

Pakon politiikkaa

*Raskaana olevat päihdeongelmaiset naiset yhteiskunnallisen
hallinnan kohteena*

Alexi Mikael Markunpoika Hupli

Helsingin Yliopisto
Valtiotieteellinen tiedekunta
Sosiaalitieteiden laitos
Sosiologia
Pro gradu -tutkielma
Helmikuu 2013

Tiedekunta/Osasto □ Fakultet/Sektion – Faculty		Laitos □ Institution – Department	
Valtiotieteellinen		Sosiaalitieteet	
Tekijä □ □ □ Författare – Author Aleksi Mikael Markunpoika Hupli			
Työn nimi □ □ Arbetets titel – Title Pakon politiikkaa. Raskaana olevat päihdeongelmaiset naiset yhteiskunnallisen hallinnnan kohteena			
Oppiaine □ Läroämne – Subject Sosiologia			
Työn laji □ □ Arbetets art – Level		Aika □ □ Datum – Month and year	
Pro gradu		02/2013	
		Sivumäärä □ □ Sidoantal – Number of pages 82	
Tiivistelmä □ □ Referat – Abstract			
<p>Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastainen hoito on esiintynyt erilaisissa poliittisissa dokumenteissa jo 1980-luvun lopulta lähtien. Tässä työssä tarkastellaan miltä poliittinen diskurssi liittyy raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon näyttäytyy 2000-luvulla ja katsotaan minkälaisia ongelmarepresentaatioita, kategorioita ja jännitteitä hoidosta käytävään poliittiseen keskusteluun liittyy. Lisäksi tarkastellaan miten tuossa diskurssissa käytetään tutkimus- ja asiantuntijatietoa apuna perustelemaan raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoitoa.</p> <p>Tutkimusaineistona käytetään Suomen eduskunnan kansanedustajien tekemät kirjalliset kysymykset ja niihin annetut asianomaisten ministerien vastaukset vuosilta 1999–2009, joissa käsitellään raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaista hoitoa, sekä vuonna 2009 ilmestynyt Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmäraportti, joka oli ensimmäinen nimenomaan raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoitoa käsittelevä valtiollinen työryhmäraportti. Tässä opinnäytetyössä käytettävä teoreettinen tausta ja siihen liittyvät käsitteet nojaavat ranskalaisen yhteiskuntateoreetikon ja historioitsijan, Michel Foucault'n, innoittamaan hallinnan analytiikkaan. Erityistä teoreettista selityspohjaa aiheelle antaa hallinnan analytiikan käsitykset riskeistä, sekä viimeaikainen yhteiskuntatieteellinen keskustelu nykyaikaisten lisääntymisteknologioiden vaikutuksesta raskaana olevaan naiseen ja sikiöön liittyviin kulttuurisiin käsityksiin sekä yhteiskuntapoliittisiin toimenpiteisiin.</p> <p>Aineisto analysoidaan Carol Bacchin (2009) kriittisen diskurssianalyysin avulla. Sekä teoreettista kehystä, että tutkimusmenetelmää yhdistää problematisaation käsite, joka on apuna osoitettaessa, kuinka asioiden määrittelyminen ongelmalliseksi esittää nykyisyyden ja sen ilmiöt tietyllä tavalla. Näihin ongelmanasetteluihin tai ongelmarepresentaatioihin ja niihin mahdollisesti liittyviin ratkaisuehdotuksiin on kuitenkin suhtauduttava kriittisesti.</p> <p>Kansanedustajien kysymysten ongelmarepresentaatiot on muotoiltu eri tavoin, mutta suurimpana ongelmana nähdään se, ettei raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen tahdonvastainen hoito ole vielä mahdollista Suomessa. Ongelmien ratkaisuksi kansanedustajat ehdottavat tahdonvastaisen hoidon käyttöönottoa. Ministerien vastauksissa ongelma ja sen ratkaisu muotoillaan eri tavalla. Ministerien ongelmarepresentaatioon sisältyy laajempi käsitys ongelman syistä, eivätkä he pidä ongelman ratkaisuna yksiselitteisesti tahdonvastaisen hoidon käyttöönottoa. Sekä kysymyksissä että vastauksissa käytetään tutkimustietoa korostamaan ongelman laajuutta ja tukemaan poliittisia argumentteja.</p> <p>Työryhmän raportin tarkastelu osoittaa, ettei raportissa tahdonvastaiseen hoitoon suhtauduta varauksettoman myönteisesti, vaan siihen liitetään useita ongelmia. Analyysi kuitenkin osoittaa, että lasten ja sikiön oikeuksien näkökulma on työryhmän esityksessä korostettuna, mikä osaltaan selittää miksi työryhmä esittää kannan, jonka mukaan raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen tahdonvastainen hoito olisi oikeutettua sikiön terveysvaaran perusteella. Jännite äidin vapausoikeuksien ja sikiön oikeuksien välillä, mikä esiintyi jo 1990-luvun poliittisissa dokumenteissa, on edelleen vahvasti läsnä. Tieteellisen tiedon käytön analyysi osoittaa, että vaikka raskaana olevien päihdeongelmaisten tahdonvastaista hoitoa perustellaan käyttäen argumentoinnin apuna tutkimustietoa, on kysymys kuitenkin enemmän poliittis-moraalinen, kuin tieteellinen. Tämän tutkimuksen mukaan raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon kytkeytyy tutkimustiedon ja siihen liittyvien asiantuntijoiden, riskilaskelmien ja biovallan vahva sidos.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords			
Pähteet Raskaus Pakkohoito Sikiön alkoholioireyhtymä Riskit Hallinta			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited			
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information			

1. Johdanto	4
1.1 Yhteiskunnallinen konteksti: raskaus ja päihteet	6
1.2 Aikaisempi tutkimus.....	8
1.3 Tutkimuskysymykset ja työn rakenne.....	11
2. Teoreettinen lähestymistapa	13
2.1 Hallinta	14
2.2 Hallinnan ja tiedon välinen suhde.....	15
2.3 Biovalta ja tieto	16
2.4 Biopolitiikka ja terveyskansalaisuus.....	17
2.5 Riski, riskilaskelmat ja riskihallinnan teknologiat.....	19
2.6 Raskaus riskien hallinnan kohteena	21
3. Aineisto, tutkimusmenetelmä ja kvalitatiivisen tutkimuksen luonne	24
3.1 Aineisto	24
3.2 Tutkimusmenetelmä: kriittinen diskurssianalyysi.....	25
3.3 Kvalitatiivisesta tutkimuksesta ja sen arvioitavuudesta	27
3.4 Eettinen asiainmukaisuus	29
4. Pakkohoito kirjallisissa kysymyksissä ja vastauksissa 1999–2009	30
4.1 Ongelmia ja mahdollisia ratkaisuja	31
4.1.1 Raskaana olevan päihderiippuvaisen tahdosta riippumaton hoito (1999)....	31
4.1.2 Päihdeäitien pakkohoito (2001).....	34
4.1.3 Raskaana olevien päihteidenkäyttäjien pakkohoito (2005).....	36
4.1.4 Päihdeongelmaisten pakkohoidon järjestäminen (2007)	37
4.1.5 Päihdeongelmaisten odottavien äitien tahdonvastainen hoito (2008).....	39
4.1.6 Päihdeäitien nykyistä tehokkaampi hoito (2009a)	40
4.1.7 Päihdeäidin raskaudenaikaisen pakkohoidon mahdollistaminen (2009b)	41
4.2 Kategorioita.....	42
4.3 Dikotomioita	44
4.4 Tutkimus- ja asiantuntijatiedon käyttö	46
5. Pakkohoito Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän raportissa	50
5.1 Ongelmia	51
5.2 Kategorioita.....	54
5.3 Dikotomiat	55
5.4 Tutkimus- ja asiantuntijatiedon käyttö.....	57
6. Yhteenveto ja pohdinta	61
6.1 Jälkikirjoitus.....	70
Viitteet:	74
Lähteet:	75
Liite 1. Atlas.ti-koodisto:Kirjalliset kysymykset ja vastaukset 1999–2009	81
Liite 2. Atlas.ti-koodisto:STM 2009	82

1. Johdanto

”Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta ja sen lisäämisen tarpeita ja keinoja käsitellään usein etiikan, lainsäädännön ja tutkimusten valossa. Itsemääräämistä tarkastellaan myös sen rajoittamisen kautta ilman, että muita vaihtoehtoja otetaan esille. Mistä toimintatavat ovat heijastusta – totutusta tavasta vai jostain muusta?” Edellinen lainaus on Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan silloisen pääsihteerin Aira Pihlaisen laatiman muistion johdannosta vuoden 2011 keväältä (ETENE 2011). Muistiossa Pihlainen esittelee keinoja potilaan itsemääräämisoikeuden lisäämiseen, joihin kuuluu muun muassa potilaan hyvä kohtelu, oma osallistuminen ja hoidon suunnitelmallisuus. Lainauksessa Pihlainen suhtautuu kriittisesti itsemääräämisen rajoittamiseen ja peräänkuuluttaa vaihtoehtojen pohtimista pakkokeinoille. Länsimaisissa nyky-yhteiskunnissa, joissa yksilöllä on laajat vapausoikeudet, kysymys itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta on vaikea ja sille täytyy olla kestävä perustelut. Päätäjät ja asiantuntijat voivat kuitenkin olla eri mieltä siitä, mitkä perusteet ovat riittäviä oikeuttamaan yksilön itsemääräämisoikeuden rajoittamisen. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisesta hoidosta käytyä poliittista keskustelua 2000-luvun Suomessa. Ajatus raskaana olevien naisten tahdonvastaisesta hoidosta on herättänyt reaktiota puolesta ja vastaan, mutta aiheesta käytyä julkista keskustelua ei ole tähän mennessä juurikaan tutkittu.

Potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan pitää yhtenä lääketieteellisen etiikan merkittävimmistä periaatteista (ks. esim. Launis & Louhiala 2008). Itsemääräämisoikeutta voidaan kuitenkin tietyissä tapauksissa rajoittaa ja tällä hetkellä Suomessa tahdosta riippumaton hoito on mahdollista esimerkiksi Päihdehuoltolain (41/1986) ja Mielenterveyslain (1116/1990) nojalla. Tämän työn kannalta tärkeämmän lain eli päihdehuoltolain 10:n pykälän nojalla henkilö voidaan määrätä hoitoon tahdosta riippumatta, jos vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai ovat riittämättömiä, ja jos henkilö:

- 1) ilman päihteiden käytön keskeyttämistä ja asianmukaista hoitoa on hänellä olevan tai hänelle päihteiden käytöstä välittömästi aiheutumassa olevan sairauden tai vamman johdosta välittömässä hengenvaarassa tai saamassa vakavan, kiireellistä hoitoa vaativan terveydellisen vaurion (terveysvaara); tai

2) päihteen käytön vuoksi väkivaltaisella tavalla vakavasti vaarantaa perheensä jäsenen tai muun henkilön terveyttä, turvallisuutta tai henkistä kehitystä (väkivaltaisuus). Henkilö voidaan määrätä terveysvaaran perusteella tahdosta riippumattomaan hoitoon enintään viideksi ja väkivaltaisuuden perusteella enintään 30 vuorokaudeksi. (Finlex 2012.)

Mielenterveyslain nojalla tapahtuvia tahdosta riippumattomia hoitoon määräämisiä käytetään myös päihdeongelmaisiin. Ensisijaista nykyisessä päihdehuoltolaissa on kuitenkin palvelujen perustuminen vapaaehtoiseen hoitoon. (Kaukonen 2000.)

Sosiaali- ja terveysministeriössä on parhaillaan käynnissä laaja lainsäädäntöuudistus, jossa valmistellaan säännöksiä, joiden tarkoituksena on sekä vahvistaa että rajoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta (STM 2011). Lainsäädännön uudistamisen tarpeena esitetään kehitysvammaisten ja muistisairaiden palveluissa, sekä somaattisessa ja psykiatrisessa hoidossa käytettävien suoja- ja rajoitustoimenpiteitä koskevien säännösten kokoaminen samaan säädökseen (STM 2011). Lisäksi lainsäädäntö koskee raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoitoa (STM 2011), johon liittyen Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi työryhmäraportin *Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen vuonna 2009* (tästä eteenpäin: STM 2009). Kyseessä oli ensimmäinen raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon järjestämistä pohtimaan asetettu ministeriötason työryhmä. STM:n raportti nosti ilmestyessään vuonna 2009 raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdosta riippumattoman hoidon jälleen myös mediakeskusteluun (ks. esim HS 2009; KSML 2009; Pohjalainen 2009; Hämeen Sanomat 2009)¹.

Tarve raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoidon yhteiskuntatieteelliselle tutkimiselle on selkeä. Ensinnäkin, sekä vireillä oleva lainsäädäntöuudistus että Sosiaali- ja terveysministeriön raskaana olevien naisten hoitoa käsitellyt työryhmä tekevät aiheesta ajankohtaisen. Keskustelua raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoitoon liittyvistä kysymyksistä on 2000-luvulla käyty pitkälti lääketieteen piirissä (ks. esim. Halmesmäki ym. 2007; Autti-Rämö ym. 2008; Pajulo 2009; Halmesmäki 2010; Helander 2012). Oikeustieteilijät ovat myös kommentoineet hoitoon liittyviä perusoikeudellisia kysymyksiä (ks. esim. Liljeström 2001; Nieminen 2010). Tämän työn tavoitteena on aiheen yhteiskuntatieteellinen tarkastelu, mikä on ollut tähän mennessä vähäistä. Sosiologisesti ajateltuna tässä tutkimuksessa on kyse siitä miten hyvinvointiyhteiskunnassa, jossa annetaan suuri arvo yksilölliselle autonomialle (Sulkunen 2009) on mahdollista perustella ongelmien

ratkaisemista yksittäisiin ihmisiin kohdistuvilla pakkotoimenpiteillä ja toisaalta miten pakottamiseen nojaavaa ratkaisua on mielekästä vastustaa? Miksi tahdonvastainen hoito raskausaikana äidin päihteiden käytön vuoksi on poliittisesti kiistanalainen kysymys? Tutkimuskysymykset esitellään tarkemmin luvussa 1.3.

Tutkimusaineisto koostuu Suomen eduskunnan kansanedustajien tekemistä kirjallisista kysymyksistä² ja näihin annetuista asianomaisten ministerien vastauksista vuosilta 1999–2009 liittyen raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon, sekä edellä mainitusta STM:n (2009) työryhmäraportista. Tarkastelun keskiössä ovat poliittiset dokumentit ja niissä esiintyvät ongelmarepresentaatiot sekä tieteellisen tiedon rooli ongelmanmäärittelyissä. Lähtöoletuksena on, että yhteiskunnallisissa ja poliittisissa diskursseissa käytetään tutkimustietoa argumentoinnin apuna ja vahvistajana huolimatta siitä, että tutkimustieto aina ei riitä antamaan vastauksia kysymykseen siitä, miten jokin kiistanalainen asia pitäisi poliittisesti ratkaista. Työn tarkoituksena on valottaa aiheeseen liittyviä poliittis-moraalisia ulottuvuuksia ja empiirisen tutkimuksen avulla määritellä minkälaisiin tietokäytäntöihin tietyt poliittiset päätökset perustuvat ja mitä mahdollisesti rajataan ratkaisujen ulkopuolelle.

Tilastojen ja tutkimustiedon poliittinen hyödyntäminen raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon liittyvissä poliittisissa keskusteluissa on tärkeä tutkimuskohde, koska tieteellisellä tiedolla ja tilastoilla on nykyisin suurta yhteiskunnallista painoarvoa (ks. esim. Porter 1995; Poovey 1998). Tämä näkyy myös kansanterveydellisissä kysymyksissä. Esimerkiksi Mikko Jauhon mukaan (2011, 114) tilastolliset tutkimusmenetelmät ovat saavuttaneet sellaisen aseman, ”jossa ne muodostavat kansanterveyspolitiikasta käydyn keskustelun tiedollisen perustan.” Jauhon mukaan sairauksien ehkäisystä ja terveyden edistämisestä on nykyään vaikea puhua vetoamatta ”tilastollisiin laskelmiin tautien yleisyydestä tai epidemiologisiin tutkimuksiin niitä koskevista riskitekijöistä.” (emts.) Lisäksi teknologioiden kehittyminen ja tieteellinen tutkimus ovat tapoja tehdä politiikkaa, sillä ne muuttavat yhteiskuntaa ja sen voimasuhteita (Ylikoski 2000, 302).

1.1 Yhteiskunnallinen konteksti: raskaus ja päihteet

Alkoholiin liittyvä sikiövauriodiagnoosi, josta yleisesti käytetään nimitystä FAS (Fetal Alcohol Syndrome) kehitettiin Yhdysvalloissa 1970-luvun alussa (Armstrong 1998, 2025) ja se esiintyi suomalaisessa lääketieteellisessä julkaisussa ensimmäistä kertaa 1970-luvun lopussa (Leppo 2011, 4). FAS:in lisäksi alkoholin aiheuttamat sikiövauriot

jaetaan nykyisin lievempiin vaurioihin eli osittaiseen sikiön alkoholioireyhtymään (osittainen FAS), alkoholin aiheuttamaan elinepämuodostumaan ARBD:hen (Alcohol Related Birth Defect) sekä alkoholin aiheuttamaan keskushermoston toimintahäiriöön eli ARND:hen (Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder). Tämän lisäksi sikiövaurioiden kuvaamiseen on vakiintumassa termi FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder), mikä kuvaa sikiövaurioiden koko kirjoa eli FAS:ia ja lievempiä vaurioita. (ks. esim. Autti Rämö ym. 2008; Leppo 2012, 16.) FASD:ia koskevaan tieteelliseen tietoon liittyy kuitenkin monia epävarmuuksia (ks. esim. Kaskutas 1995; Abel 1998; Armstrong 1998; Armstrong & Abel 2000).

Alkoholin aiheuttamia sikiövaurioita pidetään nykyään länsimaissa vakavana kansanterveydellisenä ongelmana (Leppo & Hecksher 2010, 7; Leppo 2012, 61). Ajatus sikiövaurioiden estämisestä raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisella hoidolla on puolestaan Pohjoismainen ilmiö (Leppo 2012, 48). Norjassa ja Ruotsissa tahdonvastaista hoitoa käytetään raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidossa ja Suomessa ja Tanskassa tahdonvastaisen hoidon käyttöön otosta on aika ajoin käyty keskustelua (Leppo 2012, 20,48; STM 2009, 37–39; ks. myös Mäkelä 2009; Nätkin 2006). Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaista hoitoa koskeva poliittinen keskustelu on ensimmäistä kertaa edennyt Suomessa siihen vaiheeseen, että asiasta ollaan valmistelemassa lakiesitystä. Sosiaali- ja terveysministeriön vireillä olevan lakihankkeen alustavissa linjauksissa ehdotetaan, että raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastainen hoito ”olisi mahdollista, jos on ilmeistä, että naisten päihteidenkäytöstä aiheutuu sikiövaara ilman päihteiden käytön keskeytystä ja asianmukaista hoitoa” (STM 2012, 5). Kriittisten lainopillisten puheenvuorojen mukaan raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten pakottaminen hoitoon olisi kuitenkin Suomen perustuslain vastaista, sillä sikiöllä ei ole samanlaisia perus- ja ihmisoikeuksia kuin syntyneellä lapsella (Liljeström 2001; Nieminen 2010). Kysymys tahdonvastaisesta hoidosta on siis kiistanalainen.

Tahdosta riippumattomalla hoidolla oli ennen nykyistä vuonna 1987 voimaan tullutta päihdehuoltolakia keskeinen asema päihdehuollossa. Nykyinen päihdehuoltolaki painottaa palvelujen perustumista vapaaehtoisuuteen ja kriteerit pakkohoidolle ovat tiukat. (Kaukonen 2000) Tämä hoidon vapaaehtoisuuden periaate on kuitenkin tullut haastetuksi 2000-luvun julkisessa ja poliittisessa diskurssissa raskaana olevia päihdeongelmaisia naisia koskevan pakkohoitokeskustelun muodossa (Leppo 2008, 58).

1.2 Aikaisempi tutkimus

Suomessa raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoidon yhteiskunnallisia ulottuvuuksia ovat tutkineet Ritva Nätkin (2006), Anna Leppo (2008; 2009a; 2011; 2012) sekä Klaus Mäkelä (2009). Nätkinin mukaan (2006, 17) äitien ja raskaana olevien naisten päihdeongelmasta on keskusteltu lehdissä 1980-luvun alusta alkaen, jolloin sikiövaurioista tehdyt ensimmäiset lääketieteelliset havainnot läpäisivät julkisen keskustelun. Sikiövaurioiden uutisoiminen on tuonut mukanaan myös toistuvat pakkohoitokeskustelut (Nätkin 2006, 18). Nätkin näkee, että ”äitien pakkohoitokeskustelu on...ikään kuin jääne vanhoilta kontrollihenkisiltä ajoilta” (Nätkin 2006, 20). Leppo (2008, 65) on kuitenkin pitänyt ajatusta pakkohoidosta 1990- ja 2000-luvuilla liian elinvoimaisena, että sitä voitaisiin kutsua pelkäksi jäänteeksi.

Mäkelä (2009) on arvioinut kriittisesti STM:n raportin (2009) tietopohjaa ja kiinnittänyt huomiota erityisesti siihen, että tutkimustieto sikiövaurioiden syntymekanismeista on monelta osin varsin epävarmaa ja sen pohjalta on mahdotonta päättää, missä tilanteissa tahdonvastaista hoitoa olisi käytettävä, jotta sikiövaurioita voitaisiin ehkäistä. Tietoa siitä minkälaisia vaurioita raskaudenaikainen alkoholinkäyttö aiheuttaa sikiölle on jo olemassa, mutta tiedot noiden vaurioiden todennäköisyyksistä ovat puutteellisia. Myös arviot raskaana olevien naisten alkoholinkäytön yleisyydestä sekä erilaisten hoitomuotojen tehokkuudesta ovat epävarmoja. Mäkelä esittää, että STM:n vuoden 2009 työryhmäraportissa esiintyviä toisistaan jopa poikkeavia sikiövaurioiden esiintyvyyksilukuja on vaikea arvioida, koska ne on esitetty ilman laskentaperusteluja tai lähdeviitteitä. Mäkelä tuo myös esiin, ettei raskaana olevien naisten alkoholinkäytölle ole helppoa esittää mitään tiettyä rajaa tai riskikriteeriä, jonka ylittäminen oikeuttaisi tahdonvastaisen hoidon, koska ei tiedetä tarkkaan, miten suuri alkoholi-altistus missäkin vaiheessa raskautta on sikiölle vaarallista ja miten todennäköistä sikiövaurion syntyminen on. Mäkelän mielestä on vaarana se, että tahdonvastaiseen hoitoon määrättäisiin iso joukko raskaana olevia, alkoholia käyttäviä naisia ikään kuin ”varmuuden vuoksi”. Mäkelä näkee, että ”[K]yseessä on normatiivinen punninta siitä, kuinka monen äidin vapauden riistäminen voidaan oikeuttaa sillä, että yksi lapsi välttää vamman.” (Mäkelä 2009, 195; 199.)

Leppo on tutkinut raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisesta hoidosta käytyä keskustelua 1980- ja 1990-luvuilla. Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon liittyvään diskurssiin on sisältynyt voimakkaita jännitteitä, jotka asettavat raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen ja

syntymättömän sikiön oikeudet vastakkain (ks. Leppo 2011; 2012). Suomessa eräät lääketieteen edustajat alkoivat ajaa tahdonvastaisen hoidon käyttöönottoa päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten hoidossa 1980-luvun puolivälissä. Tahdonvastaisen hoidon kannatus näkyi myös eräissä poliittisissa dokumenteissa jo 1980-luvun lopulla, mutta varsinaisesti asia nousi poliittiseen keskusteluun 1990-luvun puolivälissä. (Leppo 2011, 4–7.)

Keskeinen poliittinen dokumentti, jossa käsiteltiin raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaista hoitoa, oli hallituksen Lapsipoliittinen selonteko vuodelta 1995, jossa hahmoteltiin raskaudenaikaisten päihdeongelmien yhteiskunnallisen käsittelyn varhaisia linjauksia (Leppo 2008, 45). Selonteossa suhtaudutaan Lepon mukaan raskaudenaikaiseen pakkohoitoon kaksijakoisesti: yhtäältä todetaan, että vapaaehtoisuuteen perustuvassa hoidossa tulokset ovat olleet hyviä, mutta ”toisaalta suhtaudutaan myönteisesti tarkemmin yksilöimättömiin ”tutkimustuloksiin”, joiden mukaan pakkohoitoa tarvitaan.”, vaikka tällaisia tutkimustuloksia ei todellisuudessa ole olemassa (sit. Leppo 2008, 45; Leppo 2011, 6).

Selonteosta antamassaan mietinnössä vuodelta 1996 Sosiaali- ja terveysvaliokunta näki, että sikiön suojeleminen alkoholistiäitiin kohdistuvien pakkotoimien asettaa ”vaikealla tavalla vastakkain äidin vapausoikeudet ja lapsen oikeuden terveeseen elämään.” Valiokunta kuitenkin katsoi, että tahdonvastaiset hoitotoimenpiteet ovat äärimmäisenä keinona oikeutettuja silloin, ”jos alkoholistiäiti ei ole halukas yhteistyöhön ja jos on ilmeistä, että lapsi tulisi syntymään vammautuneena.” (Edilex 2012a.) Selonteko ja sitä seurannut mietintö aiheutti vuosina 1995 ja 1996 poliittista painetta raskaana olevien naisten alkoholiongelman ratkaisemiseksi (Leppo 2008, 49). Poliittinen paine raskaana olevien naisten päihdeongelmien ratkaisemiseksi oli 1990-luvun lopulla voimakasta ja poliittisissa keskusteluissa mukana olleiden asiantuntijoiden mukaan pakkohoitovaatimukset olivat vähällä lyödä läpi (Leppo 2008, 53).

1990-luvun lopun huumeongelmien vaikeutumisen ja lisääntymisen myötä termin ”päihdeäiti” rinnalle tuli julkisessa keskustelussa termi ”huumevauva” (Leppo 2008, 63). Päihdeäiti-käsite viittaa äitiin, jonka päihdeongelma on katsottu niin vakavaksi, että viranomaisten on täytynyt puuttua tämän vanhemmuuteen. Niin päihdeäiti kuin huumevauva ilmaisujen käyttöä on kritisoitu niiden leimaavuuden takia. (Nätkin 2006, 6.)

Ajatus raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisesta hoidosta on lähtöisin lääkärikunnan piiristä, ja osittain lääkäreiden vahvan professionaalisen aseman johdosta tämä ajatus on saanut kannatusta myös poliitikoilta. Poliittinen diskurssi oli 1980-luvun lopulla ja 1990-luvulla kaksijakoista: toisaalta kannatettiin päihdeongelmaisten naisten oikeuksia vapaaehtoiseen hoitoon ja palveluihin ja toisaalta ajettiin tahdonvastaisia keinoja sikiön suojelemiseksi. (Leppo 2011, 7.) Raskaudenaikaista päihteiden käyttöä ja sen ehkäisyä käsittelevään julkiseen keskusteluun liittyi 1990-luvulla myös suojelun tarpeessa olevan sikiön korostunut asema. Tähän liittyivät luonnehdinnat päihteitä käyttävästä äidistä välinpitämättömänä ja yhteistyökyvyttömänä. Sikiön nousu ja päihteitä käyttävien naisten demonisointi sikiövaurioiden ehkäisyyn liittyvässä julkisessa keskustelussa ovat olleet osa tahdonvastaisten toimien kannatusta. (Leppo 2012, 49;51.)

Kansainvälistä, yhteiskuntatieteellistä tutkimuskeskustelua raskaana olevien naisten päihteidenkäytöstä ja sen yhteiskunnallisesta hallinnasta on käyty erityisesti pohjoisamerikkalaisen feministisen tutkimuksen piirissä. Suhtautumistavat raskaana olevien naisten päihteiden käyttöön Yhdysvalloissa voidaan karkeasti jakaa kahtia; yhtäältä on vaadittu näille naisille hoitoa ja toisaalta rikosoikeudellisia seuraamuksia (Young 1994). Yhdysvalloissa aiheesta käyty julkinen keskustelu poikkeaa suomalaisesta keskustelusta siinä, että raskaudenaikaisia päihdeongelmia on Suomessa lähestytty sosiaali- ja terveydenhuollon asioina (Leppo 2011, 3). Yhdysvalloissa useiden osavaltioiden lainsäädäntö mahdollistaa huumeita käyttävien raskaana olevien naisten rikosoikeudellisen syyttämisen ja tuomitsemisen; huumeiden käyttöä raskaana ollessa pidetään lasten pahoinpitelynä ja päihteitä raskausaikana käyttäviin naisiin kohdistetaan kovaa rikosoikeudellista kontrollia. (Young 1994, 34.) Elizabeth Armstrongin ja Ernest Abelin (2000) mukaan poliittiset reaktiot alkoholin aiheuttamien sikiövaurioiden ehkäisemiseksi ovat Yhdysvalloissa olleet ilmiön laajuuteen nähden liioiteltuja ja seurauksena on ollut niin sanottu moraalinen paniikki.

Eri maiden terveysviranomaisten viralliset suositukset liittyen alkoholin käyttöön raskauden aikana vaihtelevat, ja tämä johtuu osaltaan epävarmuudesta koskien vähäisen ja kohtuullisen (low-to-moderate) alkoholinkulutuksen ja sikiövaurioiden välistä yhteyttä (O' Leary et al. 2006). Siitä huolimatta, että yhteyttä vähäisen alkoholin juonnin ja sikiövaurioiden välillä ei ole voitu tieteellisesti todistamaan, länsimaiset terveysviranomaiset kehottavat nykyisin raskaana olevia naisia lopettamaan alkoholin käyttämisen kokonaan raskauden aikana (Leppo & Hecksher 2011). Yhdysvalloissa

tämä näkyy muun muassa alkoholipullojen etiketteihin liitetystä varoitusmerkeistä (Kaskutas 1995; Abel 1998). Näiden varoitusmerkkien käyttöönottoa on myös kritisoitu. Ensinnäkään niillä ei ole havaittu olevan vaikutusta alkoholinkulutuksen vähentämiseen (Abel 1998). Toisekseen niiden käyttöönottoa perusteltiin vedoten tieteelliseen tietoon alkoholin käytön vaaroista sikiölle, vaikka yhteyttä vähäisen alkoholinkulutuksen ja sikiövaurioiden välillä ei ole pystytty todistamaan (Kaskutas 1995; Abel 1998). Tieteelliseen tietoon vetoaminen voidaan siis nähdä tehokkaana poliittisena tehokeinona. Varoitusmerkeillä voi olla myös negatiivisia vaikutuksia; ne saattavat aiheuttaa raskaana olevilla naisilla tarpeetonta syyllisyydentuntoa, stressiä ja leimautumista (Kaskutas 1995; Abel 1998).

1.3 Tutkimuskysymykset ja työn rakenne

Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastainen hoito nousi Suomessa poliittiseen keskusteluun 1980-luvun lopulla. Tässä työssä tarkastellaan miltä tuo diskurssi näyttää 2000-luvulla ja katsotaan minkälaisia ongelmarepresentaatioita, kategorisointeja ja jännitteitä raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon liittyy. Minkälaiseen ongelmaan raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaista hoitoa ehdotetaan ratkaisuksi? Jos raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoidon taustalla on yksiselitteisesti pyrkimys päihdeiden käytöstä johtuvien sikiövaurioiden estämiseen, niin miten tämä ongelma muotoillaan? Onko mahdollista kuvitella myös muita keinoja ongelman ratkaisemiseksi? Tämän lisäksi tarkastellaan sitä, miten tutkimus- ja asiantuntijatietoa käytetään raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoidon perusteena poliittisissa diskurssissa.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- 1) Minkälaisia ongelmarepresentaatioita, jännitteitä ja ihmisiin liittyviä kategorisointeja raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisesta hoidosta käytyyn poliittiseen keskusteluun liittyy?
- 2) Miten tutkimustietoa käytetään perusteena raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoidon perusteluissa poliittisissa diskurssissa 2000-luvun Suomessa?

Seuraava luku alkaa teoreettisen taustan ja siihen liittyvien käsitteiden esittelyllä, jotka nojaavat ranskalaisen yhteiskuntateoreetikon ja historioitsijan, Michel Foucaultin innoittamaan hallinnan analytiikkaan (luku 2). Luvussa kolme (3) kuvataan aineisto ja

tässä työssä käytetty analyysimenetelmä. Lisäksi pohditaan lyhyesti kvalitatiiviseen tutkimukseen liittyviä kysymyksiä.

Analyysilukuja on kaksi. Ensimmäinen niistä (luku 4) tarkastelee Suomen Eduskunnassa raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon liittyviä kansanedustajien kirjallisia kysymyksiä ja niihin annettuja silloisten ministerien vastauksia vuosilta 1999–2009. Toinen analyysiluku (luku 5) keskittyy Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 julkaisemaan raporttiin raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidosta. Kuudennessa (6) luvussa keskustellaan empiirisen analyysin tuloksista, pohditaan jatkotutkimukseen liittyviä tarpeita ja luodaan lyhyt katsaus poliittisen keskustelun nykytilanteeseen.

2. Teoreettinen lähestymistapa

Teoreettisesti tässä työssä ammennetaan Michel Foucault'n innoittamasta hallinnan analytiikasta (ks. esim. Dean 1999; Helén 2000; 2004; Miller & Rose 2010; Kaisto & Pyykkönen 2010). Mikko Jauhon (2010, 161–162) mukaan tämä on tärkein Foucault'n tutkimuksista ammentava ja hänen ajatuksiaan edelleen kehittävä nykysuuntaus. Foucault, jota Mika Ojankangas (1998, 13) kuvailee yhdeksi aikamme kommentoiduimmista yhteiskuntateoreetikoista, omaa laajan tuotannon, jota tässä työssä käsitellään rajallisesti. Mianna Meskusen (2009, 24) tavoin nojaan Foucault'n omiin ja hänen innoittamiinsa kirjoituksiin, joita Meskus piti väitöskirjatutkimuksessaan eräänlaisena ”metodologisena taustana”. Foucault'n ja muiden kehittämät käsitteet toimivat analyttisinä työkaluina, joiden muodostaman kehyksen kautta pyritään tarkastelemaan aiheen kannalta tärkeitä kysymyksiä ja siihen liittyviä yhteiskuntateoreettisia ulottuvuuksia. Hallinnan analytiikka ei tarjoa valmista yleisteoriaa tai yleisiä käsitteellisiä jäsennyksiä, vaan toimii ”tutkimuksellisten käsitetyökalujen varantona”, ja näiden käsitetyökalujen toimivuutta on koeteltava aina eri tutkimuskohteen kohdalla erikseen (Kaisto & Pyykkönen 2010, 13).

Tieto, valta ja etiikka ja niiden yhteen kietoutuminen subjektien muodostumisessa (Jauho 2007, 20–21; 2010, 158; ks. myös Hacking 2002, 2–5; Kaisto & Pyykkönen 2010, 9) ovat tärkeä mielenkiinnon kohde Foucault'n teoksissa. Foucault'n genealogista lähestymistapaa on käytetty useissa suomalaisissa sosiologisissa väitöskirjatutkimuksissa (ks. esim. Helén 1997; Jauho 2007; Meskus 2009). Näitä tutkimuksia yhdistää pyrkimys tai mielenkiinto valaista jonkin lääketieteellisen tietomuodostelman syntyä ja kehittymistä, liittyen esimerkiksi aborttiin (Helén 1997), tuberkuloosin torjuntaan (Jauho 2007) tai genetiikkaan (Meskus 2009). Historiallisen perspektiivin kautta pyritään määrittelemään myös nykyisyyttä ja sen ilmiöitä (Helén 1997, 16; Jauho 2007, 23; ks. myös Helén 2005) ja Foucault kutsuikin genealogista lähestymistapaansa nykyisyyden historiaksi (Foucault 1998, 30; ks. myös Helén 1997, 16).

Tärkeää genealogisessa lähestymistavassa on problematisaatio eli ongelmanasettelu ja sen suhde käytäntöihin (Foucault 1998; Helén 2005; Jauho 2007; Meskus 2009). Foucault'n mukaan (1998, 123) tärkeää ei ole niinkään analysoida yhteiskuntaideologioita tai aatteita, vaan ongelmanasetteluja ja niitä käytäntöjä, joissa ongelmanasettelu muodostuu. Mikko Jauhon mukaan problematisaatio on genealogian avainkäsite kahdessa merkityksessä; ensinnäkin se viittaa näkökulmaan, jossa tietyn

ilmiön polveutumista tarkastellaan nykyisyyden valossa. Lisäksi problematisaation käsite toimii ”aineiston tarkastelun ohjenuorana”, josta käsin tarkastellaan erilaisia ongelmanmäärittelyjä ja niistä käytäviä kiistoja. (Jauho 2007, 23.) Meskuksen (2009, 22) mukaan ongelmanasetteluita analysoimalla on mahdollista päästä käsiksi niihin tapoihin, joiden myötä ”ihmistä koskeva tieto muuttuu.” Ilpo Helén (2005, 103) esittää, että genealogi kiinnittää huomiota siihen, miten jokin valta- tai elämäntapa toimii, miten se on mahdollinen ja mitkä ovat sen ehdot. Helén (2005, 104) korostaa,

”että kun käytäntöjä tutkitaan genealogisesti, analyysin neulankärki osuu ensiksi problematisointeihin. Niiden tunnistaminen on varsin helppoa: on kiinnitettävä huomiota puheeseen, jossa jokin asia tai asiantila kiistetään tai esitetään ongelmallisena, uhkaavana tai vaarallisena tai jossa kritisoidaan jotakin. Pulmallista on kuitenkin erottaa se, ovatko nämä puheenparret uusia ja luovia vai reaktiivisia ja totuttua toistavia.”

Helén (2005, 94) on tarkastellut genealogiaa kritiikkinä; historian tutkimisella pyritään tietoisesti valottamaan nykypäivän ongelmallisia ilmiöitä. Myös tämä työ on genealogiaa siinä mielessä, että siinä pyritään valottamaan nykyisyyttä kuvaavaa ilmiötä osoittamalla, ettei tuohon ilmiöön ole päädytty ilman erilaisia kiistoja ja jännitteitä. Tässä työssä käytettävä analyysimenetelmä myös tukee tätä tavoitetta, sillä se nojaa vahvasti problematisaation käsitteeseen (ks. luku 3.2).

Seuraavaksi käyn läpi tämän työn kannalta tärkeitä käsitteitä, jotka antavat työlle teoreettista tukea. Lisäksi tarkastelen hallinnan analytiikan näkökulmia riskin käsitteeseen sekä teknologioiden, erityisesti lisääntymisteknologioiden vaikutusta nykyisin vallitsevaan kuvaan sikiöstä ja raskaana olevasta naisesta.

2.1 Hallinta

Foucault (2010, 115) esitti luentosarjassaan *Turvallisuus, alue ja väestö* tarkoittavansa hallinnalla kolmea asiaa. Ensinnäkin Foucault (2010, 115) tarkoitti hallinnalla ”instituutioiden, toimintatapojen, analyysien ja pohdintojen, laskelmien ja taktiikoiden muodostamaa kokonaisuutta, jotka tekevät mahdolliseksi harjoittaa tätä vallan erityistä, vaikkakin hyvin monimutkaista, muotoa.” Hallinta viittaa myös taipumukseen pitää hallintaa ensisijaisena verrattuna muihin vallan muotoihin, kuten suvereeniin tai kuriin, ja mikä on osaltaan vaikuttanut erityisten hallinnan koneistojen ja tieteiden kehittymiseen. Lisäksi Foucault näkee hallinnan liittyvän prosessiin, jonka lopputuloksena keskiajan oikeusvaltiosta muodostui ”hallinnallistunut” virkamiesvaltio. Hallinnan pääkohteena on Foucault’n mukaan väestö, sen tärkeimpänä tietomuotona kansantaloustiede ja turvallisuuden keinovalikoimat ovat sen pääasialliset tekniset välineet. (Foucault 2010, 115.)

Mitchell Deanin mukaan hallinnallisuus (englanniksi government) antaa etusijan kysymykselle siitä, ´miten´ meitä hallitaan. Se ei tarkoita pelkkää auktoriteettien harjoittamisentapojen kuvausta tietyissä tilanteissa, vaan enemmänkin huomio kiinnittyy niihin edellytyksiin, joiden varassa hallitsemistavat toimivat. (Dean 2010, 39.) Hallinnallisuus on rationaalista toimintaa, jossa käytetään erilaisia tekniikoita, joiden avulla käyttäytymistä muovataan halujemme, pyrkimystemme ja uskomustemme kautta (Dean 1999, 11). Peter Miller ja Nikolas Rose (2010) näkevät, että hallinnan problematiikkaa on tutkittava sekä poliittisten rationaliteettien että hallintateknologioiden kannalta. Toisin sanoen on tutkittava sekä niitä käsitteitä ja käsityksiä, joiden avulla valtaa harjoitetaan että niitä erilaisia tekniikoita ja ohjelmia, joilla näitä käsityksiä pannaan käytäntöön. (Miller & Rose 2010, 83.) *Rationaliteetit* ovat Millerin ja Rosen (2010, 28) mukaan eräänlaisia ajattelutyylejä tai tapoja, joiden avulla todellisuus tehdään ajateltaviksi niin, että se mukautuu ohjelmoitavaksi ja laskelmoitavaksi. *Teknologiat* taas koostuvat erilaisista käyttäytymisen ohjausvälineistä toisin sanoen instituutioista, tekniikoista ja ihmisistä, joilla käyttäytymistämme muokataan. Rationaliteettien on löydettävä tapa toteutua ollakseen tehokkaita ja tämä tapahtuu erilaisten teknologioiden avulla. (Miller & Rose 2010, 29–30.)

2.2 Hallinnan ja tiedon välinen suhde

Millerin ja Rosen (2010, 292) mukaan liberalismiin yhtenä merkittävänä piirteenä hallinnan näkökulmasta on uudenlainen suhde tiedon ja hallinnan välillä (ks. myös Helén 1997, 17). Marja Alastalon ja Maria Åkermanin (2011a, 7) mukaan modernin yhteiskunnan ja sen hallinnan keskeisenä piirteenä on väestöä koskevan tiedon kerääminen, hyödyntäminen ja muokkaaminen. Heidän toimittamassaan teoksessa *Tieto hallinnassa. Tietokäytännöt suomalaisessa yhteiskunnassa*, on pyritty tarkastelemaan miten tietokäytännöt liittyen niin terveystieteeseen, elinoloihin, varhaiskasvatukseen kuin uuden teknologian tuomiin riskeihinkin ovat muokanneet ymmärrystä suomalaisesta yhteiskunnasta viime vuosikymmeninä. Teoksen tavoitteena on totunnaisten tietämistapojen kyseenalaistaminen ja niiden historiallisuuden ja tilannesidonnaisuuden avaaminen. (emt., 8.)

Alastalon ja Åkermanin mukaan julkista hallintoa ja politiikkaa luonnehtii nykypäivänä tarve perustella ratkaisut faktoilla. Ajatus siitä, että päätösten tulisi perustua mahdollisimman luotettavaan tietoon ja että tämä kuuluu hyvän hallinnon ja uskottavan politiikanteon periaatteisiin oli jo esillä 1960- ja 1970-luvuilla. Alastalon ja Åkermanin mukaan 2000-luvulla hallinnollisissa diskurssissa korostuu lääketieteestä julkisen politiikan alueelle levinnyt vaatimus ratkaisujen näyttöperusteisuudesta (evidence-based

policy), mikä tuottaa uudentyyppisiä tietämisen ja tiedon hankinnan velvoitteita. (Alastalo ja Åkerman 2011b, 21.)

Tiedon ja hallinnan suhde vaatii huomion kiinnittämistä myös kieleen. Esimerkiksi Pat O'Malley (2004, 15) on tarkastellut sitä, miten julkinen valta esittää tietynlaisen kielenkäytön välityksellä sen, miten se näkee todellisuuden. Todellisuuden muotoileminen tapahtuu esimerkiksi asioita problematisoimalla (Osbourne 1997; Bacchi 2009). Thomas Osbornen mukaan politiikkaa (policy) ei voida käytännössä harjoittaa ennen, kuin on problematisoitu se alue, jolla toimitaan. Problematisointi tapahtuu vähentämällä asioiden monimutkaisuutta ja asettamalla rajat sille, mitä voidaan ja mitä ei voida sanoa. (Osbourne 1997, 174–175.)

2.3 Biovalta ja tieto

Foucault kehitti biovallan käsitettä teoksensa *Seksuaalisuuden historia* ensimmäisessä osassa. Hän katsoi, että klassisella ajalla suvereenilla oli oikeus määrätä kuolemaan tai sallia elää silloin, kun sen oma olemassaolo joutui uhanalaiseksi. Foucault näki, että oikeus päättää elämästä ja kuolemasta, tai oikeus antaa elää tai ottaa elämä, on korvautunut oikeudella vaalia elämää: ”[N]ykyään valta hallitsee nimenomaan elämää ja sen kulkua kokonaisuudessaan.” (sit. Foucault 1998, 96–99; ks. myös Jauho 2003, 44; Rabinow & Rose 2006, 196)

Foucault'n mukaan biovalta kehittyi 1600-luvulta lähtien kahden toisiinsa liittyvän navan kautta. Toinen keskittyi ihmisruumiin anatomis-poliittiseen olemukseen, johon liittyi läheisesti ruumiin kesyttäminen ja voimien lisääminen kurinpidollisilla menetelmillä. Toinen kehityksen navoista keskittyi lajiruumiseen, joka toimii biologisten prosessien, kuten, syntymän ja kuoleman tai lisääntymisen ja terveydentilan, perustana. Näitä säädellään juuri väestön biopolitiikan avulla (Foucault 1998, 99; ks. myös Jauho 2003, 44 sekä Rabinow & Rose 2006, 196).

Biovalta kohdistuu eläviin ihmisyksilöihin ja -populaatioihin ja siihen liittyy halu ohjata ja muovata ihmisten kykyjä ja ominaisuuksia, olivatpa ne sitten ruumiillisia, sielullisia, yhteisöllisiä tai ajatuksellisia (Helén 2004, 207–208). Biovalta on yksilöivää, normalisoivaa ja sen keskeisenä piirteenä on tiedon ja vallan suhde (Helén 1997, 16–17) sekä elämän tosiasioiden tunteminen (Jauho 2003, 44). Sidos tiedon ja vallan välillä on vastavuoroinen. Tieteelliset tutkimukset tuottavat informaatiota ja artikuloivat erilaisia hallitsemisen kohteita edistäen valtakäytäntöjä. Samalla nämä yritykset hallita yksilöitä ja väestöä tarjosivat ihmistieteille syntysijan ja puitteet uudistaa itseään. (Helén 2004, 208; ks. myös Helén 1997, 17.)

Biovallassa korostuu myös kontrolli, jonka oleellisena piirteenä on elämänprosessien ja elinolosuhteiden muokkaaminen niihin sisältyvän epävarmuuden hallitsemisen kautta (Helén 2001,103). Tähän liittyy vahvasti riskin idea (emt.), jota tarkastelen tuonnempana.

Paul Rabinow ja Nikolas Rose (2006, 196–197, 215) ovat tarkentaneet Foucault'n kehittämää biovallan käsitettä, mikä heidän mielestään jäi häneltä kesken. He esittävät, että biovallan käsitteeseen sisältyy ainakin seuraavat kolme elementtiä:

- 1) tieto tai ”totuusdiskurssi”, mikä kohdistuu elävien ihmisyksilöiden vitaaleihin ominaisuuksiin ja johon liittyy asiantuntijoita, joilla oletetaan olevan tuo tieto
- 2) valtasuhteet ja interventiostrategiat, jotka kohdistuvat tiettyihin populaatioihin tai biososiaalisiin objekteihin ja joita harjoitetaan elämän ja terveyden nimissä
- 3) subjektivikaation muodot (modes of subjectification), joiden kautta yksilöt muokkaavat itseään. (emt.)

Tämän työn kannalta Rabinowin ja Rosen ajatus tiedon tärkeydestä vallankäytössä on tärkeä: aineiston analyysiä ohjaa kysymys siitä, miten asiantuntijatietoa käytetään poliittisen argumentoinnin tukena.

2.4 Biopolitiikka ja terveyskansalaisuus

Foucault'n mukaan biopolitiikasta puhutaan silloin, kun pyritään määrittämään ”mikä saa elämän ja sen mekanismin astumaan täsmällisten laskelmien piiriin ja tekee tietovallasta ihmisen elämän muuttamisen agentin” (Foucault 1998, 102). Tässä työssä biopolitiikkaa lähestytään suomalaisen kansanterveystyön näkökulmasta (Helén & Jauho 2003). Helén ja Jauho esittelevät käsitteen terveyskansalainen, jonka he määrittelevät käyttäen apunaan kahta kansalaisuuden määrettä, oikeuksia ja kansakuntaan kuulumista (Helén & Jauho 2003, 13–14).

Oikeus terveyteen on ensimmäinen terveyskansalaisuutta määrittelevä näkökulma. Jos oikeutta terveyteen pidetään sosiaalisena oikeutena, sen konkreettinen sisältö vaihtelee historiallisesti niin kuin muidenkin sosiaalisten oikeuksien. Terveys itse ilmenee sairauden poissaolona eli terveyden ongelma nousee vasta sairauden iskiessä, joten sitä on vaikea määritellä positiivisesti niin, että se soveltuisi jokaiseen yksilöön. (Helen & Jauho 2003, 25–26.) Terveys käsitteenä voidaan nähdä muutenkin kuin sairauden vastakohtana, kuten objektiivisena tilana tai subjektiivisena kokemuksena, yleisenä hyvinvointina tai ylimpänä arvona. Kaikki nämä käsitykset ovat kuitenkin ongelmallisia ja terveys voidaankin nähdä avoimena ja kiistanalaisena käsitteenä. Mikko Jauho

esittää, että terveys on areena, ”jolla erilaiset asiat ja ilmiöt problematisoituvat.” (Jauho 2007, 21–22.)

Toinen terveyskansalaisuutta määrittävä näkökulma on kansakuntaan kuuluminen. Helén ja Jauho esittävät, että terveyskansalaisuudella on kansakuntaan kuulumisen näkökulmasta kaksi merkitysulottuvuutta. Ensimmäinen liittyy kansanterveystyön valistukselliseen puoleen ja siihen sisältyy pyrkimys *kansalaistaa* ihmisiä terveydenhoidon nimissä. Henkilökohtaisen terveyden sanomaa levitettiin suurille väestöryhmille. Terveyttä pidettiin kansanterveysvalistuksessa henkilökohtaisena velvollisuutena kansakuntaa kohtaan, ja velvollisuus täytettiin huolehtimalla omasta terveydestä. Tämä velvollisuus oli merkittävässä asemassa suomalaisissa kansalaistamishankkeissa 1900-luvun alkupuoliskolla. Kansalaiskasvatus ja terveysvalistus liittyivät tiiviisti toisiinsa. (Helén & Jauho 2003, 14–15.)

Toinen merkitysulottuvuus liittyy kansalaisten *eriarvoistamiseen* kansanterveyden nimissä. Kansalaisia ryhmitellään ja eritellään normaaleihin ja sairaalloisiin, ja näiden luokitusten avulla ihmisyksilöitä ja -ryhmiä kontrolloidaan ja heidän elämänsä puututaan. Jokainen kansalainen on terveyskansalainen, mutta toiset ovat sitä enemmän kuin toiset. Terveyskansalaisuus muodostaa eräänlaisen jatkumon, jolla yksilö määrittyy enemmän tai vähemmän kansalaiseksi. Kirjoittajien mielestä tähän liittyy oleellisesti se, ”että ”vajaakelpoisia” kansan jäseniä ei suljeta ulos vaan heidät joko alistetaan valvontaan, eristetään tai heille tarjotaan hoitoa ja hoivaa.” (Helén & Jauho 2003, 14–15.) Esimerkiksi äitiysavustuksen yksi alkuperäinen tarkoitus oli houkutellessa raskaana olevat naiset neuvoloissa tehtävän terveystarkastuksen piiriin. Äitiysavustuksen saamisen ehtona on edelleen tulevan äidin ilmoittautuminen äitiysneuvolaan. Järjestelyn taustalla oli kansanterveysajatteluun kuulunut ajatus, jonka mukaan ennaltaehkäisevän terveydenhoidon tärkein kohde ovat pienet lapset. (Helén & Jauho 2003, 29.) Äitiyshuollon tuki- ja hoivatoimet toivat naiset väestötuotannon kurinpidon alaisuuteen, johon liittyi naisten yksilökohtainen tarkkailu (Helén 1997, 47). Naisväestön kurinalaistamiseen ja valvontaan tähtäävät käytännöt saivat aikaan kaikkia suomalaisnaisia koskevan sosiaalisen oikeuden (Helén & Jauho 2003, 29–30).

Biopolitiikka on vahvasti mukana jäsentämässä terveyskansalaisuuden molempia ulottuvuuksia. Ensinnäkin se esittää kansan elävänä organismina, ja yhteiskunnallisen terveydenhoidon päätehtävänä on tuon kansan elinvoiman lisääminen ja vaaliminen. Toiseksi kansalaisuuden aste ei eriarvoistavassa kansalaisuusstrategiassa niinkään määrity moraalien tai vaurauden, vaan biologisten ominaisuuksien perusteella. Yksilön elinvoiman eli vitaalisuuden ja moraalisen arvottamisen välinen yhteys ei kuitenkaan

kadonnut; moraalisen poikkeavuuden katsottiin yhtäältä johtuvan ”epäkelvosta” elinvoimasta ja toisaalta biologinen heikkous aiheutti moraalista poikkeavuutta. (Helén & Jauho 2003, 16–17.) Meskus esittää esimerkiksi, että abortin laillistamisen taustalla eivät olleet vapaammat moraalikäsitteet, vaan toimenpidettä ryhdyttiin kannattamaan, jotta kansan lisääntymiskäyttäytymistä voitiin ohjata väestöpoliittisesti edullisempaan suuntaan (Meskus 2003, 231). Näin ollen raskauden keskeyttämistä ei nähty niinkään moraalisenä tai yksilötason terveydellisenä ongelmana, vaan väestön terveyttä ja elinvoimaa koskevan kysymyksenä eli biopoliittisena kysymyksenä, johon yhteiskunnan täytyi puuttua (Meskus 2003, 232; ks. myös Helén 2001).

Helénin ja Jauhon mukaan kansanterveysajattelu on uudistunut, mutta elämän hallinta ei ole lieventynyt, vaan muuttanut muotoaan. Terveyspolitiikan kiintopisteenä ei enää ole kansa, vaan se on hajaantunut erilaisiksi väestöllisiksi muuttujiksi ja terveyseroiksi sekä yksilöllisiksi elämäntavoiksi ja terveysriskeiksi. Terveiden vaalimisesta on tullut niin yhteiskunnallisesti kuin henkilökohtaisestikin järjestelmällisempää. (Helén & Jauho 2003, 27.)

Hyvinvointivaltiossa yhteiskunnallinen kontrolli ei siis ole kadonnut, mutta se on etäännyttänyt yksilöstä ja muuttanut muotoaan (Helén & Jauho 2003, 27). Väestöllinen valvonta ja säätely ovat pikemminkin epäsuoraa. Siihen liittyy yksilön ja väestön terveydentilaa ja niihin liittyvien riskitekijöiden tutkimus ja tiedonkeruu, joka on entistä kattavampaa ja yksityiskohtaisempaa. Samalla kontrollin kohde on muuttunut poikkeavien yksilöiden ja ihmisryhmien kontrolloinnista yhä enemmän yksilö- ja ryhmäkohtaisten riskien hallinnan suuntaan. (Helén & Jauho, 28.)

Erilaisten terveyden edistämiseen tähtäävien ohjelmien ja ehkäisevän lääketieteen kohteena on edelleen kansakunnan terveys. Terveysteen kohdistuvan poliittisen intressin rationaalisuus perustuu kuitenkin enemmän taloudellisille ja moraalille ehdoille kuin ajatukselle kansasta orgaanisena kokonaisuutena. Yksilöiden terveyskäyttäytymistä hallitaan etäältä. Siihen liittyy riskiajattelu, joka pyrkii epävarmuuden hallinnointiin asiantuntijoiden ja erilaisten laskelmien avulla. (Rose 2001, 86.)

2.5 Riski, riskilaskelmat ja riskihallinnan teknologiat

Biopolitiikkaan ja -valtaan sisältyvät vahvasti erilaiset laskelmat, tekniikat ja riskin käsite. Tässä työssä tarkastellaan erityisesti hallinnan analytiikan näkökulmia riskin käsitteeseen³ ja siihen sisältyviä ajatuksia raskaudesta.

François Ewald (1991) esittää, että riski ei ole olemassa sellaisenaan todellisuudessa ja toisaalta, mikä tahansa asia voi olla riski. Vakuutuksista puhuttaessa riski viittaa

tietyynlaiseen tapaan hoitaa asioita ja mahdollisia tapahtumia, jotka koskevat tiettyä ihmisryhmää. (Ewald 1991, 199.) Olennaista jonkin asian näkemiseen riskinä on mahdollisuus arvioida sen todennäköisyyttä, eli että todennäköisyys on laskettavissa (emt. 201–202). Myös Dean (1999, 177–178) näkee, että riskiin liittyy erilaisia tapoja kääntää todellisuus laskettavaan muotoon. Riski itsessään ei ole tärkeä, vaan ne tietomuodot, joilla riski tehdään ajateltavissa olevaksi eli ne tekniikat ja teknologiat, jotka pyrkivät hallitsemaan riskejä, sekä ne poliittiset rationaliteetit ja ohjelmat, jotka käyttävät näitä hyödykseen.

Ulrich Beck esittää teoksessaan *Risk Society*, että olemme siirtymässä modernisaation uuteen vaiheeseen, teollisesta yhteiskunnasta riskiyhteiskuntaan (Beck 1992a; Beck 1992b). Riskiyhteiskunnassa pelon ja epävarmuuden hallitsemisesta tulee olennainen kulttuurinen ominaispiirre ja kyvystä ennakoida vaaroja ja käsitellä niitä elämäkerrallisesti tulee tärkeää (Beck 1992a, 76). Beckin mukaan riskeistä on tullut globaaleja, siinä mielessä ettei niitä enää voi paikallistaa tilallisesti eikä ajallisesti. Ydinvoimala onnettomuus koskee laajaa aluetta pitkän aikaan. Riski on muuttunut ei-laskettavaan muotoon. (Beck 1992b, 101–102.) Deanin mukaan analyysin pitäisi kuitenkin keskittyä riskirationaliteettien erityisiin muotoihin, eikä upottautua globaaliin narratiiviin riskiyhteiskunnasta, kuten Beck tekee (Dean 1999, 188; ks. myös O'Malley 2004). Olisi analysoitava riskien hallinnan neljää ulottuvuutta. Ensinnäkin sitä, miten me tulemme tietoisiksi erilaisista riskikäsitteistä ja miten käyttäydymme niiden mukaan. Toisekseen, miten nuo käsitteet ovat liitetty tiettyihin käytäntöihin ja teknologioihin. Kolmanneksi, miten nuo käytännöt ja teknologiat synnyttävät uusia sosiaalisen ja poliittisen identiteetin muotoja ja neljänneksi, miten rationaliteetit, teknologiat ja identiteetit liitetään erilaisiin poliittisiin ohjelmiin. (Dean 1999, 188.)

Pat O'Malley (2004) kuvaa kuinka hallinnan analyttinen tutkimus liittyen riskin käsitteeseen on kohdistunut kolmeen toisiaan täydentävään osa-alueeseen. Ensinnäkin on tutkittu riskiteknologioiden lisääntyvää käyttöä erilaisilla sosiaalisen elämän alueilla. Esimerkiksi raskautta on ryhdytty enenevässä määrin hoitamaan tilana, jossa sekä äitiin että sikiöön kohdistuu riskejä, joista huolehtiminen on pitkälti naisten vastuulla. (O'Malley 2004, 8–9; ks. myös Ruhl 1999; Weir 1996.) Toiseksi on jäljitetty sitä miten erilaisten teknologioiden avulla on hallittu riskin kautta, eli on tehty eräänlaista riskiteknologioiden genealogiaa. Tarkoituksena ei ole ollut analysoida pelkästään miten asiat ovat kehittyneet menneisyydestä nykyisyyteen tai ainakaan olettaa, etteivätkö asiat olisi voineet mennä myös toisin. Oletuksena ei ole, että jonkin asian kehittyminen olisi ollut välttämätöntä tai optimaalista. Kolmanneksi on yhdistetty riskiteknologioiden

muutokset laajempiin poliittisten rationaliteettien muutoksiin, kuten uusliberalismin nousuun. (O'Malley 2004, 9–11.)

Riskin käsite ei ole yhtenäinen, vaan se saa erilaisia muotoja. Aikaisemmin mainitussa Ewaldin (1991) tutkimuksessa puhe on *vakuutusriskistä* (ks. myös Dean 1999, 189; O'Malley 2004). Tavoitteena ei ole niinkään riskien vähentäminen, vaan vahingollisten vaikutusten tasaaminen ajallisesti ja ihmisten kesken (O'Malley 2004). Riski on kollektiivinen ja sen laskettavuus edellyttää, että se jakautuu koko väestöön (Ewald 1991, 202–203).

Epidemiologinen riski on yhteydessä vakuutusriskiin siinä mielessä, että se kohdistuu myös populaatioon ja siinä esiintyviin riskifaktoreihin ja näiden korrelaatioihin (Dean 1999, 189). Vakuutusriskin keskittyessä rahallisiin menetyksiin ja kompensatioihin (Ewald 1991, 204; Dean 1999, 189), epidemiologinen riski on huolissaan väestön terveydestä, johon kohdistetaan erilaisia kansanterveydellisiä interventioita (Dean 1999, 189).

Sekä vakuutusriski, että epidemiologinen riski toimivat väestötasolla, eivätkä ole kiinnostuneita yksilöistä muuten kuin riskikategorioiden jäseninä (O'Malley 2004, 22). Myös Robert Castel (1991) näkee, että monet ehkäisevän hoidon strategiat eivät ole niinkään kiinnostuneita yksittäisistä potilaista, vaan heihin liitetyistä riskitekijöistä.

2.6 Raskaus riskien hallinnan kohteena

Lorna Weirin (1996, 378) mukaan raskauden hallinnointi tapahtuu pitkälti riskin kategorian kautta. Raskauden riskinhallinta eroaa esimerkiksi vakuutusriskistä siten, että se kohdistuu yksittäisiin ihmisiin, tässä tapauksessa raskaana oleviin naisiin. Weir kutsuu tätä *kliiniseksi riskiksi* erotukseksi vakuutusriskistä. (Weir 1996, 374.) Kliininen riski on samankaltainen vakuutusriskiin nähden siinä mielessä, että molemmissa käytetään tekniikoita, joilla arvioidaan todennäköisyyksiä mahdollisille vahingoille (O'Malley 2004, 22). Se on myös yhtenevä epidemiologisen riskin kanssa siten, että kliinisen riskin tekniikat nojaavat epidemiologisiin laskelmiin terveysongelmien esiintyvyydestä väestössä (Weir 1996, 381; ks. myös Dean 1999, 190). Kliinisen ja epidemiologisen riskin tekniikat pyrkivät molemmat ongelmien vähentämiseen, mutta toisin kuin epidemiologisen riskin tai vakuutusriskin kohdalla, kliinisen riskin toimenpiteet kohdistuvat yksilöön (O'Malley 2004, 22). O'Malley tuo esiin myös *aktuaarisen riskin* käsitteen, jossa ei niinkään pyritä vähentämään yksilöön itseensä kohdistuvia riskejä, vaan yksilön mahdollisesti muille aiheuttamia riskejä (O'Malley 2004, 22–23).

Lealle Ruhl esittää, että nykyään lisääntyvyyden hallintaan käytettävät menetelmät nojaavat raskauden malliin, jota hän kutsuu yksilöllistyneen riskin malliksi. Tämä malli korostaa yksilön vastuuta riskeistä. (Ruhl 1999, 97.) Ruhl katsoo, että nykyajan liberalismi nojaa käsitykseen yksilöistä, jotka ottavat vastuun omista teoistaan, varsinkin silloin kun nuo teot koskettavat myös muita. Raskauden kannalta tämä tarkoittaa sitä, että raskaana olevia naisia pidetään yksin vastuussa sikiön terveydestä, vaikka naisella ei olisikaan keinoja välttää sairaan lapsen syntymistä. (Ruhl 1999, 110.) Ruhlin mielestä yksilöllistyneen riskin malli vahvistaa ideaalista kuvaa vastuuntuntoisesta raskaana olevasta naisesta ja tekee väärää olettamuksia raskaudesta (Ruhl 1999, 102) siirtämällä vastuun yhteiskunnalta yksittäiselle naiselle, vaikka keinot terveen lapsen synnyttämiseen saattavat olla yksilön kontrollin ulottumattomissa (Ruhl 1999, 111–112). Yksilöt ovat vastuullisia, ei vain teoistaan, vaan myös ympäristöstään (Ruhl 1999, 110).

Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten kohdalla voidaan esittää, että aktuaarinen riski liittyy heidän päihteiden käytöstään sikiölle mahdollisesti aiheutuviin terveystahittoihin. Kliininen riski muodostuu yksilökohtaisessa tarkkailussa ja kohdistuu yksittäisiin ihmisiin (Weir 1996), tässä tapauksessa päihdeongelmaisiksi äideiksi kategorisoituihin naisiin. Kliinisen riskin muotoilussa käytetään apuna epidemiologista riskitietoa (Dean 1999) sikiövaurioiden esiintyvyydestä väestössä. Vakuutusriskiä (Ewald 1990) soveltamalla voidaan laskea niin raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten (tahdonvastaiseen) hoitoon, kuin mahdollisista terveystahitoista kärsivän syntyvän lapsen kuntoutukseen ja eritysapuun liittyvät mahdolliset kustannukset. Näin rakennettu kuva todellisuudesta riskin käsitteen kautta ja tieteellisen tiedon käyttö esittävät tulevaisuuden laskettavissa olevana ja mahdollisena hallita.

Dean (1999, 188) esitti, että yhtenä riskien hallinnan ulottuvuutena oli riskikäsitysten liittäminen erilaisiin käytäntöihin ja teknologioihin. Nykyään monet erilaiset sikiön perimän tutkimiseen käytettävät menetelmät kuten lapsivesitutkimukset ja sikiöseulonnat ovat kehittyneet ja niitä käytetään enenevässä määrin osana normaalia äitiyshuoltoa. Meskus näkee, että ”näiden sosioteknisten tapahtumien myötä sekä odottava äiti että sikiö ovat ´muuttaneet muotoaan´.” (Meskus 2009, 77.) Helén esittää, että äitiyshuollossa käytettyjä sikiödiagnoosi- ja seulontatekniikoita ohjaa kontrollin logiikka, jossa elämänprosesseja ja elinolosuhteita muokataan hallitsemalla niiden sisältämiä epävarmuuksia (Helén 2001, 103). Tähän liittyy vahvasti riskin idea ja terveydenhoidon käytännöt tarjoavat merkittävän laajentumisalueen tälle kontrollille (emts.).

Ruhl (1999, 113) katsoo, että uudet teknologiat pitävät sikiötä naisesta ”irrationalisena” ja riippumattomana yksikkönä, vaikka toisaalta korostetaan sikiön avuttomuutta silloin, kun äiti mahdollisesti vaarantaa sikiön terveen kehityksen. Meskuksen mukaan teknologian tuoma suurempi yhteys sikiöön on määrittänyt sikiön perustavammalla tavalla äidin ruumiista erilliseksi olennoksi ja odottavasta äidistä on raskausajan tarkkailukeinojen avulla muodostunut sikiön kasvun ”ympäristö”, jolta toivotaan sikiön terveyttä edistäviä elämäntapoja ja vastuullisuutta (Meskus 2009, 77). Ruhl (1999, 97) kiinnittää huomiota siihen, että raskaana oleva nainen nähdään samanaikaisesti sikiön parhaana mahdollisena suojana, että sen pahimpana vihollisena.

Erilaiset riskilaskelmat ja lisääntymisteknologiat ovat muokanneet nykyistä kuvaa raskaana olevasta naisesta ja sikiöstä. Tämän uudenlaisen kuvan vaikutuksia tulee arvioida empiirisen tutkimuksen avulla. Riskikäsitteiden ja teknologioiden lisäksi tutkimustiedon käytön analysoiminen lisää hallinnan analytiikan käsitetyökaluvarantoa ja tarjoaa kriittisen näkökulman siihen minkälaisiin tietokäytäntöihin poliittiset rationaliteetit nykyisin perustuvat.

3. Aineisto, tutkimusmenetelmä ja kvalitatiivisen tutkimuksen luonne

3.1 Aineisto

Aineistona käytetään erilaisia poliittisia dokumentteja. Alussa mainitun STM:n vuoden 2009 työryhmäraportin lisäksi analysoidaan kaikki eduskunnassa esitetyt kirjalliset kysymykset ja vastaukset vuosilta 1999–2009 liittyen raskaana olevien päihdeongelmaisten tahdonvastaiseen hoitoon. Kysymyksiä ja vastauksia on molempia yhteensä seitsemän vuosilta 1999, 2001, 2005, 2007, 2008 ja kaksi vuodelta 2009, jolloin työryhmän raportti ilmestyi. Word-tiedostoon siirrettynä kysymysten ja vastausten yhteispituus on 12 sivua 1,5-rivivälillä.

STM:n vuonna 2009 julkaisemasta noin 50-sivuisesta raportista tarkastellaan siinä esitettyjä ehdotuksia ja niiden perusteluja niiltä osin kuin ne liittyvät raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon. Työryhmän raportti sisälsi useita erilaisia ehdotuksia päihteitä käyttävien naisten hoitoon liittyen. Tässä keskitytään kuitenkin työryhmän raskausaikaan liittyviin ehdotuksiin ja niistä erityisesti tahdosta riippumattomaan hoitoon.

Aineisto on käyty läpi ja koodattu Atlas.ti -tietokoneohjelman avulla. Ohjelma ei tee analyysia, vaan lähinnä helpottaa aineiston käsittelyä. Kirjallisten kysymysten ja vastausten analyysissa käytetty koodisto löytyy liitteestä 1 (N=170) ja STM:n raportissa käytetty koodisto liitteestä 2 (N=108). Molemmat koodistot on luotu aineistolähtöisesti tutkimuskysymysten ohjaamina. Kirjallisten kysymysten ja vastausten koodisto luotiin ensin ja siinä keskeisiä teemoja eli koodeja olivat *pakkohoito* (16/170), *päihdeäiti* (13/170), *asiantuntijat* (13/170), *alkoholi* (12/170) sekä *tilastot* (11/170). STM:n raportin kohdalla keskeisiä koodeja olivat *kohderyhmän tavoittaminen* (7/108), *pakkohoito* (6/108) ja *päihdehuoltolaki* (6/108).

Kirjalliset kysymykset ja vastaukset on kerätty eduskunnan sähköisestä asiakirja-arkistosta (Eduskunta 2011). Koska eduskunnalla on Suomessa valta säätää lakeja, on tärkeää ja perusteltua tarkastella millä tavoin siellä käsitellään poliittisia kiistakysymyksiä kuten raskaudenaikaisia päihdeongelmia. Minkälaisia ongelmia ja mahdollisia ratkaisuja kirjallisissa kysymyksissä ja niihin annetuissa vastauksissa esitetään? Minkälaisia jännitteitä ja ihmisiin liittyviä kategorisointeja niissä esiintyy? Miten käytetään hyväksi tilastoja, tutkimustietoa ja asiantuntijuutta? Aineiston valintaa voidaan perustella myös sen helpolla saatavuudella

Tarkoituksena ei ole analysoida miten poliittinen diskurssi on kehittynyt liittyen raskaana olevien päihdeongelmaisten tahdon vastaiseen hoitoon vuosien 1999–2009 aikana. Tämä tuskin olisi mahdollistakaan, sillä kaikki kysymykset ovat yksittäisiltä kansanedustajilta erilaisissa tilanteissa ja eri aikoina, joten ne eivät sinänsä muodosta jatkumoa. Tarkoituksena ei ole myöskään yrittää tehdä johtopäätöksiä kysyjien henkilökohtaisista intentioista, heidän motiiveistaan tai syistään kysymyksien takana. Analyysi tapahtuu käyttäen apuna Carol Bacchin (2009) muotoilemaa kriittistä diskurssianalyysia, joka esitellään seuraavassa alaluvussa.

3.2 Tutkimusmenetelmä: kriittinen diskurssianalyysi

Bacchi kuvailee menetelmäänsä postsrukturalistiseksi lähestymistavaksi politiikan analysoimiseksi (2009, vi). Se tarjoaa mahdollisuuden kyseenalaistaa politiikan (policy) ja siihen sisältyvien ehdotusten itsestään selvinä pidetyt oletukset problematisoimalla sen, miten nuo ongelmat esitetään. Tässä mielessä se on kriittinen analyysin muoto. (Bacchi 2009, xv.)

Bacchi nojaa menetelmänsä muotoilussa vahvasti Foucault'n ajatteluun. Koska tämän työn teoreettinen lähestymistapa on Foucault'n ja hänen seuraajiensa innoittama, kyseinen analyysimenetelmä sopii hyvin aineiston analyysiin. Bacchin kehittämää analyysimenetelmää voi kuvailla myös käytännönläheiseksi ja helposti empiiriseen aineistoon sovellettavissa olevaksi.

Bacchi esittää lähestymistapansa sisältävän kolme perusväittämää tai propositiota. Ensimmäisen perusväittämän mukaan meitä hallitaan problematisoinnin kautta (Bacchi 2009, xi–xii, 25–32). Problematisointi tarkoittaa asioiden esittämistä ongelmana (emt., xii). Bacchi esittää, että ”ongelmaa” ei pidä tässä yhteydessä ymmärtää jonain, mitä on vaikea käsitellä tai mikä vaatisi ratkaisua. Sen sijaan, se viittaa pikemminkin siihen muutokseen, jonka jokin poliittinen ehdotus tai kannanotto sisältää. Jonkin asian esittäminen ongelmaksi pitää sisällään sen, että tuolle ongelmalle pitää löytää myös ratkaisu. Ongelmia ei pidä ottaa itsestään selvinä tai annettuina, olettaen, että ne ovat olemassa ilman niiden aktiivista ”luomista”. (Bacchi 2009, x–xi.) Poliitikko väittää korjaavansa asioita, mikä edellyttää olettamusta ongelmien olemassaolosta (Bacchi 2009, viii–xi). Tämä taas johtaa siihen, että tapa, jolla asiat problematisoidaan, on keskeistä hallinnan prosesseissa (emt., xi; ks. myös Miller & Rose 2010, 26–28).

Bacchin menetelmän toinen perusväittäjä on se, että ”ongelmien” sijaan tulisi tutkia sitä, miten ongelmat esitetään. Kyseessä ei ole tapa arvioida politiikan toimivuutta, vaan tavoitteena on tutkia niitä oletuksia ja lähtökohtia, jotka liittyvät ongelmien

representaatioihin. Bacchin menetelmän kolmannen perusväittämän mukaan on kyseenalaistettava tehdyt problematisoinnit tutkimalla tarkoin ne oletukset ja (mahdolliset) vaikutukset mitä ongelmien representaatiot pitävät sisällään. (Bacchi 2009, xii–xiv, xxi, 32–47.) Myös Millerin ja Rosen (2010, 50) mukaan

”kaikki hallinta riippuu erityisestä ‘representaation’ muodosta: kyseessä olevaa aluetta koskevan kielen sellaisesta työstämisestä, joka yhtäältä väittää tavoittavansa kuvatun todellisuuden luonteen ja toisaalta kirjaimellisesti representoi sitä poliittiselle punninnalle, väittelylle ja juonittelulle soveliaalla tavalla.”

Bacchi (2009, 2–19; 48) tarjoaa analyttisenä työkaluna kuusi toisiinsa liittyvää kysymystä, joita voidaan soveltaa empiiriseen aineistoon. Ensin kysytään mikä on se ”ongelma” mikä tietyssä poliittisessa ohjelmassa esitetään ja mihin haetaan ratkaisua. Ongelmia voi olla useita ja ne voivat olla myös ristiriidassa keskenään. (Bacchi 2009, 2–4.)

Toisen kysymyksen tarkoituksena on katsoa mitä ennako-oletuksia tietyn ”ongelman” esittämisen taustalla on. Tarkoituksena ei ole yrittää saada selville mitä ennakoasenteita päättäjillä mahdollisesti on vaan, esimerkiksi minkälaisia *dikotomioita* ongelman esitetään pitävän sisällään. Dikotomiat ovat jyrkkiä vastakkainasetteluja asioiden välillä ja ne sisältävät myös hierarkkisuuutta; jompaakumpaa dikotomian osaa arvostetaan enemmän kuin toista. Dikotomioiden lisäksi tarkastellaan minkälaisia *käsitteitä* käytetään, minkälaisia merkityksiä ne saavat ja minkälaisia ihmisiin liittyviä *katgorioita* luodaan. (emt. 4–9.)

Kolmannen kysymyksen tarkoituksena on genealogisesti katsoa miten tietty ongelmarepresentaatio on muodostunut. Tarkoituksena on reflektoida tiettyjä päätöksiä ja kehityskulkuja, jotka ovat osaltaan olleet mukana muodostamassa tietyn ongelman esittämistä, sekä tunnistaa, että kilpailevat ongelmarepresentaatiot olisivat saattaneet vaikuttaa siihen, että asiat olisivat saattaneet mennä toisin. (Bacchi 2009, 10.)

Neljännän kysymyksen pyrkimyksenä on yrittää tarkastella sitä, mikä jätetään sanomatta. Mitkä asiat jätetään problematisoimatta tietyssä ongelmarepresentaatiossa, toisin sanoen mitkä ovat tietyn ongelmarepresentaation rajat. Tarkoituksena on tuoda keskusteluun asioita ja näkökulmia, joista vaietaan tietyssä ongelmarepresentaatiossa. (Bacchi 2009, 12–13.)

Viidenneksi kysytään mitä vaikutuksia tietyllä ongelmarepresentaatiolla tuotetaan. Niin kuin aikaisemmin mainittiin, tarkoituksena ei ole arvioida tietyn toimintapolitiikan toimivuutta tai tuloksia, vaan lähinnä identifioida kolmenlaisia toisiinsa liittyviä vaikutuksia:

1. Diskursiivisia vaikutuksia eli mitä voidaan sanoa ja ajatella ja mitä jätetään pois
2. Subjektifikaation vaikutuksia eli tapoja joilla subjekteja ja subjektiviteetteja rakennetaan diskurssissa
3. Elettyjä vaikutuksia eli miten ongelmarepresentaatiot mahdollisesti vaikuttavat ihmisten elämään.

On tärkeää miettiä, mikä todennäköisesti tulee muuttumaan tietyn ongelmarepresentaation myötä, mikä säilyy ennallaan, kuka hyötyy ja ketä ongelmarepresentaatio mahdollisesti haittaa sekä ketä pidetään vastuussa ongelmasta. (Bacchi 2009, 15–18.) Hallinta ei ole pelkkiä representaatioita, vaan myös asioihin puuttumista (Miller & Rose 2010, 51).

Kuudes ja viimeinen kysymys liittyy siihen, miten jokin ongelmarepresentaatio saavuttaa hallitsevan ja legitiimin aseman ja mitä mahdollisuuksia on tuon representaation haastamiseen (Bacchi 2009, 19).

Tässä työssä keskitytään kahteen ensimmäiseen kysymykseen. Ensimmäkin tarkastellaan mikä on se *ongelma* mihin haetaan jotain tiettyä ratkaisua, ja toisaalta katsotaan minkälaisia *kategorioita* ja *dikotomioita* aineistosta muodostuu. Työssä pohditaan hieman myös sitä, mitä jää sanomatta ja mitä vaikutuksia ongelmarepresentaatioilla mahdollisesti on (kysymykset neljä ja viisi). Työn genealogista luonnetta (kysymys kolme) pohdittiin teoriaosuuden alussa (luku 2) ja esitettiin, että vaikka aineisto ei anna mahdollisuutta tarkkaan genealogiseen tarkasteluun, on lähestymistapa genealoginen siinä mielessä, että siinä tarkastelun kohteena on nykyisyyttä kuvaava ilmiö ja pyrkimyksenä on osoittaa, ettei tuohon ilmiöön ole päädytty ilman erilaisia kiistoja ja jännitteitä.

Ongelmarepresentaatioiden, kategorioiden ja dikotomioiden lisäksi aineiston analyysissä keskitytään siihen miten tutkimus- ja asiantuntijatietoa käytetään perusteena raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiselle hoidolle. Seuraavaksi tarkastellaan lyhyesti kvalitatiivisen tutkimuksen yleispiirteitä sekä sen yleistettävyyttä ja arvioitavuutta.

3.3 Kvalitatiivisesta tutkimuksesta ja sen arvioitavuudesta

Kyseessä on kvalitatiivinen opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on tekstiaineiston analyysi laadullisen tutkimuksen periaattein (ks. esim. Mäkelä 1990; Alasuutari 1999). Tavoitteena on osaltaan ”tarjota historiallisesti spesifin kohteen hyvin jäsentynyt kuvaus” (Mäkelä 1990, 42). Tämä vaatii kohteen käsitteellistä jäsentämistä, mikä on

teoreettinen tehtävä (emt., 43). Toisaalta Pertti Töttö esittää, että jako laadulliseen ja määrälliseen tutkimukseen on varsin harhaanjohtavaa. Se esittää virheellisesti, että tutkimus olisi pelkästään laadullista tai määrällistä. (Töttö 2004, 9.) Niin kvalitatiivisessa kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään samoja tieteellisen tutkimuksen periaatteita, kuten pyrkimys objektiivisuuteen ja loogiseen todisteluun. Lisäksi tutkijat nojaavat todistelunsa havaintoaineistoihinsa eivätkä omiin arvolähtökohtiinsa. (Alasuutari 1999, 32.) Töttö (2004, 10) esittää, että sosiaalitutkimus on teoretisointia, joka nojaa tutkijan omiin päätelmiin sekä aikaisempaan tutkimukseen. Lisäksi sosiaalitutkimukseen sisältyy empiirinen analyysi, jonka aineistona toimivat mittaustulokset, tekstiaineistot tai molemmat (emt.).

Klaus Mäkelä (1990, 47–55) esittää, että kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteissa on syytä kiinnittää huomiota aineiston merkittävyyteen, yhteiskunnalliseen paikkaan ja riittävyyteen sekä analyysin kattavuuteen, arvioitavuuteen ja toistettavuuteen. Aineiston merkittävyydelle on vaikea esittää mitään ennakkokriteerejä, mutta tutkijan on pystyttävä argumentoimaan sen puolesta, että aineisto on analyysin arvoinen. Lisäksi tutkijan on itse määritettävä aineistonsa yhteiskunnallinen paikka ja sen tuotantoehdot. (Mäkelä 1990, 48.) Kvalitatiivisen aineiston riittävyyden yhteydessä puhutaan usein sen kylläntymisestä. Rajaa, jonka jälkeen aineisto ei enää anna mitään uutta, on kuitenkin vaikea vetää. Aineistoa ei kannata kerätä liikaa kerralla. Analyysin kattavuus viittaa siihen, ettei tutkija perusta tulkintojaan sattumanvaraisiin poimintoihin aineistosta. (Mäkelä 1990, 52–53.) Aineisto on tärkeä saada prosessoitavaan muotoon, joka on hallinnassa (Mäkelä 1990, 53). Analyysin arvioitavuus liittyy lukijan mahdollisuuteen seurata miten tutkija päätyi tuloksiinsa. Lukijalle on annettava riittävät edellytykset hyväksyä tai riitauttaa tutkijan tulkinnat. Toistettavuus liittyy siihen onko analyysin luokittelu- ja tulkintasäännöt esitetty niin yksiselitteisesti, että niitä soveltamalla toinen tutkija päätyisi samoihin tuloksiin. (Mäkelä 1990, 53.)

Tässä työssä käytettävä aineisto, analyysimenetelmä ja analyysi on pyritty esittämään yksityiskohtaisesti, mikä edesauttaa tutkimustulosten arviointia. Koska aineisto muodostuu julkisista asiakirjoista, on se myös vapaasti tarkastettavissa. Aineiston analysointia ohjasi selkeät tutkimuskysymykset ja aineisto oli kattava, sillä se sisälsi kaikki raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaista hoitoa koskevat kirjalliset kysymykset ja vastaukset tutkittavalta ajanjaksolta. Aineistosta nousi toistuvia teemoja, joten tarvetta lisäaineistolle ei ollut. Kysymys yksilön itsemääräämisoikeudesta ja sen rajoittamisesta on eettisesti ja yhteiskunnallisesti tärkeä tutkimuskohde. Aineiston ja tutkimuskohteen merkittävyyttä korostaa myös se, ettei

niitä ole aikaisemmin systemaattisesti analysoitu, ja että lakien säätäminen on yhteiskunnallisesti merkittävää toimintaa ja sitä on tärkeää tutkia.

3.4 Eettinen asiainmukaisuus

Kirjalliset kysymykset ovat julkisia asiakirjoja ja niiden esittäjät kansanedustajina tunnettuja henkilöitä, joten heidän anonymiteetin suojaaminen ei ole tarpeellista. Analyysin kohteena eivät myöskään ole kansanedustajien henkilökohtaiset asiat. (Kuula 2006, 216.) Myös Sosiaali- ja terveysministeriön raportti on julkinen asiakirja.

4. Pakkohoito kirjallisissa kysymyksissä ja vastauksissa 1999–2009

Ensimmäisessä analyysiluvussa tarkastellaan eduskunnassa esitettyjä kirjallisia kysymyksiä ja niihin annettuja vastauksia vuosilta 1999–2009 liittyen raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon. Analyysissä ovat mukana kaikki tuona aikana aiheesta esitetyt kirjalliset kysymykset ja niiden vastaukset. Kysymyksiä ja vastauksia on molempia seitsemän vuosilta 1999, 2001, 2005, 2007, 2008 ja kaksi vuodelta 2009, jolloin STM:n työryhmän raportti raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidosta ilmestyi.

Aineiston analyysissä painottuvat Bacchin (2009) kriittisen diskurssianalyysin kysymykset liittyen siihen, miten ongelma muotoillaan ja minkälaisia ratkaisuja sille esitetään. Ongelmia ja ratkaisuja voi olla useita samassa kysymyksessä. Lisäksi katsotaan minkälaisia dikotomioita ja kategorioita kysymyksissä muodostuu ja miten niin kirjallisissa kysymyksissä kuin niiden vastauksissa käytetään tietoa, joka perustuu erilaisiin tutkimuksiin, tilastoihin ja asiantuntijuuksiin.

Analyysiluku 4 on rakenteeltaan seuraavanlainen: ensimmäisessä osassa (4.1) tarkastellaan mikä on se ongelma, jonka kansanedustaja esittää ministerin vastattavaksi, miten se muotoillaan ja mitä sille esitetään ratkaisuksi. Lisäksi analysoidaan minkälaisena asianomainen ministeri näkee kyseisen ongelman. Analyysi etenee kronologisesti. Seurattavuuden helpottamiseksi alaluvun 4.1 alaluvut on otsikoitu kansanedustajan kysymyksen esittämivuoden ja kansanedustajien alkuperäisten otsikointien mukaan. Kansanedustajien kirjalliset kysymykset on koottu taulukkoon 1.

Alaluvussa 4.2 tarkastellaan minkälaisia kategorioita kirjallisista kysymyksistä ja niihin annetuista vastauksista nousee esiin. Alaluvussa 4.3 analysoidaan dikotomioita ja alaluvussa 4.4 tarkastellaan miten kirjallisissa kysymyksissä ja niihin annetuissa vastauksissa käytetään tutkimustietoa argumentoinnin apuna. Vaikka poliittisilta toimijoilta ei voida vaatia samanlaista asiantuntemusta, kuin jonkin tietyn tutkimusalan asiantuntijoilta, voidaan kuitenkin tarkastella sitä, miten poliittiset toimijat käyttävät asiantuntijatietoa hyväkseen ajaessaan tärkeitä pitämiään asioita eteenpäin. Alaluvuissa 4.2–4.4 analyysi etenee kokoamalla tarkasteltavat asiat aluksi kansanedustajien kirjallisten kysymysten osalta ja tämän jälkeen käydään läpi samat asiat ministerien vastausten osalta.

Kansanedustajien kirjalliset kysymykset (1999–2009) on koottu alla olevaan taulukkoon (Taulukko 1). Taulukosta käy ilmi kysymyksen esittäjä, vuosi ja kysymyksen muotoilu.

Taulukko 1. Kansanedustajien kirjalliset kysymykset vuosilta 1999–2009 liittyen raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon.

<p>Päivi Räsänen 1999: "Aikooko hallitus ryhtyä toimenpiteisiin päihdehuoltolain muuttamiseksi niin, että siinä otettaisiin paremmin huomioon sekä sikiönsuojelun näkökulma että huumeriippuvuuden vaatima pitkä hoitoaika?"</p>
<p>Markku Laukkanen 2001: "Mihin toimenpiteisiin hallitus aikoo ryhtyä, jotta huumeita ja päihhteitä raskauden aikana käyttävien äitien pakkohoito mahdollistetaan myös Suomessa?"</p>
<p>Katri Komi 2005: "Miten hallitus aikoo toimia, että syntymättömän lapsen oikeus terveyteensä on arvokkaampi kuin aikuisen yksilön oikeus käyttää päihhteitä?"</p>
<p>Päivi Räsänen 2007: "Mitä hallitus aikoo tehdä sen turvaamiseksi, että pakkohoitoa tarvitseva päihdeongelmainen ei jää ilman hoitoa?"</p>
<p>Sirpa Asko-Seljavaara 2008: "Aiotaanko päihdeongelmaisten odottavien äitien sijoittaminen pakkohoitoon raskauden aikana mahdollistaa?"</p>
<p>Pertti Salolainen 2009: "Milloin hallitus antaa esityksen päihdeäitien nykyistä tehokkaammasta hoidosta?"</p>
<p>Pertti Hemmilä 2009: "Mihin toimiin hallitus aikoo ryhtyä taatakseen syntymättömän lapsen oikeuksien toteutumisen siten, että päihdeongelmainen raskaana oleva nainen voidaan ohjata pakkohoitoon?"</p>

4.1 Ongelmia ja mahdollisia ratkaisuja

4.1.1 Raskaana olevan päihderiippuvaisen tahdosta riippumaton hoito (1999)

Vuoden 1999 kysymyksessä tuolloin Suomen Kristillisen Liiton kansanedustajana toimineen Päivi Räsänen näkökulmasta ongelmaksi muodostuu päihdehuoltolaki, joka ei ota tarpeeksi hyvin huomioon sikiönsuojelun näkökulmaa eikä huumeriippuvuudesta eroon pääsyn vaatimaa pitkää hoitoaika. Räsänen tuo esiin kuinka päihhteiden käytöstä aiheutuu terveyshaittoja myös muille kuin itse käyttäjälle: "Muille aiheutettujen terveyshaittojen joukossa syntymättömien lasten saamat vammat ovat nykyisin

merkittävin ja vaikutuksiltaan pitkäkestoisin ryhmä. Näiden lasten päihdevaurioiden ehkäisemiseksi ei ole kuitenkaan ryhdytty riittäviin toimiin.”

Räsänen tuo myös esiin muutama vuosi aikaisemmin ilmestyneen Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen lapsipoliittisesta selonteosta antaman mietinnön ja siellä esiintyneen maininnan, jonka mukaan "on ryhdyttävä toimenpiteisiin päihdehuoltolain muuttamiseksi sikiönsuojelun paremmin huomioon ottavaksi". Vaikka Räsänen tuo kirjallisessa kysymyksessään esiin myös alkoholin, on kysymyksen painotus kuitenkin huumeissa. Hän esittää, että on Päihdehuoltolaki on päihteidenkäyttäjän profiilin muuttuessa vanhentunut:

”Päihdehuoltolain tahdosta riippumattoman hoidon määräykset soveltuvat lähinnä torjumaan alkoholistimpien itselleen ja ympäristölleen aiheuttamia haittoja. Sen sijaan esimerkiksi huumeita käyttävän naisen tapauksessa niistä ei ole hyötyä, etenkin jos hän on raskaana”.

Räsänen esittää, että nykyisen Päihdehuoltolain mahdollistama viiden vuorokauden tahdosta riippumaton hoitoaika henkilölle itselleen hengenvaaran tai vakavan terveydellisen vahingon perusteella ei riitä huumeista vieroittumiseen. Toisaalta 30 vuorokauden tahdosta riippumatonta hoitoa väkivaltaisuuden perusteella ei voida soveltaa syntymättömän lapsen suojelemiseksi. Räsänen mukaan päihdehuoltolain ”tulisi ottaa nykyistä paremmin huomioon muiden päihteiden kuin alkoholin vieroitushoidon vaatimukset.”

Räsänen tuo esiin, että vapaaehtoisten palveluiden tulisi olla ensisijaisia ja ”päihdeäideille tulisikin järjestää kattavasti laadukkaita, vain naisille tarkoitettuja vieroituspalveluja”. Kuitenkin äärimmäisissä tapauksissa olisi oltava mahdollisuus tahdonvastaiseen hoitoon sikiön suojelemiseksi. Räsänen näkee, että ”[M]uutama kuukausi pakkoraittiutta on pieni hinta toisen ihmisen läpi elämän kestävien vammojen ehkäisystä.” Tämä ei olisi Räsänen mielestä pelkästään inhimillisesti, vaan myös taloudellisesti kannattavaa.

Vastauksessaan vuoden 1999 kirjalliseen kysymykseen Ruotsalaista kansanpuoluetta edustanut Peruspalveluministeri Eva Biaudet lähtee liikkeelle viittaamalla STM:n vuosina 1997 ja 1998 järjestämiin asiantuntijoiden keskustelutilaisuuksiin, joissa pohdittiin muun muassa ”raskaana olevan päihteitä ongelmallisesti käyttävän naisen mahdollista pakkohoitoa sikiövaurioiden ehkäisemiseksi ja hyvän äitiyden edellytysten parantamiseksi.”

Ministerin vastauksessa viitataan myös moniin muihin toimijoihin ja asiantuntijoihin, joilla kaikilla on hieman erilainen rooli äitiyshuollossa. Biaudet tuo esiin Stakesin (nykyinen THL), äitiysneuvolat ja -poliklinikat, erityispalvelut sekä edellisvuonna aloitetun Ensi- ja turvakotien liiton Pidä Kiinni -projektin, jonka puitteissa perustettiin päihdeongelmaisten äitien ja raskaana olevien naisten auttamiseksi uudenlaisia ensikoteja avo- ja laitoshoitopalveluineen.

Biaudet tuo esiin kuinka Stakesin laatimassa oppaassa, *Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukses 1999 (Stakes, oppaita 34/1999)*, annetaan muun muassa suosituksia päihdeongelmaisten äitien tarvitsemien tehostetun äitiyshuollon palveluiden hoitamisesta. Opas antaa myös informaatiota päihteiden vaikutuksista sikiöaikana. Ministeri nostaa esiin, että ”[E]rityisen tärkeätä on, että jo ensimmäisellä neuvolakäynnillä selvitetään koko perheen alkoholin ja muiden päihteiden käyttö.” Lisäksi hän korostaa varhaisen tunnistamisen tärkeyttä tilanteissa, ”joissa on tai voi olla kyseessä vaurioiden kehittyminen syntyvälle lapselle” ja moniammatillisen yhteistyön ja asiantuntijuuden välttämättömyyttä.

Biaudet esittää, että äitiysneuvola tarjoaa ”perusinformaatiota päihteiden vaikutuksista raskauteen, ohjaa synnyttäjän äitiyspoliklinikkaan ja antaa tietoa päihdehoitopaikoista.” Äitiyspoliklinikalla taas tarjotaan yksityiskohtaisempaa informaatioita päihteiden vaikutuksista sikiöön ja raskauteen. Täällä potilasta pyritään motivoimaan itse päihteiden käyttöönsä tai hänet ohjataan erityispalveluihin. Sairaalaosastot, katkaisuhuoltoasemat sekä päihdehuollon kuntoutuslaitokset ovat paikkoja, joissa päihteiden käytön lopettamista voidaan hoitaa. Lisäksi erityisensikotien asiakkaiksi voi tulla raskaana olevia tai synnyttäneitä naisia lapsineen ja heiltä edellytetään päihteettömyyttä.

Biaudet tuo esiin myös vuonna 1998 aloitetun Pidä Kiinni -projektin. Ministeri nostaa esiin monia projektin tavoitteita, kuten sikiövaurioiden ehkäiseminen ja minimoiminen tukemalla äidin raskaudenaikaista päihteettömyyttä. Lisäksi projektiin kuuluu ”valtakunnallisten asiantuntijaverkostojen organisointi ja koulutus ja konsultaatio sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille.”

Nähdäkseni Stakesin rooli ministerin vastauksessa on asiantuntijoille suunnattavan informaation tuottajan ja -ohjaajan rooli. Äitiysneuvolat ja -poliklinikat sekä erityispalvelut ovat kohderyhmälle tarjottuja vapaaehtoispalveluja, joista saa myös informaatiota ja neuvontaa. Pidä Kiinni -projektin rooli voidaan nähdä valtakunnallisena informaatioverkoston kokoajana ja kehittäjänä. Biaudet ei sinänsä ota

kantaa Päihdehuoltolakiin, jonka Räsänen omassa kysymyksessään esitti ongelmalliseksi. Sen sijaan Biaudet tuo esiin erilaisia äitiyshuollon toimijoita erilaisine rooleineen ja tällä tavoin laajentaa kansanedustajan kysymyksessä esitetyn ongelmarepresentaation rajoja.

Biaudet ottaa kantaa myös tahdonvastaiseen hoitoon, mutta painottaa kuitenkin vapaaehtoisia palveluja ja niiden kehittämistä. Biaudet tuo esiin kuinka asiantuntijakokouksissa pakon käyttöön on suhtauduttu eri tavoin ja kuinka ”pakkohoidon tuloksellisuus on usein kyseenalaistettu.” Biaudet esittää kuitenkin, että

”[O]n kuitenkin olemassa eräs ryhmä äitejä, joita on erittäin vaikea heidän elämäntilanteensa vuoksi tavoittaa. Nämä äidit ovat usein asunnottomia ja liikkuvat asunnosta toiseen. Ainakin tämä ryhmä äitejä ja heidän syntyvä lapsensa voisivat mahdollisesti hyötyä pakkohoidosta. Heidän tavoittamisensa ja motivoimisensa vapaaehtoiseen hoitoon hakeutumiseen on epätodennäköistä.”

Ongelmana päihdehuollossa on ministerin mukaan kuitenkin hoitopaikkojen puute. Tämä on myös kysymyksessä esitetyn ongelman uudelleenmuotoilua.

Lopuksi Biaudet esittää, että

”Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa työryhmän, jonka tehtävänä on kartoittaa raskaana olevien päihteitä käyttävien äitien tarvitsemien palveluiden nykytilanne, arvioida palveluiden kehittämistarve ja tehdä ehdotuksia palveluiden kehittämiseksi. Samalla työryhmä tulee arvioimaan tahdosta riippumattoman hoidon tarkoituksenmukaisuutta sekä arvioimaan tältä osin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön kehittämistarvetta.”

Kyseinen työryhmä asetettiin kuitenkin virallisesti vasta 2007 ja sai raporttinsa (STM 2009) valmiiksi melkein kymmenen vuotta Biaudet'n vastauksen jälkeen.

4.1.2 Päihdeäitien pakkohoito (2001)

Vuoden 2001 kirjallisen kysymyksen on esittänyt Keskustaa edustava Markku Laukkanen. Kysymyksessä keskeisin ongelma on, ettei raskauden aikana päihteitä käyttävien äitien pakkohoito ole mahdollista Suomessa. Kansanedustaja katsoo, että ongelmana on se, että ”[O]sa äideistä ei pysty asettamaan sikiön etua oman päihderiippuvuutensa edelle.”

Laukkanen tuo kysymyksensä alustuksessa esiin myös esimerkkinä Norjan tilanteen, jossa hänen mukaansa ”on saatu hyviä kokemuksia narkomaaniäitien pakkohoidosta ja äidit itse ovat suhtautuneet pakkohoitoon erittäin myönteisesti.” Hän viittaa myös asiantuntijoihin, joiden mukaan ”pähdeäitien pakkohoito olisi tarpeen silloin, kun vapaaehtoiset keinot eivät auta, ja lakimuutos, joka antaisi sikiölle ihmisoikeuden ja tätä

kautta mahdollistaisi päihteitä käyttävän äidin pakkohoidon raskauden aikana, olisi todella tervetullut.”

Vuoden 2001 vastauksessa Vihreää Liitto edustava Peruspalveluministeri Osmo Soininvaara esittää, että arvioiden mukaan yhdellä prosentilla raskaana olevista naisista on Suomessa päihdeongelma, ”mutta määrä voi olla moninkertainen määrittelytavasta riippuen.” Päihteiden käyttö keskittyy suurimmaksi osaksi mietoihin alkoholijuomiin, väkevien alkoholijuomien ja huumeiden käytön ollessa harvinaisempaa. Sekakäyttö on Soininvaaran mukaan kuitenkin lisääntynyt myös raskaana olevien naisten keskuudessa.

Soininvaara tuo esiin kuinka ”[Ä]itiyshuolto tavoittaa lähes kaikki raskaana olevat naiset” ja vain ”noin 0,2–0,3 % raskaana olevista ei ole käynyt lainkaan äitiysneuvolassa.” Syyt tavoittamattomuuteen on ministerin mukaan suurelta osin ollut oleskelu ulkomailla tai tietämättömyys raskaudesta. Soininvaara näkee, että ”[T]arjoamalla tarpeenmukaisia ja houkuttelevia palveluja, hoitoa ja kuntoutusta voitaisiin todennäköisesti saada lähes kaikki ohjauksen, neuvonnan ja hoidon piiriin.”

Soininvaara esittää, että päihdehuoltolain mukaan kuntien velvollisuutena on järjestää päihdehuolto laadultaan ja sisällöltään sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Ehkäisevä toiminta, päihdeongelman varhainen toteaminen ja siihen puuttuminen ovat ministerin mukaan päihdehuollon toimintapolitiikan lähtökohtia. Vastauksessa tuodaan esiin palveluiden tehostaminen ja lisääminen sekä uusien hankkeiden käynnistämisen mahdollisuus kohderyhmän paremmaksi tavoittamiseksi sekä toimivien menettelytapojen kehittäminen sellaisiin vaikeisiin yksilötilanteisiin, jolloin ”omatoiminen hoitoon hakeutuminen tai siihen sitoutuminen on jäänyt riittämättömäksi.” Myös tarvetta säätää erikseen raskaana olevien päihdeongelmaisten oikeudesta päihdehuollon palveluihin tulisi harkita osaksi siksi, ettei päihteiden käytön lopettamiseksi hoitoa haluava raskaana oleva nainen ole aina päässyt hoitoon. Soininvaaran mukaan ”[P]akkokeinojen käyttö siinä tilanteessa, kun vapaaehtoisia keinoja ei tarjota riittävästi, ei ole tarkoituksenmukaista ja moraalisesti perusteltua.”

Toisin kuin kansanedustaja Laukkanen, joka näki ongelmana sen, että osa päihdeongelmaisista naisista ei kykene laittamaan sikiön etua päihderiippuvuutensa edelle, ministeri Soininvaara näkee ongelmana sen, ettei raskaana oleva nainen, joka haluaa hoitoa päihteiden käytön lopettamiseksi, ole aina saanut maksusitoumusta päihdehuoltoon. Soininvaara korostaa myös vapaaehtoisten palveluiden kehittämistä ja kohderyhmän parempaa tavoittamista. Soininvaaran vastauksessa ongelmana ei siis ole

äiti, joka ei kykene asettamaan sikiön etua päihderiippuvuutensa edelle, vaan ongelma on rakenteellinen: palvelut eivät ole laadukkaita tai niitä ei ole tarpeeksi.

4.1.3 Raskaana olevien päihteidenkäyttäjien pakkohoito (2005)

Keskustaa edustava Katri Komi näkee vuoden 2005 kirjallisessa kysymyksessään suurimpana ongelmana sen, että aikuisen henkilön oikeus käyttää päihteitä katsotaan Suomessa suuremmaksi kuin syntymättömän lapsen oikeus terveyteen. Aikuinen henkilö on kysymyksessä lähinnä raskaana oleva päihteitä käyttävä nainen. Lisäksi Komi näkee ongelmana ihmisten tietämättömyyden päihteiden käytön vaikutuksista raskauden aikana, johon hän tarjoaa yhtenä ratkaisuvaihtoehtona varoitusten laittamista alkoholipakkauksiin ja korostaa koulun terveystuntien tärkeyttä tiedon perille viemisessä. Komin mielestä myöskään tasa-arvo alkoholin käytössä ei toteudu tässä mielessä: ”hedelmällisessä iässä oleva nainen voi periaatteessa tietämättään vahingoittaa sikiötä raskauden alkuvaiheessa, jos hän ei tiedä omasta raskaudestaan.”

Komi katsoo, että ”[S]uomessa raskaana olevan naisen oikeus juoda alkoholia tai käyttää muita päihteitä katsotaan suuremmaksi kuin lapsen oikeus syntyä terveenä vaikka äidin vakava päihdeongelma havaittaisiinkin ajoissa.” Hän tuo myös esiin Norjan ja siellä olemassa olevan mahdollisuuden raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen ottamisen vastentahtoiseen hoitoon, tilanteen niin vaatiessa. Tuloksena tästä on Komin mukaan ” terveitä lapsia ja yhä useampi kuiville päässyt nainen.”

Vuoden 2005 kirjallisen kysymyksen vastaus, jonka on esittänyt Keskustan Peruspalveluministeri Liisa Hyssälä, on lähes identtinen Osmo Soininvaaran vastauksen kanssa. Kuntien velvollisuus päihdehuoltopalvelujen järjestämisestä, lähes kaikkien raskaana olevien naisten tavoittaminen äitiyshuollon kautta ja vapaaehtoisten palveluiden ensisijaisuus ovat esillä myös Hyssälän vastauksessa.

Hyssälä tuo myös esiin kuinka äitiyshuollossa on huolehdittava luottamuksellisen suhteen luomisesta raskaana olevaan naiseen. Ministerin mukaan ”[V]ain näin syntyvät edellytykset saada esiin alkoholin käyttö ja mahdollisuus järjestää hoitoa.” Hyssälän mielestä ”[P]akkohoidon käyttö todennäköisesti vähentäisi odottavien naisten halukkuutta kertoa vapaaehtoisesti alkoholinkäytöstään, ja se saattaisi myös vähentää heidän hakeutumistaan vapaaehtoisten palvelujen piiriin.” Eli tahdonvastaista hoitoa ei nähdä ratkaisuna, niin kuin kansanedustajan kysymyksessä, vaan jopa ongelmana. Samoin kuin vuoden 2001 vastauksessa, niin myös tässä asianomainen ministeri esittää, että on selvitetävä milloin pakkohoidon hyödyt ylittävät sen haitat.

Hyssälä tuo esiin kuinka niin hallitusohjelmaan kuin valtioneuvoston alkoholipoliittisiin linjauksiin kuuluu toimenpiteitä alkoholista johtuvien haittojen ehkäisyyn. Lisäksi hän mainitsee STM:n johdolla laaditun alkoholiohjelman vuosille 2004–2007, jossa pyritään muun muassa vanhempien alkoholin käytöstä johtuvien haittojen ehkäisyyn ja vähentämiseen. Myös Stakesin oli määrä uudistaa äitiyshuollosta antamat suosituksensa.

Vuoden 2005 kysymyksessä tuotiin esille mahdollisuus laittaa varoitusmerkkejä alkoholipakkauksiin alkoholin haitoista sikiölle. Hyssälä tuo esille kuinka hänen johtamansa ministerityöryhmä on selvittämässä keinoja alkoholin käyttöön liittyvien haittojen vähentämiseksi ja alkoholimainonnan rajoittamisen lisäksi alkoholipakkauksiin laitettavat varoitusmerkit ovat yksi noista selvitettävistä keinoista.

4.1.4 Päihdeongelmaisten pakkohoidon järjestäminen (2007)

Kristillisdemokraatti Päivi Räsänen kirjallinen kysymys vuodelta 2007 ei käsittele nimenomaisesti raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaista hoitoa, vaan päihdeongelmaisten pakkohoidon järjestämistä yleisesti. Räsänen mukaan jo 20 vuotta voimassa ollutta päihdehuoltolakia, jonka pakkohoitopykälä on mahdollistanut ”alkoholin ja muiden päihteiden käyttäjien vastentahtoisen hoidon eli pakkohoidon”, ei ole juurikaan ole käytetty, ”koska tarvittavia hoitopaikkoja ei ole saatavilla.”

Räsänen tuo esiin kuinka ”[P]akkohoidon järjestäminen on ..lakiin perustuva velvollisuus” ja ”[P]äihdepalvelujen järjestämisvelvollisuus on kunnilla.” Räsänen tuo esiin Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksia pakkohoitoon liittyen ja esittää pakkohoidon olevan tärkeä päihdeongelmiin liittyvä palvelumuoto, jonka toteuttamisessa on kuitenkin ongelmia:

”Pakkohoito on äärimmäinen keino, mutta esimerkiksi itsetuhoisen tai väkivaltaisen potilaan kohdalla joskus ainoa keino auttaa. Väkivaltaiset tai välittömässä terveysvaarassa olevat päihdeongelmaiset ihmiset jäävät ilman hoitoa heitteille. Akuuteissa päihdekriseissä kuolleisuus on yleistä.”

Räsänen mielestä päihdeongelmaisten tahdonvastaista hoitoa ”ei ole taloudellisesti järkevää järjestää kuntien toimesta.” Räsänen kysymyksessä tuodaan ainoana kirjallisista kysymyksistä arvio päihdeongelmaisten tahdonvastaisen hoidon kustannuksista: ”[S]uomalaisten päihdeongelmaisten pakkohoitotarpeen tyydyttämiseksi riittää yksi sairaalaosasto, jonka ympärivuorokautinen valmius maksaa valtiolle arvion mukaan 350 000–400 000 euroa vuodessa.”

Vaikka Räsänen kirjallisessa kysymyksessä puhutaan yleisesti päihdeongelmaisista, hän ottaa kuitenkin yhdessä kohtaan kantaa myös raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon. Tuodessaan esiin kuinka tahdonvastaista hoitoa voidaan käyttää myös muille aiheutetun terveysvaaran perusteella Räsänen esittää, että ”[P]akkohoitoa voidaan soveltaa myös päihdeäitien hoidossa, kun tavoitteena on syntymättömän lapsen elämän suojele.”

Vastauksessa vuoden 2007 kysymykseen Kokoomuksen Paula Risikko tuo alussa esiin kuinka ”[P]äihdehuollon painopiste on lainsäädännön mukaan selkeästi vapaaehtoisessa hoidossa.” Risikon mukaan Päihdehuoltolain kahdeksas pykälä korostaa vapaaehtoisten toimenpiteiden ensisijaisuutta ja tahdosta riippumattoman hoitoon voidaan lain kymmenennen pykälän mukaan ”määrätä ainoastaan silloin, kun vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi.”

Risikko toteaa kuinka päihdehuollon tavoitteisiin pääseminen vaatii päihdehuollon asiakkaalta voimakasta henkilökohtaista motivaatiota. Hoitoon pääsyssä on kuitenkin Risikon mukaan ongelmia:

"Tahdosta riippumattoman hoidon vähäinen käyttö ei näin ollen ole palvelujärjestelmän suurin ongelma silloin, kun asiakkaan tahtoa ei aina kunnioiteta edes siinä vaiheessa, kun hoitoon halutaan hakeutua ennen ongelmien kärjistymistä. Päihdeongelmaiset kokevat hoitoon pääsyn usein vaikeana ja saattavat kokea myös uhkaa joutua pois hoidosta."

Tämä johtuu Risikon mukaan resurssien puutteesta: "...kuntien päihdepalveluiden resursointia ei ole lisätty päihteiden käytön kasvun aiheuttaman tarpeen mukaisesti. Käytännössä päihdepalvelut edellyttävät nyt ennen muuta lisäresursointia ja myös palvelujärjestelmän rakenteiden varmistamista." Hallitus oli kuitenkin Risikon mukaan päättänyt jakaa 3,5 miljoonaa euroa valtionapua päihdepalvelujen kehittämiseen.

Risikko korostaa kuinka tahdosta riippumaton hoito on hyväksyttävää vain jos tavoitteisiin ei päästä muilla keinoilla. Seuraavassa lainauksessa Risikko ottaa kantaa muun muassa tahdonvastaiseen hoitoon sikiön terveysvaaran perusteella:

"Ongelmien tehokkaasta ennaltaehkäisystä ja mahdollisimman varhaisesta puuttumisesta huolimatta tulee tilanteita, joissa päihdeongelmaisen henkilön, hänen syntymättömän lapsensa tai muiden läheistensä oikeuksien ja edun kannalta on välttämätöntä rajoittaa asiakkaan omia valinnanmahdollisuuksia ja oikeuksia. Kyse ei ole vain kapeasti nähdystä suljetusta pakkohoidosta, vaan myös esimerkiksi vapaaehtoisen laitoshoidon ja avohuollon toimintatapojen kehittämisestä."

Soininvaaran ja Hyssälän vastauksissa mainittiin, että on selvittävää missä tilanteissa tahdonvastaisen hoidon hyödyt ylittävät siitä aiheutuvat haitat. Myös Risikko tuo tämän esiin: "Sosiaali- ja terveysministeriön tarkoituksena on selvittää, missä tilanteissa ja millä edellytyksillä pakkokeinoihin liittyvät hyödyt ylittävät niihin kytkeytyvät haitat, ja aloittaa tähän liittyvä lainvalmistelutyö." Risikko tuo myös Soininvaaran kanssa yhdenmukaisen näkemyksen tahdonvastaisen hoidon oikeuttamisesta: "Lähtökohtana on...aina, että pakkokeinojen käyttö sellaisessa tilanteessa, jossa vapaaehtoisia keinoja ei tarjota riittävästi, ei ole tarkoituksenmukaista eikä perusteltua"

4.1.5 Päihdeongelmaisten odottavien äitien tahdonvastainen hoito (2008)

Vuoden 2008 kysymyksen ongelmaksi muodostuu *tekemättömyys*. Kysymyksen esittäjä, Kokoomuksen kansanedustaja Sirpa Asko-Seljavaara näkee, että vaikka ongelma on ollut jo pitkään tiedossa, asian eteen ei ole tehty riittävästi. Hän tuo esille kuinka FASD-ongelma on tunnistettu Suomessa jo 1980-luvulla, ”mutta kansalliset ehkäisy-, tutkimus- ja hoitosuunnitelmat puuttuvat edelleen”. Kansanedustaja viittaa myös kahteen lakialoitteeseen vuosilta 1999 ja 2004, joissa pyrittiin mahdollistamaan päihdeongelmaisten odottavien äitien pitempiaikainen pakkohoito sekä tutkijoihin, jotka ovat ”lähestyneet erilaisten suunnitelmien kanssa niin eduskuntaa, sosiaali- ja terveysministeriötä kuin Stakesiakin, mutta toistaiseksi muutosta ei ole tapahtunut”. Asko-Seljavaara viittaa myös STM:n vuonna 2007 asettamaan työryhmään, jonka laatimaa raporttia käsitellään seuraavassa analyysiluvussa (STM 2009).

Vuoden 2008 kysymyksessä on ensimmäistä kertaa maininta tai ehdotus raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoidon käytännön järjestelyistä, joskin arvioita esimerkiksi hoidon kustannuksista tai hoitovastuusta ei mainita. Asko-Seljavaara esittää, että ”hoito toteutettaisiin käytännössä pitämällä heitä synnytyssairaaloiden tähän tarkoitukseen järjestetyillä osastoilla.” Valmiudet pakkohoidon käyttöön olisi oltava silloin, ”jos sikiön vaurioitumisen riski on ilmeinen eikä tukitoimin voida asiaan vaikuttaa.”

Vastauksessa vuoden 2008 kirjalliseen kysymykseen Kokoomusta edustava Peruspalveluministeri Paula Risikko toteaa, kuinka alkoholin kulutus on Suomessa kasvanut, erityisesti vuoden 2004 alkoholiveron alennuksen jälkeen. Risikko toteaa, että alkoholin kulutuksen kasvaessa myös siihen liittyvät haitat lisääntyvät ja nämä haitat koskettavat kaikkia ikäryhmiä ja molempia sukupuolia. Risikko esittää, että hallitus on valmis vuoden 2008 alkoholiveron korotuksen lisäksi uuteen korotukseen, jos alkoholin

kulutus jatkaa kasvuaan. Nähdäkseni Risikko vuoden 2008 vastauksessaan näkee sekä ongelman, että ratkaisun ensinnäkin laajana alkoholipoliittisena kysymyksenä.

Toiseksi Risikko viittaa siihen, että hallitus on ohjelmansa mukaisesti sitoutunut turvaamaan lasten oikeudet varmistamalla raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon. Lisäksi hallitusohjelmassa on sovittu muun muassa varhaisen puuttumisen vakiinnuttamisesta perusterveydenhuoltoon, mikä Risikon mukaan koskee myös neuvolatoimintaa. Risikko näkee, että ”varhaisella interventiolla ja päihteiden käytön ehkäisyllä vähennetään myös sikiövaurioita.” Vastauksena kansanedustajan kysymykseen Risikko esittää, että hänen hallitusohjelman mukaisesti asettamansa työryhmä saa ehdotuksensa koskien raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamista valmiiksi vuoden 2008 lopussa. Kaksi viimeistä kirjallista kysymystä on esitetty STM:n työryhmäraportin (2009) ilmestymisen jälkeen.

4.1.6 Päihdeäitien nykyistä tehokkaampi hoito (2009a)

Ensimmäisessä kysymyksessä vuodelta 2009 Kokoomuksen kansanedustaja Pertti Salolainen lähtee liikkeelle siitä, kuinka päihdeäitien hoito on saanut paljon medianäkyvyyttä. Hän esittää, että ”[R]askaana olevilla naisilla on mahdollisuus vapaaehtoiseen hoitoon, mutta pakkohoidosta ei ole vielä säädetty laissa.” Hän tuo esille STM:n raportin, jossa painotettiin vapaaehtoista hoitoa ja pakkohoitoa käytettäisiin vasta kun muut keinot on käytetty. Salolainen toteaa, että päihdeäitien pakkohoito ollaan liittämässä muihin sosiaali- ja terveydenhoitoa koskeviin pykäliin ja näille valmisteluille ei ole asetettu takarajaa eli hanke ei ollut vielä tuon syksyn lainsäädäntösuunnitelmissa. Hän kysyykin milloin hallitus antaa esityksensä päihdeäitien nykyistä tehokkaammasta hoidosta, jonka voidaan Salolaisen esityksen perusteella päätellä tarkoittavan tahdonvastaista hoitoa.

Salolainen tuo esiin sikiön ja äidin oikeuksien välisen ristiriidan ja kysyy ”onko äidin oikeus käyttää päihteitä suurempi kuin lapsen oikeus syntyä terveenä.” Samankaltainen ajatus esitettiin vuoden 2005 kysymyksessä. Salolainen kuvaa kuinka ”[P]äihteiden aiheuttamat vauriot ovat sikiössä pysyviä ja vaikuttavat lapsen koko tulevaisuuteen.”

Vastauksena ensimmäiseen kysymykseen vuodelta 2009 edelleen Peruspalveluministerinä toiminut Paula Risikko tuo esiin asettamansa työryhmän valmiiksi saaman mietinnön. Työryhmällä oli Risikon mukaan monipuolinen asiantuntemus ja kokemus, ja se esitti laajan valikoiman erilaisia ehdotuksia liittyen päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten hoitoon ja päihteiden käytön ennalta

ehkäisyyn. Risikko esittää kuinka useimpia näistä ehdotuksista oltiin viemässä eteenpäin eri tahoilla:

”Työryhmä esimerkiksi painottaa yleisen alkoholipolitiikan merkitystä ja alkoholin kokonaiskulutuksen laskemisen tärkeyttä. Hallitus on toteuttanut useita toimia, joilla alkoholikulutusta pyritään hillitsemään. Näitä toimia jatketaan. Työryhmän esityksen painottuvat äitiys- ja lastenneuvoloissa tehtävään työhön. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen asianomainen yksikkö vie näitä ehdotuksia eteenpäin sekä peruspalveluihin että erikoissairaanhoidon. Hoitojärjestelmän rakenteisiin liittyvät ehdotukset ovat mukana Paras -hankkeen täytäntöönpanossa.”

Risikko tuo esiin kuinka kansanedustajan kysymys kiinnitti ”erityistä huomiota työryhmän ehdotuksiin raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdosta riippumattoman hoidon tehostamiseen.” Risikko tuo esiin kuinka

”Tässä hyvinkin kiistanalaisessa kysymyksessä työryhmä otti kannan, jonka mukaan tällaiseen hoitoon voitaisiin määrätä myös syntymättömän lapsen terveysvaaran perusteella. Tällä hetkellä katsotaan, että näin ei voida menetellä, tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä vain äidin itsensä terveysvaaran perusteella.”

Risikon mukaan työryhmän kanta ”on merkittävä ja tärkeä periaatteellinen kannanotto” ja toteaa, että ”esitys asiasta annetaan vielä tällä vaalikaudella.” Risikko tukeutuu vastauksessaan asettamansa työryhmän valmiiksi saadun mietinnön esityksiin, jossa Risikon mukaan korostetaan yleisen alkoholipolitiikan merkitystä sekä alkoholin kokonaiskulutuksen laskemista. Kansanedustajan nostamaan kiistanalaiseen kysymykseen tahdonvastaisesta hoidosta Risikko tukeutuu jälleen työryhmän mietintöön ja siellä esiintyneeseen periaatteelliseen kannanottoon, jonka mukaan raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon voitaisiin määrätä sikiön terveysvaaran perusteella.

4.1.7 Päihdeäidin raskaudenaikaisen pakkohoidon mahdollistaminen (2009b)

Jälkimmäisessä kysymyksessä vuodelta 2009 Kokoomuksen kansanedustaja Pertti Hemmilä lähestyy aihetta lasten oikeuksien kautta. Hän viittaa YK:n lapsen oikeuksien sopimukseen, jonka mukaan syntymättömälläkin lapsella on tiettyjä oikeuksia. Nämä oikeudet eivät kuitenkaan Hemmilän mukaan toteudu, sillä äidin päihteiden käytön johdosta yhä useampi syntyvä lapsi on vammautunut tai sairastunut vakavasti.

Hemmilä näkee, että oleellisin ongelma on se, että YK:n sopimuksen mukaiset lasten oikeudet eivät toteudu, sillä mahdollisuutta päihdeäitien pakkohoitoon ei ole. Hän tuo esiin kuinka YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen 24 artiklan mukaan lapsella on oikeus parhaaseen mahdolliseen terveydentilaan ja ”[T]ätä edistää viime kädessä parhaiten

mahdollisuus odottavien, päihdeongelmaisten äitien pakkohoitoon ohjaamiseen.” Hemmilä esittää, että vaikka päihdeäitien pakkohoidon hyödyistä on esitetty epäilyjä, hänen mukaansa on ”kiistaton tosiasia, että syntymättömän lapsen edut pakkohoito turvaisi.” Hemmilän mukaan päihteiden käytöstä johtuvat kehitysvammat olisivat estettävissä ja esittää, että ”[J]os äiti ei raskausaikana käytä alkoholia tai muita päihteitä, niistä johtuvia sikiövaurioitakaan ei synny.”

Hän näkee, ettei pakkohoito välttämättä paranna äitien päihderiippuvuutta, mutta sillä voi olla myös ennalta ehkäisevä vaikutus: ”Tietoisuus pakkohoidon mahdollisuudesta saattaisi joidenkin äitien kohdalla lopettaa päihteiden käytön heidän tullessaan raskaaksi.”

Hemmilä näkee, että lainsäädäntöä tulisi muuttaa niin, ”että päihdeäidit voidaan määrätä pakolliseen hoitoon sikiön terveyden turvaamiseksi.” Tähän tulokseen tuli kansanedustajan mukaan myös STM:n työryhmä. Hemmilä tuo esiin, että työryhmä ehdotti pakkohoitoa äärimmäisenä keinona ja ehdotti myös, että päihdeongelmallisille pitäisi säätää subjektiivinen oikeus päihdehoitoon.

Peruspalveluministeri Risikon vastaus jälkimmäiseen vuonna 2009 esitettyyn kirjalliseen kysymykseen on pitkälti sama kuin edellinen, poikkeuksena se, että vastauksesta on jätetty pois esittely millä eri tahoilla työryhmän ehdotuksia ollaan viemässä eteenpäin sekä osio, jossa tuotiin esiin päihdeongelmaisten naisten tahdosta riippumattoman hoidon kiistanalaisuus. Molemmat vuoden 2009 vastaukset päättyvät seuraavaan viittaukseen tulevasta sosiaali- ja terveyshuollon lainsäädäntömuutoksesta:

”Ilmoitin mietintöä vastaanottaessani, että tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät työryhmän ehdotukset otetaan yksityiskohtaisempaan valmisteluun sosiaali- ja terveydenhoidon pakotteita ja rajoitteita koskevaa lainsäädäntöä muutoinkin uusittaessa. Asiaa koskeva säädösvalmistelu on vireillä. On kuitenkin muistettava, että tämä on vain yksi osa työryhmän monipuolisia ehdotuksia ja että työryhmän muita ehdotuksia ollaan jo panemassa täytäntöön.”

4.2 Kategorioita

Kansanedustajien kysymyksissä esiintyy useita erilaisia ihmisiin liittyviä kategorisointeja. Olennaisimmat kategorisoinnit liittyvät joko raskaana oleviin päihdeongelmisiin naisiin, sikiöön tai tulevista ongelmista kärsiviin lapsiin. Päihdeongelmallisesta raskaana olevasta naisesta käytettävät kategorisoinnit ovat *päihderiippuvaiset äidit, päihdeäidit ja päihdeongelmaiset naiset*.

Päihderiippuvaisen äidin kategoria rakentuu esimerkiksi Päivi Räsäsen kysymyksessä seuraavanlaisesti:

”Päihderiippuvainen äiti on sairas. Hän ei riippuvuutensa vuoksi kykene toteuttamaan tervettä äidinvaistoaan. Jokainen äiti, myös päihderiippuvainen, haluaa pohjimmiltaan lapsensa parasta. Yhteiskunta on välinpitämätön, jos se ei tue äitiä silloin, kun hänen omat voimansa eivät riitä.”

Lisäksi Räsänen esittää, että ”[O]man lapsen vammautuminen pahentaa päihderiippuvaisen äidin itsetunto-ongelmia ja syyllisyyden kehää.”

Tulevista ongelmista kärsivien lapsien kategorisoinnit ovat seuraavanlaisia: *päihdevauriosta kärsivät syntymättömät lapset, päihdekotien lapset ja runsaasti alkoholia käyttävien äitien lapset*, joihin liitetään monia FAS-oireyhtymään liittyviä häiriöitä.

Raskaana oleviin päihdeongelmaisiin naisiin, sikiöön ja tulevista ongelmista kärsiviin lapsiin liittyvien kategorisointien lisäksi kysymyksissä nousee esiin myös vähemmälle huomiolle jääviä kategorisointeja. Esimerkiksi Räsänen kysymyksessä nousee esiin myös aikaisemmin mainitut *alkoholistimiehet* sekä *keskoslapset*.

Markku Laukkasen kysymyksessä päihdeäitien ja sikiön lisäksi kategorioita ovat *asiantuntijat*, joiden ”mukaan päihdeäitien pakkohoito olisi tarpeen silloin, kun vapaaehtoiset keinot eivät auta” ja *lääkärit*, jotka ”voivat vain katsoa sivusta sikiön kasvun hidastumista äidin alkoholinkäytön vuoksi, kun kaikissa muissa tapauksissa vastaava tilanne johtaisi heti toimenpiteisiin”. Lisäksi Laukkanen esittelee Norjan esimerkin kautta *narkomaaniäidit*, jotka ovat hänen mukaan suhtautuneet pakkohoitoonsa myönteisesti.

Katri Komin kysymyksessä oman kategorian muodostaa myös *Suomi*, joka kysymyksen mukaan sijoittuu kymmenen kärkimaan joukkoon alkoholin kulutuksessa ja jossa raskaana olevien päihteen käyttö katsotaan suuremmaksi oikeudeksi kuin lapsen oikeus terveyteen. Myös *Norja* nousee omana kategoriana, jossa tarpeen vaatiessa on mahdollista käyttää pakkohoitoa, jonka johdosta siellä on terveitä lapsia ja useampia kuiville päässeitä naisia.

Sirpa Asko–Seljavaaran kysymyksessä kategorioina on muun muassa *hedelmällisessä iässä olevat naiset ja vastasyntyneet*, joista yhdellä sadasta arvioidaan olevan FASD. Lisäksi *tutkijat*, jotka ovat lähestyneet eri valtion tahoja suunnitelmiseen muodostaa yhden kategorian. Lisäksi *kansa* muodostaa yhden kategorian, jonka ”tiedon tason jatkuva ylläpitäminen alkoholin sikiölle aiheuttamista vaurioista edellyttää tehokasta neuvonta- ja valitustyötä.”

Ministerien vastauksista löytyvät kategorisoinnit ovat suurimmaksi osaksi luonteeltaan neutraalimpia tai vähemmän leimaavia kuin kansanedustajilla. Eva Biaudet toi esiin asiantuntijatilaisuuksia, joissa oli pohdittu *päihkeitä ongelmallisesti käyttävän naisen* mahdollista pakkohoitoa. Samoissa tilaisuuksissa oli käsitelty erityisesti *kyseessä olevan potilas- ja asiakasryhmän* tarvitsemien palveluiden kehittämistä. *Asiakas- ja potilaskategorioiden* lisäksi Biaudet viittaa myös *synnyttäjiin*. Biaudet käyttää kuitenkin myös sellaisia kategorioita kuin *päihkeitä käyttävät raskaana olevat naiset, alkoholin suurkuluttajaäidit ja alkoholistiäidit*. Biaudet tuo esiin myös FAS ja FAE- lapset puhuessaan *alkoholistiäitien lapsista* sekä NAS-lapset (neonatal abstinence syndrome) viitatessaan raskaudenaikana huumeille altistuneeseen sikiöön. Biaudet tuo lopuksi esiin myös kategorian *eräs ryhmä äitejä*, jota on vaikea tavoittaa heidän elämäntilanteensa (asunnottomuus) vuoksi. Biaudet mukaan *tämä ryhmä äitejä ja heidän syntyvä lapsensa*, saattaisi hyötyä pakkohoidosta.

Osmo Soininvaaran vastauksessa puhutaan *raskaana olevista naisista ja odottavista äideistä*, joilla on päihdeongelma sekä *raskaana olevista päihdeiden suurkuluttajista ja raskaana olevista päihdeiden käyttäjistä*. Näihin viitataan myös yleisesti *kohderyhmänä*. Mielenkiintoisin kategoria on *raskaana oleva päihdeiden käytön lopettamiseksi hoitoa haluava*, joka kategoriana eroaa suuresti kansanedustaja Komin käyttämästä *päihdeäidistä*, joka ei kykene asettamaan päihderiippuvuuttaan sikiön edun edelle.

Hyssälän vastauksessa puhutaan myös *päihkeitä käyttävistä raskaana olevista naisista* sekä *odottavista naisista*. Paula Risikko käyttää kaikissa kolmessa vastauksessaan kategoriaa *raskaana olevat päihdeongelmaiset naiset*, mikä esiintyy myös hänen asettamansa työryhmän raportin otsikossa. Ministerit eivät siis käytä kategoriaa *päihdeäiti*, jonka käyttöä pidetään leimaavana (ks. esim. Nätkin 2006).

4.3 Dikotomioita

Kirjallisissa kysymyksissä muodostuu useita erilaisia dikotomioita. Useimmiten dikotomia muodostuu sikiön ja raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen välille. Päivi Räsänen kirjallisessa kysymyksessä vastakkain asetetaan muun muassa ”muutaman kuukauden pakkoraittius” ja ”elämän kestävien vammojen ehkäisy”. Samankaltainen dikotomia muodostetaan myös sikiön edun ja äidin päihderiippuvuuden välille. Vuoden 2001 kysymyksessä Markku Laukkanen katsoo, ettei osa äideistä kykene laittamaan sikiön etua päihderiippuvuutensa edelle.

Dikotomia muodostetaan myös äidin ja sikiön oikeuksien välille. Katri Komi esittää kysymyksessään vuodelta 2005 seuraavaa: ”Suomessa raskaana olevan naisen oikeus

juoda alkoholia tai käyttää muita päihteitä katsotaan suuremmaksi kuin lapsen oikeus syntyä terveenä vaikka äidin vakava päihdeongelma havaittaisiinkin ajoissa.” Toisaalta on siis raskaana olevan naisen oikeus käyttää päihteitä ja toisaalta lapsen oikeus syntyä terveenä.

Dikotomioita muodostetaan myös muiden kategorioiden välille. Päivi Räsänen kysymyksessä dikotomia ei muodostu pelkästään sikiön ja raskaana olevan naisen välille, vaan myös sikiön ja keskoslapsen välille. Räsänen tuo esiin kuinka ”[K]ohdussa elävän ja samanikäisen keskoslapsen asema on varsin eriarvoinen. Edellisen voi äiti päihderiippuvuutensa vuoksi myrkyttää ja vammauttaa kohtuun, keskoslapsen tai vastasyntyneen vastaava kohtelu olisi rikos.”

Räsänen kysymyksessä dikotomia muodostuu myös *alkoholistimiesten* ja *huumeita käyttävien raskaana olevien naisten* välille. Räsänen esittää, että Päihdehuoltolaki ja sen tahdosta riippumattoman hoidon määräykset soveltuvat lähinnä alkoholia käyttäviin miehiin, mutta ei ota huomioon huumeriippuvuuden vaatimaa pitkää hoitoaikaa eli niistä ei ole hyötyä varsinkaan huumeita käyttävän raskaana olevan naisen kohdalla.

Pertti Salolaisen kysymyksessä tuodaan jälleen vahvasti esiin sikiön ja äidin oikeuksien ristiriitaisuus, mikä muodostuu dikotomiaksi Salolaisen vastauksessa niin, että yhtäällä on *äidin oikeus käyttää päihteitä* ja toisaalta *sikiön oikeus syntyä terveenä*.

Pertti Hemmilän vastauksessa dikotomiaa raskaana olevan naisen oikeuksien ja sikiön oikeuksien välillä on vaikea muodostaa, koska Hemmilän kysymyksessä korostetaan pelkästään syntymättömän lapsen oikeuksia, ilman erillistä mainintaa raskaana olevan naisen oikeuksista.

Ministerien vastauksissa ei muodostu niin jyrkkiä dikotomioita äidin ja sikiön edun välille kuin kansanedustajien kysymyksissä. Eräänlainen dikotomia muodostuu kuitenkin vapaaehtoisten palvelujen ja tahdonvastaisen hoidon välille. Vaikka ministerit painottavat vastauksissaan vapaaehtoisten palveluiden tärkeyttä ja kehittämistä, he jättävät kuitenkin avoimeksi tahdonvastaisen hoidon mahdollisuuden. Biaudet tuo esiin erään ryhmän asunnottomia äitejä, jotka saattaisivat hyötyä tahdonvastaisesta hoidosta, Soininvaaran ja Hyssälän vastauksissa esitetään, että on selvitetävää missä tilanteissa pakkohoidon mahdolliset hyödyt ylittävät siihen liittyvät haitat ja Riskko tukeutuu vastauksissaan asettamansa työryhmän esitykseen, jossa esitetään, että raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastainen hoito on perusteltua sikiön terveysvaaran perusteella.

4.4 Tutkimus- ja asiantuntijatiedon käyttö

Kaikissa kirjallisissa kysymyksissä esitellään erilaisia tilastoja ja tutkimustietoa, jotka liittyvät päihteiden käyttöön, sen vaikutuksiin sikiölle ja sekä näiden molempien esiintyvyyteen. Harvoissa kysymyksissä kuitenkin tuodaan esiin mihin nämä tilastot ja tutkimustiedot perustuvat. Silloin kun mahdollista, esitän arvioita, mikä on se tietolähde, johon kansanedustaja nojaa kysymyksessään.

Päivi Räsänen kysymyksessä vuodelta 1999 esitellään miten huumeiden ja alkoholin käyttö on lisääntynyt erityisesti tyttöjen ja nuorten naisten kohdalla, mikä on johtanut myös päihderaskauksien lisääntymiseen. Räsänen mukaan myös päihteiden vaurioittamien lasten määrä on kasvanut: ”Alkoholin vaurioittamia FAS-lapsia syntyy yhä enemmän, samoin huumeiden eri tavoin vaurioittamia lapsia.”

Tämän tueksi Räsänen esittää arvioita alkoholin eriasteisesti vaurioittamista lapsista (600–700 vuosittain) ja alkoholialtistuksen vuoksi vaarassa olevista sikiöistä (2000–3000). Huumeiden aiheuttamista sikiövaurioista ei Räsänen mukaan ole tehty kunnan selvityksiä, mutta hänen mukaansa ”*esimerkiksi muotihuume amfetamiinin vaurioittamia lapsia nähdään synnytyssairaaloissa yhä enemmän.*” Räsänen esittelee myös erilaisia vaurioita mitä huumeille altistuneella sikiöllä voi syntyessään olla: ”Näillä lapsilla on aivovaurioita, sydänvikoja sekä suu- ja kitalakihalkioita. Kohdunsisäisen huumeriippuvuuden vuoksi vastasyntyneet kärsivät vieroitusoireista: tärinästä, tuskaisuudesta ja levottomuudesta.”

Myös Markku Laukkasen kirjallisessa kysymyksessä vuodelta 2001 esitetään miten äitien, jotka käyttävät päihteitä raskauden aikana, ”lukumäärä on lisääntynyt huolestuttavasti. Maamme synnytyssairaaloissa syntyy lähes päivittäin lapsia, joiden äidit ovat käyttäneet alkoholia tai huumeita koko odotusajan.” Laukkanen katsoo, ettei osa äideistä kykene laittamaan sikiön etua päihderiippuvuutensa edelle ja 30 prosenttia suurkuluttajaäideistä ei pysty vähentämään alkoholinkäyttöään edes poliklinikalla tapahtuvassa seurannassa. Lisäksi Laukkanen esittää arvioita kasvavista taloudellisista lisäkustannuksista:

”Nuorten naisten alkoholinkäytön jatkuvasti lisääntyessä yleistyy päihteiden käyttö myös raskauden aikana ja inhimillisten kärsimysten lisäksi myös kustannukset kasvavat. On arvioitu, että sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten ensimmäisten kymmenen elinvuoden aikana syntyneet lisäkustannukset ovat noin kahden miljoonan markan luokkaa.”

Kirjallisessa kysymyksessä vuodelta 2005 kansanedustaja Katri Komi tuo esiin Suomen sijoittumisen kymmenen kärkimaan joukkoon alkoholin kulutuksessa. Lisäksi hän

esittää, miten erilaiset alkoholiin liittyvät haitat kuten ”päihtymyksen takia säilöönnotot, pahoinpitelyrikokset ja rattijuopumustapaukset” ovat tasaisesti nousseet. Omana lukunaan hän tuo esiin päihdeäidit ja päihdekotien lapset. Kansanedustaja tuo myös esille FAS- oireyhtymän ja luettelee runsaasti alkoholia kuluttavien äitien lapsiin mahdollisesti liittyviä kehityshäiriöitä: ”Näillä lapsilla voi olla kasvuhäiriöitä, keskushermoston rakenteellista poikkeavuutta ja pahimmassa tapauksessa vakava ja pysyvä aivovaurio.” Komi esittää vielä kuinka ”[U]seimmat rakenteelliset epämuodostumat syntyvät alkuraskauden aikana, mutta aivot kehittyvät koko raskauden ajan.”

Päivi Räsänen esittää vuoden 2007 kysymyksessään, että "[S]uomessa syntyy vuosittain satoja, jopa tuhat alkoholin pysyvästi vammauttamaa lasta." Myös Sirpa Asko-Seljavaaran kysymyksessä vuodelta 2008 lähdetään liikkeelle toteamalla kuinka suomalaisten naisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt viime vuosikymmeninä ja kuinka ”vain 4–10 % hedelmällisessä iässä olevista naisista on täysin raittiita.” Lisäksi hän esittää, että ”[R]askaudenaikaisen jatkuvan sekä toistuvan humalahakuisen alkoholinkäytön yhteys sikiövaurioon on kiistaton.”

Asko-Seljavaara näkee, että raskaudenaikainen alkoholi-altistus on merkittävin keskushermostovaurioiden aiheuttaja, mutta samalla ennalta ehkäistävissä. Asko-Seljavaara toteaa, että ”[M]itä pidempään alkoholinkäyttö raskauden aikana jatkuu, sitä huonompi on lapsen ennuste.”

Asko-Seljavaara esittää eri arvioita sikiövaurioiden esiintyvyydestä niin kansainvälisesti kuin Suomessakin:

”Kansainvälisesti arvioidaan, että noin yhdellä vastasyntyneellä 110:stä on sikiöaikaisen alkoholi-altistuksen aiheuttama vaurio. Kaiken kaikkiaan voidaan arvioida, että Suomessa yhdellä vastasyntyneellä sadasta on FASD, mikä tarkoittaa, että maassamme syntyy vuosittain vähintään 550 lasta, joilla on jonkinasteinen alkoholi-altistumisen aiheuttama vaurio.”

Nämä arviot perustuvat todennäköisesti Ilona Autti-Rämön ja hänen työtovereidensa Suomen Lääkärilehdessä samana vuonna julkaisemaan artikkeliin, jonka mukaan ”[S]uomalaisten ja kansainvälistentutkimusten perusteella voidaan arvioida, että Suomessa syntyy vuosittain vähintään 550 lasta (1:100), joilla on FASD” (Autti-Rämö ym. 2008, 504; ks. myös Mäkelä 2009, 195). Tämä ei ole ainoa kohta, jonka Asko-Seljavaara tuntuu ottaneen kirjalliseen kysymykseensä lähes suoraan Autti-Rämön ja kumppaneiden artikkelista.

Lisäksi Asko-Seljavaara kuvailee minkälaisia oireita raskaudenaikainen alkoholi-altistus aiheuttaa:

”Oireita ovat mm. poikkeavat kasvopiirteet, erilaiset oppimiskyky- ja käyttäytymishäiriöt, kuten esimerkiksi vaikeudet ratkaista monimutkaisia ongelmia tai matemaattisia tehtäviä, kielenymmärtämisvaikeudet, tunne-elämän herkkyyys, vuorovaikutussuhteiden ongelmat, sydänvika sekä huuli-suulakihalkio tai muu synnynnäinen epämuodostuma. Lievimmillään vaurio johtaa kouluikässä oppimisvaikeuksiin ja pahimmillaan imeväisiässä todettavaan kehitysvammaisuuteen.”

Asko-Seljavaara esittää myös arvioita sikiövaurioiden määrän lisääntymisestä: ”Koska naisten ja etenkin nuorten naisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt, on odotettavissa, että myös sikiövaurioiden määrä lisääntyy.”

Pertti Salolainen esittää kysymyksessään STM:n vuonna 2009 julkaistun raportin kanssa yhtenevän luvun siitä, kuinka monta prosenttia odottavista äideistä on päihderiippuvaisia (noin 6 %) ja jatkaa, että ”luku kasvaa koko ajan.” Lisäksi Salolainen esittää, että ”[P]äihitteet vaurioittavat Suomessa vuosittain noin tuhatta syntyvää vauvaa.” Tämä eroaa hieman STM:n raportissa (2009, 17) esiintyvistä luvuista, jonka mukaan ”[S]uomessa syntyy vuosittain noin 600 lasta, joilla on sikiöaikaiseen alkoholi-altistukseen liittyviä oireita.”

Pertti Hemmilä viittaa myös tuoreisiin arvioihin ja tuo esille, että 6 % prosenttia suomalaisista raskaana olevista naisista on alkoholin suurkuluttajia, mikä merkitsee Suomessa yli 3000 päihteille altistunutta sikiötä vuosittain. Lisäksi hän esittää, että vuosittain syntyy noin 600 lasta, joilla on sikiöaikaiseen alkoholi-altistukseen liittyviä oireita. Nämä luvut ovat yhteneväisiä kyseisenä vuonna ilmestyneen STM:n raportin kanssa.

Myös vastauksissa kansanedustajien kirjallisiin kysymyksiin asianomaiset ministerit tukeutuvat tutkimustietoon, tilastoihin ja asiantuntijuuksiin. Eva Biaudet’n vastauksessa vuodelta 1999 tuodaan esiin erilaisia tilastoja liittyen muun muassa päihdehuollon asiakasmääriin:

”Päihdehuollon erityispalveluiden asiakkaana on vuosittain noin 65 000 henkilöä. Vuoden 1995 päihdetapauslaskennan mukaan palveluita käyttäneiden asiakkaiden käyttämät eri päihitteet olivat: alkoholi 94 %, lääkkeet 23 %, kannabis 9 % ja muut huumeet 7 %. Laittomien huumeiden käyttäjiä oli tämän mukaan palveluiden piirissä jo tuolloin vapaaehtoisesti arviolta 6 000–10 000 henkilöä vuodessa. Useiden eri aineiden sekakäyttö on jatkuvasti yleistynyt. Päihdehuollon asiakkaista naisia oli vuonna 1998 n. 30 %, mikä osuus kymmenen vuotta aiemmin oli 17 %. Raskaana olevien asiakkaiden määristä ei ole erikseen kerätty tietoja. Päihdehuoltolain vapaaehtoista hoitoon hakeutumista korostava periaate toteutuu tämän mukaan hyvin.”

Lisäksi Biaudet tuo esiin tilastoja liittyen sikiövaurioiden esiintyvyyteen:

”Suomessa syntyy vuosittain noin 100 FAS-lasta ja noin 200 FAE-lasta. Kansainvälinen arvio on, että tuhatta alkoholin suurkuluttajaäidin synnytystä kohden syntyy 43 FAS-lasta. Alkoholistiäitien lapsista 30–50 prosentilla on todettu alkoholin aiheuttamia kehityshäiriöitä. Vain osa FAS- ja FAE-lapsista tunnistetaan vauvaiässä. Oikea diagnoosi varmistuu usein vasta kouluiässä, kun lapsella on esimerkiksi oppimisvaikeuksia....Kaiken kaikkiaan voidaan sanoa, että äidin raskauden aikainen alkoholinkäyttö vaarantaa maassamme vuosittain noin 2 000–3 000 sikiön terveyden ja hyvinvoinnin. Raskaudenaikainen huumealtistus on sikiölle monella tavalla vahingollinen. NAS-lapsi (neonatal abstinence syndrome) kärsii syntymän jälkeen vieroitusoireista. Eri huumeiden välittömiä vaikutuksia sikiöön ei vielä riittävästi tunneta.”

Osmo Soininvaaran vastauksessa vuodelta 2001 ilmenee, että tilastot ovat hieman erilaisia pääkaupunkiseudulla kuin valtakunnallisesti mitattuna:

”Arvioinnin perusteella Suomessa yhdellä prosentilla raskaana olevista naisista on selvästi päihdeongelma, mutta määrä voi olla moninkertainen määrittelytavasta riippuen. Helsingissä jonkinlainen päihdeongelma on ainakin viidellä prosentilla odottavista äideistä. Suurin osa päihteiden käytöstä liittyy oluen ja viinin juontiin, väkevien alkoholijuomien ja huumeiden käyttö on harvinaisempaa. Päihteiden sekakäyttö on ilmeisesti lisääntymässä myös raskaana olevien keskuudessa. Esimerkiksi pääkaupunkiseudulla noin sata raskaana olevaa päihteiden suurkuluttajaa oli seurannassa vuonna 1998 ja heistä kaksi kolmasosaa käytti alkoholin lisäksi huumeita ja lääkkeitä.”

Soininvaara toi kuitenkin esiin kuinka ”[Ä]itiyshuolto tavoittaa lähes kaikki raskaana olevat naiset. Ainoastaan noin 0,2–0,3 % raskaana olevista ei ole käynyt lainkaan äitiysneuvolassa.”

Liisa Hyssälän vastaus vuodelta 2005 oli pitkälti samanlainen kuin Soininvaaran vastaus vuodelta 2001. Paula Risikon vastauksessa vuodelta 2007 ei tuoda esiin tilastoja tai tutkimustietoa. Vastauksessa vuodelta 2008 ministeri Risikko tuo esiin lisääntyneen alkoholinkulutuksen:

”Alkoholin kulutus on maassamme kasvanut jatkuvasti yli vuosikymmenen ajan. Erityisen nopeaa kulutuksen kasvu on ollut vuoden 2004 alkoholiveron laskun jälkeen. Alkoholin kulutuksen kasvaessa myös alkoholin käyttöön liittyvät haitat kasvavat. Alkoholihaitat koskettavat kaikkia ikäryhmiä ja molempia sukupuolia”

Molemmissa vastauksissa vuoden 2009 kysymyksiin Risikko tuo esiin asettamansa työryhmän mietinnön (STM 2009), jota siirrymme katsomaan seuraavaksi.

5. Pakkohoito Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän raportissa

Luku 5 keskittyy STM:n raporttiin (2009) *Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen*. Luku on tarkasteltavien asioiden ja rakenteensa kannalta pitkälti samanlainen kuin edellinen analyysiluku. Aluksi tarkastellaan minkälaisia *ongelmia* tekstissä rakentuu (5.1). Tämän jälkeen analysoidaan *kategorioita* (5.2) ja *dikotomioita* (5.3). Alaluku 5.4 keskittyy *tutkimustietoon* ja sen käyttämisestä kyseessä olevassa raportissa myös keskustellaan käyttäen apuna sekä yhteiskunta-, oikeus- että lääketieteellisiä kommentaareja aiheesta. Ennen varsinaista analyysia kuitenkin esitellään työryhmän taustaa sekä sitä, mihin työryhmäraportin kohtiin analyysissä keskitytään.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) asetti vuoden 2007 lopussa työryhmän pohtimaan ”raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamista”. Työryhmän taustalla oli Matti Vanhasen II hallituksen ohjelmassa mainittu tarve kiinnittää huomiota raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten palveluihin ja hoitoon. (STM 2009, 9.) Hallitusohjelman mukaan raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamisella turvataan myös lasten oikeudet (Hallituksen ohjelma 2007, 57). Työryhmän tehtävänä oli muun muassa arvioida tahdosta riippumattoman hoidon tarkoituksenmukaisuutta raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten kohdalla (STM 2009, 9).

Sosiaali- ja terveysministeriön *Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen* -työryhmän 52-sivuinen raportti sisälsi useita erilaisia ehdotuksia, jotka oli suunnattu ”raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tilanteen parantamiseksi.” (STM 2009, 3). Työryhmä painotti muun muassa päihdeongelmien ennaltaehkäisyä ja yleisen tietoisuuden lisäämistä päihdehaitoista sikiölle ja lapsille. Lisäksi työryhmä korosti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ammattitaidon kehittämistä päihdeongelmiin puuttumisen suhteen sekä päihdepalvelujen riittävyttä. (emt., 3) Tässä työssä keskitytään kuitenkin työryhmän raskausaikaan liittyviin ehdotuksiin ja niistä erityisesti tahdosta riippumattomaan hoitoon.

Kyseinen raportti (STM 2009) on jaettu neljään pääluokkaan, joista jokainen jakautuu pienempiin alalukuihin. Ensimmäisessä pääluvussa esitellään lyhyesti työryhmän ehdotukset, joista tässä työssä keskitytään raskausaikaan liittyviin ehdotuksiin. Toisessa

pääluvussa esitellään alkoholin ja huumeiden vaikutuksia sikiöön sekä vanhempien päihteiden käytön vaikutuksia lapsiin. Yhdeksi työryhmän tehtävistä oli kirjattu ehdotusten tekeminen miten päihdeongelmaisten vanhempien lapsille turvataan riittävät tukipalvelut, mutta työryhmä toteaa, että tämä kysymys jäi vähemmälle huomiolle. (STM 2009, 13.) Lapsiperhevaiheen laajuuden vuoksi työryhmä katsoi, että siihen liittyvät erityiskysymykset on selvitettävä erikseen (emt.) ja tämä toteutui pari vuotta myöhemmin *Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen varmistaminen – työryhmän raportin* (STM 2011:14) muodossa. Kyseisessä raportissa sanotaan sen olevan jatkoa vuoden 2009 raportille (STM 2011:14, 14), mutta koska siinä ei käsitellä raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaista hoitoa, se on jätetty tässä tarkastelun ulkopuolelle. Vuoden 2011 raportissa ehdotetaan, että syntyvien lapsien suojelemiseksi raskaana olevien päihdeongelmaisille naisille on turvattava välttämättömät hoito- ja tukipalvelut (STM 2011:14, 15).

Vuoden 2009 raportin kolmas pääluke esittelee palvelujärjestelmän nykytilaa ja kehittämistarpeita, joista tässä työssä keskitytään erityisesti kyseisen luvun viimeiseen kohtaan, jossa käsitellään tahdosta riippumatonta hoitoa. Raportin viimeisessä pääluvussa käydään läpi työryhmän ehdotusten perusteluja, joista tämän työn puitteissa huomio keskitetään odotusaikaan liittyvien ehdotusten perusteluihin ja jälleen erityisesti kohtaan, jossa käsitellään tahdosta riippumatonta hoitoa

5.1 Ongelmia

Toisin kuin kirjalliset kysymykset, työryhmä tuo esiin alkoholipolitiikan merkityksen alkoholin kulutuksen ja siihen liittyvien ongelmien kannalta. Työryhmä näkee, että alkoholipolitiikalla on tärkeä rooli päihteistä johtuvien haittojen ehkäisyssä:

”Alkoholipoliittiset valinnat vaikuttavat ongelmien esiintyvyyteen ja siksi työryhmä on halunnut korostaa yleisen alkoholipolitiikan merkitystä myös raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten ongelmien taustalla ja yleensä päihteisiin liittyvien ongelmien ehkäisemisessä...Työryhmän ehdotusten tueksi onkin tärkeää vahvistaa yleistä alkoholipolitiikkaa.” (STM 2009, 13.)

Kohdassa, jossa esitellään yleisesti tahdosta riippumatonta hoitoa, työryhmä tuo esiin, että päihteiden käyttöön liittyvä tahdosta riippumaton hoito on Suomessa harvinaista. Työryhmä nostaa esiin myös useita ongelmia tahdonvastaiseen hoitoon liittyen. Päihdehuoltolain 11 pykälän mahdollistama tahdosta riippumaton hoito terveystieteiden perustella on käytössä harvoin, menettelyä ei tunneta, sitä ei ole ohjeistettu kunnolla, sen toteuttaminen katsotaan vaivalloiseksi eikä sitä pidetä käytäntöön soveltuvana.

Myös viiden vuorokauden aikarajoitusta pidetään liian lyhyenä eikä sopivia hoitopaikkoja ole riittävästi olemassa. Lisäksi mainitaan, että ”päihdehuoltolaitosten tosiasiallinen ammattihenkilömitoitus ja menettelyn monimutkaisuus rajoittavat säännöksen soveltamista.” (STM 2009, 35.) Yhtenä ongelmana siis nähdään nykyinen päihdehuoltolaki ja se, että tahdonvastaisen hoidon käyttäminen on siinä tehty hyvin mutkikkaaksi. Työryhmä esittää, että harkittaessa tahdosta riippumatonta hoitoa tulee arvioida ainakin kolmea kysymystä: paraneeko ongelma tahdosta riippumattomalla hoidolla, miksi hoitoon ei tulla tai siellä ei pysytä vapaaehtoisesti ja lopuksi, ovatko tahdosta riippumattoman hoidon hyödyt suuremmat kuin itsemääräämisoikeuden kumoaminen. (STM 2009.)

Työryhmä ei kuitenkaan pohdi näitä kysymyksiä erityisen syvällisesti, mutta tuo esiin useita raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyviä ongelmia. Työryhmä esittää, että ”[J]os tavoitteena on sikiövaurioiden estäminen, se ei välttämättä toteudu tahdosta riippumattoman hoidon avulla.” Tahdosta riippumattoman hoidon pelko saattaisi työryhmän mukaan estää ongelmien puheeksi ottamisen neuvolassa, aiheuttaa päihteitä käyttävien äitien jäämisen kokonaan neuvolajärjestelmän ulkopuolelle ja pyrkimisen välttämään kontakteja sosiaali- ja terveystaloihin ja synnyttää epäluottamusta työntekijöiden ja asiakkaiden välille. Lisäksi tahdosta riippumaton hoito saattaa aiheuttaa pessimismisiä hoitotuloksia kohtaan, vahvistaa päihteitä käyttävien naisten leimautumista ja heikentää uskoa vapaaehtoiseen hoitoon yhteiskunnassa. (STM 2009, 36.) Eli sen sijaan, että raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastainen hoito ratkaisisi jonkin ongelman, se itse asiassa saattaa tuoda mukanaan uusia ongelmia.

Esitellessään yksityiskohtaisemmin ehdotustensa perusteluja, työryhmä tuo esiin useita ongelmia liittyen tahdosta riippumattoman hoidon tuloksellisuuteen:

”Tahdosta riippumattoman hoidon tuloksellisuudesta ei ole yksimielisyyttä ja moniin tutkimuskysymyksiin on löydettävissä täysin vastakkaisia tutkimustuloksia. Monissa tutkimuksissa todetaan, ettei tahdosta riippumaton hoito ole kustannustehokasta eikä tuloksellista pitkällä tähtäimellä. Hoidon tehokkuus kärsii muun muassa jatkohoidon puutteesta sekä pakon aiheuttamasta kielteisestä asenteesta, joka estää luottamuksellisen suhteen syntymistä asiakkaan ja terapeutin välille.” (STM 2009, 46.)

Työryhmän mielestä tahdosta riippumaton hoito toimii kun halutaan hoitaa myrkytystiloja tai vieroitusoireita. Sen sijaan, jos mittarina on pidempiaikaisempi häiriökäyttäytymisen tai riippuvuuden poistaminen, hoito ei ole erityisen tuloksellista. Näin ollen vieroitusoireiden tahdosta riippumaton hoito olisi työryhmän mukaan helpommin perusteltavissa kuin pidempiaikainen riippuvuuden poistamiseen tähtäävä

tahdosta riippumaton hoito. (STM 2009, 47.) Eli myös tahdosta riippumattoman hoidon tuloksellisuuteen liittyy useita ongelmia, jotka eivät tue päätöstä raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoidon puolesta.

Työryhmä tuo esiin, että vaikka alkoholi on sikiön kehitykselle haitallisempi ja Suomessa yleisemmin käytetty päihde, niin huumeet ovat pääasiallinen syy hoitoon ohjaamiseen. Raportin mukaan neuvoloihin annetuissa ohjeissa pelkkä huumekeilu on riittävä lähettämisen peruste, kun taas hoitoonohjausta suositellaan alkoholin osalta vain suurkuluttajille. Ongelmana työryhmä tuo esiin myös sen, että äitiysneuvoloissa päihdeongelmaiset naiset saattavat peitellä riippuvuuttaan ja varsinkin alkoholin riskikäyttö jää havaitsematta. (STM 2009, 47.)

Työryhmä esittää, että ennen tahdosta riippumattoman hoidon harkintaa tulisi olla riittävästi hoitoa tarjolla vapaaehtoisesti sitä haluaville ja hoitoaikojen on oltava riittävän pitkiä. Tässä ongelmana nähdään vapaaehtoisten palveluiden puutteet. Työryhmä näkee, että ”[T]ahdosta riippumattoman hoidon valtuuksia laajentamalla ei pidä yrittää ratkaista vapaaehtoisen hoidon saatavuuden, laadun ja imagon ongelmia.” Työryhmä pitää epäeettisenä määrätä ketään tahdosta riippumatta hoitoon, jos vapaaehtoiseen hoitoon hakeutuminen on hankalaa. Yhtenä työryhmän ehdotuksena onkin säätää subjektiivinen oikeus raskaana oleville päihdeongelmaisille naisille päästä välittömästi hoidon tarpeen arviointiin ja arvioinnin edellyttämään päihdehoitoon. (STM 2009, 47.)

Työryhmän mukaan on siis varmistettava jokaisen päihteitä käyttävän äidin mahdollisuus päästä hoitoon, joka mahdollistaa päihteettömyyden niin raskausaikana, kuin sen jälkeen. Kun vapaaehtoiseen hoitoon hakeutuminen toimii käytännössä, on työryhmän mukaan perusteita pohtia ääritilanteita, joissa tulee olla mahdollista käyttää tahdonvastaista hoitoa, jotta äidin päihteidenkäyttö saadaan pysäytettyä ja hänet saadaan motivoitumaan jatkamaan hoitoa vapaaehtoisesti. Myönteinen kanta raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiselle hoidolle nousee raportissa esiin vasta näiden äärimmäisten tapausten myötä. Äärimmäisiä tapauksia työryhmän mukaan voivat olla esimerkiksi ne ”joissa äiti itse ei koe tarvitsevansa tai haluavansa hoitoa tai äiti ei pysty hoitoon, vaikka itse haluaisikin.” (STM 2009, 37.) Tämä muotoilu on varsin väljä ja Mäkelä onkin huomauttanut, että se tarkoittaisi käytännössä sitä, että pakkohoito olisi mahdollista aina, kun viranomaisella ja äidillä on erimielisyyksiä hoidon tarpeellisuudesta (Mäkelä 2009, 199).

Työryhmä esittää, että tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyviä säädöksiä on täsmennettävä. Säännökset on uudistettava perustuslain mukaisesti täsmällisiksi ja tarkkarajaisiksi ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta koskevassa puitelaissa, jota tarkastelen lyhyesti viimeisessä luvussa, on otettava huomioon päihdeongelmaisia naisia koskevat erityiskysymykset. Työryhmän mielestä olisi syytä myös selvittää mahdollisuus säätää tahdosta riippumattoman hoidon säännökset Tanskan ja Norjan mallin mukaan. Tämä tarkoittaisi niin sanottua vapaaehtoista tahdonvastaista hoitoa, jossa raskaana oleva nainen sitoutuu itse hoitopaikkaan sopimalla hoitosopimuksen, joka on voimassa sovitun ajan. Sopimusta ei voi purkaa, vaikka henkilö muuttaisi mieltänsä. Työryhmä tuo esiin, ettei se ole paneutunut ehdotukseen liittyviin perusoikeudellisiin ongelmiin. (STM 2009, 47–49.) Tämänkaltaisen hoitosopimusehdotus on esillä myös lopussa tarkasteltavan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmän alustavissa linjauksissa.

Työryhmä esittää, että on säädettävä mahdollisuus tahdonvastaiseen hoitoon sikiön terveysvaaran perusteella (STM 2009, 48). Työryhmän mukaan tahdosta riippumattoman hoidon mahdollista pituutta on pidennettävä 30 vuorokautteen ja hoitoa oltava mahdollista jatkaa raskauden loppuun asti. Hoitolaitoksen on arvioitava hoidontarve 30 vuorokauden välein ja purettava tahdosta riippumaton hoitopäätös, jos sille ei enää ole tarvetta. Hoidon ensisijaisena tarkoituksena on motivoida raskaana olevaa päihdeongelmaista naista vapaaehtoiseen päihdekuntoutukseen tai raskauden aikaiseen raittiuteen. (emts.)

Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon liittyvistä ongelmista huolimatta työryhmä siis esittää, että tahdonvastainen hoito olisi säädettävä sikiön terveysvaaran perusteella. Se, miten kannanottoa perustellaan, käydään tarkemmin läpi osiossa 4.2.4.

5.2 Kategorioita

Raportissa yleisimmin käytetyt kategoriat ovat *raskaana olevat päihdeongelmaiset naiset* ja *raskaana olevat päihteitä käyttävät naiset*. Raportissa puhutaan myös yleisemmin *raskaana olevista naisista*. Näillä kategorioilla on suuriakin aste-eroja. *Raskaana olevat naiset* -kategoria on varsin neutraali ja yleiskategoriana sopii kaikkiin raskaana oleviin naisiin. *Raskaana olevat päihteitä käyttävät naiset* -kategoriaa käytetään samalla tavoin kuin *raskaana olevat päihdeongelmaiset naiset* -kategoriaa, vaikka pelkästään, se, että nainen käyttää raskauden aikana päihteitä ei vielä välttämättä tarkoita, että tällä on päihdeongelma.

Päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten -kategoria tarkentuu, kun puhutaan äitiyspoliklinikoista ja erityisesti niiden yhteydessä toimivista HAL- poliklinikoista (HAL=huume-alkoholi-lääkkeet) (STM 2009, 31). Päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten kuvataan olevan ”sangen heterogeeninen potilasryhmä”. Päihdeongelmien lisäksi monilla naisilla on mielenterveysongelmia. Suurella osalla on ongelmia huumeiden käytön kanssa:

”HAL- poliklinikoiden nykyisistä kävijöistä valtaosa on sekakäyttäjiä tai pelkästään huumeongelmaisia naisia. Aikaisempina vuosikymmeninä alkoholin ongelmakäyttäjät olivat suhteessa yleisempiä. On ilmeistä että osa alkoholin suurkäyttäjistä jää avohoidossa ja äitiysneuvolassa tunnistamatta, vaikka tiedetään nimenomaan alkoholin aiheuttavan pysyviä sikiövaurioita.” (STM 2009, 32.)

Samoin kuin ministerien vastauksissa, työryhmän raportissa ei kuitenkaan käytetä leimaavaa *päihdeäidin* kategoriaa tai muutenkaan esitetä raskaana olevia päihdeongelmaisia naisia negatiivisessa valossa, toisin kuin esimerkiksi kansanedustajien kirjallisissa kysymyksissä (vrt. myös Leppo 2011).

5.3 Dikotomiat

Arvioitaessa mahdollisuutta raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdosta riippumattomaan hoitoon työryhmä esittää, että joudutaan punnitsemaan keskenään raskaana olevien naisten itsemääräämisoikeutta, hoidon vaikuttavuutta ja toisaalta lasten oikeuksia. (STM 2009, 36.)

Työryhmä nostaa esiin erityisongelmana raskaana olevien naisten kohdalla sen, ”miten sikiön voidaan katsoa olevan perusoikeuksien haltija eli voidaanko sikiötä suojata äidin tahdosta riippumatta.” Työryhmä esittää, että ”[I]hminen tulee täysimääräisesti perusoikeuksien haltijaksi syntymänsä hetkellä ja on niiden piirissä kuolemaansa asti” ja, että ”[A]lkiota ja sikiötä ei ole...katsottu kuuluvaksi perus- ja ihmisoikeuksilla suojatun yksilön tai henkilön käsitteen alle siten, että ne olisivat oikeussubjekteja.” Toisaalta työryhmä tuo esiin kuinka oikeusjärjestys tarjoaa suojaa eri tavoin myös ennen syntymää. (STM 2009, 36.) Lisäksi työryhmä esittää seuraavaa:

”Naisen lisääntymisvapautta on kuitenkin eri maissa vaihtelevasti kavennettu ihmisen alkion ja sikiölle annetun suojan vuoksi. Esimerkiksi vaikka sikiö ei ole suoraan tietyn ihmis- tai perusoikeuden subjekti, oikeusvertailu osoittaa raskaana olevan naisen itsemääräämisoikeutta rajoitettavan sikiön ihmisarvon suojaamisen nimissä raskausviikkojen määrän lisääntyessä.” (emts.)

Raportissa perustellaan tahdonvastaista hoitoa muun muassa sillä, että Suomi on ratifioinut YK:n lasten oikeuksien sopimuksen. Raportin kirjoittajat tuovat esiin useita

sopimuksen artikloita, jotka heidän mielestään koskevat päihdeperheessä elävien lasten oikeuksia ja raskaana olevien naisten hoitoa (STM 2009, 17). Yksi näistä on YK:n lasten oikeuksien sopimuksen 6. artikla, joka koskee lasten oikeutta elämään. Sen toisessa kohdassa sanotaan, että ”[S]opimusvaltiot takaavat lapselle henkiinjäämisen ja kehittymisen edellytykset mahdollisimman täysimääräisesti.” (YK 2010, 8.) YK:n sopimuksesta ei kuitenkaan käy ilmi milloin lapsuus alkaa. Johdanto-osassa mainitaan, että ”lapsi[- -]tarvitsee erityistä suojelua ja huolenpitoa, siihen luettuna asianmukainen hoito sekä ennen syntymää että sen jälkeen” (YK 2010, 6). YK:n lapsen oikeuksien sopimukseen ei sopimusta valmisteltaessa otettu mainintaa siitä milloin lapsuus alkaa aiheesta syntyvien erimielisyyksien vuoksi (Nieminen 2010, 538).

Raportissa ei syvällisesti pohdita perusoikeudellisia kysymyksiä liittyen raskaana olevien päihdeongelmaisten tahdonvastaiseen hoitoon, varsinkaan naisten itsemääräämisoikeuden kannalta. Asiantuntijat ovat kuitenkin keskustelleet asiasta ennen ja jälkeen raportin julkaisun. Valtiosääntöoikeuden dosentti Liisa Niemisen mukaan kysymys siitä, mistä perus- ja ihmisoikeussuoja alkaa, ratkaistiin selkeästi Suomessa 1990-luvun puolivälissä perusoikeusuudistuksen yhteydessä, eivätkä kansainväliset ihmisoikeussopimuksetkaan myönnä oikeuksia syntymättömille (Nieminen 2010, 538). Marita Liljeström esittää, että vaikka oikeusjärjestelmä suojaa myös sikiötä eri tavoin, sitä ei kuitenkaan voida rinnastaa syntyneeseen lapseen omine ihmis- ja perusoikeuksineen. Ennen syntymää tapahtuva oikeusjärjestyksellinen suojele tapahtuu lähinnä raskaana olevan naisen perusturvan välityksellä. Ihmisestä tulee perusoikeuksien täysimääräinen haltija syntymänsä hetkellä. Laki, jolla sikiön etua pyritään suojaamaan rajoittamalla raskaana olevan naisen oikeutta vapauteen ja koskemattomuuteen, loukkaisi Liljeströmin mukaan naisen perusoikeuksia ja olisi hänen mukaansa perustuslain vastainen (Liljeström 2001, 2172–2173). Tämänkaltaisia huomioita ei esiinny STM:n raportissa, vaan mietinnössä korostetaan sikiön oikeuksia.

Myös Mäkelän mukaan STM:n työryhmän pohdinta äidin itsemääräämisoikeuden ja sikiön oikeuksien välisistä suhteista on hyvin yleisluonteista ja ylimalkaista (Mäkelä 2009, 199). Viittaus YK:n lasten oikeuksien sopimukseen ei vielä riitä, vaan olisi kehitettävä selkeät kriteerit siitä, millä edellytyksillä äidin itsemääräämisoikeutta on mahdollista loukata (Mäkelä 2009, 199). Lisäksi lasten oikeuksien tarkempi tarkastelu osoittaa niiden olevan historiallisesti ja sisällöllisesti vaihtelevia (ks. esim. Veerman 1992) eli lasten oikeudet eivät välttämättä ole mikään ylittämätön arvo.

Dikotomia *naisen vapausoikeuksien ja sikiön oikeuksien* välillä on edelleen läsnä kyseisessä työryhmämietinnössä, niin kuin se oli jo 1990-luvun poliittisissa dokumenteissa (ks. Leppo 2011). Työryhmän ehdotus raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoidon oikeuttamiseen sikiön terveysvaaraan vedoten on radikaali veto, tai niin kuin silloinen Peruspalveluministeri Paula Risikko ilmaisi sen ensimmäisessä vuoden 2009 vastauksessaan ”tärkeä periaatteellinen kannanotto”, sikiön oikeuksien puolesta. Kuitenkin raportissa ajetaan myös subjektiivista hoitoa eli äidin oikeuksia palveluihin eli siinä ajetaan myös äidin oikeuksia, vaikka katsotaankin, että tahdonvastainen hoito on oikeutettua.

Toinen dikotomia, tai jännite, mikä aineistosta nousee esiin, liittyy edelliseen. Tämä jännite oli myös läsnä jo 1990-luvulla (Leppo 2011). Työryhmän ehdotuksen mukaan tahdosta riippumaton hoito on säädettävä sikiön terveysvaaran perusteella ja raskaana oleville päihdeongelmaisille naisille tulee luoda subjektiivinen oikeus päästä heti hoidon tarpeen arviointiin ja sen edellyttämään päihdehoitoon. Eli samalla, kun pyritään varmistamaan päihdeongelmaisten naisten pääsy *vapaaehtoiseen hoitoon*, halutaan lainsäädännöllä mahdollistaa myös *tahdosta riippumaton hoito*. Vapaaehtoisia ja tahdonvastaisia hoitotoimenpiteitä viedään siis eteenpäin samanaikaisesti.

5.4 Tutkimus- ja asiantuntijatiedon käyttö

Tutkimustieto, johon raportissa viitataan, liittyy pitkälti raskauden aikaisen päihteidenkäytön ja sikiövaurioiden yleisyyteen. Koska aiheesta on aiempaa keskustelua, tässä alaluvussa nojaudutaan pitkälti tuon keskustelun esittelemiseen.

Niin kuin kaikissa edellisessä luvussa analysoiduissa kirjallisissa kysymyksissä, myös työryhmän raportissa lähdetään liikkeelle alkoholin kulutuksen ja sen haittojen kasvusta:

”Raskauden aikainen päihteiden, etenkin alkoholin, käyttö on sikiön kehityshäiriöiden suurin yksittäinen syy. Alkoholipolitiikan liberalisoituminen 1960-luvun lopulta lähtien on lisännyt alkoholin kulutusta, mikä näkyy käytöstä aiheutuvien haittojen lisääntymisenä yhteiskunnan eri osa-alueilla. Esimerkiksi naisten alkoholinkäyttö on kasvanut seitsenkertaiseksi. Alkoholin vaurioittamien sikiöiden määrä on kasvanut samoin kuin niiden lasten määrä, jotka elävät perheissä, joissa vanhemmilla on alkoholiongelmia.” (STM 2009, 13.)

Niin kuin molemmissa vuoden 2009 kirjallisissa kysymyksissä tuotiin esiin, työryhmän raportissa esitetään seuraava arvio raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten ja sikiövaurioiden määrästä Suomessa:

”[T]uoreimpien arvioiden mukaan noin 6 prosenttia raskaana olevista suomalaisnaisista on alkoholin suurkuluttajia. Tämä merkitsee Suomessa vuosittain yli 3 000 päihteille altistunutta sikiötä. Suomessa syntyy vuosittain noin 600 lasta, joilla on sikiöaikaiseen alkoholi-altistukseen liittyviä oireita.” (STM 2009, 17).

Millekään näistä arvioista ei esitetä lähdettä tai laskentaperustetta, mutta Mäkelä (2009, 196) pitää todennäköisenä, että kuuden prosentin arvio⁴ perustuu Marjaterthu (Marjukka) Pajulon vuonna 2001 julkaisemaan väitöskirjatutkimukseen. Mäkelä julkaisi kriittisen analyysin raportista pian sen ilmestymisen jälkeen ja hän suhtautuu kriittisesti muun muassa siihen, miten Pajulon väitöskirjatutkimuksessa saatiin kyseinen arvio aikaan. Mäkelän mukaan tutkimuksessa käytetty kyselylomake (SASS=Substance Abuse Screening Inventory -suomenkielinen versio) luokittelee vastaajat elinikäisen päihteiden käytön mukaan, ei raskaudenaikaisen. Kysymyspatteristoon vastanneista (vastausprosentti oli 68%) ”riskikäyttäjiksi” arvioitiin kuusi prosenttia, joita Pajulo kutsuu virheellisesti päihderiippuvaisiksi (emts.) Työryhmän raportissa puhutaan alkoholin suurkuluttajista, mutta päihteiden riskikäyttö viittaa myös huumeisiin ja lääkkeiden väärinkäyttöön.

Työryhmä esittää myös arvion kuinka monella neuvolaikäisten lasten äideillä on kohonnut alkoholinkäytön riski: ”Kansanterveyslaitoksen LATE- hankkeen alustavien tulosten mukaan neuvolaikäisten lasten äideistä noin 5 %:lla on vähintään lievästi kohonneet alkoholinkäytön riskit alkoholien käyttöä kysyttäessä Audit- lomakkeella liki 6500 lapsiperheeltä.” (STM 2009, 17)

Mäkelän mukaan molemmissa tutkimuksissa käytetyt lomakkeet (SASS ja AUDIT) ”luokittelevat riskikäyttäjiksi vastaajia, jotka eivät ole riippuvaisia päihteistä ja joista suuri osa luultavasti lopettaa alkoholin käytön saadessaan tietää olevansa raskaana.” Näin ollen, toisin kuin STM:n raportissa väitetään, Pajulon esittämä kuuden prosentin arvio³ ei vielä tarkoita sitä, että vuosittain 3000 sikiötä altistuisi päihteille. (Mäkelä 2009, 17.) Mäkelä näkee, että ”AUDIT luokittelee riskikäyttäjiksi myös hyvin lieviä tapauksia, jotka eivät suinkaan ole alkoholiriippuvaisia.” Mäkelä esittää kuitenkin myös epäilyjä siitä, kuinka rehellisesti vanhemmat vastaavat neuvoloissa käytettäviin AUDIT-kyselyihin. (Mäkelä 2009, 17.)

Työryhmän raportissa annetaan varsin suuri painoarvo AUDIT –lomakkeen merkitykselle vanhempien päihteiden käytön kartoittamisessa äitiysneuvoloissa ja päihdeongelmaisten tunnistamisessa. AUDIT-pistemäärän (8) täyttyessä raskaana oleva nainen on työryhmän mukaan ohjattava äitiyspoliklinikalle tai tavattava A-klinikan työntekijä. AUDIT-lomakkeen lisäksi päihdeongelmaisen varhaista tunnistamista auttaa huomion kiinnittäminen puolison päihteiden käyttöön sekä raskauden aikana tupakoiviin äiteihin, sillä ”muita päihteitä käyttävät äidit löytyvät yli 90 %:sti heidän joukostaan.” Päihteidenkäyttö voidaan sitä epäiltäessä varmentaa esimerkiksi virtsan huume- ja alkoholiseulonnalla. (STM 2009, 41–42.)

Raportissa mainitaan vielä, että ”kansainvälisiä arvioita Suomeen soveltaen voidaan arvioida, että Suomessa syntyy noin 520 FASD- lasta vuosittain” (STM 2009, 19). Mäkelä esittää samankaltaisia lukuja esittävään artikkeliin (ks. Autti-Rämö ym.2008, 504) viitaten, ettei muissa maissa tehtyjä arvioita voi noin vain siirtää Suomeen (Mäkelä 2009, 195).

Lisäksi raportissa esitetään, että:

”1980-luvulla tehdyssä prospektiivisessä seurantatutkimuksessa arvioitiin, että noin yhdellä vastasyntyneellä tuhannesta on FAS, noin kahdella lapsella tuhannesta osittainen FAS ja vähintään kahdella tuhannesta ARND. Tämän perusteella laskettuna maassamme syntyisi nykyään vuosittain hieman alle 60 FAS-lastaa ja noin 230 lapsella olisi joko osittainen FAS tai ARND. Naisten alkoholinkäytön lisääntyminen on kuitenkin voinut lisätä sikiön alkoholivaurioiden ja erityisesti ARND- alaryhmän ilmaantuvuutta.” (STM 2009, 18.)

Mäkelä huomauttaa edelleen, että raportissa esiintyvien, toisistaan poikkeavien sikiövaurioiden esiintyvyyyslukujen luotettavuuden arviointi on vaikeaa, koska ne esitetään ilman laskentaperusteluja tai lähdeviitteitä (Mäkelä 2009, 195)

Kohdassa, jossa STM:n työryhmä esittää ehdotuksensa tahdonvastaisen hoidon mahdollisuudesta sikiön terveysvaaran perusteella, tätä ehdotusta perustellaan seuraavasti:

”Tarve päihdehuoltolain tahdosta riippumattomien puuttumisperusteiden käytölle tulee harvoin kysymykseen, mutta sen periaatteellinen selkiyttäminen tehostaisi sikiölle aiheutuvien terveyshaittojen ehkäisyä. Päihdehuoltolain valmistelun ja säätämisen (1986) jälkeen tietämys odottavan äidin alkoholinkäytön vaikutuksista sikiön terveyteen on lisääntynyt. Myös YK:n lapsen oikeuksien sopimukseen on sitouduttu sen jälkeen. Tieteellinen näyttö sikiön terveysvaarasta on riittävän yksiselitteinen niin, että se voi olla perusteena puuttumisvaltuudelle. Olisi siis mahdollista säätää mahdollisuus tahdosta riippumattomaan hoitoon syntyvän lapsen terveysvaaran perusteella.” (STM 2009, 48.)

Jää epäselväksi miten tahdosta riippumattoman hoidon puuttumisperusteiden periaatteellinen selkiyttäminen johtaisi tehostettuun sikiön terveyshaittojen ehkäisyyn. Myöskään ei tuoda esiin mikä se tieteellinen näyttö on, johon kirjoittajat nojaavat perustelunsa. Mäkelä ei hyväksy työryhmän perustetta, jossa vedotaan lisääntyneeseen tietämykseen alkoholinkäytön vaikutuksista sikiön terveyteen. Mäkelän mukaan ”ryhmätason tieto siitä, että alkoholinkäyttö vaikuttaa merkittävästi ja merkittävästi sikiön terveyteen, ei kuitenkaan tarjoa yksilötason kriteerejä siitä, milloin pakkohoito on oikeutettua.” (Mäkelä 2009, 199.) Lisäksi Mäkelä pohtii miten raskaana oleva päihdeongelmainen nainen voidaan pakottaa hoitoon, jos hänellä on kuitenkin oikeus aborttiin (Mäkelä 2009, 199). Myös Marjukka Pajulo näkee eettisesti arveluttavana tilanteen, jossa odottava äiti voidaan määrätä pakkohoitoon, mutta samanaikaisesti hänellä on oikeus raskauden keskeyttämiseen (Pajulo 2009, 895). Tätä STM:n työryhmä ei pohdi lainkaan (Mäkelä 2009, 199). Pajulo näkee myös, että pakkohoidolla uhittelu voi johtaa riskiryhmiin kuuluvien päihdeongelmaisten naisten jättäytymiseen kokonaan pois äitiysneuvontajärjestelmän palveluista. Tällöin varhainen ongelmien tunnistaminen ja hoitoonohjaus käy mahdottomaksi. (Pajulo 2009, 895.)

STM:n raportissa tuodaan esiin, että Ruotsissa raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoidon lainsäädäntö on kohdannut ratkaisemattomia ongelmia liittyen haitallisen käytön osoittamiseen. Ongelmana on, että ”[J]uridisesti on mahdotonta säätää mitään rajaa haitalliselle käytölle, koska sille ei ole olemassa mitään tarkkaa tieteeseen perustuvaa rajaa.” (STM 2009, 38.) STM:n oman suosituksen mukaan ”jo raskautta suunnittelevien tulisi lopettaa alkoholin käyttö eikä alkoholia tule käyttää lainkaan raskauden aikana” (STM 2009, 30). Terveystieteiden ohjeistus liittyen raskauden aikaiseen päihteiden käyttöön on viime vuosikymmenien aikana muuttunut ja pidättäytyminen päihteistä kokonaan raskauden aikana ja jopa sitä ennen (raskautta suunnittelevat) on ilmestynyt suomalaisiin terveydenhoito-ohjeisiin viime vuosien aikana (Leppo & Hecksher 2010, 14–15).. Nollatoleranssi linjaus ei sinänsä kuvaa tieteellistä tietoa vähäisen alkoholin käytön vaikutuksista raskauden aikana, vaan yhteiskunnallista ilmapiiriä liittyen FASD ehkäisyyn, jota kuvaa varovaisuuden periaate eli pyrkimys välttää riskejä varmuuden vuoksi silloinkin kuin niistä ei ole tieteellistä näyttöä (Leppo 2012, 48; Leppo & Hecksher 2010, 22) Mäkelän mukaan alkoholinkäyttö myös vähäisissä määrissä lisää sikiövaurioiden riskiä, mutta on vaikea vetää selkeää rajaa odottavien äitien alkoholinkäytölle, jonka ylittäminen sitten riittäisi perusteluksi pakkohoitoon (Mäkelä 2009, 199)

6. Yhteenveto ja pohdinta

Tässä työssä on tarkasteltu raskaudenaikaisesta päihteidenkäytöstä aiheutuvien sikiövaurioiden ehkäisemisestä käytyä poliittista keskustelua analysoimalla poliittisia dokumentteja vuosilta 1999–2009. Kansanedustajien esittämät kirjalliset kysymykset ja ministerien niihin antamat vastaukset olivat osaltaan muotoilemassa sekä ongelmaa että mahdollista ratkaisua ja nostivat asian poliittiselle kentälle ja julkiseen keskusteluun. Kirjallisissa kysymyksissä esitetyt ongelmarepresentaatiot houkuttelivat erilaisia ratkaisuehdotuksia, joista useimmiten esitetty oli raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastainen hoito. Kirjallisten kysymysten ja niihin annettujen vastausten lisäksi analyysin kohteena oli Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettaman raskaudenaikaisten päihdeongelmien hoitoa käsitelleen työryhmän raportti (STM 2009). Tässä luvussa vedetään ensin yhteen analyysin tulokset ja pohditaan niitä suhteessa aiempaan empiiriseen tutkimukseen. Sen jälkeen tuloksia pohditaan työn alussa esiteltyjen teorioiden ja käsitteiden valossa.

1990-luvun lopulla huumeongelmat vaikeutuivat ja lisääntyivät Suomessa ja termin ”päihdeäiti” rinnalle tuli termi ”huumevauva” (Leppo 2008, 63). Tämä saattaa osaltaan selittää miksi ensimmäisessä kirjallisessa kysymyksessä vuodelta 1999 kansanedustajan kysymys painottuu huumeisiin. On mielenkiintoista, että huumeet ovat myöhemmistä kirjallisista kysymyksistä jätetty lähes kokonaan pois ja niissä on keskitytty lähinnä alkoholin aiheuttamiin sikiövaurioihin kuten myös ministerien vastauksissa ja STM:n raportissa.

Aineiston analyysissä tarkasteltiin ensinnäkin sitä minkälaisia ongelmarepresentaatioita raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisesta hoidosta käytävään poliittiseen keskusteluun liittyi. Kansanedustajien kirjallisissa kysymyksissä nousi esille monenlaisia raskaana olevien naisten päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, joihin tarjottiin ratkaisuna tahdonvastaista hoitoa. Ongelmiksi esitettiin päihdehuoltolaki, joka ei ota tarpeeksi huomioon sikiösuojelun näkökulmaa ja se, että raskaana olevan naisen oikeus käyttää päihteitä katsotaan suuremmaksi kuin syntymättömän lapsen oikeus terveyteen. Lasten oikeuksien toteutumatta jääminen nähtiin ongelmana ja ratkaisuksi tarjottiin päihdeäitien pakkohoitoa. Suurimpana ongelmana nähtiin se, ettei raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen pakkohoito ole vielä mahdollista Suomessa. Ongelmien ratkaisuksi kansanedustajat ehdottivat tahdonvastaisen hoidon mahdollistamista lainsäädännöllä tilanteissa, joissa raskaana olevan naisen päihteidenkäyttö vaarantaa sikiön terveyden.

Ministerien vastauksissa kansanedustajien kirjallisiin kysymyksiin ongelma ja sen ratkaisu muotoutuivat eri tavalla. Ministerien ongelmarepresentaatioon sisältyi laajempi käsitys ongelman syistä, eivätkä he pitäneet ongelman ratkaisuna yksiselitteisesti tahdonvastaisen hoidon käyttöönottoa. Vastauksissa painottui informaation tärkeys, kohderyhmän parempi tavoittaminen, luottamuksellinen hoitosuhde, yleisen alkoholipolitiikan merkitys ja lopulta asiantuntijaryhmän asettaminen raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamiseksi. Se miten ongelma esitetään vaikuttaa siihen mitä ratkaisuehdotuksia ongelmalle ehdotetaan (Bacchi 2009). Ongelmarepresentaatioihin tuleekin suhtautua kriittisesti; ei pelkästään niiden sisältöön, vaan myös siihen mitä jätetään niiden ulkopuolelle.

Vuosien 2008–2009 kirjallisissa kysymyksissä tukeuduttiin STM:n raportissa (2009) esitettyyn myönteiseen kantaan pakkohoidon puolesta. Työryhmän raportin lähempi tarkastelu kuitenkin osoitti, ettei työryhmän raportissa tahdonvastaiseen hoitoon sikiön terveysvaaran perusteella suhtauduta varauksettoman myönteisesti, vaan siihen liitettiin useita ongelmia. Esimerkiksi tahdosta riippumattoman hoidon pelko saattaa työryhmän mukaan aiheuttaa ongelmia kohderyhmän tavoittamisessa ja vähentää luottamusta vapaaehtoiseen hoitoon yleensä yhteiskunnassa. Lisäksi Päihdehuoltolain mahdollistama tahdonvastainen hoito terveysvaaran perusteella on mutkikasta, eikä tahdonvastaisen hoidon ei ole osoitettu olevan tuloksellista. Sen sijaan, että sikiövauriot saataisiin ehkäistyä tahdonvastaisella hoidolla, raskaana olevien päihdeongelmaisten pakkohoito saattaa raportin mukaan siis jopa lisätä ongelmia.

Toiseksi tarkastelin sitä, minkälaisia ihmisiin liittyviä kategorisointeja raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoidosta käytävään poliittiseen keskusteluun liittyi. Poliittisessa diskurssissa rakennetaan erilaisia sosiaalisen identiteetin muotoja, joita käytetään apuna määriteltäessä käsillä olevaa ongelmaa. Aineistosta löytyneet kategorisoinnit voidaan tiivistää kolmeen hahmoon: ”päihdeäiti”, ”synnyttäjä” ja ”raskaana oleva päihdeiden käytön lopettamiseksi hoitoa haluava nainen”, joista ensimmäinen on negatiivisesti, toinen neutraalisti ja kolmas positiivisesti väritynyt hahmo. Aineiston perusteella kategoriaa *päihdeäiti* käytettiin vakiintuneesti poliittisessa diskurssissa, vaikka muitakin kategorisointeja löytyi. Kansanedustajien kysymyksissä *raskaana oleviin päihdeongelmaisiin* ja *päihderiippuvaisiin naisiin* liitettiin monia negatiivisia piirteitä: he eivät kykene toteuttamaan luonnollista äidinvaistoaan tai asettamaan päihderiippuvuuttaan sikiön edun edelle. Tämä kuva

välinpitämättömästä äidistä asetetaan vastakkain alkoholivaurioista kärsivän ”syntymättömän lapsen” tai tulevista ongelmista kärsivän lapsen kanssa. Tällainen vastakkainasettelu ja negatiivinen kuva raskaana olevasta päihteistä käyttävästä naisesta on noussut esiin poliittisessa diskurssissa myös aikaisemmin (ks. Leppo 2011, 5–7).

Ministerin vastauksissa esiintyvät kategorisoinnit pyrkivät olemaan vähemmän leimaavia kuin kansanedustajien kategorisoinnit, kuten *kyseinen potilas- tai asiakasryhmä* tai *synnyttäjät*. Niissäkin käytetään kuitenkin myös sellaisia kategorioita kuin *alkoholistiäidit* sekä *raskaana olevat päihteiden suurkuluttajat*. Yksi mielenkiintoisimmista ministerien vastauksista löytyvistä kategorioista oli *raskaana oleva päihteiden käytön lopettamiseksi hoitoa haluava*, joka kategoriana eroaa suuresti yhden kansanedustajan luonnehdinnasta päihdeäidistä, joka ei kykene asettamaan sikiötä päihderiippuvuutensa edelle. Toisin kuin eräissä 1990-luvun poliittisissa dokumenteissa, joissa raskaana olevat päihteitä käyttävät naiset esitetään yhteistyökyvyttöminä ja hoitoa välttelevinä (ks. Leppo 2011, 6–7), ministerien vastauksissa esiintyvät kategorisoinnit eivät esitä raskaana olevia päihdeongelmaisia naisia negatiivisessa valossa. STM:n raportissa ei myöskään käytetä negatiivisia kategorisointeja raskaana olevista päihdeongelmaisista naisista.

Kolmanneksi analyysissä kiinnitettiin huomiota aineistossa esiintyviin dikotomioihin. Kirjallisissa kysymyksissä muodostui useita erilaisia dikotomioita, joista oleellisin muodostui sikiön ja raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen välille. Dikotomia muodostetaan esimerkiksi sikiön edun ja äidin päihderiippuvuuden välille. Myös erilaiset oikeudet muodostivat dikotomian: toisaalta on raskaana olevan naisen oikeus käyttää päihteitä ja toisaalta lapsen oikeus syntyä terveenä. STM:n työryhmä toi myös esille kuinka raskaana olevien naisten tahdosta riippumaton hoito asettaa naisten itsemääräämisoikeuden ja sikiön oikeussubjektiviteetin jännitteiseen vastakkainasetteluun. Eli kyseessä on sama dikotomia, joka oli esillä poliittisissa dokumenteissa jo ennen 2000-lukua (ks. Leppo 2011). Dikotomisissa vastakkainasetteluissa toinen osapuoli saa usein enemmän arvostusta ja huomiota (Bacchi 2009), tässä tapauksessa sikiön oikeudet saavat paljon huomiota äidin vapausoikeuksien kustannuksella. Vaikka raportin kirjoittajat ajavat myös päihteitä käyttävien äitien oikeuksia saada vapaaehtoisia palveluita, ei naisten itsemääräämisoikeutta pohdita perusteellisesti raportissa, vaan siinä korostetaan sikiön oikeuksia.

Ministerien vastauksissa ei samanlaista dikotomiaa löytynyt. Vastauksissa ilmeni kuitenkin jännite vapaaehtoisen ja tahdonvastaisen hoidon välillä ja laajemmin jännite yksilöön kohdistuvien toimenpiteiden (pakkohoito) ja koko väestöön kohdistuvien toimenpiteiden välillä (yleinen alkoholipoliittikka). Nämä jännitteet, jotka olivat myös läsnä jo 1990-luvun poliittisissa dokumenteissa (Leppo 2011), ilmenivät myös STM:n työryhmäraportissa (2009) ja kansanedustajien kirjallisissa kysymyksissä. Samalla, kun pyritään varmistamaan päihdeongelmaisten naisten pääsy vapaaehtoiseen hoitoon, halutaan lainsäädännöllä mahdollistaa myös tahdosta riippumaton hoito ja ottaa huomioon myös koko väestöön kohdistuvat alkoholipoliittiset toimet alkoholinkäytön vähentämiseksi.

Neljäs analyysin kohde oli tutkimus- ja asiantuntijatiedon käyttäminen aineistossa. Kaikissa kirjallisissa kysymyksissä esiteltiin tutkimustietoa, joka liittyi päihteiden käyttöön ja sen vaikutuksiin sikiölle. Lisäksi esiteltiin tietoa raskaudenaikaisen päihteidenkäytön sekä sikiövaurioiden esiintyvyydestä suomalaisessa väestössä. Harvoissa kysymyksissä kuitenkin tuotiin esille mihin käytetyt luvut ja tutkimustieto perustuivat. Myös vastauksissa asianomaiset ministerit tukeutuivat tutkimus- ja asiantuntijatietoon tuomatta kuitenkin esiin mihin esimerkiksi eri luvut perustuivat. Luvut, johon esimerkiksi kansanedustajat tukeutuivat, eivät myöskään olleet yhteneväisiä; arviot päihteille altistuvien sikiöiden määrästä vaihtelivat kansanedustajien kysymyksissä 550:n ja 3000:n välillä. Lisäksi arviot päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten määrästä vaihtelivat yhden prosentin ja kuuden prosentin välillä. Yhteistä kansanedustajien kysymyksille oli se, että erilaisten lukujen avulla korostettiin ongelmien suuruutta ja sitä, että ne olivat lisääntymässä, vaikka tästä ei ollut esittää selvää näyttöä. Samoin kuin kirjallisissa kysymyksissä ja vastauksissa, myös STM:n raportissa (2009) tuotiin tutkimustiedon avulla esille ongelman yleisyyttä. Tieteellisellä näytöllä alkoholin aiheuttamien sikiövaurioiden yleisyydestä tai vakavuudesta myös oikeutettiin perustelut tahdonvastaisen hoidon puolesta, vaikkei se, että ongelma on yleinen tarkoita sitä, että tahdonvastainen hoito on paras keino sen hoitamiseen. Millekään näistä luvuista tai tutkimuksista ei esitetty lähdeviitteitä, mikä tekee niiden arvioinnista hankalaa, kuten Mäkelä (2009) on huomauttanut STM:n raportin (2009) kohdalla.

Tutkimustietoa käytettiin tukemaan poliittisia argumentteja ja sen avulla pyrittiin ymmärtämään päihteiden käytöstä aiheutuvien sikiövaurioiden luonnetta. Erilaisiin lukuihin vetoamalla pyrittiin osoittamaan, että ilmiö on yleinen ja hälyttävä ja näin

oikeutettiin tahdonvastaiset hoitotoimenpiteet. Sitä, ratkaiseeko raskaana olevien päihdeongelmaisten tahdonvastainen hoito ne ongelmat mitä esimerkiksi kansanedustajat esittivät sen ratkaisevan, ei esitetty tutkimustietoa, mikä johtuu siitä, ettei tällaista tutkimustietoa ole olemassa. Dikotomia, jossa ovat vastakkain äidin lakiin kirjatut vapausoikeudet ja sikiön moraalinen oikeus terveyteen on kuitenkin mahdoton ratkaista turvautuen tutkimustietoon sikiövaurioiden luonteesta tai laajuudesta, sillä pohjimmiltaan on kyse arvoista: kuinka arvokkaana pidetään kansalaisten perusoikeuksia ja kuinka arvokkaana sikiön terveyden suojelemista?

Analyysini siis osoitti, että lasten ja sikiön oikeuksien näkökulma oli kansanedustajien kysymyksissä sekä työryhmän esityksessä vahvasti korostettuna. Tältä osin tulokset tukevat aiemman tutkimuksen havaintoa, jossa sikiö nähdään enenevässä määrin haavoittuvana ja suojelun tarpeessa olevana FASD:n ehkäisyyn liittyvässä diskurssissa (Leppo 2012, 49). Leppo esittää, että STM:n työryhmän raportissa oli jo työryhmän toimeksiantoon sisäänkirjattuna myönteinen kanta pakkohoitoa kohtaan, koska työryhmän asettanut Sosiaali- ja terveysministeri suhtautui pakkohoitoon myönteisesti (Leppo 2009).

Analyysi osoitti kuitenkin myös, että ministerien vastauksissa ja myös työryhmäraportissa raskaana olevan naisen oikeus vapaaehtoiisiin palveluihin oli vahvasti esillä. Ministerien vastauksissa painotettiin vapaaehtoisten palveluiden saantia ja kehittämistä, eikä tahdonvastaisen hoidon käyttöönottoa nähty yksiselitteisenä ratkaisuna kansanedustajien näkemysten mukaisiin ongelmiin, vaan ongelmanmäärittely ja toimenpiteet sen ratkaisemiseksi nähtiin laajempina.

Analyysini osoitti myös, että aineistossa korostui vahvasti yksilöön kohdistuvat toimenpiteet riskien hallinnan keinona. Lähes kaikki kansanedustajat kirjallisissa kysymyksissään toivat esiin lisääntyneen päihteiden kulutuksen johdosta lisääntyneet päihteistä johtuvat haitat. Sen sijaan, että olisi ehdotettu keinoja kulutuksen vähentämiseksi, joka saman logiikan mukaan myös vähentäisi kulutuksesta johtuvia haittoja, ehdotukset painottuivat ongelmallisiksi kuluttajiksi kohdistuviin toimenpiteisiin. Myös Leppo on pohtinut sitä, miksi sen sijaan, että ehdotetut toimenpiteet kohdistuisivat koko väestöön esimerkiksi alkoholiveron noston muodossa, poliittisessa keskustelussa esitetyt toimenpiteet koskevat usein ”ongelmatapausten” kovempaa kontrollointia (Leppo 2008, 62).

Vaikka lähes jokaisessa kirjallisessa kysymyksessä tuotiin esiin lisääntynyt päihteiden kulutus erityisesti nuorten naisten kohdalla, niin yhdessäkään ei pohdittu syitä tyttöjen

ja nuorten naisten lisääntyneeseen alkoholin ja huumeiden käyttöön, eikä esitetty keinoja näiden käytön vähentämiseen. Kysymyksissä ei myöskään pohdittu mikä on tahdonvastaisen hoidon suhde yksilön perustuslain suomaan oikeuteen henkilökohtaisesta koskemattomuudesta eikä sitä, että naisilla on oikeus myös raskauden keskeyttämiseen.

Yksilön koskemattomuuteen tehtäviä rajoituksia on aikaisemmin perusteltu muun muassa sillä, että se on yhteiskunnan edun mukaista (ks. esim. Mattila 2003). Nykyään argumentoinnissa käytetään lapsen etua:

”Nykypäivänä poikkeavaksi luokiteltuun äitiyteen kohdistuvia yhteiskunnallisia interventioita on luontevaa perustella lapsen parhaalla: esimerkiksi alkoholin aiheuttamista sikiövaurioista käydyssä julkisessa keskustelussa raskaana olevien päihdeongelmaisten odottajien pakkohoitoa on ollut luontevaa perustella painottamalla syntyvän lapsen oikeutta hyvään ja terveeseen elämään.” (Leppo 2008, 65.)

Myös STM:n raportissa raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaista hoitoa sikiön terveysvaaran vedoten perusteltiin lasten oikeuksilla. Yhtenä selityksenä raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoidon eteenpäin viemisellä sikiön terveysvaaraan vedoten saattaa olla se, että alkoholipolitiikassa painotetaan yhä enemmän käyttäjälle itselleen aiheuttamien alkoholihaittojen ehkäisyyn sijasta muille alkoholinkäytöstä aiheutuvien haittojen ehkäisyä (Warpenius 2011; Vaarla toim. 2011; Laslett et al. 2011; Room et al. 2010). Tämä liittyy uhrin aseman voimakkaaseen nousuun yhteiskunnassa, mikä on tuttua esimerkiksi rikosten yhteiskunnallisen käsittelyn puolelta: rikoksen tekijän kuntouttamisen sijasta huomio kohdistuu yhä enemmän uhrin kärsimykseen (Garland 2001, 11–12).

Alkoholikontrolli on pitkälti yksilön valintojen hallintaa ja tuon hallinnan oikeuttamista ideoiden avulla (Sulkunen et al. 2000, 9). Pekka Sulkunen työtovereineen esittävät, että alkoholin saannin ja käytön sijaan alkoholipolitiikka keskittyy enenevässä määrin riskeistä varoittamiseen ja huonojen seuraamusten ehkäisemiseen (emt., 13). Poliittinen keskustelu raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoidosta on keskittynyt löytämään keinoja vähentämään mahdollisimman paljon sikiölle raskausajan päihteiden käytöstä aiheutuvia haittoja. On kuitenkin huomionarvoista, että tästä keskustelusta on jätetty pois muut sikiön terveyteen vaikuttavat tekijät kuten tupakointi, raskaudenaikainen ravinto ja muut elinolosuhteet. Poliittisessa diskurssissa esiintyvä raskaana olevan naisen ja sikiön välinen vastakkainasettelu ei ota riittäväällä tavalla huomioon sitä laajempaa sosiaalista ympäristöä, jossa tuo suhde muodostuu.

Tahdonvastaisen hoidon tarjoaminen yksiselitteisenä ratkaisuna tuon dikotomian voittamiseen kohdistaa riskien hallinnan ja vastuun väestötason toimenpiteiden sijasta yksilöön.

Modernin yhteiskunnan hallinnan keskeisenä tehtävänä on väestöä koskevan tiedon keruu. Julkinen valta pyrkii perustamaan ratkaisunsa tietoon, mutta usein tieto ei ole vapaa poliittisista tarkoituseristä. Problematisoimalla rajataan se alue, jota pyritään hallinnoimaan ja kielen avulla ilmaistaan tuon problematisoinnin rajat eli millaisena tuo todellisuuden alue nähdään. Bacchin mukaan se, minkälaiseksi jokin ”ongelma” ymmärretään, vaikuttaa myös siihen, mitä tuon ongelman ratkaisuksi ehdotetaan (Bacchi 2009, xii–xiv, xxi, 32–47). Toisin sanoen, tietynlainen ongelmanasettelu ”kutsuu esiin” tietynlaisia ratkaisuyrityksiä ja politiikkoja (Meskus 2009, 22) Todellisuuden rajaaminen tiettyihin osa-alueisiin aiheuttaa myös jännitteitä ja kiistoja siitä, mikä on totta ja minkälainen asiantuntijatieto on arvokasta. Lääketieteellisen tutkimustiedon käyttö sellaisen ongelman ratkaisuun, jossa ei lopulta ole kyse tutkimusnäytöstä piilottaa helposti aiheeseen liittyvät moraaliset kysymykset ja esimerkiksi kysymykset vallankäytöstä ja sen oikeuttamista. Tämä tutkimus on osaltaan valottanut miten raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon liittyvissä poliittisissa ongelmarepresentaatioissa yhdistyvät erilaiset riskilaskelmat, tieteellinen tieto ja valta. Tahdonvastaisen hoidon oikeuttaminen on kiistanalainen aihe ja sen perusteleminen käyttäen argumentoinnin apuna tutkimustietoa tarjoaa liian kapean näkökulman hoidon taustalla oleviin moraalisiin kysymyksiin. Naisten vapausoikeuksien ja sikiön oikeuksien välinen vastakkainasettelu on vaikea kysymys ja avoin ja julkinen keskustelu aiheeseen liittyvistä eettisistä arvoista olisi tarpeen

Nyky-yhteiskunnassa raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten terveyskäyttäytymistä pyritään ”hallitsemaan etäältä” (Rose 2001; Miller & Rose 2010) erilaisten riskien hallinnan teknologioiden, tutkimustiedon ja asiantuntijoiden avulla. Yhteiskunnassa, jossa yksilön itsemääräämisoikeudelle annetaan merkittävä painoarvo (Sulkunen 2009) tahdonvastaisten toimien käyttäminen kuitenkin johtaa erilaisiin jännitteisiin. Hallinnan tuominen etäältä konkreettiseen lähietäisyyteen hoitoon pakottamisen muodossa herättää kiistanalaisia kysymyksiä *pakon politiikan* oikeuttamisesta. Tämän tutkimuksen mukaan raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon kytkeytyy tutkimustiedon ja siihen liittyvien asiantuntijoiden, riskilaskelmien ja biovallan vahva sidos.

Biovallan näkökulmasta (Rabinow & Rose 2006) raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon liittyy vahva asiantuntijoiden totuusdiskurssi.

Asiantuntijatieto ei kohdistu pelkästään naisten, vaan enenevässä määrin yksilöinä pidettyjen sikiöiden, vitaaleihin ominaisuuksiin. Terveiden nimissä päihdeongelmaksi äideiksi kategorisoituihin naisiin kohdistetaan erilaisia interventiostrategioita ja valtasuhteita, heidät pyritään määrittelemään hallinnan kohteiksi. Tieteelliset tutkimukset ovat osa näitä valtakäytäntöjä: ne tuottavat informaatiota ja artikuloivat hallinnan kohteita (Helén 2001). Tutkimustietoon nojaaminen oli aineistossa tyypillistä, vaikka se olikin siinä mielessä näennäistä, että käytetyt luvut esimerkiksi ilmiön yleisyydestä olivat epävarmoja arvioita ja ne vaihtelivat eikä niiden alkuperää kerrottu.

Ihmisiin liittyvä kategorisointi, tai subjektivikaatio, voi myös aiheuttaa vastustusta ja on osa elämänprosessien määrittelykamppailua, johon liittyy erilaisia jännitteitä ja kiistoja. Niin kuin tässä tutkimuksessa todetaan ”päihdeäiti” kategoriaa käytetään vakiintuneesti poliittisessa diskurssissa. Tuskin monikaan niistä naisista joihin tuo kategorisointi kohdistuu käyttää kyseistä termiä oman identiteettinsä muotoilussa. Ihmisiin liittyvät kategorisoinnit tulevat usein ”ulkopuolelta”.

Terveyskansalaisuuden käsitteen näkökulmasta (Helén & Jauho 2003) raskaana olevia päihdeongelmaisia naisia eriarvoistetaan erityiseen riskiryhmään, jota pyritään kontrolloimaan. Raskauteen liittyvä hallinta tapahtuu tahdonvastaista hoitoa puolustavissa puheenvuoroissa yksilöllistyneen riskin kategorian kautta (Ruhl 1999) ja raskaana oleviin päihdeongelmaisiin naisiin liitettävät riskitekijät saavat aikaan pyrkimyksen sikiön suojelemiseen. Äärimmillään tämä suojeleminen tapahtuisi yksilöruumiiseen kohdistuvalla vallankäytöllä eli hoitoon pakottamisella. On kuitenkin tärkeää huomata myös se, että aineistossa korostuu yksilöön kohdistuvan ja yksilöä vastuuttavan riskin hallinnan lisäksi kollektiivisempi käsitys riskien hallinnasta. Ministerien vastauksissa ja työryhmäraportissa nostetaan vahvasti esiin myös koko väestöön kohdistuvat yleiseen alkoholipolitiikkaan liittyvät keinot sikiövaurioiden ehkäisyssä, ennen kaikkea alkoholiveron korottaminen. Analyysini tulokset eivät siis tue ajatusta, jonka mukaan olisi käynnissä suoraviivainen kehitys, jonka myötä riskien hallinta muuttuu yhä yksilökeskeisemmäksi: myös koko väestöön kohdistuvat toimet ovat olleet 2000-luvun poliittisessa keskustelussa vahvasti mukana, kun on pohdittu keinoja sikiöön kohdistuvien päihdehaittojen vähentämiseksi.

Yhtenä tämän tutkimuksen johtopäätöksenä on, että erilaisten riskilaskelmien ja tieteellisen tiedon käyttö poliittisessa diskurssissa liittyvät tiivisti toisiinsa hallinnan problematisoidessa ja representoidessa uusia alueita joilla se toimii. Vetoaminen tutkimus- ja asiantuntijatietoon raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten

tahdonvastaisen hoidon perusteluissa on keino representoida käsillä oleva ongelma objektiivisena ja mitattavissa olevana eli tiettyyn tieteenideaaliin perustuvana. Sen poliittinen rationaalisuus perustuu osaltaan lääketieteellisen tiedon kyseenalaistamattomuuteen. Tutkimustiedon käyttöä problematisoimalla voidaan osoittaa poliittisessa diskurssissa representoidun (lääke)tieteellisen tiedon poliittis-moraaliset ulottuvuudet. Uusliberalismin moderni jännitteinen suhde tiedon ja hallinnan välillä perustuu sekä tiedon tuottamiseen että sen representoimiseen. Käyttämällä hallinnan analytiikan tarjoamia erilaisia työkaluja voidaan osoittaa tuon representoidun tiedon usein hyvin poliittiset tarkoitusperät.

Riskilaskelmat ovat tapa muuttaa todellisuus laskettavaan muotoon (Dean 1999), vaikkei riski itsessään ole olemassa todellisuudessa (Ewald 1990). Riskilaskelmiin liittyy Georg Szuklerin mukaan (2003) sekä tilastoihin ja matematiikkaan perustuvia numeroita, mutta myös arvoja: numerot viittaavat tietyn epäsuotuisan tapahtuman todennäköisyyteen tietyssä ajassa ja arvot viittaavat prosessiin, jossa noihin riskilaskelmiin liitetään tiettyjä arvoja, jotka ovat mukana päätettäessä miten tiettyihin riskeihin suhtaudutaan. Riskilaskelmat liittyen sikiövaurioiden ehkäisyyn korostavat tämän tutkimuksen mukaan sikiön oikeuksia naisten vapausoikeuksien kustannuksella, mikä osaltaan selittää raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoidon vahvaa kannatusta.

Riskilaskelmat koskevat kuitenkin aina ryhmiä ja niiden avulla on vaikea varmasti ennustaa yksilön kohtaloa tai jonkin yksittäistapauksen kulkua (Jauho 2011, 139). Kuitenkin riskien hallinnan toimet kohdistuvat kansanedustajien kysymyksissä pitkälti yksittäisiin ihmisiin eli päihdeongelmaisiin raskaana oleviin naisiin. Kansanedustajat näkivät sikiön oikeussubjektina, mikä korostui kun raskaana oleva nainen nähtiin vastuuttomana ja haitallisena sikiön terveyden kannalta. Ministerien vastauksissa ja STM:n raportissa sikiötä ja raskaana oleva naista kohdeltiin enemmän yhtenäisenä yksikkönä. Tästä huolimatta aineistossa ei otettu perusteellisesti huomioon perustuslakiin kirjattuja säännöksiä yksilön itsemääräämisoikeuteen liittyen.

Tieteellinen tieto ja erilaiset teknologiat ovat vaikuttaneet nykypäivän kuvaan äidistä ja sikiöstä erillisinä subjekteina; esimerkiksi erilaiset sikiön kuvantamisen menetelmät ovat konkreettisesti tehneet sikiöstä aiempaa näkyvämmän ja sikiön terveydestä uudella tavalla toimenpiteiden kohteen (Ruhl 1999; Meskus 2009). Tieteelliset havainnot, kuten lääketieteellinen tutkimus alkoholin aiheuttamista sikiövaurioista, eivät vielä itsessään muuta yhteiskunnallisia käytäntöjä. Julkiseen keskusteluun noustessaan ne tekevät yhteiskunnan tietoiseksi ongelmasta ja siihen liittyvistä riskeistä. Kun ongelmasta ollaan

tietoisia, siihen saatetaan liittää erilaisia teknologioita ja käytäntöjä, esimerkiksi sikiöseulontoja tai lapsivesitutkimuksia. Teknologiat taas synnyttävät uusia sosiaalisen identiteetin muotoja kuten ”lapsenomaisen” sikiön, joka asetetaan vastakkain ”demonisen päihdeäidin” (Leppo 2011) kanssa ja lopulta nuo teknologiat ja identiteetit liitetään poliittisiin ohjelmiin, esimerkiksi kirjallisiin kysymyksiin, valtiollisiin työryhmäraportteihin ja lopulta mahdolliseen lakimuutokseen. Kyseessä on jännitteinen prosessi, jossa ongelman luonteesta ja sitä koskevasta tiedosta ja ratkaisuyrityksistä kiistellään.

Laki, joka oikeuttaisi raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoidon, on monin tavoin kiistanalainen, kuten tässä työssä on tuotu esiin 2000-luvun poliittisten dokumenttien osalta. Systemaattinen mediakirjoittelukatsaus ”päihdeäitien pakkohoidosta” 1990-luvun lopulta nykypäivään olisi mielekäs ja tärkeä tutkimuskohde samoin kuin terveydenhoitoalan julkaisuissa esiintyvien asiantuntijoiden ja ammattilaisten mielipiteiden analysoiminen. Näin saataisiin nykyistä laajempi käsitys siitä, miten kysymystä raskaudenaikaisista päihdeongelmista on suomalaisessa yhteiskunnassa lähestytty ja minkälaisia kiistoja siitä on käyty. Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää mitä asiasta ajatellaan ruohonjuuritasolla eli niissä sosiaali- ja terveydenhuollon instituutioissa, joissa raskaana olevia päihdeongelmaisia naisia hoidetaan eli hoitohenkilökunnan haastattelemisen liittyen tahdonvastaiseen hoitoon olisi tärkeä aihe jatkotutkimukselle. Päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten kumppaneiden roolin selvittäminen julkisessa keskustelussa ja esimerkiksi päihdekuntoutusprosessissa olisi myös tärkeää, sillä isät ja/tai kumppanit tuntuvat jäävän aiheen käsittelyssä varjoon, kun huomio kohdistuu äitiin ja sikiöön tai lapseen. Lisäksi tutkimustiedon ja erilaisten riskilaskelmien analysoiminen ja problematisoiminen poliittisessa diskurssissa tarjoavat teoreettisemmän lähestymistavan nykypäivän ilmiöiden tutkimiseen. Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastainen hoito ja siihen liittyvä poliittinen diskurssi voidaan nähdä yhtenä esimerkkinä siitä, miten poliittiset argumentointitavat perustuvat nykypäivänä pitkälti erilaisiin tieteellisiin tietokäytäntöihin. Lopuksi tarkastelen lyhyesti poliittisen keskustelun nykytilaa liittyen raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoitoon.

6.1 Jälkikirjoitus

Yhtenä STM:n työryhmän ehdotuksena oli säätää raskaana oleville päihdeongelmaisille naisille subjektiivinen oikeus päästä hoidon tarpeen arvioon ja arvion edellyttämään päihdehoitoon. Työryhmä mukaan asia varmistettaisiin parhaiten sillä, että asiasta säädettäisiin lastensuojelulain 10 pykälässä. (STM 2009, 47.) Kyseinen pykälä koskee

lasten huomioon ottamista aikuisille suunnatuissa palveluissa ja siihen on lisätty seuraava kohta, joka on tullut voimaan 1.3.2010: ”Terveystieteiden ja sosiaalihuollon viranomaisien on tarvittaessa järjestettävä välttämättömät palvelut raskaana olevien naisten ja syntyvien lasten erityiseksi suojelemiseksi.” (Edilex 2012b). Kyseinen muotoilu ei sinänsä suoraan viittaa raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten subjektiiviseen oikeuteen päästä hoidon tarpeen arviointiin tai kerro mitkä kyseiset välttämättömät palvelut ovat (ks. myös Mäkelä 2009, 198).

Sosiaali- ja terveysministeriön asettamis päätöksellä perustettiin Sosiaali- ja terveyshuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus-työryhmä 2.7.2010. Työryhmälle oli alun perin asetettu toimiaika vuoden 2011 loppuun asti, mutta asian haasteellisuuden vuoksi toimiaikaa jatkettiin aluksi 31.10.2012 asti ja uudelleen vuoden 2013 loppuun. Vuoden 2012 alussa työryhmä esitti alustavia linjauksia ja kehittämissuhteita, joita tarkastelen lyhyesti. Tarkastelen linjauksia tässä siltä osin kuin siinä käsitellään päihdeongelmaisia, raskaana olevia naisia.

Linjauksissa mainitaan erikseen raskaana olevat päihdeongelmaiset naiset kahdessa kohdassa. Ensimmäisessä kohdassa tuodaan esiin, kuinka potilaan hoidon on ensisijaisesti perustuttava vapaaehtoisuuteen, eikä henkilön oma suostumus itsestään selvästi oikeuta perusoikeuksien puuttumiseen. Oma suostumus saattaa kuitenkin olla yksi tekijä arvioitaessa perusoikeuksien rajoittamisen hyväksyttävyyttä. Suostumus on työryhmän mukaan oltava sellaisen henkilön antama, joka on kykenevä tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä ja suostumus on voitava aina peruuttaa. Työryhmä kuitenkin ehdottaa poikkeuksena edellä mainittuun, ”että raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen etukäteinen kirjallinen sitoutuminen hoitoon voisi olla tietyin edellytyksin yhtenä perusteena lyhytaikaisesta (seitsemän vuorokautta kestävästä) tahdosta riippumattomasta hoidosta päätettäessä.” (STM 2012, 4–5.)

Toisessa kohdassa käsitellään perusoikeuksien rajoittamisen hyväksyttävyyttä. Työryhmä näkee, että itsemääräämisoikeuden tai muiden perusoikeuksien rajoittaminen on hyväksyttävää, vain ”jos potilaalta tai asiakkaalta puuttuu kyky päättää hoidostaan tai ymmärtää tekojensa seurauksia, ja jos hän tästä johtuvalla käyttäytymisellään uhkaa vaarantaa vakavasti oman terveytensä tai turvallisuutensa tai muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden.” Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastainen hoito olisi kuitenkin työryhmän mielestä mahdollista, ”jos on ilmeistä, että naisen päihdeongelmaisuuden käytöstä aiheutuu sikiölle terveysvaara ilman päihdeongelmaisuuden keskeyttämistä ja asianmukaista hoitoa.” Tämän edellytyksenä kuitenkin on, että muita keinoja on jo kokeiltu, mutta ne on todettu riittämättömiksi tai että suojattavan edun

turvaamiseksi ei ole käytettävissä muita keinoja. (STM 2012, 5.) ETENE pitää kyseisen muotoilun kohtaa ”jos on ilmeistä” liian harkinnanvaraisena ja peräänkuuluttaa yksiselitteisempiä kriteerejä hoitoon määräämisen suhteen (ETENE 2012a).

Luonnoksessa (STM 2012, 1–2) viitataan eduskunnan perustuslakivaliokunnan perusoikeusuudistuksesta laatimaan mietintöön (PeVM 25/1994), jossa esitetään perusoikeuksien rajoitusperusteiden luettelo. Luettelo esitetään Veli-Pekka Viljasen (2001, 37–38) esittämässä muodossa:

1. Lailla säätämisen vaatimus: Rajoitusten tulee perustua eduskuntalakiin.
2. Täsmällisyys- ja tarkkarajaisuusvaatimus: Rajoitusten on oltava tarkkarajaisia ja riittävän täsmällisesti määriteltyjä.
3. Rajoitusperusteen hyväksyttävyysovaatimus: Rajoitusperusteiden tulee olla perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttäviä, painavan yhteiskunnallisen tarpeen vaatimia.
4. Ydinalueen koskemattomuuden vaatimus: Tavallisella lailla ei voida säätää perusoikeuden ytimeen ulottuvaa rajoitusta.
5. Suhteellisuusvaatimus: Rajoitusten tulee olla välttämättömiä tavoitteen saavuttamiseksi sekä laajuudeltaan oikeassa suhteessa perusoikeuksien suojaamaan oikeushyvään ja rajoituksen taustalla olevan yhteiskunnallisen intressin painoarvoon.
6. Oikeusturvavaatimus: Perusoikeutta rajoitettaessa on huolehdittava riittävästä oikeusturvajärjestelystä.
7. Ihmisoikeusvelvoitteiden noudattamisen vaatimus: Rajoitukset eivät saa olla ristiriidassa Suomen kansainvälisten ihmisoikeusvelvoitteiden kanssa.

Tässä työssä käytyjen keskustelujen kannalta mielenkiintoisimpia ovat kohdat 3 ja 5, joissa molemmissa painotetaan riittävää yhteiskunnallista tarvetta, jotta tahdonvastainen hoito olisi oikeutettua. Nämä kohdat herättävät ainakin seuraavia kysymyksiä. Mikä on se yhteiskunnallinen tarve, joka tekee raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisesta hoidosta perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävää? Mikä on se tavoite, joka yritetään saavuttaa ja ovatko perusoikeuksiin tehtävät rajoitukset välttämättömiä tämän tavoitteen saavuttamiseksi? Miten mitataan se yhteiskunnallisen intressin painoarvo, joka on rajoitusten taustalla? Tämä työ on osaltaan jo tuonut hieman valoa näihin kysymyksiin, mutta tarve jatkotutkimukselle on ilmeinen tilasto- ja tutkimustiedon roolin korostuessa sosiaali- ja terveysalan etiikkaan liittyvissä kysymyksissä, mikä näkyy Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan julkaisemasta raportista:

”Kun sosiaali- ja terveysalan eettistä tilaa yritetään arvioida saatavana olevan tilasto- ja tutkimustiedon avulla, on harkittava, mitä tietoja käytetään ja miten ne jäsennetään. Sosiaali- ja terveysalaa koskevan tiedon tuotanto ei ole arvovapaata. Joiltakin alueilta tietoa on kerätty kauan, joillakin tiedonkeruuta vasta aloitellaan. Tietoa on myös käytännössä helpompaa tuottaa sellaisista toiminnoista ja niiden seurauksista, joita voidaan luotettavasti mitata. Tilastollisilla tiedoilla on oma tärkeä merkityksensä, mutta eettiseen arviointiin ne eivät kuitenkaan yksin riitä – tarvitaan muitakin lähestymistapoja.” (ETENE 2012b, 7)

Viitteet:

¹ Tämä tutkimus ei ole systemaattinen mediakirjoittelun katsaus, mutta useat lehtikirjoitukset toivat esille työryhmän raportissa esiintyvän myönteisen kannan raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaiseen hoitoon (ks. esim HS 2009; KSML 2009; Pohjalainen 2009; Hämeen Sanomat 2009). Lehtikirjoitus päihdeongelmaisten naisten tahdonvastaisen hoidon eettisistä ongelmista ks. Launis 2009.

² Kirjallinen kysymys on kansanedustajan esittämä kirjallinen selvityspyyntö asianomaiselle ministerille tämän toimialueeseen liittyvästä asiasta (Eduskunta 2011)

³ Sosiologisista riskikäsitteistä ks. esim. Lupton 1999; Tulloch & Lupton 2003

⁴ Halmesmäki arvioi vuonna 2003 *Päihdelääketiede*-teoksessa, että noin 1–3 % raskaana olevista naisista on alkoholin suurkuluttajia. Suurkulutuksen mittana Halmesmäki pitää joko kahta päivittäistä alkoholiannosta tai vaihtoehtoisesti humalahakuista juomista, mikä painottuu viikonloppuun. (Halmesmäki 2003a, 404.) Kyseinen esimerkki kertoo siitä miten arviot ovat riippuvaisia laskentatavasta.

Lähteet:

Abel, Ernest L. (1998) *Prevention of alcohol abuse-related birth effects – I. public education efforts.* *Alcohol & Alcoholism* 33/4, 411–416.

Alastalo, Marja & Åkerman, Maria (2011a) *Miksi tietokäytäntöjen politiikasta on syytä puhua?* Teoksessa Alastalo & Åkerman (toim.) *Tieto hallinnassa. Tietokäytännöt suomalaisessa yhteiskunnassa.* Vastapaino, Tampere.

Alastalo, Marja & Åkerman, Maria (2011a) *Tietokäytännöt ja hallinnan politiikka.* Teoksessa Alastalo & Åkerman (toim.) *Tieto hallinnassa. Tietokäytännöt suomalaisessa yhteiskunnassa.* Vastapaino, Tampere.

Alasuutari, Pertti (1999) *Laadullinen tutkimus.* Vastapaino, Tampere.

Armstrong, Elizabeth M. (1998) *Diagnosing Moral Disorder: The Discovery and Evolution of Fetal Alcohol Syndrome.* *Social Science and Medicine* 47/12, 2025–2042.

Armstrong, Elizabeth M. & Abel Ernest L. (2000) *Fetal alcohol syndrome: the origins of a moral panic.* *Alcohol and Alcoholism* 35/3, 276–282.

Autti-Rämö, Ilona & Fagerlund, Åse; Korkman, Marit (2008) *Miten tunnistat sikiön alkoholivaurion?* *Suomen Lääkärilehti* 63/2008, 501–506.

Bacchi, Carol (2009) *Analysing Policy: What's the problem represented to be?* Pearson, Australia.

Beck, Ulrich (1992a) *Risk Society. Towards a New Modernity.* Sage Publications, London.

Beck, Ulrich (1992b) *From Industrial Society to Risk Society: Questions of Survival, Social Structure and Ecological Enlightenment.* *Theory, Culture and Society* 9/1, 97–123.

Castel, Robert (1991) *From Dangerousness to Risk.* Teoksessa Graham Burchell, Colin Gordon & Peter Miller (ed). *The Foucault Effect. Studies in Governmentality.* Harvester Wheatsheaf, Hertfordshire.

Dean, Mitchell (1999) *Governmentality. Power and Rule in Modern Society.* Sage Publications, London.

- **(2010)** *Governmentality. Power and Rule in Modern Society.* 2nd Edition. Sage Publications, London.

Ewald, François (1991) *Insurance and Risk.* Teoksessa Graham Burchell, Colin Gordon & Peter Miller (ed). *The Foucault Effect. Studies in Governmentality.* Harvester Wheatsheaf, Hertfordshire.

Foucault, Michel (1998a) *Seksuaalisuuden historia.* Suomentanut Kaisa Sivenius. Gaudeamus, Helsinki.

- **1998b** *Foucault/Nietsche.* Tutkijaliitto, Helsinki.

- (2010) *Turvallisuus, alue ja väestö. Hallinnallisuuden historia Collège de Francen luennot 1977-1978*. Suomentanut Antti Paakkari. Tutkijaliitto, Helsinki.

Garland, David (2001) *The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society*. Oxford University Press, New York.

Hacking, Ian (2002) *Historical Ontology*. Harvard University Press.

Halmesmäki Erja (2003) *Raskaus ja alkoholi*. Teoksessa Salaspuro, Mikko, Kiiänmaa, Kalervo ja Seppä, Kaija (toim.) *Päihdelääketiede*. Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino, Jyväskylä.

- (2010) *Päihdeäidin hoitoon tarvitaan kipeästi uusia keinoja*. Suomen lääkärilehti 13-14/2010, 1188.

Halmesmäki, Erja; Kahila, Anna; Keski-Kohtamäki Ritva; Iisakka, Teija; Bäckmark-Linqvist, Gunne; Haukkamaa, Maija (2007) *Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen hoito. Helsingin mallin kuvaus ja kokemukset 312 potilaan aineistosta*. Suomen Lääkärilehti 11/2007, 1151–1154.

Helander, Merike (2012) *Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten pakkohoito – Sopisiko Norjan malli Suomeen?* Suomen Lääkärilehti 9/2012, 706–709.

Helén, Ilpo (1997) *Äidin elämän politiikka. Naissukupuolisuus, valta ja itsesuhde Suomessa 1880-luvulta 1960-luvulle*. Gaudeamus, Helsinki.

- (2000) *Welfare and its Vicissitudes*. Acta Sociologica 43/2, 157–164.
- (2001) *Elämä, riski ja ahdistus: tekniikka ja valinnan etiikka sikiödiagnooseissa*. Tiede & Edistys 26, 102–117.
- (2004) *Hyvinvointi, vapaus ja elämän politiikka: foucaultlainen hallinnan analytiikka*. Teoksessa Rahkonen, Keijo (toim.) *Sosiologisia nykykeskusteluja*. Gaudeamus, Helsinki.
- (2005) *Genealogia kritiikkinä*. Sosiologia 2, 93–109.

Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (2003) *Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka*. Teoksessa Helén, Ilpo Jauho, Mikko (toim.): *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Gaudeamus, Helsinki.

Jauho, Mikko (2003) *Normaalin genealogiaa*. Tiede ja Edistys 1, 44–61.

- (2007) *Kansanterveysongelman synty. Tuberkuloosi ja terveyden hallinta Suomessa ennen toista maailmansotaa*. Tutkijaliitto, Helsinki.
- (2010) *Michel Foucault ja terveyden tutkimus*. Teoksessa Ulla Ashorn, Lea Henriksson, Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.) *Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia*. Gaudeamus, Helsinki.
- (2011) *Miten riskitieto alkoi ohjata terveyspolitiikkaa. Tilastolliset tutkimusmenetelmät sydäntautien hallinnassa*. Teoksessa Alastalo & Åkerman (toim.) *Tieto hallinnassa. Tietokäytännöt suomalaisessa yhteiskunnassa*. Vastapaino, Tampere.

Kaisto, Jani & Pyykkönen, Mikko (2010) *Johdanto: Hallinnan analytiikan suuntaviivoja*. Teoksessa Kaisto, Jani & Pyykkönen, Mikko (toim.) *Hallintavalta. Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä*. Gaudeamus, Helsinki.

Kaskutas Lee Ann (1995) *Interpretations of Risk: The Use of scientific information in the development of the alcohol warning label policy*. *The International Journal of the Addictions* 30/12, 1519–1548.

Kuula, Arja (2006) *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Vastapaino, Tampere.

Laslett, Anne-Marie; Room, Robin; Ferris, Jason; Wilkinson, Claire; Livingston, Michael & Mugavin, Janette (2011) *Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia*. Society for the Study of Addiction. *Addiction* 106, 1603–1611.

Launis, Veikko & Louhiala, Pekka (2008) *Keskustelu autonomiasta*. Suomen Lääkärilehti 10/2008, 978–979.

Leppo, Anna (2008) *Pidä kiinni -projektin yhteiskunnalliset ulottuvuudet*. Teoksessa Maarit Andersson, Riitta Hyytinen ja Marianne Kuorelahti (toim.). *Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana. Pidä kiinni -hoitojärjestelmä*. Ensi- ja turvakotien liitto ry.

- (2009) *Illusionen om enkla lösningar*. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift* 26/2009 3, 314–317.
- (2011) *The emergence of the foetus: discourses on foetal alcohol syndrome prevention and compulsory treatment in Finland*. *Critical Public Health*, 1–13.
- (2012) *Precarious Pregnancies. Alcohol, drugs and the regulation of risks*. Publications of the department of social research 2012:3 *Sociology*.

Leppo, Anna & Hecksher, Dorte (2010) *The rise of the total abstinence model. Recommendations regarding alcohol use during pregnancy in Finland and Denmark*. *NAT Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 28/1, 7–27.

Leppo, Anna; Tervo, Marjo; Andersson, Maarit (2009) *Päihdepalvelujen saanti on tehtävä helpoksi raskaana oleville*. Suomen Lääkärilehti 19/2009, 1788–1790.

Liljeström, Marita (2001) *Sikiön oikeusturva. Sikiön itsenäiset oikeudet vai raskaana olevan naisen oikeusturva sikiön hyvinvoinnin oikeudellisena perustana?* Suomen Lääkärilehti 19/2001, 2171–2175.

Lupton, Deborah (1999) *Risk*. Routledge, London.

Mattila, Markku (2003) *Rotuhygieniä ja kansalaisuus*. Teoksessa Helén, Ilpo Jauho, Mikko (toim.): *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Gaudeamus, Helsinki.

Meskus, Mianna (2003) *Väestön elinvoima ja tahallinen keskenmeno. Raskauden keskeyttämisen politisoituminen 1900-luvun alun Suomessa*. Teoksessa Helén, Ilpo Jauho, Mikko (toim.): *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Gaudeamus, Helsinki.

- (2009) *Elämän tiede. Tutkimus lääketieteellisestä teknologiasta, vanhemmuudesta ja perimän hallinnasta*. Vastapaino, Tampere.

Miller, Peter & Rose, Nikolas (2010) *Miten meitä hallitaan*. Suomentanut Risto Suikkanen. Vastapaino, Tampere.

- Mäkelä, Klaus (1990)** *Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet*. Teoksessa Mäkelä, Klaus (toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Gaudeamus, Helsinki.
- Mäkelä, Klaus (2009)** *Päihdeäitien hoito ja valvonta*. *Yhteiskuntapolitiikka* 74/2, 195–201.
- Nieminen Liisa (2010)** *Raskaana olevien päihdeitä käyttävien naisten tahdosta riippumaton hoito perusoikeuksin kannalta – kenen etu ratkaisee?* *Lakimies* 4, 537–558.
- Nätkin Ritva (2006)** *Johdanto. Kulttuurisista merkityksistä hoidon tutkimukseen*. Teoksessa Nätkin, Ritva (toim.): *Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat*. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Ojakangas, Mika (1998)** Teoksessa *Foucault/ Nietzsche*. Tutkijaliitto, Helsinki.
- O’Leary, Colleen M; Heuzenroeder, Louise; Elliott, Elizabeth J & Carol Bower (2006)** *A review of policies on alcohol use during pregnancy in Australia and other English-speaking countries*. *MJA* 186/9, 466–471.
- O’Malley Pat (2004)** *Risk, Uncertainty and Government*. The Glasshouse Press, London.
- Osbourne, Thomas (1997)** *Of health and statecraft*. Teoksessa Peterson, Alan & Bunton, Robin (ed.) *Foucault, Health and Medicine*. Routledge, London.
- Pajulo, Marjukka (2009)** *Pakkotoimilla uhkailu ei tue päihdeäitien hoidon tavoitteita*. *Suomen Lääkärilehti* 10/2009, 895.
- Poovey, Mary (1998)** *A history of the modern fact. Problems of knowledge in the sciences of wealth and society*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Porter, Theodore (1995)** *Trust in numbers. The pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton University Press, New Jersey.
- Room, Robin; Ferris, Jason; Laslett, Anne-Marie; Livingston, Michael; Mugavin, Janette & Wilkinson, Claire (2010)** *The Drinker’s Effect on the Social Environment: A Conceptual Framework for Studying Alcohol’s Harm to Others*. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 7, 1855–1871.
- Rabinow, Paul & Rose, Nikolas (2006)** *Biopower today*. *BioSocieties* 2, 196–217.
- Rose, Nikolas (2001)** *Elämän itsensä politiikka*. *Tiede & Edistys* 2, 81–101.
- Ruhl, Lealle (1999)** *Liberal governance and prenatal care: risk and regulation in pregnancy*. *Economy and Society* 1, 95–117.
- Sulkunen, Pekka; Sutton Caroline; Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina (2000)** *Introduction*. Teoksessa Sulkunen, Pekka; Sutton Caroline; Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina (ed.): *Broken Spirits. Power and Ideas in Nordic Alcohol Control*. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Sulkunen Pekka (2009)** *The Saturated Society. Governing Risk and Lifestyles in Consumer Culture*. Sage, London.
- Szmukler, George (2005)** *Risk assessment: ‘numbers’ and ‘values’*. *The Psychiatrist*. 27, 205–207.

Tulloch, John & Lupton, Deborah (2003) *Risk and Everyday Life*. Sage, London.

Töttö, Pertti (2004) *Syvällistä ja pinnallista. Teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa*. Vastapaino, Tampere.

Vaarla, Suvi toim. (2011) *Alkoholin vaurioittamat. Raskaudenaikaisen alkoholinkäytön vaikutukset lapsen elämään*. Kehitysvammaliitto Ry.

Veerman, Philip E. (1992) *The Rights of the Child and the Changing Image Of Childhood*. Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht.

Viljanen, Veli-Pekka (2001) *Perusoikeuksien rajoitusedellytykset*. WSLT.

Warpenius, Katariina (2011) *Riippuvuuskäsitykset yhteiskunnallisessa alkoholitutkimuksessa*. Alkoholi- ja huumeutkijain ry:n pitämä seminaari Riippuvuuskäsitykset Suomessa: historiallisia ja nykynäkökulmia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 27.10.2011.

Weir, Lorna (1996) *Recent developments in the government of pregnancy*. *Economy and Society* 25, 372–392.

Ylikoski, Petri (2000) *Bruno Latour ja tieteen tutkimus*. *Tiede & Edistys* 4, 296–310.

Internetlähteet:

Edilex (2012a) *Valtioneuvoston selonteko. Lastensuojelusta kohti lapsipolitiikkaa*. www.edilex.fi/virallistieto/mt/stvm19960003?search=1 (haettu 17.2.2012)

Edilex (2012b) *Lastensuojelulaki* www.edilex.fi/saadokset/lainsaadanto/20070417?search=1 (haettu 3.4.2012)

ETENE (2011) *Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden lisääminen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=56526&name=DLFE-2301.pdf (haettu 19.4.2012)

ETENE (2012a) *ETENEn kommentit luonnokseen hallituksen esitykseksi Eduskunnalle päihdehuoltolain muuttamisesta, 7.2.2012*. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=181997&name=DLFE-3104.pdf (haettu 10.12.2012)

ETENE (2012b) *Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. ETENE-julkaisuja 35*. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5501.pdf (haettu 14.12.2012)

Finlex (2012) *Päihdehuoltolaki 41/1986* <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041> (haettu 9.8.2012)

Hallituksen ohjelma (2007) *Pääministeri Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007*. www.aka.fi/Tiedostot/Strategiat/hallitusohjelma2007.pdf (haettu 15.12.2010)

Perustuslakivaliokunnan mietintö 25. (1994)

<http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=PeVM+25/1994&base=erml&palvelin=www.eduskunta.fi&f=WP> (haettu 3.4.2012)

STM (2011:14) *Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen varmistaminen - työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:14.*

www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-15134.pdf (haettu 10.11.2011)

STM (2011) *Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmä.* www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/itsemaaramisoikeus (haettu 10.11.2011)

STM (2012) *Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmän alustavat linjaukset ja kehittämissuhteet. Luonnos 19.1.2012.*

www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42734&name=DLFE-17802.pdf (haettu 21.3.2012)

YK (2010) *YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista.*

www.unicef.fi/files/unicef/pdf/LOS_A5fi.pdf (haettu 15.12.2010)

Medialähteet:

HS (2009) Helsingin Sanomien kirjoituksia, 2009.

Elonen, Pia 5.1.2009. Päihdeäidit halutaan pakkohoitoon. KOTIMAA A4.

- Launis, Veikko 5.2.2009. Päihdeäitien pakkohoito vaatii myös eettisten arvojen pohdintaa. VIERASKYNNÄ.

www.hs.fi/paakirjoitus/artikkeli/P%C3%A4ihde%C3%A4itien+pakkohoito+vaatii+my%C3%B6s+eettisten+arvojen+pohdintaa/1135243287326

Hämeen Sanomat (2009) 4.2.2009 (haettu 27.10.2011)

www.hameensanomat.fi/?article=93235

KSML (2009) Keski-suomalainen 3.2.2009 (haettu 27.10.2009)

www.ksml.fi/mielipide/paakirjoitukset/paihdeaitien-pakkohoito-on-oikealinjaus/819394

Pohjalainen (2009) 23.11.2009 (haettu 27.10.2011)

www.pohjalainen.fi/mielipide/p%C3%A4%C3%A4kirjoitus/pakko-ei-ole-aina-paras-vaihtoehto-1.969810/comments-7.1565947

Aineisto:

Eduskunta (2011) Kysymykset – eduskunnan asiakirja-arkisto (21.11.2011)

[www.eduskunta.fi/triphome/bin/akxhaku.sh?lyh=KYSY\\$?lomake=akirjat/akx3050](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/akxhaku.sh?lyh=KYSY$?lomake=akirjat/akx3050)

STM (2009) Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen - työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4.

www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7006.pdf

(Haettu 18.11.2010) Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Liite 1. Atlas.ti-koodisto:Kirjalliset kysymykset ja vastaukset 1999-2009

CODES-PRIMARY-DOCUMENTS-TABLE (CELL=Q-FREQ)
Report created by Super - 16.12.2011 15:04:33
"HU: [Z:\ATLASKURSSI\GRADUDATA\graduaineisto.hpr6]"

Code-Filter: All [28]
PD-Filter: Primary Doc Family "ydindata" [1]
Quotation-Filter: All [70]

PRIMARY DOCS		
CODES	1	Totals

Alkoholi	12	12
Asiantuntijat	13	13
Ehkäisevä toiminta	9	9
Ennakoiva lastensuoj	2	2
Esimerkkinä Norja	2	2
Hedelmällisyys	2	2
Hoitojärjestelmän ke	9	9
Huumeet	9	9
Neuvonta	3	3
Pakkohoito	16	16
Päihdehuoltolaki	8	8
Päihdeäiti	13	13
Päihteiden lisääntyn	7	7
Päihteiden vaurioitt	4	4
Sikiön oikeus	9	9
Suosituksia	1	1
Talous	5	5
Tiedon jako	2	2
Tiedon lisääminen	2	2
Tilasto	11	11
Tuki	3	3
Uhri	3	3
Vapaaehtoinen hoito	6	6
Vauriot	6	6
Yhteistyö	1	1
äiti vs.sikiö	8	8
Äitiys	4	4

Totals	170	170

Liite 2. Atlas.ti-koodisto:STM 2009

CODES-PRIMARY-DOCUMENTS-TABLE (CELL=Q-FREQ)

Report created by Super - 26.06.2012 11:28:51

"HU: [Z:\ATLASKURSSI\GRADU\DATA\Gradu STM aineisto.hpr6]"

Code-Filter: All [56]

PD-Filter: All [1]

Quotation-Filter: All [80]

CODES	PRIMARY DOCS	
	1	Totals
Alkoholi	1	1
Alkoholin kulutuksen	2	2
Alkoholipolitiikka	3	3
Erityispalvelut	2	2
Hoidon keskittäminen	2	2
Huumeet	1	1
Infon tuottamista	1	1
Infoa ammattilaisill	1	1
Infoa kohderyhmälle	1	1
Infoanuorille	1	1
Informaation yhtenäi	1	1
Itsemääräämisoikeus	2	2
Kohderyhmän kuvailua	1	1
Kohderyhmän tavoitta	7	7
Kriteerit hoitoon oh	1	1
Luottamuksellisuus	1	1
Lääkäreiden toimintave	2	2
Mielenterveyslaki	1	1
Moniammatillinen yht	2	2
Muut Pohjoismaat	1	1
Nykyinen pakkohoito	1	1
Nykytilan ongelmakoh	1	1
Pakkohoidon harkitse	2	2
Pakkohoidon ongelmia	3	3
Pakkohoito	6	6
Palvelut	1	1
Perheen tilan kartoi	1	1
Perusoikeudet	2	2
Perustuslaki	2	2
Pidä Kiinni -hoitojä	1	1
Potilaan itsemäärääm	2	2
Puolison vaikutus	1	1
Päihdehuoltolaki	6	6
Päihdekuntoutusketju	1	1
Päihteiden käytön mi	2	2
Riskiraskaus	1	1
Sikiön oikeus	4	4
Sikiövaurioiden estä	2	2
Sisältö	1	1
STM 2011	1	1
Subjekttiivinen oikeu	4	4
Suosituksia	4	4
Terveyskansalaisuus	1	1
Terveysvaara	1	1
Tilasto	2	2
Tupakointi	1	1
Tutkimustieto	4	4
Tutkimustietoa hoido	5	5
Tutkimustietoa (alko	1	1
Tutkimustietoa (huum	1	1
Vapaaehtoinen pakkoh	2	2
Varoitusmerkit	1	1
Vieroitusoireiden ho	1	1
Väkivaltaisuus	1	1
YK:n lasten oikeuksi	1	1
äiti vs.sikiö	3	3
Totals	108	108