostopalavereita pidettiin noin kuukauden välein. Palaveri pidettiin myös aina kuntoutusjakson aluksi ja päätteeksi. Vaikutti siltä, että perhekuntoutusyksiköllä oli keskeinen rooli koko perheen palvelukokonaisuuden organisoinnissa ja palveluohjauksen antamisessa.

Perhekuntoutusjaksolta kokonaisuena kotiutuva perhe siirtyi lähes poikkeuksetta erilasten avopalvelujen piiriin. Päihdesairaalan asiakasperheet muodostivat tässä poikkeuksen. Heistä peräti 60 prosenttia siirtyi päihdehoitojakson jälkeen laitosmuotoiseen perhekuntoutukseen ja 40 prosenttia avopalvelujen piiriin.

Yksiköt aloittivat palvelusta toiseen siirtymistä ja kiinnittymistä helpottavan ”siltausvaiheen” työskenteilyn jo hyvissä ajoin ennen kuntoutusjakson päättymistä. Kuntoutusjakson päättymisen lähestyessä kunnan lastensuojelu ja perhekuntoutusyksikkö varmistivat yhteistyössä, että lapsella oli aktivoituna kaikki hänen tarvitsemansa palvelukontaktit, tärkeimpänä lastensuojelu ja neuvola. Perheiden yleisempänä tukitoimena kuntoutusjakson jälkeen oli lastensuojelun (tehostettu) perhetyö. Neuvoloiden ja lastensuojelun saatavuus koettiin erittäin hyväksi. Lapsen kasvun ja kehityksen seuranta sosiaalipediatrian poliklinikalla jatkui kuntoutusjakson jälkeen, jos kontakti palveluun oli olemassa. Sosiaalipediatrian palvelujen saatavuus koettiin puutteellisenä.

Henkilöstön kokemuksen mukaan kuntoutusjaksolla olleet asiakkaat kokivat usein epäluottamusta ja pelkoa uusia palveluita kohtaan. Moni asiakasperhe siirtyi toiselle paikkakunnalle kuntoutusjakson jälkeen, osa takaisin kotipaikkakunnalleen, osa uudelle paikkakunnalle aloittaakseen uuden elämänvaiheen. Perhekuntoutuksesta käsin tehdyt kotiharjoitteluvaiheet ja intervallijaksot tukivat perheen siirtymistä avopalvelujen piiriin. Aikuisasiakkailla jatkui tyypillisesti ainakin aikuissosiaalityön, psykiatrian sekä päihdehuollon kontakti. Useat asiakkaat loivat kontaktin kotikunnan AA- ja NA-ryhmiin. Näiden palvelujen lisäksi asiakkaat siirtyivät erikoistuneiden päihdekuntoutusta ja vanhemmuuden tukea yhdistävien avopalvelujen piiriin, jos niitä oli kotipaikkakunnalla saatavilla. Tämänkaltaisten avopalvelujen saatavuus nähtiin puutteellisenä.

Henkilöstön näkemys oli, että aikuisasiakkaat tarvitsivat kuntoutusjakson jälkeen erikoistuneita avopalveluita, joissa mahdollistui tiheät käynnit, ymmärrys ja vertaistuki. Kaikille vanhemmille tarkoitettuihin

vanhemmuusryhmiin tai perhekerhoihin meneminen saattoi henkilöstön kokemuksen mukaan pelottaa ja muodostua korkeaksi kynnykseksi. Kiinnittyminen uusiin palveluihin ja uudelle paikkakunnalle muuttaminen saattoi muutenkin olla monelle asiakkaalle kuormittavaa. Äidin kuormituksen ja yksinäisyyden koettiin lisäävät retkahdusriskiä.

Virallisesti yhteys asiakasperheeseen lakkasi kuntoutusjakson päätyttyä, mutta monet yksiköt olivat kuitenkin mukana asiakkaan verkostotyöskentelyssä vielä kuntoutusjakson päätyttyä, jos asiakas sitä toivoi tai se oli asiakkaan kannalta merkityksellistä. Yksiköt eivät saaneet tietoa lapsen sijoituksista tai huostaanotoista kuntoutusjakson päättymisen jälkeen, mutta henkilöstöä voitiin myöhemmin haluta kuulla perhekuntoutusjaksolla olleen lapsen huostaanoton valmistelua varten.

Pohdintaa ja kehittämisehdotukset

Päihteitä käyttävien raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten sekä heidän perheenjäsenten hoitoon ja kuntoutukseen ohjausta tulee kehittää ja palvelujen saatavuutta parantaa sekä sikiövaurioiden että sosiaalisen ja terveydellisen huono-osaisuuden kasautumisen ehkäisemiseksi. Päihteiden käytön ongelmat ovat yksi yhteiskuntamme yleisimpiä niin sanottuja ACE-kokemuksia (Adverse Childhood Experiences eli haitalliset lapsuudenaikaiset kokemukset). Muita ovat lähisuuhdeväkivalta ja hoidon laiminlyönti niiden eri muodoissa, vanhempien mielenterveysongelmat, rikollisuus tai ero. ACE-kokemusten kasautumisella on osoitettu olevan merkittäviä haitallisia vaikutuksia elinikäiseen terveyteen ja eliniän odotteeseen. (Hughes ym. 2017; Hudziak 2018; Lange ym. 2019.) Varhaisella ja oikeanlaisella avulla ja tuella voidaan katkaista sukupolvelta toiselle siirtyvää päihteidenkäytön ongelmaketjua, vähentää sikiövaurioiden riskiä sekä vähentää äidin ja lapsen mahdollisesti myöhemmin tarvitsemien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen määrää ja niistä muodostuviin kustannuksiin. Palveluita ja niihin ohjausta tulee kehittää niin, että nykyistä useampi päihteitä käyttävä raskaana oleva nainen ja vauvaperhe pääsisivät oikea-aikaisen, laadukkaan, monipuolisen ja joustavan, hyvin koordinoitun hoidon ja kuntoutuksen piiriin.

Raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten sekä heidän puolisoitensa päihteidenkäytön tunnistamista tulee lisätä kehittämällä päihdeseulonnan ja -kartoituksen työvälineitä ja tehostamalla niiden käyttöä. Päihteiden – ja erityisesti huumeiden käyttö – tässä asiakasryhmässä ei osoita vähentymisen merkkejä, päinvastoin. Huumeiden lisääntyvä ja monimuotoistuva käyttö asettaa neuvoloille haasteita tunnistaa ja ottaa puheeksi käyttö. Huumeiden ja lääkkeiden väärinkäytöstä huolimatta vaikuttaa siltä, että huumeiden käyttö arvioidaan alkoholin käyttöä useammin syyksi lähettää päihteitä käyttävä raskaana oleva nainen HAL-poliklinikan seurantaan. Voi olla, ettei alkoholin käyttöä selvitetä tarkemmin, ellei alkoholi-riippuvuus ole jo vakavuudessaan ilmeinen. Taustalla voivat olla myös erilaiset lähetekriteerit, kuten se, ettei alkoholin riskikäyttöä nähdä riittäväksi syyksi lähettää raskaana olevaa naista HAL-poliklinikan seurantaan. On selvittävää, voidaanko alkoholin käytön entistä tehokkaampaa tunnistamista edistää esimerkiksi ottamalla neuvoloissa käyttöön alkoholin käyttöä mittaava verikoe (B-PETH). Huumeiden suonensisäisen käytön ja siitä aiheutuvien haittojen vähentämiseksi on selvittävää, voitaisiinko varhaista tunnistamista ja hoitoonohjausta tehostaa esimerkiksi tutkimalla kaikilta raskaana olevilta naisilta C-hepatiitti-vastaineet osana neuvolan seulontatutkimuksia. Tällöin voitaisiin äiti-lapsi-parin seuranta järjestää asianmukaisesti ja käynnistää esimerkiksi C-hepatiitti-hoidot sujuvasti synnytyksen ja imetyksen jälkeen.

HAL-poliklinikoiden lähetekriteereitä tulee päivittää ja yhdenmukaistaa kaikkien päihteiden osalta ja se on tehtävä yhteistyössä neuvoloiden kanssa. Maakunnalliset erot HAL-poliklinikoille ohjautumisessa ovat suuria, eivätkä ne todennäköisesti ole selitettävissä raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten määrällä. Tätä voi ilmentää aiemmin kuvattu Satakunnan kokeilu, jossa tehokampanjan myötä neuvolasta HAL-poliklinikalle lähetettiin AUDIT-testin pohjalta arvioiden alkoholin riskikäytön rajat ylittäneet raskaana olevat naiset. Tällöin riski riitti perustelevaan seurantaan, ei haitalliseksi tai riippuvuusikäiseksi arvioitu alkoholin käyttöä.

HAL-poliklinikoiden erityisosaamista tulee jalkauttaa. HAL-poliklinikoiden erityisosaaminen on korkeatasoista erikoissairaanhoidoa ja sen on vastaisuudessaakin perusteltua olla keskitettyä. Toisaalta keski-

tetty palvelu voi olla ongelmallista palvelun maantieteellisen saavutettavuuden kannalta. On selvitetävää, voidaanko HAL-poliklinikoilta saatavaa konsultaatiota tai palveluita lisätä lähipalveluihin tai erityisryhmän hoitoon ja kuntoutukseen erikoistuneisiin perustason palveluihin.

Päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden tarvitsemien palvelujen saatavuutta tulee parantaa ja palvelukokonaisuutta kehittää. Päihteitä käyttävät raskaana olevat naiset ja vauvaperheet tarvitsevat monia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita lapsen, äidin ja muun perheen tueksi. Tällä hetkellä perheen tarvitsemien palvelujen saatavuudessa ja palveluketjuissa on suuria alueellisia eroja.

Palveluketjuja ja koordinaatiovastausta tulee selkiyttää. Sosiaalipalvelujen osalta tulee selvittää, miten lastensuojelu voidaan saada tiiviimmin mukaan asiakkaan palveluverkostoon jo raskausaikana, ja miten sosiaalitoimi voi hyödyntää HAL-poliklinikoiden erityisosaamista entistä paremmin sekä raskausaikaisten että lapsen syntymän jälkeisten tukitoimien suunnittelussa.

Toiminnassa ja palvelukokonaisuuden koordinoinnissa tulee ottaa huomioon asiakaslähtöisyys ja jatkuvuus. Palvelukokonaisuuden koordinointi voi olla haastavaa tapauksissa, joissa tarvitaan useita perus- ja erikoistason palveluita. Koordinointi voisi olla asiakkaan kannalta luontevinta sille taholle, jossa raskaana oleva nainen asioi eniten, tai jossa lapsen tai vanhemman asiakassuhde jatkuu myös raskauden jälkeen, tai mikä on asiakasperhettä lähinnä. Kynnystä palveluissa asiointiin voidaan mahdollisesti madaltaa yhdistämällä asiakkaan tarvitsemia palveluita saman katon alle.

HAL-poliklinikan palvelut tulee tehdä asiakkaalle maksuttomiksi. HAL-poliklinikakäynneiltä perittävät poliklinikamaksut, maksamattomista laskuista mahdollisesti koituvat perintäkulut ja maksuhäiriöt sekä poliklinikalle hakeutumisesta aiheutuvat matkakulut voivat nostaa kynnystä hakeutua ja sitoutua palveluun sekä haitata palvelun saavutettavuutta. HAL-poliklinikakäynnistä ei tulisi periä asiakasmaksua, jolloin raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen erikoissairaanhoidossa tapahtuva seuranta olisi kaikille ilmaista asuinkunnasta ja sairaanhoitopiiristä riippumatta. HAL-poliklinikan palvelujen piiriin hakeutumiselta ja palveluun sitoutumiselta tulee aktiivisesti poistaa kaikki kohtuullisilla tavoilla ja kustannuksilla poistettavissa olevat esteet.

Perhekuntoutusjakson raskaudenaikaisia aloituksia tulee tehostaa. Perhekuntoutus on pyrittävä aloittamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa kun kuntoutustarve on havaittu, useimmiten jo tulevan äidin raskausaikana. Voimassa olevassa sosiaalihuoltolaissa huomioidaan päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen subjektiivinen oikeus saada välittömästi riittävät päihteettömyyttä tukevat palvelut. Laki ei kuitenkaan määrittele mitä ja minkälaisia nämä riittävät palvelut ovat, vaan päätöksen niistä tekee asiakkaan kotikunta. Päihteitä käyttävät naiset aloittavat laitospuolitoisen perhekuntoutusjakson harvoin raskausaikana. Taustalla voi olla naisen vahva itsemääräämisoikeus sekä kuntien vaihtelevat käytännöt ostaa tai tuottaa tällaisia palveluita. On pohdittava, miten lisätä päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten mahdollisuuksia hakeutua perhekuntoutukseen ja voidaanko perhekuntoutukseen pääsyä raskauden aikana tehostaa lainsäädännöllisin tai taloudellisin keinoin.

Perhekuntoutuspalvelut tulee saada pysyviksi, maantieteellisesti kattaviksi ja kysyntään nähden riittäviksi. Laitospuolitoiset perhekuntoutuspalvelut ovat tällä hetkellä suurimmaksi osaksi järjestöjen tuottamia palveluita, jotka ovat riippuvaisia kuntien myöntämistä maksusitoumuksista. Samoin kuin HAL-poliklinikakäynneistä, näistäkin palveluista voidaan periä asiakasmaksu. Tämä tekee palveluista hauraita ja yhdenvertaisuus palveluihin pääsyssä ei toteudu. Selvityksessä tuli esiin, että kaksi kolmasosaa Suomen kunnista ei ole ostanut laitospuolitoista perhekuntoutusta päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille. Perhekuntoutuspalvelujen tulisi olla pysyvä osa palvelujärjestelmää ja niiden tulisi olla asiakkaille maksuttomia.

Perhekuntoutusyksiköiden yhteenlaskettu määrä on todennäköisesti riittämätön ja kuntoutuksen saatavuus on maantieteellisesti epätasaisesti jakautunut. Tämän selvityksen perusteella koko Etelä-Suomen alueella on vain kolme palvelua tarjoavaa yksikköä ja näihin mahtuu samanaikaisesti yhteensä noin 20 asiakasperhettä. Pitkien kuntoutusjaksojen vuoksi asiakkaiden vaihtuvuus on pientä ja käyttöasteet jatkuvasti korkeita. Yhteiskuntoutuksen toimivuuden vuoksi olemassa olevien yksiköiden perhepaikkamäärää ei juurikaan voida kasvattaa, vaan saatavuuden kasvattamiseksi olisi perustettava uusia yksiköitä.

Tiedon saatavuutta ja käyttöä tulee kehittää. Valtakunnallisesti kattavaa tietoa päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille suunnatuista palveluista ei ole. Tiedolle olisi käyttöä muun mu-

assa palvelujen kattavuuden seurantaan. Toistaiseksi vastaavanlaisen tiedon saaminen edellyttää erillistiedonkeruita. Laitosmuotoisia perhekuntoutuspalveluja käyttävien, päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden asiointien määrästä ei toistaiseksi ole ollut saatavissa kattavaa rekisteritietoa valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmän kautta. Suuri osa yksiköistä toimii sosiaalihuollon toimialalla, jolloin rekisteritietoa ei vielä kerry valtakunnallisiin rekistereihin. HAL-poliklinikoiden asiakkuuksista kertyy tietoa erikoissairaanhoidon rekistereihin, mutta siitä ei ole tehty erillistarkastelua. Tällaiselle tiedolle olisi käyttöä palvelujen tavoittavuuden seurantaan. Toistaiseksi vastaavanlaisen tiedon saaminen edellyttää erillistiedonkeruita.

Poikkileikkausselvitysten rinnalla on tarpeen kehittää rekisteripohjaisen tiedon saatavuutta ja käyttöä. Päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden palveluita koskevaa tiedonkeruuta on tarpeen kehittää myös osana sosiaali- ja terveydenhuollon Kanta-palvelujen kehittämistä. Tieto palvelisi sekä valtakunnallista että alueellista palvelujen kehittämistä.

Kehittämisehdotukset

Päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten entistä parempi tunnistaminen ja tuen piiriin saattaminen

- Raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten sekä heidän puolisoitensa päihdeseulonnan ja -kartoituksen työvälineitä tulee entisestään kehittää ja niiden käyttöä tehostaa.
- Sekä äitiys- että lastenneuvolassa päihteiden käyttö tulee ottaa puheeksi kaikkien perheiden kanssa ja seuloa päihteiden käyttöä.
- Hoitoonohjaukskriteereitä tulee yhdenmukaistaa luomalla valtakunnallisesti yhtenäiset suositukset siitä, millä kriteereillä päihteitä käyttävä raskaana oleva nainen ohjataan keskitettyjen erityispalvelujen piiriin.
- Lisäksi tulee luoda valtakunnallisesti yhdenmukainen hoitopolkumalli raskaana olevan päihteitä käyttävän naisen hoidosta ja kuntoutuksesta.

Alueellinen koordinoitu erityispalvelukokonaisuus

- Tulee luoda alueellisia ja selkeän kokonaisuuden muodostavia koordinoituja erityispalvelukokonaisuuksia, joissa kaikkia asiakasryhmän tarvitsemia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita on saatavilla.
- Erityispalvelukokonaisuuden tulee sisältää päihteitä käyttävän naisen raskaudenaikainen seuranta ja hoito, sikiön seuranta sekä synnytyksen jälkeen äidin ja lapsen sekä tarvittaessa lapsen toisen vanhemman seuranta, hoito ja kuntoutus.
- Palvelujen tulee olla monipuolisia, joustavia ja aidosti asiakaslähtöisiä sekä sisältää erityisryhmän hoitoon, kuntoutukseen ja seurantaan tarvittavaa osaamista.
- Palvelujen tulee olla asiakkaille maksuttomia.

Selvityksen kautta saatua tietoa palvelujen nykytilasta ja kehittämistarpeista on toivottavaa hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa ja näitä palveluja koskevissa lainsäädännöllisissä muutoksissa.

Lähteet

Päihteisiin, lapsiin ja vanhemmuuteen liittyviä lakeja ja asetuksia:

- hallintolaki (434/2003)
 huumausainelaki (373/2008)
 järjestyslaki (612/2003)
 kansanterveyslaki (66/1972)
 laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015)
 laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992)
 laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)
 lastensuojelulaki (417/2007)
 lääkelaki (395/1987)
 mielenterveyslaki (1116/1990)
 poliisilaki (872/2011)
 päihdehuoltolaki (41/1986)
 rikoslaki (39/1889)
 sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä (33/2008)
 sosiaalihuoltolaki (1301/2014)
 Suomen perustuslaki (731/1999)
 tartuntatautilaki (1227/2016)
 terveydenhuoltolaki (1326/2010)
 tupakkalaki (549/2016)
 työterveyshuoltolaki (1383/2001)
 Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 19.9.2019).
 Andersson Maarit, Hyytinen Riitta, Kuorelahti Marianne toim. (2008) Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana: Pidä Kiinni – hoitojärjestelmä. Ensi- ja turvakotien liitto ry. Helsinki.
 Autti-Rämö, Ilona, Gissler, Mika, Ritvanen, Annukka (2011) Alkoholin aiheuttamien sikiövaurioiden diagnostiikkaa ja esiintyvyyssarvioita voidaan parantaa. Suomen Lääkärilehti 66 (23) 1919–1921.
 Brummer-Korvenkontio, Henriikki (toim.) (2019) C-hepatiitin hoitopolku: Maksasairauden hoidosta infektion eliminointiin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Ohjaukset 4/2019.
 HE 164/2014 vp (Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaalihuoltolaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi).
 HE 134/2016 VP (Hallituksen esitys eduskunnalle valtion talousarvioksi vuodelle 2017).
 HE 106/2017 vp (Hallituksen esitys eduskunnalle valtion talousarvioksi vuodelle 2018).
 HE 123/2018 vp (Hallituksen esitys eduskunnalle valtion talousarvioksi vuodelle 2019).
 Halmesmäki Erja (2000) Päihteidenkäyttäjän raskaus. Duodecim 116, 1513–1519.
 Halmesmäki, Erja, Kahila, Hanna, Keski-Kohtamäki, Ritva, Iisakka, Teija, Bäckmark-Lindqvist, Gunne, Haukkaa, Maija (2007). Raskaana olevan päihdeongelman naisen hoito: Helsingin mallin kuvaus ja kokemukset 312 potilaan aineistosta. Suomen lääkäri-lehti 62 (11), 1151–1154.

- Heinonen Hanna, Väisänen Antti & Hipp Tiia (2012) Miten lastensuojelun kustannukset kertyvät? Lastensuojelun Keskusliitto.
 Hiitola, Johanna (2008) Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista, Lastensuojelun sijais- huollon kehittäminen Tampereella, Tampereen seutukun- nassa ja EteläPirkanmaalla -hanke. Työpapereita 21/2008. Stakes, Helsinki.
 Hiltunen Tarja (2016) Äitien kokemuksia lasten huostaanotois- ta. Janus 24 (3), 265–272.
 Holmila, Marja, Bardy, Marjatta, Kouvonen, Petra (2008) Lapsuus päihdeperheessä ja kielteisen sosiaalisen perimän voittaminen. Yhteiskuntapolitiikka 73 (4), 421–432.
 Hudziak James J. (2018) ACEs and Pregnancy: Time to Support All Expectant Mothers. Pediatrics 141 (4).
 Hughes, Karen Elizabeth, Bellis, M. A., Hardcastle, Katherine A., Sethi, Dinesh, Butchart, Alexander, Mikton, Christopher R., Jones, L. G. & Dunne, Michael P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a system- atic review and meta-analysis. The Lancet Public Health, 2(8), 356–366.
 Huumeongelman hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyk- sen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (viitattu 19.9.2019).
 Hytynantti, Timo, Kahila, Hanna, Renlund, Martin. Järvenpää, Anna-Liisa, Halmesmäki, Erja, Kivitie-Kallio, Satu (2008) Neonatal outcome of 58 infants exposed to maternal bu- prenorphine in utero. Acta Pædiatrica 97 (8), 1040–1044.
 Itäpuisto, Maritta, Selin, Jani (2013) Miten palvelut vastaavat päihteiden käyttäjän läheisten avuntarpeisiin? Teoksessa Warpenius, Katariina, Tigerstedt, Christoffer, Holmila, Mar- ja (2013). Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmi- sille ja yhteiskunnalle. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
 Kahila, Hanna, Gissler, Mika, Sarkola, Taisto, Autti-Ramo, Ilona, Halmesmäki, Erja (2010) Maternal welfare, morbidity and mortality 6–15 years after a pregnancy complicated by alcohol and substance abuse: A register-based case-control follow-up study of 524 women. Drug and Alcohol Depen- dence 111 (3), 215–221.
 Kahila Hanna, Kivistö Kaisa (2019) Huumeet ja raskaus. Duo- decim 135 (2) 131–137.
 Kalland, Mirjam (2008) Onko meillä keinoja auttaa päihdeper- heeseen syntyvää vauvaa? Suomen lääkäri-lehti 63(48), 4173.
 Karttunen, Teija (2019) Naiseryistä päihdehoitoa – etnografi- nen tutkimus päihdehoitolaitoksen naistenyhteisöstä. Väi- töskirja. Jyväskylän yliopisto.
 Kivitie-Kallio Satu & Tupola Sarimari (2014) Sosiaalipediatrian koulutus turvattava. Suomen Lääkärilehti 69 (11).
 Klemetti, Reija, Hakulinen-Viitanen, Tuovi (toim.) (2013) Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan Opas 29/2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
 Klemetti, Reija, Raussi-Lehto, Eija (2013) Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjel- ma 2014–2020. Opas 33/2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

- Korpilahti Ulla, Kettunen Hanna, Nuotio Erika, Jokela Satu, Nummi Vuokko Maria, Lillsunde Pirjo (toim.). 2019. Väki­vallaton lapsuus – toimenpidesuunnitelma lapsiin kohdistu­van väkivallan ehkäisystä 2020–2025 osa II. Sosiaali- ja terveysministeriö (julkaisu 26.11.2019).
- Lange Brittany C. L., Callinan Laura S. & Smith Megan V. (2019) Adverse Childhood Experiences and Their Relation to Parenting Stress and Parenting Practices. *Community Mental Health Journal* 55 (4).
- Lastensuojelu. SVT. THL.[12.4.2019].
- Lastensuojelun Kuusikko-työryhmä. Teksti: Marianne Forsell (2019) Suomen kuuden suurimman kaupungin lastensuojelun palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2018. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 2/2019.
- Lastensuojelun käsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja>
- Lastensuojelun tilastot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Milligan, Karen, Niccols, Alison, Sword, Wendy, Thabane, Lehana, Henderson, Joanna L., Smith, Ainsley, Liu, Jennifer (2010) Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: a meta-analysis. *Substance abuse treatment, prevention, and policy* 5 (21).
- Mäkelä Klaus (2010) Raskaana olevien naisten päihde­ehtoinen pakkohoito ja sen kriteerit. *Yhteiskuntapolitiikka* 75 (4), 456–463.
- Mäkelä, Pia, Mustonen, Heli, Tigerstedt, Christoffer (2010) Suomi juo: Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Mäkelä, Pia; Österberg, Esa (2016) Alkoholinkulutus, juomata­vat ja alkoholipolitiikka. *Suomen lääkirilehti* 71 (6), 409–415.
- Mäki, Päivi, Hakulinen-Viitanen, Tuovi, Kaikkonen, Risto, Koponen, Päivikki, Ovaskainen, Marja-Leena, Sippola, Risto, Virtanen, Suvi, Laatikainen, Tiina ja LATE-työryhmä. Lasten terveys: LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Raportti 2/2010 Terveyden ja hyvin­voinnin laitos (THL).
- Niccols, Alison, Milligan, Karen, Sword, Wendy, Thabane, Lehana, Henderson, Joanna, Smith, Ainsley (2012) Integrated programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes. *Harm Reduction Journal* 9 (14).
- Nätkin Ritva (2006) Kulttuurisista merkityksistä hoidon tutki­mukseen. Teoksessa Nätkin Ritva (toim.) (2006) Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat.(artikkelikokoelma) Jyväskylä: PS-kustannus.
- Ollgren, Jukka, Forsell, Martta, Varjonen, Vili, Alho, Hannu, Brummer-Korvenkontio, Henriikki, Kainulainen, Heini, Karjalainen, Karoliina, Kotovirta, Elina, Partanen, Airi, Rönkä, Sanna, Seppälä, Timo, Virtanen, Ari (2014) Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2012. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (5), 498–508.
- Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Pääministeri Antti Rinteen hallituksen ohjelma 6.6.2019
- Pajulo, Marjukka, Savonlahti, Elina, Sourander, Andre, Helenius, Hans, Piha Jorma (2001) Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders* 65 (1), 9-17.
- Pajulo, Marjukka (2001) Early motherhood at risk: mothers with substance dependency. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Pajulo, Marjukka, Kalland, Mirjam. (2006) Uutta ajattelua päihdeongelmaisten äiti-vauvaparien hoidossa. *Duodecim* 122 (21), 2603–2611.
- Pajulo, Marjukka (2011) Päihdeongelmaisten odottavien äitien hoidon kehittäminen - erityispiirteet, haasteet ja mahdollisuudet. *Suomen lääkirilehti* 66 (14), 1189–1195.
- Partanen, Airi, Holmberg, Jan, Inkinen, Maria, Kurki, Marjo & Salo-Chydenius, Sisko (2015) Päihdehoitotyö. Helsinki. SanomaPro.
- Poutiainen Hannele, Hakulinen-Viitanen Tuovi & Laatikainen Tiina (2014) Associations between family characteristics and public health nurses' concerns at children's health examinations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28 (2).
- Poutiainen Hannele, Levälahti Esko, Hakulinen-Viitanen Tuovi & Laatikainen, Tiina (2015) Family characteristics and health behaviour as antecedents of school nurses' concerns about adolescents' health and development: a path model approach. *International Journal of Nursing Studies* 52 (5).
- Poutiainen Hannele, Hakulinen Tuovi, Mäki Päivi & Laatikainen Tiina (2016) Family characteristics and parents' and children's health behaviour as reasons of public health nurses' concerns at children's health examinations. *International Journal of Nursing Practice* 22 (6).
- Päihdeasiamies (2019) Päihdeasiamiehen tulkinta: Päihdehoi­don ja päihdekuntoutuksen toteutuminen.
- Päihdehuollon huumeasiakkaat 2017. Tilastoraportti 31/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Päihteitä käyttävien äitien nettiryhmä, A-klinikkasäätiö ja Ensi- ja turvakotien liitto: <https://paihdelinkki.fi/fi/node/834>
- Raitasalo, Kirsimarja, Holmila, Marja (2012) Äidin päihteiden käytön yhteys lapsen kokemiin haittoihin: rekisteritutkimuk­sen tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (1), 53–62.
- Raitasalo, Kirsimarja, Jääskeläinen, Marke, Holmila, Marja (2016). Vanhempien päihdeongelmista aiheutuvat haitat lapselle. Teoksessa: Holmila, Marja; Raitasalo, Kirsimarja & Tigerstedt, Cristoffer (toim.) 2016. Sukupolvien sillat ja kasvamisen karikot – vanhemmat, lapset ja alkoholi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Saarinen Kaisa (2014) Ennakolliset lastensuojeluilmoitukset aikuissosiaalityössä. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalityö.
- Sarkola Taisto, Alho Hannu (2008) Päihdeperheeseen syntyneen lapsen sijoittaminen: kotiin, ensikotiin vai sijoitukseen? *Suomen lääkirilehti* 63 (48), 4213–4216.
- Sarna, Teija (2017) Lapsilähtöinen palveluketju Päiväperhon äitiys- ja lastenneuvolassa: Työntekijöiden kokemuksia. Tampereen ammattikorkeakoulu 2017.
- Sipilä Marianne, Hakulinen Tuovi, Helminen Mika, Seppänen Johanna, Paavilainen Eija & Koponen Päivikki (2018) Alcohol abuse, psychological distress, and suicidal thoughts are associated with intimate partner violence among parents' with children. *Mental Health and Prevention*, 12.

- Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnan lausunto 13/2013 vp.
Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnan lausunto 3/2015 vp.
Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnan lausunto 7/2016 vp.
Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) Raskaana olevien päihde-ongelmaisten naisten hoidon varmistaminen -työryhmä (2009) Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4.
Syntyneiden lasten rekisteri. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen valtakunnallinen perusterveydenhuollon avohoidon rekisteri (AvoHILMO).
Tiitinen Aila (2018) Raskaus ja alkoholi. www.terveyskirjasto.fi. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 1.10.2018.
Valtiovarainministeriön ehdotus vuoden 2020 talousarvioksi.
Valtiovarainvaltiokunnan mietintö 35/2016 vp.
Valtiovarainvaltiokunnan mietintö 22/2017 vp.
Viel Guido, Boscolo-Berto Rafael, Cecchetto Giovanni, Fais Paolo, Nalesso Alessandro & Ferrara Santo Davide (2012) Phosphatidylethanol in blood as a marker of chronic alcohol use: a systematic review and meta-analysis. International journal of molecular sciences, 13(11), 14788–14812.
Wahlbeck, Kristian, Hietala, Outi, Kuosmanen, Lauri, McDaid, David, Mikkonen, Juha, Parkkonen, Johannes, Reini, Kaarina, Salovuori, Samuel, Tourunen, Jouni (2018) Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja: 89/2017.
Ämmälä, Antti-Jussi (2015) Neuvolapsykiatria. Duodecim 131(6), 569–576.

Liitteet

Liite 1. Kysely HAL-poliklinikoille

Liite 2. Kysely laitosmuotoista perhekuntoutusta päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja vauvaperheille tekeville yksiköille

Päihteitä käyttävien äitien ja raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten palveluiden selvitys 2018–2019

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle toimeksiannon selvittää päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja päihteitä käyttäville äideille ja vauvaperheille suunnattujen palveluiden nykytilaa.

Tämä kysely lähetetään vuoden 2018 kesäkuussa Suomen erityisäitiyspoliklinikoille tai vastaaville toimipisteille, joissa seurataan ja hoidetaan päihteitä käyttävien tai päihteitä käyttäneiden naisten raskautta. Kysely on kohdistettu erityisäitiyspoliklinikan tai toimipisteen raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten kanssa työskentelevälle henkilökunnalle.

Kaikilla äitiyspoliklinikoilla ei ole erillistä HAL-poliklinikkaa tai HAL-vastaanottoa (Huumeet, Alkoholi, Lääkkeet). Tässä kyselyssä tämän kohderyhmän kanssa tehtävästä työstä ja sitä tekevästä tiimistä käytetään kuitenkin nimitystä HAL-poliklinikka ja HAL-tiimi.

Kaikki kysymykset koskevat päihteiden käytön vuoksi erityisäitiyspoliklinikalle/toimipisteeseen ohjautuneita raskaana olevia naisia (HAL-asiakkaat).

Kysymykset koskevat pääsääntöisesti vuotta 2017. Ainoastaan kysymyksen nro. 4 kohdalla tiedustellaan vuoden 2016 asiakasmäärää ja kysymyksen nro. 5 kohdalla vuoden 2016 asiakkaiden ensisijaisien ongelmapäihteiden jakaumaa.

Toivomme, että koko HAL-tiiminne osallistuu tämän kyselyn täyttämiseen. Toivomme lisäksi, että arvioita tai mielipiteitä koskevien kysymysten vastaukset edustavat koko tiiminne/organisaationne näkemystä.

Pyydämme teitä vastaamaan kyselyyn 10.7.2018 mennessä.

1. Äitiyspoliklinikan/toimipisteen ja yhteys henkilön yhteystiedot *

Äitiyspoliklinikan nimi / toimipisteen nimi	<input type="text"/>
Sairaala (jos toiminta sairaalan yhteydessä) tai toimipaikka	<input type="text"/>
Kaupunki tai kunta	<input type="text"/>
Sairaanhoidopiiri	<input type="text"/>
Maakunta	<input type="text"/>
Yhteys henkilön nimi	<input type="text"/>
Puhelinnumero	<input type="text"/>
Sähköpostiosoite	<input type="text"/>

Keskeytä

2. Tällä lomakkeella kerätään henkilötietojasi päihteitä käyttävien äitien ja raskaana olevien naisten palveluiden selvitystä varten *

Yhteystietosi kerätään mahdollisten lisätietojen kysymistä varten. Tietoja säilytetään suojatulla verkkolevyllä kolme vuotta kyselyn päättymisestä, jonka jälkeen ne tuhoetaan. Tietoja ei luovuteta muuhun tarkoitukseen. (EU:n yleinen tietosuojasetus, GDPR)

Hyväksyn tietojeni keräämisen yllä mainittuun käyttöön

Keskeytä

3. Henkilöstö ja henkilöstön määrä

Keitä eri ammattilaisia HAL-poliklinikalla työskentelee asiakkaan kanssa (esimerkiksi, kättilö, lääkäri, sosiaalityöntekijä) ja mikä on HAL-henkilöstön määrä?

Keskeytä

4. HAL-asiakkaiden määrä vuonna 2016 *

Kirjatkaa vuoden 2016 aikana HAL-poliklinikalle päihteiden käytön vuoksi lähetettyjen naisten yhteenlaskettu määrä.

Kirjatkaa määrä kokolukuna.

HAL-asiakkaiden määrä vuonna 2016

Keskeytä

5. Vuoden 2016 asiakkaiden ensisijaisten ongelmapäihteiden jakauma

Antakaa yleistasoinen arvio siitä, miten ensisijaisten ongelmapäihteiden osuudet (%) jakautuivat asiakkaillanne vuonna 2016.

- a) alkoholi ensisijaisena ongelmapäihteenä
- b) opioidit ensisijaisena ongelmapäihteenä
- c) stimulantit ensisijaisena ongelmapäihteenä
- d) kannabis ensisijaisena ongelmapäihteenä
- e) lääkkeet ensisijaisena ongelmapäihteenä
- f) kommentteja eri päihteistä ja sekakäytöstä

Keskeytä

6. HAL-asiakkaiden määrä vuonna 2017 *

Kirjatkaa vuoden 2017 aikana HAL-poliklinikalle päihteiden käytön vuoksi lähetettyjen naisten yhteenlaskettu määrä.

Kirjatkaa määrä kokolukuna.

HAL-asiakkaiden määrä vuonna 2017

Keskeytä

7. Vuoden 2017 asiakkaiden ensisijaisten ongelmapäihteiden jakauma

Antakaa yleistasoinen arvio siitä, miten HAL-asiakkaiden ensisijaisten ongelmapäihteiden osuudet (%) jakautuivat vuonna 2017.

- a) alkoholi ensisijaisena ongelmapäihteenä
- b) opioidit ensisijaisena ongelmapäihteenä
- c) stimulantit ensisijaisena ongelmapäihteenä
- d) kannabis ensisijaisena ongelmapäihteenä
- e) lääkkeet ensisijaisena ongelmapäihteenä
- f) kommentteja eri päihteistä ja sekakäytöstä

Keskeytä

8. Kommentteja asiakasmääristä

- a) Onko asiakasmäärissä tapahtunut muutosta? Millä aikavälillä?
- b) Tuleeko teille potilaita muualtakin kuin jäsenkuntien terveydenhuollon palveluista? Jos tulee, niin mistä (esimerkiksi vankilat, sosiaalihuollon laitos- tai asumispalveluyksiköt)?
- c) Muita kommentteja

Keskeytä

9. Lähetteet HAL-poliklinikalle

Mistä asiakkaat ovat saaneet lähetteen teille vuonna 2017?

Kirjatkaa vaihtoehdon perään sieltä ohjautuneiden asiakkaiden lukumäärä. Jos yhtään asiakasta ei ole lähetetty teille esimerkiksi päihdehuollon erityispalvelusta vuonna 2017, merkitkää vaihtoehdon perään 0.

- a) Äitiysneuvola
- b) Muu perusterveydenhuolto
- c) Psykiatrinen erikoissairaanhoito
- d) Somaattinen erikoissairaanhoito
- e) Päihdehuollon erityispalvelu
- f) Muu sosiaalihuolto
- g) Joku muu, mikä?

Keskeytä

10. Kommentteja läheteistä

- a) Arvioikaa, kuinka suuri osa (%) teille tehdyistä läheteistä ei johda ensikäyntiin, eli potilas ei koskaan tule vastaanotolle?
- b) Onko tietoa, millaiset potilaat jättävät tulematta?
- c) Muita kommentteja

Keskeytä

11. Päihteiden ongelmakäyttö ja HAL-asiakkuuden muodostuminen

- a) Arvioikaa, kuinka suurella osalla (%) teille lähetteen saaneista naisista ensimmäinen HAL-poliklinikkakäynti ei johda HAL-asiakkuuteen ja raskauden seurantaan teillä (esim. AUDIT-pisteiden määrä selittyy raskautta edeltäneellä päihteiden käytöllä).
- b) Arvioikaa, kuinka suurella osalla (%) HAL-poliklinikalle lähetteen saaneista naisista on niin suuria riskejä päihteiden käytön vuoksi, että heidän on tarve jäädä HAL-poliklinikan asiakkaiksi ja seurantaan loppuraskauden ajaksi?

Keskeytä

12. Asiakkaiden katoaminen kesken raskauden

Arvioikaa, kuinka suuri osa (%) HAL-asiakkaista "katoaa" tai keskeyttää HAL-käynnit kesken raskauden?

Keskeytä Seuraava -->

13. Mitä muita palveluita HAL-asiakkaat tyypillisesti käyttävät raskautensa aikana?

- Äitiysneuvola
- Muu perusterveydenhuolto
- Psykiatrinen erikoissairaanhoito (poliklinikkahoito)
- Psykiatrinen erikoissairaanhoito (osastohoito)
- Somaattinen erikoissairaanhoito
- Päihdehuollon erityispalvelu (avopalvelu)
- Päihdehuollon erityispalvelu (laitosmuotoinen palvelu)
- palvelu) Muu sosiaalihuolto, mikä?

Keskeytä

14. Mikä taho on vastuussa palvelukokonaisuuden koordinoimisesta ja terveydenhuollon ja sosiaalihuollon koolle kutsumisesta?

Keskeytä

15. Jatkohoito ja palvelut lapsen syntymän jälkeen

Arvioi, kuinka suuri osuus (%) asiakkaistanne siirtyy käyttämään seuraavia palveluita HAL-poliklinikan asiakkuuden jälkeen

- a) Lastenneuvola
- b) Muu perusterveydenhuolto
- c) Psykiatrisen erikoissairaanhoidon (poliklinikka)
- d) Psykiatrisen erikoissairaanhoidon (osastohoito)
- e) Sosiaalipediatrisen poliklinikka
- f) Muu somaattinen erikoissairaanhoidon
- g) Päihdehuollon erityispalvelu (avopalvelu)
- h) Päihdehuollon erityispalvelu (laitosmuotoinen palvelu)
- i) Päihde-ensikoti tai vastaavaa ympärivuorokautista hoitoa ja kuntoutusta antava paikka
- j) Muu sosiaalihoito, mikä?
- k) Muu terveydenhuolto, mikä?

Keskeytä

16. HAL-asiakkaiden lasten kotiutus ja lastensuojelun tukitoimet

Kirjatkaa määrä kokolukuna.

Kuinka moni HAL-asiakkaan lapsi vuoden 2017 aikana kotiutettiin synnytysosastolta ilman lastensuojelun tukitoimia?

Kuinka moni HAL-asiakkaan lapsi vuoden 2017 aikana kotiutettiin synnytysosastolta lastensuojelun tukitoimien avulla?

Keskeytä

17. Laitosmuotoinen hoito ja kuntoutus maakunnan alueella

Onko maakuntanne alueella **ympärivuorokautista laitospäästämistä tai ensikotipäästämistä** antavaa paikkaa, joka on tarkoitettu päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja/tai päihteitä käyttäville äideille, heidän mahdollisille kumppaneilleen ja heidän vauvalleen?

- Ei ole
- Kyllä, seuraavat paikat:

Keskeytä

18. Avokuntoutusyksiköt maakunnan alueella

Onko maakuntanne alueella **intensiivistä avokuntoutusta antavaa yksikköä**, joka on tarkoitettu päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja/tai päihteitä käyttäville äideille, heidän mahdollisille kumppaneilleen ja heidän vauvalleen?

- Ei ole
- Kyllä, seuraavat paikat:

Keskeytä

19. Kotiin vietävä intensiivinen kuntoutus maakunnan alueella

Onko maakuntanne alueella **intensiivistä kotiin vietävää kuntoutuspalvelua**, joka on tarkoitettu päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja/tai päihteitä käyttäville äideille ja heidän vauvalleen?

- Ei ole
- Kyllä, seuraavanlaista toimintaa:

Keskeytä

20. Kommentteja palvelukokonaisuudesta

- a) Miten raskaana olevan päihdeongelmaisen päihdepalvelut ja pikkulapsiperheen palvelut olisi kokemuksenne mukaan hyvä organisoida?
- b) Mitä kaikkia palveluita tarvitaan?
- c) Miten päihdepalvelut ja raskauden seuranta parhaiten yhdistetään ja mikä olisi paras taho koordinoimaan mitäkin?
- d) Miten synnytyksen jälkeinen seuranta (äiti ja lapsi) parhaiten järjestetään ja mikä olisi paras taho koordinoimaan mitäkin?

Keskeytä

21. Keitä tämän kyselyn täyttämiseen osallistui?

Kirjoittakaa nimet ja tittelit.

Keskeytä

<-- Edellinen Lähetä

Päihteitä käyttävien äitien ja raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten palveluiden selvitys 2018–2019

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle toimeksiannon selvittää päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja päihteitä käyttäville äideille ja vauvaperheille suunnattujen palveluiden nykytilaa.

Tämä kysely lähetetään vuoden 2019 tammikuussa kaikille toimijoille, jotka tarjoavat kuntouttavaa laitoshoidoa päihteitä käyttäville odottajille ja -vauvaperheille.

Yhdistävä tekijä näissä palveluissa on se, että se on laitosmuotoista ja toiminnassa yhdistyy elementtejä päihdekuntoutuksesta, vanhemmuuden tuesta ja varhaisen vuorovaikutuksen vahvistamisesta. Lisäksi palveluun voidaan tulla joko raskausaikana tai vauvan synnyttyä yhdessä vauvan kanssa.

Toivomme, että koko tiiminne osallistuu tämän kyselyn täyttämiseen. Toivomme lisäksi, että arvioita tai mielipiteitä koskevien kysymysten vastaukset edustavat koko tiiminne/organisaationne näkemystä.

Pyydämme teitä vastaamaan kyselyyn 8.2.2019 mennessä. Pyydämme teitä palauttamaan myös sähköpostin liitteenä lähetetyn Excel-taulukon (asiakkaiden kotikunnat) täytettynä samaan päivään mennessä. Lisäksi voitte lähettää liitteenä viikko-ohjelmanne. Taulukon ja mahdollisen viikko-ohjelman voitte lähettää osoitteeseen anne.arponen@thl.fi.

1. Toimipisteen ja yhteys henkilön yhteystiedot *

Toimipisteen nimi

Kaupunki tai kunta

Maakunta

Yhteys henkilön nimi

Puhelinnumero

Sähköpostiosoite

Keskeytä

2. Tällä lomakkeella kerätään henkilötietojasi päihteitä käyttävien äitien ja päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten palveluiden selvitystä varten *

Yhteystietosi kerätään mahdollisten lisätietojen kysymistä varten. Tietoja säilytetään suojatulla verkkolevyllä kolme vuotta kyselyn päättymisestä, jonka jälkeen ne tuhoetaan. Tietoja ei luovuteta muuhun tarkoitukseen. (EU:n yleinen tietosuoja-asetus, GDPR)

- Hyväksyn tietojeni keräämisen yllä mainittuun käyttöön

Keskeytä

3. Onko palvelunne

- valtakunnallinen, myymme palvelua sitä ostaville kunnille.
 alueellinen, tuotamme palvelua seuraaville kunnille:

Keskeytä

4. Onko yksikkönne

- lastensuojelulaitos
 päihdekuntoutusyksikkö
 jokin muu, mikä?

Keskeytä

5. Henkilöstö

- a) Keitä eri ammattilaisia (esim. sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, sosiaalihojaaja, lääkäri, psykologi) yksikössäne työskentelee?
b) Mikä on henkilöstön määrä?
c) Kuka tekee asiakkaiden kanssa mitään?

Keskeytä

6. Onko henkilöstössänne niitä, jotka ovat saaneet koulutusta

- a) päihdetyöstä
- b) psykososiaalisista hoitomenetelmistä
- c) varhaisesta vuorovaikutuksesta

Keskeytä

7. Toiminnan tavoitteet

Mitkä ovat palvelunne keskeisimmät tavoitteet

- a) raskaana olevan naisen osalta
- b) syntymättömän vauvan osalta
- c) vauvan osalta
- d) äidin osalta
- e) äidin läheisverkoston osalta?

Keskeytä

8. Palvelut

- a) Mitä sosiaali- ja terveyspalveluita asiakas voi saada suoraan yksiköstänne kuntoutusjakson aikana? (Esim. hoito, lääkäripalvelut, sosiaalityöntekijän palvelut, arjenhallinnan tukeminen, vaate- ja ruokahuollon palvelut.).
- b) Mitkä keskeiset sosiaali- ja terveyspalvelut asiakas saa muualta?

Keskeytä

9. Päihdepalvelut

- a) Mitä päihdehoitoon ja kuntoutukseen liittyviä palveluita odottaja/äiti voi saada yksiköstänne kuntoutusjakson aikana?
(Esim. lääkitys, päihdeseulat, psykososiaalinen kuntoutus)
- b) Mitkä keskeiset päihdepalvelut asiakas saa muualta?
- c) Mitä psykososiaalisia hoitomenetelmiä käytätte päihdekuntoutuksessa?

Keskeytä

10. Varhainen vuorovaikutus ja vanhemmuuden tukeminen

Minkälaisia menetelmiä ja työskentelytapoja käytätte vanhemmuuden ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseksi?

Keskeytä

11. Perhepaikkojen määrä ja käyttöaste

Perhepaikalla tarkoitetaan esimerkiksi huonetta tai huoneistoa, jossa voi majoittua aikuinen ja hänen mahdollisesti mukana tuleva lapsi.
Käyttöaste lasketaan jakamalla kuukauden aikana käytössä olleiden huoneiden lukumäärä käytettävissä olleiden huoneiden lukumäärällä.
Esimerkiksi jos neljä viidestä paikasta oli jatkuvasti käytössä, käyttöaste oli 80 %.

perhepaikkoja vuonna 2016	<input type="text"/>
käyttöaste vuonna 2016 (%)	<input type="text"/>
perhepaikkoja vuonna 2017	<input type="text"/>
käyttöaste vuonna 2017 (%)	<input type="text"/>
perhepaikkoja vuonna 2018	<input type="text"/>
käyttöaste vuonna 2018 (%)	<input type="text"/>

Keskeytä

12. Kommentteja perhepaikoista ja niiden käyttöasteesta

Mikä on mielestänne sopiva määrä asiakasperheitä esimerkiksi tilojen sopivuuden ja riittävyyden, henkilökunnan riittävyyden, asiakkaiden vaativuuden ja ryhmän/ylhteisön toimivuuden kannalta?

13. Asiakkaiden määrä vuonna 2016

äidit

isät/kumppanit

lapset

eri asiakkaita yhteensä

Keskeytä

14. Asiakkaiden määrä vuonna 2017

äidit

isät/kumppanit

lapset

eri asiakkaita yhteensä

Keskeytä

15. Asiakkaiden määrä vuonna 2018

äidit

isät/kumppanit

lapset

eri asiakkaita yhteensä

Keskeytä

16. Onko asiakasmäärissä tapahtunut muutoksia? Jos on, millä aikavälillä? Minkä arvelette vaikuttaneen tähän?

Keskeytä

17. Ensisynnyttäjät

Kuinka suuri osa (%) asiakkaistanne on ensisynnyttäjiä?

Onko osuudessa tapahtunut muutoksia? Jos on, millä aikavälillä?

Keskeytä

18. Perheen muut lapset

Missä perheen muut lapset tyypillisesti ovat raskaana olevan naisen / äidin ja vauvan kuntoutusjakson ajan? Saavatko perheen muut alaikäiset lapset olla mukana kuntoutusjaksolla?

Keskeytä

19. Palvelun uudelleenkäyttäjät

Arvioikaa kuinka suuri osa (%) asiakkaistanne on ollut vastaavalla laituskuntoutusjaksolla (teillä tai muussa vastaavassa palvelussa) aiempien raskauksien aikana/lasten kanssa?

Keskeytä

20. Huumeiden suonensisäinen käyttö

Arvioikaa kuinka suurella osalla (%) asiakkaistanne on ollut huumeiden suonensisäistä käyttöä?

Onko osuudessa tapahtunut muutoksia? Jos on, millä aikavälillä? Minkä arvelette vaikuttaneen tähän?

Keskeytä

21. Vuoden 2016 asiakkaiden (naisten) ensisijaisten ongelmapäihteiden jakauma

Antakaa yleistasoinen arvio siitä, miten ensisijaisten ongelmapäihteiden osuudet (%) jakoutuivat asiakkaillanne vuonna 2016.

ensisijaisena ongelmapäihteenä:

- a) alkoholi (%)
- b) opioidit (esim. buprenorfiini) (%)
- c) stimulantit (esim. amfetamiini) (%)
- d) kannabis (%)
- e) lääkkeet (%)
- f) arvioitu päihteiden sekakäyttäjien osuus (%)

Keskeytä

22. Vuoden 2017 asiakkaiden (naisten) ensisijaisten ongelmapäihteiden jakauma

Antakaa yleistasoinen arvio siitä, miten ensisijaisten ongelmapäihteiden osuudet (%) jakoutuivat asiakkaillanne vuonna 2017.

ensisijaisena ongelmapäihteenä:

- a) alkoholi (%)
- b) opioidit (esim. buprenorfiini) (%)
- c) stimulantit (esim. amfetamiini) (%)
- d) kannabis (%)
- e) lääkkeet (%)
- f) arvioitu päihteiden sekakäyttäjien osuus (%)

Keskeytä

23. Vuoden 2018 asiakkaiden (naisten) ensisijaisten ongelmapäihteiden jakauma

Antakaa yleistasonen arvio siitä, miten ensisijaisten ongelmapäihteiden osuudet (%) jakautuivat asiakkaillanne vuonna 2018. ensisijaisena ongelmapäihteenä:

- a) alkoholi (%)
- b) opioidit (esim. buprenorfiini) (%)
- c) stimulantit (esim. amfetamiini) (%)
- d) kannabis (%)
- e) lääkkeet (%)
- f) arvioitu päihteiden sekakäyttäjien osuus (%)

Keskeytä

24. Opioidikorvaushoito

- a) Kuinka suuri osa (%) asiakkaistanne tyypillisesti saa kuntoutusjakson aikana opioidikorvaushoitoa?
- b) Kuinka suuri osa (%) opioidikorvaushoitoa saavista asiakkaistanne tyypillisesti saa lääkkeen suoraan yksiköstänne?
- c) Kuinka suuri osa (%) lapsiasiakkaistanne saa syntymän jälkeen morfiinihoitoa vieroitusoireisiin?

Onko osuuksissa tapahtunut muutoksia? Jos on, millä aikavälillä? Minkä arvelette vaikuttaneen tähän?

Keskeytä

25. Tupakointi

Arvioikaa kuinka suuri osa (%) asiakkaistanne tupakoi?

Onko osuudessa tapahtunut muutoksia? Jos on, millä aikavälillä? Minkä arvelette vaikuttaneen tähän?

Keskeytä

26. Mielen terveyden häiriöt

- a) Arvioi kuinka suurella osalla (%) asiakkaistanne on mielen terveyden häiriötä?
b) Minkälaisia ne tyypillisesti ovat ja miten ne vaikuttavat kuntoutukseen?

Onko osuudessa tapahtunut muutoksia? Jos on, millä aikavälillä?

Keskeytä

27. Kuvaile tyypillistä asiakastanne

Voitte kuvailla esimerkiksi asiakkaan päihdetaustaa, terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia, ikää, traumahistoriaa, perhesuhteita, lastensuojelun asiakkuuden historiaa ja rikostaustaa.

Onko asiakas yleensä motivoitunut kuntoutusjaksoon?

Onko asiakaskunnassa tapahtunut muutoksia? Ovatko esimerkiksi tietynlaiset ongelmat lisääntyneet tai vähentyneet?

Keskeytä

28. Asiakkaan kuntoutusjaksolle ohjannut taho

Mistä asiakkaat tyypillisesti ohjautuvat kuntoutusjaksolle? (Esim. kunnan lastensuojelu, HAL-poliklinikka, päihdehuollon palvelu.). Arvioi ohjanneiden tahojen osuudet (%).

Keskeytä

29. Asiakkuuden muodostuminen

- a) Millä perusteilla asiakas (odottaja tai äiti+lapsi) ohjataan teille?
- b) Kuka tekee kuntoutusjakson tarpeen arvioinnin?
- c) Millä kriteereillä asiakas otetaan teille kuntoutusjaksolle? Liian hyväkuntoinen vs. liian huonokuntoinen?
- d) Minne ohjaatte ne asiakkaat, jotka ovat liian huonokuntoisia kuntoutusjaksolle?
- e) Miten asiakkaaksi ottamisen prosessi tyypillisesti etenee ja kuinka kauan siinä menee?

Keskeytä

30. Mihin kaikkiin palveluihin asiakkaillanne on tyypillisesti kontakti hoitojakson aikana?

- Neuvola
- Muu
- perusterveydenhuolto
- HAL-poliklinikka
- Sosiaalipediatrian
- yksikkö Lastensuojelu
Aikuissosiaalityö
- Psykiatrinen erikoissairaanhoido (poliklinikkahoito)
- Psykiatrinen erikoissairaanhoido (osastohoito)
- Somaattinen erikoissairaanhoido
- Päihdehuollon erityispalvelu (avopalvelu)
- Päihdehuollon erityispalvelu (laitosmuotoinen palvelu) Kela (toimeentulotuki)
- Maistraatti
- Rikosseuraamuslaitos
- Poliisi
- Turvakoti
- Johonkin muualle, mihin?

Keskeytä

31. Kuntoutusjaksojen aloitukset vuonna 2016

Kuinka suuri osuus (%) naispuolisista asiakkaistanne aloitti kuntoutusjakson raskauden aikana ja kuinka suuri osuus (%) lapsen synnyttyä?

kuntoutusjakso aloitettiin raskauden aikana (%)

kuntoutusjakso aloitettiin lapsen synnyttyä (%)

Keskeytä

32. Kuntoutusjaksojen aloitukset vuonna 2017

Kuinka suuri osuus (%) naispuolisista asiakkaistanne aloitti kuntoutusjakson raskauden aikana ja kuinka suuri osuus (%) lapsen synnyttyä?

kuntoutusjakso aloitettiin raskauden aikana (%)

kuntoutusjakso aloitettiin lapsen synnyttyä (%)

Keskeytä

33. Kuntoutusjaksojen aloitukset vuonna 2018

Kuinka suuri osuus (%) naispuolisista asiakkaistanne aloitti kuntoutusjakson raskauden aikana ja kuinka suuri osuus (%) lapsen synnyttyä?

kuntoutusjakso aloitettiin raskauden aikana (%)

kuntoutusjakso aloitettiin lapsen synnyttyä (%)

Keskeytä

34. Kuntoutusjakson aloitus raskausaikana

Missä vaiheessa raskaudenaikainen kuntoutusjakso tyypillisimmin aloitetaan (esim. ensimmäisen, toisen tai kolmannen raskauskolmanneksen aikana)?

Onko raskauden aikana aloitettujen kuntoutusjaksojen aloitusajankohdassa tapahtunut muutoksia? Jos on, millä aikavälillä? Minkä arvelette vaikuttaneen tähän?

Keskeytä

35. Kuntoutusjakson pituus

Kuinka pitkiä kuntoutusjaksot tyypillisimmin ovat

- a) kun kuntoutus on aloitettu raskauden aikana
- b) kun kuntoutus on aloitettu lapsen synnyttyä?
- c) Onko kuntoutusjaksojen pituuksissa tapahtunut muutoksia? Jos on, millä aikavälillä? Minkä arvelette vaikuttaneen tähän?
- d) Mikä olisi mielestänne keskimäärin mielekkään pituinen kuntoutusjakso?

Keskeytä

36. Huostaanotot

Kuinka suuri osa (%) lapsista huostaanotetaan

- a) kuntoutusjakson aikana
- b) kuntoutusjakson päätteeksi?

Keskeytä

37. Mistä syistä asiakkaanne keskeyttävät suunnitellun kuntoutusjakson? Arvioikaa osuudet (%).

- a) päihdeongelman vuoksi (mennäkseen esim. päihdehoitoon)
- b) mielenterveyden ongelman vuoksi
- c) katkeavan maksusitoumuksen vuoksi/ eri maksusitoumusten väliin jäävän ajan vuoksi
- d) vauvan kiireellisen sijoituksen vuoksi
- e) vanhempi itse keskeyttää hoitojakson henkilökohtaisista syistä johtuen
- f) jostain muusta syystä, mistä?

Keskeytä

38. Asiakasmaksut

Tuleeko asiakkaalle itse maksettavia kustannuksia omasta ja lapsen kuntoutusjaksosta?

Keskeytä

39. Raskaudenaikaiset maksusitoumukset

Mikä taho myöntää naisasiakkaidenne raskaudenaikaiset maksusitoumukset hoitojaksolle? Arvioikaa osuudet (%).

- a) asiakkaan kotikunnan sosiaalityö: lastensuojelu
- b) asiakkaan kotikunnan sosiaalityö: aikuissosiaalityö, päihdepalvelut
- c) jokin muu taho, mikä?

Keskeytä

40. Äitien maksusitoumukset (kun lapsi on jo syntynyt)

Mikä taho myöntää äitien maksusitoumukset hoitojaksolle? Arvioikaa osuudet (%).

- a) asiakkaan kotikunnan sosiaalityö: lastensuojelu
- b) asiakkaan kotikunnan sosiaalityö: aikuissosiaalityö, päihdepalvelut
- c) jokin muu taho, mikä?

Keskeytä

41. Lasten maksusitoumukset

Tulevatko kaikki lapset kuntoutusjaksolle lastensuojelun maksusitoumuksella?

Keskeytä

42. Kunnilta saadut maksusitoumukset

- a) Kuinka helposti odottaja/äiti/lapsi saa maksusitoumuksen laitospuotoiseen hoitoon?
- b) Kuinka pitkää kuntoutusjaksoa maksusitoumus kerrallaan tyypillisesti koskee?
- c) Myönnetäänkö maksusitoumukset mielestänne riittävän pitkille hoitojaksoille?
- d) Onko maksusitoumusten saamisessa tai maksusitoumusten pituuksissa tapahtunut muutoksia?
- e) Onko kuntien välillä eroa maksusitoumusten myöntämisen tai uusimisen suhteen?

Keskeytä

43. Asiakkaan palveluiden koordinointi

Mikä taho on vastuussa asiakkaan palvelukokonaisuuden koordinoimisesta ja terveydenhuollon ja sosiaalihuollon koolle kutsumisesta kuntoutusjakson aikana?

Keitä verkostotapaamisiin yleensä osallistuu, missä ne pidetään ja kuinka usein?

Keskeytä

44. Palvelut kuntoutusjakson jälkeen

a) Minkälaiden palveluiden ja tukitoimien piiriin asiakkaanne siirtyvät kuntoutusjakson jälkeen?

b) Oletteko mukana asiakkaan verkostotyöskentelyssä kuntoutusjakson jälkeen?

c) Minkälaisia erilaisia palveluita ja tukimuotoja odottaja tai äiti ja vauva tarvitsevat kuntoutusjakson jälkeen ja onko sellaisia palveluita saatavilla?

Keskeytä

45. Keskeisimmät yhteistyötahot

Minkä palveluiden ja toimijoiden kanssa teette yhteistyötä asiakkaan asioissa (esimerkiksi kunnan lastensuojelu, HAL-poliklinikat)?

Keskeytä

46. Muu laitospuolinen hoito ja kuntoutus maakunnan alueella

Onko maakuntanne alueella teidän lisäksi muuta/muita vastaavanlaista ympärivuorokautista laitospuolusta tai ensikotikuntoutusta antavaa paikkaa, joka on tarkoitettu päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja/tai päihteitä käyttäville äideille, heidän mahdollisille kumppaneilleen ja heidän vauvalleen?

- Ei ole
- Kyllä, seuraavat paikat:

Keskeytä

47. Avokuntoutusyksiköt/palvelut maakunnan alueella

Onko maakuntanne alueella **intensiivistä avokuntoutusta antavaa yksikköä**, joka on tarkoitettu päihteitä käyttäville raskaana oleville naisille ja/tai päihteitä käyttäville äideille, heidän mahdollisille kumppaneilleen ja heidän vauvalleen?

- Ei ole
- Kyllä, seuraavat paikat:

Keskeytä

48. Kommentteja palvelukokonaisuudesta

- a) Miten kohderyhmän päihdepalvelut ja pikkulapsiperheen palvelut olisi kokemuksenne mukaan hyvä organisoida? Mikä olisi paras taho koordinoimaan mitään?
- b) Mitä kaikkia palveluita ja minkälaista osaamista tarvitaan missäkin vaiheessa?
- c) Mitkä tai minkälaiset palvelut on hyvä olla peruspalveluissa ja minkälaiden palveluiden on hyvä olla erikoistuneita palveluita? Miksi?
- d) Minkä kaikkien palveluiden on hyvä olla saman katon alla?
- e) Onko oikeantyyppisiä ja oikeanaikaisia palveluita riittävästi saatavilla?
- f) Onko päihteitä käyttävän odottajan/äidin hoitopolku ja palvelukokonaisuus mielestänne selkeä ja matalakynnyksinen?
- g) Millaisten asiakkaiden katsotte olevan palveluiden suhteen väliinputoajia?

Keskeytä

49. Keitä tämän kyselyn täyttämiseen osallistui?

Kirjoittakaa nimet ja tittelit.

Keskeytä

Lähetä