

Raskaudenaikaiseen alkoholi-altistukseen yhdistyvien kehityshäiriöiden ehkäisy vaatii tiedon ja osaamisen lisäämistä

- Sikiön altistuminen alkoholille raskausaikana on yhteydessä moniin pysyviin kehityshäiriöihin. Vaurioiden laajaa kirjoa kuvataan yleisimmin termillä FASD (sikiöaikaisen alkoholi-altistuksen aiheuttamat oireyhtymät).
- Äidin raskaudenaikaiseen alkoholinkäyttöön liittyy usein myös muita tekijöitä, jotka voivat luoda epävakautta lapsen kasvuympäristöön ja jotka vaikuttavat lapsen hoivaan. Näin ne myötävaikuttavat lapsen myöhemmin ilmenevien ongelmien, kuten mielenterveys- ja käytöshäiriöiden kehittymiseen.
- ADEF Helsinki -tutkimuksen tulokset osoittavat, että raskaudenaikainen päihdealtistus on yhteydessä nuoruusiällä ilmeneviin koulutuksen haasteisiin sekä mielenterveys- ja käytöshäiriöihin, mutta ongelmien ilmaantumiseen ovat yhteydessä myös lapsuusajan kasvuympäristön riskitekijät ja kodin ulkopuolinen sijoitus.
- Ongelmia voidaan ehkäistä, mutta se edellyttää tiedon ja osaamisen lisäämistä eri sektoreilla.



NIINA-MARIA NISSINEN
väitöskirjatutkija, TtM, FM
Tampereen yliopisto,
Folkhälsanin
tutkimuskeskus



MIKA GISSLER
tutkimusprofessori
Terveiden ja hyvinvoinnin
laitos, Turun yliopisto ja
Karoliininen Instituutti



TAISTO SARKOLA
dosentti, lastenlääkäri
Uusi lastensairaala,
Helsinki

HANNA KAHILA
LT, synnytyslääkäri
Naistenklinikka,
Helsinki



ILONA AUTTI-RÄMÖ
dosentti, lastenneurologian
erikoislääkäri
Helsingin yliopisto
pääsihteeri
Palveluvalikoimaneuvosto, STM



ANNE M. KOPONEN
dosentti, vanhempi tutkija
Folkhälsanin tutkimus-
keskus ja Helsingin yliopisto,
kansanterveystieteen osasto

Alkoholin käyttö raskausaikana vaarantaa sikiön kehityksen ja on yhteydessä moniin pysyviin kehityshäiriöihin, joita kuvataan yleisimmin englanninkielisellä termillä Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD, suomeksi sikiöaikaisen alkoholialtistuksen aiheuttamat oireyhtymät). Kansallisia arvioita raskaudenaikaisen alkoholikäytön yleisyydestä ei ole. Popovan ym. vuonna 2017 julkaiseman kansainvälisen meta-analyysitutkimuksen mukaan Suomessa noin 15,7 % raskaana olevista naisista käyttäisi alkoholia [1]. Vastaavasti Mårdby ym. [2] arvioivat eurooppalaiseen aineistoon pohjautuvassa kyselytutkimuksessa, että noin 14 % suomalaisista naisista käyttäisi alkoholia raskauden aikana.

Todellinen altistuneiden määrä erityisesti alkuraskaudessa voi olla kansainvälisiä arvioita suurempi, sillä suomalaisista hedelmällisessä iässä olevista naisista yli 80 % käyttää alkoholia ja neljännes käyttää alkoholia viikoittain [3]. Lisäksi ensiraskauksista on suunnittelemattomia noin 40 % alle 30-vuotiailla ja 18 % yli 30-vuotiailla naisilla [4], jolloin riskinä on altistuminen alkoholille ennen kuin nainen tietää olevansa raskaana.

FASD:n esiintyvyyden arvioiminen on vaikeaa, koska kliininen diagnoosikäytäntö on Suomessa puutteellista. Yhdysvalloissa on arvioitu, että 1–5 %:lla ensiluokkalaisista olisi FASD [5]. Myös Kanadassa on saatu vastaavanlaisia esiintyvyyden arvioita alakouluikäisillä [6]. Esiintyvyyden valossa FASD olisi yleisempi kuin esimerkiksi Downin oireyhtymä tai autismikirjon häiriöt [6]. Tutkimukset ovat osoittaneet esiintyvyyden olevan pikemminkin kasvussa kuin vähentymässä [7]. Raskaudenaikainen alkoholinkäyttö ja siitä aiheutuvat sikiövauriot sekä myöhemmin ilmenevät ongelmat ovat siten merkittävä kansanterveydellinen ongelma.

RASKAUDENAIKAINEN ALKOHOLIALTISTUS ON YHTEYDESSÄ MONIIN KEHITYSHÄIRIÖIHIN

Raskaudenaikainen alkoholinkäyttö vaarantaa sikiön kehityksen. Tutkimuksia vähäisen tai kohtuullisen* raskaudenaikaisen alkoholikäytön vaikutuksista on vähän, eivätkä tulokset ole yhdenmukaisia [8–11]. Tulokset eivät kuitenkaan anna viitteitä siitä, että vähäinen alkoholinkäyttö raskausaikana olisi turvallista. Eriävät tulokset voivat selittyä tutkimusmenetelmällisillä haasteilla, kuten raskaudenaikaisen alkoholinkäytön arvioimisella takautuvasti, tutkittavien lasten nuorella iällä ja tutkittavien heterogeenisuudella [8,10,11].

Esimerkiksi eläinkokeet osoittavat, että kohtuullinen alkoholinkäyttö raskausaikana on yhteydessä aivojen kehitykseen ja toiminnanhäiriöihin, mikä voi lisätä riskiä käytöshäiriöihin [12]. Suurimmassa osassa tutkimuksista on tutkittu runsaan alkoholinkäytön seurauksia ja tulokset osoittavat, että erityisesti runsas alkoholinkäyttö on merkittävä riski sikiön kehitykselle [10,13,14]. Koska tutkimustiedon valossa ei voida asettaa turvallisen alkoholinkäytön rajaa raskausajalle, alkoholinkäyttöä suositellaan välttämään koko raskauden ajan.

Kun raskaana oleva nainen juo alkoholia, alkoholi läpäisee esteettä istukan ja siirtyy sikiöön. Sikiö ei pysty tehokkaasti pilkkomaan alkoholia, ja käytännössä alkoholi poistuu sikiöstä äidin kautta. Täten sikiön veren alkoholipitoisuus säilyy suurena pidempään kuin äidillä.

Alkoholi vaikuttaa sikiön kehitykseen kaikissa raskauden vaiheissa. Se voi lisätä keskenmenon ja ennenaikaisuuden riskiä [15]

sekä hidastaa sikiön kasvua ja lisätä pienipainaisuuden riskiä [16]. Sikiön keskushermosto ja aivot kehittyvät koko raskauden ajan, ja ne ovat erityisen alttiita alkoholin haitallisille vaikutuksille [16–18]. Alkoholinkäyttö alkuraskaudessa, erityisesti humalahakuinen juominen, lisää sikiön riskiä muun muassa rakenteellisille sydämen, munuaisen, silmän ja luuston epämuodostumille [13,19].

FASD kuvaa alkoholialtistuksen aiheuttamien sikiövaurioiden laajaa kirjoa. Kattotermin alle kuuluvat seuraavat oireyhtymät [18,20]:

- ARND engl. Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders, suomeksi raskaudenaikaisen alkoholialtistuksen aiheuttamat kehityshäiriöt
- ARBD engl. Alcohol-Related Birth Defects, suomeksi raskaudenaikaisen alkoholialtistuksen aiheuttamat epämuodostumat
- PFAS engl. Partial Fetal Alcohol Syndrome, suomeksi osittainen fetaalialkoholisyndrooma
- FAS engl. Fetal Alcohol Syndrome, suomeksi fetaalialkoholisyndrooma (alkoholialtistuksen aiheuttamien vaurioiden vakavin muoto).

FASD jää tunnistamatta merkittävällä osalla lapsista, sillä altistuksen vaikutukset ovat hyvin yksilöllisiä ja voivat ilmetä somaattisina, neuropsykologisina tai käyttäytymiseen liittyvinä. Alkoholialtistuksen aiheuttamat vauriot riippuvat myös siitä, kuinka paljon, kuinka usein ja missä raskauden vaiheessa altistuminen on tapahtunut ja mitä suojaavia tekijöitä tai riskitekijöitä äidillä ja lapsella on. Haasteelliseksi oireyhtymän tunnistamisen tekee myös se, että usein tieto äidin raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä puuttuu. FASD-kirjon häiriöiden diagnosointi edellyttää tätä tietoa. Oireiden voidaan tulkita liittyvän myös muihin häiriöihin tai diagnooseihin, kuten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön (ADHD), jonka kanssa FASD:lla on paljon yhtymäkohtia [21].

Alkoholialtistuksen aiheuttamat vauriot ovat elinikäisiä ja alkoholialtistus on yksi merkittävimmistä ehkäistävissä olevista kehitysvammaisuutta aiheuttavista tekijöistä länsimaissa [21]. Lapsuudessa ilmeneviä vaikutuksia voivat olla heikentynyt kielenkehitys,

”Alkoholi vaikuttaa sikiön kehitykseen kaikissa raskauden vaiheissa.”

käyttäytymisen häiriöt ja impulsiivisuus. Altistus voi myös heikentää lapsen kognitiivisia toimintoja ja aiheuttaa oppimisvaikeuksia. Myös toiminnanohjauksessa ja sosiaalisissa vuorovaikutustaidoissa voi ilmetä ongelmia [21–24].

Altistukseen on liitetty myös suurentunut riski myöhemmällä iällä ilmeneville, esimerkiksi mielenterveyteen liittyville ongelmille ja koulunkäynnin haasteille [25,26]. Myös itsenäistymisessä ja työllistymisessä on havaittu haasteita [25,27,28]. Altistuneilla on myös suurentunut riski päihteiden väärinkäyttöön ja rikollisuuteen teini-ikästä lähtien [27,29].

Usein mukana myös muita lapsen kasvua ja kehitystä vaarantavia tekijöitä

Raskaudenaikaiseen alkoholinkäyttöön liittyy usein myös muita tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa lapsen kasvuun ja kehitykseen raskausajasta lähtien. Tällaisia ovat muun muassa myöhään

*Vähäisen ja kohtuullisen alkoholinkäytön rajat vaihtelevat tutkimuksissa. Vähäinen alkoholinkäyttö voi naisilla tarkoittaa esimerkiksi ≤ 1 alkoholiannosta/ juomakerta ja kohtuullinen 6–7 alkoholiannosta/viikko [8,11]. Yksi alkoholiannos sisältää noin 12 grammaa sataprosenttista etanolia.

tunnistettu raskaus ja puutteellinen seuranta äitiysneuvolassa, raskaudenaikainen tupakointi ja muiden päihdeiden käyttö sekä äidin huono ravitsemus ja terveydentila [30,31].

Päihdeiden käyttöön voi liittyä myös muita riskitekijöitä, kuten asunnottomuutta, tukiverkoston niukkuutta, matalaa koulutustasoa, taloudellisia haasteita, mielenterveyden ongelmia, puolison päihdeongelmia ja lähisuhdeväkivaltaa. Nämä riskitekijät voivat luoda epävakautta kasvuympäristöön ja vaikuttaa lapsen hoivaan myötävaikuttaen esimerkiksi lapsen käytöshäiriöiden syntymiseen [30,32,33]. Usein nämä epävakautta kasvuympäristöä kuvaavat tekijät ovat syitä lastensuojelutoimille [34]. Toistuvasti runsaalle päih-

”Riskitekijät kasautuvat samoihin perheisiin ja siirtyvät sukupolvelta toiselle.”

teiden käytölle raskausaikana altistuneet lapset ovat usein lastensuojelun asiakkaita ja heidät sijoitetaan usein kodin ulkopuolelle jo ensimmäisten elinvuosien aikana [33,35].

Tutkimukset osoittavat, että kielteiset varhaislapsuuden kokemukset, kuten kaltointi ja hoivan puute tai laiminlyönti, ovat yhteydessä lapsen aivojen rakenteellisiin ja toiminnallisiin muutoksiin. Muutoksia on erityisesti niissä aivojen rakenteissa, jotka ovat keskeisiä tunnetilojen ja stressin säätelyssä sekä muistitoiminnoissa [36,37]. Myös lapsen ja tätä hoivaavan henkilön vuorovaikutuksessa muodostuvalla kiintymyssuhteella ja sen laadulla voi olla pitkäkestoisia vaikutuksia. Varhaislapsuuden kielteiset kokemukset ja kiintymyssuhdehäiriöt lisäävät riskiä lapsen mielenterveyden ongelmille, kuten mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöille, riskialttiille seksuaaliselle käyttäytymiselle ja päihdeiden ongelmakäytölle [38,39]. Tutkimukset osoittavat, että kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ovat todennäköisimmin altistuneet useille riskitekijöille, kuten myös kiintymyssuhteiden katkoksille lapsuudessa. He ovat erityinen riskiryhmä myöhemmin ilmeneville mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöille, koulunkäynnin haasteille ja muille itsenäistymiseen liittyville ongelmille [40,41].

Tutkittaessa raskaudenaikaisen alkoholialtistuksen vaikutuksia on olennaista kiinnittää huomiota myös syntymän jälkeisiin riskitekijöihin, jotka vaikuttavat lapsen kehitykseen. Riskitekijät kasautuvat samoihin perheisiin ja siirtyvät sukupolvelta toiselle. Usein riskitekijät liittyvät toisiinsa, mikä tekee raskaudenaikaisen altistumisen ja muiden kasvuympäristön vaikutusten erottelun haasteelliseksi.

ADEF HELSINKI -TUTKIMUS JA SEN TULOKSET

ADEF Helsinki (Alcohol and/or Drug Exposure during Fetal life) on pitkittäinen, rekisteriaineistoon pohjautuva kohorttitutkimus, jossa tutkitaan raskausaikana päihteille altistuneita nuoria. Altistuneet (”tapaukset”) ovat syntyneet vuosina 1992–2001 (n = 615) ja heitä verrataan samaan aikaan syntyneisiin kaltaistettuihin verrokkeihin (n = 1 787), joilla ei ole rekistereissä tietoa sikiöaikaisesta päihdealituksesta [42].

Sarkola ym. [33,43,44] ja Kahila ym. [45] ovat julkaisseet tuloksia ensimmäisestä seurannasta, joka jatkui syntymästä vuoden 2007 loppuun (seuranta-ajan mediaani 9 vuotta, vaihteluväli 5–15 vuotta). ADEF Helsinki -jatkotutkimuksessa tutkitaan tapaus- ja verokkiryhmiä välisiä eroja toisen asteen koulutuksessa, toimeentulotuen tarpeessa, mielenterveysongelmissa ja käytöshäiriöissä sekä somaattisissa sairauksissa. Tutkimuksessa selvitetään, miten ras-

kausajan päihdealtistus, lapsuusajan kasvuympäristön riskitekijät ja lapsen sijoitus kodin ulkopuolelle ovat yhteydessä nuoruusiän haasteisiin.

Tapauslasten äitejä seurattiin raskauden aikana pääkaupunkiseudun HAL-poliklinikoilla (huumeet, alkoholi, lääkkeet) äidin merkittävän päihdeongelman vuoksi. Äitien päihdeongelman tunnistettiin äitiysneuvoloissa, joiden henkilökunta on koulutettu tähän seurlontaan. Seulonnessa käytettiin AUDIT-kyselyä (www.kaypahoito.fi/pgp00001), tietoa aikaisemmasta alkoholi- tai huumeongelmasta tai lääkkeiden väärinkäytöstä sekä arviota äidin ja mahdollisen puolison elämäntilanteesta tai päihdeongelmasta. Päihdeiden ongelmakäytön vuoksi tunnistetut naiset ohjattiin pääkaupunkiseudun HAL-poliklinikoille raskauden moniammatillisen tiimin seurantaan. Tiimiin kuuluvat kättilö, synnytysten ja naisten-tautien erikoislääkäri sekä sosiaalityöntekijä. Poliklinikoiden tavoitteena on turvata äidin ja sikiön hyvinvointi, tukea äidin päihdeiden käytön vähentämistä tai käytön lopettamista sekä ehkäistä sikiövaurioita.

Rekisteritietoa tapauksista, verrokeista ja heidän äideistään on kerätty syntymästä vuoteen 2016 (seuranta-ajan mediaani 18,6 vuotta, vaihteluväli 15–24 vuotta). Tutkimuksessa käytetään muun muassa syntymärekisteriä, lastensuojelurekisteriä, hoitoilmoitusrekisteriä, toimeentulorekisteriä, rikosrekisteriä sekä Kelan etuisuustietoja.

Äidin ja lapsen hyvinvointi sekä terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttö lapsuudessa

ADEF Helsinki -tutkimuksen syntymästä vuoteen 2007 asti ulottuneessa seurannassa selvitettiin äitien sairastuvuutta, kuolleisuutta ja sosiaalista hyvinvointia [45], äidin sairastavuuden, lapsen sairastavuuden ja lastensuojelutoimenpiteiden välistä yhteyttä [44], terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttöä [43] sekä lapsen varhaiseen sijoitukseen liittyviä tekijöitä [33].

Tulokset osoittavat, että altistuneiden lasten äitien tilannetta kuvasi päihdeongelman ja tähän nivoutuvien ongelmien jatkuminen syntymän jälkeen, muut mielenterveysongelmat, lisääntynyt riski virus- ja bakteeri-infektioille sekä tapaturmat ja myrkytykset [45]. Altistuneiden lasten äitien kuolleisuus oli moninkertainen verrokkilasten äiteihin nähden; vajaan kymmenen vuoden kuluessa synnytyksestä altistuneiden lasten äideistä 79 % oli kuollut.

Altistuneiden lasten äidit tupakoivat, olivat naimattomia, kuuluivat alempaan sosioekonomiseen luokkaan ja saivat useammin työkyvyttömyyseläkettä tai työttömyysturvaa kuin verrokkilasten äidit, mikä osaltansa heijastaa heidän heikkoa yhteiskunnallista asemaansa [45]. Altistuneista lapsista vajaa 40 % oli sijoitettu kodin ulkopuolelle kahteen ikävuoteen mennessä, ja he olivat käyttäneet noin kaksinkertaisen määrän sairaalapalveluita etenkin käytöshäiriöihin ja muihin mielenterveysongelmiin liittyen. Eniten ongelmia esiintyi kodin ulkopuolelle sijoitetuilla lapsilla [43].

Äidin päihdeongelman laajuus ja tähän liittyvät tekijät, kuten työttömyys, asunnottomuus tai hoitolaitoksessa asuminen, sekä äidin päihteisiin liittyvät sairaalajaksot liittyivät lapsen varhaiseen sijoitukseen [33]. Tulokset viittasivat vahvasti siihen, että altistuneet lapset altistuivat perheen päihdeongelmalle ja siihen nivoutuville ongelmille myös syntymän jälkeen lisäten lastensuojelutoimien tarvetta [44].

Mielenterveys- ja sosiaaliset ongelmat nuoruudessa

Vuoteen 2016 ulottuneessa seurannassa tutkittavat olivat 15–24-vuotiaita nuoria (seuranta-ajan mediaani 18,6 vuotta). Tähän mennessä 2,1 %:lla oli havaittu älyllinen kehitysvammaisuus (verrokkilapsista

0,8 %:lla), 7,5 %:lla oli diagnosoitu FASD-kirjon häiriö ja 64 % oli sijoitettu kodin ulkopuolelle vähintään kerran (verrokkilapsista 8 %) [42].

Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu johdonmukaisesti, että altistuneilla lapsilla ja nuorilla on huomattavasti enemmän mielenterveyden ongelmia kuin altistumattomilla verrokeilla [26,46]. Tämä näkyi myös molemmissa ADEF Helsinki -seurantatutkimussissamme. Tarkempi analyysi kuitenkin osoitti, että esiintyvyydessä oli suuria eroja sijoitushistorian ja äitiin liittyvien riskitekijöiden mukaan. Ei-sijoitetuilla tapauksilla oli nuoruusiässä enemmän mielenterveyden ja käyttäytymisen ongelmia (34,7 %) kuin ei-sijoitetuilla verrokeilla (22,3 %), mutta sijoitettujen joukossa vastaavaa eroa ei ollut. Sijoitetuista nuorista suurimmalla osalla oli jokin mielenterveys- tai käytöshäiriö (tapaukset 65,9 %, verrokkit 72,1 %). Erityisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (Tautiluokitus ICD-10, alaluokka F90-F98) olivat yleisiä.

Tulokset viittasivat siihen, että sekä äitiin että sijoitukseen liittyvät riskitekijät, kuten useat sijoitukset, lisäsivät mielenterveys- ja käytöshäiriöitä niin tapauksilla kuin verrokeilla. Pojilla oireita oli enemmän kuin tytöillä. Myös pieni syntymäpaino oli yhteydessä oireiden esiintyvyyteen. Tutkimustulokset osoittivat, että päihdealistutus lisää mielenterveys- ja käytöshäiriöiden riskiä. On kuitenkin tärkeää, että tutkimuksissa otetaan huomioon päihdealistuksen lisäksi riskitekijöiden kasautuminen ja kiintymyssuhteeseen liittyvät ongelmat [47].

Toisen asteen koulutusta käsittelevässä artikkelissa tutkittiin eroja toisen asteen koulutuksen suorittamisessa 18–24-vuotiaiden tapausten ja verrokkien välillä [48]. Lisäksi tutkittiin, mitkä tekijät ovat yhteydessä koulutukseen. Tulokset osoittivat, että altistuneet nuoret olivat suorittaneet toisen asteen koulutuksen verrokkeja harvemmin (37 % vs. 51 %) [48]. Tulokset ovat linjassa kansainvälisten tutkimustulosten kanssa [28,49].

Erona aikaisempiin tutkimuksiin oli mahdollisuus tutkia muiden tekijöiden yhteyttä koulutukseen. Tulokset osoittivat, että merkittävin toisen asteen koulutuksen suorittamatta jäämisen riskitekijä olivat nuorten mielenterveys- ja käytöshäiriöt [48], jotka voivat olla seurausta raskaudenaikaisesta päihdealistuksesta ja/tai lapsuusaajan epävakasta kasvuympäristöstä [47,50,51].

Myös kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että ne nuoret, joilla on mielenterveys- ja käytöshäiriöitä, voivat kokea haasteita koulunkäynnissä [52,53]. Mielenterveys- ja käytöshäiriöistä johtuvat koulunkäynnin haasteet ja heikompi koulumenestys voivat altistaa myös myöhemmin ilmeneville, muun muassa jatkokoulutukseen ja työllistymiseen liittyville ongelmille [54]. Tästä syystä koulunkäynnin haasteisiin sekä taustalla mahdollisesti vaikuttaviin mielenterveys- ja käytöshäiriöihin on syytä puuttua varhain.

ADEF Helsinki -tutkimuksen tulevilla julkaisuilla tutkitaan nuorten toimeentulotuen tarvetta ja tarkennetaan eri mielenterveys- ja käytöshäiriöiden roolia sekä kodin ulkopuolisen sijoituksen yhteyttä näihin häiriöihin.

NÄKÖKULMIA RASKAUSAJAN ALKOHOLINKÄYTÖN JA SIKIÖVAIKUTUSTEN ENNALTAEHKÄISYYN TUTKIMUSTIEDON POHJALTA

Sikiövaikutusten ehkäisemisen kannalta tärkeää olisi viestiä kaikille, ettei turvallisen alkoholinkäytön rajaa tai ajankohtaa raskauden aikana ole. Turvallisin vaihtoehto on käytön välttäminen raskauden aikana ja mielellään jo raskautta suunniteltaessa. Ennaltaehkäisy näkökulmasta päihdeongelmiin olisi puuttuttava jo ennen raskautta.

Raskaudenaikaisen päihteiden ongelmankäytön varhainen tunnistaminen on olennaista, jotta äidin ja sikiön terveys voidaan turvata varhaisessa vaiheessa ja jotta mahdollisia sikiövaurioita voidaan ehkäistä. Äitiysneuvola tavoittaa Suomessa lähes kaikki odottavat äidit, joten on tärkeää, että äitiysneuvolan ja terveydenhuollon henkilökunta on koulutettu ottamaan päihteiden käyttö puheeksi kaikkien perheiden kanssa. Alkoholinkäytön sikiövaikutuksista tulisi keskustella sekä tulevan äidin että mahdollisen puolison kanssa.

Tärkeää on myös, että päihdepalveluita on saatavilla ilmaiseksi ja että äitiysneuvolan henkilökunta on tietoinen palveluista, joihin

”Lapset altistuivat perheen päihdeongelmalle ja siihen nivoutuville ongelmille myös syntymän jälkeen.”

päihdeongelman omaavan raskaana olevan naisen voi ohjata. Tästä hyvänä esimerkkinä ovat HAL-poliklinikat sekä Ensi- ja turvakotien Pidä kiinni® -hoitojärjestelmä (www.ensijaturvakotienliitto.fi).

On olennaista, että perheitä seurataan raskauden jälkeen asiaan erikoistuneissa terveydenhuollon yksiköissä kuten sosiaalipediatrian klinikoilla kouluikään saakka, sillä usein alkoholin aiheuttamat vaikutukset ilmenevät myöhemmin lapsen lähestyessä kouluikää. Perheet voivat tarvita myös muita tukipalveluja, kuten lastensuojelun tukitoimia, mikäli perheen päihdeongelma jatkuu lapsen syntymän jälkeen tai perheessä esiintyy muita psykososiaalisia ongelmia, jotka voivat vaikuttaa lapsen hoivaan ja huolenpitoon. Tutkimukset myös osoittavat, että varhainen sijoitus vakaaseen kasvuympäristöön ja toistuvien kiintymyssuhdekatojen välttäminen voivat suojata myöhemmällä iällä ilmeneviltä ongelmilta [55].

Tärkeää on myös, että altistuneet lapset saavat tarpeisiinsa nähden riittävää seurantaa ja palveluita, jotta myöhemmällä iällä mahdollisesti ilmeneviin ongelmiin, kuten oppimisen haasteisiin tai mielenterveyden- ja käyttäytymisen häiriöihin, voidaan puuttua varhain. Tämä edellyttää vanhempien tai huoltajien sekä eri sektorien, kuten koulumaailman, tietoisuutta ja ymmärrystä altistuksen vaikutuksista, jotta lasta voidaan tukea eri elämänvaiheissa yksilölliset tarpeet huomioiden.

Tutkimuksemme osoittaa myös puutteita FASD-diagnostiikassa. Diagnostoitujen vähäinen määrä voi viitata siihen, ettei olemassa olevia diagnooseja, kuten FAS- ja PFAS, käytetä tai tietämys niistä on riittämätöntä terveydenhuollossa. On myös todennäköistä, ettei ARND-oireita tai lasten erityispiirteitä tunnisteta ja huomioida riittävästi. Oireilevilla lapsilla voi olla laaja-alaisia ongelmia, jotka edellyttäisivät uudenlaista lähestymistapaa ja interventioita. Myös altistuksen vaikutusten yksilöllisyys, vaurioiden laaja kirjo ja tiedon puuttuminen äidin raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä vaikeuttavat FASD-diagnostiikkaa.

On myös huomioitava, ettei lääketieteellinen diagnoosi ole päämäärä, vaan diagnosointi ja erilaiset asiantuntija-arviot voivat auttaa lasta ja hänen vanhempiaan tai huoltajiaan ymmärtämään lapsen oireilua tai erityisvaikeuksia. Tällöin sopivaa tukea on helppompi kohdentaa lapsen yksilöllisiin tarpeisiin. Diagnostiikan lisäksi tarvitaan tutkimusta siitä, miten ongelmien tunnistamista, hoitoa ja koulussa annettavaa tukea voisi tehostaa kasvavan lapsen toimintakyvyn parantamiseksi.

Vastaavasti diagnoosin puute ei saisi olla este palvelujen ja tukitoimien saamiselle. Diagnoosin puuttuminen tai se, ettei lapsen oireilua tunnisteta oikein, voivat aiheuttaa ongelmia, mikäli lapselta

vaaditaan liikaa hänen taitotasoihinsa nähden. Tämä voi näkyä esimerkiksi lapsen erilaisina käytöshäiriöinä.

Diagnostiikan puutteet vaikeuttavat myös ongelmien esiintyvyyservioita. Ennaltaehkäisyyn ja hoitoon on vaikea kohdentaa riittäviä resursseja ilman todenmukaista käsitystä ongelman laajuudesta.

LOPUKSI

Kuten ADEF Helsinki -tutkimuksen ja kansainvälisten tutkimusten tulokset osoittavat, raskausaikana päihteille altistunut lapsi voi kokea monia haasteita arjessa ja hyvinvoinnissa eri elämäntilanteissa. Päihteille raskausaikana altistuneet lapset altistuvat usein

”On olennaista, että perheitä seurataan raskauden jälkeen”

myös syntymän jälkeen perheen päihdeongelmille ja muille riskitekijöille, mikä voi vaikuttaa näiden lasten kehitykseen ja monien ongelmien ilmaantumiseen.

Ongelmien ehkäisemiseksi tarvitaan toimia monilla tasoilla. Ensisijaisista on, että viesti päihteettömyyden tärkeydestä raskausaikana tavoittaa kaikki. Mikäli päihteidenkäyttöä esiintyy raskau-

den aikana, olisi sen varhainen tunnistaminen, päihteettömyyden tukeminen ja hoitoon ohjaaminen ensiarvoista. Raskauden jälkeen on tärkeää turvata vakaa ja turvallinen kasvuympäristö, jossa vältetään toistuvat katkokset kiintymyssuhteissa ja altistuminen hoidon laiminlyönnille ja muille riskitekijöille.

Päihteille raskausaikana altistuneet muodostavat heterogeenisen ryhmän. Onkin olennaista, että altistunut lapsi saa oikeanlaista seurantaa ja tukea eri elämäntilanteissa yksilölliset tarpeet huomioiden. Myös FASD-diagnostiikkaa ja tunnistamista tulisi kehittää. Usein diagnoosi edistää palveluiden piiriin pääsemistä, mutta diagnoosin puute ei kuitenkaan saisi estää palvelujen ja tukitoimien saamista.

Lisäksi lasten ja nuorten tukemisessa tulisi keskittyä heidän vahvuuksiinsa ja myönteisiin piirteisiin ongelmien sijaan. Oikean ja varhain aloitetun hoidon ja tuen avulla lapsi tai nuori, jolla on FASD, kykenee useimmiten itsenäiseen elämään. Tuen kehittäminen kuitenkin edellyttää tietoisuuden lisääntymistä ammattilaisten ja vanhempien tai huoltajien keskuudessa. ●

ADEF Helsinki -tutkimusta ovat rahoittaneet Samfundet Folkhälsan i svenska Finland rf, Juho Väinön säätiö, Signe ja Ane Gyllenbergin säätiö, Medicinska Undersökningsföreningen Liv och Hälsa rf, Alkoholitutkimussäätiö ja Alli Paasikiven säätiö.

AVAINSANAT:

raskaus, alkoholinkäyttö, FASD, kehityshäiriö

SIDONNAISUUDET:

Niina-Maria Nissinen, Taisto Sarkola, Ilona Autti-Rämö, Mika Gissler, Hanna Kahila ja Anne Koponen : Ei sidonnaisuuksia.

LÄHTEET:

- 1 Popova S, Lange S, Probst C ym. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health, 5, e290–e299. [https://10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](https://10.1016/S2214-109X(17)30021-9)
- 2 Märdby A, Lupattelli A, Hensing G ym. (2017). Consumption of alcohol during pregnancy—A multinational European study. Women and Birth, 30, e207–e213. <https://10.1016/j.wombi.2017.01.003>
- 3 Mäkelä P (2018). Miten käyttötavat ovat muuttuneet? Teoksessa Mäkelä P, Härkönen J, Lintonen T, Tigerstedt C, Warpenius K (toim.): Näin Suomi juo. Helsinki: Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos.
- 4 Klemetti R, Gissler M, Lammi-Taskula J ym. (2014). Lastenhankinnan ajoitus. Teoksessa Lammi-Taskula J, Karvonen S (toim.): Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos.
- 5 May PA, Chambers CD, Kalberg WO ym. (2018). Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders in 4 US Communities. Jama, 319, 474–483. <https://10.1001/jama.2017.21896>
- 6 Popova S, Lange S, Poznyak V ym. (2019). Population-based prevalence of fetal alcohol spectrum disorder in Canada. BMC Public Health, 19, 845. <https://10.1186/s12889-019-7213-3>
- 7 Lange S, Probst C, Gmel G ym. (2017). Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: A systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatrics, 171, 948–956. <https://10.1001/jamapediatrics.2017.1919>
- 8 Henderson J, Gray R, Brocklehurst P (2007). Systematic review of effects of low–moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 114, 243–252. <https://10.1111/j.1471-0528.2006.01163.x>
- 9 Jaddoe VVW, Bakker R, Hofman A, ym. (2007). Moderate alcohol consumption during pregnancy and the risk of low birth weight and preterm birth. The generation R study. Annals of Epidemiology, 17, 834–840. <https://10.1016/j.annepidem.2007.04.001>
- 10 Patra J, Bakker R, Irving H ym. (2011). Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, pre-term birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 118, 1411–1421. <https://10.1111/j.1471-0528.2011.03050.x>
- 11 Mamluk L, Edwards HB, Savović J ym. (2016). Effects of low alcohol consumption on pregnancy and childhood outcomes: A systematic review and meta-analysis. The Lancet (British Edition), 388, S14. [https://10.1016/S0140-6736\(16\)32250-4](https://10.1016/S0140-6736(16)32250-4)
- 12 Valenzuela CF, Morton RA, Diaz MR, Topper L (2012). Does moderate drinking harm the fetal brain? Insights from animal models. Trends in Neurosciences, 35, 284–292. <https://10.1016/j.tins.2012.01.006>

- 13 Feldman HS, Jones KL, Lindsay S ym. (2012). Prenatal alcohol exposure patterns and alcohol-related birth defects and growth deficiencies: A prospective study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 36, 670–676. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01664.x>
- 14 Maier S & West J (2001). Drinking patterns and alcohol-related birth defects. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 25. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6707166/
- 15 Bailey BA & Sokol RJ (2011). Prenatal alcohol exposure and miscarriage, stillbirth, preterm delivery, and sudden infant death syndrome. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 34, 86–91. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860553/
- 16 Behnke M, Smith VC, Committee on Substance Abuse & Committee on fetus and newborn (2013). Prenatal substance abuse: Short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*, 131, 1009. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3931>
- 17 Mattson SN, Schoenfeld AM, Riley EP (2001). Teratogenic effects of alcohol on brain and behavior. *Alcohol Research & Health*, 25, 185–191. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6707166/
- 18 Riley EP, Infante MA, Warren KR (2011). Fetal alcohol spectrum disorders: An overview. *Neuro-psychology Review*, 21, 73–80. <https://doi.org/10.1007/s11065-011-9166-x>
- 19 O'Leary CM, Nassar N, Kurinczuk JJ ym. (2010). Pre-natal alcohol exposure and risk of birth defects. *Pediatrics*, 126, 843. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0256>
- 20 Mukherjee RAS, Hollins S, Turk J (2006). Fetal alcohol spectrum disorder: An overview. *The Royal Society of Medicine*. <https://doi.org/10.1177/014107680609900616>
- 21 Mattson SN, Bernes GA, Doyle LR (2019). Fetal alcohol spectrum disorders: A review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 43, 1046. <https://doi.org/10.1111/acer.14040>
- 22 Fagerlund Å, Autti-Rämö I, Hoyme HE ym. (2011). Risk factors for behavioural problems in foetal alcohol spectrum disorders. *Acta Paediatrica*, 100, 1481–1488. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02354.x>
- 23 Fagerlund Å, Autti-Rämö I, Kalland M ym. (2012). Adaptive behaviour in children and adolescents with foetal alcohol spectrum disorders: A comparison with specific learning disability and typical development. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21, 221–231. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0256-y>
- 24 Kully-Martens K, Denys K, Treit S ym. (2012). A review of social skills deficits in individuals with fetal alcohol spectrum disorders and prenatal alcohol exposure: Profiles, mechanisms, and interventions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36, 568–576. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01661.x>
- 25 Streissguth AP (1996). Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE): Final report. Seattle, Wash: University of Washington School of Medicine, Dept. of Psychiatry and Behavioral Sciences, Fetal Alcohol and Drug Unit.
- 26 Weyrauch D, Schwartz M, Hart B ym. (2017). Comorbid mental disorders in fetal alcohol spectrum disorders: A systematic review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 38, 283–291. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000440>
- 27 Lynch ME, Kable JA, Coles CD (2015). Prenatal alcohol exposure, adaptive function, and entry into adult roles in a prospective study of young adults. *Neurotoxicology and Teratology*, 51, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2015.07.008>
- 28 Rangmar J, Hjern A, Vinnerljung B ym. (2015). Psychosocial outcomes of fetal alcohol syndrome in adulthood. *Pediatrics*, 135, 52. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1915>
- 29 Flannigan K, Pei J, Stewart M, Johnson A (2018). Fetal alcohol spectrum disorder and the criminal justice system: A systematic literature review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 42–52. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.12.008>
- 30 Esper LH, Furtado EF (2014). Identifying maternal risk factors associated with fetal alcohol spectrum disorders: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 877–889. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0603-2>
- 31 Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A ym. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders*, 65, 9–17. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00265-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00265-2)
- 32 Jääskeläinen M, Holmila M, Notkola I, Raitasalo K (2016). A typology of families with parental alcohol or drug abuse. *Addiction Research & Theory*, 24, 288–299. <https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1127358>
- 33 Sarkola T, Kahila H, Gissler M, Halmesmäki E (2007). Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatrica*, 96, 1571–1576. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00474.x>
- 34 Kestilä L, Paananen R, Väisänen A ym. (2012). Kodin ulkopuolelle sijoittamisen riskitekijät. rekisteripohjainen seurantatutkimus suomessa vuonna 1987 syntyneistä. *Yhteiskuntapolitiikka*, 77, 34–52. www.julkari.fi/handle/10024/110595
- 35 Lange S, Shield K, Rehm J, Popova S (2013). Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in child care settings: A meta-analysis. *Pediatrics*, 132, 980. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0066>
- 36 Glaser D (2000). Child abuse and neglect and the brain—a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41, 97–116. <https://doi.org/10.1017/S0021963099004990>
- 37 Miguel PM, Pereira LO, Silveira PP, Meaney MJ (2019). Early environmental influences on the development of children's brain structure and function. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 61, 1127–1133. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14182>
- 38 Norman RE, Byambaa M, De R ym. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9, e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- 39 Shonkoff JP, Garner AS (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129, 232. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- 40 Lehmann S, Havik OE, Havik T, Heiervang ER (2013). Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 39. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-39>
- 41 Kääriälä A, Haapakorva P, Pekkarinen E, Sund R (2019). From care to education and work? Education and employment trajectories in early adulthood by children in out-of-home care. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104144. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104144>
- 42 Koponen AM, Nissinen N, Gissler M ym. (2020). Cohort profile: ADEF helsinki – a longitudinal register-based study on exposure to alcohol and drugs during foetal life. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37, 32–42. <https://doi.org/10.1177/1455072519885719>
- 43 Sarkola T, Gissler M, Kahila H ym. (2011). Early healthcare utilization and welfare interventions among children of mothers with alcohol and substance abuse: A retrospective cohort study. *Acta Paediatrica*, 100, 1379–1385. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02317.x>
- 44 Sarkola T, Gissler M, Kahila H ym. (2012). Alcohol and substance abuse identified during pregnancy: Maternal morbidity, child morbidity and welfare interventions. *Acta Paediatrica*, 101, 784–790. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02670.x>

LÄHTEET:

- 45 Kahila H, Gissler M, Sarkola T ym. (2010). Maternal welfare, morbidity and mortality 6-15 years after a pregnancy complicated by alcohol and substance abuse: A register-based case-control follow-up study of 524 women. *Drug and Alcohol Dependence*, 111, 215–221. <https://10.1016/j.drugalcdep.2010.04.014>
- 46 Popova S, Lange S, Shield K ym. (2016). Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 387, 978–987. [https://10.1016/S0140-6736\(15\)01345-8](https://10.1016/S0140-6736(15)01345-8)
- 47 Koponen AM, Nissinen N, Gissler M ym. (2020). Prenatal sub-stance exposure, adverse childhood experiences and diagnosed mental and behavioral disorders – A longitudinal register-based matched cohort study in Finland. *SSM - Population Health*, 11, 100625. <https://10.1016/j.ssmph.2020.100625>
- 48 Nissinen N, Gissler M, Sarkola T ym. (2021). Completed secondary education among youth with prenatal substance exposure: A longitudinal register-based matched cohort study. *Journal of Adolescence*, 86, 15–27. <https://10.1016/j.adolescence.2020.11.006>
- 49 Spohr H, Willms J, Steinhausen H (2007). Fetal alcohol spectrum disorders in young adulthood. *The Journal of Pediatrics*, 150, 175–179, 179.e1. <https://10.1016/j.jpeds.2006.11.044>
- 50 Sandtorv LB, Hysing M, Rognlid M ym. (2017). Mental health in school-aged children prenatally exposed to alcohol and other substances. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 11, 1–8. <https://10.1177/1178221817718160>
- 51 Basu S, Banerjee B (2020). Impact of environmental factors on mental health of children and adolescents: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 119, 105515. <https://10.1016/j.childyouth.2020.105515>
- 52 Polderman TJC, Boomsma DI, Bartels, M ym. (2010). A systematic review of prospective studies on attention problems and academic achievement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 271–284. <https://10.1111/j.1600-0447.2010.01568.x>
- 53 Brännlund A, Strandh M, Nilsson K (2017). Mental-health and educational achievement: The link between poor mental-health and upper secondary school completion and grades. *Journal of Mental Health*, 26, 318–325. <https://10.1080/09638237.2017.1294739>
- 54 McMahon WW, Oketch M (2013). Education's effects on individual life chances and development: An overview. *British Journal of Educational Studies*, 61, 70–107. <https://papers.ssrn.com/abstract=2282056>
- 55 Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM ym. (2004). Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, 228–238. <https://10.1097/00004703-200408000-00002>