

Erja Halmesmäki, Hanna Kahila, Ritva Keski-Kohtamäki,
Teija Lisakka, Gunne Bäckmark-Lindqvist, Maija Haukkamaa

Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen hoito

Helsingin mallin kuvaus ja kokemukset 312 potilaan aineistosta

Lähtökohdat Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen erityisongelmat on tiedostettu HYKS:n Naistenklinikalla jo vuodesta 1983. Vuonna 2002 luotiin tehostettu hoitomalli, jota kuvataan tässä artikkelissa.

Aineisto ja menetelmät Sairaalan äitiyspoliklinikalla on huume-, alkoholi ja lääkkeet (HAL) -poliklinikan oma hoitotiimi, joka vastaa päihdepotilaiden hoidosta. Toiminta alkoi elokuussa 2002, ja marraskuun loppuun 2005 mennessä on hoidettu 312 raskaana olevaa huumeriippuvaista (keskimäärin 94 potilasta/v). Potilaat tulevat pääasiassa joko terveyden- tai päihdehuollon läheteellä poliklinikalle, jossa he käyvät 1–4 viikon välein omahoitajan ja -lääkärin vastaanotolla raskauden seurannassa sekä saamassa psykososiaalista tukea huumeista vieroittumiseen ja elämän perusasioiden järjestämiseen.

Tulokset Päihdepotilaista 32 % oli käyttänyt huumeita suonenensisäisesti myös raskauden aikana, 43 %:lla oli pääasiallisena päihteenä opiaattit tai amfetamiini ja 105 (33 %) synnyttäjää oli puhtaasti opiaattien käyttäjiä. Heistä 22:n katsottiin tarvitsevan korvaushoitoa, joka aloitettiin Naistenklinikalla, mistä potilaat hakivat ja ottivat päivittäisen annoksensa hoitajan valvonnassa. Hepatiitti C oli 47 %:lla potilaista ja HIV-tartunta kahdella potilaalla (0,7 %). Raskaudet ja synnytykset menivät pääsääntöisesti hyvin, mutta lapsilla oli runsaasti sairaalahoitoa pidentäviä vieroitusoireita. Puolet lapsista kotiutettiin avoimuuden tukitoimin, 11 % sijoitettiin, 4 % otettiin huostaan ja yksi lapsi annettiin adoptioon.

Päätelmät Pääkaupunkiseudulla asuu runsaasti hedelmällisessä iässä olevia päihdeongelmaisia naisia, jotka raskaaksi tullessaan tarvitsevat erityistukea. Äitiyspoliklinikalla on mahdollista yhdistää raskauden hoito ja päihdehoito, mikä saattaa helpottaa joidenkin potilaiden päihdeongelman tunnistamista ja hoitoon hakeutumista. Korvaushoito voidaan toteuttaa myös somaattisen sairaalan poliklinikalla silloin kun henkilökunta on asiaan koulutettua ja toimintaan motivoitunutta.

Vuonna 2002 pääkaupunkiseudulla arvioitiin olevan noin 5 300–7 800 ns. kovien huumeiden (amfetamiinin ja opiaattien) käyttäjää, ja heistä arviolta kolmasosa oli hedelmällisessä iässä olevia naisia. Vuoden 1997 jälkeen huumeita käyttävien kokonaismäärä ei liene merkittävästi lisääntynyt pääkaupunkiseudulla, mutta opiaatteja käyttävien osuus on ollut jatkuvassa kasvussa, ja oli vuonna 2002 noin 2 000–3 200 (1). Opiaattiriippuvuus on huumeriippuvuuden eniten sairastavuutta ja kuolleisuutta aiheuttava muoto. Arvioiden mukaan Suomessa noin 6 % raskaana olevista naisista on päihdeongelmaisia eli alkoholin, huumeiden tai lääkkeiden ongelmakäyttäjiä (2). Vuosittain tämä tarkoittaa noin 3 600 lapsen syntymistä päihdeongelmaisille äideille. Äidin raskaudenaikaisella päihteen käytöllä on kauaskantoiset seuraukset syntyvän lapsen elämään (3).

Raskaana olevan naisen ja äidin päihdeongelma on voimakkaasti negatiivisesti leimaava asia. Päihdeongelmaan liittyvä häpeä ja lastensuojelun pelko saattavat estää asianmukaisen avun hakemisen. Tietämyksemme ongelman laajuudesta perustuu vain tunnistettuihin tapauksiin eli näem-

me todennäköisesti vain murto-osan tapauksista. Kaikkia päihdeongelmaisia ei ole mahdollista tunnistaa ilman heidän omaa halukkuuttaan hakeutua hoitoon. Siksi hoidosta olisi tehtävä mahdollisimman helposti saavutettavaa ja sen olisi tarjottava todellinen vaihtoehto päihteidenkäytölle.

HYKS:n Naistenklinikan äitiyspoliklinikan yhteydessä toimivalla huume, alkoholi ja lääkkeet (HAL) -poliklinikalla on sivutoimisesti hoidettu päihdeongelmaisia raskaana olevia naisia jo vuodesta 1983 (4). Poliklinikka sai vuonna 2002 sosiaali- ja terveysministeriöstä projektirahoituksen, jonka ansiosta pystyttiin palkkaamaan 1.8.2002 alkaen työhön kaksi kokopäiväistä hoitajaa (toisella heistä kättilön ja psykiatrisen erikoissairaanhoitajan koulutus ja toisella sairaanhoitajan koulutus) sekä puolipäiväinen erikoislääkäri. Lisäksi sairaalan oma sosiaalityöntekijä on ollut käytettävissä projektin ulkopuolelta. Poliklinikan toiminnan tarkoituksena on ollut helpottaa vaikeasti päihdeongelmaisten, usein myös moni-ongelmaisten ja syrjäytyneiden, naisten hoitoon pääsyä.

Aineisto ja menetelmät

HAL-poliklinikka toimii omalääkäri- ja omahoitajaperiaatteella, jotta potilaan tilanteeseen voidaan perehtyä laaja-alaisemmin ja syvällisemmin kuin mihin tavallisella vastaanotolla on resursseja. Poliklinikka toimii äitiyspoliklinikan yhteydessä. Vastaanottohuoneissa on turvattu hätäpoistumistie. Henkilökunnalla on käytössään turvanapit, koska potilaat ja varsinkin heidän puolisonsa ja saattajansa voivat käyttäytyä uhkaavasti. Normaalin äitiysneuvolan ohella tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat alueen päihdehoidon asiantuntijat ja laitokset. Yhteistyöverkoston rakentaminen eri hoitotahojen välille on keskeinen tavoite, jotta potilaan jatkohoito on järjestyksessä, kun hoito Naistenklinikalla päättyy.

Kaikille potilaille kerrotaan heti raskauden alussa, että lastensuojeluun otetaan yhteyttä mikäli on syytä epäillä, että lapsen hyvä hoito on vaarassa (LSL 1. luku 1 § ja 8. luku 40 §).

Potilaat tulevat pääsääntöisesti läheteellä, mutta myös oma-aloitteinen hoitoon hakeutuminen on mahdollista. Ensikäynnillä tarkistetaan raskauden kesto sekä äidin fyysiset,

psykkiset ja sosiaaliset riskitekijät laajalla strukturoidulla haastattelulla. Jos raskaus on ei-toivottu, naisen päihdeongelma on laaja-alainen ja pitkäkestoinen sekä elämäntilanne, psyykinen ja fyysinen terveys heikot, hänelle kerrotaan myös raskauden keskeytyksen mahdollisuudesta. Potilaat osallistuvat vapaaehtoisin sikiön ultraääniseulontoihin 12.–13. ja 18.–20. raskausviikoilla. Sen jälkeen raskautta seurataan yksilöllisesti lääketieteellisen tarpeen mukaan vähintään neljän viikon välein lääkärin ja hoitajan vastaanotoilla viikoittain.

Lääkärin vastaanotolla seurataan sikiön kasvua, bioprofilia ja napanuoran verenvirtausta toistuvilla ultraäänitutkimuksilla sekä äidin fyysistä ja psyykkistä vointia. Raskaana olevalle kerrotaan päihteiden vaikutuksista raskauden kulkuun ja sikiön sekä lapsen myöhempään kehitykseen. Potilasta kannustetaan päihteettömyyteen ja päihdehoitoon motivoivan haastattelun keinoin. Kättilön vastaanotolla käydään hoitokeskusteluja ja seurataan sikiön vointia mm. sydänäänikäyrin.

Alkoholi- ja huumeeseulat tehdään valvotusti (käytännössä hoitaja on vieressä, jotta potilas ei esim. tuo kotoa lapsensa virtsaa) joka käynnillä potilaan suostumuksella. Lisäksi riskikäyttäytymiseen liittyviä sairauksia seulotaan toistuvasti laboratorionäyttein: mm. maksa-arvoja, anemiamia, sukupuoliteitse tarttuvia tauteja sekä hepatiitti B-, hepatiitti C- ja HIV-vasta-aineita. Opiaattiriippuvaisella raskaana olevalla on mahdollisuus opiaattikorvaushoitoon sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaisesti raskauden perusteella, jolloin korvaushoito lääke haetaan päivittäin äitiyspoliklinikalta.

Konsultaatioita tehdään erityisen runsaasti päihdepsykiatrian toimialalle. Projektin kuluessa henkilökunta on käynyt päihdetyön sekä ratkaisukeskeisen että kognitiivisen terapian koulutuksissa, ja näitä oppeja on sovellettu potilastyöhön.

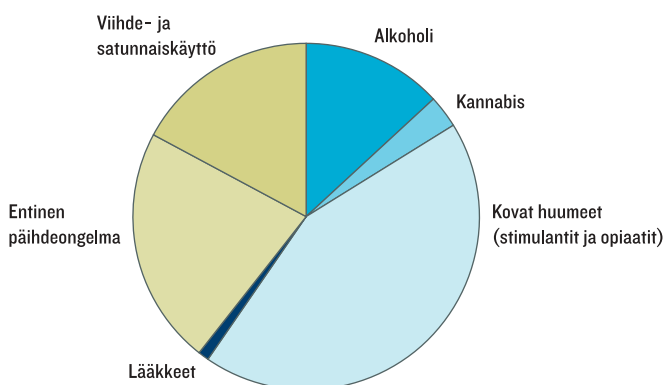
Tulokset

HAL-poliklinikalla hoidettiin 1.8.2002–30.11.2005 kaikkiaan 312 raskautta (keskimäärin 94 raskautta vuodessa), joista 21 (6,7 %) keskeytettiin naisen toiveesta ja 4 (1,3 %) meni spontaanisti kesken. Läheteestä ei käynyt ilmi potilaan todellinen päihteiden käyttö. HAL-poliklinikalla tehdyssä haastattelussa selvisi, että Stakesin päihdehoitotietorekisteröinnin mukaisesti tilastoituna Naistenklinikalla synnyttäneistä päihdepotilaista 41:llä (13 %) pääasiallinen päihde oli alkoholi, 10:llä (3 %) kannabis ja 135 (43 %) oli ns. kovien (amfetamiini ja opiaatit) huumeiden käyttäjiä. Puhtaasti lääkeriippuvaisia oli 4 (1 %) (kuvio 1). Entisiä huumeiden ongelmakäyttäjiä, jotka olivat ”kuivilla” seurantaan tullessaan, oli 69 (22 %). Ns. viihde tai satunnaiskäyttäjiä (pääsääntöisesti kuivilla koko raskausajan) oli 53 (17 %).

Opiaattien käyttäjät muodostivat suurimman yksittäisen ryhmän (105 naista, 34 %) potilaista. Heistä 29 (28 %) oli jo ennen raskautta muussa hoitopaikassa buprenorfiini- tai metadonikorvaushoidossa tai buprenorfiinivieroituksessa. Naistenklinikalla aloitettiin buprenorfiinikorvaus- tai vieroitus hoito 22 (21 %) naiselle. Nämä potilaat hakivat päivittäin annoksen äitiyspoliklinikalta hoitajan valvoessa, että annostelu tapahtui suun kautta. Joka kolmas potilaistamme (99 potilasta, 32 %) kertoi käyttäneensä huumeita suomensisäisesti myös raskausaikana. C-hepatiitti todettiin 147:llä

Kuvio 1.

HAL-yksikön (Huumeet, alkoholi ja lääkkeet) potilaiden päihteiden käyttö pääasiallisen päihteen mukaan.



(47 %) ja HIV kahdella (0,7 %) synnyttäjällä. Kolmella potilaalla neljästä oli myös psyykkisiä ongelmia.

Potilaista vain 10 % oli työelämässä ja 90 %:lla oli raskauden alussa kumppani, joka ei kuitenkaan välttämättä ollut odotettavan lapsen isä. Raskaudet ja synnytykset menivät pääsääntöisesti hyvin. Napanuoran verenvirtausmittausten tulokset ja sikiöiden sydänäänikäyrät olivat suurimmaksi osaksi normaaleja. Ennenaikaisesti syntyneiden lasten osuus oli samaa luokkaa kuin ns. normaaliväestössä. Samoin keisarileikkausten osuus vastasi koko Suomen keskiarvoa. Lapset painoivat noin 200 g vähemmän kuin normaaliväestössä. Tupakoivien suuri osuus (yli 90 %) selittää ainakin osan painoerosta, joskin äidin huumeidenkäytön ja elintapojen vaikutus sikiön kasvuun on myös mahdollista (taulukko 1). Yhtään kohdunsisäistä sikiökuolemaa ei tapahtunut. Syntyneet lapset olivat pääsääntöisesti hyväkuntoisia eikä epämuodostumia todettu keskimääräistä enempää. Yksikään lapsi ei joutunut tehohoitoon. Lasten hoitoajat sairaalassa olivat selkeästi pidempiä kuin muilla johtuen lasten vierotusoireista, joita hoidettiin morfiinilla. Vieroitusoireet saattoivat kestää 3–6 viikkoa, ja keskimäärin lapset olivat sairaalassa 11 vuorokautta (taulukko 1). Tietojemme mukaan kaksi lasta on kuollut kätkytkuoleman seurauksena ja yksi äiti on kuollut huumeiden yliannostukseen vuoden sisällä synnytyksestä.

Sairaalan sosiaalityöntekijä arvioi kaikki potilaat lastensuojelutarpeen suhteen. Vain keskimäärin yksi kymmenestä lapsesta voitiin kotiuttaa ilman tukitoimia (taulukko 2). Äideistä 46 muutti raskauden aikana toiselle paikkakunnalle tai synnytti muualla eikä heidän jälkihoidostaan ole tietoa. Kaikki helsinkiläiset vastasyntyneet, jotka sikiöaikana olivat altistuneet huumeille, ohjattiin kasvu- ja kehityseurantaan HYKS:n Lasten ja Nuorten sairaalan Sosiaalipediatriseen yksikköön. Myös synnyttäjät itse ohjattiin jatkohoitopaikkaan jo raskausaikana, jotta hänen hoitonsa jatkuisi saumattomasti lapsen synnyttyä.

Pohdinta

Päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten hoidossa tiimityönä erityispoliklinikalla on merkittäviä etuja: ammattitaitoinen hoito on keskitettyä ja suunnitelmallista, henkilökunta oppii tuntemaan potilaan ja parhaimmillaan hoitosuhteessa kehittyvä hyvä keskinäinen luottamus. Äitiys, raskaus ja sikiö ovat pääroolissa, ja vastaanotot sujuvat pääsääntöisesti myönteisessä ilmapiirissä. Potilasta voidaan hoitaa kokonaisvaltaisesti, eikä häntä tarvitse juoksuttaa ”luukulta toiselle”. Monet potilaat ovat myös kokeneet somaattisen hoitopaikan vähemmän leimaavana kuin esim. päihde- tai psykiatrisen hoitopaikan. Äitiyspoliklinikan luonteen mukaisesti toiminnan tavoitteena on ennen kaikkea raskauden varhainen toteaminen ja sen mahdollisimman hyvä hoito niin, että äiti kuntoutuisi ja lapsi syntyisi hyväkuntoisena ja ilman vierotusoireita.

Sikiöiden vointi kohdussa oli hyvä päätellen sydänäänikäyrästä ja verenvirtauksista, eikä niiden rutiinimainen mittaaminen osoittautunut välttämättömäksi. Sen sijaan päihteiden käyttöön liittyvien sikiöhaittojen tunnistaminen ja minimointi, päihdehaittoista kertominen, päihdehoitoon ja päihteettömyyteen motivoiminen ja tässä onnistuminen ovat tärkeitä. Näiden tekijöiden osuus korostuu viimeistään siinä vaiheessa, kun pyritään arvioimaan äidin mahdollisuuksia selviytyä lap-

sen hoidosta. Sosiaalityöntekijän palvelut ovat tärkeitä, jotta saadaan varhain yhteys lastensuojeluviranomaisiin, ja myös päihdehoidon etsiminen vie oman aikansa. Synnytyksen jälkitarkastus ja raskaudenehkäisyjärjestäminen on syytä suunnitella jo synnytyssairaalassa. Tämä potilasryhmä on hyvin liikkuva: he muuttavat useasti, ja neuvola saattaa vaihtua parikin kertaa raskauden aikana. He saattavat olla välillä vankilassa tai hakeutua päihdehoitoon toiselle paikkakunnalle, joten on hyvä, että raskautteen liittyvä seuranta on koordinoituina yhdessä paikassa. Potilaiden käyttämää lääkitystä pystytään myös paremmin seuraamaan ja korvaus- tai ylläpitohoito tulee mahdolliseksi. Manipulointi ja mahdollisesti katukauppaan päätyvien reseptien huijaaminen käy vaikeammaksi. Joitakin yksittäisiä vaaratilanteita on hoidon aikana syntynyt, kun potilaan saattaja on käyttäytynyt uhkaavasti. Tällöin on jouduttu hälyttämään vartijat paikalle.

Suomessa huumeiden käyttäjät ovat usein sekakäyttäjiä, eli käytössä on useampia eri huumeita saatavuuden mukaan. Lisäksi käytetään kipu- ja rauhoittavia lääkkeitä sekä alkoholia erilaisina yhdistelminä. Tällaisten erilaisten kemiallisten aineiden yhdistelmien vaikutusta raskauteen ei tarkasti tunneta. Kirjallisuudessa päihderaskauksiin on liitetty riski lapsen ennenaikaisuudesta, pienipainoisuudesta, pienipäisyydestä, jopa epämuodostumista ja lapsen varttuessa ilmitulevista erilaisista kognitiivisten toimintojen häiriöistä (5,6,7,8,9,10).

Omien potilaidemme pääasiallisesti käyttämistä päihteistä kovien huumeiden, stimulanttien ja opiaattien osuus oli huolestuttavan suuri (43 %). Opiaattien osalta Suomessa on poikkeuksellista buprenorfiinin eli alun perin opiaattikorvaushoitoon tarkoitetun lääkeaineen päihdehoito. Buprenorfiinin käytöstä raskauden aikana on julkaisuja lähinnä Itävallasta (11,12,13) ja Ranskasta (14,15), missä sitä on käytetty heroiniin korvaushoitona. Buprenorfiini läpäisee

Taulukko 1.

HAL-poliklinikan potilaiden raskaus- ja synnytystiedot 2004 sekä vertailutiedot Naistenklinikalta ja Kätilöopistolta.

Syntymä tiedot	HAL-poliklinikka	Naistenklinikka	Kätilöopisto
Raskauden kesto	H 39+4 ± 13		
Syntymäpaino	3 130 g ± 589 g	Koko maan ka 3 512 g	
Keisarileikkaus	32 (15 %)	24,7 %	17,3 %
Ennenaikaisuus	13 (6 %)	14,3 %	3,0 %
Lasten vierotusoireet	31 (15 %)	0	0
Lasten kotiutuspäivä	11,1 ± 10,1	2,9–3,9	2,0–3,3

Taulukko 2.

Vastasyntyneiden jatkohoitopaikka.

Jatkohoitopaikka	n	%
Koti	23	11
Koti avoimuksen tukitoimin	104	50
Päihdehoitopaikka äidin kanssa	43	21
Sijoitus avoimuksen tukitoimenpiteenä	22	11
Suora huostaanotto	9	4
Adoptio	1	0,5
Ei tietoa	6	3

istukan, mutta ei ilmeisesti lisää epämuodostumia (16), ja suurin ongelma omien kokemustemme mukaan on vasta-syntyneiden vieroitusoireet.

Hyvällä raskauden seurannalla ja huumeiden käytön lopettamisella tai edes annosten vähentämisellä on mahdollista parantaa raskauden ennustetta (17). Parhaat hoitotulokset saavutetaan raskauden seurannan ja päihdehoidon yhdistämisellä (18,19,20,21,22). Omassa toimintamallissamme verkostoituminen ja yhteistyön luominen alan laajan ja moninaisen toimijajoukon kanssa on ollut tärkeää. Eri organisaatioiden sisällä toimivien yksiköiden välinen verkostoituminen helpottaa ja nopeuttaa tiedonkulkua, ja HYKS:n Päihdepsykiatrian osastolla meillä on mm. yksi hoitopaikka varattu potilaidemme käyttöön. Yksikkömme on aktiivissa yhteistyössä myös HYKS:n Päihdepsykiatrian poliklinikan ja Järvenpään Sosiaalisairaalan kanssa, ja kuulumme huumeakatkoitopaikkojen verkostoon.

Helsingissä on vuoden 2005 lopussa avattu raskaana oleville tarkoitettu alkoholikatkoitopaikka, joka parantaa potilaiden hoitomahdollisuuksia. Postnataalisesta jatkohoidosta on saatu hyviä kokemuksia Oulunkylän erityisensikodissa Helsingissä ja Ensikoti Helmiinassa Espoossa, sekä näiden avopalveluyksiköiden kanssa. Merkittävä panostus päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten hoitoon suo heille mahdollisuuden kuntoutua takaisin normaalielämään ja äitiyteen.

Yhdenkin 10–15 vuotta päihdehuuruista ja -valtaista elämää eläneen potilaan kuntoutuminen on merkittävä saavutus niin yksilölle ja hänen läheisilleen kuin yhteiskunnallekin. Irlantilaisen seurantatutkimuksen mukaan potilaiden pysyvä kuntoutuminen ei ole itsestään selvää. Kuuden vuoden kuluttua raskaudenaikaiseen tehostettuun hoitoon osallistumisesta puolet potilaista käytti edelleen huumeita, puolet oli saanut HIV-tartunnan ja 15 % oli kuollut (23).

Jos äidin kuntoutuminen raskauden aikana epäonnistuu, tulisi lastensuojelun entistä terävämmin suojata lasta ja ryhtyä varhaiseen huostaanottoon heti synnytyssairaalaan (23). Äidin raskaudenaikaisesta kuntoutumisesta ja hoitomotivaatiosta sekä hoitoon sitoutumisesta pystymme ennustamaan jo raskauden aikana riittäkö äidin kärsivällisyys, pystyykö hän hoitamaan vastasyntyneen ja luomaan hyvän ja pitkäaikaisen vuorovaikutussuhteen lapseen. Valitettavasti tämän kokemuksen ja näiden havaintojen saama painoarvo vaihtelee huomattavasti lastensuojelun työntekijöiden ratkaisuisissa. Tuoreessa väitöskirjassa (3) todettiin, että pitkäaikaisen huostaanoton kynnys on Suomessa liian korkea, ja lastensuojelulaissa määritetyt lapsen oikeudet eivät toteudu päihteille altistuneiden ja päihdeperheissä elävien lasten kohdalla. Selvityksen mukaan parhaiten pärjäsivät ja vähiten oireilivat ne päihteille altistuneet lapset, jotka oli sijoitettu heti syntymänsä jälkeen.

Lopuksi

Päihdeongelma on krooninen aivosairaus. Päihdeongelmaisen raskaus on aina riskiraskaus, jonka hoitaminen edellyttää laaja-alaista erityisosaamista ja monien tahojen yhteistyötä, jotta nämä potilaat tulisivat tunnistetuiksi ja hoidon piiriin. Lopullisena tavoitteena hoidossa on tämän sukupolvelta toiselle siirtyvän kaltointkohtelun ketjun katkaiseminen.

Kirjallisuutta

- 1 www.stakes.fi/verkkokulkaisut/muut/Reitox2005, sivut 63–65.
- 2 Pajulo M. Päihderiippuvuus ja varhainen äitiys. Väitöskirja. Ann Univ Turkuensis D 439. Turku 2001.
- 3 Koponen AM. Sikiökautena päihteille altistuneiden lasten kasvuypäristö ja kehitys. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki 2006.
- 4 Halmesmäki E. Alcohol counselling of 85 pregnant problem drinkers: effect on drinking and fetal outcome. BJOG 1988;95:243–7.
- 5 Liffle BB, Snell LM, Gilstrap LC 3rd. Methamphetamine abuse during pregnancy: outcome and fetal effects. Obstet Gynecol 1988;72:541–4.
- 6 Torfs CP, Velle EM, Oechsli FW, Bateson TF, Curry CJ. A population based study of gastroschisis: demographic, pregnancy, and lifestyle risk factors. Teratology 1994;50:44–53.
- 7 Bauer CR, Shankaran S, Bada HS ym. The Maternal Lifestyle Study: drug exposure during pregnancy and short term maternal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2002;186:487–95.
- 8 Quinlivan JA, Evans SF. The impact of continuing illegal drug use on teenage pregnancy outcomes a prospective cohort study. BJOG 2002;109:1148–53.
- 9 Ludlow JP, Evans SF, Hulse G. Obstetric and perinatal outcomes in pregnancies associated with illicit substance abuse. Austr N Z J Obstet Gynaecol 2004;44:302–6.
- 10 Shankaran S, Das A, Bauer CR ym. Association between patterns of maternal substance use and infant birth weight, length and head circumference. Pediatrics 2004;114:226–34.
- 11 Schotenfeld RS, Pakes JR, Kosten TR. Prognostic factors in buprenorphine versus methadone maintained patients. J Nerv Ment Dis 1998;186:35–43.
- 12 Fischer G, Johnson RE, Eder H ym. Treatment of opioid dependent pregnant women with buprenorphine. Addiction 2000;95:239–44.
- 13 Schindler SD, Eder H, Ortner R, Rohrmeister K, Langer M, Fischer G. Neonatal outcome following buprenorphine maintenance during conception and throughout pregnancy. Addiction 2003;98:103–10.
- 14 Lacroix I, Berrebi A, Chaumerliac C, Lapeyre Mestre M, Montastruc JL, Damase Michel C. Buprenorphine in pregnant opioid dependent women: first results of a prospective study. Addiction 2004;99:209–14.
- 15 Lejeune C, Aubisson S, Siminat Durand L ym. Syndromes de sevrage des nouveau nes de meres toxicomanes substituees par la methadone ou la buprenorphine haut dosage. Etude multicentrique prospective de 246 cas. French. Ann Med Interne (Paris) 2001;152:21–7.
- 16 Nanovskaya T, Deshmukh S, Brooks M, Ahmed MS. Transplacental transfer and metabolism of buprenorphine. J Pharmacol Exp Ther 2002;300:26–33.
- 17 Kahila H, Kivittie Kallio S, Saisto T, Haukkamaa M, Halmesmäki E. A prospective study on buprenorphine use during pregnancy: effects on maternal and neonatal outcome. Acta Obstet Gynecol Scand 2007;86:185–90.
- 18 Jansson LM, Svikis D, Lee J, Paluzzi P, Rutigliano P, Hackerman F. Pregnancy and addiction. A comprehensive care model. J Subst Abuse Treat 1996;13:321–9.
- 19 Norton EC, Zarkin GA, Calingaert B, Bradley CJ. The effect of maternal substance abuse on the cost of neonatal care. Inquiry 1996;33:247–57.
- 20 Sweeney PJ, Schwartz RM, Mattis NG, Vohr B. The effect of integrating substance abuse treatment with prenatal care on birth outcome. J Perinatol 2000;4:219–24.
- 21 Armstrong MA, Gonzales Osejo VG, Lieberman L, Carpenter DM, Pantoja PM, Escobar GJ. Perinatal substance abuse intervention in obstetric clinics decreases adverse neonatal outcomes. J Perinatol 2003;23:3–9.
- 22 El Mohandes A, Herman AA, Nabil El Khorazaty M, Katta PS, White D, Grylack L. Prenatal care reduces the impact of illicit drug use on perinatal outcomes. J Perinatol 2003;23:354–60.
- 23 Keenan E, Dorman A, O'Connor J. Six year follow up of forty five pregnant opiate addicts. Ir J Med Sci 1993;162:252–5.

Erja Halmesmäki
dosentti, osastonylilääkäri
HYKS, Naistenklinikka
erja.halmesmaki@hus.fi

Hanna Kahila
LL erikoislääkäri

Ritva Keski-Kohtamäki
kättilö-erikoissairaanhoitaja

Teija Lisakka
sairaanhoitaja

Gunne Bäckmark-Lindqvist
johtava sosiaalityöntekijä

Maija Haukkamaa
dosentti, johtava ylilääkäri

HYKS, Naistentautien toimiala/Naistenklinikka