ISSN 1609-6193

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus

VUOSIRAPORTTI 2003

HUUMEONGELMA EUROOPAN UNIONISSA JA NORJASSA

VUOSIRAPORTTI 2003: HUUMEONGELMA EUROOPAN UNIONISSA JA NORJASSA

Euroopan huumausaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

VUOSIRAPORTTI 2003

HUUMEONGELMA EUROOPAN UNIONISSA JA NORJASSA

Oikeudellinen huomautus

Tämä julkaisu on Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen (EMCDDA) omaisuutta ja tekijänoikeuksien alainen. EMCDDA ei ota vastuuta tämän asiakirjan sisältämien tietojen käytön seurauksista. Tämän julkaisun sisältö ei välttämättä vastaa EMCDDA:n yhteistyökumppaneiden, EU:n jäsenvaltioiden tai minkään Euroopan unionin tai Euroopan yhteisöjen toimielimen tai viraston virallisia näkemyksiä.

Internetissä on paljon lisätietoja Euroopan unionista. Tietoja voi hakea Europa-palvelimen kautta (**http://europa.eu.int**).

Europe Direct -palvelu auttaa sinua löytämään vastaukset EU:hun liittyviin kysymyksiisi

Uusi yhteinen maksuton palvelunumero:
00 800 6 7 8 9 10 11

Tämä raportti on saatavissa englannin-, espanjan-, hollannin-, italian-, kreikan-, norjan-, portugalin-, ranskan-, ruotsin-, saksan-, suomen- ja tanskankielisenä. Euroopan unionin elinten käännöskeskus on tehnyt kaikki käännökset.

Luettelointitiedot ovat teoksen lopussa.

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto, 2003

ISBN 92-9168-165-2

© Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2003
Jäljentäminen on sallittua, mikäli lähde mainitaan.

Printed in Belgium

PAINETTU KLOORIVALKAISEMATTOMALLE PAPERILLE

Euroopan huumausaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • http://www.emcdda.eu.int

Sisällys

Esipuhe 5

Kiitokset 7

Alkuhuomautukset 7

Yleiset suuntaukset ja kehitys

Huumetilanteen suuntaukset 9

Huumeiden käytön vastaisten toimien kehitys 11

Luku 1: Huumetilanne

Huumeidenkäyttö väestössä 15

Huumeiden ongelmakäyttö 18

Hoidontarve 20

Huumeisiin liittyvät tartuntataudit 24

Huumekuolemat ja huumeidenkäyttäjien kuolleisuus 28

Huumeisiin liittyvä rikollisuus 33

Huumemarkkinat ja huumeiden saatavuus 36

Luku 2: Huumeidenkäytön vastaiset toimet

Kansallisen huumepolitiikan kehitys 41

Lainsäädännön kehitys 42

Kehitys EU:n tasolla 43

Ehkäisevä huumetyö 45

Haittojen vähentäminen 46

Hoito 49

Huumeidenkäyttäjiin kohdistuvat toimet rikosoikeusjärjestelmässä 51

Tarjonnan vähentäminen 53

Luku 3: Erityiskysymyksiä

Nuorten huumeiden- ja alkoholinkäyttö 57

Syrjäytyminen ja yhteiskuntaan sopeuttaminen 65

Julkiset menot huumausaineiden kysynnän vähentämisen alalla 69

Lähteet 75

Reitoxin kansalliset seurantakeskukset 81

Esipuhe

Vuoden 2003 vuosiraportissa Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) esittää EU:lle ja sen jäsenvaltioille yleiskatsauksen Euroopan huumausainetilanteesta. Tämä vuosiraportti julkaistaan, kun EMCDDA:n perustamisesta on kulunut kymmenen vuotta (perustamisasetus annettiin vuonna 1993), ja tämä on myös viimeinen vuosi, jolloin keskitymme pelkästään niihin 16 maahan, jotka ovat seurantakeskuksen jäseniä (EU:n 15 jäsenvaltiota ja Norja). On siis aiheellista pohtia lyhyesti sekä huumausainetilanteessa näinä ensimmäisinä vuosina tapahtuneita muutoksia että seurantakeskuksen edistymistä tehtävässään eli perusteltujen, ajantasaisten ja valaisevien tietojen antamisessa päättäjille Euroopan huumeongelmasta.

Yksi huumausainetilanteen keskeisistä piirteistä on sen dynaamisuus. On huolestuttavaa, että vaikka tarkastelemme ainoastaan sitä lyhyttä ajanjaksoa, jonka EMCDDA on ollut olemassa, niin huumeongelman luonteen kuin jäsenvaltioiden toimenpiteidenkin kehityksessä on suuria eroja. Huumeiden käyttötavat ovat aina vaihdelleet Euroopan maissa, varsinkin käytön laajuus. Tämä pitää edelleen paikkansa, mutta tämän raportin tietojen mukaan yhä useammin on havaittavissa kehityssuuntia, jotka osoittavat ongelman maailmanlaajuisen ja Euroopan laajuisen luonteen. Ennen vertailut huumeiden käytöstä Euroopassa toivat esille enemmän eroja kuin yhtäläisyyksiä, mutta näin ei enää ole. Kokonaistilanne on monitahoinen ja paikallinen vaihtelu on huomattavaa, mutta huumeiden käytössä on havaittavissa myös yleisiä ja yhteisiä kehityssuuntia. Joudumme yhä useammin toteamaan, että huumeet ovat meille eurooppalaisille yhteinen ongelma, ja meillä on mielestämme myös yhteinen vastuu oppia yhteisistä kokemuksista. Emme ole mielipiteinemme yksin. Huumausaineiden torjuntaa koskeva EU:n toimintasuunnitelma osoittaa, että tähän ongelmaan on sitouduttu myös poliittisella tasolla, ja nykyisin myönnetään yleisesti, että tämän alan politiikan on perustuttava selkeään käsitykseen tilanteesta.

Huumeongelmat ovat siis kehittyneet kymmenen viime vuoden aikana, mutta niin on myös kykymme ilmoittaa niistä. Kiitos tästä ei kuulu pelkästään EMCDDA:lle vaan myös niille monille EU:ssa asiaan perehtyneille ammattilaisille, jotka ovat työskennelleet ongelman luonteen selvittämiseksi, tehokkaiden toimenpiteiden kehittämiseksi ja työnsä vaikutusten arvioimiseksi kriittisesti. Uskomme kuitenkin, että EMCDDA:lla on ollut keskeinen rooli sekä katalysaattorina vahvan tietopohjan kehittämisessä että foorumin tarjoajana, joka on välttämätön yhteistyölle ja kehitykselle Euroopan tasolla. Kymmenen vuotta sitten kukaan ei olisi voinut puhua uskottavasti Euroopan huumausainetilanteen luonteesta. Kuten tämä raportti osoittaa, se on nyt mahdollista. Meillä on nyt entistä paremmat valmiudet ja tiedot paitsi nykyisen huumeongelman myös mahdollisten tulevien uhkien käsittelemiseen. Arvostamme sitä merkittävää työtä, jota sekä jäsenvaltioissa että Euroopan tasolla on tehty tähän tietopohjaan tarvittavien välineiden ja perusrakenteiden kehittämiseksi, ja haluaisimme lausua kiitokset erityisesti Reitoxin seurantakeskuksille.

Toivomme, että saatte tästä raportista kattavan yleiskuvan Euroopan huumausainetilanteesta; tarkempia tietoja löytyy myös tämän asiakirjan laajennetusta verkkoversiosta. Mielestämme tämä raportti on EMCDDA:n kannalta myös onnistunut päätös organisaation työn kehittämisen ensimmäiselle vaiheelle, ja meidän on nyt käännettävä katseemme kohti tulevia haasteita. Niihin kuuluu tarve parantaa edelleen Eurooppaa koskevan tietoaineiston saatavuutta, laatua ja vertailtavuutta, ja meidän on kehitettävä järjestelmiämme ja toimintakykyämme, jotta pystymme hallinnoimaan tehokkaasti huumausainetilannetta koskevaa kasvavaa tietopohjaa laajentuneessa Euroopan unionissa. Tiedämme, että kuvaamamme tilanne laajenee ja muuttuu koko ajan yhä monitahoisemmaksi. Organisaation keskeisenä haasteena onkin hyödyntää täysimääräisesti saatavilla olevia tietoja sekä tehdä tietoihin perustuvia, ajantasaisia ja politiikan kannalta olennaisia analyyseja, joissa näkyvät EU:n laajuisen näkökulman ja yhdenmukaisen lähestymistavan edut.

Marcel Reimen
EMCDDA:n hallintoneuvoston puheenjohtaja

Georges Estievenart
EMCDDA:n johtaja

Kiitokset

EMCDDA kiittää seuraavia yhteistyökumppaneitaan avusta tämän raportin laatimisessa:

- Reitoxin kansallisten seurantakeskusten johtajat ja henkilöstö
- jäsenvaltioiden elimet, jotka kokosivat raporttia varten käsiteltävän aineiston
- EMCDDA:n hallintoneuvoston ja tieteellisen komitean jäsenet
- Euroopan parlamentti, Euroopan unionin neuvosto – etenkin sen horisontaalinen huumausainetyöryhmä – ja Euroopan komissio
- Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä, YK:n kansainvälinen huumevalvontaohjelma, Maailman terveysjärjestö, Europol, Interpol, Maailman tullijärjestö, Euroopan aidsin epidemiologinen seurantakeskus
- Euroopan unionin elinten käännöskeskus ja Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto
- Prepress Projects Ltd
- eLg Language Integration ja Kaligram.

Alkuhuomautukset

Vuosiraportti on laadittu Euroopan unionin jäsenvaltioiden ja Norjan (joka on osallistunut EMCDDA:n toimintaan vuodesta 2001 lähtien) kansallisissa raporteissaan EMCDDA:lle antamien tietojen pohjalta. Tämän julkaisun huumausainetilannetta koskevan 1 kappaleen tiedot koskevat vuotta 2001 (tai viimeisintä vuotta), mutta huumeiden käytön vastaisia toimia ja erityiskysymyksiä koskevissa asiakohdissa voidaan viitata vuoteen 2002 tai 2003.

Reitoxin kansallisten seurantakeskusten kansallisiin raportteihin voi tutustua www-osoitteessa http://www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/national_reports.shtml.

Vuosiraportista on olemassa 12 kielellä julkaistu laajennettu online-versio www-osoitteessa http://annualreport.emcdda.eu.int. Online-versio sisältää runsaasti lisätietoa ja tilastoja taulukkoina, kaavioina ja laatikkoina. Online-versiossa on lisäksi tarkemmat tiedot käytetyistä menetelmistä ja linkkejä tietolähteisiin, raportteihin ja tausta-asiakirjoihin, joita on käytetty raporttia laadittaessa.

Sekä painetun että online-version asiakohdat luetellaan aihepiireittäin verkossa (http://annualreport.emcdda.eu.int).

Yleiset suuntaukset ja kehitys

Huumetilanteen suuntaukset

Kannabis

Kannabis on edelleen yleisimmin käytetty huumausaine Euroopan unionin alueella, ja monissa maissa ainakin kerran elämänsä aikana kannabista käyttäneiden osuus koko väestöstä on yli 20 prosenttia. Varovaisen arvion mukaan EU:n aikuisväestöstä joka viides on kokeillut kannabista.

Indikaattorien mukaan kannabiksen käyttö on lisääntynyt Euroopan unionin alueella, vaikka joissakin maissa kasvu näyttää tasaantuneen – tosin tasolle, jonka voidaan yleisesti katsoa olevan ennätyksellisen korkea. Käyttötavoissa on havaittavissa myös yhdenmukaistumista, vaikka eri maiden käyttöluvut poikkeavat toisistaan edelleen huomattavasti. Etenkin Espanjassa, Ranskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa käyttöluvut ovat korkealla, mutta Portugalissa, Suomessa ja Ruotsissa suhteellisen alhaalla. Kaikissa maissa hiljattain (viimeisen vuoden aikana) käyttäneiden määrä oli alle 10 prosenttia aikuisväestöstä. Nuorten aikuisten käyttöluvut ovat merkittävässä nousussa. Kaikissa maissa 15–25-vuotiaiden osuus hiljattain (viimeisen vuoden aikana) huumeita käyttäneistä oli muita ikäryhmiä huomattavasti suurempi: Saksassa, Espanjassa, Ranskassa, Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa ikäryhmästä 20 prosenttia oli käyttänyt kannabista viimeisten 12 kuukauden aikana. Ainakin kerran käyttäneiden määrä on korkeampi ja suurimmassa osassa maita 20–35 prosenttia nuorista on käyttänyt kannabista ainakin kerran. Säännöllisesti kannabista käyttävien määrä on pieni suhteessa koko väestöön (yleensä alle prosentti). Tosin nuorten ja etenkin nuorten miesten keskuudessa säännöllisten käyttäjien määrä on korkeampi.

Huolestuttavaa on se, että kannabiksen käyttö mainitaan yhä useammin TDI-tiedoissa (Treatment Demand Indicator) eli hoitoon hakeutumisen yhteydessä. Monissa maissa hoitoon hakeutuvat ovat käyttäneet heroiinin jälkeen toiseksi eniten kannabista, ja kannabikseen liittyvässä hoitotarpeessa on havaittavissa tasaista lisääntymistä. Näitä tietoja on tulkittava varovaisesti, sillä syitä on todennäköisesti paljon. EMCDDA:n tekninen työryhmä tutkii parhaillaan asiaa, ja siihen perehdytään lähemmin vuonna 2004 ilmestyvässä julkaisussa.

Useimmissa EU-valtioissa huumelainsäädännön rikkomukset liittyvät kannabikseen. Viime vuosikymmenen aikana kannabistakavarikkojen lukumäärä on lisääntynyt, mutta vauhti näyttää nyt tasaantuneen. Kannabishartsin suurimmat markkinat ovat Euroopassa: 75 prosenttia koko maailman kannabishartsin takavarikoista tehdään Euroopan unionin rajoilla. Monet maat ovat ilmoittaneet myös, että marihuanaa on nyt alettu kasvattaa Euroopan unionin alueella. Katukaupasta otetuissa näytteissä kannabishartsin THC-pitoisuus (tetrahydrokannabinoli, joka on kannabiksen tärkein vaikuttava aineosa) vaihtelee paljon. Kannabishartsin ja marihuanan THC-pitoisuus on keskimäärin sama (kannabishartsin 5–14 % ja marihuanan 5–11 %), mutta molemmista huumeista on saatu eriä, joissa THC-pitoisuus on erittäin korkea.

Amfetamiinit ja ekstaasi (MDMA)

Metamfetamiinia lukuun ottamatta Eurooppa on edelleen merkittävin amfetamiinien ja ekstaasin valmistus- ja käyttöalue. Kannabiksen jälkeen eniten käytetty huume EU-maissa on amfetamiini. Ainakin kerran amfetamiinia käyttäneiden osuus aikuisväestöstä on 0,5–5 prosenttia. Aikaisemmin amfetamiinia käytettiin yleisemmin kuin ekstaasia, mutta ero ei ole enää yhtä selvä. Koululaisissa ja opiskelijoissa kannabista käyttäneitä on enemmän kuin inhaloitavia huumeita ainakin kerran käyttäneitä, joita on yleisesti ottaen huomattavasti enemmän kuin amfetamiineja tai ekstaasia käyttäneitä.

Kannabiksen tavoin ainakin kerran tai hiljattain amfetamiineja tai ekstaasia käyttäneiden määrä on korkein nuorten aikuisten keskuudessa. Joukko indikaattoreita osoittaa, että ekstaasin käyttö on levinnyt edelleen Euroopan kaupunkilaisnuorisoryhmissä. Joidenkin tutkimusten mukaan levinneisyysluku on näissä ryhmissä erittäin korkea, vaikka amfetamiinien käyttö ei ole yleisesti lisääntynyt koko väestössä.

Amfetamiiniongelman vuoksi hoitoon hakeutuneiden määrä vaihtelee Euroopassa merkittävästi: Suomessa ja Ruotsissa hoidettavista huumeidenkäyttäjistä amfetamiinin käyttäjiä on hieman alle kolmannes, Saksassa noin 9 prosenttia ja muissa maissa 3 prosenttia tai vähemmän. Lähes kaikissa maissa ekstaasin vuoksi hoitoon hakeutuneiden määrä on erittäin alhainen. Pieni osa Euroopan kuolleisuusluvuista liittyy suoraan ekstaasin käyttöön, mutta luvut ovat kaiken kaikkiaan alhaisia opiaattien käyttöön liittyviin kuolemiin verrattuna.

Vaikka tilanne on viime vuosien aikana vaihdellut jonkin verran ja saattanut tasaantua joillakin alueilla, ovat amfetamiini- ja ekstaasitakavarikot (takavarikkojen ja takavarikoitujen huumeiden määrät) lisääntyneet Euroopan

unionin alueella huomattavasti viime vuosikymmenellä. Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa amfetamiinit ovat toiseksi yleisin takavarikoitu huume kannabiksen jälkeen.

Kokaiini ja crack-kokaiini

Tutkimusten mukaan kokaiinin käyttö on lisääntynyt Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja jonkin verran myös Tanskassa, Saksassa, Espanjassa ja Alankomaissa. Kokaiinin käyttö ja käytön lisääntyminen näyttävät olevan yleistä kaupungissa asuvilla nuorilla. Siten on mahdollista, että kansalliset luvut antavat vain rajallisen kuvan joidenkin Euroopan suurimpien kaupunkien paikallisista suuntauksista.

Monet indikaattorit osoittavat, että huoli kokaiinin käytön laajuudesta ja siihen liittyvistä ongelmista on perusteltua. Indikaattoreihin sisältyvät hoitotarve, toksikologiset löydökset yliannostuskuolemien uhreista, huumetakavarikot ja selvitykset riskialttiista väestöryhmistä. Lukuun ottamatta vuoden 2000 laskua kokaiinitakavarikkojen määrä on noussut tasaisesti vuodesta 1985 lähtien. Samana ajanjaksona myös takavarikoidun kokaiinin määrä on kasvanut yleisesti, vaikka eri vuosien välillä onkin havaittavissa vaihtelua. Kokaiinin vuoksi hoitoon hakeutuneita koskevat luvut ovat suhteellisen korkealla Alankomaissa (30 %) ja Espanjassa (19 %) ja hieman alhaisempia Saksassa, Italiassa, Luxemburgissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (6–7 %). Alankomaita ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa lukuun ottamatta kokaiinista johtuva hoidontarve näyttää liittyvän pikemminkin kokaiinijauheen (hydrokloridikokaiini) kuin crack-kokaiinin (kokabase) käyttöön.

Kokaiininkäyttö ei ole levinnyt Euroopassa kovin laajalle, mutta joistakin paikallisista raporteista käy ilmi, että tilanne on ongelmallinen joidenkin kaupunkien marginaaliryhmissä. Vaikka levinneisyysluvut ovat alhaiset, ovat crack-kokaiiniin liittyvät kielteiset terveydelliset ja sosiaaliset seuraukset voimakkaita. Kaikkiin crack-kokaiinia koskeviin uusiin suuntauksiin on siten kiinnitettävä erityistä huomiota, koska pienikin käytön lisääntyminen voi vaikuttaa merkittävästi kansanterveyteen.

Heroiinin ja suonensisäisten huumeiden käyttö

Huumeiden ongelmakäytöllä tarkoitetaan opiaattien, kokaiinin ja/tai amfetamiinien suonensisäistä tai pitkäaikaista/säännöllistä käyttöä. Vaikka ongelmakäyttäjien kokonaislukumäärä jääkin alhaiseksi, aiheuttavat ongelmakäyttäjät suhteettoman suuren osan huumeidenkäytön terveydellisistä ja sosiaalisista ongelmista. Lukuun ottamatta Suomea ja Ruotsia, missä amfetamiinin käyttö on yleisempää, huumeiden ongelmakäyttöä kuvastaa useimmissa EU-maissa edelleen heroiinin, ja usein siihen yhdistettynä muiden huumeiden käyttö. Koska arvion tekeminen tällä osa-alueella on vaikeaa ja koska arvioiden tarkkuudessa ja luotettavuudessa on merkittäviä eroja, on suuntauksia tulkittava ja maita vertailtava varovaisesti.

Ongelmakäyttöä koskevat kansalliset arviot ovat 2–10 tapausta tuhatta aikuista kohden (eli 0,2–1 %). Huumeiden ongelmakäyttäjien keskuudessa ei Euroopan unionin alueella ole havaittavissa yleistä suuntausta, vaikka tutkimusten mukaan ainakin puolessa EU-maista on jonkin verran kasvua 1990-luvun jälkipuoliskolla.

Todennäköisesti noin puolet ongelmakäyttäjistä Euroopan unionin alueella käyttää huumeita suonensisäisesti, mikä tarkoittaa noin 500 000–750 000 käyttäjää alueen arvioiduista 1–1,5 miljoonasta huumeiden ongelmakäyttäjästä. Injektiokäyttäjien osuus vaihtelee merkittävästi maasta toiseen ja määrä on vaihdellut ajan myötä, jopa laskenut lähes kaikissa maissa 1990-luvun aikana. Tosin havaittavissa on merkkejä viimeaikaisesta kasvusta. Injektiokäyttöä koskevat kansalliset arviot vaihtelevat välillä 2–5 tapausta tuhatta aikuista kohden (tai 0,2–0,5 %).

Vaikka oopiumin tuotanto väheni Afganistanissa huomattavasti vuonna 2001, ei tällä näytä olleen suoraan vaikutusta heroiinin saatavuuteen Euroopan laittomilla markkinoilla. Tämä voidaan todennäköisesti selittää olemassa olevilla huumevarastoilla.

Immuunikatovirus (HIV), C-hepatiitti (HCV) ja B-hepatiitti (HBV)

Erityisenä huolenaiheena Euroopan unionissa on huumeiden käyttöön liittyvä HIV:n, C-hepatiittiviruksen (HCV) ja B-hepatiittiviruksen (HBV) leviäminen, jota tapahtuu yleensä suonensisäisten huumeiden käytössä. Käytettävissä olevien tietojen mukaan HIV:n levinneisyys injektiokäyttäjillä vaihtelee paljon Euroopan maiden välillä sekä maiden sisällä Yhdistyneen kuningaskunnan noin prosentista Espanjan yli 30 prosenttiin. Joissain maissa ja alueilla HIV:n levinneisyys injektiokäyttäjillä oli 1990-luvun loppupuoliskolla edelleen hyvin korkea (yli 25 %). Vaikka tiedot voivat olla merkki sitkeistä epidemioista, on näillä alueilla tehtävä ennaltaehkäiseviä erityisponnisteluja uusien tartuntojen estämiseksi.

Voi olla harhaanjohtavaa luottaa täysin kansallisiin tietoihin, joiden mukaan Euroopan unionissa on yleisesti varsin vakaa tilanne, sillä suuntaukset voivat vaihdella laajasti alueiden ja kaupunkien välillä. HIV:n levinneisyyden on viime aikoina ilmoitettu olleen kasvussa injektiokäyttäjien alaryhmissä Espanjan, Irlannin, Italian, Alankomaiden, Itävallan, Portugalin, Suomen ja Yhdistyneen kuningaskunnan alueilla ja kaupungeissa. Kuva on varsin

epäyhtenäinen, sillä samanaikaisesti joidenkin näiden maiden alaryhmissä leviäminen on vähentynyt ja joissakin maissa levinneisyys on pysynyt vakaana tai vähentynyt.

Parempana indikaattorina viimeaikaisista tartunnoista voitaneen pitää nuorten ja uusien injektiokäyttäjien HIV-tartuntoja koskevia tietoja. Aidsin levinneisyys on pudonnut koko Euroopan unionin alueella hoidon kehittyessä.

C-hepatiittitartunta voi aiheuttaa vakavia kroonisia terveysongelmia, ja HCV-tartuntoihin liittyvien sairauksien hoidoista muodostuu Euroopan terveydenhoitojärjestelmille todennäköisesti suuret kustannukset. C-hepatiitin levinneisyys on erittäin korkea injektiokäyttäjillä kaikissa maissa levinneisyyslukujen ollessa 40–90 prosenttia. Saatujen tietojen mukaan, joissa riskiluokka on tiedossa, C-hepatiittitapauksista 90 prosenttia ja B-hepatiittitapauksista 40–80 prosenttia liittyy suonensisäiseen huumeiden käyttöön. Eri ajanjaksojen suuntausten vertaaminen antaa monivivahteisen kuvan eri alueiden nousuista ja laskuista. HCV-tartuntojen levinneisyys nuorilla ja uusilla injektiokäyttäjillä on yleisesti korkea (40 % tai enemmän), mikä vahvistaa käsitystä siitä, että uusia tartuntoja on runsaasti ja että huumeita suonensisäisesti käyttävät saavat tartunnan suhteellisen pian aloitettuaan huumeiden injektiokäytön. Euroopan unionissa noin 20–60 prosentilla injektiokäyttäjistä on B-hepatiitin vasta-aineita, minkä perusteella rokotettavia injektiokäyttäjiä näyttäisi olevan paljon.

Yliannostukset

Euroopan unionissa huumeisiin kuolee äkillisesti vuosittain noin 7 000–9 000 henkilöä. Viime vuosina suuntaus on ollut Euroopan unionissa yleisesti kasvussa, mutta kasvu ei ole ollut yhtä jyrkkää kuin 1980-luvulla ja 1990-luvun alussa. Samoin tilanne on kansallisella tasolla aiempaa monimutkaisempi ja epäyhtenäisempi. Suurin osa uhreista on 20–40-vuotiaita nuoria, joten kuolemantapauksista yhteiskunnalle aiheutuvat kustannukset ja menetykset ovat merkittävät.

Suurimmassa osassa tapauksista (yleensä yli 80 %) löytyy toksikologisissa tutkimuksissa opiaatteja, usein yhdistettynä muihin aineisiin (kuten alkoholi, bentodiatsepiini tai kokaiini). Pienessä määrässä tapauksista on löytynyt pelkästään kokaiinia tai ekstaasia. Opiaatteihin kuolemisen riskiä näyttäisivät kasvattavan huumeiden injektio- ja sekakäyttö sekä erityisesti alkoholin tai rauhoittavien lääkkeiden rinnakkaiskäyttö, sietokyvyn aleneminen ja se, ettei käyttäjä hakeudu hoitoon. Tiedossa on, että asianmukaiset toimenpiteet oikealla hetkellä voivat estää kuolettavan yliannostuksen. Tämä tukee käsitystä siitä, että tällä alalla tarvitaan toimia, jotka rohkaisevat huumeiden yliannostuksesta tietäviä henkilöitä ryhtymään asianmukaisiin toimiin.

Huumeiden käytön vastaisten toimien kehitys

Euroopan unionin politiikka

Euroopan komission toteuttamasta Euroopan unionin huumausaineita koskevan toimintasuunnitelman (2000–2004) väliarvioinnista käy ilmi, että jäsenvaltiot asettavat etusijalle kysynnän vähentämisen ja seuraavat toimintasuunnitelmassa asetettuja suuntaviivoja. Silti väliarvioinnissa katsotaan välttämättömäksi se, että Euroopan unioni ponnistelee yhä lujemmin innovatiivisten ennaltaehkäisevien ohjelmien kehittämiseksi. Saavutuksista saadusta tunnustuksesta huolimatta väliarvioinnissa painotetaan, että paljon työtä on vielä tehtävä, mukaan lukien kansallisten arviointijärjestelmien ja EU-toimintojen kehittäminen.

Neuvoston vuoden 2002 puheenjohtajamaat Espanja ja Tanska esittelivät päätöslauselmia, joiden tarkoituksena oli tiivistää jäsenvaltioiden sitoumuksia ohjata enemmän varoja kouluissa toteutettaviin ehkäiseviin huumetyöohjelmiin, tehostaa huumeiden käyttöä ehkäiseviä pyrkimyksiä viihdeympäristössä ja parantaa vankiloiden huumeidenkäyttäjien hoitoa. Toukokuussa 2002 komissio esitteli EMCDDA:n kanssa keskusteltuaan ehdotuksen neuvoston suosituksekseksi huumausaineiden väärinkäyttöön liittyvien riskien ehkäisemisestä ja vähentämisestä. Suosituksen tavoitteena oli saavuttaa Euroopan unionin huumausainestrategian tavoite vähentää merkittävästi huumeiden aiheuttamia terveyshaittoja menestyksekkäiksi todettujen, riskien vähentämiseen tähtäävien toimenpiteiden avulla.

Politiikka jäsenvaltioissa

Vuonna 2002 jatkui viime vuosina havaittu suuntaus organisoida kansallista huumepolitiikkaa kansallisten toimintasuunnitelmien ja koordinoitujen järjestelmien avulla. Ruotsi ja Norja sekä jotkin Itävallan maakunnat omaksuivat muiden EU:n yhteistyökumppaneiden tavoin yhtenäisen huumausaineiden vastaisen suunnitelman, ohjelman tai strategian. Samanaikaisesti suuri yleisö tietää entistä paremmin huumeidenkäytöstä ja siitä aiheutuvista seurauksista, ja se on kiinnostunut kansallisesta politiikasta. Tutkimusten mukaan selvä enemmistö ihmisistä vastustaa kannabiksen laillistamista. Laillistamista kannattavien ihmisten vähäisyys heijastanee käsitystä, jonka mukaan kannabis on porttihuume. Ajatus kannabiksenkäytön rangaistavuuden muuttamisesta tietyissä tilanteissa sai kuitenkin vaihtelevasti kannatusta.

Yleiskuva huumeidenkäytön kehityksestä sekä koulutus-, terveydenhuolto-, sosiaali- ja rikosoikeusjärjestelmien huumeidenkäytön vastaisista toimista osoittavat, että ongelmat ja ongelmaryhmät eivät aina ole selväpiirteisiä. Valtiollisessa ja paikallisessa politiikassa tiedetään yhä paremmin ilmiön salakavala luonne, minkä vuoksi

järjestelmien välisiä rajoja on muutettu avoimemmiksi ja joustavammiksi yhteistyötä ja monipuolisuutta lisäämällä.

Terveydenhuollon sekä koulutus- ja sosiaalipoliittisten toimenpiteiden merkitys kasvaa jatkuvasti huumeisiin liittyvien ongelmien ratkaisemisessa, ja yhä laajemmin tiedostetaan, ettei rikosoikeusjärjestelmä kykene aina ratkaisemaan yksin huumeidenkäytön ongelmaa. Yhteiskunnallisen syrjäytymisen ja huumeidenkäytön välinen yhteys on joissain maissa, kuten Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, vahvempi kuin muissa maissa. Useissa EU-maissa on ryhdytty lainsäädännöllisiin muutoksiin huumeriippuvaisten hoidon ja kuntoutuksen helpottamiseksi, ja muut lakimuutokset ovat tehneet mahdolliseksi puuttumisen nuorten kokeilijoiden huumeidenkäyttöön jo varhaisessa vaiheessa. Jotkin maat, kuten Tanska, Saksa, Yhdistynyt kuningaskunta ja Norja, ovat lisänneet terveydenhuoltomäärärahoja tavoitteenaan vähentää huumekuolemien määrää. Useiden erilaisten ja helppopääsyisten hoitovaihtoehtojen tarjoamista koskevan Euroopan unionin toimintasuunnitelman sitoumuksen mukaisesti jotkin maat, esimerkiksi Kreikka ja Suomi, ovat tehneet muutoksia rahoitusjärjestelmiinsä ja korvaushoitosäännöksiinsä.

Turvallisuuden lisäämisen osalta joukko maita ilmoittaa lakimuutosten parantaneen huumekauppiaiden ja huumeidenkäyttäjien valvontaa, mukaan lukien tietoliikenteen seuranta, ruumiintarkastukset ja huumetestit. Muut lakimuutokset pyrkivät rajoittamaan huumeidenkäytön sosiaalista vaikutusta parantamalla yleisen järjestyksen ja häiriönpidon valvontaa.

Ehkäisevä työ

Ehkäisevän huumetyön ytimenä on edelleen kouluissa tehtävä, nuorille yleensä esipuberteetti-iästä alkaen suunnattu ehkäisevä työ. Vaikka henkilökohtaisiin taitoihin ja sosiaalisen kanssakäymisen taitoihin keskittyvän vuorovaikutteisen opettamisen kaltaisista tehokkaista lähestymistavoista on laajasti tietoa, vain muutama maa, kuten Kreikka, Espanja ja Irlanti, soveltavat näitä ohjelmia opinto-ohjelmissaan järjestelmällisesti. Muista maista Ranska ja Ruotsi myöntävät, ettei huumetyötä kouluissa ole vielä kehitetty huippuunsa, vaan toiminta on usein varsin monisäikeistä eikä kovin ammattimaista.

Kasvava huoli siitä, ettei kouluissa tehtävä huumetyö tavoita kaikkein haavoittuvimpia nuoria, on antanut sysäyksen kehittää erityisiä ennaltaehkäiseviä toimia, jotka kohdistetaan vapaa-ajan ympäristössä, kuten diskoissa, yökerhoissa ja musiikkitapahtumissa huumeita kokeileviin nuorisoryhmiin. Vertaisryhmätoiminta ja paikanpäällä tapahtuva tiedottaminen näyttävät olevan lupaavimpia lähestymistapoja. Ennaltaehkäisevät aloitteet ja syrjäytyneiden nuorten ja nuorisorikollisten huumeidenkäyttöön aikaisessa vaiheessa puuttuminen toimivat tehokkaimmin, kun lähestymistapa on hieman henkilökohtaisempi. Hyviä tuloksia on saatu Saksassa, Itävallassa, Portugalissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Vaikka perheet, joissa vanhemmat käyttävät huumeita, ovat erittäin riskialttiita, ei tällaisille perheille ole tarjolla tukipalveluja.

Vakiintuneeksi menetelmäksi estää tartuntatautien leviäminen huumeiden injektiokäytössä on muodostunut ruiskujen vaihto, vaikka tällaisten vaihto-ohjelmien tarjonta ja kattavuus vaihtelevat ja steriilien injektiovälineiden saanti voi olla vielä ongelmallista. Ruiskujen vaihtopalvelut vankiloissa on otettu järjestelmällisesti käyttöön vain Espanjassa. C-hepatiitin leviämisen estämistä ja B-hepatiittirokotusta koskevat erityistoimet täydentävät merkittävästi HIV:n leviämisen torjuntatoimia. Kuolettavien yliannostusten estämisessä huomattavia ehkäiseviä tekijöitä ovat ensiaputaitojen opettaminen ja vaaroista tiedottaminen. Toinen merkittävä kehityssuunta on se, että lääkärin hoitoon hakeutumisen kynnys on madaltumassa, kun hoitopalvelut on yhdistetty muihin paikallisiin huumetyöpalveluihin.

Lukuun ottamatta Suomea ja Ruotsia, missä amfetamiinin injektiokäyttö on vielä merkittävää, huumeisiin liittyvä hoito on vielä hyvin pitkälle opiaattien käytön tai sellaisen sekakäytön hoitoa, johon opiaatit liittyvät. Huumeiden ongelmakäytön viimeaikaisin kehitys, osittain erillään opiaattien käytöstä ja injektiokäytöstä, on pannut alulle nykyisten hoitorakenteiden uudistamisen sijaan edellä kuvatun kaltaisia uudenlaisia tapoja puuttua käyttöön aikaisessa vaiheessa. Keskeinen merkitys on korvaushoidolla, ja hoitomuoto on yleistynyt ja monipuolistunut viime vuosina edelleen. Euroopan unionin alueella korvaushoito-ohjelmien on arveltu lisääntyneen viimeisten viiden vuoden aikana 34 prosenttia, eniten maissa, joissa korvaushoitoa on aikaisemmin sovellettu vähemmän, kuten Kreikassa, Irlannissa, Portugalissa, Suomessa ja Norjassa. Hoidot pitkäaikaisille, ikääntyville ja vähäosaisille huumeidenkäyttäjille, joilla on usein mielenterveydellisiä sairauksia, ovat todellinen haaste huumepolitiikoille, eikä asianmukaisia ratkaisuja ole vielä löydetty. EMCDDA tarkastelee tätä asiakohtaa yksityiskohtaisemmin ensi vuonna.

Kriminaalipolitiikan uudistukset ovat tuoneet vaihtoehtoja vankiloihin, missä huumeidenkäyttäjät on ohjattu puolipakolliseen hoitoon tai yhdyskuntapalveluun. Perusteena on oletus, että tämän kaltaiset toimet vastaavat paremmin näiden vankien tarpeisiin. Vaihtoehdot vankilalle estävät erityisesti sen, että nuoret huumeidenkäyttäjät joutuisivat kosketuksiin vankiloiden rikollisen alakulttuurin kanssa. Tarve luoda vaihtoehtoja vankiloille johtuu myös vankiloiden vakavasta tilanpuutteesta. Huumeidenkäyttö

vankiloissa ja vankiloiden huumeidenkäyttäjät ovat merkittävä ja kasvava ongelma, joka vaatii joustavia ratkaisuja. Terveydenhuolto- ja sosiaaliviranomaisten osallistuminen on lisääntynyt ja viranomaiset ovat ottaneet vastuulleen palvelujen tarjoamisen vankiloiden huumeidenkäyttäjille, mutta yhteistyötä tulee silti parantaa edelleen. Usein hoitoa, joka on yhteisössä varsin yleinen, ei ole otettu käyttöön tai ei ole saatavilla vankiloissa. Useimmissa maissa haittojen vähentämiseen tähtäävät toimet ovat vankiloissa suhteellisen rajoitetut.

Laadun varmistaminen

Monissa viimeaikaisissa tutkimuksissa keskitytään uusiin ja usein vielä kiistanalaisiin menetelmiin, joihin kuuluvat esim. käyttäjille tarkoitetut tilat, heroiinin määrääminen reseptillä sekä tablettien testaaminen. Koska tämäntyyppiset menetelmät ovat yhä varsin kiistanalaisia, päätöksentekijät tarvitsevat tietoa niiden tuloksista tietoon perustuvan keskustelun vahvistamiseksi.

Psykososiaalisen hoidon mahdollisuuksia ehkäisevässä huumetyössä ja hoidossa ei ole tutkittu Euroopassa. Ehkäisevässä huumetyössä on hyödynnetty pitkälle pohjoisamerikkalaisten tutkimusten tuloksia. Yhdysvaltojen huumetyön tavoitteet ja puitteet eroavat kuitenkin Euroopan tilanteesta. Silti joitakin menestyksekkäitä lähestymistapoja on voitu soveltaa sellaisenaan, ja tutkimustuloksiin kiinnitetään huomiota yhä enemmän toimintalinjoja laadittaessa. Lääketeollisuuden rahoittaman lääkehoidon piirissä on tutkimuselimiä ja tutkittua tietoa, mutta laajoista kansallisista arviointitutkimuksista saatavat viitteet muiden hoitomuotojen parhaista käytännöistä ovat vähäiset.

Tieteellisten tietojen poliittista ja käytännöllistä hyödyntämistä voidaan parantaa. Onkin tarpeen parantaa tutkijoiden ja päättäjien välistä yhteistyötä ja keskinäistä ymmärrystä. Vain muutamat maat tarkistavat kouluissa toteutettavia ehkäiseviä huumetyömenetelmiä tieteellisten tietojen pohjalta. Samaan aikaan, kun tieteellistä tietoa arvostetaan yhä enemmän tartuntatautien ehkäisemisessä, näyttää siltä, että hoidon laatuun ei kiinnitetä riittävästi huomiota huumeidenkäyttöön liittyvässä hoitotyössä ja vankiloiden huumeidenkäyttäjien palveluissa. Tieteellistä tietoa hyödynnetään todella vähän etsittäessä vaihtoehtoja vankilalle. Laadun takaaminen virallisemmin on kuitenkin saamassa sijaa jäsenvaltioiden laatiessa suuntaviivoja, laatuvaatimuksia ja akkreditointijärjestelmiä.

Luku 1

Huumetilanne

Tässä kappaleessa esitetään katsaus huumausaineiden käytön ja tarjonnan tilanteeseen EU:ssa ja Norjassa sekä viimeaikaiseen kehitykseen ja uusiin suuntauksiin.

Huumeidenkäyttö väestössä ([1]) ([2])

Huumepolitiikan ja ehkäisevän huumetyön suunnittelussa ja arvioinnissa tarvitaan luotettavia tietoja, jotka koskevat väestön ja nuorten huumeidenkäytön laajuutta, käyttötapoja ja käytön aloittamisikää sekä käyttäjien ominaispiirteitä ja käsityksiä riskeistä. Huumeidenkäyttöä väestössä mittaavien tutkimusten perusteella voidaan arvioida, kuinka suuri osa väestöstä on käyttänyt huumeita. Tavallisimpia mittauskohteita ovat

- mikä tahansa huumeidenkäyttö elämän aikana eli huumeita "ainakin kerran käyttäneet" henkilöt
- mikä tahansa huumeidenkäyttö viimeisen vuoden aikana (viimeisten 12 kuukauden aikana) eli "hiljattain huumeita käyttäneet" henkilöt ja
- mikä tahansa huumeidenkäyttö viimeisen kuukauden aikana (viimeisten 30 päivän aikana) eli "tällä hetkellä huumeita käyttävät" henkilöt.

Ainakin kerran huumeita käyttäneitä on aina enemmän kuin hiljattain käyttäneitä ja tällä hetkellä käyttäviä, sillä tähän ryhmään sisältyvät kaikki, jotka ovat joskus kokeilleet huumeita riippumatta siitä, miten kauan sitten kokeilu tapahtui. Hiljattain huumeita käyttäneitä on yleensä vähemmän, mutta luvut kuvastavat paremmin nykytilannetta. Tällä hetkellä huumeita käyttävien osuus voi antaa viitteitä huumeita säännöllisesti käyttävien määrästä, mutta luvut ovat yleensä alhaisia. Ainakin kerran käyttäneiden, hiljattain käyttäneiden ja tällä hetkellä käyttävien luvut yhdistämällä voidaan saada perustietoa huumeidenkäyttötavoista (esimerkiksi käytön jatkumisesta).

Monissa kyselyissä tutkitaan myös huumeidenkäytön aloittamisikää ja käytön toistuvuutta, millä perusteella voidaan arvioida käytön yleisyyttä ja erilaisia käyttötapoja, kuten suurempia annoksia tai tiheämpää käyttöä (joka lisää riskiä). Lisäksi voidaan selvittää, miten huumeidenkäyttö sekä sosiodemografiset tekijät, mielipiteet, käsitykset riskeistä, elämäntavat, terveysongelmat jne. ovat yhteydessä toisiinsa.

Pohdittaessa eroja kansallisissa luvuissa yleensä on otettava huomioon monia tekijöitä. Kaupungissa ja maaseudulla elävän väestön suhteelliset osuudet maittain voivat osaksi selittää erot. Muita syitä vaihteluun ovat sukupolviin liittyvät tekijät (esimerkiksi syntymäkohortti, jossa huumeidenkäyttö on yleistynyt) sekä nuorten miesten ja naisten elämäntapojen samankaltaisuus. Myös sosiaalinen ja kulttuurinen tausta voivat vaikuttaa itse ilmoitettaviin tietoihin huumeidenkäytöstä. Lisäksi menetelmään liittyvät tekijät, kuten virheet otannassa ja tyhjät vastaukset, voivat vaikuttaa tuloksiin. Maiden välisiä vertailevia analyyseja olisi tehtävä varoen etenkin silloin, kun erot ovat pieniä. Huumepolitiikkaa suunniteltaessa ja arvioitaessa olisi otettava huomioon esimerkiksi tutkitun väestön erityiset ikäryhmät, syntymäkohortit, sukupuoli ja asuinpaikka (kaupunki vs. maaseutu).

Huumeidenkäytön levinneisyys ja käyttötavat väestössä

Huolimatta menetelmiin liittyvistä rajoituksista, jotka koskevat tutkimustulosten vertailua maittain, EU:ssa on nähtävissä yhtenevyyksiä huumeidenkäyttötavoissa. Peruskäyttötavat eivät ole juuri muuttuneet viimevuotisesta raportista.

Kannabis on edelleen yleisimmin käytetty laiton huumausaine kaikissa EU-maissa. Ainakin kerran käyttäneitä on paljon enemmän kuin hiljattain käyttäneitä tai tällä hetkellä käyttäviä, mikä viittaa siihen, että kannabiksen käyttö on yleensä satunnaista tai että se loppuu jonkin ajan kuluttua. ([3]) Tällä hetkellä käyttävistä vain harvat ovat 40 vuotta täyttäneitä. Joissakin maissa pieni osa aikuisista (0,5–1 %) käyttää kannabista lähes päivittäin, ja tähän ryhmään olisi kiinnitettävä erityistä huomiota.

Muita laittomia huumausaineita kuin kannabista käyttää paljon pienempi osuus väestöstä, joskin maiden välillä on huomattavia eroja. ([4]) Niin ikään huumeiden säännöllinen tai jatkuva käyttö on epätavallista – useimmille

([1]) Lisätietoja, ks. laatikko 1 OL: Menetelmät, joita käytetään arvioitaessa huumeidenkäyttöä koko väestössä (verkkoversio).

([2]) Ks. EMCDDA:n suuntaviivat avainindikaattoriin "Väestön huumeiden käytön levinneisyys ja käyttötavat – väestötutkimukset" (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/population_survey_handbook.pdf).

([3]) Kaavio 1 OL: Kannabiksen käyttötavat väestössä – käyttö ainakin kerran elämässä vs. käyttö tällä hetkellä (viimeisten 30 päivän aikana), kansallinen (huumeidenkäytön) levinneisyyden tutkimus 2001 (Alankomaat) (verkkoversio).

([4]) Kaavio 2 OL: Kannabiksen, amfetamiinien, ekstaasin ja kokaiinin hiljattainen käyttö (viimeisten 12 kuukauden aikana) nuorilla aikuisilla (15–34-vuotiaat) Euroopan maissa, kansallisilla väestötutkimuksilla mitattuna (verkkoversio).

huumeidenkäyttö on suhteellisen lyhytkestoista (ts. ainakin kerran käyttäneiden osuus on selvästi suurempi kuin hiljattain käyttäneiden osuus). ([5])

Laittomien huumausaineiden käyttö keskittyy nuoriin aikuisiin (eli 15–34-vuotiaisiin), joiden keskuudessa käytön levinneisyys on suurin piirtein kaksinkertainen verrattuna käytön levinneisyyteen koko aikuisväestön keskuudessa. Kaikissa maissa ja kaikissa ikäryhmissä miehet ovat naisia useammin käyttäneet huumeita ainakin kerran. Huumeiden käyttö on yleistä kaupunkialueella, mutta käyttö on ilmeisesti leviämässä yhä pienempiin kaupunkeihin ja maaseudulle.

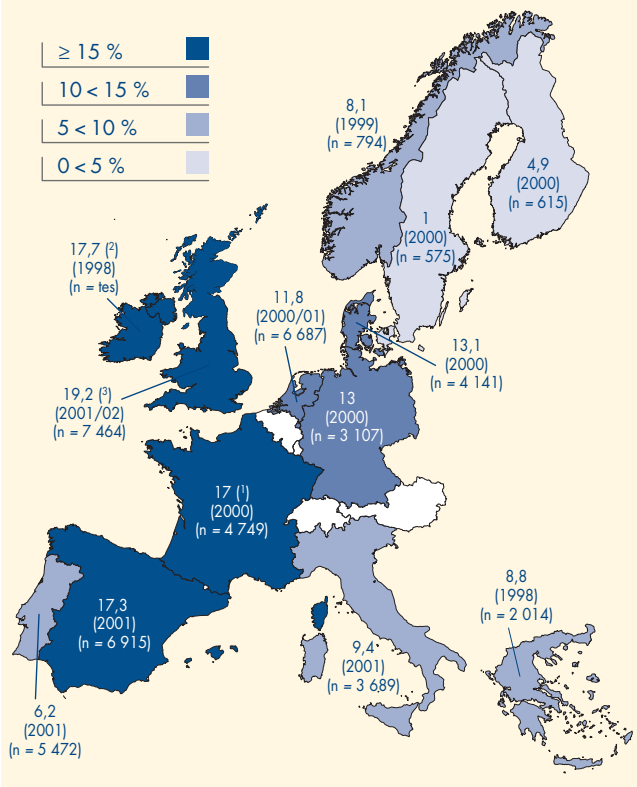
Kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuus koko aikuisväestöstä vaihteli 7–10 prosentista (Portugali ja Suomi) noin 30 prosenttiin (Tanska ja Yhdistynyt kuningaskunta). Useimmissa muissa maissa osuus oli 20–25 prosenttia. Muista huumausaineista amfetamiineja oli kokeillut 0,5–6 prosenttia väestöstä (paitsi Yhdistyneessä kuningaskunnassa, jossa osuus oli 11 %) ja kokaiinia ja ekstaasia 0,5–5 prosenttia väestöstä. ([6]) Heroiinia oli kokeillut yleensä alle prosentti väestöstä, mutta joissakin maissa jopa 2–3 prosenttia nuorista miehistä oli kokeillut heroiinia.

Kannabista hiljattain käyttäneitä oli 1–10 prosenttia kaikista aikuisista, joskin useimmissa maissa (10) osuus oli 5–10 prosenttia. Amfetamiineja, kokaiinia tai ekstaasia hiljattain käyttäneitä oli yleensä alle prosentti aikuisista. Espanjassa, Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa näitä kolmea huumausainetta käytettiin hieman yleisemmin kuin muualla. Tanskassa ja Norjassa käytettiin suhteellisesti muita yleisemmin amfetamiineja ja Alankomaissa ekstaasia. ([7])

Huumeidenkäyttäjiä (sekä ainakin kerran käyttäneitä että hiljattain käyttäneitä) oli nuorissa aikuisissa enemmän kuin koko väestössä. Kannabista hiljattain käyttäneiden osuus oli 5–20 prosenttia nuorista aikuisista (Ruotsissa 1–2 %). Monessa maassa (7) osuus oli 10–20 prosenttia (kaavio 1). Amfetamiinia hiljattain käyttäneitä oli yleensä 0,6 prosenttia, kokaiinia käyttäneitä 0,5–4,5 prosenttia ja ekstaasia käyttäneitä 0,5–5 prosenttia (kaavio 2).

Vertailun vuoksi on hyvä mainita, että Yhdysvalloissa vuonna 2001 kotitalouksissa suoritetun kyselyn mukaan kannabista oli käyttänyt ainakin kerran 36,9 prosenttia aikuisista (12 vuotta täyttäneistä), kokaiinia 12,3 prosenttia ja ekstaasia 3,6 prosenttia. Kannabista oli käyttänyt hiljattain (viimeisten 12 kuukauden aikana) 9,3 prosenttia,

Kaavio 1: Nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) hiljattainen (viimeisten 12 kuukauden aikana) kannabiksen käyttö Euroopan maissa, mitattu kansallisilla väestötutkimuksilla



Huom. Tiedot on saatu jokaisen maan uusimmasta kansallisesta väestötutkimuksesta. Otosten koot (n) viittaavat 15–34-vuotiaiden ikäryhmään kuuluvien vastaajien määrään. Lisätietoja vastaajamääristä koko tutkimuksessa esitetään tilastotaulukossa 2: Viimeisten 12 kuukauden aikana huumeita käyttäneiden osuus uusimmissa kansallisissa yleisissä väestötutkimuksissa EU-maissa ja Norjassa (verkkoversio). EMCDDA:n vakiomääritelmä nuorille aikuisille on ikäryhmä 15–34-vuotiaat. Tanskan ja Yhdistyneen kuningaskunnan määritelmä nuorille aikuisille on ikäryhmä 16–34-vuotiaat, ja Saksan ja Irlannin määritelmä on ikäryhmä 18–34-vuotiaat. Ikäryhmien vaihtelu voi vaikuttaa hieman maiden välisiin eroihin. Joissakin maissa luvut laskettiin kansallisella tasolla uudestaan, jotta ne vastaisivat mahdollisimman pitkälti EMCDDA:n asettamia vakioikäryhmiä.

(1) Ranska teetti uuden väestötutkimuksen vuonna 2002, mutta sen otos oli huomattavasti pienempi (2 009 vastaajaa). Ks. tilastotaulukko 1: Ainakin kerran käyttäneiden osuus uusimmissa kansallisissa yleisissä väestötutkimuksissa EU-maissa ja Norjassa (verkkoversio).

(2) Irlannissa koko väestötutkimuksen otos (18–64-vuotiaat) on 6 539.

(3) Englanti ja Wales.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit 2002, tiedot on otettu tutkimusraporteista tai tieteellisistä julkaisuista. Ks. myös tilastotaulukko 1: Ainakin kerran käyttäneiden osuus uusimmissa kansallisissa yleisissä väestötutkimuksissa EU-maissa ja Norjassa (verkkoversio).

kokaiinia 1,9 prosenttia ja ekstaasia 1,4 prosenttia. ([8]) Kannabista ainakin kerran käyttäneitä ja hiljattain käyttäneitä oli Yhdysvalloissa enemmän kuin yhdessäkään EU-maassa. Myös kokaiinia ainakin kerran käyttäneitä oli Yhdysvalloissa enemmän kuin yhdessäkään EU-maassa, ja

([5]) Tätä kuvaa käytön "jatkuvuus" eli niiden henkilöiden osuus, jotka ovat kokeilleet huumetta ainakin kerran ja lisäksi käyttäneet joko viimeisten 12 kuukauden tai viimeisten 30 päivän aikana.

([6]) Ks. tilastotaulukko 1: Ainakin kerran käyttäneiden osuus uusimmissa kansallisissa yleisissä väestötutkimuksissa EU-maissa ja Norjassa (verkkoversio).

([7]) Ks. tilastotaulukko 2: Viimeisten 12 kuukauden aikana huumeita käyttäneiden osuus uusimmissa kansallisissa yleisissä väestötutkimuksissa EU-maissa ja Norjassa (verkkoversio).

([8]) *Lähde*: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Household Survey on Drug Abuse, 2001 (http://www.samhsa.gov/oas/nhsda.htm).

Huom. Yhdysvaltojen kyselyssä ikäryhmä (12 vuotta täyttäneet) on laajempi kuin EMCDDA:n ikäryhmä (15–64-vuotiaat) Euroopan unionin tutkimuksissa. Tämä tarkoittaa sitä, että Yhdysvaltojen kyselyssä ilmoitetut luvut ovat yleensä hieman alempia kuin jos olisi käytetty samaa ikäryhmää kuin EU:ssa, sillä huumeiden käyttö on vähäistä 12–15-vuotiaiden ja etenkin 65 vuotta täyttäneiden keskuudessa.

kokaiinia hiljattain käyttäneitä oli enemmän kuin useimmissa maissa, lukuun ottamatta Espanjaa (2,6 %) ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa (2,0 %). Ekstaasia käyttäneitä oli enemmän kuin EU-maissa lukuun ottamatta Espanjaa, Irlantia, Alankomaita ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa.

Huumeidenkäytön suuntaukset väestössä

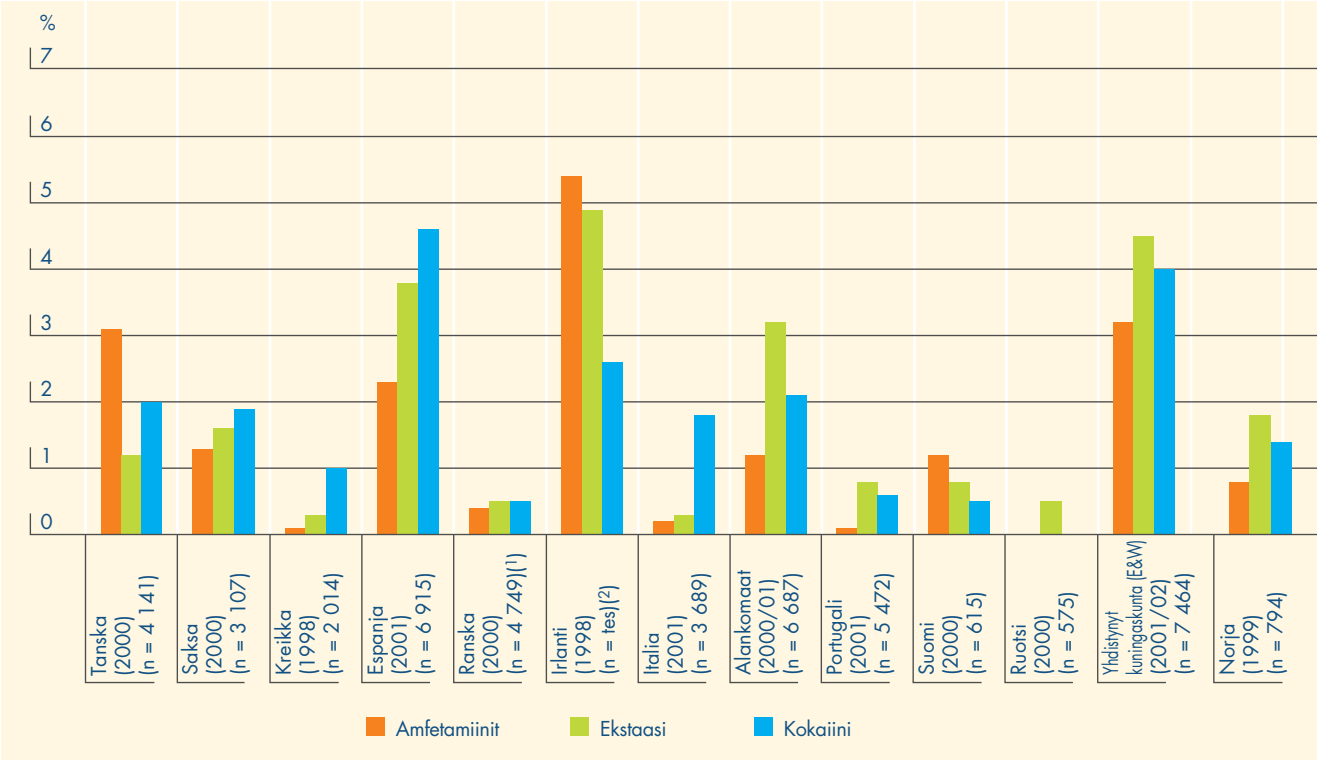
On vaikeaa määritellä selviä suuntauksia, jotka sopisivat kaikkiin EU-maihin. Johdonmukaisia tutkimussarjoja on vain muutamista maista, ja silloinkin tiedot ovat yleensä vain muutaman vuoden ajalta. Lisäksi EU-maiden sosiaaliset ja kulttuuriset taustat ovat hyvin erilaisia. Ainakin kerran käyttäneiden luvuista ei juuri ole hyötyä suuntauksia arvioitaessa, koska luvut ovat kumulatiivisia ja ne voivat nousta sukupolviin liittyvien tekijöiden vaikutuksesta, vaikka tämänhetkinen huumeidenkäyttö olisi tasaista tai laskussa. Toisaalta hyvin nuorista (13–15-vuotiaista) ainakin kerran käyttäneet ovat yleensä hiljattain käyttäneitä.

Erilaiset tutkimukset (kansalliset ja paikalliset tutkimukset sekä varusmies- ja koululaiskyselyt) osoittavat, että kannabiksen käyttö lisääntyi selvästi 1990-luvulla melkein kaikissa EU-maissa erityisesti nuorten keskuudessa. Samaan aikaan kannabiksen käyttö samankaltaistui eri maiden välillä. Useissa maissa ainakin kerran kannabista käyttäneitä oli 20–25 prosenttia ja hiljattain käyttäneitä 5–10 prosenttia.

Vaikka kannabiksen käyttö lisääntyy jatkuvasti monissa maissa, on syytä huomata, että jotkin maat ilmoittavat (Irlannissa, Italiassa, Alankomaissa, Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa), että koululaisista, varusmiehistä ja teini-ikäisistä tehtyjen tutkimusten perusteella kannabiksen käyttö voi olla tasaantumassa.

Euroopassa muiden huumeiden (esimerkiksi kokaiinin, ekstaasin tai amfetamiinien) käyttöön liittyviä suuntauksia on vaikea selvittää osittain siksi, että tutkimusten otokset ovat usein pieniä, ja osittain siksi, että näiden huumeidenkäyttö on kaiken kaikkiaan paljon vähäisempää.

Kaavio 2: Nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) hiljattainen (viimeisten 12 kuukauden aikana) amfetamiinien, ekstaasin ja kokaiinin käyttö Euroopan maissa, mitattuna kansallisilla väestötutkimuksilla



Huom. E&W, Englanti ja Wales.
Tiedot on saatu jokaisen maan uusimmasta kansallisesta väestötutkimuksesta. Otosten koot (n) viittaavat 15–34-vuotiaiden ikäryhmään kuuluvien vastaajien määrään. Lisätietoja vastaajamääristä koko tutkimuksessa esitetään tilastotaulukossa 2: Viimeisten 12 kuukauden aikana huumeita käyttäneiden osuus uusimmissa kansallisissa yleisissä väestötutkimuksissa EU-maissa ja Norjassa (verkkoversio). EMCDDA:n vakiomääritelmä nuorille aikuisille on ikäryhmä 15–34-vuotiaat. Tanskan ja Yhdistyneen kuningaskunnan määritelmä nuorille aikuisille on ikäryhmä 16–34-vuotiaat, ja Saksan ja Irlannin määritelmä on ikäryhmä 18–34-vuotiaat. Ikäryhmien vaihtelu voi vaikuttaa hieman maiden välisiin eroihin. Joissakin maissa luvut laskettiin kansallisella tasolla uudestaan, jotta ne vastaisivat mahdollisimman pitkälti EMCDDA:n asettamia vakioikäryhmiä.

(1) Ranska teetti uuden väestötutkimuksen vuonna 2002, mutta sen otos oli huomattavasti pienempi (2 009 vastaajaa). Ks. myös tilastotaulukko 2: Viimeisten 12 kuukauden aikana huumeita käyttäneiden osuus uusimmissa kansallisissa yleisissä väestötutkimuksissa EU-maissa ja Norjassa (verkkoversio).

(2) Irlannissa koko väestötutkimuksen otos (18–64-vuotiaat) on 6 539.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit 2002, tiedot on otettu tutkimusraporteista tai tieteellisistä julkaisuista. Ks. myös tilastotaulukko 2: Viimeisten 12 kuukauden aikana huumeita käyttäneiden osuus uusimmissa kansallisissa yleisissä väestötutkimuksissa EU-maissa ja Norjassa (verkkoversio).

Lisäksi uudet suuntaukset näyttävät keskittyvän tiettyihin ryhmiin, joten tällaisten suuntausten määrittämiseksi ja niiden todellisen laajuuden arvioimiseksi tarvittaisiin kohdennettua analyysia (esim. kaupungissa asuvien nuorten miesten huumeidenkäytön analyysia). Kyselyjä olisi hyvä täydentää kohdennetuilla antropologisilla tutkimuksilla.

Ekstaasin käyttö lisääntyi selvästi 1990-luvulla (ja käyttö näyttää yhä leviävän) tietyissä nuorisoryhmissä, mutta vain neljässä maassa (Espanjassa, Irlannissa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa) ekstaasia hiljattain (viimeisten 12 kuukauden aikana) käyttäneitä oli yli 3 prosenttia nuorista aikuisista.

Huolestuttavaa on, että huumeidenkäyttöä kuvaavien indikaattoreiden (hoidontarve, takavarikot, kuoleman jälkeisten myrkytystutkimusten tulokset) mukaan kokaiinin käyttö on lisääntymässä joissakin maissa. Kokaiinin käyttö on edelleen vähäistä koko väestön keskuudessa, mutta kokaiinin hiljattainen käyttö (viimeisten 12 kuukauden aikana) on kasvanut tasaisesti nuorten keskuudessa (vuosina 1994–2000) Yhdistyneessä kuningaskunnassa ([9]) ja vähäisemmässä määrin mahdollisesti myös Tanskassa, Saksassa, Espanjassa ja Alankomaissa. Muissa maissa (Kreikassa, Irlannissa, Italiassa ja Itävallassa) käyttö on lisääntynyt paikallisten tai laadullisten tietojen perusteella (Reitoxin vuoden 2001 tai 2002 kansalliset raportit). Tätä ilmiötä olisi seurattava tiiviisti varsinkin kaupungissa asuvien nuorten osalta (kaavio 3).

Katso tämän osuuden tilastotaulukot osoitteessa **http://annualreport.emcdda.eu.int:**

Tilastotaulukko 1: Ainakin kerran käyttäneiden osuus uusimmissa kansallisissa yleisissä väestötutkimuksissa EU-maissa ja Norjassa

Tilastotaulukko 2: Viimeisten 12 kuukauden aikana huumeita käyttäneiden osuus uusimmissa kansallisissa yleisissä väestötutkimuksissa EU-maissa ja Norjassa

Tilastotaulukko 3: Koululaistutkimukset: ainakin kerran huumeita käyttäneet 15–16-vuotiaat oppilaat

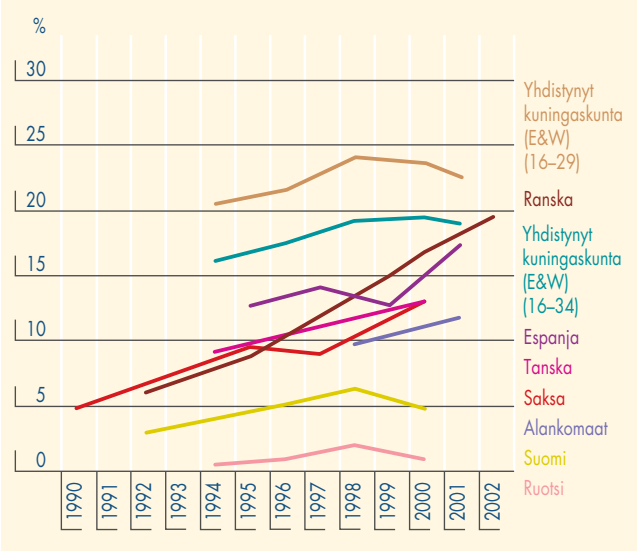
Huumeiden ongelmakäyttö

Huumeiden ongelmakäytöllä tarkoitetaan opiaattien, kokaiinin ja/tai amfetamiinien suonensisäistä tai pitkäaikaista/säännöllistä käyttöä. ([10])

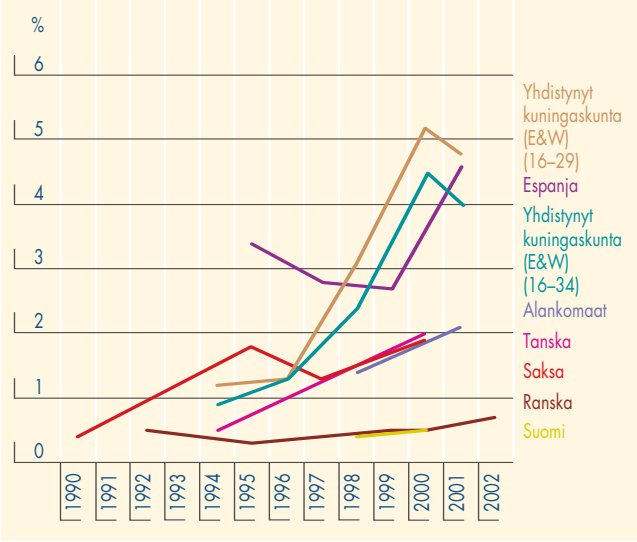
Nykyisten arviointimenetelmien, tietojen laadun ja tietojen luotettavuuden perusteella suuntauksia ei aina pystytä tulkitsemaan luotettavasti. Kaikissa maissa vertailukelpoista arviointimenetelmää ei ole, joten maiden välisiä vertailuja olisi tehtävä varoen.

Kaavio 3: Kannabiksen (A) ja kokaiinin (B) hiljattaisen käytön (viimeisten 12 kuukauden aikana) kehitys nuorilla aikuisilla (15–34-vuotiaat) joissakin EU-maissa

Kaavio 3 (A): Kannabiksen käytön kehitys



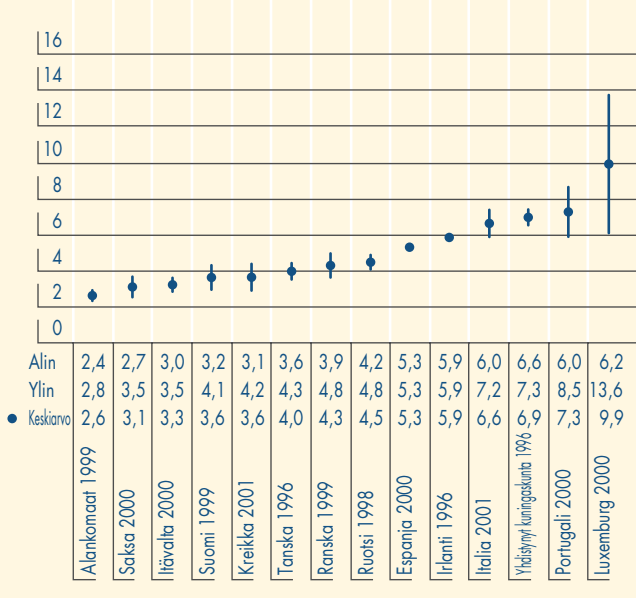
Kaavio 3 (B): Kokaiinin käytön kehitys



Huom. E&W, Englanti ja Wales.
([1]) Tiedot on saatu jokaisen maan uusimmasta kansallisesta väestötutkimuksesta. Kunkin väestötutkimuksen luvut ja menetelmät esitetään tilastotaulukossa 2 (verkkoversio).
([2]) EMCDDA:n vakiomääritelmä nuorille aikuisille on ikäryhmä 15–34-vuotiaat. Tanskan ja Yhdistyneen kuningaskunnan määritelmä nuorille aikuisille on ikäryhmä 16–34-vuotiaat, ja Saksan ja Irlannin määritelmä on ikäryhmä 18–34-vuotiaat. Ranskassa ikäryhmään kuuluvat 25–34-vuotiaat (1992) tai 18–39-vuotiaat (1995).
([3]) Kunkin väestötutkimuksen otosten koot (vastaajamäärät) esitetään tilastotaulukossa 2 (verkkoversio).
([4]) Tanskan vuoden 1994 luku koskee "kovien huumeiden" käyttöä.
Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit 2002, tiedot on otettu tutkimusraporteista tai tieteellisistä julkaisuista. Ks. yksittäiset lähteet tilastotaulukossa 2 (verkkoversio).

([9]) Yhdistyneen kuningaskunnan sisäasiainministeriön mukaan käyttö on kuitenkin tasaantumassa (ks. kaavio 3). Englannissa ja Walesissa 16–29-vuotiaiden käytössä havaittiin merkittäviä muutoksia (noin 5 %) vuosina 1996–1998 ja vuosina 1998–2000 tehdyissä tutkimuksissa. Vuosien 2000 ja 2001–2002 erot eivät kuitenkaan olleet merkittäviä.
([10]) Lisätietoja, ks. laatikko 2 OL: Huumeiden ongelmakäytön määritelmä ja arvioinnissa käytettävät menetelmät (verkkoversio).

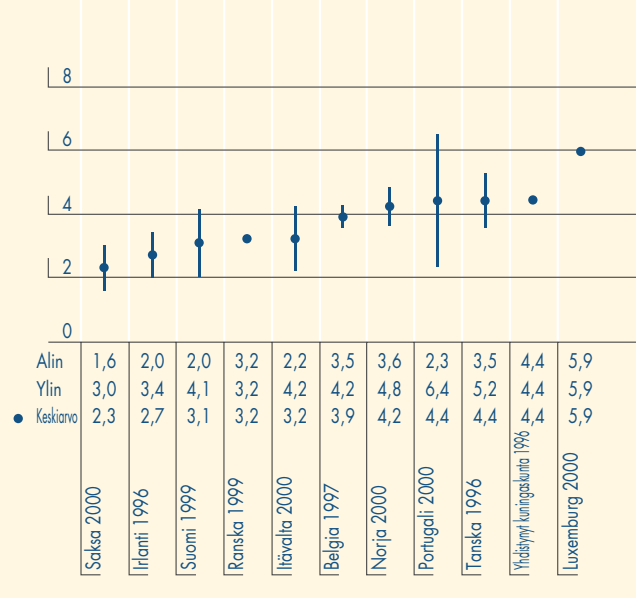
Kaavio 4: Arviot huumeiden ongelmakäytöstä Euroopan unionin jäsenvaltioissa (viimeisen vuoden aikana käyttäneet tuhatta 15–64-vuotiasta asukasta kohti)



Huom. Luvuista näkee yhdistetysti eri arvioiden maakohtaisen vaihteluvälin. Ne voivat perustua osittain erilaisiin menetelmiin ja tietolähteisiin, ja niitä on tulkittava varoen (ks. tilastotaulukoiden verkkoversioista erityiset arviot ja yksityiskohdat). Piste osoittaa vaihteluvälin keskikohdan, ja viiva osoittaa virhemarginaalin tai 95 prosentin luotettavuusvälin. Mitä pidempi viiva on, sitä laajempi on vaihteluväli arvioidusta käytöstä (tietoja ei ole saatavilla Espanjan eikä Irlannin osalta). Kaikissa arvioissa on noudatettu EMCDDA:n määritelmää huumeiden ongelmakäytöstä. Ruotsin arviota on mukautettu vastaamaan tätä määritelmää.

Lähteet: Kansalliset seurantakeskukset EMCDDA:n hankkeessa: "National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000", CT.00.RTX.23, Lissabon, EMCDDA, 2003. Koordinoijana toimii Institut für Therapieforschung, München.

Kaavio 5: Arviot suonensisäisestä huumeidenkäytöstä Euroopan unionin jäsenvaltioissa (viimeisen vuoden aikana käyttäneet tuhatta 15–64-vuotiasta asukasta kohti)



Huom. Luvuista näkee yhdistetysti eri arvioiden maakohtaisen vaihteluvälin. Ne voivat perustua osittain erilaisiin menetelmiin ja tietolähteisiin, ja niitä on tulkittava varoen (ks. tilastotaulukoiden verkkoversioista erityiset arviot ja yksityiskohdat). Piste osoittaa vaihteluvälin keskikohdan, ja viiva osoittaa virhemarginaalin tai 95 prosentin luotettavuusvälin. Mitä pidempi viiva on, sitä laajempi on arvioidun käytön vaihteluväli (tietoja ei ole saatavilla Ranskan, Luxemburgin eikä Yhdistyneen kuningaskunnan osalta).

Lähteet: Kansalliset seurantakeskukset EMCDDA:n hankkeessa: "National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000", CT.00.RTX.23, Lissabon, EMCDDA, 2003. Koordinoijana toimii Institut für Therapieforschung, München.

Useissa maissa on muutoksia arviossa, mikä viittaa kasvuun ongelmakäytössä 1990-luvun puolivälistä. 1990-luvulla 8 maata 16:sta ilmoitti aiempaa suurempia arvioita joko huumeiden ongelmakäytössä (Saksa, Espanja, Italia, Luxemburg, Suomi ja Ruotsi) tai suonensisäisessä käytössä (Belgia ja Norja). Tosin Ruotsissa kansallisella tasolla havaittu kasvu ei saa tukea kahdesta paikallisesta tutkimuksesta. ([11])

Huumeiden ongelmakäyttäjiä arvioidaan olevan 2–10 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti (kun käytetään arvioiden vaihteluvälin keskiarvoa). Luvut ovat korkeimmat Italiassa, Luxemburgissa, Portugalissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (6–10 huumeiden ongelmakäyttäjää tuhatta 15–64-vuotiasta kohti). Alhaisimmat luvut löytyvät Saksasta, Alankomaista ja Itävallasta, joissa on noin kolme huumeiden ongelmakäyttäjää tuhatta 15–64-vuotiasta kohti. Belgiasta ja Norjasta ei ole tietoja (kaavio 4).

Suomessa ja Ruotsissa suurin osa huumeiden ongelmakäyttäjistä (Suomessa arviolta 70–80 % vuonna 1999) käyttää päähuumeenaan amfetamiinia. Sen sijaan muissa maissa huumeiden ongelmakäyttäjät ovat suurimmaksi osaksi päähuumeenaan opiaatteja käyttäviä (ja usein huumeiden sekakäyttäjiä). Espanjassa kokaiini on tullut keskeiseksi huumeongelmissa (hoito- ja ensiaputiedot), ja tuoreet arviot käytön levinneisyydestä vahvistavat tämän. Joissakin maissa (Saksa, Alankomaat) crack-kokaiinin käyttö on yleistä huumeiden ongelmakäyttäjillä, tosin lähinnä suurissa kaupungeissa ja päähuumeenaan opiaatteja käyttävillä.

Suonensisäisestä huumeiden käytöstä eli injektiokäytöstä, joka on huumeiden ongelmakäytön alaryhmä, esitetään erilliset arviot. Arviot perustuvat kerroinmenetelmiin, joissa käytetään kuolleisuustietoja ja immuunikatoviruksen (HIV:n) tai C-hepatiittiviruksen (HCV:n) tartuntatietoja. Arvioiden vertailu on vaikeaa, koska on hankala erotella tällä hetkellä suonensisäisesti huumeita käyttävät (joista saataneen parhaiten tietoa kuolleisuusarvioista) ja ainakin kerran suonensisäisesti huumeita käyttäneet (HIV- tai C-hepatiittiarvioista). Suonensisäisesti huumeita käyttäviä arvioidaan olevan 2–5 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta asukasta kohti (tietoja ei kuitenkaan ole viidestä

([11]) Ks. laatikko 3 OL: Huumeiden ongelmakäytön suuntaukset ja käyttötavat maittain (verkkoversio).

jäsenvaltiosta). Luxemburgin arvio on muita suurempi, melkein kuusi tuhannesta. Suonensisäisen huumeiden käytön arviot viittaavat väestöryhmään, joka on vaarassa kärsiä vakavia terveydellisiä seuraamuksia tai kuolla huumeiden käyttöön (kaavio 5).

Kun analysoitiin injektiokäyttäjien osuus hoitoon hakeutuneista heroiinin käyttäjistä, havaittiin selviä eroja suonensisäisen huumeidenkäytön yleisyydessä eri maissa ja ajallisissa suuntauksissa (kaavio 6). Joissakin maissa suonensisäinen huumeidenkäyttö on vähäistä (Alankomaat, Portugali), kun taas joissakin maissa monet hoitoon hakeutuneet heroiinin käyttäjät ovat injektiokäyttäjiä (Kreikka, Luxemburg). Hoidettujen heroiininkäyttäjien perusteella suonensisäinen huumeidenkäyttö näyttää vähentyneen 1990-luvulla miltei kaikissa maissa, mutta joidenkin maiden tietojen mukaan käyttö olisi lisääntynyt vuodesta 1996 ja viime aikoina erityisesti (Irlanti, Suomi). Tiedot ovat huolestuttavia, ja jos ne pitävät paikkansa, asiaan on puututtava. Yhdistyneessä kuningaskunnassa suonensisäinen käyttö väheni vuoteen 1996 asti, mutta kääntyi seuraavana vuonna kasvuun, jonka jälkeen tilanne on pysynyt muuttumattomana.

Samat tiedot hoitoon hakeutuneista opiaattien käyttäjistä ja painotettuna huumeiden ongelmakäyttäjien arvioidulla absoluuttisella määrällä (ks. tilastotaulukko 4) viittaavat siihen, että suurin piirtein 60 prosenttia huumeiden ongelmakäyttäjistä EU:ssa on injektiokäyttäjiä, mutta maiden välillä oli suurta vaihtelua (ei kaaviossa). Jos EU:n alueella on huumeiden ongelmakäyttäjiä 4–6 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti, huumeiden ongelmakäyttäjiä on 1–1,5 miljoonaa, ja heistä 600 000–900 000 käyttää huumeita suonensisäisesti.

Katso tämän osuuden tilastotaulukot osoitteessa **http://annualreport.emcdda.eu.int**:

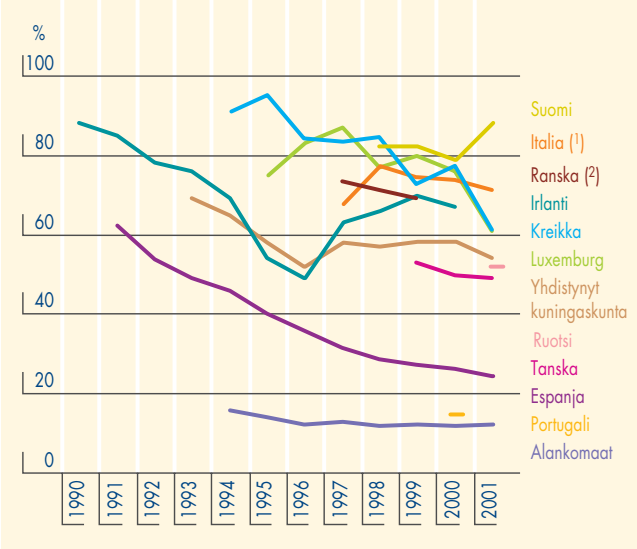
Tilastotaulukko 4: Arviot huumeiden ongelmakäyttäjien määrästä Euroopan unionin jäsenvaltioissa, 1995–2001

Tilastotaulukko 5: Arviot huumeiden ongelmakäyttäjien osuudesta Euroopan unionin jäsenvaltioissa, 1995–2001 (suhteessa tuhanteen 15–64-vuotiaaseen asukkaaseen)

Hoidontarve

Hoitoon tulevien asiakkaiden luonteenomaiset piirteet (kuten sosiaaliset ominaispiirteet) ja huumeidenkäyttötavat (kuten suonensisäisesti huumeita käyttävien tai opiaattien käyttäjien osuus) voivat kertoa huumeiden ongelmakäytön laajoista suuntauksista. Samalla hoidontarvetta koskevat tiedot tarjoavat kuvan hoitopaikkoihin liittyvistä järjestelyistä Euroopassa. Vinoutumia voi kuitenkin syntyä, koska tiedonkeruumenetelmät ja tarjottavat hoitopalvelut ovat

Kaavio 6: Suonensisäisen huumeidenkäytön suuntaukset Euroopan unionin jäsenvaltioissa vuosina 1990–2001 (huumeita injektiona tällä hetkellä käyttävien osuus hoidettavista heroiininkäyttäjistä)



Huom. Tiedot kattavat jokaisen maan osalta tuhansia tapauksia vuosittain, ja useimmissa maissa ne kattavat lähes kaikki kansallisella tasolla hoidetut tapaukset.
(1) Italia: tiedot standarditaulukko 4:stä (2002).
(2) Ranskasta ei ole saatavilla tietoja vuodelta 1998, luvut perustuvat interpolaatioon.
Lähteet: Kansalliset seurantakeskukset EMCDDA:n hankkeessa: "Treatment demand indicator" (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand_treatment.shtml).

erilaisia eri maissa. Tiedonkeruu perustui toisen kerran yhteiseen eurooppalaiseen protokollaan (TDI, Treatment Demand Indicator), jossa on tietoja noin 150 000 potilaasta. ([12])

Huumausaineet

Hoitopolitiikkojen ja kirjaamiskäytäntöjen eroista huolimatta Euroopassa voidaan tunnistaa sekä yleisiä että erityisiä suuntauksia.

Tietolähteet

Kuten vuonna 2001, myös vuonna 2002 käytettiin kahta tietolähdettä: laajennettua TDI-protokollaa niissä hoitokeskuksissa, joista oli saatavana tietoja, ja suppeaa TDI-protokollaa vuoden 1993 jälkeen kerätyissä taulukoissa. Joissakin tapauksissa käytettiin toista tietolähdettä, jotta tiedot olisivat yhdenmukaisia aiempiin vuosiin verrattuna ja jotta ajallinen kehitys voitaisiin havaita. Verkkoversiossa ilmoitetaan kunkin maan käsiteltyjen tapausten määrä tietolähteittäin. ([1])

([1]) Taulukko 1 OL: Tapausten määrä tietolähteen mukaan (verkkoversio).

([12]) Selvitys TDI-protokollasta kokonaisuudessaan on osoitteessa http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf.

Kuten edellisinä vuosina, myös vuonna 2001 kaikki maat ilmoittivat huumeongelmien takia hoidettujen henkilöiden määrän lisääntyneen. Kansallisten raporttien mukaan tähän oli useita syitä: kirjausmenetelmien parantuminen (yhä useammasta hoidossa olevasta ilmoitetaan), hoitoyksiköiden (etenkin korvaushoidon ja matalan kynnyksen palvelujen) lisääntyminen, ohjelmien eriytyminen (tietyille kohderyhmille on nyt olemassa erikoistuneita palveluja, ja korvaushoito-ohjelmissa käytetään metadonin lisäksi muita aineita, kuten buprenorfiinia), nykyisten asiakkaiden hoidon pidentynyt kesto ja maaseudulla tai taajamien ulkopuolella hoidettavien määrän lisääntyminen (kansalliset raportit, 2002).

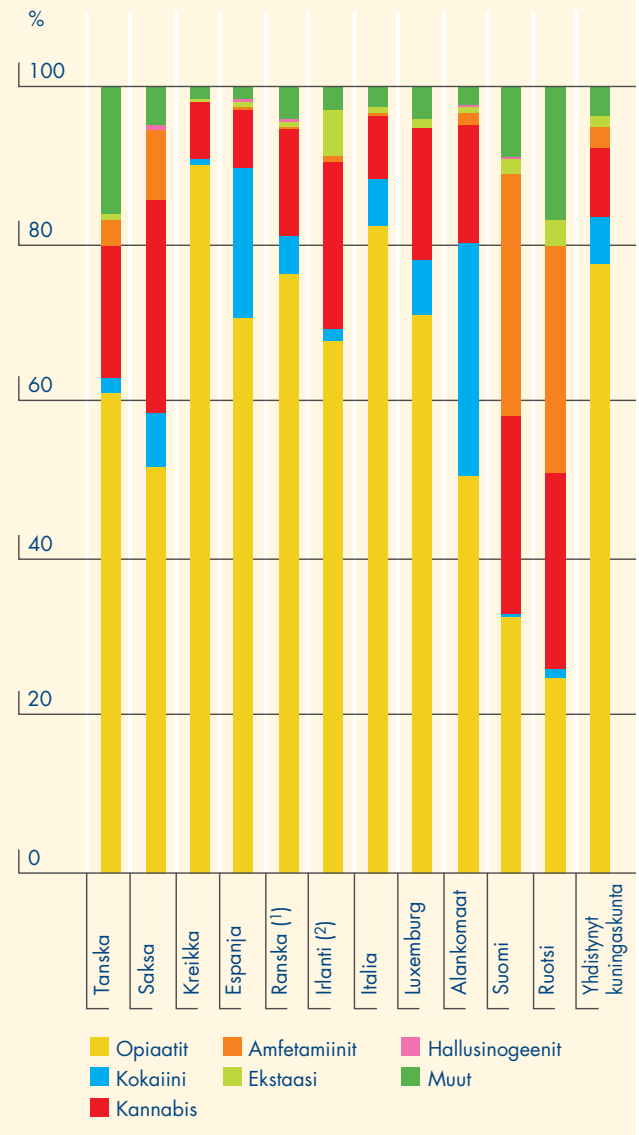
Huumeidenkäyttäjät hakeutuvat hoitoon pääasiassa oma-aloitteisesti tai perheenjäsenten painostuksesta; muiden syiden osuus hoitoon ohjautumisessa on vähäinen. ([13]) Hoitokeskuksiin ohjattavien asiakkaiden määrä vaihtelee maittain useista syistä: näitä ovat huumausaineiden käytön jakautumisessa olevat erot, kansallisten terveydenhuolto-, sosiaaliturva- ja oikeusjärjestelmien erot sekä sosiaaliset tai kulttuuriset erot. Esimerkiksi Saksassa on suhteellisesti eniten tuomioistuimen, poliisin tai muun oikeudenkäyttöyksikön hoitoon ohjaamia asiakkaita luultavasti siksi, että siellä on paljon kannabiksen käyttäjiä. ([14]) Sen sijaan Ruotsissa, jossa on kehittynyt sosiaaliturvajärjestelmä, sosiaalipalvelut ohjaavat paljon huumeidenkäyttäjiä erityispalveluihin. Kreikassa perhe on yhteiskunnassa keskeinen instituutio, jolla on tärkeä osuus hoitoon ohjautumisessa (kansallinen raportti, 2002). ([15])

Kaikki hoitoon hakeutuvat asiakkaat käyttivät edelleen päähuumeenaan opiaatteja (erityisesti heroiinia) useimmissa maissa (kaavio 7). Useimmissa EU-maissa 50–70 prosenttia hoitoon hakeutuvista asiakkaista käytti heroiinia, mutta luku vaihteli paljon. EU:n jäsenvaltiot voidaan luokitella neljään ryhmään sen mukaan, miten suuri osa asiakkaista hakeutuu hoitokeskuksiin opiaattien takia:

- alle 50 prosenttia (Suomi, Ruotsi)
- 50–70 prosenttia (Tanska, Saksa, Ranska, Irlanti, Alankomaat)
- 70–80 prosenttia (Espanja, Luxemburg, Yhdistynyt kuningaskunta)
- yli 80 prosenttia (Kreikka, Italia, Portugali). ([16])

Vaikuttaa siltä, että avohoitopoliklinikoilla hoitoa saavat ovat eriytyneempiä kuin muiden hoitopalvelujen käyttäjät ([17]), koska poliklinikat joko erikoistuvat tiettyihin

Kaavio 7: Kaikki hoitoon otetut potilaat päähuumeen mukaisesti jaoteltuna



Huom. n = 300 414.
(1) Vuoden 1999 tiedot.
(2) Vuoden 2000 tiedot.
Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2002). Ks. myös tilastotaulukko 6: EU:ssa huumeongelmiinsa hoitoa saaneille henkilöille tunnusomaisia piirteitä (verkkoversio).

huumeongelmiin tai ne ovat kehittyneet erityyppisiin huumeiden väärinkäytön (kuten kannabiksen tai kokaiinin väärinkäytön) hoidon tarpeisiin (Molinae et al., 2002).

Monissa maissa hoitoon hakeuduttiin heroiinin jälkeen eniten kannabiksen takia, ja luku on korkein uusien asiakkaiden keskuudessa (24,7 % kaikista uusista hoitoon

([13]) Kaavio 3 OL: Hoitoon otetut uudet asiakkaat hoitoon ohjanneen tahon mukaan (verkkoversio).
([14]) Rikosoikeusjärjestelmästä saadut eri syistä johtuvat (mukaan lukien esimerkiksi ajokiellon tms. sanktion määrääminen) viitteet käyttäjien osuudesta eivät välttämättä vastaa rikollisten määrää.
([15]) Kaavio 4 OL: Uusien asiakkaiden hoitoon ohjannut taho joissakin maissa (verkkoversio).
([16]) Ks. tilastotaulukko 6: EU:ssa huumeongelmiinsa hoitoa saaneille henkilöille tunnusomaisia piirteitä (verkkoversio); ja tilastotaulukko 7: EU:ssa huumeongelmiinsa ensimmäisen kerran hoitoa saaneille henkilöille tunnusomaisia piirteitä (verkkoversio).
([17]) Kaavio 5 OL: Ensisijainen huume kaikilla asiakkailla hoitomuodon perusteella (verkkoversio).

otetuista asiakkaista on kannabiksen käyttäjiä). ([18]) Kannabiksen käytön takia hakeudutaan hoitoon pääasiassa poliklinikoille ja laitoshoitoon. ([19]) Kannabista käytetään usein oheishuumeena yhdessä muiden huumausaineiden kanssa. ([20]) Kannabiksen käytön takia hoitoon hakeutuvien osuus vaihteli maiden välillä paljon, Kreikan 7,3 prosentista Saksan 27,2 prosenttiin (kaavio 7).

Hoitoon hakeutuvista potilaista kokaiinia päähuumeenaan käyttäviä oli edelleen eniten Espanjassa (19 %) ja Alankomaissa (29,9 %). Muissa maissa luvut olivat alhaisemmat, Kreikan 0,8 prosentista Luxemburgin 7 prosenttiin. Alankomaissa tutkittiin hoitotietoja ja havaittiin, että kokaiinin käytön takia viime vuosina hoitoon hakeutuneiden kaksi suurinta ryhmää olivat perusmuodossa olevan kokaiinin tai crackin käyttäjät ja kokaiinia yhdessä heroiinin tai metadonin kanssa käyttävät. Tavanomaisen kokaiinin ja crackin käyttäjät saattavat olla erityisen haastavia hoitoa ajatellen, koska crackin/kokaiinin käyttöön liittyy voimakas riippuvuus ja moniongelmaisuus, sillä em. aineita tai niitä yhdessä heroiinin kanssa käyttävät henkilöt ovat usein sosiaalisesti heikosti integroituneita (Mol ja van Vlaanderen, 2002).

Suurimmat erot maiden välillä löytyvät hoitoon hakeutuvista amfetamiinien käyttäjistä. Amfetamiinien käyttäjien osuus hoitoon hakeutuvista oli Tanskassa 3 prosenttia, Saksassa 8,7 prosenttia, Alankomaissa 1,5 prosenttia, Suomessa 31,1 prosenttia, Ruotsissa 29 prosenttia, Yhdistyneessä kuningaskunnassa 2,7 prosenttia ja muissa maissa alle yksi prosenttia.

Huumeiden sekakäyttö näkyy lisääntyvässä määrin hoitotiedoissa. Kaikissa maissa yli 50 prosenttia asiakkaista käytti päähuumeensa lisäksi vähintään yhtä muuta huumausainetta, useimmiten kannabista (18,4 %) tai kokaiinia (19 %). Yleisimmät huumausaineiden yhdistelmät ovat heroiini kokaiinin tai kannabiksen kanssa tai kokaiini alkoholin tai kannabiksen kanssa (kansalliset raportit, 2002).

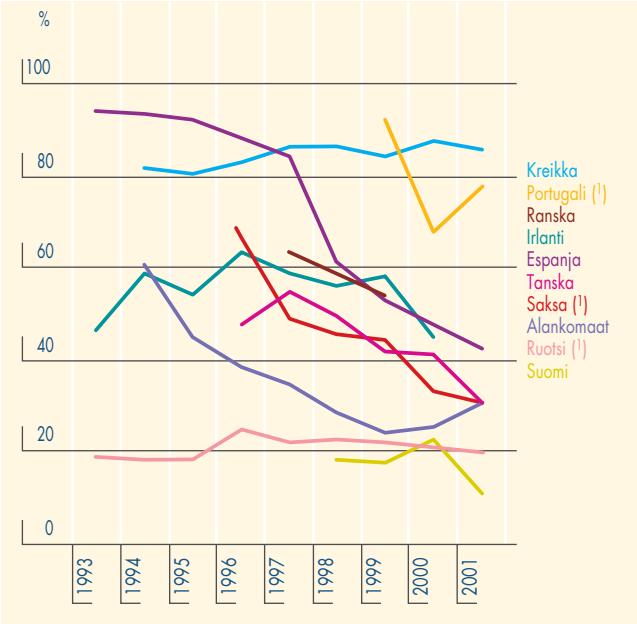
Suuntaukset

Euroopan maissa on havaittavissa yhteneviä suuntauksia heroiinin ja kannabiksen käyttöön liittyvässä hoidontarpeessa. Heroiinin käyttö vaikuttaa tasaantuneen tai olevan laskussa kaikissa maissa, kun taas kannabiksen käyttö on kasvussa lähes kaikkialla, etenkin uusien asiakkaiden keskuudessa (kaavio 8).

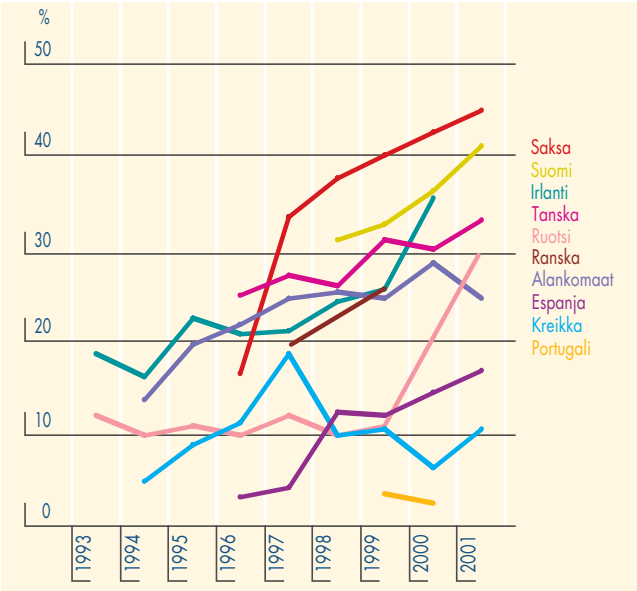
Mahdollisia syitä heroiinin käyttäjien vähenemiseen voisivat olla 1980-luvun loppupuolella alkaneen ja 1990-luvun alkupuolelle kestäneen heroiinin käytön räjähdysmäisen kasvun päättyminen ja vastaava hoidontarpeen väheneminen, tyydyttävä taso heroiinin käyttäjien hoitopalveluissa sekä hoito-ohjelmien eriytyminen, sillä muiden huumausaineiden (kuten kannabiksen) käyttäjille on nyt yhä enemmän hoitopalveluja.

Kaavio 8: Uudet hoitoon tulevat asiakkaat (A) heroiinin/opiaattien tai (B) kannabiksen käytön takia

Kaavio 8 (A): Heroiinin/opiaattien käyttö



Kaavio 8 (B): Kannabiksen käyttö



Huom. Tietoja ei ole saatavilla Belgian, Italian, Luxemburgin, Itävallan eikä Yhdistyneen kuningaskunnan osalta. Ks. tapausten määrä tilastotaulukossa 7 (verkkoversio).
(1) Heroiini kattaa kaikki opiaatit.
Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2002). Ks. myös tilastotaulukko 7: EU:ssa huumeongelmiinsa ensimmäisen kerran hoitoa saaneille henkilöille tunnusomaisia piirteitä.

([18]) Kaavio 6 OL: Uusien ja kaikkien asiakkaiden jaottelu ensisijaisen huumeen perusteella (verkkoversio).
([19]) Kaavio 5 OL: Ensisijainen huume kaikilla asiakkailla hoitomuodon perusteella (verkkoversio).
([20]) Kaavio 7 OL: Eniten käytetyt toissijaiset huumeet kaikilla asiakkailla (verkkoversio).

Kannabiksen käyttöön liittyvän hoidontarpeen lisääntyminen voi (kaavio 9) johtua useista syistä: säännöllisen kannabiksen käytön yleistymisestä, rikosoikeusjärjestelmään ilmoitettujen tapausten lisääntymisestä, markkinatekijöistä (kuten saatavuuden paranemisesta tai hintojen alenemisesta) sekä siitä, että yhä useammat sosiaalisista tai psykologisista ongelmista kärsivät nuoret eivät löydä muita sopivia palveluja. Kannabiksen vuoksi hoitoon hakeutuvien uusien asiakkaiden määrä on noussut varsinkin sellaisissa maissa, joissa levinneisyystiedot, kannabiksen takavarikot, kannabisrikokset ja kannabiksen käyttöön liittyvä hoidontarve ovat noudattaneet samaa kaavaa (kansalliset raportit, 2002). Saksassa tutkitaan parhaillaan niitä ryhmiä, jotka oikeusjärjestelmä ja/tai sosiaalipalvelut ohjaavat hoitoon kannabiksen käytön vuoksi. Alustavien tulosten perusteella näyttäisi siltä, että osa nuorista kannabiksen käyttäjistä täyttää ICD-10-tautiluokituksen mukaiset riippuvuuden edellytykset (R. Simon, henkilökohtainen tiedonanto, 2002).

Kokaiinin ([21]) ja muiden huumausaineiden käyttöön liittyvät suuntaukset eivät ole yhtä yhtenäisiä maiden välillä. Espanjassa ja Alankomaissa aiempina vuosina havaittu jyrkkä kasvu näyttää hidastuneen: hoidontarve on nyt tasaantunut tai noussut vain vähän lähinnä uusissa asiakkaissa.

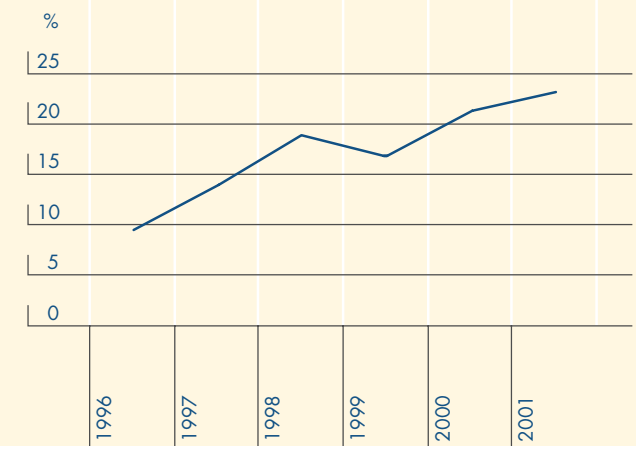
Käyttötavat ja -muodot

Huumeita ensimmäisen kerran kokeilevat ovat useimmiten nuoria (15–29-vuotiaita ja varsinkin 15–19-vuotiaita). Ensimmäisen kerran huumeita kokeilevien ikä vaihtelee kuitenkin huumausaineen mukaan. 33,6 prosenttia asiakkaista aloittaa kannabiksen käytön nuorempana kuin 15-vuotiaana ja 56,3 prosenttia 15–19-vuotiaana. 63,3 prosenttia käyttää ensimmäisen kerran piristeitä samassa iässä eli 15–19-vuotiaana. Heroiinia ja kokaiinia ensimmäisen kerran kokeilevien ikä näyttää olevan korkeampi (yli 40 % asiakkaista kokeilee heroiinia ensimmäisen kerran 20–29-vuotiaana ja osa vielä tätäkin myöhemmin). ([22])

Hoitoon hakeutuvat heroiinin, kokaiinin ja kannabiksen käyttäjät, jotka ovat käyttäneet huumeita viimeisten 30 päivän aikana, ovat yleensä käyttäneet niitä päivittäin. Piristeitä käytetään useimmiten 2–6 kertaa viikossa. ([23])

Eniten käytettyjen päähuumeiden käyttömuodot ovat heroiinin suonensisäinen käyttö ja polttaminen, kokaiinin nuuskaaminen tai polttaminen ja piristeiden syöminen/juominen (kaavio 10). Kun otetaan huomioon menetelmiin liittyvät rajoitukset (otos ei ollut täsmälleen sama kuin edellisenä vuonna eli vuonna 2001, ja puuttuvia tietoja oli vähemmän vuonna 2001), käyttötavat ovat muuttuneet vuonna 2001: yhä harvemmat asiakkaat

Kaavio 9: Suuntaus hoidontarpeessa kannabiksen käytön takia, vuodet 1996–2001



Huom. Validi prosenttiosuus: painotettu asiakkaiden määrällä / maa. Vain uudet asiakkaat. N-arvo vaihtelee vuosittain välillä 31 143–56 394. Lisätietoja taulukossa 1 OL.
Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (1996–2001).

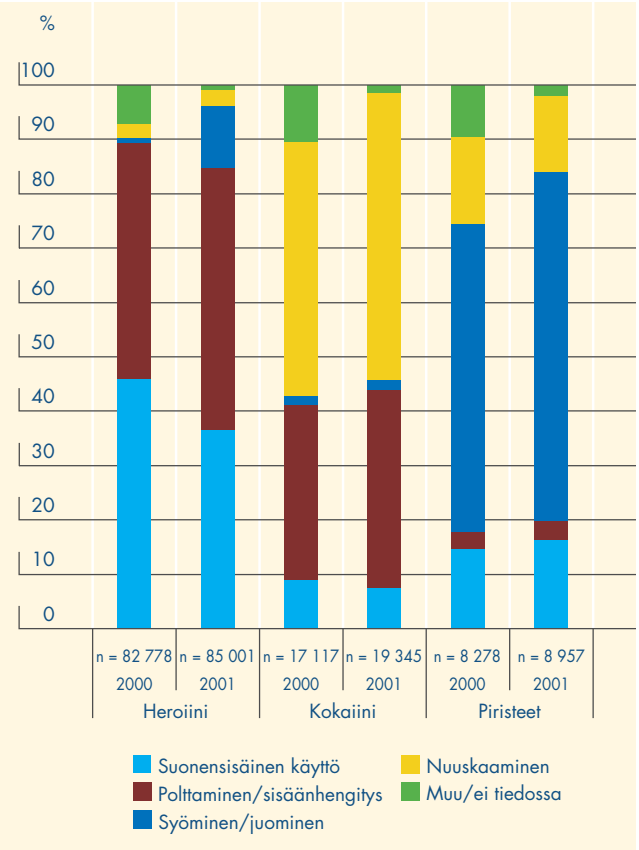
käyttävät heroiinia suonensisäisesti ja yhä useammat käyttäjät sisäänhengittävät kokaiinia tai polttavat sitä. Mahdollisia syitä tähän voivat olla markkinatekijät, etenkin poltettavan heroiinin ja crack-kokaiinin hinta ja saatavuus sekä ehkäisevän huumetyön ja haittojen vähentämisohjelmien vaikutus (EMCDDA, 2002a; kansalliset raportit, 2002).

Sosiaaliset ominaispiirteet

Hoitoon hakeutuvat asiakkaat ovat yleensä 20–40-vuotiaita miehiä. Asiakkaiden keski-ikä on 29,8 vuotta ja uusien asiakkaiden 26,9 vuotta. Saksassa, Irlannissa ja Suomessa hoitoon osallistuvat asiakkaat ovat iältään nuorimpia, kun taas Espanjassa, Italiassa ja Alankomaissa hoitoon hakeutuvat vanhimmat asiakkaat. ([24]) Hoitoon hakeutuvien asiakkaiden ikäjakauma näyttää korreloivan käytettävän huumausainetyypin kanssa. Kannabiksen käyttäjät ovat yleensä keskimääräistä nuorempia ja heroiinin ja kokaiinin käyttäjät keskimääräistä vanhempia. Saksassa on suhteellisesti eniten kannabiksen käyttäjiä, Espanjassa kokaiinin käyttäjiä ja Italiassa heroiinin käyttäjiä. Nuorten huumeidenkäyttäjien suurta osuutta Suomessa voi selittää osittain suhteellisen myöhään kehittynyt huumeiden alakulttuuri maassa. Sukupuolijakauma vaihtelee miesten ja naisten välillä suhdelukuna 2/1–6/1. ([25]) Miesten suurempi osuus voi heijastaa yleensä miesten naisia korkeampaa huumeidenkäyttöä tai siihen voi vaikuttaa erot palveluihin pääsyssä (EMCDDA, 2002a). Sukupuolten välinen jakauma on yleensä samankaltainen yhtäältä Etelä-Euroopassa ja toisaalta Pohjois-Euroopassa (esimerkiksi miespuolisia käyttäjiä on

([21]) Kaavio 8 OL: Kokaiinin käytön takia hoitoon otetut uudet asiakkaat (verkkoversio).
([22]) Kaavio 10 OL: Ikä ensisijaisen huumeen ensimmäisen käytön aikaan kaikilla asiakkailla (verkkoversio).
([23]) Kaavio 9 OL: Ensisijaisen huumeen käyttötiheys kaikilla asiakkailla (viimeiset 30 päivää ennen hoidon alkamista) (verkkoversio).
([24]) Taulukko 2 OL: Hoidettavien asiakkaiden keskimääräinen ikä (verkkoversio).
([25]) Ks. tilastotaulukko 8: EU:ssa huumeongelmiinsa hoitoa saaneille naisille tunnusomaisia piirteitä; ja tilastotaulukko 9: EU:ssa huumeongelmiinsa hoitoa saaneille miehille tunnusomaisia piirteitä (verkkoversio).

Kaavio 10: Käyttömuodot kaikkien asiakkaiden keskuudessa



Huom. Validi prosentti.
Vuoden 2000 tietoja ei ole Ranskan, Irlannin, Itävallan ja Portugalin osalta, ja vuoden 2001 tietoja ei ole Belgian, Ranskan, Italian ja Portugalin osalta.
Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2001, 2002). TDI-protokollan mukaiset tiedot (2000, 2001) avohoitokeskuksista.

suhteellisesti enemmän Etelä-Euroopassa). Tämä johtuu huumausaineiden käyttötapojen eroista pohjoisessa ja etelässä sijaitsevien maiden välillä (Etelä-Euroopassa on suhteellisesti enemmän heroiinin käyttäjiä, jotka ovat enimmäkseen miehiä) sekä kulttuurisista ja sosiaalisista eroista.

Katso tämän osuuden tilastotaulukot osoitteessa **http://annualreport.emcdda.eu.int:**

Tilastotaulukko 6: EU:ssa huumeongelmiinsa hoitoa saaneille henkilöille tunnusomaisia piirteitä

Tilastotaulukko 7: EU:ssa huumeongelmiinsa ensimmäisen kerran hoitoa saaneille henkilöille tunnusomaisia piirteitä

Tilastotaulukko 8: EU:ssa huumeongelmiinsa hoitoa saaneille naisille tunnusomaisia piirteitä

Tilastotaulukko 9: EU:ssa huumeongelmiinsa hoitoa saaneille miehille tunnusomaisia piirteitä

Yleisesti ottaen hoitoon hakeutuvien asiakkaiden sosiaaliset olot, kuten koulutustaso, elintaso ja työmarkkina-asema, ovat heikkenemässä verrattuna koko väestöön. ([26])

Huumeisiin liittyvät tartuntataudit ([27])

HIV:n ja aidsin levinneisyys ja suuntaukset

Suonensisäiseen huumeiden käyttöön liittyvien tartuntatautien osuus huumeidenkäytön taloudellisista ja sosiaalisista kustannuksista on merkittävä niissäkin maissa, joissa HIV:n levinneisyys on alhainen (Postma et al., 2001; Godfrey et al., 2002). Tautien leviämistä voidaan ehkäistä antamalla suonensisäisesti huumeita käyttäville tietoa tautien tarttumisesta ja puhtaita neuloja (Hurley et al., 1997; Australian liittovaltio, 2002) sekä A- ja B-hepatiittirokotteilla. HIV- ja C-hepatiittitartunnan saaneille on nyt tehokasta hoitoa, ja koska tartunnat ovat yleisiä juuri suonensisäisesti huumeita käyttävillä, tartuntojen ehkäisyyn ja hoitoon tähtäävät ohjelmat ovat kaikkein tehokkaimpia suhteessa kustannuksiin huumeiden torjunnan alalla.

EMCDDA seuraa järjestelmällisesti HIV-tartuntojen sekä B- ja C-hepatiitin levinneisyyttä suonensisäisten huumeiden käyttäjillä Euroopan unionin alueella. Monenlaisia levinneisyystietoja (yleisesti sekä alaryhmittäin) kerätään erilaisista rutiinitilanteista (huumehoitoyksiköt, neulojenvaihtopisteet, vankilat jne.) sekä erityistutkimuksista. ([28]) Tietoja on vaikea vertailla, koska ne ovat peräisin monenlaisista lähteistä, mutta tiedoista saa yleiskuvan maiden, alueiden ja ympäristöjen välisistä eroista. Kun suuntauksia ja etenkin levinneisyyttä nuorten ja uusien injektiokäyttäjien keskuudessa seurataan tietyllä aikavälillä, saadaan tärkeää tietoa tartuntojen leviämisestä suonensisäisten huumeiden käyttäjillä sekä ehkäisevien toimenpiteiden onnistumisesta. Pitkällä aikavälillä tavoitteena on parantaa nykyisistä vakiintuneista lähteistä saatavien tietojen laatua ja vertailukelpoisuutta sekä kehittää vertailukelpoisia paikallisia tartuntojen levinneisyystutkimuksia injektiokäyttäjistä Euroopan alueella.

Saatavilla olevien tietojen perusteella HIV:n levinneisyys injektiokäyttäjissä vaihtelee suuresti niin maiden välillä kuin maiden sisälläkin. Erilaisten lähteiden mukaan tartuntojen levinneisyys vaihtelee Yhdistyneen kuningaskunnan noin yhdestä prosentista (kyselytutkimukset ja erilliset nimettömänä toteutettavat seulonnat) Espanjan yli 30 prosenttiin (huumehoidon yhteydessä rutiininomaisesti toteutettavat kokeet). Yleisesti ottaen tartuntojen levinneisyys on tasaantunut. ([29]) Tämä yleiskuva ei ole muuttunut viime vuosien aikana (kaavio 11).

Joissakin maissa ja joillakin alueilla HIV:n levinneisyys injektiokäyttäjillä on pysynyt erittäin korkeana vuodesta

([26]) Ks. "Syrjäytyminen ja yhteiskuntaan sopeuttaminen", s. 65.
([27]) Aihe esitellään tarkemmin vuoden 2001 vuosiraportin luvussa 3: Erityiskysymyksiä – Huumeisiin liittyvät tartuntataudit. Vuosiraportti on saatavilla osoitteessa http://ar2001.emcdda.eu.int.
([28]) Menetelmiä ja suuntaviivoja on esitelty EMCDDA:n www-sivustolla osoitteessa http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious_diseases.shtml.
([29]) Yksityiskohtaisempia tietoja asiasta ja alkuperäisistä lähteistä, ks. tilastotaulukko 10: Yhteenveto taulukon muodossa HIV-tartuntojen levinneisyydestä suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa; ja tilastotaulukko 12: HIV-tartuntojen levinneisyys suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa ja Norjassa (verkkoversio).

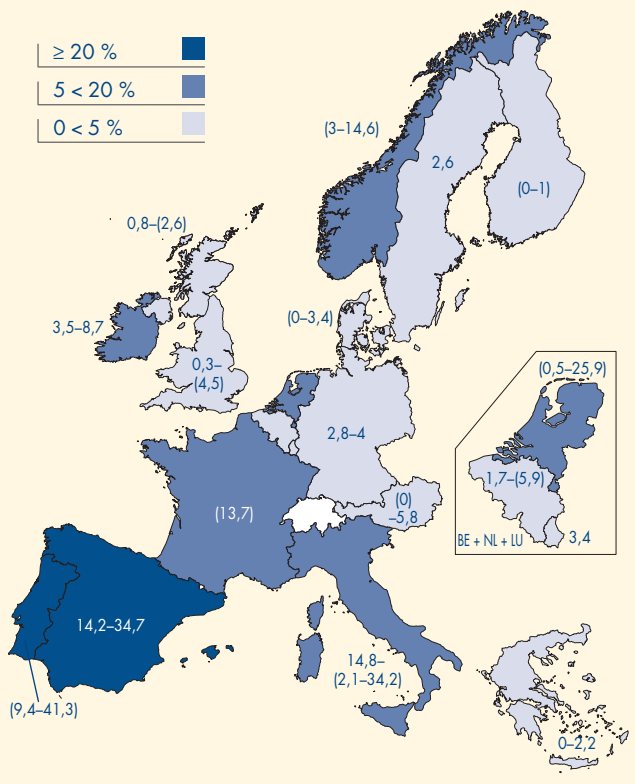
1995. Vaikka useimmissa tapauksissa luvuissa heijastuvat vanhat epidemiat, ehkäisevät erityistoimenpiteet ovat hyvin tärkeitä. On esimerkiksi estettävä taudin tarttuminen toisiin injektiokäyttäjiin, injektiokäyttäjien sukupuolikumppaneihin sekä äidistä lapseen. Levinneisyys oli yli 25 prosenttia joillakin alueilla ja joissakin kaupungeissa. ([30])

Suuntaukset HIV:n levinneisyydessä ovat tärkeää tietoa huumepolitiikan tekemisessä ja arvioinnissa. Lisätoimia tarvitaan, jos suuntaukset viittaavat tartuntojen määrän olevan nousussa, mutta niitä ei välttämättä tarvita, jos tartuntojen määrä näyttää olevan laskussa. Uusia tartuntoja voi löytyä kuitenkin myös niiltä alueilta, joilla levinneisyys on tasaantunut tai laskussa. HIV-tartunnat ovat voineet lisääntyä viime vuosina injektiokäyttäjissä (alaryhmissä) Espanjan, Irlannin, Italian, Alankomaiden, Itävallan, Portugalin, Suomen ja Yhdistyneen kuningaskunnan eri alueilla tai kaupungeissa, joskin osassa näistä maista tartuntojen havaittiin myös vähentyneen huomattavasti. ([31]) Italiasta kerätyt tiedot osoittavat, että kansallisesta keskiarvosta on rajallinen hyöty maissa, joissa on paljon tartuntoja, ja että maan jakaminen alueisiin tai kaupunkeihin on tärkeää arvioitaessa ehkäisevien toimenpiteiden onnistumista. ([32]) Kuitenkin vain harvat maat keräävät toistaiseksi kansallisia tietoja alueittain jaoteltuina. Jotta ajalliset suuntaukset olisi helpompi havaita, levinneisyystietoja olisi hyvä täydentää ilmoittamalla vastikään löydetyt tapaukset. Vaikka tietoja ei ole vielä saatavilla maista, joissa levinneisyys on korkein, ja vaikka tiedot riippuvat vielä hyvin paljon testausmenetelmistä, ilmoituskäytännön avulla on havaittu tartuntojen lisääntyneen uudelleen Suomessa. Portugalissa on äskettäin alettu ilmoittaa HIV-tartunnoista, joita on paljon enemmän miljoonaa asukasta kohti kuin muissa maissa. ([33])

HIV:n levinneisyys suonensisäisesti huumeita käyttävässä nuorisossa kertoo ehkäisevien toimenpiteiden tehokkuudesta, sillä nuoret ovat saaneet tartunnan yleensä myöhemmin verrattuna injektiokäyttäjiin kokonaisuudessaan. Vaikka otokset ovat pieniä, tietojen perusteella näyttäisi siltä, että viime vuosina suonensisäisesti huumeita käyttävät nuoret ovat saaneet tartuntoja useilla alueilla. ([34])

Joissakin maissa on kerätty tietoja HIV:n levinneisyydestä uusissa injektiokäyttäjissä. Tämä on paljon parempi indikaattori viimeaikaisista HIV-tartunnoista ja samalla HIV:n levinneisyydestä sekä vahvempi todiste ehkäisevien toimenpiteiden tehokkuudesta. Kun oletetaan, että alle kaksi vuotta suonensisäisesti huumeita käyttäneet ovat käyttäneet huumeita suonensisäisesti keskimäärin vuoden, tartuntojen määrästä kyseisessä ryhmässä voidaan saada arvio levinneisyydestä. Saatavilla olevien tietojen mukaan levinneisyys sataa henkilöä kohti suhteessa käyttövuosiin voi vaihdella uusilla injektiokäyttäjillä (95 %:n luotettavuusväli) Englannin ja Walesin 0–3,7 prosentista (levinneisyys 0/122, 1998), Belgian flaaminkielisen yhteisön 0,8–11,4 prosentista (3/77, 1998–1999) ja Portugalin Coimbran 4,4–14,5 prosentista (12/127, 1999–2000)

Kaavio 11: HIV-tartuntojen levinneisyys suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:n jäsenvaltioissa ja Norjassa



Huom. Suluissa olevat luvut ovat paikallista tietoa. Maiden välisiä eroja on tulkittava varoen, sillä lähteet ovat erityyppisiä ja joissakin tapauksissa on käytetty paikallisia tai omaan ilmoitukseen perustuvia tietoja. Kunkin maan väri osoittaa levinneisyyden vaihteluvälin keskiarvon eri tietolähteiden perusteella. Tämä kartta on tarkoitettu antamaan tiivistelmänä yleiskäsitys HIV:n levinneisyydestä injektiokäyttäjillä EU:n alueella. Kartan tiedot ovat tuoreimmat, mitä on saatu käyttöön. Tiedot otoksista, joissa ei ollut tietoa injektiokäyttäjien tilanteesta jätettiin pois. Sikäli kuin tämä johti yleistettävyyttä selvästi lisäävien lähteiden poistamiseen (esim. kansalliset tiedot, tiedot hoidon ulkopuolelta), tiedot useammalta kuin yhdeltä vuodelta yhdistettiin. Italiaa, Portugalia ja Norjaa koskevat HIV:n levinneisyystiedot rajoittuvat hoidossa oleviin injektiokäyttäjiin, eivätkä ne kerro HIV:n levinneisyydestä injektiokäyttäjissä, jotka eivät ole hoidossa. Terveysongelmat ovat yksi valintaperuste huumehoitoon pääsylle joissakin maissa tai kaupungeissa (Kreikka, Portugali, Rooma); pitkien jonotuslistojen tai tartunnan saaneiden injektiokäyttäjien erityisohjelmien vuoksi tämä voi aiheuttaa levinneisyydessä positiivista harhaa. Tämän kartan levinneisyystietoja ei pidä verrata ajallisten muutosten seuraamiseksi aikaisempiin versioihin, koska lähteiden sisällyttäminen voi vaihdella saatavissa olevien tietojen mukaan. Aikatrendien, menetelmiä koskevien lisätietojen ja lähteiden osalta ks. tilastotaulukko 12: HIV-tartuntojen levinneisyys suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa ja Norjassa; ja laatikko 6 OL: Tietolähteet – levinneisyys (verkkoversio).

Lähteet: Reitoxin kansalliset seurantakeskukset. Täydelliset tiedot ja ensisijaiset lähteet esitetään tilastotaulukossa 10: Yhteenveto taulukon muodossa HIV-tartuntojen levinneisyydestä suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa; ja tilastotaulukko 12 (verkkoversio).

([30]) Ks. laatikko 4 OL: Alueet, joilla HIV:n levinneisyys on korkea, HIV-tartuntojen määrän kasvu ja lasku huumeiden injektiokäyttäjillä joissakin EU-maissa, HIV:n levinneisyys nuorilla injektiokäyttäjillä (verkkoversio).

([31]) Ks. laatikko 4 OL (verkkoversio).

([32]) Ks. kaavio 11 OL: HIV-tartuntojen levinneisyys hoidossa olevilla italialaisilla injektiokäyttäjillä alueittain (verkkoversio).

([33]) Ks. tilastotaulukko 15: Vastikään todetut HIV-tartunnat suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa ja Norjassa (verkkoversio).

([34]) Ks. laatikko 4 OL (verkkoversio).

Ranskan 4,4–15,5 prosenttiin (11/111, neulojenvaihtopalveluita käyttäneiden itse ilmoittamat HIV-tartunnat, 1998). ([35]) Belgian, Ranskan ja Portugalin tiedot ovat kuitenkin rutiinitesteistä, joten vinouma testattujen valinnassa on voinut vaikuttaa tietoihin. (Portugalin tiedot voivat olla liioittelevia vierotushoitoyksiköissä käytettävien valintakriteerien takia, joiden mukaan etusijalla ovat ongelmalliset ja/tai seropositiiviset käyttäjät.)

Aids-tietoja ei juuri voida käyttää uusien HIV-tartuntojen suuntausten seuraamiseen, koska HIV:llä on pitkä itämisaika ennen aids-oireiden puhkeamista ja koska HIV-tartuntojen hoidon kehityttyä aids puhkeaa entistä pitemmän ajan kuluttua. Aidsin levinneisyys antaa kuitenkin viitteitä HIV-tartuntoihin liittyvästä tautitaakasta eri maissa. Aidsin levinneisyys on laskenut suurimmassa osassa maita vuoden 1996 jälkeen, sillä HIV-tartuntojen hoito on kehittynyt ja tartuntoja on ollut mahdollisesti vähemmän 1990-luvulla. Viimeisten tietojen mukaan Portugalissa aidsin levinneisyys suonensisäisesti huumeita käyttävillä on laskenut vuoden 1999 jälkeen. ([36]) Tämä voi ilmentää aids-hoitoon osallistumisen olevan yhdenmukaista huumehoitojärjestelmästä saatujen tietojen kanssa.

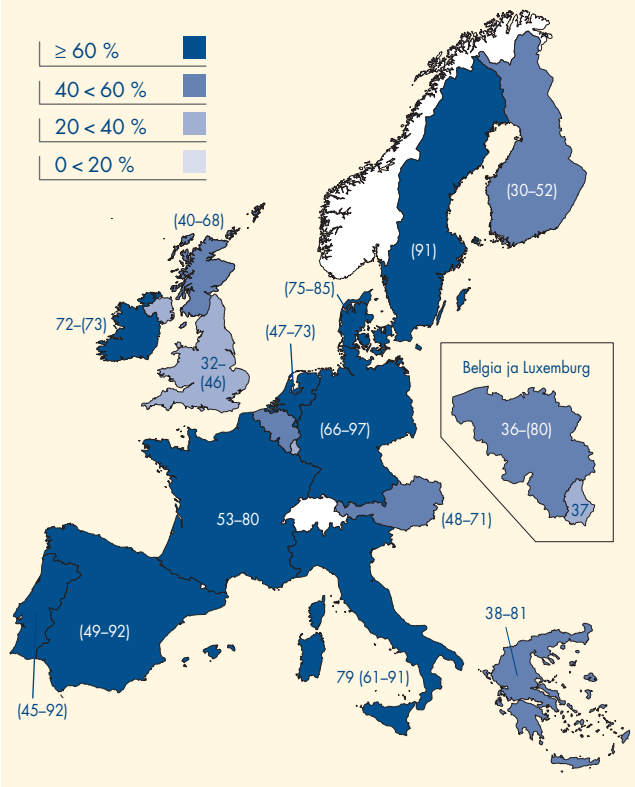
C-hepatiittitartuntojen levinneisyys ja suuntaukset

C-hepatiittiviruksen (HCV) levinneisyystietoja on vaikea saada, ja niitä koskevat samat rajoitukset kuin HIV-tartuntojen tietoja. Yleiskuva on kuitenkin selvä: C-hepatiitin levinneisyys on erittäin korkea kaikissa maissa ja kaikissa ympäristöissä. Tartuntojen määrä vaihtelee 40:n ja 90 prosentin välillä eri maissa ja injektiokäyttäjien eri alaryhmissä (kaavio 12).

Vaikka kaikkien levinneisyyslukujen perusteella tartuntojen määrä on korkea, levinneisyys vaihtelee suuresti. Kuten HIV-tartunnoissakin, vaihtelu voi johtua osaksi tietolähteiden erilaisista valintamenetelmistä. Vertailu olisikin tehtävä varoen. Vuosina 2000 ja 2001 yli 75 prosentin levinneisyyslukuja todettiin Antwerpenissa Belgiassa (80 % huumehoitoon osallistuvista ja matalan kynnyksen palveluja käyttävistä injektiokäyttäjistä vuonna 2001), Frankfurtissa ja Berliinissä Saksassa (82–90 % matalan kynnyksen palveluissa ja kahdessa vankilassa), Pohjois-Kreikassa ja Kreikassa (83 % metadonihoitoa saavista injektiokäyttäjistä), Italian alueista Piemontessa, Trentinossa, Friuli-Venezia Giuliassa, Liguriassa, Emilia-Romagnassa, Basilicatassa ja Sardiniassa sekä Trenton ja Bolzanon kaupungeissa (huumehoidossa) sekä Lissabonissa ja muutamissa pikkukaupungeissa Portugalissa (huumehoidossa). ([37])

C-hepatiitin levinneisyyden suuntaukset voivat toimia HIV:n suuntauksia herkempänä indikaattorina suonensisäiseen huumeidenkäyttöön liittyvästä riskikäyttäytymisestä (esimerkiksi neulojen tai muiden välineiden jakamisesta) ja ehkäisevien ohjelmien tehokkuudesta. C-hepatiitti tarttuu herkemmin kuin HIV, ja se voi siirtyä helpommin muiden pistämisessä käytettävien välineiden kuin neulojen välityksellä, esimerkiksi pumpulin, lusikan tai veden välityksellä. (C-hepatiitti tarttuu kuitenkin hyvin harvoin sukupuoliteitse.) Levinneisyys on kasvanut ja laskenut eri alueilla. ([38])

Kaavio 12: C-hepatiittitartuntojen levinneisyys injektiokäyttäjillä EU:n jäsenvaltioissa ja Norjassa



Huom. Suluissa olevat luvut ovat paikallista tietoa.
Maiden välisiä eroja on tulkittava varoen lähteissä olevien erojen ja niiden erilaisen käytön vuoksi. Joissakin tapauksissa eroja aiheuttavat paikalliset tiedot tai syljestä tehtävät testit, jotka aliarvioivat levinneisyyttä. Kunkin maan väri osoittaa arvioidun levinneisyyden vaihteluvälin keskiarvon eri tietolähteiden perusteella.
Tämän kartan on tarkoitus antaa maailmanlaajuinen katsaus C-hepatiittiviruksen levinneisyyteen injektiokäyttäjillä EU:n alueella. Kartan tiedot ovat tuoreimmat, mitä on saatu käyttöön. Tiedot otoksista, joissa ei ollut tietoa injektiokäyttäjien tilanteesta sekä omaan ilmoitukseen perustuneet tiedot testituloksista jätettiin pois. Sikäli kuin tämä johti yleistettävyyttä selvästi lisäävien lähteiden poistamiseen (esim. kansalliset tiedot, tiedot hoidon ulkopuolelta), tiedot useammalta kuin yhdeltä vuodelta yhdistettiin. Irlantia ja Luxemburgia koskevat tiedot rajoittuvat injektiokäyttäjiin vankiloissa, samalla kun Italian osalta tiedot rajoittuvat C-hepatiittiviruksen levinneisyyteen hoidossa olevilla injektiokäyttäjillä, eivätkä ne kerro HIV:n levinneisyydestä injektiokäyttäjissä, jotka eivät ole hoidossa. Terveysongelmat ovat yksi valintaperuste huumehoitoon pääsylle joissakin maissa tai kaupungeissa (Kreikka, Portugali, Rooma); pitkien jonotuslistojen tai tartunnan saaneiden injektiokäyttäjien erityisohjelmien vuoksi tämä voi aiheuttaa levinneisyydessä positiivista harhaa. Tämän kartan levinneisyystietoja ei pidä verrata ajallisten muutosten seuraamiseksi aikaisempiin versioihin, koska lähteiden sisällyttäminen voi vaihdella saatavissa olevien tietojen mukaan. Aikatrendien, menetelmiä koskevien lisätietojen ja lähteiden osalta ks. tilastotaulukko 16 ja laatikko 6 OL.

Lähde: Reitoxin kansalliset seurantakeskukset. Ensisijaiset lähteet esitetään tilastotaulukossa 16: C-hepatiittitartuntojen levinneisyys suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa (verkkoversio).

([35]) Ks. tilastotaulukko 15: Vastikään todetut HIV-tartunnat suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa ja Norjassa (verkkoversio).
([36]) Kaavio 12 OL: Huumeiden injektiokäyttöön liittyvän aidsin esiintymistiheys kaikissa EU:n jäsenvaltioissa (verkkoversio).
([37]) Laatikko 5 OL: Suuntaukset C-hepatiitin levinneisyydessä (verkkoversio).
([38]) Ks. laatikko 5 OL (verkkoversio).

Hoito-ohjelmista saatujen, alle 25-vuotiaita injektiokäyttäjiä koskevien levinneisyystietojen mukaan C-hepatiittitartunnan saaneiden osuus vaihtelee Suomen Tampereen 12 prosentista (2001) Irlannin Dublinin (1997) ja Italian (1999) noin 60 prosenttiin. Suonensisäisesti huumeita käyttävissä nuorissa levinneisyys näyttää laskevan Belgiassa ja Kreikassa, mutta kasvavan Englannissa ja Walesissa (1998–2001).

Tietoa C-hepatiitin levinneisyydestä uusissa (alle kaksi vuotta käyttäneissä) injektiokäyttäjissä ei edelleenkään ole saatavissa suurimmasta osasta tietolähteitä. Jos tietoja on saatavilla, niiden mukaan tartuntamäärät ovat yleensä erittäin korkeat: 40 prosenttia tai enemmän – Belgiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on tosin ilmoitettu alhaisempia lukuja (kaavio 13).

B-hepatiittitartuntojen levinneisyys ja suuntaukset

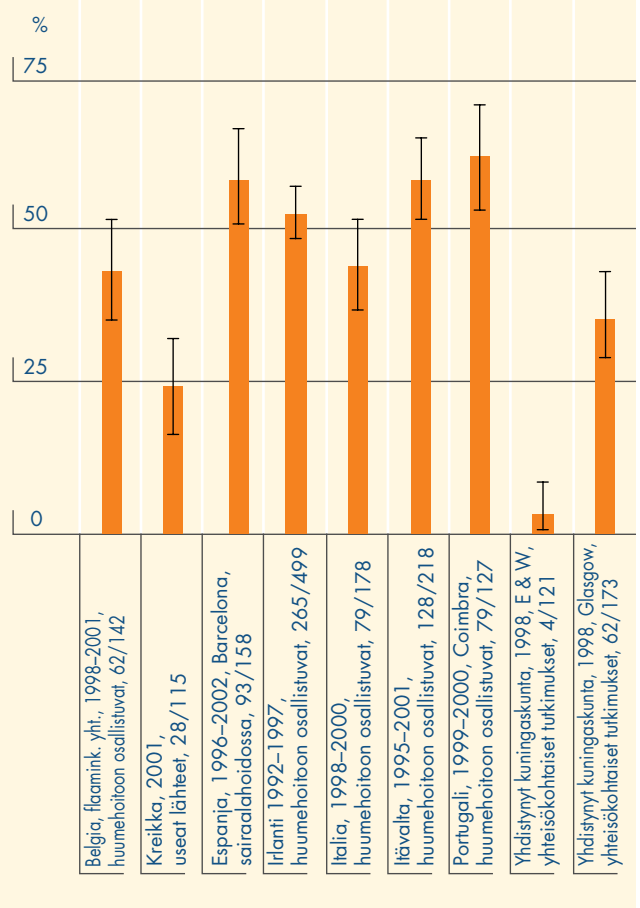
Viruksen vasta-aineet veressä osoittavat, onko henkilö joskus saanut virustartunnan tai rokotuksen virusta vastaan. B-hepatiittivirusta (HBV) vastaan on olemassa tehokas rokote, toisin kuin HIV:tä ja C-hepatiittivirusta vastaan. Ne suonensisäisesti huumeita käyttävät, joilta ei löydy B-hepatiittiviruksen vasta-aineita (aHBs tai aHBc), ovat mahdollinen rokotettava ryhmä ja tärkeä indikaattori rokotusohjelman tarpeellisuudesta. Niiden huumeidenkäyttäjien osuus, joilta löytyy (jonkinlaisia) B-hepatiittiviruksen vasta-aineita, vaihtelee EU:ssa enemmän kuin niiden osuus, joilta löytyy C-hepatiittiviruksen vasta-aineita. EU:n alueella noin 20–60 prosentilla injektiokäyttäjistä on B-hepatiitin vasta-aineita, minkä perusteella rokotettavia näyttäisi olevan paljon (40–80 %).

Tämänhetkiset B-hepatiittitartunnat, joita osoittaa verestä löytyvä merkkiaine HbsAg, voivat olla äskettäin tapahtuneita tartuntoja tai kroonisia infektioita. Tämänhetkisten tartuntojen korkeat määrät viittaavat riskiin saada vaikeita pitkäaikaisia komplikaatioita sekä riskiin siitä, että tauti leviää muihin ihmisiin suonensisäiseen huumeidenkäyttöön liittyvän riskikäyttäytymisen kautta tai sukupuoliteitse. Tämänhetkisten B-hepatiittitartuntojen levinneisyydestä on tietoja vain muutamista maista, mutta levinneisyys näyttää vaihtelevan paljon ja olevan joissakin tapauksissa korkea.

Tiedot B- ja C-hepatiittitartunnoista

Joissakin maissa B- ja C-hepatiittitartunnoista on saatavissa tietoja. Vaikka määritelmissä on eroja eikä suora vertailu ole mahdollista, suuntaukset voivat ajan mittaan tarjota hyödyllistä tietoa. Ilmoitetut C-hepatiittitapaukset näyttävät vähentyneen Tanskassa, Suomessa ja Ruotsissa sekä lisääntyneen Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. B-hepatiitin osalta tapaukset ovat niin ikään vähentyneet Tanskassa ja Suomessa, kun taas kasvua on ollut Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa. Yleistynyt testaus voi selittää osittain kasvusuuntausta.

Kaavio 13: C-hepatiittitartuntojen levinneisyys huumeita alle kahden vuoden ajan suonensisäisesti käyttäneillä



Huom. Suluissa tieto 95 prosentin luottamusvälistä.
Lähde: Reitoxin kansalliset seurantakeskukset. Ensisijaiset lähteet esitetään tilastotaulukossa 18: C-hepatiittitartuntojen levinneisyys uusilla injektiokäyttäjillä EU:ssa (verkkoversio).

Suonensisäisten huumeiden käyttäjien selittämä osuus kaikista tapauksista on erittäin korkea (noin 90 % C-hepatiittitapauksista ja 40–70 % B-hepatiittitapauksista) useimmissa maissa. Enemmistön B-hepatiittitartunnoista ja melkein kaikkien C-hepatiittitartuntojen EU:n alueella katsotaan johtuvan suonensisäisten huumeiden käytöstä. ([39])

Katso tämän osuuden lisätiedot osoitteessa **http://annualreport.emcdda.eu.int:**

Laatikko 6 OL: Tietolähteet – levinneisyys (tilastotaulukot 10–14, 16–20)

Laatikko 7 OL: Tietolähteet – ilmoitukset (tilastotaulukot 21 ja 22)

Tilastotaulukko 10: Yhteenveto taulukon muodossa HIV-tartuntojen levinneisyydestä suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa

Tilastotaulukko 11: Yhteenveto taulukon muodossa C-hepatiittitartuntojen levinneisyydestä suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa

([39]) Ks. tilastotaulukko 21: Ilmoitetut C-hepatiittitartunnat suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa; ja tilastotaulukko 22: Ilmoitetut B-hepatiittitartunnat suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa ja Norjassa (verkkoversio).

Tilastotaulukko 12: HIV-tartuntojen levinneisyys suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa ja Norjassa

Tilastotaulukko 13: HIV-tartuntojen levinneisyys alle 25-vuotiailla suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa

Tilastotaulukko 14: HIV-tartuntojen levinneisyys uusilla injektiokäyttäjillä EU:ssa

Tilastotaulukko 15: Vastikään todetut HIV-tartunnat suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa ja Norjassa

Tilastotaulukko 16: C-hepatiittitartuntojen levinneisyys suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa

Tilastotaulukko 17: C-hepatiittitartuntojen levinneisyys alle 25-vuotiailla suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa

Tilastotaulukko 18: C-hepatiittitartuntojen levinneisyys uusilla injektiokäyttäjillä EU:ssa

Tilastotaulukko 19: Tämänhetkisten B-hepatiittitartuntojen (HbsAg) levinneisyys suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa

Tilastotaulukko 20: B-hepatiittiviruksen vasta-aineiden levinneisyys suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa

Tilastotaulukko 21: Ilmoitetut C-hepatiittitartunnat suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa

Tilastotaulukko 22: Ilmoitetut B-hepatiittitartunnat suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa ja Norjassa

Tilastotaulukko 23: C-hepatiittitartunnat suonensisäisten huumeiden käyttäjillä EU:ssa

Huumekuolemat ja huumeidenkäyttäjien kuolleisuus ([40])

Kansalliset tilastot ”huumekuolemista” sisältävät yleensä äkilliset kuolemat, jotka liittyvät suoraan huumeidenkäyttöön tai ”yliannostukseen”, vaikka maiden välillä on myös eroja. ([41]) Myös EMCDDA:n avainindikaattorissa käytetty ”huumeisiin liittyvän kuoleman” määritelmä viittaa tällaisiin kuolemiin. ([42]) Avainindikaattorin kehittäminen on kannustanut jäsenvaltioita parantamaan huumekuolemiin liittyviä ilmoituskäytäntöjä.

Kansallisia tilastoja olisi kuitenkin vertailtava varoen, sillä määritelmissä, ilmoitusten laadussa ja kattavuudessa on eroja. Jos kirjausmenetelmät pysyvät johdonmukaisina maan sisällä, huumekuolemien määrä voi olla hyvä indikaattori huumeidenkäytön vakavien muotojen suuntauksista varsinkin, jos sitä analysoidaan muiden indikaattoreiden kanssa.

Huumeiden yliannostus on merkittävä kuolinsyy nuorten ja etenkin nuorten miesten keskuudessa useimmissa EU-maissa. Aidsin ja muiden syiden (väkivalta, tapaturmat jne.) aiheuttamat kuolemat lisäävät huumekuolemia, mutta maiden ja kaupunkien välillä on merkittäviä eroja. Yleensä nämä kuolemat ilmoitetaan eri tietolähteistä.

Suonensisäisten huumeiden käyttäjien ja opiaattien käyttäjien keskuudessa on paljon enemmän huumekuolemia kuin muun väestön keskuudessa, ja huumeiden ongelmakäyttö on merkittävä nuorten aikuisten kuolinsyy useimmissa EU-maissa. Joissakin EU-kaupungeissa (Glasgow, Madrid, Rooma) 1990-luvulla tehdyissä tutkimuksissa havaittiin, että merkittävä osa nuorten aikuisten kuolemista liittyi huumeiden ongelmakäyttöön (etenkin opiaattien suonensisäiseen käyttöön). Vaikka aidsin aiheuttamat kuolemat ovat vähenemässä, yliannostuskuolemien määrä on pysynyt ennallaan tai laskenut. Tarvitaan siis uusia tutkimuksia, joista saadaan tuoretta tietoa huumekuolemista muissa kaupungeissa.

Huumekuolemat

EU-maissa on kymmenen viime vuoden aikana ilmoitettu vuosittain 7 000–9 000 äkillistä huumekuolemaa. ([43]) Näitä lukuja voidaan pitää vähimmäisarvioina, sillä todennäköisesti osa huumekuolemista (joskus jopa merkittävä osa) jää useimmissa maissa kirjaamatta. Useimmat uhrit ovat nuoria, ja monet näistä kuolemista olisi voitu estää.

On rohkaisevaa, että joissakin EU-maissa huumekuolemien määrä on tasaantunut tai vähentynyt, mutta monissa muissa EU-maissa (ja muualla maailmassa) yliannostuskuolemien määrä nousee edelleen.

Riskitekijät

Useimmissa tapauksissa yliannostukseen kuolleiden verestä löytyy opiaatteja, vaikka myrkytyspitoisuudet vaihtelevatkin laajasti ja usein löydetään merkkejä myös muista aineista. ([44])

Opiaattien yliannostuksen riskitekijöitä on useita: suonensisäinen käyttö, sekakäyttö muiden lamauttavien aineiden (esimerkiksi alkoholin tai bentsodiatsepiinien) kanssa, sietokyvyn aleneminen huumeettoman ajanjakson

([40]) Laatikko 8 OL: Huumekuolemien ja -kuolleisuuden arvioinnissa käytettävät menetelmät ja määritelmät (verkkoversio).

([41]) Laatikko 9 OL: Määritelmä ”äkillisestä huumekuolemasta” EU:n jäsenvaltioissa siinä muodossa kuin termiä on käytetty EMCDDA:n vuosiraportissa ja ilmoitettu kansallisissa raporteissa (verkkoversio).

([42]) Laatikko 10 OL: Huumeisiin liittyvät kuolemat – EMCDDA:n määritelmä (verkkoversio). Ks. myös EMCDDA:n protokolla huumekuolemista (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/drd_standard_3.pdf).

([43]) Ks. tilastotaulukko 24: EU-maissa kirjattujen ”äkillisten huumekuolemien” määrä (EMCDDA:lle ilmoitettaessa käytettävien kansallisten määritelmien mukaisesti), 1985–2001 (verkkoversio).

([44]) Kaavio 13 OL: Sellaisten huumekuolemien osuus EU-maissa vuosina 2000–2001, joihin liittyy tai ei liity opiaatteja; ja tilastotaulukko 25: Yhteenveto äkillisesti huumeisiin kuolleiden ominaispiirteistä EU-maissa (verkkoversio).

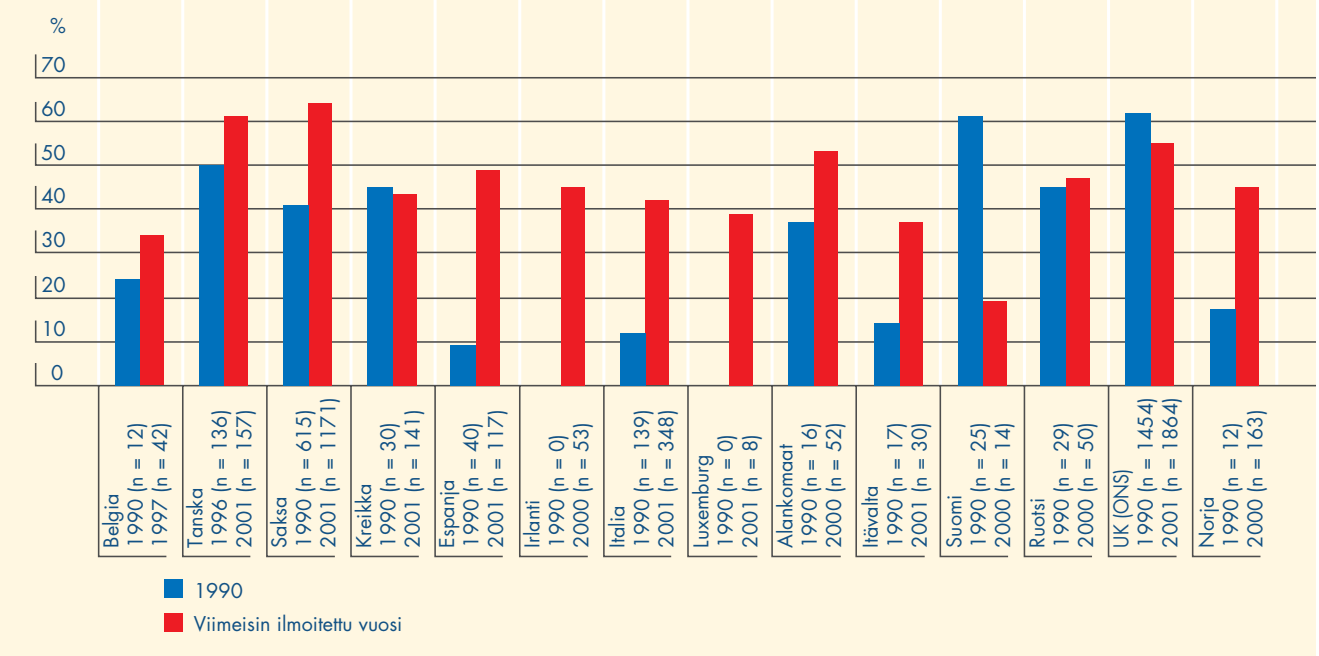
jälkeen (esimerkiksi vankilatuomion jälkeen tai hoito-ohjelman loputtua), suonensisäinen käyttö julkisilla paikoilla (tämä voi olla yhteydessä testaamattomien huumeiden käyttöön), pitkä opiaattiriippuvuus, korkea ikä (joskus maksasairauksien tai hengityselinten sairauksien takia) sekä mahdollisesti odottamattomat vaihtelut aineen puhtaudessa (tutkimuksista on tosin saatu eriäviä tuloksia). Lisäksi suurin osa opiaattien yliannostuksista tapahtuu muiden käyttäjien ollessa läsnä, eikä kuolema tavallisesti tapahdu välittömästi, vaan pelastaminen olisi mahdollista. Valitettavasti muut läsnäolijat eivät kuitenkaan usein voi tai halua auttaa, sillä heillä ei ole tietoa asiasta tai he pelkäävät poliisin saapumista paikalle.

Koska riskitekijät tunnetaan ja koska kuolema ei tapahdu välittömästi, merkittävä osa yliannostuksista tai monissa tapauksissa ainakin kuolemaan johtavat yliannostukset on mahdollista välttää. Siksi tarvitaan asianmukaisia toimenpiteitä etenkin iäkkäämmille injektiokäyttäjille ja niille, joiden sietokyky on alentunut huumeettoman ajanjakson jälkeen.

Uhreille tunnusomaisia piirteitä

Suurin osa (80–90 %) yliannostukseen kuolleista on miehiä (69–90 %) useimmissa EU-maissa. ([45]) Tähän voi olla syynä, että suuri osa opiaattien käyttäjistä on miehiä, sillä joidenkin tutkimusten mukaan yliannostusriski on sama miehillä ja naisilla. Monessa tapauksessa yliannostukseen kuolleiden miesten osuus on kuitenkin suurempi kuin hoitoon otettujen miesten osuus. Suurin osa kuolleista on 20–40-vuotiaita, ja he ovat käyttäneet opiaatteja usean vuoden ajan. EU-maissa huumeisiin kuolleiden keski-ikä on 30,2–40 vuotta, ja menehtyneiden ikä on noussut useimmissa maissa (kaavio 14). Tämä suuntaus on havaittu myös Euroopan ulkopuolisissa maissa. Kuitenkin Suomessa ja vähäisemmässä määrin myös Yhdistyneessä kuningaskunnassa nuorten uhrien osuus on ollut kasvussa. Tähän on syytä kiinnittää erityistä huomiota, sillä se voi merkitä suonensisäisen käytön tai opiaattien käytön lisääntyneen viime vuosina. Kreikassa ja Ruotsissa tällaista uhrien ikään liittyvää kasvusuuntausta ei ole ollut nähtävissä.

Kaavio 14: Muutokset yli 35-vuotiaiden huumeisiin kuolleiden uhrien osuuksissa eri EU-maissa vuodesta 1990 ([1]) vuoteen 2000 tai 2001



([1]) Tanska 1996. Mukaan on otettu vuodet, joina tarvittava jaottelu on tehty tai joiden osalta vertaileva analyysi voitiin suorittaa (sama ikäjakauma). Joissakin maissa ikäryhmät vaihtelevat vuosittain (Kreikka: 1990 ≥ 31 ja 2001 ≥ 30; Saksa: 1990 ja 2001 ≥ 30). Irlannissa ja Luxemburgissa yli 35-vuotiaiden uhrien osuus oli 0 prosenttia vuonna 1990.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit 2002, tiedot on otettu kansallisista kuolinsyyrekistereistä tai erikoisrekistereistä (oikeuslääketieteellisistä tai poliisin rekistereistä). Ne perustuvat kansallisiin määritelmiin, jotka esitetään laatikossa 9 OL: Määritelmä "äkillisestä huumekuolemasta" EU:n jäsenvaltioissa siinä muodossa kuin termiä on käytetty EMCDDA:n vuosiraportissa ja ilmoitettu kansallisissa raporteissa (verkkoversio). Ks. myös tilastotaulukko 25: Yhteenveto äkillisesti huumeisiin kuolleiden ominaispiirteistä EU-maissa (verkkoversio).

([45]) Kaavio 14 OL: Miesten ja naisten osuus huumekuolemien uhreista EU-maissa vuosina 2000–2001.

Muiden aineiden kuin opiaattien aiheuttamat kuolemat

Kokaiinin, amfetamiinin tai ekstaasin yliannostuksen aiheuttamat kuolemat ovat harvinaisia Euroopassa. Monissa maissa (Espanjassa, Ranskassa, Italiassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa) on havaittu kansallisella tai paikallisella tasolla yhä enemmän tapauksia, joissa kokaiini on aiheuttanut myrkytyksen yleensä yhdessä jonkin toisen aineen kanssa, joskin tietojen ilmoittaminen on epäyhtenäistä. Joissakin maissa (esimerkiksi Espanjassa ja Portugalissa) opiaattien yliannostukseen kuolleiden verestä löydettiin usein kokaiinia. Kokaiini voi myös lisätä kuolleisuutta sydän- ja verisuonitauteihin, mutta jäädä huomaamatta.

Ekstaasin käyttöön liittyvät kuolemat aiheuttavat huolta kansalaisissa. Ne ovat kuitenkin melko harvinaisia opiaattien käyttöön liittyviin kuolemiin verrattuna, vaikka ekstaasia käytetään paljon yleisemmin. Koska ekstaasin käytöstä on tullut suosittua, myrkytystapauksissa löydetään jälkiä ekstaasista entistä useammassa tapauksessa. Usein kuolemiin liittyy muitakin aineita, ja on epäselvää, voidaanko kuolemaa pitää yksinomaan ekstaasin aiheuttamana. Ekstaasin käyttöön liittyviä lyhyen ja pitkän aikavälin riskejä on arvioitava entistä tarkemmin. Vaikka ekstaasin aiheuttamat reaktiot ovat arvaamattomia, osa kuolemista voitaisiin estää varsin yksinkertaisilla toimenpiteillä (esimerkiksi tarjoamalla vettä) yökerhoissa sekä parantamalla terveysvalistusta.

Liuottimien käytön aiheuttamiin kuolemiin ei yleensä kiinnitetä yhtä paljon huomiota, mutta tällaisten kuolemien määrä ei suinkaan ole merkityksetön niissä maissa, joista tietoja on saatavilla. Esimerkiksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa on vuosina 1992–2000 ollut 64–85 tällaista kuolemaa vuodessa, ja useimmat uhrit ovat hyvin nuoria (Field-Smith et al., 2002). Tällaisten tietojen keruuta olisi parannettava muissa maissa.

Tutkimukset osoittavat selvästi, että korvaushoito vähentää ohjelmaan osallistuvien riskiä kuolla yliannostukseen. Metadoni on kuitenkin aiheuttanut merkittävän määrän huumekuolemia useissa EU:n maissa ja kaupungeissa. Usean tutkimuksen mukaan kuolemat ovat pikemminkin seurausta metadonin laittomasta käytöstä kuin lääkärin valvomasta käytöstä, ja muiden tutkimusten mukaan riski kasvaa metadonikorvaushoidon alkuvaiheessa. Nämä tulokset osoittavat, että on tärkeää varmistaa korvaushoito-ohjelmien laatu.

Äkillisten huumekuolemien suuntauksia

Huumekuolemien suuntaukset vaihtelevat eri maiden ja jopa tietyn maan alueiden tai kaupunkien välillä. Näistä rajoituksista huolimatta EU-maissa voidaan havaita joitakin yleisiä suuntauksia. Huumekuolemat lisääntyivät selvästi 1980-luvulla ja 1990-luvun alussa (kaavio 15 A). Yleinen noususuuntaus jatkui, vaikkakin hidastui vuosina 1990–2000. Vuonna 2000 EU:ssa kirjattiin 8 731 äkillistä huumekuolemaa, kun vuonna 1990 niitä oli 6 394 (36,5 %:n kasvu) (kaavio 15 B). ([46])

Tämä yleinen suuntaus voi selittyä heroiinin suonensisäisen käytön nopealla leviämisellä monissa Euroopan maissa 1980-luvulla ja 1990-luvun alussa. Viimeaikainen suuntaus saattaa liittyä huumeiden ongelmakäytön levinneisyyden tasaantumiseen joissakin maissa, suonensisäisen käytön vähenemiseen toisissa sekä mahdollisesti hoidon saatavuuden ja korvaushoito-ohjelmien lisääntymiseen. Toisaalta huumeiden ongelmakäyttäjien ikääntyminen ja huumeiden sekakäyttö saattavat osaltaan lisätä kuolemia.

On syytä korostaa, että EU:n sisällä on erilaisia ja joskus poikkeavia kansallisia suuntauksia. ([47]) Monissa EU-maissa huumekuolemat ovat lisääntyneet vielä äskettäin tai vähän aikaa sitten, kun taas joissakin maissa huumekuolemien määrä on tasaantunut tai laskenut. Muutokset raportointikäytännöissä ja raportoinnin piirteissä olisi aina otettava huomioon tulkittaessa kansallisia tai paikallisia suuntauksia.

Useissa maissa äkillisten huumekuolemien määrä tasoittui tai laski 1990-luvun jälkipuoliskolla. Espanjassa ja Ranskassa suuntaus oli johdonmukaisesti laskeva. Vaikka näihin tuloksiin liittyy sellaisia puutteita, että osa tapauksista on jäänyt kirjaamatta (Ranska) tai että kattavuus on suppea (vain viisi suurta kaupunkia Espanjassa), on tärkeää selvittää suuntausten taustalla olevat syyt. Näihin suuntauksiin voivat vaikuttaa heroiinin käyttötapojen muutokset ja hoito-ohjelmien (varsinkin korvaushoidon) lisääntyminen. ([48]) Muissa maissa (Saksassa, Italiassa ja Itävallassa) huumekuolemien määrä on vaihdellut viime vuosina, ja vaikka se näyttääkin tasaantuneen nykyiselle korkealle tasolle, ei ole takeita siitä, etteikö kaksi tai kolme vuotta kestänyttä laskusuuntausta voisi seurata nousu.

Joissakin maissa (esimerkiksi Kreikassa, Irlannissa, Portugalissa, Suomessa ja Norjassa) suuntaus on ollut

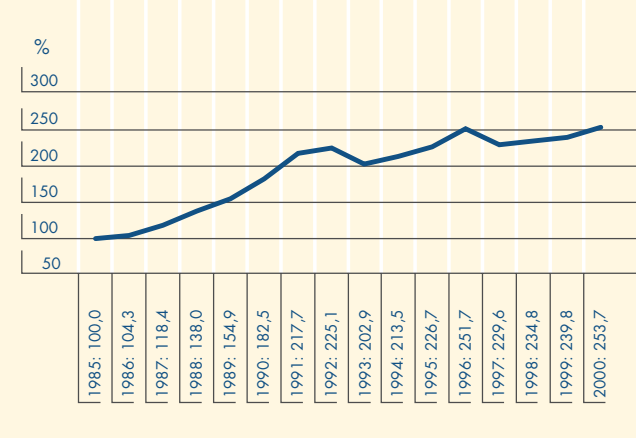
([46]) On otettava huomioon, että tiedot huumekuolemien määrästä ja suuntauksista koko EU:ssa ulottuvat vain vuoteen 2000. Yhdeksän maata ilmoitti vuoden 2001 tiedot, mutta tietoja kerättäessä (syksyllä 2002) seitsemästä maasta oli saatavana vain vuoden 2000 tietoja. Vuoden 2001 tiedot ilmoittaneista maista on käytetty kyseisiä tietoja aina, kun se on ollut mahdollista.

([47]) Kaavio 15 OL: Äkillisten huumekuolemien suuntaukset EU-maissa vuosina 1985–2001 (verkkoversio).

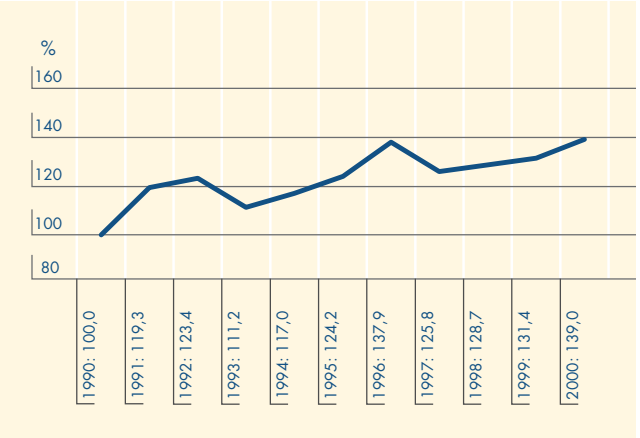
([48]) Ks. EMCDDA:n vuosiraportin (2002a, s. 17) kaavio 10 (Heroiinin käyttömuodot Espanjassa) ja kohta "Hoitopalveluiden saatavuus" (s. 34) sekä tämän raportin taulukko 3: Lääkehoidon kehitys EU:n 15 jäsenvaltiossa ja Norjassa.

Kaavio 15: Äkillisten huumekuolemien suuntaukset EU:ssa vuosina 1985–2000 ([1])

Kaavio 15 (A): Äkillisten huumekuolemien yleinen suuntaus EU:ssa vuosina 1985–2000 (indeksiluku: 1985 = 100 %)



Kaavio 15 (B): Äkillisten huumekuolemien yleinen suuntaus EU:ssa vuosina 1990–2000 (indeksiluku: 1990 = 100 %)



([1]) Jotkin maat eivät toimittaneet tietoja kaikilta vuosilta (ks. tilastotaulukko 24: EU-maissa kirjattujen "äkillisten huumekuolemien" määrä (EMCDDA:lle ilmoitettaessa käytettävien kansallisten määritelmien mukaisesti), 1985–2001 (verkkoversio)). Tilanne on korjattu käyttämällä laskentamenetelmää, joka määritellään EMCDDA:n (vuoden 2001) projektista CT.99.RTX.04 laaditussa raportissa (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/guidelines_deaths_report.pdf). Kymmenen maata toimitti tietoja vuodelta 2001, ja kuusi maata ei toimittanut niitä. Vuoden 2001 suhdelukua ei ole laskettu. Tietoja toimittaneiden maiden suuntaukset esitetään kaaviossa 15 OL: Äkillisten huumekuolemien suuntaukset EU-maissa vuosina 1985–2001 (verkkoversio). Maakohtaiset tapausten vuotuiset määrät esitetään tilastotaulukossa 24.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit 2002, tiedot on otettu kansallisista kuolinsyyrekistereistä tai erikoisrekistereistä (oikeuslääketieteellisistä tai poliisin rekistereistä). Ne perustuvat kansallisiin määritelmiin, jotka esitetään laatikossa 9 OL: Määritelmä "äkillisestä huumekuolemasta" EU:n jäsenvaltioissa siinä muodossa kuin termiä on käytetty EMCDDA:n vuosiraportissa ja ilmoitettu kansallisissa raporteissa (verkkoversio).

selvästi nouseva 1990-luvun jälkipuoliskolla, mikä voi osittain johtua joissakin tapauksissa parantuneesta raportoinnista. Portugalissa suuntaus kääntyi vuonna 2000, ja näin vaikuttaa tapahtuneen myös Suomessa vuonna 2001. Nousu voi liittyä heroiinin käytön yleistymiseen myöhäisessä vaiheessa kyseisissä maissa, mutta joissakin tapauksissa syynä voi olla myös kirjausjärjestelmien kehittyminen.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa perinteisen määritelmän mukaiset äkilliset huumekuolemat (määritelmä sisältää tietyt lääkekuolemat; ONS) ovat olleet hitaassa, mutta vakaassa nousussa vuoteen 2000 asti. Jos heroiinin ja morfiinin aiheuttamat kuolemat tutkitaan erikseen, voimakas nouseva suuntaus on kuitenkin selvästi nähtävissä: nousu oli vuonna 2000 viisinkertainen vuoteen 1993 verrattuna Englannissa ja Walesissa (Griffiths, 2003). ([49])

Muiden maiden suuntaukset eivät ole yhtä selkeitä tai muutoksia on vaikea tulkita ICD-tautiluokituksessa (9. painoksesta 10:teen) tehtyjen muutosten, kansallisten määritelmien muutosten tai tapausten vähyyden vuoksi.

Koska EU:n tasolla ei ole merkkejä huumekuolemien vähenemisestä, on selvää, että huumeiden aiheuttamia terveyshaittoja ei ole saatu läheskään ratkaistua. Samasta syystä on tutkittava edelleen huumekuolemien riskitekijöitä ja toteutettava asianmukaisia kohdennettuja toimenpiteitä.

([49]) Äskettäin kehitetyssä "huumestrategian määritelmässä" keskitytään huumeisiin, joita voidaan käyttää väärin (vuonna 1971 huumeiden väärinkäytöstä annetun lain nojalla valvottavat huumeet, jotka eivät kuitenkaan välillisesti liity kuolemiin, kuten aidsin aiheuttamiin kuolemiin), joten se muistuttaa EMCDDA:n määritelmää. Huumestrategian määritelmän mukaan ilmoitetut tapaukset miltei kaksinkertaistuivat Englannissa ja Walesissa vuoden 1993 (864) ja vuoden 2001 (1 623) välillä. EMCDDA:n määritelmän mukaan Englannissa ja Walesissa oli 1 606 tapausta vuonna 2000 ja 1 443 tapausta vuonna 2001.

Huumeiden ongelmakäyttäjien kuolleisuus

Huumeiden ongelmakäyttäjiä on alle prosentti EU:n aikuisväestöstä, mutta tähän pieneen väestöryhmään keskittyy merkittäviä terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia.

Kuolleisuuden kohorttitutkimukset osoittavat, että huumeiden ongelmakäyttäjien kuolleisuus on 20-kertainen verrattuna samanikäiseen väestöön yleensä. Korkea kuolleisuus johtuu enimmäkseen yliannostuksesta. Muita syitä ovat aids ja muut tartuntataudit, tapaturmat ja itsemurhat. Yliannostus ja tapaturmat ovat merkittävä kuolinsyy alueilla, joilla HIV:n levinneisyys on alhainen huumeidenkäyttäjien keskuudessa. Aidsin rooli on puolestaan merkittävä maissa, joissa HIV on levinnyt laajalti suonensisäisesti huumeita käyttävien keskuudessa.

Injektiokäyttäjien kuolleisuus on 2–4 kertaa korkeampi kuin muiden huumeiden ongelmakäyttäjien. HIV-tartunnan saaneiden huumeidenkäyttäjien kuolleisuus oli (viime aikoihin saakka) 2–6 kertaa korkeampi kuin niiden, joilla ei ole tartuntaa. Erot kuolleisuudessa näyttävät olevan laskussa HIV-hoidon kehityttyä viime aikoina.

Suuntaukset huumeiden ongelmakäyttäjien kuolleisuudessa

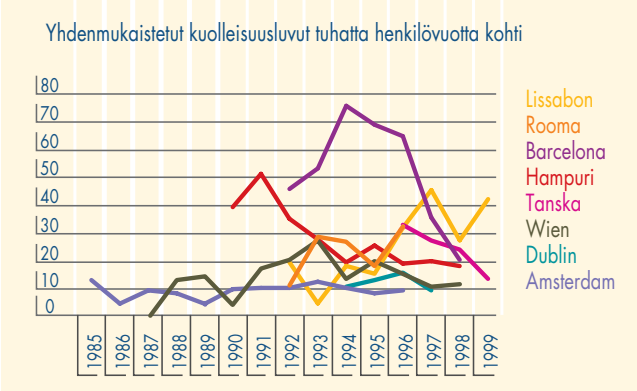
EMCDDA:n koordinoima usealla paikalla toteutettu tutkimus ([50]) osoitti, että kuolleisuus ja kuolemansyiden jakautuminen vaihtelivat tutkimuksessa mukana olleiden paikkojen välillä. Tutkimuksessa paljastui myös merkittäviä ajan myötä tapahtuneita muutoksia kokonaiskuolleisuudessa sekä erityisen syyn aiheuttamissa kuolemissa. ([51])

Barcelonassa kuolleisuus oli korkein ja Wienissä ja Dublinissa alhaisin. Monissa paikoissa kuolleisuus on laskenut 1990-luvun alun tai puolivälin jälkeen. Barcelonassa kuolleisuusluvut olivat erityisen korkeita vuosina 1992–1996, mutta ne ovat laskeneet merkittävästi viime vuosina pääasiassa aids-kuolemien vähennyttyä. Lissabonissa kuolleisuus on kasvanut viime aikoihin saakka (kaavio 15).

Hoitopaikkojen tyypittelyssä olevien erojen takia tutkimuspaikkojen tuloksia olisi vertailtava varoen, vaikka yleisesti ne edustavat tavallisesti tarjolla olevia hoitomuotoja. Huumeidenkäyttäjien ikä- ja sukupuolivakioidut kuolleisuusluvut voivat kuitenkin antaa arvokasta tietoa huumeiden ongelmakäytön vaikutuksesta kuolleisuuteen eri maissa.

Epäsuorasti ikävakioitujen kuolleisuusindeksien (SMR) ([52]) analyysi usealla paikalla toteutetun tutkimuksen kohorteissa osoitti, että Barcelonassa kuolleisuusriski oli miespuolisilla ongelmakäyttäjillä 24 kertaa ja naispuolisilla ongelmakäyttäjillä 64 kertaa suurempi kuin ikä- ja sukupuolivakioidun Espanjan väestön keskuudessa. Lissabonissa, Hampurissa ja Roomassa kuolleisuusriski oli naispuolisilla ongelmakäyttäjillä 30–40 kertaa suurempi kuin muulla väestöllä. Naispuolisten ongelmakäyttäjien korkeaa kuolleisuusindeksiä selittää jossakin määrin se, että nuorten naisten kuolleisuus väestössä yleensä on alhaisella tasolla.

Kaavio 16: Huumeiden ongelmakäyttäjien kuolleisuus useissa EU:n kaupungeissa tai maissa



Huom. Vakioidut kuolleisuusluvut, miehet ja naiset. Vieroitushoitokeskuksiin otettujen huumeidenkäyttäjien kaikista syistä aiheutuneiden kuolemien kohortit. Hoitokeskusten ja hoitomuotojen luokitteluissa on eroja, mutta hoitokeskukset ja hoitomuodot kuvaavat yleensä tavallisimpia eri kohteissa tarjottavia hoitotapoja, ja siksi kohortit edustavat melko hyvin eri kohteissa hoitoa saavaa väestönosaa. Lisätietoja esitetään tilastotaulukossa 26: EMCDDA:n usealla paikalla toteutettuun tutkimukseen osallistuneet kuolleisuuden kohortit – osallistujien ominaispiirteet ja tulokset (verkkoversio).
EMCDDA:n useassa paikassa samanaikaisesti toteutettuun tutkimukseen kuului myös Ruotsin kohortti (ks. tilastotaulukko 26:n osallistujien ominaispiirteet sekä Bargali et al., 2002). Kohortin tulosten esittelemistä on siirretty kohortin tarkistamiseksi ja tietojen lisäanalyysin suorittamiseksi Ruotsin osalta.

Lähteet: EMCDDA:n hankkeet CT.99.EP.07 ja CT.00.EP.13, "Mortality of drug users in the EU", joita koordinoi Department of Epidemiology, Rome E Health authority.

Katso tämän osuuden lisätiedot osoitteessa **http://annualreport.emcdda.eu.int:**

Laatikko 9 OL: Määritelmä "äkillisestä huumekuolemasta" EU:n jäsenvaltioissa siinä muodossa kuin termiä on käytetty EMCDDA:n vuosiraportissa ja ilmoitettu kansallisissa raporteissa

Laatikko 10 OL: Huumeisiin liittyvät kuolemat – EMCDDA:n määritelmä

Tilastotaulukko 24: EU-maissa kirjattujen "äkillisten huumekuolemien" määrä (EMCDDA:lle ilmoitettaessa käytettävien kansallisten määritelmien mukaisesti), 1985–2001

Tilastotaulukko 25: Yhteenveto äkillisesti huumeisiin kuolleiden ominaispiirteistä EU-maissa

([50]) EMCDDA:n hankkeet CT.99.EP ja CT.00.EP.13, Mortality of drug users in the EU, joita koordinoi Department of Epidemiology ASL RME (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/death_mortality.shtml).

([51]) Ks. tilastotaulukko 26: EMCDDA:n usealla paikalla toteutettuun tutkimukseen osallistuneet kuolleisuuden kohortit – osallistujien ominaispiirteet ja tulokset (verkkoversio).

([52]) SMR:n avulla arvioidaan, miten monta kertaa huumeiden ongelmakäyttäjien kuolleisuus on samanikäisen ja samaa sukupuolta edustavan muun väestön kuolleisuutta suurempi.

Tilastotaulukko 26: EMCDDA:n usealla paikalla toteutettuun tutkimukseen osallistuneet kuolleisuuden kohortit – osallistujien ominaispiirteet ja tulokset

— Opiaattien käyttäjien ominaispiirteet kohorteissa tutkimuspaikan mukaan

— Epäsuorasti ikävakioidut kuolleisuusindeksit (SMR) sukupuolen ja tutkimuspaikan mukaan

— jakautuminen tutkimukseen osallistuneissa kohorteissa

Huumeidenkäyttö ja rikollisuus: perustietoja ([1])

Useiden lähteiden mukaan valtaosa hoidossa olevista huumeidenkäyttäjistä on ollut tekemisissä rikosoikeusjärjestelmän kanssa. Rikoksesta syytetyistä ja vangeista Kreikassa (Aristotelian University of Thessaloniki, 2000) sekä Englannissa ja Walesissa (Bennett, 2000) tehdyt tutkimukset osoittavat, että huumeidenkäyttäjät ovat muita useammin syyllistyneet monenlaisiin rikoksiin. Huumeidenkäyttäjät tekevät yleensä etenkin omaisuusrikoksia (Aristotelian University of Thessaloniki, 2000; Bennett, 2000; Meijer et al., 2002).

Huumeidenkäytön ja rikollisuuden välistä yhteyttä selvitettiin tutkimuksessa, joka koski Irlannin vankeja (Hannon et al., 2000). Sen mukaan 51 prosenttia miehistä ja 69 prosenttia naisista oli tehnyt vankeustuomioon johtaneen rikoksen huumausaineiden vaikutuksen alaisena. Toisessa tutkimuksessa (Millar et al., 1998), joka koski epäiltyjä nuorisorikollisia Irlannissa, arviolta 42 prosenttia tapauksista liittyi alkoholinkäyttöön, 17 prosenttia huumeidenkäyttöön ja 4 prosenttia kumpaankin. Alkoholi oli useimmiten yhteydessä yleisen järjestyksen vastaisiin tekoihin ja huumausaineet ryöstöihin.

Nämä tulokset ovat kiinnostavia, mutta ne ovat pikemminkin vain yksi esimerkki kuin edustava otos huumeidenkäytön ja rikollisuuden välisestä yhteydestä. Ensiksikin ne on saatu tiettyjä väestöryhmiä koskeneissa tutkimuksissa. Toiseksi tulokset saattavat vaihdella huomattavasti huumausaineen mukaan. Kolmanneksi huumeidenkäytön ja rikollisuuden välistä yhteyttä ja etenkin syy-yhteyttä on erittäin vaikea määrittää.

([1]) Kreikka, Irlanti, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta antoivat laatikossa olevat tulokset vuoden 2002 kansallisissa raporteissaan EMCDDA:lle.

Huumeisiin liittyvä rikollisuus

Huumeisiin liittyvään rikollisuuteen voidaan katsoa kuuluvan huumelainsäädännön mukaiset rikokset, laittomien huumausaineiden vaikutuksen alaisena tehdyt rikokset, huumeidenkäytön rahoittamiseksi tehdyt rikokset (pääasiassa omaisuusrikokset ja laiton kauppa) sekä järjestelmällisesti toteutetut rikokset, jotka ovat osa laittomien markkinoiden toimintaa (taistelut alueista, virkamiesten lahjominen jne.). Huumelainsäädännön rikkomista lukuun ottamatta edellä mainitut rikokset eivät näy tavallisesti saatavilla olevissa tiedoissa. Jos tietoja on, ne saadaan paikallisista *ad hoc* -tutkimuksista, joista on vaikea tehdä päätelmiä.

Huumerikokset

"Kansalliset ilmoitukset" huumerikoksista (kuten käytöstä, hallussapidosta ja laittomasta kaupasta) ([53]) heijastelevat paitsi lainsäädännön eroja myös lain täytäntöönpanon ja soveltamisen eroja sekä rikosoikeusviranomaisten painopisteitä ja resursseja. Myös huumelainsäädännön vastaisista rikoksista ja rikoksentekijöistä tehdyissä tietojärjestelmissä on huomattavia eroja maiden välillä, varsinkin kirjaamiskäytännöissä, määritelmissä ja tilastoyksiköissä. Nämä erot hankaloittavat EU-maiden tietojen vertailua. Siksi vertaillaan pikemminkin suuntauksia kuin absoluuttisia lukuja aina, kun se on mahdollista.

Suurin osa tilastoiduista huumerikoksista liittyi huumeidenkäyttöön tai hallussapitoon käyttöä varten. ([54]) Portugalissa ([55]) näitä rikoksia oli vähiten eli 39 prosenttia kaikista huumelainsäädännön mukaisista rikoksista ja Itävallassa eniten, 89 prosenttia. Espanjassa, Italiassa ja Alankomaissa huumeidenkäyttö ei ole rikos, joten kaikki huumerikokset liittyivät huumekauppaan. Luxemburgissa ja Norjassa ([56]) tilastoitiin eniten sekä huumeidenkäyttöön/-välitykseen että huumekauppaan liittyviä rikoksia.

Kannabis oli edelleen vuonna 2001 yleisin huume huumelainsäädännön mukaisissa rikoksissa. Sen osuus oli 34 prosenttia huumeisiin liittyvistä ilmoituksista Portugalissa ja Ruotsissa ja peräti 86 prosenttia Ranskassa. Luxemburgissa heroiini oli yleisin huume huumerikoksissa, ja Alankomaissa useimmat huumerikokset liittyivät "koviin huumeisiin" (muihin kuin kannabikseen ja sen johdannaisiin). ([57])

Suuntaukset

Koko EU:ssa huumerikoksista tehdyt "ilmoitukset" lisääntyivät tasaisesti yli 15 vuoden ajan vuosina 1985–2001. ([58]) Ne lisääntyivät yli nelinkertaisesti koko EU:n alueella: Tanskassa,

([53]) Termi "ilmoitukset" pitää sisällään eri asioita eri maissa (poliisiraportit huumelainsäädännön rikkomisesta epäillystä, syytteet huumelainsäädännön rikkomisesta jne.). Tarkat määritelmät on maittain laatikossa 11 OL: Huumerikosilmoitusten määritelmät EU-maissa ja Norjassa (verkkoversio). (Edellisissä vuosiraporteissa käytettiin termiä "pidätykset".)

([54]) Tilastotaulukko 27: Tavallisimmat huumerikokset, joista tehdään "ilmoituksia" EU-maissa ja Norjassa (verkkoversio).

([55]) Portugalissa huumeidenkäyttö on ollut dekriminalisoitu heinäkuusta 2001. Sen seurauksena sellaisten huumerikosten osuus, joka oli huumeidenkäyttöön liittyvää, oli alhaisempaa vuonna 2001 kuin vuonna 2000, jolloin sen osuus oli 55 prosenttia.

([56]) Norja ei ole voinut erottaa toisistaan "huumeiden välitystä / huumekauppaa" ja "huumeidenkäyttöä / huumeiden välitystä ja huumekauppaa". Loput huumerikokset liittyvät yksistään "huumeidenkäyttöön".

([57]) Tilastotaulukko 28: Huumerikoksista tehtyihin "ilmoituksiin" yleisimmin liittyvät huumausaineet EU-maissa ja Norjassa (verkkoversio).

([58]) Tilastotaulukko 29: Huumerikoksiin liittyvät "ilmoitukset" EU-maissa ja Norjassa, 1985–2001 (verkkoversio).

Luxemburgissa ja Alankomaissa määrä liki kaksinkertaistui ja Irlannissa ja Suomessa yli kuusinkertaistui.

Kolmena viime vuotena, joilta on tietoa, huumerikoksiin liittyvät "ilmoitukset" lisääntyivät useimmissa EU-maissa. Jyrkintä nousu oli Irlannissa, Suomessa ja Norjassa. Vuonna 2001 Tanska, Ranska, Italia, Luxemburg ja Portugali ([59]) ilmoittivat kuitenkin huumerikoksiin liittyvien "ilmoitusten" vähentyneen ([60]) (kaavio 17).

Kaikissa maissa, joista saatiin tietoa, huumeidenkäyttöön tai hallussapitoon käyttöä varten liittyneiden rikosten osuus kaikista huumerikoksista laski yleisesti vuodesta 1996 vuoteen 1999 tai 2000. ([61]) Sittemmin suuntauksissa on ollut eroja: suuntaus on ollut jatkuvasti nouseva Saksassa, Ranskassa ja Norjassa, laskeva Luxemburgissa, Itävallassa, Portugalissa ja Ruotsissa ja tasainen Yhdistyneessä kuningaskunnassa ([62]).

EU:n kymmenestä jäsenvaltiosta saatujen tietojen perusteella voidaan määrittää ilmoituksiin liittyneiden huumausaineiden suuntaukset vuosina 1996–2001. Tänä ajanjaksona kannabiksen osuus kaikista huumerikoksista nousi Saksassa, Espanjassa, Ranskassa, Italiassa, Luxemburgissa ja Portugalissa, pysyi ennallaan Ruotsissa ja laski Irlannissa, Itävallassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa ([63]). Vuonna 2001 nousu oli tuntuvaa Espanjassa, Luxemburgissa ja Portugalissa. ([64])

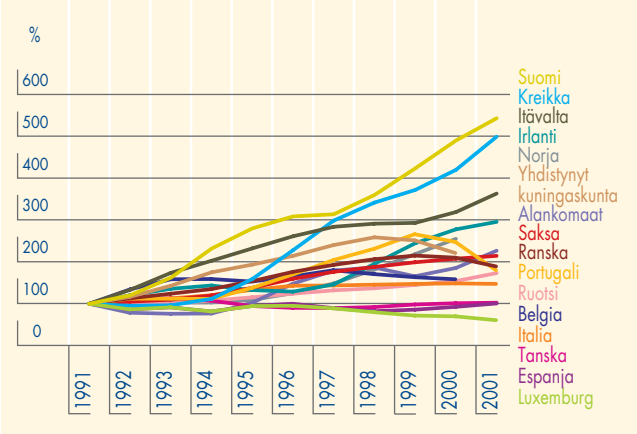
Samana ajanjaksona heroiiniin liittyneet rikokset vähenivät kaikissa jäsenvaltioissa, joista saatiin tietoja, lukuun ottamatta Yhdistynyttä kuningaskuntaa, jossa heroiiniin liittyvät rikokset ovat lisääntyneet koko ajan vuodesta 1996. ([65]) Päinvastainen suuntaus on havaittavissa kokaiiniin liittyvissä rikoksissa, jotka vähenivät kaikissa maissa lukuun ottamatta Saksaa ja Portugalia. ([66])

Huumeidenkäyttäjät rikosoikeusjärjestelmässä: vangit

Rutiininomaisesti kerätyt vankeja koskevat kansalliset tiedot huumeidenkäytöstä, käyttötavoista ja seurauksista ovat harvinaisia. Suurin osa EU:ssa saatavilla olevista tiedoista perustuu paikallisen tason *ad hoc* -tutkimuksiin, joissa vankiotokset ovat kooltaan vaihtelevia, mutta yleensä pieniä. Päätelmien teko on näiden syiden takia hyvin vaikeaa.

Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että muuhun yhteiskuntaan verrattuna huumeidenkäyttäjät ovat yliedustettuina vankiloissa. ([67]) EU:n alueella ainakin kerran laittomia huumausaineita kokeilleiden vankien osuus vaihtelee

Kaavio 17: EU-maissa ja Norjassa vuosina 1991–2001 ilmoitetut huumerikokset – kolmen vuoden liukuva keskiarvo suhteutettuna (1991 = 100)



Huom. Huumerikoksista tehtävien ilmoitusten määritelmät esitetään tilastotaulukossa 29: Huumerikoksiin liittyvät "ilmoitukset" EU-maissa ja Norjassa, 1985–2001 (verkkoversio). Todelliset arvot ovat kaikista maista vuodelta 2001, Belgiasta vuosilta 1995 ja 1997, Espanjasta vuodelta 1996 sekä Yhdistyneestä kuningaskunnasta ja Norjasta vuodelta 2000, sillä saatavilla olevien tietojen perusteella ei voitu laskea liukuvia keskiarvoja näiden maiden osalta. Tutkimussarja keskeytyi Belgiassa vuonna 1996 (tietoja ei ole saatavilla).

Lähteet: Reitoxin kansalliset seurantakeskukset.

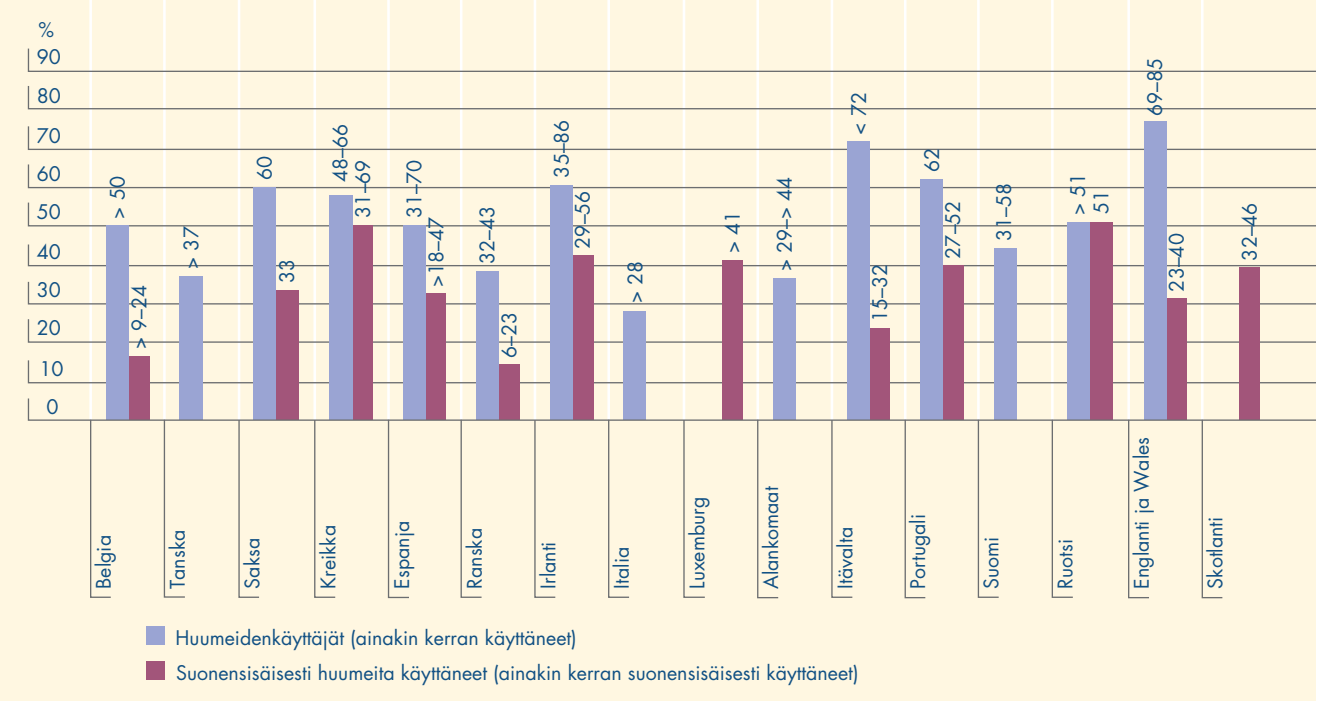
maittain ja vankiloittain 29 prosentista 86 prosenttiin. Useimmissa tutkimuksissa osuus oli yli 50 prosenttia (kaavio 18). Kuten yhteiskunnassa yleensä, myös vankiloissa kannabis on kaikkein yleisimmin kokeiltu huumausaine, mutta useiden tutkimusten mukaan myös heroiinia kokeilleiden määrät ovat korkeita (joissakin tapauksissa jopa yli 50 % vangeista).

Useiden tutkimusten mukaan huumeita säännöllisesti ja/tai haitallisesti käyttäviä vankeja, kuten injektiokäyttäjiä, säännöllisesti käyttäviä tai huumeriippuvaisia, oli 6–69 prosenttia. Etenkin useat EU:ssa tehdyt tutkimukset osoittavat, että noin kolmannes aikuisista miesvangeista käyttää huumeita suonensisäisesti (Bird ja Rotily, 2002).

Suurin osa huumeidenkäyttäjistä lopettaa huumeidenkäytön tai vähentää sitä vankilaan joutumisen jälkeen. Jotkut kuitenkin jatkavat huumeidenkäyttöä, ja toiset taas aloittavat käytön vasta vankilassa. Vangeista 12–60 prosenttia käyttää huumeita, 10–42 prosenttia säännöllisesti. Vangeista 3–34 prosenttia on käyttänyt huumeita suonensisäisesti vankilassa ollessaan. ([68])

([59]) Väheneminen Portugalissa johtuu pääasiassa huumeidenkäytön dekriminalisoitumisesta heinäkuusta 2001 lähtien.
([60]) Kirjoitushetkellä vuonna 2001 tietoja oli saatavissa Belgian, Norjan ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.
([61]) Ks. kaavio 16 OL: Huumeidenkäyttöön / hallussapitoon käyttöä varten liittyvien rikosilmoitusten osuus kaikista rikoksista vuosina 1996–2001 (verkkoversio).
([62]) Vuoteen 2000 asti. Kirjoitushetkellä vuoden 2001 tietoja ei ollut saatavilla Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.
([63]) Vuoteen 2000 asti. Kirjoitushetkellä vuoden 2001 tietoja ei ollut saatavilla Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.
([64]) Ks. kaavio 17 OL: Kannabikseen liittyvien rikosilmoitusten osuus kaikista huumerikoksista vuosina 1996–2001 (verkkoversio).
([65]) Ks. kaavio 18 OL: Heroiiniin liittyvien rikosilmoitusten osuus kaikista huumerikoksista vuosina 1996–2001 (verkkoversio).
([66]) Ks. kaavio 19 OL: Kokaiiniin liittyvien rikosilmoitusten osuus kaikista huumerikoksista vuosina 1996–2001 (verkkoversio).
([67]) Ks. tilastotaulukko 30: Huumeidenkäyttäjien osuus vangeista EU-maissa ja Norjassa (verkkoversio).
([68]) Ks. kaavio 20 OL: Arvioitu huumeidenkäyttöaste EU-maiden ja Norjan vankiloissa (verkkoversio).

Kaavio 18: Arviot ainakin kerran huumeita käyttäneiden määristä EU:n vankiloissa



Huom. Tiedot koskevat aina, kun se on mahdollista, aikuisia vankeja, vaikka joihinkin lukuihin saattaakin sisältyä myös nuoria rikoksentekijöitä. Kaaviossa esitettävät arvot on johdettu seuraavista tiedoista. Vertailuja on tehtävä varoen, sillä määritelmissä, viiteajanjaksoissa ja menetelmissä on suuria eroja eri tutkimusten ja eri maiden välillä. Useimmat tiedot on saatu paikallisista *ad hoc* -tutkimuksista (eivät ole verrattavissa). Lisätietoja kustakin tutkimuksesta esitetään tilastotaulukossa 30: Huumeidenkäyttäjien osuus vangeista EU-maissa ja Norjassa.

Belgia

- 50 prosenttia huumeiden käyttöä viimeisenä vankilaa edeltäneenä kuukautena, 1999 (n = 246).
- 9 prosenttia ennen vankilaa huumeita säännöllisesti injektiona käyttäneitä, 1999 (n = 246); 24 prosenttia ennen vankilaa huumeita injektiona käyttäneitä, 1997 (n = 115).

Tanska

- 37 prosenttia viimeisten vankilaa edeltäneiden 6 kuukauden aikana huumeita toistuvasti käyttäneitä, 2001 (n = 3 445).

Saksa

- 60 prosenttia huumeiden käyttäjiä, 1996 (n = 16).
- 33 prosenttia huumeiden injektiokäyttöä ennen vankilaa, 1997 (n = 437).

Kreikka

- 48 prosenttia ainakin kerran ennen vankilaa huumeita käyttäneitä (n = 136), 2000; 66 prosenttia ainakin kerran ennen vankilaa heroiinia käyttäneitä, 1995 (n = 544).
- 34 prosenttia ainakin kerran huumeita injektiona käyttäneitä, 1996 (n = 861); 31 prosenttia injektiokäyttäjiä, 1995 (n = 1 183); 69 prosenttia injektiokäyttäjiä ennen vankilaa, 1995 (n = 544).

Espanja

- 43 prosenttia kannabista viimeisenä vankilaa edeltäneenä kuukautena käyttäneitä, 2000 (n = 5 028); 31 prosenttia kokaiinia viimeisenä vankilaa edeltäneenä kuukautena käyttäneitä, 1998 (n = 2 223); 70 prosenttia (naiset) joskus päihteitä käyttäneitä (alkoholi mukaan luettuna), 1998 (n = 356); 35 prosenttia (naiset) säännöllisesti päihteitä käyttäneitä (alkoholi mukaan luettuna), 1998 (n = 356); 56 prosenttia huumeita käyttäneitä, 1998 (n = 1 011).
- 18 prosenttia viimeisenä vankilaa edeltäneenä kuukautena heroiinia injektiona käyttäneitä, 1998 (n = 2 223); 47 prosenttia ennen vankilaa huumeita injektiona käyttäneitä, 1997 (n = 101).

Ranska

- 43 prosenttia viimeisenä vankilaa edeltäneenä vuotena huumeita käyttäneitä, 1998 (n = 1 212); 32 prosenttia viimeisenä vankilaa edeltäneenä vuotena huumeita säännöllisesti käyttäneitä, 1997 (n = 8 728); 35 prosenttia viimeisenä vankilaa edeltäneenä vuotena kannabista käyttäneitä, 1997 (n = 960).
- 12 prosenttia ainakin kerran ennen vankilaa huumeita injektiona käyttäneitä, 1998 (n = 1 212); 9 prosenttia viimeisenä vankilaa edeltäneenä vuotena huumeita injektiona käyttäneitä, 1998 (n = 1 212); 6 prosenttia viimeisenä vankilaa edeltäneenä vuotena huumeita injektiona käyttäneitä, 1997 (n = 8 728); 14 prosenttia ennen vankilaa huumeita injektiona käyttäneitä, 1997 (n = 960); 23 prosenttia ainakin kerran ennen vankilaa huumeita injektiona käyttäneitä, 1996 (n = 574).

Irlanti

- 35 prosenttia ainakin kerran heroiinia käyttäneitä, 1999 (n = 607); 52 prosenttia ainakin kerran heroiinia käyttäneitä, 1998 (n = 1 205); 70 prosenttia ainakin kerran heroiinia käyttäneitä, 1997 (n = ei tietoja); 86 prosenttia (miehet) ainakin kerran huumeita käyttäneitä, 1996 (n = 108).
- 29 prosenttia ainakin kerran huumeita injektiona käyttäneitä, 1999 (n = 607); 43 prosenttia ainakin kerran huumeita injektiona käyttäneitä, 1998 (n = 1 205); 56 prosenttia (miehet) ainakin kerran huumeita injektiona käyttäneitä, 1996 (n = 108).

Italia

- 28 prosenttia joskus elämässään ennen vankilaa huumeista riippuvaisia, 2001 (n = 55 275).

Luxemburg

- 41 prosenttia säännöllisiä huumeiden injektiokäyttäjiä, 1998 (n = 362); 32 prosenttia säännöllisiä huumeiden injektiokäyttäjiä ennen vankilaa, 1998 (n = 362).

Alankomaat

- 29 prosenttia huumeongelmaisia, 1997 (n = 528); 44 prosenttia huumeista riippuvaisia, 1997 (n = 319).

Itävalta

- 72 prosenttia joskus elämässään huumeita käyttäneitä (huumerikkomuksiin erikoistuneessa vankilassa), 1994 (n = 307).
- 26 prosenttia (miehet) ja 32 prosenttia (naiset) ennen vankilaa huumeita injektiona käyttäneitä, 1999 (n = 143 ja 69); 15 prosenttia huumeita injektiona käyttäviä, 1996 (asiantuntijoiden arvio).

Portugali

- 62 prosenttia joskus elämässään huumeita käyttäneitä, 2001 (n = 2 057).
- 27 prosenttia ainakin kerran huumeita ennen vankilaa injektiona käyttäneitä, 2001 (n = 2 057); 52 prosenttia ennen vankilaa huumeita injektiona käyttäneitä, 1997 (n = 535).

Suomi

- 58 prosenttia joskus elämässään huumeita käyttäneitä, 2001 (n = 825); 31 prosenttia joskus elämässään huumeita käyttäneitä, 1995 (n = ei tietoja).

Ruotsi

- 51 prosenttia viimeisenä vankilaa edeltäneenä vuotena huumeita injektiona tai päivittäin käyttäneitä, 2000 (n = 3 352).
- 51 prosenttia viimeisenä vankilaa edeltäneenä vuotena huumeita injektiona tai päivittäin käyttäneitä, 2000 (n = 3 352).

Englanti ja Wales

- 84 prosenttia (naiset) ainakin kerran ennen vankilaa huumeita käyttäneitä, 2001 (n =301); 69–85 prosenttia ainakin kerran ennen vankilaa huumeita käyttäneitä, 1997 (n = 3 140).
- 38 prosenttia (naiset) ainakin kerran ennen vankilaa huumeita injektiona käyttäneitä, 2001 (n = 301); 24 prosenttia (miehet) ja 29 prosenttia (naiset) ainakin kerran huumeita injektiona käyttäneitä, 1997–1998 (n = 2 769 ja 407); 23–40 prosenttia ainakin kerran huumeita injektiona käyttäneitä, 1997 (n = 3 139).

Skotlanti

- 32 prosenttia (miehet) ja 46 prosenttia (naiset) ainakin kerran huumeita injektiona käyttäneitä, 1991–1996 (n = 2 286 ja 132).

Lähteet: Reitoxin kansalliset seurantakeskukset. Ks. myös tilastotaulukko 30: Huumeidenkäyttäjien osuus vangeista EU-maissa ja Norjassa (verkkoversio).

Katso tämän osuuden tilastotaulukot osoitteessa **http://annualreport.emcdda.eu.int:**

Tilastotaulukko 27: Tavallisimmat huumerikokset, joista tehdään "ilmoituksia" EU-maissa ja Norjassa

Tilastotaulukko 28: Huumerikoksista tehtyihin "ilmoituksiin" yleisimmin liittyvät huumausaineet EU-maissa ja Norjassa

Tilastotaulukko 29: Huumerikoksiin liittyvät "ilmoitukset" EU-maissa ja Norjassa, 1985–2001

Tilastotaulukko 30: Huumeidenkäyttäjien osuus vangeista EU-maissa ja Norjassa

Huumemarkkinat ja huumeiden saatavuus

Huumetakavarikkojen lukumäärää tietyssä maassa pidetään yleensä epäsuorana indikaattorina huumeiden tarjonnasta ja saatavuudesta, vaikka siinä kuvastuvat myös lainvalvonnan resurssit, painopisteet ja strategiat sekä huumekauppiaiden alttius jäädä kiinni. Takavarikoitujen huumeiden määrät ([69]) voivat muuttua vuodesta toiseen esimerkiksi muutaman suuren takavarikon vuoksi. Tästä syystä takavarikkojen lukumäärä ([70]) useissa maissa on yleensä parempi indikaattori osoittamaan suuntauksia ([71]). Kaikissa maissa pienet takavarikot muodostavat suurimman osan takavarikoista vähittäiskaupassa. ([72]) Jos takavarikoitujen huumeiden alkuperä ja määränpää ovat tiedossa, ne voivat antaa viitteitä salakuljetusreiteistä ja tuotantoalueista. Useimmat jäsenvaltiot ilmoittavat huumeiden hinnat ja puhtauden vähittäiskaupassa. Tiedot tulevat kuitenkin monista eri lähteistä, eivätkä ne ole aina vertailukelpoisia tai luotettavia, joten tarkkojen vertailujen tekeminen maiden välillä on vaikeaa.

Tiedot vuoden 2001 takavarikoista ([73]) Belgiassa, Italiassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa puuttuivat tätä vuosiraporttia laadittaessa, joten analyysit vuoden 2001 tilanteesta ja suuntauksista vuoteen 2001 saakka ovat puutteellisia. Taulukossa 1 on tietoa huumetakavarikoista EU:ssa ja Norjassa vuonna 2001. Jäljempänä mainitut suuntaukset vuosina 2000 ja 2001 on päätelty EU:n kokonaisluvuista, jotka laskettiin niistä maista, joista saatiin tietoa kummaltakin vuodelta.

Europolin mukaan maailmanlaajuiset tilastot osoittavat, että noin 75 prosenttia kaikista laittomien huumausaineiden takavarikoista keskittyy muutamaan maahan. Näitä maita ovat Espanja, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta (kannabishartsin salakuljetus) Marokon ja Pakistanin ohella, Espanja (kokaiinin salakuljetus) Kolumbian, Meksikon, Panaman ja Yhdysvaltojen ohella sekä Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta (synteettisten huumeiden salakuljetus) Kiinan, Thaimaan ja Yhdysvaltojen ohella. ([74])

Huumeiden saatavuus 15–24-vuotiaiden keskuudessa

Vuonna 2002 tehdyssä Eurobarometri-tutkimuksessa (EORG, 2002) selvitettiin nuorten asennoitumista huumeisiin EU:n jäsenvaltioissa. Siinä on tietoa altistumisesta kannabikselle ja laittomien huumeiden saatavuudesta. Koko EU:ssa 65 prosenttia vastaajista tunsi kannabista käyttävän henkilön ja 46 prosentille vastaajista oli joskus tarjottu kannabista. Maasta riippuen 34–69 prosentin (55 %:n) ([1]) mukaan huumeita oli helppo saada koulun lähellä, 39–71 prosentin (62 %:n) mukaan kodin lähellä, 46–90 prosentin (72 %:n) mukaan baareissa tai klubeilla ja 49–90 prosentin (76 %:n) mukaan juhlissa.

([1]) Suluissa olevat luvut ovat EU:n keskiarvo.

Kannabis

Kannabis on eniten takavarikoitu huume kaikissa muissa jäsenvaltioissa paitsi Portugalissa, jossa heroiinitakavarikot ovat yleisimpiä. Vuodesta 1996 alkaen Espanjassa on takavarikoitu suurimmat määrät kannabista, yli puolet koko EU:n alueella takavarikoidusta kannabiksesta. Vuoteen 2000 saakka Yhdistyneessä kuningaskunnassa kannabiksen takavarikkoja tehtiin lukumääräisesti enemmän kuin Espanjassa, mutta erät olivat keskimäärin pieniä. ([75])

Marokko oli edelleen vuonna 2001 EU:ssa takavarikoidun kannabishartsin tärkein tuottajamaa. Kannabista voidaan salakuljettaa suoraan Marokosta, mutta usein sitä tuodaan Pyreneiden niemimaan ja varsinkin Espanjan kautta. Kannabishartsia salakuljetetaan myös Pohjoismaista ja Baltian maista Suomeen sekä Albaniasta Kreikkaan ja Italiaan. Suurin osa Belgiassa, Saksassa, Ranskassa, Luxemburgissa ja Alankomaissa takavarikoidusta kannabisruohosta on peräisin Alankomaista. ([76])

([69]) Ks. kaavio 21 OL: EU-maissa ja Norjassa vuosina 1996–2000 takavarikoidut huumemäärät (suhdeluvut, 1996 = 100); ja kaavio 22 OL: EU-maissa ja Norjassa vuosina 1985–2000 takavarikoidut kannabis-, kokaiini-, heroiini- ja amfetamiinimäärät (verkkoversio).

([70]) Ks. kaavio 23 OL: Huumetakavarikkojen lukumäärä EU-maissa ja Norjassa (suhdeluvut, 1996 = 100) vuosina 1996–2000; ja kaavio 24 OL: Kannabiksen, heroiinin, kokaiinin, amfetamiinin, ekstaasin ja LSD:n takavarikkojen lukumäärä EU-maissa ja Norjassa vuosina 1985–2000 (verkkoversio).

([71]) Suuntauksia EU:n tasolla kannattaa analysoida varoen, sillä sarjat aloitetaan usein eri vuosina eri maissa. Lisätietoja: ks. tilastotaulukot 31–43 (verkkoversio).

([72]) Ks. kaavio 25 OL: Takavarikoitujen huumeiden määrä ja huumetakavarikkojen lukumäärä EU-maissa (suhdeluvut 1996 = 100) vuosina 1996–2000 (verkkoversio).

([73]) Tiedot vuoden 2001 takavarikoiden lukumäärästä puuttuivat Italiasta ja Alankomaista. Tiedot vuoden 2001 takavarikoiden lukumäärästä ja takavarikoitujen huumeiden määristä puuttuivat Belgiasta ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta.

([74]) Europolin antamat lisätiedot ovat laatikossa 12 OL: Huumekauppa EU:ssa.

([75]) Tämä on tarkistettava sitten, kun Yhdistyneen kuningaskunnan tiedot saadaan.

([76]) Kansallisten raporttien mukaan.

Taulukko 1: Huumetakavarikot EU-maissa ja Norjassa, 2001

Maa	Amfetamiinit		Kokaiini		Kannabis		Heroiini		LSD		Ekstaasi	
	Lukumäärä	Määrä (kg)	Lukumäärä	Määrä (kg)	Lukumäärä	Määrä (kg)	Lukumäärä	Määrä (kg)	Lukumäärä	Määrä (annoksia)	Lukumäärä	Määrä (tabletteja)
Belgia	tes	tes	tes	tes	tes	tes	tes	tes	tes	tes	tes	tes
Tanska	954	161	815	26	5 788	1 763	1 304	25	29	159	331	150 080
Saksa (1)	3 459	263	4 044	1 288	29 824	8 942	7 538	836	289	11 441	4 290	4 576 504
Kreikka (2) (3)	tes	0,078	tes	297	tes	11 926	tes	330	tes	577	tes	58 845
Espanja (4)	4 574	18	26 127	33 681	74 391	518 620	11 800	631	tes	26 535	11 947	860 164
Ranska	111	57	1 583	2 094	45 789	62 121	2 652	351	115	6 718	1 589	1 503 773
Irlanti (5) (6)	162	18	300	5	6 233	10 157	802	30	6	323	1 485	469 862
Italia	tes	0,6	tes	1 808	tes	53 078	tes	2 005	tes	1 139	tes	tes
Luxemburg	7	0	58	8	490	16	211	1	1	1	17	8 359
Alankomaat (7) (8) (9)	tes	579	tes	8 389	tes	33 419	tes	739	tes	28 731	tes	3 684 505
Itävalta	161	3	768	108	5 249	456	895	288	32	572	352	256 299
Portugali (10) (11) (12)	4	0	1 100	5 575	2 411	6 707	2 430	316	6	3 588	160	126 451
Suomi (13)	3 778	137	55	7	5 846	622	557	8	14	1 026	465	81 228
Ruotsi	5 513	231	328	39	6 935	739	1 271	32	28	629	595	86 336
Yhdistynyt kuningaskunta	tes	tes	tes	tes	tes	tes	tes	tes	tes	tes	tes	tes
Norja	4 214	93	477	21	10 254	861	2 501	68	52	417	829	61 575
Yhteensä	**tes**	**tes**	**tes**	**tes**	**tes**	**tes**	**tes**	**tes**	**tes**	**tes**	**tes**	**tes**

tes = tietoja ei ole saatavilla.
(1) Amfetamiineja koskeviin tietoihin sisältyvät myös metamfetamiinit.
(2) Vuonna 2001 takavarikoitiin myös pieni määrä amfetamiinitabletteja.
(3) Vuonna 2001 takavarikoitiin myös yksi LSD-tabletti.
(4) Vuonna 2001 takavarikoitiin myös 11 026 amfetamiinitablettia.
(5) Vuonna 2001 tehtiin myös 23 takavarikkoa ja takavarikoitiin 0,975 kiloa metyyliamfetamiineja.
(6) Vuonna 2001 takavarikoitiin myös 10 LSD-tablettia.
(7) Vuonna 2001 takavarikoitiin myös 20 592 amfetamiinitablettia.
(8) Vuonna 2001 takavarikoitiin myös 884 609 "nederwiet"-kasvia (kannabista).
(9) Vuonna 2001 takavarikoitiin myös 113 grammaa ekstaasia.
(10) Vuonna 2001 takavarikoitiin myös 25 amfetamiinitablettia.
(11) Heroiinin takavarikkojen lukumäärään sisältyvät myös nestemäisen heroiinin takavarikot.
(12) Vuonna 2001 takavarikoitiin myös 100 grammaa ekstaasia.
(13) Kannabiksen takavarikkojen lukumäärään sisältyy ainoastaan hasis.
Lähteet: Reitoxin kansalliset seurantakeskukset.

Lisäksi Ranska mainitsee omat alueensa, Belgian ja Italian kannabisruohon muina toimituslähteinä. Kannabisruohoa tuodaan myös Kreikkaan ja Italiaan Albaniasta ja Portugaliin Angolasta. Useimmissa jäsenvaltioissa kannabista tuotetaan paikallisesti.

Vuonna 2001 kannabishartsin vähittäishinta vaihteli keskimäärin 2,3 eurosta (Yhdistynyt kuningaskunta) 26,6 euroon (Norja) grammalta sekä kannabislehtien vähittäishinta keskimäärin 1,9 eurosta (Espanja) 8 euroon (Belgia, Ruotsi) grammalta. Tehoaineen eli tetrahydrokannabinolin (THC) pitoisuus kannabishartsissa vaihtelee yleensä 5:n ja 13 prosentin välillä, mutta EU:ssa löydettiin vuonna 2001 eriä, joiden THC-pitoisuus oli 0,15–39 prosenttia. Kannabislehtien keskimääräinen THC-pitoisuus on samanlainen, noin 5–11 prosenttia, vaikkakin Norjassa yleensä tätäkin alhaisempi (1–3 %). Joissakin näytteissä Saksassa se on ollut jopa 34 prosenttia.

Suuntaukset

Kannabiksen takavarikkojen (77) lukumäärä kasvoi tasaisesti EU:ssa vuodesta 1985, mutta se näyttää tasaantuneen vuodesta 1999 lähtien. Vuonna 2001 kannabistakavarikot lisääntyivät Tanskassa, Espanjassa, Irlannissa, Luxemburgissa, Itävallassa, Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa. Takavarikoidun kannabiksen määrä (78) lisääntyi samoin vuodesta 1985, mutta se on tasaantunut vuodesta 1995 lähtien.

Kannabiksen vähittäishinta on pysynyt EU:ssa yleensä vakaana lukuun ottamatta Yhdistynyttä kuningaskuntaa, jossa hinta on laskenut viimeisten neljän vuoden aikana. Vuonna

(77) Ks. kaavio 26 OL: Kannabiksen takavarikkojen lukumäärä vuosina 1996–2001 (suhdeluvut) (verkkoversio).
(78) Ks. kaavio 27 OL: Takavarikoidun kannabiksen määrä vuosina 1996–2001 (suhdeluvut) (verkkoversio).

2001 hinta nousi Belgiassa, Ranskassa, Luxemburgissa, Alankomaissa (lehtien hinta) ja Norjassa (kannabishartsin hinta). Kannabishartsin ja -lehtien puhtausaste katukaupassa nousi Portugalissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa vuonna 2001. Kannabishartsin puhtausaste nousi myös Belgiassa ja Italiassa.

Heroiini

Vuonna 2000 EU:n alueella takavarikoitiin lähes yhdeksän tonnia heroiinia, josta yli kolmannes takavarikoitiin Yhdistyneessä kuningaskunnassa. EU:ssa takavarikoitu heroiini tulee pääasiassa Afganistanista (ja Pakistanista) ja Kaakkois-Aasian maista Iranin, Turkin ja Balkanin reitin kautta. Salakuljetus on kuitenkin lisääntynyt Itä-Euroopan (Bosnian, Valko-Venäjän, Venäjän, Viron) ja Keski-Aasian entisen Neuvostoliiton maiden kautta.

Heroiinin katuhinta EU:ssa vaihteli keskimäärin 31 eurosta 194 euroon grammalta vuonna 2001. Hinnat olivat korkeimmat Pohjoismaissa ja Irlannissa. Heroiinin (valkoisen tai ruskean heroiinin) keskimääräinen puhtaus vaihteli 14:n ja 48 prosentin välillä, mutta Norjassa valkoisen heroiinin keskimääräinen puhtaus oli korkein vuonna 2001.

Suuntaukset

Heroiinin takavarikot ([79]) lisääntyivät EU:n tasolla vuosiin 1991–1992 asti ja tasaantuivat sen jälkeen. Vuonna 2001 heroiinin takavarikot vähenivät Tanskassa, Saksassa, Ranskassa, Luxemburgissa ja Portugalissa. Vuoden 1985 tilanteeseen verrattuna EU:n tasolla takavarikoidun heroiinin määrät ([80]) ovat olleet nousussa. Määrät vakiintuivat vuosina 1991–1998, mutta sitten määrät kääntyivät jälleen nousuun. Vuonna 2001 takavarikoidun heroiinin määrä lisääntyi useimmissa maissa. Europolin mukaan Afganistanin oopiumin tuotannon romahdus vuonna 2001 ei näkynyt vastaavasti heroiinin saatavuudessa EU:n huumemarkkinoilla. Tämä johtui luultavasti vuosien 1999 ja 2000 ennätyssatojen jälkeen syntyneistä suurista oopiumi- ja heroiinivarastoista.

Heroiinin katuhinnat olivat yleensä vakaat tai laskussa, mutta vuonna 2001 ne nousivat Belgiassa (ruskean heroiinin hinta) ja Tanskassa. Heroiinin puhtausaste oli yleensä vakaa tai laskussa kaikissa maissa, tosin ruskean heroiinin puhtausaste kasvoi viime aikoina Belgiassa, Tanskassa, Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Kokaiini

EU:n alueella kokaiinin takavarikkoja tehdään eniten Espanjassa. Vuonna 2001 takavarikkojen lukumäärä ja takavarikoidun kokaiinin määrä olivat Espanjassa yli puolet ([81]) EU:n kokonaismäärästä. Euroopassa takavarikoitu kokaiini tuodaan Latinalaisesta Amerikasta (lähinnä Andien maista, kuten Kolumbiasta ja Perusta, mutta myös Ecuadorista) joko suoraan tai Keski-Amerikan, Espanjan ja/tai Alankomaiden kautta. Vaikka joidenkin EU-maiden mukaan kokaiini tulee EU:n alueelle Espanjan kautta, Espanjan viranomaisten mukaan Espanjasta ei saatu näyttöä kansainvälistä kauppaa vastaavista suurista kokaiinilähetyksistä. Europolin mukaan EU:hun, jossa on suuria satamia ja lentoasemia, tuodaan vuosittain meri- ja lentoteitse noin 2 000 tonnia kokaiinia. ([82])

Kokaiinin vähittäishinta vaihteli 47 eurosta 187 euroon grammalta vuonna 2001. Alhaisimmat hinnat olivat Espanjassa ja korkeimmat Suomessa ja Norjassa. Kokaiinin puhtausaste on yleensä korkea, 45–80 prosenttia useimmissa maissa, mutta Irlannissa puhtausaste oli keskimäärin matalampi (23 %) vuonna 2001.

Suuntaukset

Kokaiinin takavarikkojen ([83]) kokonaismäärä on kasvanut EU:ssa tasaisesti 1980-luvun puolivälistä lukuun ottamatta vuonna 2000 havaittua laskua, ja kasvu näyttää jatkuneen vuonna 2001. ([84]) Myös takavarikoidun kokaiinin määrät ([85]) ovat vaihdelleet, mutta ne ovat olleet yleisesti nousussa vuosina 1985–2001. Vuonna 2001 määrät nousivat huomattavasti lähinnä siksi, että takavarikoidun kokaiinin kokonaismäärä kasvoi merkittävästi Espanjassa.

Kokaiinin katuhinnat ovat viime vuosina tasaantuneet tai laskeneet kaikissa maissa paitsi Norjassa, jossa ne nousivat vuonna 2001. Kokaiinin puhtausaste pysyi yleensä samana tai laski kaikissa jäsenvaltioissa, mutta Tanskassa, Saksassa, Portugalissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa se nousi vuonna 2001.

Synteettiset huumeet: amfetamiinit, ekstaasi ja LSD

Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa amfetamiinit ovat toiseksi yleisin takavarikoitu huume kannabiksen jälkeen. Irlannissa ekstaasi on toiseksi yleisin takavarikoitu huume. Yhdistyneessä kuningaskunnassa on viimeisten viiden vuoden aikana takavarikoitu suurimmat määrät amfetamiineja ja ekstaasia. ([86])

Europolin ([87]) mukaan EU:n alueella löydetään vuosittain noin 50–70 synteettisten huumeiden tuotantopaikkaa. Vaikka tuotantotilojen lukumäärä on pysynyt melko tasaisena, tuotantoteho ja tuotantokyky ovat koko ajan lisääntyneet menetelmien ja tuotantovälineiden kehityttyä sekä asiantuntijoiden määrän noustua. Tällä hetkellä Alankomaissa

([79]) Kaavio 28 OL: Heroiinin takavarikkojen lukumäärä vuosina 1996–2001 (suhdeluvut) (verkkoversio).
([80]) Kaavio 29 OL: Takavarikoidun heroiinin määrä vuosina 1996–2001 (suhdeluvut) (verkkoversio).
([81]) Tämä on tarkistettava sitten, kun vuoden 2001 puuttuvat tiedot saadaan.
([82]) Europolin antamat lisätiedot ovat laatikossa 13 OL: Kokaiinikauppa (verkkoversio).
([83]) Ks. kaavio 30 OL: Kokaiinin takavarikkojen lukumäärä vuosina 1996–2001 (suhdeluvut) (verkkoversio).
([84]) Tämä on tarkistettava sitten, kun vuoden 2001 puuttuvat tiedot saadaan.
([85]) Ks. kaavio 31 OL: Takavarikoidun kokaiinin määrä vuosina 1996–2001 (suhdeluvut) (verkkoversio).
([86]) Tämä on tarkistettava sitten, kun Yhdistyneen kuningaskunnan vuoden 2001 tiedot saadaan.
([87]) Europolin antamat lisätiedot ovat laatikossa 14 OL: Synteettisten huumeiden kauppa (verkkoversio).

ja vähäisemmässä määrin Belgiassa tuotetaan paikallisesti huomattavan paljon ekstaasia, amfetamiineja ja vastaavia aineita. Tuotantoa on myös muissa jäsenvaltioissa (Espanjassa, Ranskassa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa) sekä Keski- ja Itä-Euroopan maissa (Liettuassa, Puolassa, Tšekissä, Virossa) sekä Thaimaassa. Europolin mukaan "ekstaasia" tuotetaan edelleen pääasiassa Euroopan unionin alueella, mutta tuotanto on leviämässä muuhun maailmaan. Tuotantotiloja on löydetty Kaakkois-Aasiasta, Kiinasta, Pohjois-Amerikasta, Etelä-Afrikasta ja Etelä-Amerikasta.

Amfetamiinien hinnaksi ilmoitettiin 12–40 euroa grammalta, ja ekstaasitabletit maksoivat 6–20 euroa kappaleelta. Vuoden 2001 tietojen perusteella synteettiset huumeet olivat halvimpia Belgiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Amfetamiinin puhtausaste vaihteli huomattavasti Irlannin kahdesta prosentista Norjan 52 prosenttiin. Suurin osa ekstaasina myydyistä tableteista sisälsi ekstaasia tai ekstaasin kaltaisia aineita (MDMA:ta, MDEA:ta, MDA:ta). Analysoiduissa tableteissa määrä vaihteli Suomen 58 prosentista Saksan, Espanjan, Yhdistyneen kuningaskunnan ja Norjan 99 prosenttiin ja Portugalin 100 prosenttiin. Amfetamiineja (tai metamfetamiineja) on 2–20 prosentissa tableteista, mutta tabletit voivat sisältää myös monia muita psykoaktiivisia aineita (kuten 2-CB:tä, 2-CT7:ää, 4-MTA:ta, MDE:tä, PMA:ta ja PMMA:ta).

Suuntaukset

Amfetamiinin takavarikkojen lukumäärä ([88]) ja takavarikoitujen amfetamiinien määrät ([89]) nousivat koko EU:n alueella vuodesta 1985 vuoteen 1998 tai 1999 saakka. Amfetamiinitakavarikkojen määrä väheni vuosina 1999 ja 2000 erityisesti Yhdistyneessä kuningaskunnassa tapahtuneen laskun takia, mutta se nousi jälleen selvästi vuonna 2001 EU:n tasolla. ([90]) Takavarikoitujen amfetamiinien määrät vähenivät vuosina 1998–2000, mutta ne lisääntyivät jälleen vuonna 2001 useimmissa maissa. ([91])

Ekstaasin takavarikkoja ([92]) on tehty yhä enemmän useimmissa EU-maissa vuodesta 1985 lähtien lukuun ottamatta vuosia 1997 ja 1998. Takavarikot lisääntyivät selvästi vuonna 2001 varsinkin Espanjassa, jossa tehtiin 11 947 ekstaasin takavarikkoa vuonna 2001 (vuonna 2000 niitä tehtiin 3 750). Takavarikoidun ekstaasin määrät ([93]) noudattivat samaa kasvusuuntaa vuodesta 1985 vuoteen 1993, jolloin määrät vakiintuivat. Tätä seurasi kuitenkin piikki vuonna 1996, ja vuodesta 1999 takavarikoidut määrät ovat kasvaneet jälleen. EU:n tasolla takavarikoitujen ekstaasitablettien määrä näyttää vakiintuneen vuonna 2001. Tämä suuntaus on kuitenkin vahvistettava sitten, kun saadaan Yhdistyneen kuningaskunnan tiedot, koska siellä takavarikoidaan eniten ekstaasia EU:n alueella. LSD:n takavarikot ovat harvinaisempia. Sekä takavarikkojen lukumäärä ([94]) että takavarikoidun LSD:n määrät ([95]) kasvoivat EU:n alueella vuoteen 1993 asti, jonka jälkeen ne laskivat lukuun ottamatta pientä nousua vuonna 2000 ([96]).

Amfetamiinin ja ekstaasin hinnat ovat 1990-luvun merkittävän hintojen laskun jälkeen vakiintuneet EU:ssa. Amfetamiinien katuhinnat kuitenkin laskivat huomattavasti Norjassa vuonna 2001. Ekstaasitablettien keskihinta laski vuonna 2001 useimmissa maissa. Vuonna 2001 ekstaasia tai ekstaasin kaltaista ainetta sisältävien tablettien osuus nousi Belgiassa, Tanskassa, Espanjassa ja Portugalissa, kun taas amfetamiineja (ja metamfetamiineja) sisältävien tablettien osuus laski. Suomessa tilanne oli päinvastainen, ja buprenorfiinia sisältävien tablettien osuus oli suuri (23 %).

Katso tämän osuuden tilastotaulukot osoitteessa **http://annualreport.emcdda.eu.int:**

- Tilastotaulukko 31: Takavarikkojen lukumäärä ja takavarikoitujen huumeiden määrät (kaikki huumausaineet), 2001
- Tilastotaulukko 32: Amfetamiinitakavarikkojen lukumäärä, 1985–2001
- Tilastotaulukko 33: Kannabistakavarikkojen lukumäärä, 1985–2001
- Tilastotaulukko 34: Kokaiinitakavarikkojen lukumäärä, 1985–2001
- Tilastotaulukko 35: Ekstaasitakavarikkojen lukumäärä, 1985–2001
- Tilastotaulukko 36: Heroiinitakavarikkojen lukumäärä, 1985–2001
- Tilastotaulukko 37: LSD:n takavarikkojen lukumäärä, 1985–2001
- Tilastotaulukko 38: Takavarikoidun amfetamiinin määrä (kilogrammoina), 1985–2001
- Tilastotaulukko 39: Takavarikoidun kannabiksen määrä (kilogrammoina), 1985–2001
- Tilastotaulukko 40: Takavarikoidun kokaiinin määrä (kilogrammoina), 1985–2001
- Tilastotaulukko 41: Takavarikoidun ekstaasin määrä (tabletteina), 1985–2001
- Tilastotaulukko 42: Takavarikoidun heroiinin määrä (kilogrammoina), 1985–2001

([88]) Ks. kaavio 32 OL: Amfetamiinin takavarikkojen lukumäärä vuosina 1996–2001 (suhdeluvut) (verkkoversio).
([89]) Ks. kaavio 33 OL: Takavarikoidun amfetamiinin määrä vuosina 1996–2001 (suhdeluvut) (verkkoversio).
([90]) Tämä on tarkistettava sitten, kun vuoden 2001 puuttuvat tiedot saadaan (etenkin Yhdistyneen kuningaskunnan tiedot).
([91]) Tämä on tarkistettava sitten, kun vuoden 2001 puuttuvat tiedot saadaan (etenkin Yhdistyneen kuningaskunnan tiedot).
([92]) Ks. kaavio 34 OL: Ekstaasin takavarikkojen lukumäärä vuosina 1996–2001 (suhdeluvut) (verkkoversio).
([93]) Ks. kaavio 35 OL: Takavarikoidun ekstaasin määrä vuosina 1996–2001 (suhdeluvut) (verkkoversio).
([94]) Ks. kaavio 36 OL: LSD:n takavarikkojen lukumäärä vuosina 1996–2001 (suhdeluvut) (verkkoversio).
([95]) Ks. kaavio 37 OL: Takavarikoidun LSD:n määrä vuosina 1996–2001 (suhdeluvut) (verkkoversio).
([96]) Tämä on tarkistettava sitten, kun vuoden 2001 puuttuvat tiedot saadaan.

Luku 2

Huumeidenkäytön vastaiset toimet

Tässä luvussa luodaan katsaus kansallisen ja EU:n tason huumausainepolitiikan ja strategioiden kehitykseen. Samalla arvioidaan huumeiden vastaisia toimia koulutuksen, terveydenhuollon, sosiaalihuollon, rikosoikeuden ja tarjonnan vähentämisen aloilla.

Kansallisen huumepolitiikan kehitys

Huumepolitiikan koordinointijärjestelmien uudistaminen

Viime vuosien suuntauksena on ollut toteuttaa kansallista huumepolitiikkaa kansallisten toimintasuunnitelmien ja koordinointijärjestelmien kautta, ja tämä suuntaus jatkui vuonna 2002. ([97]) Nyt myös Saksassa, Italiassa, joissakin Itävallan osavaltioissa, Ruotsissa ja Norjassa on hyväksytty huumausaineita koskeva yhtenäinen suunnitelma, ohjelma tai strategia. On kuitenkin kiinnostavaa huomata, että tilanne muuttuu usein. Hallituksen vaihtuminen voi aiheuttaa muutoksia huumausainestrategiaan tai huumetyöstä vastaavien viranomaisten organisaatioon.

Portugalissa vuonna 2002 virkaan astunut uusi hallitus sulautti IPDT:n (Portugalin huumausaineita ja huumeriippuvuutta käsittelevän laitoksen) ja SPTT:n (huumeiden ehkäisemistä ja niistä vieroittamista käsittelevän keskuksen) IDT:ksi (Instituto da Droga e da Toxicodependência) ja siirsi uuden viraston pääministerin kanslian alaisuudesta terveysministeriön alaisuuteen. Yhdistyneessä kuningaskunnassa vuonna 2001 uudelleen valittu hallitus esitti Englannin päivitetyn huumestrategian joulukuussa 2002 ja aloitti joitakin uudistuksia rikoksia vähentävän paikallisen yhteistyön puitteissa. Huumetoimintaryhmien järjestelmää uudistettiin vuonna 2000 vahvistamaan paikallisten viranomaisten toiminta-alaa. Norjassa sosiaali- ja terveyshallintoa uudistettiin siten, että tietoa ja kokemusta painotettiin aikaisempaa enemmän huumepolitiikan strategisen suunnittelun ja kehittämisen perustana. Irlannissa uusi hallitus (2002) asetti hiljattain perustetun yhteisö-, maaseutu- ja kelttiasioiden ministeriön (Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs) vastuulliseksi vuosien 2001–2008 kansallisesta huumestrategiasta. Hallituksen ministeri nimitettiin vastaamaan kansallisesta huumestrategiasta ja kunnallisasioista ja etenkin asuntoasioista ja kaupunkiasioista, joiden katsotaan Irlannissa liittyvän toisiinsa. Lisäksi hallitus tähdensi aloitteita, joissa torjutaan huumeidenkäyttöä ja rikollisuutta sekä tehdään sellaisia kunnallisia uudistuksia, joissa tavoitteena on luoda "rakentava ja huolehtiva yhteiskunta". Itävallassa sisäministeriön yhteyteen perustettiin liittovaltion rikosvirasto ja parannettiin näin koordinointia rikollisuuden torjunnassa. Lisäksi Itävallassa on ensimmäisen kerran henkilöstöä liittovaltion huumekoordinoinnissa, joka vastaa huumepolitiikan koordinoinnista liittovaltion tasolla.

EMCDDA seuraa jatkuvasti näitä suuntauksia ja muutoksia. Se julkaisi joulukuussa 2002 verkossa vertailevan tutkimuksen huumestrategioista ja koordinoinnista huumeiden alalla. ([98])

Kansalaisten mielipiteet huumeista ja huumepolitiikasta

Kansalaiset tietävät entistä paremmin huumeidenkäytöstä ja sen seurauksista ja ovat kiinnostuneita maansa huumepolitiikasta. Useista tutkimuksista ja mielipidekyselyistä saadut tulokset kuitenkin osoittavat, että asenteet huumeita kohtaan eivät ole yhtenäisiä EU:ssa.

Itävallan Voralbergissä tehdyssä tutkimuksessa 63 prosenttia opiskelijoista ja 40–45 prosenttia aikuisista oli sitä mieltä, että 18 vuotta täyttäneiden kannabiksen käytöstä ei pitäisi rangaista. Wienissä 78 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että kannabis pitäisi kieltää, mutta narkomaaneja ei pitäisi rangaista siitä, ja 86 prosenttia katsoi, että narkomaaneja pitäisi hoitaa eikä rangaista. Centro de Investigaciones Sociológicaksen Espanjassa vuonna 2002 tekemässä tutkimuksessa huumeita ja alkoholia pidettiin pienempänä yhteiskunnallisena ongelmana kuin työttömyyttä ja terrorismia mutta suurempana ongelmana kuin rikollisuutta ja turvattomuutta. Ranskassa kannabiksen vapaata myyntiä kannattavien osuus nousi 17 prosentista vuonna 1999 aina 24 prosenttiin vuonna 2002. Lähes kolme neljäsosaa ranskalaisista (Beck et al., 2002) uskoi, ettei huumeeton maailma ole mahdollinen. Puolet vastaajista kuitenkin piti kannabiskokeiluja vaarallisina, kaksi kolmasosaa uskoi kannabiksen käytön johtavan muihin huumekokeiluihin ("porttiteoria") ([99]), ja 65 prosenttia vastusti kannabiksen rangaistavuuden poistamista kaikissa tilanteissa (88 %

([97]) Tämä raportti pohjautuu viimeaikaiseen kehitykseen. Nähtävissä kokonaisuudessaan osoitteessa http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml.

([98]) Tutkimus löytyy osoitteesta http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml.

([99]) Porttivaikutus tai -teoria tarkoittaa asteittain etenevää huumeidenkäyttöä. Lisätietoja: ODCCP (2000).

vastusti heroiinin käytön laillistamista). Irlannissa Lansdowne Market Research selvitti (kansallisesti edustavassa 1 159 haastateltavan vähintään 15 vuotta täyttäneiden otoksessa) suhtautumista kannabiksen käyttöön, ja tutkimuksen mukaan mielipiteet vaihtelivat suuresti. Lähes kaksi kolmasosaa otoksen äänioikeutetuista (vähintään 18-vuotiaista) oli sitä mieltä, että kannabis pitäisi sallia lääketieteellisistä syistä (jos sen lääketieteellinen hyöty on osoitettu), ja vain vähemmistö (joka seitsemäs vastaaja) kannatti varauksetonta laillistamista. Laillistamisen vähäinen kannatus liittynee siihen, että kannabiksen käytön uskotaan johtavan muihin huumekokeiluihin (porttiteoria). Yhdistyneessä kuningaskunnassa kannabiksen luokittelu B-luokan huumeesta C-luokan huumeeksi herätti laajaa keskustelua, ja osa kannatti ja osa vastusti luokittelun muuttamista.

Lainsäädännön kehitys

Lainsäädäntöä on kehitetty kuluneena ajanjaksona parantamalla narkomaanien hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksia, seuraamalla huumekauppiaita ja huumeidenkäyttäjiä sekä puuttumalla entistä tehokkaammin huumeiden aiheuttamiin yleistä järjestystä rikkoviin tekoihin ja häiriöihin kadulla.

Hoito ja kuntoutus

Useat EU-maat muuttivat viime vuonna lainsäädäntöään helpottaakseen narkomaanien hoitoa ja kuntoutusta. Luxemburgissa kansallisen tason korvaushoidolle on luotu kansallisella säädöksellä oikeudelliset puitteet. Järjestelmä edellyttää lääkäriltä asianomaista lupaa, potilaalta tiettyjen edellytysten täyttymistä sekä järjestelmän tasolla komiteaa, joka valvoo ohjelmaa. Kreikassa toteutettiin julkisessa sairaalassa Rhodoksella koehanke, jossa sallittiin korvaushoito buprenorfiinin avulla. Suomessa opiaattiriippuvaisilla on oikeus saada vieroitus- ja korvaushoitoa, jota täydennetään ylläpitohoidolla, ja narkomaanien hoidontarvetta arvioivien ja lääkehoitoa tarjoavien yksiköiden määrä onkin kasvanut. Saksan sosiaaliturvalain 9. kirjan tultua voimaan viime vuoden heinäkuussa narkomaanien oikeudet ovat parantuneet, ja lainsäädännössä määritetään nyt entistä selkeämmin, miten ja milloin vieroitushoito on maksettava sairausvakuutusjärjestelmässä ja kuntoutus eläkevakuutusjärjestelmässä.

Tanskan parlamentti päätti kumota huhtikuussa 2002 säännökset, joita ei koskaan toteutettu. Laki antoi viranomaisille mahdollisuudet pidättää hoidossa olevia narkomaaneja. Viime vuoden kesäkuussa Italiassa annettiin ministeritason asetus kansallisen huumesuunnitelman ja pidättyvyyteen tähtäävän hoitotavoitteen parantamisen mukaisesti, jolla yksityiset hoitopaikat saivat valtuudet antaa todistuksen huumeriippuvuudesta. Sen seurauksena huumehoitokeskusten oli mahdollista ottaa vastaan asiakkaita kaikkialta Italiasta ja vaatia riippuvuustodistuksen perusteella huumeidenkäyttäjän paikallista Ser.T-yksikköä (huumeriippuvuusyksikkö) maksamaan hoidon. Italian perustuslakimuutoksen seurauksena kuitenkin säännös terveyteen ja sosiaaliturvaan liittyvistä siirtovaltuuksista keskushallinnosta aluehallinnolle oli valtiosääntötuomioistuimen määritelmän mukaan perustuslain vastainen, sikäli kuin se koski alueiden vastuuasioita. Norjassa sairaalat siirtyivät valtion omistukseen ja operatiivisen vastuun alaisuuteen vuonna 2002. Terveysministeriö vastaa matalan kynnyksen terveyspalveluista ja lääkkeiden avulla tapahtuvasta narkomaanien kuntoutuksesta. Piirikunnallinen vastuu erikoistuneista huumeiden väärinkäyttäjien terveyspalveluista pitäisi siirtää valtiolle vuonna 2004, ja sosiaaliministeriö on esittänyt, että piirikunnalliset erityiset sosiaalipalvelut ja huumeiden väärinkäyttäjien hoito pitäisi siirtää kunnille niin ikään vuodesta 2004. Tavoitteena on tarjota huumeiden väärinkäyttäjille aiempaa laajempi ja yhtenäisempi hoitojärjestelmä ja -käytäntö.

Itävallassa huumausainelain 11 §:n edellyttämien terveydellisten toimenpiteiden tarjoaminen aiheuttaa ongelmia. Virallisten toimenpiteiden pitäisi keskittyä (järjestäytyneen) huumekaupan poistamiseen. Suuri osa rikoksista koskee kuitenkin kannabiksen käyttöä, josta 11 §:n nojalla paikalliset terveysviranomaiset määräävät yleensä terveyteen liittyviä toimenpiteitä. Sen seurauksena huumehoitokeskuksilla ei ole riittävästi resursseja vastata kysyntään, eivätkä ne pysty huolehtimaan vastuualoistaan.

Huumekauppiaiden seuranta

Turvallisuutta parantaakseen useat maat ovat tehneet lakimuutoksia, joilla parannetaan huumekauppiaiden ja huumeidenkäyttäjien seurantaa. Tanskassa kesäkuussa 2002 voimaan tulleen lain nojalla telepalvelujen tarjoajien on tallennettava ja säilytettävä yhden vuoden ajan kaikki teleliikenne- ja Internet-liikennetiedot, joilla voi olla merkitystä poliisitutkinnassa. Poliisi voi nyt tuomioistuimen luvalla lukea tietokoneohjelmien tai muiden välineiden avulla tietokoneilla olevaa ei-julkista tietoa. Vastaavasti Portugalissa tammikuussa 2002 voimaan tulleessa laissa säädettiin erityistoimenpiteistä (todisteiden hankkimisesta, tietojen luottamuksellisuudesta ja omaisuuden menetetyksi tuomitsemisesta), joilla edistetään järjestäytyneen talousrikollisuuden ja muiden vakavien rikosten, kuten huumekaupan, torjuntaa. Suomessa poliisilain muutoksella laajennettiin poliisin oikeutta hankkia teletunnistetietoja (esimerkiksi epäillyissä huumerikoksissa) ja harjoittaa

teknistä tarkkailua. Vuonna 2002 hallitus myös teki esityksen pakkotoimilaista. Tämä laajentaa televalvonnan keinoja ja viestinnän valvontaa, vaikka yksityiskohdat on vielä määritettävä.

Alankomaiden rikosprosessilakia muutettiin tammikuussa 2002 siten, että ruumiin onteloiden tutkimuksen lisäksi voidaan käyttää röntgen- ja ultraäänikuvausta, jos henkilön epäillään nielleen pieniä huumepaketteja, mutta lääkärin on suoritettava toimenpiteet. Myös käyttäjien tunnistustekniikoiden määrä lisääntyi, ja viime kesänä laajennettiin Yhdistyneen kuningaskunnan huumetestauksen koeohjelmaa Englannissa ja Walesissa. Hankkeessa voidaan ottaa näytteitä pidätettyinä olevilta aikuisilta, joita syytetään "muita rikoksia edesauttavista rikoksista" (lähinnä omaisuusrikoksista ja huumerikoksista), heroiinin ja kokaiinin havaitsemiseksi. Positiivisen testituloksen saaneet henkilöt voivat tavata pidätettyjen hoitoon ohjaamisesta vastaavan huumetyöntekijän, joka arvioi hoidontarpeen, ja huumetestin tulokset annetaan tuomioistuimille takuu- ja tuomitsemispäätösten tueksi. Pilottihankkeen ensimmäiset tulokset julkaistiin maaliskuussa 2003. Yhdistyneessä kuningaskunnassa on keväällä 2003 tarkoitus laajentaa huumetestejä syytteessä olevilta 30 merkittävään rikollisuutta käsittelevään poliisin yksikköön.

Yleisen järjestyksen vastaisia tekoja tai häiriöitä vähentävät toimenpiteet

Joissakin jäsenvaltioissa hyväksyttiin viime vuonna säännöksiä, joiden tavoitteena on vähentää huumeidenkäytön yhteiskunnallisia vaikutuksia tiukentamalla yleisen järjestyksen ja häiriöiden valvontaa.

Irlannissa otettiin vuonna 2002 käyttöön rikosoikeuslaki (järjestyslaki), joka vahvistaa vuoden 1994 lakia, joka liittyy yleiseen järjestykseen. Vuoden 1994 lain nojalla yleisen järjestyksen vastaisesta teosta, kuten (huumeidenkäytön aiheuttamasta) päihtymystilasta julkisella paikalla, tuomituilta henkilöiltä sekä muille tai itselleen vaaraksi olevilta henkilöiltä voidaan kieltää pääsy tai oleskelu tietyissä tiloissa; näitä tiloja ovat anniskelupaikat, tanssipaikat tai ravitsemustilat.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa muutettiin tietynlaisten tilojen yksittäisiin haltijoihin ja vastuuhenkilöihin sovellettavaa huumeiden väärinkäytöstä annetun lain 8 §:ää siten, että se kattaa minkä tahansa valvotun huumausaineen lainvastaisen nauttimisen (aiemmin sitä sovellettiin ainoastaan kannabiksen tai oopiumin polttamiseen). Muutoksella on tarkoitus vaikuttaa crack-paikkoihin. Nämä valtuudet ovat kuitenkin laaja-alaiset, ja hallitus on tullut myöhemmin siihen tulokseen, että lain 8 § ei ole riittävä. Näin ollen se on ottamassa käyttöön uuden, yhteiskunnan vastaisesta käyttäytymisestä annetun lain, joka on kohdistettu yksilöiden sijaan tiloihin ja joka tekee poliisille mahdolliseksi yhdessä paikallisviranomaisten kanssa sulkea crack-paikat 48 tunnissa. Siten Yhdistynyt kuningaskunta ei toistaiseksi aio toteuttaa muutosta 8 §:ään. Niin voi kuitenkin käydä, jos yhteiskunnan vastaisesta käyttäytymisestä annettuun lakiin sisältyvät rangaistukset osoittautuvat riittämättömiksi seuraavien kahden vuoden aikana.

Alankomaissa vuonna 1997 annetussa laissa (ns. Victoria Act) kaupunginjohtajat saivat valtuudet sulkea tilat, joissa huumeidenkäyttö tai huumekauppa aiheuttaa yleistä häiriötä. Koska rakennusten sulkeminen voi kuitenkin vaikuttaa kielteisesti asuinalueen ulkoiseen olemukseen ja yhteiskuntarakenteeseen, toukokuussa 2002 annetussa uudessa laissa (ns. Victor Act) kunnat saivat ottaa suljetut tilat uudestaan käyttöön esimerkiksi siten, että uusien asukkaiden annetaan muuttaa sinne. Venlon kaupungissa toteutetaan nelivuotinen hanke, jossa ovat mukana poliisi-, syyttäjä- ja hallintoviranomaiset ja jonka tavoitteena on vähentää kannabista luvattomista kahviloista ostavien monien huumematkailijoiden aiheuttamia häiriöitä. Rotterdamin kaupunginjohtaja käytti heinäkuussa 2002 kuntalain suomia valtuuksia ja antoi puolen vuoden porttikiellon noin 50 narkomaanille, jotka aiheuttivat haittaa erään kaupunginosan asukkaille. Alueellinen tuomioistuin päätti kuitenkin, että vaikka kaupunginjohtajalla oli oikeus puuttua häiriöihin, puolen vuoden porttikielto oli liian pitkä ja perusteeton. Tästä huolimatta Rotterdamin kaupungissa aiotaan jatkaa porttikieltokäytäntöä.

Tanskassa tuli kesäkuussa 2001 voimaan laki, jolla kielletään vierailut tietyissä tiloissa. Lain tavoitteena on puuttua entistä tehokkaammin kannabisklubeihin ja muihin naapureita haittaaviin järjestäytyneen rikollisuuden muotoihin tiloissa. Poliisi voi ennakkovaroituksen jälkeen antaa tällaisten tilojen omistajalle kolmen kuukauden kiellon, jolla vierailijoita estetään saapumasta tiloihin tai viipymästä siellä. Kiellon rikkomisesta määrätään sakkorangaistus, ja kiellon toistuvasta rikkomisesta voidaan langettaa jopa neljän kuukauden vankeustuomio.

Kehitys EU:n tasolla

Marraskuussa 2002 Euroopan komissio antoi tiedonannon huumausaineita koskevan EU:n toimintasuunnitelman (2000–2004) ([100]) väliarvioinnista, jonka tarkoitus oli arvioida, missä määrin toimintasuunnitelmassa asetetut tavoitteet oli saavutettu. Koska EU:n toimintasuunnitelmassa toteutetaan toimenpiteitä sekä jäsenvaltioissa, Euroopan komissiossa, EMCDDA:ssa että Europolissa, väliarviointi perustui täydentäviin välineisiin, joihin kuuluivat

([100]) KOM(2002) 599 lopull.

jäsenvaltioiden vastaukset kyselyyn ja taulukkomuotoinen yhteenveto komission, EMCDDA:n ja Europolin tuloksista. Näitä täydensivät lainvalvontajärjestelmistä jäsenvaltioissa tehtyjen arvioiden tulokset sekä tiedot EU:n tasolla tehdyistä huumeisiin liittyvistä aloitteista. Tiedonannossa oli yhteenveto tärkeimmistä saavutuksista, ja siinä tuotiin esiin alat, jotka vaativat kehittämistä eri tasoilla.

Komissio piti saavutuksia myönteisinä, mutta se korosti, että esimerkiksi kansallisten ja EU:n toimien arviointijärjestelmien kehittämisessä on vielä paljon tehtävää. Se korosti myös, että ehdokasmaiden kanssa on tehtävä tiivistä yhteistyötä, jotta varmistetaan niiden tuleva panos Euroopan unionin huumausainestrategialle. Asiakirjassa luodaan menetelmällinen perusta loppuarvioinnille. Komissio ehdottaa arviointiprosessin tueksi ohjausryhmää, johon kuuluisi komission, Euroopan parlamentin, neuvoston puheenjohtajavaltion, Europolin ja EMCDDA:n edustajia. Ohjausryhmä avustaa loppuarvioinnin valmistelussa. Loppuarvioinnin yhteydessä EMCDDA vertailee vuoden 2004 tietoja Europolin kanssa tuottamiinsa vuoden 1999 perustietoihin huumeiden alalla. EMCDDA avustaa myös komissiota toteuttamaan toisen Eurobarometri-tutkimuksen, joka tehdään nuorten asenteista ja huumeista. Lisäksi se päivittää seurantataulukon EMCDDA:n toiminnasta. Kuten ”nuorten asenteita huumeisiin EU:ssa” selvittäneessä Eurobarometri-tutkimuksessa (2002) ([101]) todettiin, huumeisiin liittyviin ongelmiin voidaan puuttua tehokkaimmin Euroopassa tiukentamalla huumeidenvälityksen ja huumekaupan vastaisia toimenpiteitä (tätä kannatti 59,1 % vastaajista EU:n 15 jäsenvaltiossa) sekä parantamalla huumeidenkäyttäjien hoito- ja kuntoutuspalveluja (tätä kannatti 53,2 % vastaajista EU:n 15 jäsenvaltiossa). ([102])

Euroopan unionin neuvosto on myös hyväksynyt täytäntöönpanosuunnitelman toimenpiteistä synteettisten huumeiden suhteen. Suunnitelmaan sisältyviä synteettisten huumeiden toimittamiseen liittyviä kysymyksiä käsitellään lähivuosina Euroopan unionissa. Suunnitelmassa ehdotetaan toimenpiteitä, joilla käsitellään tunnistettuja ongelmia, ja siinä määritellään asianmukaiset elimet asian edelleen toimittamista varten tietyssä aikataulussa.

Euroopan neuvosto hyväksyi 28. helmikuuta 2002 päätöksen uutta synteettistä huumausainetta PMMA:ta koskevista valvontatoimenpiteistä ja rikosoikeudellisista seuraamuksista. PMMA:ta ei toistaiseksi ole merkitty psykotrooppisista aineista vuonna 1971 tehdyn Yhdistyneiden Kansakuntien yleissopimuksen taulukoihin, mutta tällä päätöksellä PMMA saatetaan valvontatoimenpiteiden ja rikosoikeudellisten säännösten piiriin jäsenvaltioissa. ([103])

Toinen tärkeä edistysaskel on yhteisön kansanterveysalan toimintaohjelman (2003–2008) hyväksymisestä 23 päivänä syyskuuta 2002 tehty Euroopan parlamentin ja neuvoston päätös 1786/2002/EY ([104]). Ohjelmalla on seuraavat tavoitteet:

- Parannetaan kansanterveyttä edistävää tietoa ja tietämystä.
- Parannetaan valmiutta reagoida nopeasti ja koordinoidusti terveysuhkiin.
- Edistetään terveyttä ja ehkäistään sairauksia kiinnittämällä huomiota terveyden taustatekijöihin kaikessa politiikassa ja toiminnassa.

Ohjelmassa tuetaan muun muassa seurantaan ja nopeaan toimintaan liittyvien toimintojen sekä terveyteen vaikuttaviin tekijöihin liittyvien toimintojen toteuttamista. Tämän pitäisi mahdollistaa niiden aloitteiden seuranta, joita jäsenvaltioiden sidosryhmät käynnistävät yhteisön toimintaohjelmassa huumausaineiden väärinkäytön ehkäisemiseksi osana kansanterveyden alan toimintaa (1996–2000 ja laajennettu vuoteen 2002).

Euroopan komissio teki vuonna 2002 myös joitakin huumausaineisiin liittyviä ehdotuksia, joita neuvosto käsitteli kuluneena ajanjaksona (maaliskuu 2003): toinen koski huumeriippuvuuteen liittyvien riskien vähentämistä ja toinen huumeiden prekursoreita. ([105]) Euroopan yhteisö teki joulukuussa Turkin tasavallan kanssa sopimuksen huumausaineiden tai psykotrooppisten aineiden laittomassa valmistuksessa usein käytettävistä huumausaineiden prekursoreista ja kemiallisista aineista. ([106])

([101]) Attitudes and opinions of young people in the European Union on drugs; ks. http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/ebs_172_en.pdf.

([102]) Tutkimuksessa selvitettiin 15–24-vuotiaiden nuorten asenteita ja mielipiteitä EU:n aluetta edustavassa otoksessa.

([103]) 2002/188/YOS: Neuvoston päätös, tehty 28 päivänä helmikuuta 2002, uutta synteettistä huumausainetta PMMA:ta koskevista valvontatoimenpiteistä ja rikosoikeudellisista seuraamuksista (EYVL L 63, 6.3.2000, s. 14). Ehdotus neuvoston päätökseksi PMMA:n määrittelemisestä valvontatoimenpiteiden ja rikosoikeudellisten seuraamusten piiriin saatettavaksi uudeksi synteettiseksi huumausaineeksi (KOM(2001) 734 lopull.)

([104]) Euroopan parlamentin ja neuvoston päätös N:o 1786/2002/EY, tehty 23 päivänä syyskuuta 2002, yhteisön kansanterveysalan toimintaohjelman (2003–2008) hyväksymisestä (EYVL L 271, 9.10.2002, s. 1–12).

([105]) Ehdotus neuvoston suositukseksi huumausaineiden väärinkäyttöön liittyvien riskien ehkäisemisestä ja vähentämisestä (KOM(2002) 201 lopull.). Ehdotus Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukseksi huumausaineprekursoreista (KOM(2002) 494 lopull., EYVL C 20 E, 28.1.2003, s. 160–170).

([106]) Sopimus Euroopan yhteisön ja Turkin tasavallan välillä huumausaineiden tai psykotrooppisten aineiden laittomassa valmistuksessa usein käytettävistä huumausaineiden lähtöaineista (EUVL L 64, 7.3.2003, s. 30–35).

Ehkäisevä huumetyö

Ehkäisevä huumetyö jaetaan usein "yleiseen" ehkäisevään huumetyöhön (jonka kohteena ovat lapset ja nuoret yleensä ja jossa tavoitteena on estää huumeidenkäyttö kokonaan) ja "kohdennettuun" ehkäisevään huumetyöhön (joka on tarkoitettu riskiryhmille). Viimeksi mainittua ehkäisevää huumetyötä käsitellään luvussa 3 (s. 63). Koulut ovat ensisijainen ympäristö yleisessä ehkäisevässä huumetyössä, sillä näin tavoitetaan pitkällä aikavälillä ja jatkuvasti suuria nuorisoryhmiä. Euroopan komissio rahoitti äskettäin kouluissa tehtävän ehkäisevän huumetyön hyviä käytäntöjä koskevan tutkimushankkeen ([107]), jossa laadittiin suosituksia kouluissa tehtävän ehkäisevän huumetyön ohjelmia ja tarvittavia puitteita eli koulun toimintalinjaa ja kouluympäristöä varten. Kansainvälisessä aineistossa on paljon näyttöä lähestymistavoista, jotka voivat olla lupaavia tai jotka on todettu tehokkaiksi. ([108])

Kaikissa jäsenvaltioissa ehkäisevä huumetyö sisältyy opetusohjelmaan siten, että "huumeita" on käsiteltävä tavalla tai toisella, mutta tämä saattaa tarkoittaa vain sitä, että opettajat tai poliisit kertovat huumeista ja niiden riskeistä. Pelkästään valistavat ja jäsentämättömät lähestymistavat on havaittu tehottomiksi (Hansen, 1992; Tobler, 2001). Vain muutamassa jäsenvaltiossa on kouluissa tehtävää ehkäisevää huumetyötä varten kansallisia suunnitelmia, joissa täsmennetään, mitä toimia toteutetaan (ja mitä vältetään) ja kuka ne toteuttaa. ([109]) Muissa maissa kehitetään kunnallisia tai alueellisia suunnitelmia, joihin sisältyy ehkäisevä huumetyö kouluissa. ([110]) Niitä jäsenvaltioita, joissa on asetettu selkeitä sisältövaatimuksia kouluissa tehtävälle ehkäisevälle huumetyölle, on vielä vähemmän (tämä on pakollista ainoastaan Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa). ([111]) EU-maissa on kuitenkin alettu ymmärtää, että tarvitaan laadukkaita ehkäiseviä toimenpiteitä; ei siis riitä, että vain toistellaan ehkäisevän huumetyön merkitystä kansallisissa strategioissa. Ruotsi on yhtenä harvoista maista myöntänyt, että kouluissa tehtävässä ehkäisevässä huumetyössä sovellettiin hyvin usein menetelmiä, joista tutkimusten mukaan on vain vähän tai ei lainkaan hyötyä, ja että tehokkaita menetelmiä käytettiin harvoin (Skolverket, 2000). Ruotsissa myös todettiin laadunvalvonnan puuttumisen johtaneen siihen, että kuka tahansa rehtori pystyi päättämään huumevalistuksen toteuttamisesta. Koko strategiassa on otettu uudeksi painopisteeksi säännölliset ohjelmat, jotka perustuvat arvioituihin ja tehokkaisiin menetelmiin. Vastaavasti Ranskan kansallisessa raportissa todetaan, että koska laki- ja säädösteksteissä ei juuri käsitellä ehkäisevää huumetyötä ja koska yhdistykset otettiin mukaan työhön jo varhaisessa vaiheessa, ehkäisevään huumetyöhön osallistuu monia toimijoita, eikä siinä sovelleta tai edistetä mitään tiettyä mallia tai teoriaa. Samaa voitaisiin itse asiassa todeta monesta muusta jäsenvaltiosta. Espanjassa, Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa ehkäisevä huumetyö perustuu selkeään laadunvalvontaan ja näyttöön, ja tätä painotusta aiotaan entisestään lisätä. ([112]) Myös Portugalissa aiotaan tiukentaa laatuvaatimuksia.

Ohjelmien järjestelmällinen kartoitus ja dokumentointi ovat yleistymässä laadun parantamisen välineinä. ([113]) Tanskassa, Saksassa ja Portugalissa on äskettäin käynnistetty pilottihankkeita, joissa kehitetään vastaavia seurantajärjestelmiä kuin Belgiassa, Kreikassa, Espanjassa, Ranskassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Opetusohjelmaan sisältyvät toimenpiteet (eli muodolliset ehkäisyohjelmat, joissa on yksityiskohtainen sisältö ja tuntirunko) ovat nykyisten tietojen perusteella (Tobler, 2001) paras keino toteuttaa tehokasta ja järjestelmällistä ehkäisevää huumetyötä. Tällöin voidaan myös arvioida sekä prosessia (hyvä toteutustapa) että lopputulosta (myönteiset tulokset). Joissakin jäsenvaltioissa tällaisen opetusohjelman piiriin kuuluvia kouluja on varsin vähän joko siksi, että tarvittavat tietojärjestelmät puuttuvat (Saksa ja Italia), tai siksi, että niissä suositaan muunlaista ehkäisevää huumetyötä päivittäisessä koulutyössä (Itävalta ja Suomi). ([114]) ([115])

Kouluissa tehtävä ehkäisevä huumetyö on varsin selkeä käsite, joten ehkäisevän huumetyön kattavuus on helpointa kartoittaa ja määrittää juuri tällä alalla. EU:n tietojärjestelmistä on alettu jo saada tuloksia, mutta muilla tärkeillä aloilla tietoja on vielä jäsennettävä ja parannettava. ([116])

Yhteisöissä tehtävä ehkäisevä huumetyö on puolestaan hyvin moninainen käsite, koska sitä tehdään hajautetusti eikä yhteisiä piirteitä yhteisöllisyyden lisäksi juuri ole. Siihen sisältyy yleisiä toimenpiteitä (kuten työntekijöiden ja kouluttajien koulutus), rakenteellisia toimenpiteitä

([107]) Ks. http://www.school-and-drugs.org.
([108]) Ks. Teemana huumeet 5 osoitteessa http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_FI.pdf.
([109]) Ks. kaavio 38 OL: Kouluissa tehtävää ehkäisevää huumetyötä koskevat kansalliset suunnitelmat (verkkoversio).
([110]) Ks. kaavio 39 OL: Ehkäisevän huumetyön organisointi (verkkoversio).
([111]) Katso taulukko 3: Yleiskatsaus ehkäisevän huumetyön toimintalinjoihin ja puitteisiin (verkkoversio).
([112]) Ks. Teemana huumeet 5 osoitteessa http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_FI.pdf.
([113]) Ks. Teemana huumeet 5 osoitteessa http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_FI.pdf.
([114]) Ks. Teemana huumeet 5 osoitteessa http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_FI.pdf.
([115]) Katso taulukko 4: Ehkäisevän huumetyön ohjelmien tärkeimmät määrälliset parametrit (verkkoversio).
([116]) Katso taulukko 5: Ehkäisevän huumetyön ohjelmat kouluissa ja lastentarhoissa (verkkoversio).

(paikallisten toimintalinjojen ja verkostojen kehittäminen sekä päättäjien ottaminen mukaan työhön) ja erityisiä toimenpiteitä, kuten huumeriippuvuutta ja syrjäytymistä ehkäisevät paikalliset keskukset (Ranska) tai vanhempien katupartiot (”night ravens”) (Tanska, Ruotsi ja Norja) ([117]). Toimenpiteet eivät välttämättä ole yhteisöryhmien järjestämiä, vaan niitä voi johtaa ylhäältä käsin hankkeiden, kuten huumevalistusohjelmien, käynnistämisestä vastaava kansallinen virasto, niin kuin Luxemburgissa. Toimenpiteiltä puuttuu usein kestävä perusta ja selkeä tavoite; yhteisöhankkeiden päämääriä ja rakennetta seurataan ainoastaan Kreikassa. Tilanne ei ole merkittävästi kehittynyt lukuun ottamatta Irlantia ja Luxemburgia.

Perheissä tehtävä ehkäisevä huumetyö mainitaan usein kansallisissa strategioissa, mutta sen toteutus vaikuttaa usein kirjavalta, suunnittelemattomalta ja valmistelemattomalta, eikä se juurikaan perustu kokemukseen tai näyttöön. Siihen sisältyy usein vanhemmuustaitojen opettamista vanhemmille ja/tai tiedotusta (Belgia, Tanska, Saksa, Ranska, Italia, Portugali ja Norja). Ainoastaan Irlannissa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on riskiryhmään kuuluville perheille suunnattuja hankkeita, jotka keskitetään vähäosaisiin asuinalueisiin. Espanjassa on kuitenkin laadittu järjestelmällinen ja kattava yleiskatsaus perheissä tehtävästä ehkäisevästä huumetyöstä ([118]), samalla kun Kreikassa on kehitetty hyvin organisoituja asiallisesti dokumentoituja kansallisia perhehankkeita.

Toistaiseksi ei ole pystytty vertaamaan ehkäisevään huumetyöhön eri jäsenvaltioissa käytettyjä varoja, vaikka siinä olisi keskitytty ainoastaan kouluissa tehtävän ehkäisevän huumetyön resursseihin.

Kampanjat joukkotiedotusvälineissä ovat usein tärkeä osa ehkäisystrategioita huolimatta siitä, että yksinään niiden vaikutus kulutuskäyttäytymiseen on heikkoa (Paglia ja Room, 1999) ja että niiden kustannukset ovat huomattavat.

Haittojen vähentäminen

Toimenpiteistä, joilla minimoidaan huumeisiin liittyviä terveyshaittoja, vähennetään kuolemia ja lievitetään yleisiä häiriöitä ([119]), on tullut monen kansallisen huumausainestrategian olennainen osa ja selkeä poliittinen painopistealue useimmissa maissa. ([120]) Kansalliset seurantakeskukset pitivät haittoja vähentävien toimenpiteiden toteuttamista ”erittäin tärkeänä”, ”hyvin merkittävänä”, ”välttämättömänä”, ”ensisijaisena” tai ”olennaisena” kansallisessa huumausainestrategiassa.

Ruiskunvaihto-ohjelmat, kenttätyöaloitteet ja matalan kynnyksen palvelut ovat edelleen yleistyneet, ja monissa maissa niitä on laajennettu perusläkintähoitoon, rokotuksiin, entistä turvallisempaa käyttöä koskevaan koulutukseen, yliannostusten ensiapuun, huumeidenkäyttäjien ensiapukursseihin tai valvottuihin piikitystiloihin. Taulukossa 2 annetaan yleiskuva haittoja vähentävistä aloitteista EU:n jäsenvaltioissa ja Norjassa. Ruiskunvaihto-ohjelmien maantieteellisen kattavuuden lisääminen on tärkeimpiä keinoja suonensisäisestä käytöstä aiheutuvien tartuntojen vähentämisessä. Muut toimenpiteet ovat suppeampia, ja ne ovat tässä ”indikaattoreita” palveluista, joita toteutetaan syrjäytyneiden huumeidenkäyttäjien perusterveydenhuollon tarpeisiin. Myös huumehoitoaloitteilla ja etenkin korvaushoito-ohjelmilla on kaikissa maissa suuri merkitys huumeiden terveyshaittojen vähentämisessä.

([117]) Lisätietoja “night ravens” -käytännöstä s. 63.

([118]) http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/intervencion_familiar.pdf

([119]) Ks. EMCDDA:n vuosiraportti 2002; EMCDDA:n Teemana huumeet 4. Neuvoston suositus huumausaineiden väärinkäyttöön liittyvien terveyshaittojen ehkäisemisestä ja vähentämisestä (Cordrogue 32).

([120]) Katso taulukko 6: Haittojen vähentämisen merkitys (verkkoversio).

Taulukko 2: Ruiskunvaihto-ohjelmien maantieteellinen kattavuus ja huumeidenkäyttäjien muiden valittujen terveyspalvelujen saatavuus EU:n jäsenvaltioissa ja Norjassa

Maa	Ruiskunvaihto-ohjelmien maantieteellinen kattavuus (1)	Matalan kynnyksen lääkintähoito (2)	Entistä turvallisempaa käyttöä koskeva koulutus (3)	Huumeidenkäyttäjien ensiapukurssit (4)	Valvotut piikitystilat	Heroiinia lääkemääräyksellä
Belgia	> 40 paikkaa, suuret kaupungit		On	On		Kokeilua suunnitellaan
Tanska	10 maakuntaa 14:stä		On	On		
Saksa	Melkein kaikki kaupungit	On	On	On	20 tilaa 11 kaupungissa	Kolmevuotinen lääketieteellinen tutkimus alkoi vuonna 2002
Kreikka	Ateena	On	On	On		
Espanja	18 aluetta 19:stä, vankilat	On	On	On	2 tilaa	Kokeilu Andalusiassa ja Kataloniassa
Ranska	87 aluetta 100:sta	On	On	On		
Irlanti	20 paikkaa ja kenttätyöohjelmaa, lähinnä Dublinin alue		On			
Italia	Ser.T ja kansalaisjärjestöt "monissa kaupungeissa"; automaatit pikkukaupungeissa	On		On		
Luxemburg	Erityispalvelut kolmessa suurimmassa kaupungissa; automaatteja viidessä kaupungissa	On	On	On	1 (suunnitteilla)	Lainsäädäntö olemassa
Alankomaat	> 95 % suurista kaupungeista	On	On	On	21 tilaa 11 kaupungissa	Satunnaistettu kliininen testi toteutettu; 300 asiakasta jatkaa hoitoa
Itävalta	13 kaupunkia useimmissa osavaltioissa	On	On	On		
Portugali	Maanlaajuinen kattavuus apteekkiohjelmassa; ruiskunvaihto-ohjelmien ja kenttätyön verkostoa rakennetaan	On	On	On	Lain mukaan mahdollista, ei suunnitteilla	
Suomi	Yli 50 000 asukkaan kaupungit ja viisi pienempää kaupunkia	On	On	On		
Ruotsi	Malmö ja Lund			Kyllä (ruiskunvaihto-ohjelmissa)		
Yhdistynyt kuningaskunta	Ohjelmia useimmissa Englannin ja Skotlannin kaupungeissa; ruiskunvaihto-ohjelmat aloitettu Pohjois-Irlannissa 2001		On	On	Sisäministeriö ei tue sisäasiainvaliokunnan suositusta	Heroiinin rajoitettu, jatkuva määrääminen. Valiokunta suosittelee laajentamista (ja hallitus on periaatteessa suostunut siihen)
Norja	Oslo vuodesta 1988 ja useimmat suuret kunnat	On		On		

(1) Katso taulukko 7: Ruiskunvaihto-ohjelmien (SEP) tarjonta ja tyypit, apteekkien osallistuminen niihin, jaettujen/myytyjen ruiskujen lukumäärä (verkkoversio).
(2) Vähintään yksi matalan kynnyksen lääkintähoitopalvelu.
(3) Vähintään yksi yksikkö järjestää säännöllisesti entistä turvallisempaa käyttöä koskevia koulutuskursseja.
(4) Huumeidenkäyttäjien säännöllisiä ensiapukursseja vähintään yhdessä kaupungissa.
Katso taulukko 11: Strategiat ja valikoidut toimenpiteet huumekuolemien vähentämiseksi EU:n jäsenvaltioissa ja Norjassa.

Tartuntatautien ehkäisy

Ruiskunvaihto-ohjelmia on kaikissa maissa, mutta niiden kattavuus on hyvin suppea Ruotsissa ja Kreikassa. Ruotsissa on äskettäin ehdotettu kahden nykyisen ohjelman jatkamista ja ruiskunvaihto-ohjelmien ulottamista koko maahan. Monissa maissa on edelleen lisätty steriilien injektiovälineiden saatavuuta, ja ohjelmien kattavuutta maaseudulla on parannettu asentamalla automaatteja ja ottamalla apteekkeja mukaan ohjelmiin. ([121])

HIV

HIV:tä koskevaa vapaaehtoista neuvontaa ja testausta on yleisesti saatavilla kaikissa EU-maissa, ja useimmiten se on ilmaista. ([122]) "Vaikeasti tavoitettaviin" huumeidenkäyttäjiin pyritään saamaan yhteys, ja uusien matalan kynnyksen palvelujen ja kenttätyön kautta heitä rohkaistaan vapaaehtoiseen neuvontaan ja testaukseen. Useissa maissa täysin nimettömänä tehtäviä ilmaisia testejä on kuitenkin vain rajoitetusti.

Antiretroviraalista yhdistelmälääkitystä (HAART-hoitoa) ([123]) annetaan kaikkien EU-maiden terveydenhuoltojärjestelmissä, mutta hoidon saatavuus ja hoitomyöntyvyys ovat vakavia ongelmia HIV-tartunnan saaneilla huumeidenkäyttäjillä. Aktiivikäyttäjät ja varsinkin kodittomat tai epäsäännöllistä elämää viettävät huumeidenkäyttäjät eivät aina saa HIV-hoitoa. Muita esteitä ovat hoidon tarjoajien asenteet ja se, että huumeidenkäyttäjät eivät tiedä hoidon vähentävän huomattavasti sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Joissakin maissa (esimerkiksi Belgiassa, Saksassa, Italiassa, Portugalissa ja Suomessa) on sovellettu innovatiivisia lähestymistapoja, kuten annettu HIV-hoitoa huumehoitoyksiköissä ja matalan kynnyksen palveluissa tai muutettu lääkkeiden annostusta asiakkaiden elämäntapoihin sopivaksi, mutta hoitoon osallistumista ja hoidon onnistumista on vielä parannettava.

B-hepatiitti

Joissakin maissa on ilmaisia B-hepatiittirokotuskampanjoita. ([124]) Huumehoitoyksiköt tarjoavat yhä enemmän ennakoivaa rokotusta, ja ne pyrkivät rokottamaan huumeidenkäyttäjiä riskiryhmien yhteyspisteiden kautta. Saksassa, Alankomaissa ja Italiassa toteutetuissa kokeiluohjelmissa on onnistuttu lisäämään rokotusten määrää. Huumeidenkäyttäjille suositellaan yhdistelmärokotusta A- ja B-hepatiittivirusta vastaan (BAG, 1997).

Vaikka rokotusta on tarjolla ja se kuuluu useimmissa maissa terveydenhuoltojärjestelmän piiriin, rokotettuja on vähän.

Huumeidenkäyttäjät eivät aina viivy hoitoyksikössä niin pitkään, että rokotus ehdittäisiin antaa ja täysi rokotussuoja saavuttaa. Ratkaisuiksi on esitetty rokotusta eri yksiköissä, nopeaa annostusta ja saatavuutta helpottavia ohjelmia.

C-hepatiitti

C-hepatiittihoitoa annetaan kaikissa maissa, mutta huumeidenkäyttäjien on käytännössä vaikea saada hoitoa (Wiessing, 2001). Nykyisten ohjeiden mukaan huumeidenkäyttäjiä ei pitäisi hoitaa, ennen kuin he ovat olleet ilman huumeita tai saaneet korvaushoitoa suun kautta vähintään vuoden, sillä aktiivikäyttäjillä on uusintainfektion riski. Monessa maassa hoitoa on saatavana rajoitetusti tai hoitoon suostuminen on vähäistä. ([125]) Uusia keinoja parantaa huumeidenkäyttäjien osallistumista hoitoon ja siihen suostumista ovat pegyloitu interferoni, jonka hoito-ohjelma ei ole kovin vaativa, ja tosiasioihin perustuvien hoito-ohjeiden kehittäminen.

Vain harvassa maassa on kansallinen toimintasuunnitelma C-hepatiittitartuntojen vähentämiseksi. Monissa maissa huumeidenkäyttäjiä varten on annettu turvallisen käytön koulutusta ja tietoa sekä toteutettu tiedotuskampanjoita. Joidenkin maiden vankiloissa on tartuntatauteja koskevia tiedotusohjelmia, ja niissä pyritään lisäämään huumeidenkäyttäjien parissa työskentelevien ammattilaisten tietoutta C-hepatiittitartuntojen ehkäisystä.

Huumekuolemien vähentäminen

EU:ssa ja Norjassa kirjataan vuosittain noin 8 000 äkillistä huumekuolemaa, joissa uhrit ovat enimmäkseen nuoria. Huumekuolemista yhteiskunnalle aiheutuva taakka näkyy vielä selvemmin, kun se ilmaistaan "menetettyinä elinvuosina" ([126]). Tällöin huumekuolemista aiheutuva taakka oli vuonna 1995 Englannissa ja Walesissa 70 prosenttia liikennekuolemien osuudesta (ACMD, 2000).

([121]) Katso taulukko 7: Ruiskunvaihto-ohjelmien (SEP) tarjonta ja tyypit, apteekkien osallistuminen niihin, jaettujen/myytyjen ruiskujen lukumäärä (vuoden 2001 tiedot on vuoden 2002 vuosiraportin taulukossa 8 OL osoitteessa http://ar2002.emcdda.eu.int/fi/popups/oltab08-fi.html).

([122]) Katso taulukko 8: Vapaaehtoisen HIV-neuvonnan ja testauksen järjestäminen sekä HIV-hoito (verkkoversio).

([123]) Lyhenne on peräisin sanoista "highly active anti-retroviral treatment".

([124]) Katso taulukko 9: B-hepatiittirokotteiden tarjoaminen suonensisäisesti huumeita käyttäville muutamissa Euroopan maissa (verkkoversio).

([125]) Katso taulukko 10: C-hepatiittitartunnan saaneiden injektiokäyttäjien hoito muutamissa Euroopan maissa (verkkoversio).

([126]) Menetetyt elinvuodet lasketaan sen perusteella, minkä ikäiseksi henkilön olisi voitu odottaa elävän, ellei hän olisi kuollut huumeiden käyttöön (ACMD, 2000, s. 56).

Tulosten perusteella kuolemia voidaan vähentää merkittävästi lääketieteen ja koulutuksen avulla. ([127]) Korvaushoidon suojavaikutus kuolleisuudelta on huomattava (WHO, 1998), ja korvaushoidon saatavuuden parantumisen on havaittu olevan yhteydessä yliannostuskuolemien vähenemiseen Espanjassa ja Ranskassa, joskin tähän on voinut vaikuttaa myös suonensisäisen huumeidenkäytön väheneminen Espanjassa (EMCDDA, 2002a). Koulutusohjelmat, joissa huumeidenkäyttäjille selvitetään riskit ja heitä opetetaan tunnistamaan yliannostuksen merkit ja toimimaan asianmukaisesti, ovat tuottaneet myönteisiä tuloksia, sillä ne ovat parantaneet huumeidenkäyttäjien auttamisvalmiuksia yliannostustapauksissa.

Amsterdamissa, Frankfurtissa, Kööpenhaminassa ja Oslossa on toteutettu paikallisia strategioita yliannostuskuolemien vähentämiseksi. Niistä tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että vaikka huumeidenkäytön tämänhetkinen yleisyys ja käyttötavat rajoittavat tavoitteisiin pääsyä, paikallisista toimintamalleista voi olla apua kuolemien määrän vähentämiseen (Reinås et al., 2002).

Huumekuolemien vähentämistä, joka on EU:n huumausainestrategian (2000–2004) toinen tärkeä tavoite, pidetään yhä useammin saavutettavissa olevana päämääränä. Se on yksi painopistealue Saksan, Kreikan, Irlannin, Luxemburgin, Portugalin, Suomen ja Yhdistyneen kuningaskunnan uusissa kansallisissa huumausainestrategioissa. Yliannostuskuolemien vähentämiseksi on myös paikallisia strategioita ([128]).

Useimmissa maissa on yliannostusten ehkäisemistä koskevia tietojärjestelmiä. Huumehoito- ja terveydenhuoltoyksiköt antavat huumeidenkäyttäjille koulutusta elvytyksen perusmenetelmistä, mutta näitä ensiapukursseja tarjotaan usein vain isoissa taajamissa. ([129])

Joissakin maissa heroiinin yliannostuksia on pyritty vähentämään jakamalla naloksonia, joka on opiaattien vastavaikuttaja (Sporer, 2003). Italiassa monet kadulla toimivat huumehoitoyksiköt (unità da strada) antavat huumeidenkäyttäjille naloksonia ensi hätään ennen lääkärinavun saapumista. Berliinissä tehtiin koetutkimus yhdistetystä ensiapukoulutuksesta ja naloksonin antamisesta, ja sen mukaan toimintavalmiudet paranivat huumeiden aiheuttamissa hätätilanteissa ja antagonistin käyttö oli lääketieteellisesti perusteltua valtaosassa tapauksista (93 %) (Dettmer, 2002). Samassa tutkimuksessa todettiin naloksonin hyöty myös kotioloissa tapahtuvissa hätätilanteissa.

Julkisilla paikoilla tapahtuvat yliannostuskuolemat ovat olleet suuri ongelma niissä Euroopan kaupungeissa, joissa huumeita käytetään avoimesti ja laajasti. Muutamissa Saksan ja Espanjan kaupungeissa on avattu huumeidenkäyttöön tarkoitettuja valvottuja tiloja huumeita avoimesti käyttäville, usein syrjäytyneille ryhmille. Valvottuja piikitystiloja on myös Alankomaissa. Niissä annetaan muiden palvelujen ohella välitöntä ensiapua yliannostustapauksissa. Saksassa tehdyn tutkimuksen mukaan (Poschadel et al., 2003) piikitystilat vähensivät merkittävästi huumekuolemia kaupungeissa ja paransivat muiden palveluiden tavoittamattomissa olleiden ongelmakäyttäjien pääsyä terveys- ja hoitopalveluihin.

Hoito

Lääkehoito ja lääkkeetön hoito ovat laittomien huumausaineiden käytön tärkeimmät hoitomuodot. Lääkehoito tapahtuu lähes yksinomaan avohoidossa, mutta lääkkeetöntä hoitoa voidaan antaa ainoastaan laitoksissa tai poliklinikoilla. EU:ssa pitkäaikaishoidossa käytetään yleensä vain agonisteja (esimerkiksi metadonia) tai yhdistettyjä antagonisteja ja agonisteja (esimerkiksi buprenorfiinia), kun taas vieroitushoidossa voidaan käyttää antagonisteja (esimerkiksi naloksonia).

Lääkehoito

Metadoni on selvästi eniten käytetty korvaushoitolääke. Buprenorfiini on jo vuosien ajan ollut eniten käytetty korvaushoitolääke Ranskassa, ja yksityiset lääkärit voivat määrätä sitä myös Luxemburgissa ja Portugalissa. Ruotsissa aiotaan rajoittaa buprenorfiinin määräämistä. Suomessa buprenorfiinin laiton väärinkäyttö on aiheuttanut hoidon kysyntää, ja joistakin buprenorfiinin ja masennuslääkkeiden väärinkäytön aiheuttamista kuolemista on ilmoitettu. Buprenorfiinia käytetään nykyisin selvästi vähemmän kuin metadonia Belgiassa, Tanskassa, Saksassa, Kreikassa, Espanjassa, Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Korvaushoitoa saavien määrästä on saatu tietoa joidenkin vuosien ajalta (Farell et al., 1996, 2000), joten tämän alan kehitystä on nyt mahdollista seurata. Taulukossa 3 verrataan vuosien 1997 ja 1998 tietoja jäsenvaltioiden uusimpiin tietoihin. Taulukosta 3 näkyy, että lääkehoidon saatavuus on lisääntynyt huomattavasti. Nousua on ollut EU:n tasolla suurin piirtein 34 prosenttia viimeisten noin viiden vuoden aikana.

([127]) Toksikologisia näkökohtia, yhteiskunnallisia ja yksilöllisiä korrelaatteja ja riskejä sekä kuolettavien ja lievien yliannostusten olosuhteita ja ehkäisystrategioita on selvitetty esimerkiksi seuraavissa tutkimuksissa: Varescon-Pousson et al. (1997), Hariga et al. (1998), Seaman et al. (1998), Villalbi ja Brugal (1999), ACMD (2000), Ferrari et al. (2001), Lepère et al. (2001), Brugal et al. (2002), Buster (2002), Kraus ja Püschel (2002), Origer ja Delucci (2002) sekä Pant ja Dettmer (2002).

([128]) Taulukko 11 OL: Strategiat ja valikoidut toimenpiteet huumekuolemien vähentämiseksi EU:n jäsenvaltioissa ja Norjassa (verkkoversio).

([129]) Taulukko 11 OL (verkkoversio).

Taulukko 3: Lääkehoidon kehitys EU:n 15 jäsenvaltiossa ja Norjassa

	Korvaushoidossa olevien arvioitu määrä (1)		Muutos (%)
	1997/1998	2001/2002	
Belgia	6 617	7 000	5,8
Tanska	4 298	4 937	14,9
Saksa (2)	45 300	49 300	8,8
Kreikka	400	1 060	165,0
Espanja	51 000	78 806	54,5
Ranska	53 281	85 757	61,0
Irlanti	2 859	5 865	105,1
Italia	77 537	86 778	11,9
Luxemburg (3)	931	1 007	8,2
Alankomaat	13 500	13 500	0
Itävalta	2 966	5 364	80,8
Portugali	2 324	12 863	453,5
Suomi	200	400	100,0
Ruotsi	600	621	3,5
Yhdistynyt kuningaskunta (4)	28 776	35 500	23,4
Norja	204	1 853	808,3
Yhteensä	290 793	390 611	34,3

(1) Joidenkin maiden luvut viittaavat asiakkaisiin ja joidenkin arvioihin.
(2) Saksan lukuihin sisältyvät myös dihydrokodeiinia saavat potilaat, joita arveltiin olevan noin 8 800 vuonna 1998 ja 3 700 vuonna 2000.
(3) Vuonna 1998 valtion metadonihankkeessa oli mukana 186 asiakasta ja vuonna 2001 156 asiakasta. Vastaavasti vuonna 1998 745 asiakasta ja vuonna 2001 849 asiakasta oli yleislääkäreiden korvaushoidossa.
(4) Vain Englanti ja Wales.
Lähteet: EMCDDA:n vuosiraportti 1998 (tiedot vuodelta 1997 tai sitä edeltävältä ajalta) sekä vuosien 2001 ja 2002 kansalliset raportit.

Heroiinihoito

Helmikuussa 2002 julkaistiin tulokset Alankomaissa tehdystä heroiinihoitokokeesta (http://www.ccbh.nl; Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, 2002). Kokeeseen osallistuneet asiakkaat saivat sekä metadonia että heroiinia. Arviointi osoitti, että koeryhmässä olleet asiakkaat saivat hoidosta huomattavia terveyshyötyjä verrattuna kontrolliryhmään, joka sai ainoastaan metadonihoitoa.

Maaliskuun 2002 ja helmikuun 2003 välisenä aikana Saksan Bonnissa, Frankfurtissa, Hampurissa, Hannoverissa, Karlsruhessa, Kölnissä ja Münchenissä käynnistettiin heroiinihoito-ohjelma satunnaistetun kontrolloidun kokeen yhteydessä. Yhteensä 1 120 asiakasta otettiin mukaan heroiinihoitokokeiluun, jota Hampurissa toimiva Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung valvoo ja arvioi tiiviisti kahden 12 kuukautta kestävän jakson ajan (http://www.heroinstudie.de/).

Espanjassa Andalusian ja Katalonian autonomisilla alueilla valmistellaan heroiinihoitokokeiluja. Barcelonassa (Katalonia) tutkimuskohortissa on 180 miesasiakasta, joiden ikä on 18–45 vuotta. Heroiini annetaan suun kautta.

Luxemburgissa 30. tammikuuta 2002 annetussa asetuksessa sallitaan heroiinihoitokokeen toteuttaminen terveysministeriön johtamassa koehankkeessa.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa yleislääkärit määräävät heroiinia arviolta 500 asiakkaalle.

Lääkkeetön hoito

Lääkkeettömässä hoidossa käytetään psykososiaalisia tekniikoita ja koulutusta. Tavoitteena on pidättäytyminen huumeista pitkällä aikavälillä.

Lääkkeettömästä hoidosta saatujen tietojen määrällinen vertailu ei ole mahdollista. Tämä johtuu osittain siitä, että tiedot ovat peräisin sekä yksinomaan huumeidenkäyttäjille tarkoitetuista hoitokeskuksista että yleensä riippuvuuden hoitoon eli alkoholismin ja muiden aineiden väärinkäytön hoitoon tarkoitetuista hoitopaikoista. ”Hoitoa” on myös vaikea määritellä (esimerkiksi hoitokertojen vähimmäismääränä), eikä sitä voida mitata määrällisinä yksikköinä, kuten lääkemääräyksinä, toisin kuin lääkehoitoa.

Hoidon tarjonnassa on alueellinen trendi Euroopan pohjois- ja eteläosien välillä. Etelä-Euroopassa hoitoa tarjoavat pääasiassa huumeriippuvuuden hoitoon erikoistuneet yksiköt ja Pohjois-Euroopassa (Tanskaa lukuun ottamatta) yleisen riippuvuuden hoitoyksiköt. Tämä voi selittyä sillä, että Pohjois-Euroopassa (Tanskaa lukuun ottamatta) on pitempi kokemus alkoholistien lääkkeettömästä hoidosta kuin Etelä-Euroopassa. Saattaa olla, että huumeidenkäytön yleistyessä jo olemassa olevia hoitopaikkoja mukautettiin narkomaanien hoitoon hoitopaikan sisällä. Muissa maissa ei taas ollut vastaavaa hoitopaikkojen verkostoa, vaan huumeidenkäyttäjille luotiin uusia erityispalveluja. ([130])

Hoidon vaatimukset ja laatu

Hyväksymisjärjestelmien perustaminen, laatuvaatimusten määrittäminen, ohjeiden kehittäminen, hoitohenkilökunnan kouluttaminen sekä seuranta ja arviointi ovat esimerkkejä toimenpiteistä, joilla varmistetaan huumehoidossa tietty vaatimus- ja laatutaso.

([130]) Ks. kaavio 40 OL: Huumeiden ongelmakäyttäjät lääkkeettömässä hoidossa (verkkoversio).

Hyväksymis- tai sertifiointijärjestelmiä on käytössä Saksassa, Ranskassa, Luxemburgissa, Itävallassa ja Portugalissa. Niissä hyväksytty, riippumaton ja ulkopuolinen elin valvoo palveluja ja varmistaa, että tietyt ennalta määritetyt vaatimukset täyttyvät. Esimerkiksi Ranskassa ja Luxemburgissa hoidon tarjoajien on saatava sertifiointi tai hyväksyntä, jotta ne voivat saada rahoitusta hoitoon. Muissa maissa valtakunnallinen sertifiointi on mahdollinen mutta vapaaehtoinen. Kansainvälisten standardien, kuten ISO-standardien, mukainen sertifiointi on mahdollinen koko Euroopassa.

Hoidon toteutusta koskevia ohjeita, joilla varmistetaan hoidon laatu, on monissa jäsenvaltioissa, esimerkiksi Kreikassa, Italiassa, Alankomaissa, Itävallassa ja Suomessa. Ohjeiden käytön ja soveltamisen laajuudessa sekä niiden luonteessa on kuitenkin eroja. Ohjeet voivat olla suuntaa-antavia neuvoja, jotka ovat yleisesti saatavilla, tai osittain sitovia periaatteita, joita on noudatettava rahoituksen saamiseksi. EU:n tasolla on kehitetty metadonihoidon tarjontaa koskevia suuntaa-antavia ohjeita, jotka ovat saatavilla englanniksi, espanjaksi, ranskaksi ja saksaksi. ([131])

Hoitohenkilökuntaa koulutetaan kaikissa jäsenvaltioissa, mutta valtakunnallista järjestelmällistä koulutusta ei anneta yhdessäkään jäsenvaltiossa. Koulutuksen saatavuus, monipuolisuus ja taso vaihtelevat suuresti EU:ssa, samoin kuin hoitoviranomaisten osuus tällaisen toiminnan suunnittelussa.

Hoidon arviointi ja tutkimus

Huumehoidon arviointia ja tutkimusta esiintyy eri muodoissa kaikissa jäsenvaltioissa. Valtaosa tutkimuksista on kuitenkin pienimuotoisia, ja ne toteutetaan laitostasolla tai paikallisesti. Yhdistyneessä kuningaskunnassa on tehty Englannissa ja Walesissa kansallinen hoitotulostutkimus, josta on saatu tuloksia yli viiden vuoden ajalta. ([132]) Italian VEdeTTE-tutkimus, jossa on mukana lähes 12 000 asiakasta 118 avohoitoyksiköstä (Ser.T-yksiköstä), on vielä kesken, ja siitä on saatavissa vasta alustavia tuloksia. Niiden mukaan metadonin keskimääräinen päiväannos oli 40 mg ja että vain 10 prosenttia asiakkaista sai metadonia 60 mg tai enemmän, mikä on tieteellisen kirjallisuuden mukaan tarvittava annos. Vuotuinen hoidon keskeyttämisaste oli lääkkeettömässä hoidossa 52 prosenttia ja metadonilla annettavassa ylläpitohoidossa 35 prosenttia. Metadoniannoksen lisääminen näyttää vähentävän keskeyttämisriskiä. Lisäksi tutkimus osoitti psykososiaalisten toimenpiteiden tehokkuuden. ([133]) Tanskassa aloitettiin toukokuussa 2000 DANRIS-tutkimus ([134]), jonka tarkoituksena on seurata hoitoa ja sen tehokkuutta noin 40 sairaalatyyppisessä hoitopaikassa. Euroopan tasolla viidennestä tutkimuksen puiteohjelmasta osittain rahoitetussa Treat 2000 -hankkeessa analysoidaan ja vertaillaan terveydenhuoltojärjestelmiä ja niiden tehokkuutta opiaattiriippuvaisten hoidossa kuudella Euroopan alueella.

Huumeidenkäyttäjiin kohdistuvat toimet rikosoikeusjärjestelmässä

Poliittiset puitteet

Huumeriippuvuudella on keskeinen osa huumelainsäädännön vastaisissa rikkomuksissa ja vähäisissä omaisuusrikoksissa. Suuri osa huumeidenkäyttäjistä pidätetään, ja monet heistä vangitaan. Jotkut vangit myös aloittavat huumeidenkäytön vankilassa. Nämä asiat otetaan huomioon EU:n kaikkien jäsenvaltioiden ja Norjan rikosoikeusjärjestelmissä. Useimpien EU-maiden huumausainestrategioiden tavoitteena on parantaa vankiloissa olevien narkomaanien psykososiaalisia palveluja ja terveydenhuoltopalveluja.

Rikosoikeusjärjestelmistä on tehtävä entistä joustavampia, sillä vankeustuomion saaneiden huumeidenkäyttäjien määrä kasvaa, mikä johtaa vankiloiden ahtauteen. Koska huumeidenkäyttäjät eivät välttämättä sovellu parhaiten vankilaoloihin, rangaistus- ja vankeustuomioiden sijaan on laajennettu vaihtoehtoisia toimenpiteitä. Yhteistyössä rikosoikeudellisten rakenteiden eli vankeus- ja ehdonalaisjärjestelmien välillä sekä ensiksi mainittujen ja terveydenhuollon rakenteiden välillä katsotaan yleisesti olevan parantamisen varaa, ja asianmukaisia toimenpiteitä onkin kehitteillä. ([135])

Psykososiaaliset ja terveydenhuollon toimenpiteet vankiloissa

Vankiloissa laajennetaan huumeita käyttäville vangeille tarjottavia palveluja. Useimmissa maissa, joiden vankiloissa annetaan yleisesti riippuvuushoitoa, toteutetaan myös haittoja vähentäviä toimenpiteitä (taulukko 4). EDDRA:n (huumeiden kysynnän vähentämistä koskevan tiedonvaihdon) ([136]) tietokantaan sisältyvien vankiloissa toteutettavien ohjelmien analyysi osoitti kuitenkin, että toimenpiteiden päätavoite ei liity terveyteen vaan huumerikosten vähentämiseen. ([137])

([131]) Ohjeet Euromethworkin www-sivustolla osoitteessa http://www.q4q.nl/methwork/home2.htm.
([132]) http://www.ntors.org.uk
([133]) http://www.studio-vedette.it/pubblicazioni.htm
([134]) http://www.crf-au.dk/danrisenglish/default2.asp
([135]) Katso taulukko 12: Uudet vankiloiden huumestrategiat, ministeriöiden ohjeet ja palvelunormit EU:ssa ja Norjassa (verkkoversio).
([136]) http://emcdda.eddra.eu.int
([137]) EMCDDA:n "Criminal justice based drug demand and harm reduction programmes in the EU – Analysis of police station, courts and prisons-based programmes" (http://eddrapdf.emcdda.eu.int/eddra_cjs.pdf).

Taulukko 4: Huumeidenkäyttäjille tarkoitettujen sosiaalisten palvelujen ja terveyspalvelujen saatavuus EU:n vankiloissa (1) (2)

Palveluja tarjoavien vankiloiden osuus (%)	Pidättyvyyteen suunnatut palvelut			Korvaushoito	Haittojen vähentämiseen suunnatut palvelut				
	Vieroitushoito	Huumeettomat yksiköt	Vankiloiden hoitoyksiköt		Veriseulonta	Rokotusohjelmat	Desinfiointiaineiden tarjonta	Neulojen vaihto	Kondomien tarjonta
Kaikki	Belgia, Tanska, Espanja, Ranska, Luxemburg, Alankomaat, Itävalta, Portugali, Ruotsi			Belgia, Tanska, Espanja, Ranska, Itävalta, Portugali	Belgia, Kreikka, Espanja, Ranska, Irlanti, Luxemburg, Alankomaat, Itävalta, Portugali, Ruotsi	Tanska, Kreikka, Espanja, Ranska, Irlanti, Luxemburg, Itävalta, Portugali	Belgia, Tanska, Espanja, Ranska, Itävalta, Portugali, Norja		Belgia, Tanska, Espanja, Ranska, Itävalta, Portugali Ruotsi, Norja
Yli puolet	Irlanti, Suomi, Yhdistynyt kuningaskunta	Suomi, Yhdistynyt kuningaskunta		Luxemburg	Suomi	Suomi, Yhdistynyt kuningaskunta	Suomi		Luxemburg, Suomi, Yhdistynyt kuningaskunta
Alle puolet	Kreikka, Italia, Norja	Tanska, Alankomaat, Belgia, Kreikka, Espanja, Irlanti, Itävalta, Portugali, Ruotsi, Norja	Belgia, Tanska, Espanja, Kreikka, Itävalta, Portugali, Suomi, Norja	Irlanti, Italia, Suomi, Yhdistynyt kuningaskunta			Yhdistynyt kuningaskunta	Saksa, Espanja	
Ei yhtään		Italia, Ranska, Luxemburg	Ranska, Irlanti, Italia, Luxemburg, Alankomaat, Ruotsi, Yhdistynyt kuningaskunta	Kreikka, Alankomaat, Ruotsi	Tanska, Yhdistynyt kuningaskunta, Norja	Belgia, Alankomaat, Ruotsi	Kreikka, Irlanti, Italia, Luxemburg, Alankomaat, Ruotsi	Belgia, Tanska, Kreikka, Ranska, Irlanti, Italia, Luxemburg, Alankomaat, Itävalta, Portugali, Suomi, Ruotsi, Yhdistynyt kuningaskunta, Norja	Kreikka, Irlanti, Italia, Alankomaat

(1) Saksan tiedot puuttuvat oikeusjärjestelmän liittovaltiorakenteen takia.
(2) Laajennettu versio tästä taulukosta on taulukossa 13 OL: Vankiloissa toteutettavat tukitoimet huumeidenkäyttäjille (verkkoversio).
Lähde: Reitoxin kansalliset raportit (2002).

Yleensä maassa on erityispalveluja joko melkein kaikissa vankiloissa tai ei juuri missään vankilassa. Tämä koskee etenkin haittoja vähentäviä toimenpiteitä, kuten taulukosta 4 voidaan nähdä. Veriseulontaa ja rokotusohjelmia sekä desinfiointiaineiden tarjontaa on lähes kaikissa vankiloissa kahdeksassa maassa, mutta ne puuttuvat kokonaan joka neljännestä jäsenvaltiosta. Tämä kertoo siitä, että kansallinen huumepolitiikka ratkaisee palvelujen saatavuuden vankiloissa. Yksittäisissä vankiloissa toteutetaan kuitenkin yleensä koehankkeita, ennen kuin huumepolitiikkaa sovelletaan valtakunnallisesti.

Vieroitushoito on yleisimmin tarjottu palvelu. Vieroitushoitoa annetaan lähes kaikissa vankiloissa yhdeksässä maassa ja suppeammin kolmessa maassa, Kreikassa (vuoden 2001 tiedot), Italiassa ja Norjassa. Neulojen vaihto on harvinaisin tutkituista palveluista: neulanvaihto-ohjelmia on ainoastaan Espanjassa (11 vankilassa 68:sta) ja Saksassa

(4:ssä 222 vankilasta). Korvaushoidon saatavuus vankiloissa vastaa saatavuutta yhteisöissä (paitsi Alankomaissa), ja sitä annetaan lähes kaikissa vankiloissa kuudessa jäsenvaltiossa. Muissa maissa korvaushoitoa annetaan vain muutamassa vankilassa tai ei ollenkaan. ([138])

Vaihtoehtoiset rangaistukset

EU:n jäsenvaltioissa on 1990-luvun lopusta lähtien laajennettu huumeita käyttäville rikoksentekijöille tarkoitettuja yhteisöllisiä vaihtoehtoisia rangaistuksia. ([139]) ([140]) Niitä on kehitetty osana rangaistuskäytännön laajaa uudistusta, jonka toinen tärkeä osa on sovittelu (suuntauksena on siis yhdyskuntapalvelu). Vaihtoehdot sisältävät yleensä huumehoidon. On saatu näyttöä siitä, että hoidolla pystytään tehokkaasti vähentämään huumeidenkäyttöä ja rikoksia (Stevens et al., 2003). Hoito voisi vähentää rikoksia erityisen tehokkaasti, jos se kohdennettaisiin huumeiden pitkäaikaiskäyttäjiin, jotka tekevät suurimman osan vähäisistä rikoksista. On myös havaittu, että vankeustuomioilla ei pystytä tehokkaasti estämään vähäisiä rikoksia (Brochu, 1999).

Osittaisen pakkohoidon onnistumisesta ei ole saatu selkeää näyttöä. Euroopassa tehdyissä tutkimuksissa siihen suhtaudutaan usein epäilevämmin kuin Amerikassa tehdyissä tutkimuksissa, joista on saatu myönteisiä tuloksia 1970-luvulta lähtien. Prosessia ja sen tuloksia on tutkittava yhä enemmän niin määrällisesti kuin laadullisestikin. Tanskan järjestelmä, jossa rikoksentekijät voivat suorittaa tuomionsa vankilan hoitoyksiköllä, osoitti kuitenkin rikosten vähenevän varsinkin silloin, kun vaihtoehtoista rangaistusta tarjottiin pitkäaikaisrikollisille (Tanskan kansallinen raportti, 2002). Pakkohoitoa koskeneessa Haagin Triple-Ex-hankkeessa havaittiin, että hoidon pitempi kesto vähensi sortumista uudelleen huumeisiin (Vermeulen et al., 1999).

Monet vaihtoehtoisten rangaistusten onnistumista haittaavat tekijät liittyvät eri tahojen, nimittäin oikeus-, terveys- ja sosiaaliviranomaisten, puutteelliseen koordinointiin. Arvioissa tulee yleensä esille, että hoidon rahoituksessa on puutteita ([141]), että tuomioistuinten ja hoitohenkilöstön työnjako on epäselvä siltä osin, kuka on paras päättämään hoidosta, ja että yhteisölliset hoitopalvelut ovat riittämättömiä ([142]) (EMCDDA, 2003a). Arvio yhdyskuntapalvelumääräyksestä, jolla huumeidenkäyttäjiä voidaan ohjata Irlannin oikeusjärjestelmässä vankiloista vaihtoehtoisiin rangaistusmuotoihin, osoittaa, että oikeus-, sosiaali- ja terveysviranomaisten virallinen ja/tai epävirallinen yhteistyö on onnistumisen edellytys (Expert Group on The Probation and Welfare Services, 1999).

Jäsenvaltioiden oikeusjärjestelmissä on suunniteltu erityistoimenpiteitä nuoria huumeidenkäyttäjiä varten, esimerkiksi varhaiset toimenpiteet ja vaihtoehdot syytteeseen joutumiselle. Varhaisten toimenpiteiden tarkoituksena on estää rikollisuus toimimalla rikollisen uran ensimmäisessä vaiheessa. Yksi yleisimmin sovelletuista toimenpiteistä kaikissa jäsenvaltioissa on välttää tai lykätä ensimmäistä vankilatuomiota suuntaamalla nuoret rikosoikeudellisesta järjestelmästä vaihtoehtoiseen ohjelmaan, joka on sosio-terveyspainotteinen. Portugalissa huumeiden väärinkäytön kieltävät komiteat ovat esimerkki rakenteesta, joka on luotu toteuttamaan vaihtoehtoja syytteeseen joutumiselle. Komiteat perustettiin, kun huumeiden hallussapito omaan käyttöön kriminalisoitiin vuonna 2001. Vuonna 2002 tehdyn arvion mukaan tulokset ovat myönteisiä huumeongelman ennaltaehkäisevän kehityksen kannalta, ja aikaväli huumeiden ongelmakäytön aloittamisen ja hoitolaitoksiin hakeutumisen välillä on lyhentynyt (Portugalin vuoden 2002 vuosikertomus).

Tarjonnan vähentäminen

Kieltotoimenpiteet

Järjestäytynyttä rikollisuutta käsittelevän Europolin kertomuksen mukaan huumeiden tuotanto ja huumekauppa kuuluvat edelleen EU:n rikollisryhmien pääasialliseen toimintaan. Millään muulla järjestäytyneen rikollisuuden osa-alueella ei saada yhtä suuria voittoja. ([143])

Kuten asiakirjassa "Interpol at work 2001" todetaan, lisääntynyt kansainvälinen yhteistyö on johtanut useisiin merkittäviin lainvalvontaoperaatioihin. Esimerkiksi yhteiseen tiedusteluun perustuneessa Project Exitissä tehtiin laajoja ekstaasin takavarikoita Euroopassa. Lisäksi estettiin merkittävien huume-erien salakuljetus Euroopan lentoasemilta Pohjois-Amerikkaan. Interpolin, UNDCP:n (Yhdistyneiden Kansakuntien huumevalvontaohjelma) ja WCO:n (Maailman tullijärjestö) tullitietojen vaihto-ohjelmalla oli edelleen suuri merkitys synteettisten huumeiden salakuljetuksen torjunnassa.

([138]) Katso taulukko 13: Vankiloissa toteutettavat tukitoimet huumeidenkäyttäjille (verkkoversio).
([139]) Kaavio 41 OL: Vaihtoehdot vankilalle – käsitteet (verkkoversio).
([140]) Katso taulukko 14: Vankilan vaihtoehdot huumeita käyttäville rikoksentekijöille – vertaileva EU:n määritelmä (verkkoversio).
([141]) Arvio Ruotsin vaihtoehtoisia rangaistuksia koskeneesta hankkeesta osoitti, että tuomion päätyttyä hoitoon ei ollut riittävästi määrärahoja (Ruotsin kansallinen raportti, 2003).
([142]) http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/alternatives_prison_expert.pdf
([143]) Lisätietoa on laatikossa 15 OL: Kieltotoimenpiteet (verkkoversio).

Rahanpesun torjuntatoimenpiteet

Europolin arvion mukaan kokaiinikauppa tuottaa vuosittain miljardeja euroja EU:ssa. Rahanpesumenetelmiin kuuluvat sekä fyysisen että sähköisen rahan liikkeet. Rahan liikkeitä ja huumeisiin liittyviä liiketoimia on edelleen vaikea yhdistää toisiinsa. Interpol on kehittänyt tärkeitä välineitä rahanpesujärjestelmien torjumiseksi. Vuonna 2001 julkaistiin tutkimuksia, jotta tutkijat voivat perehtyä näihin välineisiin lähemmin. ([144]) ([145])

Rahanpesunvastaisen toimintaryhmän (FATF) vuosien 2001–2002 vuosiraportin ([146]) mukaan seitsemän EU:n jäsenvaltiota noudattaa täysin 28:aa sen 40:stä kansallisen toiminnan suosituksesta. Muut maat eivät noudata suosituksia täysin. ([147])

Toimenpiteet torjumaan valvottujen kemikaalien toimittaminen laittomiin tarkoituksiin

Kansainvälisen huumausainevalvontalautakunnan (INCB) vuoden 2002 raportissa "valvotuista kemikaaleista" todetaan, että useimmat viejämaat antavat nyt vientitietoja, mutta Ranska, joka antoi ennen kattavat tiedot valvottujen aineiden viennistä, ei antanut näitä tietoja vuonna 2001. Useimmat viejämaat antoivat tietoja amfetamiinin kaltaisten piristeiden valmistuksessa käytettävistä prekursoreista. Norefedriinistä, joka sisällytettiin vuonna 2000 ensimmäisen kerran INCB:n raportin taulukkoon I (aineet, joista on tehtävä vientiä koskeva ennakkoilmoitus), saatiin vientitietoja Tanskasta, Saksasta, Espanjasta ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta. Lisäksi useimmat P-2-P:n ja safrolin EU-tuottajamaista antoivat tietoja. ([148]) Hallitukset onnistuivat estämään kaliumpermanganaatin ([149]) kulkeutumista kokaiinin laittomaan valmistukseen etenkin operaatio "Purplessa". Seurattujen lähetysten ja kaupan määrä laski vuonna 2001. ([150])

Seitsemän laitonta kaliumpermangaattia valmistavaa laboratoriota lopetettiin Kolumbiassa operaatio Purplessa huhtikuusta syyskuuhun vuonna 2002. Koska kaliumpermangaatti on vaikeammin saatavissa laillisesta kaupasta, kokaiinintuottajat yrittivät valmistaa tätä kemikaalia itse.

Kansainvälinen operaatio "Topaz", jossa seurataan etikkahappoanhydridin ([151]) kauppaa, on ollut menestys niin laillisten lähetysten kansainvälisessä jäljityksessä kuin poliisitutkinnassakin, ja siinä on jäljitetty takavarikoitujen tai pysäytettyjen kemikaalilähetysten alkuperää. Vuoden 2002 tammikuun ja marraskuun välisenä aikana ilmoitettiin 2 800 lähetyksestä, joissa oli lähes 300 000 tonnia etikkahappoanhydridia. Belgia ja Alankomaat, joista valtaosa lähetyksistä oli peräisin, auttoivat varmistamaan kansainvälisen jäljitysohjelman saumattoman toiminnan. Suurin osa liiketoimista on EU:n jäsenvaltioiden välisiä, ja 92 prosenttia seuratuista lähetyksistä oli EU:n jäsenvaltioiden ilmoittamia. Koska laillinen kauppa keskittyy EU:hun ja operaatio "Topazin" valvontamenettelyt ovat olleet menestys, halutaan löytää toimiva vaihtoehto yksittäisten lähetysten jäljitykselle EU:ssa.

Europol arvelee, että jopa 90 prosenttia EU:n markkinoilla takavarikoidusta heroiinista on peräisin Lounais-Aasiasta (Afganistanista). Vaikka oopiumin viljelyä yritetään estää, oopiumin tuotannon uskotaan vuonna 2002 olleen 3 400 tonnia. Koska osa laillisten toimituskanavien ulkopuolelle kulkeutuvasta etikkahappoanhydridistä salakuljetetaan Afganistaniin, perustettiin Saksan, Yhdistyneen kuningaskunnan ja Yhdysvaltojen kansainvälinen työryhmä, joka antaa teknistä apua salakuljetuksen torjunnassa tuolla alueella.

Vuonna 2001 takavarikoitiin yli 200 tonnia etikkahappoanhydridiä. Kyseessä on suurin yhtenä vuotena takavarikoitu määrä. Suurin yksittäinen takavarikko tehtiin Yhdistyneessä kuningaskunnassa, jossa löydettiin Jugoslaviaan matkalla ollut 70 tonnin lähetys. Etikkahappoanhydridiä takavarikoitiin Euroopan maista myös Belgiassa, Saksassa, Italiassa ja Sloveniassa.

Jotta amfetamiinin kaltaisten piristeiden, kuten efedriinin, norefedriinin ja 3,4-MDP-2-P:n, valmistuksessa käytettävät kemialliset prekursorit eivät kulkeutuisi laittomiin tarkoituksiin, INCB on käynnistänyt yhteistyössä Euroopan komission ja Yhdysvaltojen kanssa vapaaehtoisen kansainvälisen hankkeen (Project Prism), jossa hallituksia autetaan saavuttamaan tämä tavoite. ([152]) ([153])

([144]) http://www.interpol.int/Public/FinancialCrime/MoneyLaundering/EthnicMoney/default.asp
([145]) Lisätietoa on laatikossa 16 OL: Rahanpesun torjuntatoimenpiteet (verkkoversio).
([146]) http://www.fatf-gafi.org/pdf/AR2002_en.pdf
([147]) Laatikko 17 OL: Suositusten noudattamisen aste (FATF) (verkkoversio).
([148]) Laatikko 18 OL: Valvottujen kemikaalien muuntamisen vastaiset toimenpiteet (INCB) (verkkoversio).
([149]) Kaliumpermanganaatti on laillinen aine, joka on tärkeä reagenssi analyyttisessa ja synteettisessä orgaanisessa kemiassa. Sitä käytetään valkaisuaineissa, desinfiointiaineissa sekä bakteeri- ja sienilääkkeissä. Sitä käytetään myös vedenpuhdistusprosesseissa.
([150]) Laatikko 19 OL: Operaatio Purple (verkkoversio).
([151]) Etikkahappoanhydridi on asetyloimis- ja vedenpoistoaine, jota käytetään kemian- ja lääketeollisuudessa selluloosa-asetaatin valmistukseen, tekstiilien liistausaineissa ja kylmävalkaisun aktivointiaineissa, metallien kiillotuksessa sekä jarrunesteiden, väriaineiden ja räjähdysaineiden tuotannossa.
([152]) http://www.incb.org/e/ind_ar.htm
([153]) Laatikko 20 OL: INCB (verkkoversio).

Luku 3

Erityiskysymyksiä

Tässä luvussa käsitellään erityiskysymyksiä, jotka liittyvät huumausaineongelmaan Euroopassa. Aiheita ovat nuorten huumeiden- ja alkoholinkäyttö, syrjäytyminen ja yhteiskuntaan sopeuttaminen sekä julkiset menot huumausaineiden kysynnän vähentämisen alalla.

Nuorten huumeiden- ja alkoholinkäyttö

Nuoret kuuluvat usein yhteiskunnallisen muutoksen kärkijoukkoon, ja nuorten alkoholin- ja huumeidenkäytön yleistyminen on EU:ssa merkittävä yhteiskunnallinen ilmiö. Alkoholi on nyt ensimmäistä kertaa mukana raportin tässä jaksossa. Taustalla on huoli aineiden käytön sekä riippuvuuden, terveyshaittojen ja rikollisen käyttäytymisen monimutkaisesta vuorovaikutuksesta. Psykoaktiivisten aineiden käyttötavat ovat suuri haaste päättäjille, joiden on puututtava ilmiöön riittävän laajasti ja oikea-aikaisesti.

EU:ssa on asetettu tavoitteeksi vähentää viiden vuoden aikana merkittävästi huumeidenkäytön levinneisyyttä ja sen aloittamista etenkin alle 18-vuotiaiden nuorten keskuudessa sekä kehittää uudenlaisia lähestymistapoja ehkäisevään huumetyöhön (Cordrogue 32).

Tätä lukua laadittaessa on käytetty Reitoxin kansallisissa raporteissa ja väestötutkimuksissa olevaa aineistoa. Vertailukelpoiset tiedot nuorista perustuvat enimmäkseen eurooppalaisen koululaistutkimuksen (ESPAD) vuosien 1995 ja 1999 raportteihin (ESPAD, 1999), jotka koskivat 15–16-vuotiaita koululaisia yhdeksästä jäsenvaltiosta. Alankomaiden tiedot ESPAD-tutkimuksissa eivät ole täysin vertailukelpoisia muiden mukana olevien jäsenvaltioiden tietojen kanssa. Lähteinä on käytetty myös julkaistuja tutkimuksia, harmaata kirjallisuutta ([154]) ja virallisia julkaisuja nuorten huumeiden- ja alkoholinkäytöstä (etenkin Ranskasta ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta).

Levinneisyys, asenteet ja suuntaukset

Levinneisyys

Alkoholi on tupakkaa ja kofeiinia lukuun ottamatta nuorten eniten käyttämä psykoaktiivinen aine EU:ssa. Ainakin kerran elämässään humalassa olleiden 15–16-vuotiaiden koululaisten osuus vaihtelee Portugalin 36 prosentista Tanskan 89 prosenttiin ([155]) (kaavio 19). ([156]) Valtaosa EU:n nuorista ei ole koskaan käyttänyt huumeita, mutta huumeita kokeilleet ovat käyttäneet useimmiten kannabista ja sen jälkeen liuottimia. ([157]) Kreikassa ja Ruotsissa vuonna 1999 tehdyn ESPAD-tutkimuksen mukaan ainakin kerran hengitettäviä/liuotintyyppisiä aineita käyttäneitä on yhtä paljon kuin ainakin kerran kannabista käyttäneitä 15–16-vuotiaiden koululaisten keskuudessa. ([158])

Kansallisissa koululaistutkimuksissa ei mitata nuorten ongelmakäyttöä, mutta niiden avulla voidaan arvioida huumeiden kokeilukäyttöä ja nuorten asenteita. Reitoxin raporttien ja vuoden 1999 ESPAD-raportin tietojen mukaan ainakin kerran kannabista käyttäneitä oli vähiten Portugalissa (8 %), Ruotsissa (8 %), Kreikassa (9 %) ja Suomessa (10 %). Ainakin kerran käyttäneitä oli eniten Ranskassa (35 %), Yhdistyneessä kuningaskunnassa (35 %), Irlannissa (32 %) ja Espanjassa (30 %). Koululaistutkimuksen otoskoot löytyvät tilastotaulukosta 3 ([159]). Taulukon tiedot eivät ole täysin vertailukelpoisia, sillä kaikissa jäsenvaltioissa ei käytetty samoja koululaistutkimuksen menetelmiä.

Yleensä 15–16-vuotiaiden koululaisten keskuudessa on enemmän ainakin kerran kannabista, liuottimia ja rauhoittavia lääkkeitä (ilman lääkärin määräystä) käyttäneitä kuin piristeitä ja hallusinogeeneja käyttäneitä. Koululaisten kokaiini- ja heroiinikokeilut ovat melko harvinaisia EU:ssa, sillä 0–4 prosenttia on käyttänyt näitä huumeita ainakin kerran (tilastotaulukko 3).

Useimmilla kannabista kokeilleilla nuorilla on jonkin verran kokemusta alkoholista ja tupakasta. Ekstaasia, amfetamiineja, kokaiinia ja hallusinogeeneja käyttävät nuoret muodostavat yleensä erillisen ryhmän ja tulevat tietyistä yhteiskuntaryhmistä. Eri huumeiden kulutuksen suhteita esitellään taulukossa 15 OL (verkkoversio), ja ne perustuvat Espanjan koululaistutkimuksen tietoihin (Observatorio Español sobre Drogas, 2002). ([160]) Huumeiden monimutkaiset ja yksilölliset käyttötavat ovat

([154]) Harmaalla kirjallisuudella tarkoitetaan asiakirjaa, jota ei ole virallisessa julkaisussa. Lisätietoja, ks. QED Network Journal (http://qed.emcdda.eu.int/journal/bulletin27.shtml).

([155]) Vastaajat, jotka olivat päihtyneet alkoholijuomista.

([156]) Kaavio 42 OL: Humalajuomisen vertaaminen kannabiksen käyttöön viimeisen 30 päivän aikana.

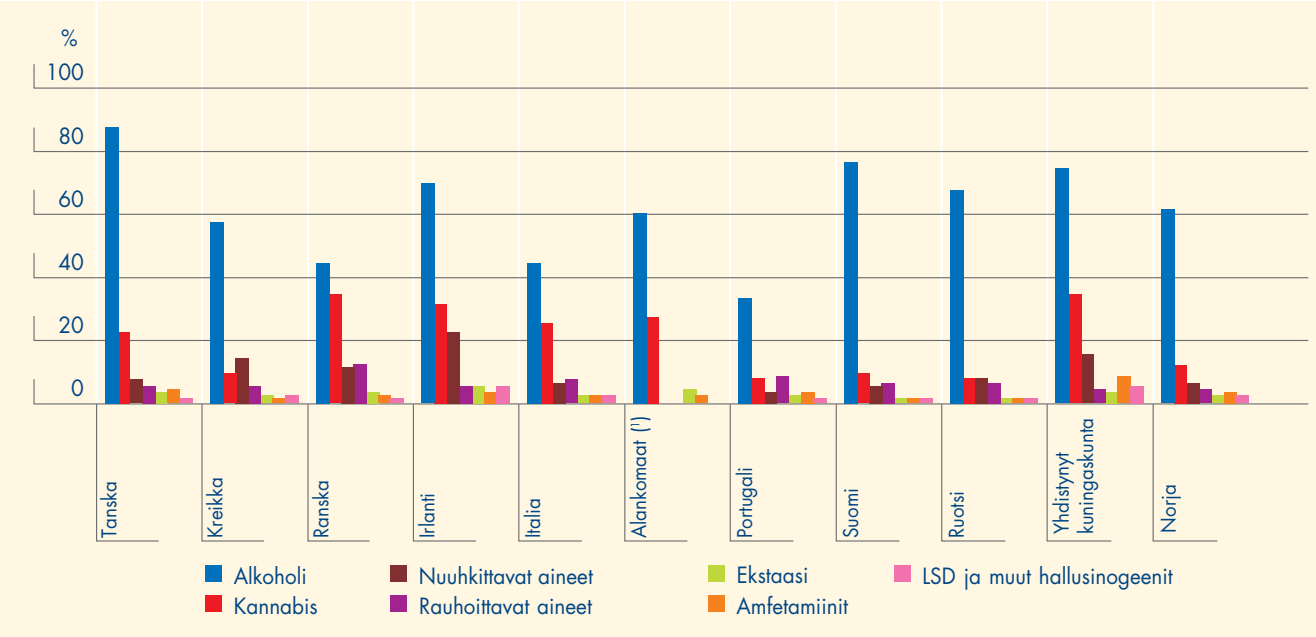
([157]) Vastaajat, jotka olivat nuuhkineet jotakin ainetta (kuten liimaa tai aerosoleja) päihtyäkseen.

([158]) Tilastotaulukko 3: Koululaistutkimukset: ainakin kerran huumeita käyttäneet 15–16-vuotiaat oppilaat (verkkoversio).

([159]) Tilastotaulukko 3 (verkkoversio).

([160]) Katso taulukko 15: Erilaisten aineiden käytön suhde espanjalaisten koululaisten (14–18-vuotiaat) keskuudessa (verkkoversio).

Kaavio 19: Ainakin kerran juopuneet ja huumeita käyttäneet (15–16-vuotiaat koululaiset)



(1) Rajallinen vertailukelpoisuus.
Lähde: ESPAD:n koululaistutkimus (1999).

suuri haaste (Calafat et al., 1999; Parker ja Eggington, 2002; Smit et al., 2002).

Huumeidenkäytön yleisyys miesten keskuudessa näkyy selvemmin aikuisissa kuin koululaisissa. Koululaisten sukupuolierot ovat suurimmat Kreikassa, Ranskassa, Italiassa ja Portugalissa. Rauhoittavien lääkkeiden käyttö ilman lääkärin määräystä sekä alkoholin ja pillereiden yhteiskäyttö on poikkeuksellisesti yleensä yleisempää tytöillä.

Myös levinneisyys vaihtelee jäsenvaltioiden alueilla. Saksassa idän ja lännen välinen ero pienenee nopeammin koululaisten kuin aikuisten keskuudessa. Muut huumeiden levinneisyyteen liittyvät suuntaukset, kuten kannabiksen leviäminen maaseudulle, ovat samat kuin vanhemmassa väestössä.

Asenteet

Huumeidenkäytön tulevaa levinneisyyttä voidaan ennustaa tutkimalla asenteita erilaisia huumeita kohtaan. Vuonna 1999 kerran viikossa tapahtuvaa humalajuomista paheksuvien määrä vaihteli paljon, Tanskan melko alhaisesta 32 prosentista Italian 80 prosenttiin. Kannabiskokeiluja paheksuvien määrä vaihteli vähemmän: paheksuvia oli vähiten Ranskassa (42 %) ja eniten Portugalissa (79 %) ja Ruotsissa (78 %). ([161]) Asenteiden avulla voidaan ennustaa suuntauksia, mutta myös muita tekijöitä on mukana. Kaikissa jäsenvaltioissa yleensä hyvin suuri osa 15–16-vuotiaista koululaisista paheksui ekstaasi-, kokaiini- ja heroiinikokeiluja ja piti niitä "suurina riskeinä". Ekstaasikokeiluja paheksuvien määrä vaihteli Kreikan 71 prosentista Tanskan 90 prosenttiin.

Suuntaukset

Juopuneisuuden ja alkoholin humalahakuisen viihdekäytön lisääntyminen ovat huolestuttavia ilmiöitä. ([162]) Ainakin kerran humalassa olleiden määrä lisääntyi tuntuvasti vuosina 1995–1999 Kreikassa ja Norjassa (kaavio 20). Alkoholin käytöstä ei saada täysin vertailukelpoisia tietoja niistä jäsenvaltioista, jotka eivät ole mukana ESPAD-tutkimuksissa, mutta tiedot Saksan (1973–2001) ja Espanjan (1994–2000) suuntauksista osoittavat nuorten alkoholin kulutuksen laskeneen viime aikoina (Bunderszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2002; Observatorio Español sobre Drogas, 2002). Kokonaiskulutus voi kuitenkin laskea samanaikaisesti, kun humalahakuisen viihdekäytön malli lisääntyy.

Ainakin kerran kannabista käyttäneiden määrä lisääntyi 1990-luvulla siinä määrin, että kannabiksen käytön voidaan sanoa olevan yleistä monessa jäsenvaltiossa. Nuorten kannabiksen käyttö väheni kuitenkin vuoteen 1999 mennessä Irlannissa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Tämä voi viitata siihen, että näissä maissa levinneisyys on saavuttanut lakipisteen ja että se on tasaantumassa noin 30 prosenttiin.

Ainakin kerran ekstaasia käyttäneiden määrä näyttäisi olevan tasaantumassa paljon alemmalle tasolle kuin kannabista

([161]) Ks. kaavio 43 OL: Niiden 15–16-vuotiaiden koululaisten prosenttiosuus, jotka paheksuvat juopumista verrattuna kannabiksen tai ekstaasin kokeilemiseen (verkkoversio).
([162]) Kaavio 44 OL: Muutokset vähintään 5 drinkin juomisessa peräkkäin viimeisten 30 päivän aikana.

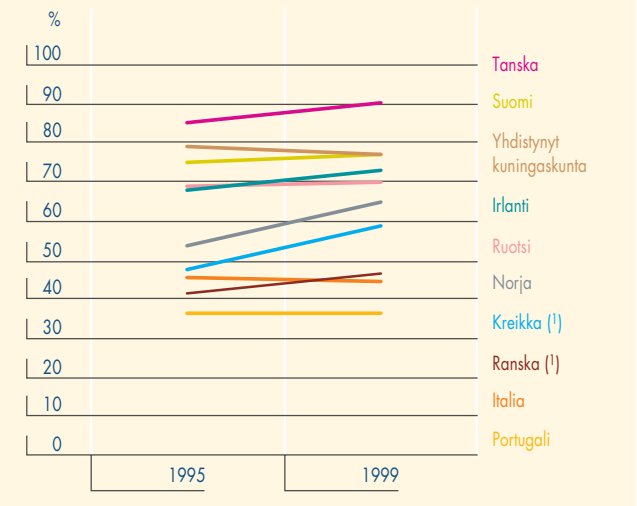
käyttäneiden määrä. Yhdistyneessä kuningaskunnassa ainakin kerran kannabista ja ekstaasia käyttäneiden määrä laski, saatavuuden katsottiin vaikeutuneen ([163]) ([164]) ja paheksuvien määrä kasvoi ([165]). Koululaisia, jotka pitivät yhteen tai kahteen ekstaasikokeiluun liittyvää riskiä suurena, oli vuonna 1999 suhteellisesti eniten niissä kahdessa jäsenvaltiossa (Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa), joissa oli myös eniten ainakin kerran ekstaasia käyttäneitä ([166]) ja joissa suhteellisen pieni määrä ekstaasikuolemia sai runsaasti näkyvyyttä tiedotusvälineissä. Näkyvyys tiedotusvälineissä ja yhä kielteisempi kuva ekstaasista ovat ilmeisesti vähentäneet ekstaasin käyttöä näissä jäsenvaltioissa.

Nuoret arvioivat toisiaan imagon, tyylin ja tiettyjen statussymbolien perusteella. Tällaiset symbolit, joita voivat olla myös huumeet, muuttuvat jatkuvasti. Nykyinen kielteinen kuva heroiinin käyttäjistä ja muiden huumeiden vaivaton saatavuus ovat tärkeitä tekijöitä huumevalinnoissa (FitzGerald et al., 2003). Tuore analyysi englanninkielisen populaarimusiikin huumeaiheisista sanoituksista 1960-luvulta lähtien osoittaa, että nykypäivän lauluntekijät tuovat entistä useammin esille kannabiksen haittoja ([167]) (Markert, 2001).

Äskettäin tehtiin tutkimus, johon osallistui 878 alle 19-vuotiasta nuorta kymmenestä EU:n kaupungista.

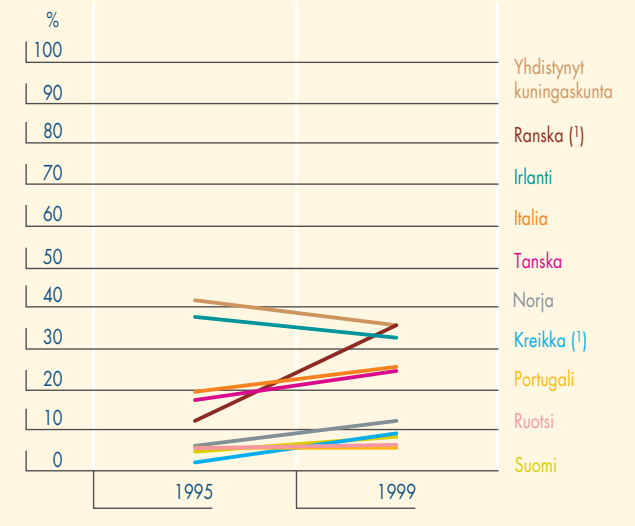
Kaavio 20: Ainakin kerran (A) juopuneet, (B) kannabista käyttäneet sekä (C) ekstaasia käyttäneet (15–16-vuotiaat koululaiset)

Kaavio 20 (A): Juopuneet

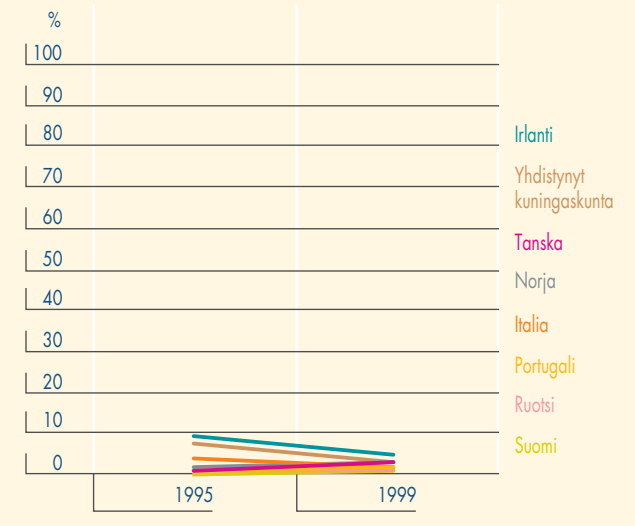


Tutkimustulosten perusteella on merkkejä amfetamiinin ja ekstaasin käytön mahdollisesta vähenemisestä ja kokaiinin käytön lisääntymisestä kaupunkien valtakulttuurissa. Tämä otos ei ollut riittävän edustava tai laaja, jotta siitä voitaisiin tehdä ehdottomia päätelmiä. Tutkimuksen vastaajat käyttivät alkoholiin enemmän rahaa kuin huumeisiin tai mihinkään muuhun virkistyskäytön ryhmään, kuten diskojen ja klubien sisäänpääsymaksuihin tai elokuvalippuihin, matkapuhelimiin ja tupakkaan (Calafat et al., 2003). ([168])

Kaavio 20 (B): Kannabista käyttäneet



Kaavio 20 (C): Ekstaasia käyttäneet



(1) Kreikan ja Ranskan vuoden 1995 tiedot perustuvat tutkimuksiin vuodelta 1993.
Lähde: ESPAD:n koululaistutkimukset (1995 ja 1999).

([163]) Vastaajat, jotka halutessaan saisivat huumetta "erittäin helposti" tai "melko helposti".
([164]) Kaavio 45 OL: Muutokset (A) kannabiksen ja (B) ekstaasin havaitussa saatavuudessa (verkkoversio).
([165]) Kaavio 46 OL: Muutos niiden 15–16-vuotiaiden prosenttiosuudessa, jotka paheksuvat (A) juopumista kerran viikossa tai (B) kannabiksen kokeilemista kerran tai kahdesti tai (C) ekstaasin kokeilemista kerran tai kahdesti (verkkoversio).
([166]) Kaavio 47 OL: Niiden 15–16-vuotiaiden koululaisten prosenttiosuus, jotka mieltävät, että ekstaasin käyttämiseen kerran tai kahdesti ja ekstaasin käyttämiseen ainakin kerran elämässä liittyy "suuri riski" (verkkoversio).
([167]) Kaavio 48 OL: Myönteisten mielikuvien prosenttiosuus populaarimusiikissa 1960–1990-luvulla (verkkoversio).
([168]) Kaavio 49 OL: 13–19-vuotiaiden viikoittain käyttämä euromäärä 10 EU-kaupungissa vuosina 2001–2002 (verkkoversio).

Huoli nuorten ongelmakäyttäjien kokaiini- ja base-/crack-markkinoiden mahdollisesta kasvusta on lisääntynyt melkein kaikissa EU:n jäsenvaltioissa (Belgiassa, Tanskassa, Saksassa, Espanjassa, Ranskassa, Italiassa, Luxemburgissa, Alankomaissa, Itävallassa, Portugalissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa). Lisätietoa saatavuuden suuntauksista on sivulla 36.

Käytön aloittaminen, käyttötavat ja riskitekijät

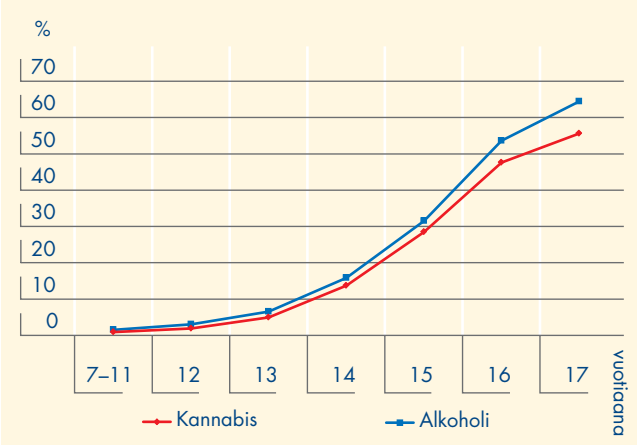
Yleensä todennäköisyys sille, että 12–18-vuotiaat nuoret juovat itsensä humalaan tai että heille tarjotaan kannabista tai muita huumeita, sekä heidän halukkuutensa kokeilla huumeita kasvaa jyrkästi iän mukana. Ranskan ESCAPAD-tutkimuksen tiedot osoittavat tämän (Beck, 2001). Kaaviosta 21 A näkyy, että 13- ja 14-vuotiaista pojista 15,9 prosenttia oli juonut itsensä humalaan ainakin kerran ja 13,8 prosenttia oli kokeillut kannabista. Sen sijaan 17- ja 18-vuotiaista jo 64,5 prosenttia oli juonut itsensä humalaan ainakin kerran ja 55,7 prosenttia oli kokeillut kannabista.

Tuoreessa EU:n nuorisotutkimuksessa "uteliaisuus" oli suurin syy huumekokeiluihin (EORG, 2002). Enemmistö huumeita kokeilleista ei jatka niiden käyttöä säännöllisesti. Pienessä mutta merkittävässä vähemmistössä käytöstä tulee intensiivistä. Tämä näkyy kaaviosta 21 B, jossa esitetään kannabiksen käytön jakautuminen 18-vuotiaiden keskuudessa Ranskassa. Väestötutkimusten mukaan ainakin kerran huumeita käyttäneitä on selvästi enemmän kuin hiljattain käyttäneitä tai tällä hetkellä käyttäviä. ([169]) Vertailukelpoiset tiedot säännöllisesti huumeita käyttävien käyttötavoista eivät ole yhtä kehittyneitä kuin alkoholitutkimuksissa. Tämä rajoittaa huumeidenkäyttötavoista saatavaa tietoa ja samalla tehokkaiden toimenpiteiden kehittämistä. Joissakin jäsenvaltioissa laaditaan parhaillaan "kannabiksen ongelmakäytön" määritelmiä, ja on esitetty, että kannabista vähintään 20 kertaa viimeisen kuukauden aikana käyttäneisiin kohdistuu ongelmakäytön riski (Beck, 2001; Alankomaiden kansallinen raportti). Tämän määritelmän mukaan joka viidennen kannabista viimeisen kuukauden aikana käyttäneen voidaan katsoa kuuluvan riskiryhmään Alankomaissa. Kaavion 21 B mukaan 13,3 prosenttia 18-vuotiaista miehistä Ranskassa kuuluu riskiryhmään, kun 18-vuotiaita naisia on riskiryhmässä vain 3,6 prosenttia.

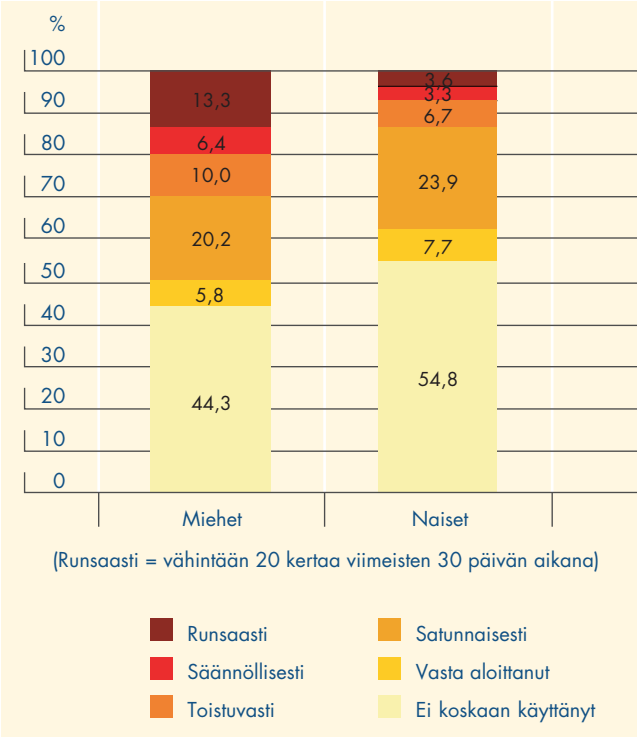
Kannabiksen kokeilukäyttö aiheuttaa huolta siksi, että kannabiksen käytön uskotaan johtavan muihin huumekokeiluihin (porttiteoria) ([170]). Kannabiksen käytön ja muiden huumausaineiden välinen yhteys on kuitenkin monitahoinen, eikä sitä voida pelkistää yksinkertaiseen kausaaliseen malliin. Vaihtoehtoinen "yhteisen tekijän" malli osoittaa, miten kannabiksen ja kovien huumeiden käytön väliset korrelaatiot johtuvat monesta yhteisestä riskitekijästä,

Kaavio 21: Kannabiksen käyttö 17–18-vuotiailla vuonna 2001, (A) käytön aloittamisen ikä ja (B) käytön määrä

Kaavio 21 (A): Humalajuomisen ja kannabiksen käytön aloittamisen ikä 17–18-vuotiaiden poikien keskuudessa Ranskassa vuonna 2001



Kaavio 21 (B): Kannabiksen käytön määrä 17–18-vuotiailla Ranskassa vuonna 2001



Lähteet: ESCAPAD (2001), OFDT. Kansallinen edustava otos.

kuten alttiudesta huumeille, huumeiden saatavuudesta ja taipumuksesta huumeidenkäyttöön. Kohorttitutkimusten tulosten perusteella huumeidenkäyttö on harvoin ensimmäinen merkki nuorten ongelmista. Alkoholinkäyttö,

([169]) Ks. kaavio 1 OL: Kannabiksen käyttötavat väestössä – käyttö ainakin kerran elämässä vs. käyttö tällä hetkellä (viimeisten 30 päivän aikana), kansallinen (huumeidenkäytön) levinneisyyden tutkimus 2001 (Alankomaat).

([170]) Tämä perustuu oletukseen, että kannabiksen käyttö lisää itsessään koviin huumeisiin siirtymisen riskiä.

järjestäytyneen yhteiskunnan vastainen käytös, pinnaus ja rikokset aloitetaan usein nuorempana kuin kannabiksen käyttö. ([171]) Nuoret käyttävät huumeita vain harvoin altistumatta samalla muiden huumeidenkäyttäjien vaikutukselle, ja he uskovat käytön mahdollisten hyötyjen ylittävän mahdolliset haitat (Engineer et al., 2003). "Porttiteoriaa" tukevat todisteet voivat selittyä sillä, että kannabis tuo käyttäjät laittomille markkinoille, parantaa muiden huumeiden saatavuutta ja tekee muiden huumeidenkäytöstä hyväksyttävää (Grant ja Dawson, 1997; Petraitis et al., 1998; Adalbjarnardottir ja Rafnsson, 2002; Brook et al., 2002; Morral et al., 2002; Parker ja Eggington, 2002; Pudney, 2002; Shillington ja Clapp, 2002).

Alankomaissa vuonna 1999 tehdyn nuorisotutkimuksen mukaan suurin osa nuorista osti kannabista ystäviltä (46 %) ja kahviloista (37 %) (De Zwart et al., 2000).

Kannatusta on saanut lähestymistapa, jossa selvitetään sekä huumeidenkäytön aloittamiseen että sen vakiintumiseen vaikuttavia erilaisia riskitekijöitä nuorten erittäin heterogeenisessä ryhmässä. Nämä tekijät voivat ulottua yksilötasolta yhteisön ja makroympäristön tasolle, ja tekijät huumeiden viihdekäytössä ja ongelmakäytössä ovat luultavasti erilaisia.

Riskitekijät

Kohdennetut tutkimukset ovat osoittaneet, että tietyissä nuorisoryhmissä huumeidenkäyttö on paljon yleisempää kuin muun väestön keskuudessa. Kyse on usein nuorista, jotka on erotettu tai jotka ovat pinnanneet koulusta, jotka ovat tehneet rikoksen, olleet kodittomia tai karanneet kotoa tai joiden sisarukset ovat huumeidenkäyttäjiä (Lloyd, 1998; Swadi, 1999; Goulden ja Sondhi, 2001; Hammersley et al., 2003). Yhdistyneen kuningaskunnan nuorten elämäntapoja selvittäneen tutkimuksen (1998/1999) mukaan huumeidenkäyttö oli selvästi yleisempää näissä heikossa asemassa olevissa väestöryhmissä. ([172]) Näiden heikossa asemassa olevien ryhmien suuruus valtakunnallisella tasolla viittaa siihen, että nykyisissä kouluissa tehtävissä tutkimuksissa huumeiden levinneisyys arvioidaan liian pieneksi, sillä niissä ei mainita kouluympäristön ulkopuolella olevia riskiryhmiin kuuluvia nuoria. EU:ssa on hyvin vähän vertailukelpoisia tietoja "haavoittuvassa asemassa" olevista nuorisoryhmistä. Yöllä klubiympäristöissä käyvät nuoret muodostavat toisen heikossa asemassa olevan ryhmän. Nuorisokulttuurin tiettyjen alalajien ja huumeiden välisistä yhteyksistä on paljon tutkittua tietoa, viimeksi ekstaasin (MDMA) käytön levinneisyydestä (Griffiths et al., 1997; Springer et al., 1999). Teknoympäristöissä ainakin kerran ekstaasia käyttäneiden määrä vaihtelee 12,5 prosentin (Ateena) ja 85 prosentin (Lontoo) välillä, kun heitä on nuorten aikuisten keskuudessa 1 prosentti (Kreikka) ja 8 prosenttia (Yhdistynyt kuningaskunta) (EMCDDA, 2002a).

Yhteisö

Viime vuosina sosiaaliset, taloudelliset ja kulttuuriset tekijät, kuten fyysinen ympäristö, ovat saaneet osakseen yhä enemmän huomiota (Spooner et al. 2001; Lupton et al., 2002). Huumeongelmat keskittyvät usein tietyille maantieteellisille alueille ja asuinalueille. Esimerkiksi Irlannin kansallisen raportin mukaan kohderyhmien lapset kohtasivat jatkuvasti huumeidenkäyttäjiä ja mainitsivat ohimennen porraskäytävistä ja parvekkeilta löytyvistä huumetarvikkeista. Näillä alueilla asuvat vanhemmat olivat erittäin huolestuneita lastensa voimakkaasta altistumisesta huumeille (O'Higgins, 1999).

Kuolemat ja sairaalahoitoa vaatineet ensiaputapaukset

Huume- ja alkoholikuolemat ovat varsin harvinaisia alle 20-vuotiaiden keskuudessa. Nuorten huumekuolemien määrä nousi kuitenkin 1990-luvulla tasaisesti EU:ssa, jossa niitä kirjattiin vuosina 1990–2000 yhteensä 3 103 ([173]). Nuoren kuolema aiheuttaa suhteellisesti enemmän menetettyjä elinvuosia kuin ikääntyneen kuolema, kun lasketaan ennenaikaisesti menetetyt elinvuodet ([174]). Yksityiskohtaisia tietoja huumekuolemista on sivuilla 28–32. Yhdistynyt kuningaskunta on ainoa jäsenvaltio, jossa ilmoitetaan erikseen liuottimien käyttöön liittyvät kuolemat. Tähän ilmiöön liittyviä kuolemia oli 15 vuoden aikana ollut 1 923. Suurin osa menehtyneistä oli 15–19-vuotiaita (Field-Smith et al., 2002). Vaikka ekstaasikuolemat ovat saaneet paljon huomiota tiedotusvälineissä, liuottimet ovat nuorille luultavasti suurempi terveysriski kuin muu huumeidenkäyttö.

EU:ssa ei kerätä rutiininomaisesti tietoa huumeisiin liittyneistä, sairaalahoitoa vaatineista ensiaputapauksista, koska huumeidenkäyttö on luonteeltaan salaista, alkoholia ja muita huumeita käytetään yhdessä ja toksikologiset analyysit puuttuvat (Tait et al., 2002). Saatavilla olevat suppeat tiedot viittaavat siihen, että alkoholi rasittaa joidenkin jäsenvaltioiden terveyspalveluja enemmän kuin huumeidenkäyttö. WHO:n arvion mukaan teollisuusmaissa alkoholin osuus kaikista sairauksista ja kuolemista on 10–11 prosenttia vuodessa (Rehn et al., 2001). Esimerkiksi Tanskassa vuonna 2001 tehdyn nuorisotutkimuksen mukaan vähemmän 17-vuotiaita oli ollut sairaalassa huumeongelmien takia kuin alkoholiongelmien takia (Tanskan kansallinen raportti). Irlannissa tehtiin alueellinen

([171]) Kaavio 50 OL: Niiden 15–16-vuotiaiden koululaisten osuus, jotka ovat juopuneet tai kokeilleet kannabista 13-vuotiaana tai sitä nuorempana (verkkoversio).

([172]) Kaavio 51 OL: Haavoittuvassa asemassa olevien huumeidenkäytön vertailu (verkkoversio).

([173]) Kaavio 52 OL: Enintään 19-vuotiaiden nuorten äkilliset huumekuolemat EU:ssa (verkkoversio).

([174]) EU:n keskimääräinen elinajanodote on nykyisin 75 vuotta miehillä ja 80 vuotta naisilla.

tutkimus sairaaloiden sairaskertomuksista kolmen kuukauden aikana. Sen mukaan lähes jokainen 55:stä sairaaloihin otetusta 10–18-vuotiaasta nuoresta joutui sairaalaan alkoholin tai itse aiheutetun myrkytyksen takia (Mid-Western Health Board, 2002; mainittu Irlannin kansallisessa raportissa).

Lainsäädäntötoimenpiteet ja suositukset

Alkoholin saantia valvotaan lähes kaikissa jäsenvaltioissa valtion monopolilla tai anniskelujärjestelmällä. Useimmissa EU:n jäsenvaltioissa on yritetty valvoa nuorten alkoholin saantia asettamalla ikärajoja (yleensä joko 16 tai 18 vuotta) alkoholin myynnille anniskelutiloissa ja myyntipaikoissa. Portugalissa otettiin käyttöön ikärajat vasta melko äskettäin, tammikuussa 2002. Alkoholimainonnan rajoitukset vaihtelevat täydellisestä kiellosta vapaaehtoisiin mainonnan sääntöihin tai rajoitusten puuttumiseen (Rehn et al., 2001; Bye, 2002). Yhdistyneessä kuningaskunnassa rajoitetaan savukkeensytyttimien täyttöosien myyntiä alle 18-vuotiaille vuonna 1999 savukkeensytyttimien täyttöpakkauksista annetuilla (turvallisuus)määräyksillä (Field-Smith et al., 2002). Arvellaan, että kuolemia on onnistuttu vähentämään lainsäädännön ja vanhemmille suunnattujen tiedotuskampanjojen avulla. Lainsäädännössä on jonkin verran eroja. Tietoa käytännöstä ei juuri ole. Esimerkki uudesta aloitteesta, jossa käsitellään käytännön kysymyksiä, löytyy Saksasta, jossa äskettäin annettu ns. ”omenamehulaki” (Apfelsaftgesetz) velvoittaa baareja tarjoamaan vähintään yhtä alkoholitonta juomaa, joka maksaa vähemmän kuin halvin alkoholijuoma (Saksan ja Alankomaiden kansalliset raportit). Yhdistyneessä kuningaskunnassa vähittäismyyjät ovat hallituksen tukemina ottamassa käyttöön uutta järjestelmää, jossa nuorille asiakkaille annetaan eräänlainen ”passi”, jonka avulla voidaan valvoa alkoholin ja liuottimien ostamiselle asetettuja ikärajoja (BBC News).

Alankomaat on viime vuosina tiukentanut kahviloiden valvontaa, ja kannabista myyviä kahviloita koulujen lähistöllä on suljettu. Alankomaissa alle 18-vuotiaat eivät saa ostaa kannabista. Kannabistuotteiden mainonta on kielletty, ja viime vuosina kahviloiden valvontaa kiristämällä on vähennetty merkittävästi alle 18-vuotiaiden asiakkaiden määrää (Alankomaiden kansallinen raportti). Kööpenhaminassa Tanskassa poliisi on sulkenut noin 50 ”kannabisklubia” sen jälkeen, kun voimaan tuli laki, joka kieltää vieraat tietyistä tiloista (Tanskan kansallinen raportti).

Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on äskettäin tehty aloitteita nuorten huume- ja alkoholiongelmien vähentämiseksi. Esimerkiksi Irlannin vuoden 1999 lapsilain mukaan vanhemmilla on vastuu lastensa valvonnasta. Vanhemmille määrättäviä seuraamuksia ovat hoitoon ohjaaminen huumausaineiden väärinkäytön takia ja vanhemmuustaitojen opettaminen. Vaikeasti valvottaville lapsille voidaan antaa ulkonaliikkumiskielto yöllä. Myös Irlannissa poliisi toimii kahden yleistä järjestystä koskevan valtakunnallisen aloitteen puitteissa. Operation Oíche keskittyy alaikäisten juomiseen, laittomaan huumeidenkäyttöön ja alkoholin myyntiin alaikäisille. Operation Encounter puolestaan keskittyy yhteiskuntajärjestyksen vastaiseen käyttäytymiseen kaduilla ja anniskelutiloissa, yökerhoissa ja pikaruokaravintoloissa. Lisätietoja lainsäädäntötoimenpiteistä on sivulla 42.

Monenlaisia tarpeita ja toimenpiteitä

EU:n keskeisenä tavoitteena huumeiden ja alkoholin väärinkäytön torjunnassa on toteuttaa asianmukaisia toimenpiteitä, joiden vaikutus on mahdollisimman tehokas. Toimenpiteillä on viisi laajaa ja joskus päällekkäistä kohderyhmää, jotka ovat: 1) kouluikäiset nuoret, 2) nuoret huumeiden kokeilu- ja viihdekäyttäjät, 3) vähäosaisilla alueilla asuvat nuoret, 4) nuoret rikoksentekijät ja 5) huumehoitoa tarvitsevat nuoret. ([175])

Kouluikäiset nuoret

Kouluissa tehtävä ehkäisevä huumetyö on hyvin yleistä tämän tavoitteen saavuttamiseksi. Tarkempia tietoja on sivulla 45.

Usean jäsenvaltion kouluissa on annettu suosituksia siitä, miten toimitaan huumevälikohtausten ja huumeita käyttävien koululaisten kohdalla. Ranskassa painotus on ”riskikäyttäytymistä ehkäisevissä tarkistuspisteissä kouluissa” ja ongelmienratkaisemisessa kohdennetun neuvonnan avulla. Koulujen henkilökunnalle annetaan ammattikoulutusta, jotta pystytään puuttumaan nuorten poikkeavaan käytökseen. Itävallassa ja Saksassa Step by Step -ohjelmissa ([176]) opettajia autetaan havaitsemaan oppilaiden huumeidenkäyttö ja puuttumaan siihen. Norjassa on julkaistu tätä varten käsikirja.

Yhdistyneen kuningaskunnan huumeiden ehkäisemisen neuvontakeskus arvioi koulusta erotetuille nuorille tarkoitetun ehkäisevän huumetyön ohjelman ja totesi, että huumeohjelmia tarvitaan, mutta lyhyet huumevalistusjaksot eivät riitä. Monet ohjelman kohderyhmään kuuluneet nuoret käyttivät jo huumeita, joten ohjelmat olisi kohdennettava nuorempiin lapsiin ja niissä olisi selkeästi tunnistettava ongelmat ja puututtava niihin. Portugalin uudessa kansallisessa ehkäisyohjelmassa on varattu 400 000 euroa

([175]) Kaavio 53 OL: Valikoiva ennaltaehkäisy – toimien kohteet (verkkoversio).
([176]) Ks. http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36.

vaihtoehtoisia opetusohjelmia ja varhain annettavaan ammattikoulutukseen koulunkäynnin keskeyttäneitä varten. Melkein kaikilla Espanjan autonomisilla alueilla on käytössä tällaisia ohjelmia. Kreikassa varhaiset toimenpiteet on suunnattu nuoriin huumeidenkäyttäjiin ja heidän perheisiinsä (perheterapia) sekä nuoriin, joilla on hankaluuksia lain kanssa.

Nuoret huumeiden kokeilu- ja viihdekäyttäjät yhteisöissä

Alkoholin- ja huumeidenkäytön aiheuttamat mahdolliset haitat pienen mutta merkittävän nuorisoryhmän elämässä tunnustetaan yhä paremmin. Toimenpiteitä tehostetaan etenkin heikossa asemassa olevissa nuorisoryhmissä, joissa nuoret hauskaa pitääkseen juovat alkoholia ja kokeilevat huumeita tiedostamatta tai pystymättä hallitsemaan huumausaineiden käyttötapoihin liittyviä riskejä (kuten yliannostus, tapaturmat, rikollinen käyttäytyminen, väkivalta, oppimis- tai työkyvyn menetys, sukupuoliteitse leviävät tartunnat ja maksan/aivojen pitkäaikaiset terveyshaitat) (Boys et al., 1999; Parker ja Egginton, 2002). Huoli alkoholin ja huumeiden viihdekäytön muuttumisesta ja etenkin naisten terveysriskeistä kasvaa EU:ssa. Ajanvietetilat, kuten baarit, diskot, urheiluseurat ja nuorisoseurat, näyttäisivät olevan sopivia ympäristöjä ehkäisevään huumetyöhön, sillä niissä kokoontuu suuri joukko nuoria, joista monet käyttävät tai ovat vaarassa ryhtyä käyttämään huumeita. ([177]) On välttämätöntä dokumentoida menetelmiä ja arvioida perusteellisesti toimenpiteitä tässä ympäristössä.

Ranskassa 30 prosentissa departementeista toteutettiin vuonna 2001 ehkäiseviä toimenpiteitä tai annettiin ensiapua tanssitapahtumissa. Irlannissa yhdellä alueella The Sound Decision -hankkeen kohderyhmänä ovat yökerhojen henkilökunta ja asiakkaat. ([178]) Luxemburgissa huumetyöstä vastaavilla virastoilla ei ole laillisia oikeuksia toimenpiteisiin yökerhoissa.

Alankomaissa järjestetään kouluttajien koulutuskursseja, joissa opetetaan ensiaputaitoja viihdeympäristöissä tapahtuvien huumevälikohtausten varalta.

Alankomaiden "Going out and drugs" -aloitteeseen kuuluu toimenpiteitä erilaisissa koulun ulkopuolisissa ympäristöissä, joissa nuoret käyttävät huumeita, kuten kahviloissa, diskoissa, juhlissa ja klubeilla sekä paikoissa, joissa järjestetään suuria musiikkitapahtumia.

Useissa hankkeissa huumeidenkäyttäjiä yritetään tavoittaa musiikkitapahtumissa, jotta voidaan minimoida laillisten ja laittomien huumeiden käytön riskit. Joskus hankkeen työntekijät ajavat tapahtumiin asuntoautolla, jossa voidaan rauhassa antaa epävirallista neuvontaa. Lisäksi voi olla omia palvelupuhelimia tai www-sivustoja. ([179])

EDDRA:n hankkeissa on toteutettu yleiskatsaus ja analyysi ehkäisevästä huumetyöstä juhlintaympäristöissä. ([180]) Nykyisistä hankkeista ja toimintalinjoista on yleiskuva verkkoversiona esitetyissä taulukoissa. ([181])

Paikalla annettavilla neuvontapalveluilla ja pillereiden testauksella reiveissä pystytään – komission rahoittaman tuoreen tutkimuksen mukaan – tehokkaasti tavoittamaan ne nuoret, jotka käyttävät huumeita säännöllisesti mutta eivät pidä itseään huumeidenkäyttäjinä eivätkä ottaisi yhteyttä varsinaisiin huumetukipalveluihin. Tutkimuksessa havaittiin myös, että pillereiden testaus ei ole pidättyvyyteen suuntautuvien ehkäisytoimien vastaista. ([182]) Itävallassa ja Espanjassa näitä palveluja on nyt laajennettu, kun taas Alankomaissa ne rajoittuvat palveluihin, joiden menetelmien tarkkuus on suuri.

Muita toimenpiteitä ovat vertaisryhmät, oma-apuryhmät ja huumeidenkäytön vaihtoehdot, kuten tiedotus ja psykososiaalinen tuki sekä osallistuminen kulttuuri- tai urheilutapahtumiin (esimerkiksi kesäleireille Kreikassa). Espanjassa on jo joitakin vuosia ollut vaihtoehtoisia vapaa-ajanohjelmia koko maassa.

Tanskassa, Ruotsissa ja Norjassa on vapaaehtoisia aikuisia, jotka partioivat keskustan kaduilla viikonloppuiltaisin ja -öisin ("night ravens"). Heidän tehtävänsä on näkyä ja olla nuorten käytettävissä. Heidän paikallaolonsa on tarkoitus vähentää väkivallan ja häiriöiden todennäköisyyttä.

Vähäosaisilla alueilla asuvat nuoret

Ruotsissa huumausainekomitea on tehnyt kirjallisuuskatsauksen ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä koskevista tutkimuksista (Narkotikakommissionen, 2000), jossa todetaan, että tarvitaan kolmenlaisia aloitteita: köyhimmille suunnattuja erityisaloitteita, kansanterveyttä parantavia yleisiä aloitteita sekä sellaisia aloitteita, joilla autetaan heikossa asemassa olevia perheitä.

Irlanti, Portugali ja Yhdistynyt kuningaskunta ovat ainoat jäsenvaltiot, jotka määrittävät erityisalueita ja pyrkivät kehittämään niille erityisohjelmia. Irlannin Young People's Facilities and Services Fund (YPFSF) pyrkii houkuttelemaan epäsuotuisilla alueilla asuvia "riskiryhmiin" kuuluvia nuoria

([177]) Kaavio 54 OL: Kohderyhmien parissa tehtävä ehkäisevä huumetyö vapaa-ajan ympäristössä (verkkoversio).
([178]) Ks. http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=356.
([179]) Ks. http://www.emcdda.eu.int/responses/infosites.shtml.
([180]) Ks. http://eddra.emcdda.eu.int:8008/FurtherReading/eddra_party_settings.pdf.
([181]) Taulukko 16 OL: Vapaa-ajan ympäristössä tehtävän ehkäisevän huumetyön tärkeimmät määrälliset parametrit; taulukko 17 OL: Kenttätyö / ehkäisevän työn hankkeet vapaa-ajan ympäristössä; ja taulukko 18 OL: Yleiskatsaus vapaa-ajan ympäristössä toteutettavan kenttätyön / ehkäisevän huumetyön hankkeiden toimintalinjoihin ja puitteisiin (verkkoversio).
([182]) Ks. http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828.

sellaisiin tiloihin ja toimintoihin, että he säästyvät huumausaineiden käytön vaaroilta. Yhdistyneessä kuningaskunnassa Positive Futures toimii 57 vähäosaisella alueella ja houkuttelee heikossa asemassa olevia nuoria urheilutoimintaan pois huumeiden ja rikosten parista. Alustavat tulokset ovat rohkaisevia, sillä rikollisuus ja pinnaus ovat vähentyneet ja yhteisön tietoisuus ongelmista lisääntynyt. Ns. HAZ-alueet (Health Action Zone) ovat monen viraston kumppanuuksia, jotka sijaitsevat Englannin vähäosaisimmilla alueilla. Niiden tavoitteena on puuttua terveyden epätasa-arvoon terveyden- ja sosiaalihuollon uudenaikaistamisohjelmissa, jotka kattavat laajasti heikossa asemassa olevia ja mahdollisesti riskiryhmään kuuluvia nuoria (130 hanketta ja aloitetta 26 HAZ-alueella). Connexions on Yhdistyneessä kuningaskunnassa toimiva 13–19-vuotiaiden nuorten tuki- ja neuvontapalvelu, jossa yksilöidään riskiryhmään kuuluvat nuoret ja ohjataan heitä huumehoitopalveluihin. Vuonna 2002 oli olemassa 27 kumppanuutta, ja vuoteen 2003 mennessä on tarkoitus perustaa vielä 20 kumppanuutta.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa kaikki Drug Action Teams -yksiköt tekivät arvion vuonna 2001 nuorten tarpeista, ja niitä edellytetään suunnittelemaan (Young People Substance Misuses Plans, YPSMPS) paikallisten tarpeiden perusteella palveluita nuorille aina yleisestä huumausaineiden ehkäisemisestä niiden väärinkäytön hoitopalveluihin.

Itävallassa liikkuvat keskukset, joiden kohderyhmänä ovat kaduilla olevat nuoret, toimivat tiiviissä yhteistyössä muiden avustusjärjestöjen kanssa ja auttavat huumeita käyttäviä nuoria ja nuoria aikuisia varhaisessa vaiheessa. Keskusten kattavuutta on tarkoitus laajentaa tulevaisuudessa. ([183])

Suomessa Walkers-nuorisokahvilat ([184]) toteuttavat toimenpiteitä varhaisessa vaiheessa, ja niitä on nykyisin 24. Koulutetuilla aikuisilla vapaaehtoistyöntekijöillä, joita nuorisotyöntekijät tukevat, on tärkeä tehtävä. Nuorisokahviloista on yritetty kehittää turvallisia kohtaamispaikkoja. Vastaavasti Irlannissa on yksi alueellinen terveysneuvontakahvila, jonka tavoitteena on tarjota nuorille sekä ehkäisevää huumetyötä että suoria terveyspalveluja.

Norjassa useimmissa suurissa kunnissa tehdään kenttätyötä. Sen tavoitteena ovat erilaiset vanhemmille lapsille ja nuorille suunnatut ehkäisevät toimenpiteet sekä neuvonta ja ohjaus tuki- ja hoitopalveluihin.

Nuoret rikoksentekijät

Joissakin jäsenvaltioissa on kohdennettuja tuki-, koulutus- ja kenttätyöohjelmia riskiryhmään kuuluville nuorille, kuten nuorille rikoksentekijöille. Joissakin aloitteissa on onnistuttu vähentämään rikostuomion saaneiden nuorten määrää. Toimenpiteissä annetaan vaihtoehtoja kriminaali- ja rangaistusstrategioille, ja tavoitteena on ehkäistä tai estää nuoria sortumasta rikoksiin peruuttamattomin seurauksin. Yhdistyneen kuningaskunnan YOT-ryhmissä (Youth Offending Team) on huumetyöntekijöitä, jotka arvioivat nuorten rikoksentekijöiden huumeidenkäytön ja toteuttavat tarvittaessa toimenpiteitä estääkseen käytön lisääntymisen. Luxemburgin MSF:n Solidarité-jeunes-hankkeessa tehdään vastaavaa suoraa yhteistyötä nuorisotuomioistuinten ja toimivaltaisten lainvalvontaviranomaisten kanssa.

Saksan FRED-hankkeen tavoitteena on puuttua varhain aloitteleviin huumeidenkäyttäjiin. ([185]) Suomen lainvalvontahankkeissa noudatetaan samoja periaatteita.

Hoitopalveluja tarvitsevat nuoret

Huumehoitopalvelujen tarve on merkittävä indikaattori huumeriippuvuudesta ja suuresta hädästä. Vuonna 2001 alle 19-vuotiaiden nuorten osuus erikoistuneen huumehoidon tarpeesta EU:ssa oli alle 10 prosenttia. Yli puolet hoitoa saaneista nuorista käytti päähuumeenaan kannabista. Lähes neljäsosaa hoidettiin opiaattiongelmien takia, ja loput jakautuivat tasaisesti kokaiinin ja muiden piristeiden käyttäjiin. Kansallista vaihtelua kuitenkin esiintyy; esimerkiksi Irlannissa hoidetaan suhteellisesti enemmän nuoria kuin missään muussa EU-maassa. Alle 18-vuotiaiden hoitoa vaikeuttavat vanhempien suostumukseen liittyvät seikat ja huoli korvaushoidossa määrättävistä lääkeaineista, kun tällaisten aineiden vaikutuksia kyseiseen ikäryhmään ei ole tutkittu riittävästi. Useimmat vakavien huumeongelmien takia hoidettavat nuoret osallistuvat tavanomaiseen hoito-ohjelmaan.

Joissakin maissa on kehitetty erikoistuneita hoitopalveluita. Esimerkiksi Alankomaissa on pienimuotoinen klinikka 13–18-vuotiaille. Suomessa korostetaan jatkuvaa ja intensiivistä psykososiaalista hoitoa ja tarvittavaa laitoshoitoa. Vuoden 1999 tietojen mukaan nuorille huumeidenkäyttäjille oli kuusi hoitoyksikköä, joissa oli yhteensä 40 vuodepaikkaa. Lisäksi koulukodeissa oli kolme huumehoitoon erikoistunutta yksikköä, joissa oli yhteensä 23 vuodepaikkaa. Luxemburgissa on yksi erikoistunut hoitokeskus, jonka asiakkaista 43 prosenttia on alle 16-vuotiaita. Kreikassa varhaisessa vaiheessa toteutettavat toimenpiteet suunnataan nuoriin huumeidenkäyttäjiin ja heidän perheisiinsä (perheterapia) sekä nuoriin, joilla on ongelmia virkavallan kanssa.

Ruotsissa 12–21-vuotiaat nuoret, joilla on vakavia psykososiaalisia ongelmia, joihin liittyy usein myös rikollista käyttäytymistä ja psykoaktiivisten aineiden käyttöä, voidaan sijoittaa laitoshoitoon ilman nuorten suostumusta. Hoitomenetelmiä ovat ympäristöterapia, funktionaalinen

([183]) Ks. Auftrieb osoitteessa http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2086.
([184]) Ks. http://www.asemanlapset.fi/walkers-nuorisokahvilat/walkers-kahvilat_suomessa/.
([185]) Ks. http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091.

perheterapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia ja huumausaineiden väärinkäyttäjien 12-vaiheinen terapia. Nuoret rikoksentekijät joutuvat vankilan asemesta nuorten hoidosta annetun lain erityissäännösten mukaisesti suljettuun nuorten laitoshoitoon. ([186]) Lisätietoja hoitotoimenpiteistä on sivulla 49.

Syrjäytyminen ja yhteiskuntaan sopeuttaminen

Määritelmät ja käsitteet

Viimeisen yhteiskunnallista epävakautta ja yhteiskuntaan sopeuttamista käsitelleen tutkimuksen (social precarity and integration) ([187]) mukaan köyhyyden ja syrjäytymisen vaarassa olevan väestön osuus vaihtelee eri puolilla Eurooppaa 9:stä 22 prosenttiin (Eurooppa-neuvosto, 2001). Syrjäytyneinä pidetään henkilöitä, jotka eivät kykene osallistumaan täysipainoisesti talous-, yhteiskunta- ja siviilielämään ja/tai joiden tulot ja muut resurssit (henkilökohtaiset, perheen ja kulttuuriset) ovat niin riittämättömiä, että he eivät kykene nauttimaan elintasosta, jota heitä ympäröivässä yhteiskunnassa pidetään hyväksyttävänä (Gallie ja Paugam, 2002).

Syrjäytyminen voidaan näin ollen määritellä taloudellisten resurssien puutteen, yhteiskunnasta eristymisen sekä sosiaali- ja kansalaisoikeuksien rajallisuuden yhdistelmäksi. Käsite on kaikissa yhteiskunnissa suhteellinen (CEIES, 1999) ja kuvaa yhteiskunnallisten ja taloudellisten tekijöiden kasautumista vuosien mittaan. Syrjäytymistä voivat edistää ongelmat, jotka liittyvät työntekoon, opetukseen ja elintasoon, terveyteen, kansallisuuteen, huumeidenkäyttöön, sukupuolten väliseen eriarvoisuuteen ja väkivaltaan (Eurooppa-neuvosto, 2001; kansalliset raportit, 2002).

Huumeidenkäyttöä voidaan pitää sekä syrjäytymisen seurauksena että sen syynä (Carpentier, 2002): huumeidenkäyttö voi heikentää elinolosuhteita, mutta toisaalta syrjäytymisprosessi saattaa olla syynä huumeidenkäytön aloittamiseen. Huumeidenkäytön ja syrjäytymisen välinen yhteys ei kuitenkaan ole syy-yhteys, koska kaikki huumeidenkäyttäjät eivät ole syrjäytyneitä (Tomas, 2001).

Kun tämä monitahoisuus otetaan huomioon, voidaan analysoida huumeidenkäyttöä syrjäytyneiden väestöjen keskuudessa ja tutkia huumeidenkäyttäjien syrjäytymistä (kaavio 22).

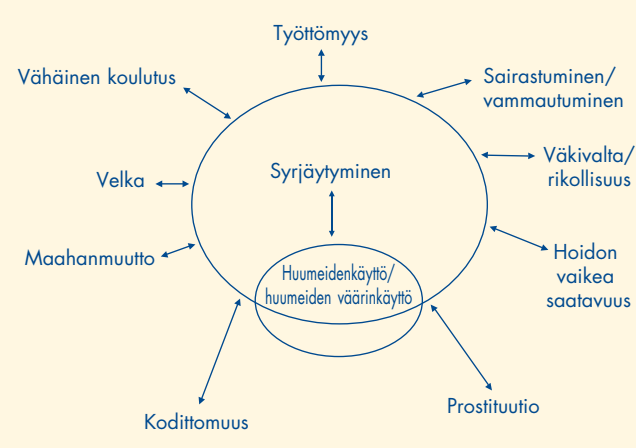
Huumeidenkäyttötavat ja käytön seuraukset syrjäytyneen väestön keskuudessa

Seuraavien väestöryhmien katsotaan yleensä kirjallisuudessa ja tutkimuksissa olevan syrjäytymisvaarassa: vangit, maahanmuuttajat ([188]), kodittomat, seksityöntekijät ja heikossa asemassa olevat nuoret. Syrjäytyneiden ryhmien keskuudessa esiintyvästä huumeidenkäytöstä ja niiden käyttötavoista esitettävien tietojen yhteydessä on otettava huomioon vinoutumat ja metodologiset rajoitukset, jotka johtuvat tietolähteiden ja vertailukelpoisen tiedon puutteellisuudesta Euroopan tasolla.

Vankeuden ja huumeidenkäytön välinen yhteys on paljastunut hyvin tiiviiksi (ks. myös s. 34). Suuri osa vangeista on käyttänyt huumeita jo ennen vankilaan joutumista, ja vangitsemisen syy liittyy usein huumeidenkäyttöön. Joillakin henkilöillä tilanne kehittyy päinvastaisesti, ja he ryhtyvät käyttämään huumeita vasta jouduttuaan vankilaan muista rikoksista. Tutkimusten mukaan 3–26 prosenttia Euroopan vankiloissa istuvista huumeidenkäyttäjistä alkaa käyttää huumeita vankilassa, ja 0,4–21 prosenttia vangituista injektiokäyttäjistä on alkanut käyttää huumeita suonensisäisesti vankilassa. Huumeidenkäyttö on hyvin yleistä vankiloissa: jopa 54 prosenttia vangeista on ilmoittanut käyttäneensä huumeita vankilassa, ja jopa 34 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä huumeita suonensisäisesti vankilassa (Stoever, 2001; EMCDDA, 2002a).

"Mustien ja etnisten vähemmistöjen" ja huumeidenkäytön välinen suhde on epäselvempi, koska tietoja on niukasti saatavilla. Mikään tieteellinen näyttö ei viittaa siihen, että huumeidenkäyttö olisi yleisempää maahanmuuttajien kuin valtaväestön keskuudessa. Joissakin tiettyjen etnisten vähemmistöjen parissa tehdyissä tutkimuksissa on kuitenkin

Kaavio 22: Syrjäytymisen ja huumeidenkäytön välinen yhteys



([186]) Ks. http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87.
([187]) Eurobarometrin tutkimus 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_en.pdf.
([188]) EMCDDA (2002b) määrittelee maahanmuuttajiksi "mustat ja etniset vähemmistöt", joihin sisältyvät EU-maissa asuvat erilaista syntyperää olevat maahanmuuttajat.

todettu korkeampia huumeiden ongelmakäyttäjien osuuksia näissä vähemmistöissä kuin valtaväestössä, kuten Suomessa inkeriläisten (joista 1–2 % arvioidaan olevan huumeiden-, erityisesti heroiinin käyttäjiä), Saksassa kurdien, Espanjassa romanien ja Alankomaissa useiden etnisten ryhmien keskuudessa (Vrieling et al., 2000) (189). Tähän saattaa olla syynä yhdistelmä yhteiskunnallisesti epäsuotuisia tekijöitä, kuten paikallisen kielen huono osaaminen, työttömyys- ja asumisongelmat, kehnot elinolosuhteet ja taloudellisten resurssien puute (kansalliset raportit, 2002).

Huumeidenkäyttötavoissa on eroja etnisten ryhmien välillä. Khatia käyttävät ilmoitusten mukaan vain somalit ja mustat afrikkalaiset, kun taas heroiinia polttavat Surinamesta ja Bangladeshista kotoisin olevat maahanmuuttajat. Huumeidenkäytön aloittamisikä taas vaikuttaa olevan alhaisempi Espanjan romanien keskuudessa (2–3 vuotta alhaisempi) kuin syntyperäisten espanjalaisten keskuudessa (Eland ja Rigter, 2001; Reinking et al., 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Myös kodittomien ilmoitetaan kuuluvan huumeidenkäytön riskiryhmään. Vaikka Euroopan tasolla ei olekaan saatavilla vertailukelpoisia tietoja kodittomuuden ja huumeidenkäytön välisestä suhteesta, monissa maissa on tehty erityisiä tutkimuksia, joiden mukaan huumeidenkäyttö on yleinen ongelma kodittomien keskuudessa (kansalliset raportit, 2002). Tanska, Ranska, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta ovat ilmoittaneet, että 80 prosenttia tilapäismajoituksessa asuvista kodittomista on riippuvaisia huumeista, ja levinneisyysasteet ovat vielä korkeampia kaduilla asuvilla tai muista sosiaalisista ongelmista kärsivillä kodittomilla. Esimerkiksi Irlannissa tehdyn selvityksen mukaan 67 prosenttia kodittomista entisistä vangeista on riippuvaisia huumeista (Hickey, 2002). Kodittomien yleisimmin käyttämä huume on heroiini, jonka jälkeen tulevat kokaiini ja huumeiden sekakäyttö. Kodittomien keskuudessa esiintyy paljon myös muunlaista riskikäyttäytymistä, kuten suonensisäistä huumeidenkäyttöä ja yhteisten neulojen käyttöä. ([190])

Huumeidenkäyttö on yleistä heikossa asemassa olevien nuorten keskuudessa; levinneisyys on korkea perhe- ja sosiaaliongelmista tai kouluongelmista kärsineiden lasten keskuudessa. Huumeidenkäytön levinneisyys on korkea huumeriippuvaisten henkilöiden lasten keskuudessa: huumeita viimeisen vuoden aikana käyttäneiden vanhempien lapset ovat käyttäneet huumeita ainakin kerran elämässään huomattavasti suuremmalla todennäköisyydellä kuin lapset, jotka eivät kuulu heikossa asemassa olevaan väestöryhmään (37–49 % on käyttänyt huumeita ainakin kerran verrattuna 29–39 %:iin sellaisista lapsista, joiden vanhemmat eivät käytä huumeita). ([191]) Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että lapset, jotka ovat kärsineet seksuaalisesta hyväksikäytöstä tai väkivallasta perheen sisällä, alkavat muita todennäköisemmin käyttää huumeita aikuisiässä (Liebschutz et al., 2002). Portugalissa perheen sisäisen hyväksikäytön ja väkivallan nuorten uhrien ilmoitetaan alkavan seitsemän kertaa todennäköisemmin käyttää heroiinia kuin valtaväestöön kuuluvien nuorten (Lourenço ja Carvalho, 2002). Yhdistyneessä kuningaskunnassa "kotoaan karanneet nuoret" ([192]) näyttävät alkavan muita todennäköisemmin käyttää huumeita. Heistä huumeita on käyttänyt ainakin kerran 2–8 kertaa useampi kuin nuorista, jotka eivät ole koskaan karanneet kotoaan. Heidän yleisimpiä huumeitaan ovat crack, heroiini ja liuottimet. Kouluongelmat ovat toinen riskitekijä, joka lisää huumeidenkäyttöä: huumeidenkäytön levinneisyys on korkea sellaisten lasten keskuudessa, jotka eivät käy koulua (Amossé et al., 2001), jotka käyvät koulukotia (Suomessa 40 %:lla koulukotinuorista ilmoitettiin olleen väärinkäyttöongelma jonkin aikaa, määrästä 16 % liittyi huumeisiin) (Lehto-Salo et al., 2002) ja joiden koulumenestys on heikkoa (Norjassa 13,5 %) (Vestel et al., 1997).

Seksityöntekijöiden keskuudessa huumeidenkäyttö on usein motiivi prostituutiolle, mutta se voi myös olla prostituution seuraus (kuten muidenkin huumeidenkäyttöön liittyvien tekijöiden kohdalla). Huumeidenkäyttötavat vaihtelevat sen mukaan, onko prostituutio alkanut ennen huumeriippuvuutta vai sen jälkeen. Italiassa katuprostituoitujen parissa tehdyssä laadullisessa tutkimuksessa havaittiin, että kun seksityöntekijät alkavat käyttää huumeita käsitelläkseen prostituutioon liittyviä ongelmia, he käyttävät pääasiallisesti alkoholia sekä rauhoittavia ja muita psykoaktiivisia lääkkeitä; heroiini taas on ensisijainen huume silloin, kun huumeriippuvuus on prostituution pääasiallinen syy (Calderone et al., 2001).

Muista syrjäytyneistä väestöryhmistä on vähemmän tutkimustuloksia ja tietoja; Tanska on ilmoittanut, että psykiatristen palvelujen potilaista 50–60 prosenttia on huumeriippuvaisia, mikä johtuu todennäköisesti huumausaineiden helposta saatavuudesta ja siitä, että tällaiset potilaat ovat tottuneet käyttämään psykoaktiivisia lääkkeitä (kansallinen raportti, 2002).

Syrjäytymisen ja huumeidenkäytön välinen yhteys

Hoitoa saavan väestön sosiaalisista oloista on saatavilla jonkin verran tietoja. Huumeidenkäyttöön liittyviin sosioekonomisiin tekijöihin sisältyy matala koulutustaso,

([189]) Taulukko 19 OL: Ensisijaisten riippuvuusongelmien (alkoholi, heroiini, kokaiini, kannabis ja uhkapeli) jakautuminen Alankomaissa maahanmuuttajien ja syntyperäisten hollantilaisten välillä (verkkoversio).

([190]) Yhdistyneen kuningaskunnan sisäministeriö on ilmoittanut, että yli kolmasosa maan kodittomista on käyttänyt heroiinia suonensisäisesti ja viidesosa on käyttänyt crackia suonensisäisesti. Heistä yli 10 % on viimeisen kuukauden aikana todennäköisesti käyttänyt jonkun toisen ruiskua tai lainannut toiselle omaa ruiskuaan (Carlen, 1996; Goulden ja Sondhi, 2001).

([191]) Englannissa ja Walesissa 4 848 nuoren parissa vuosina 1998–1999 tehdyn tutkimuksen mukaan (Goulden ja Sondhi, 2001).

([192]) Yhdistyneen kuningaskunnan varapääministerin kanslian syrjäytymisyksikkö määrittelee "kotoaan karanneiksi nuoriksi" alle 18-vuotiaat lapset tai nuoret, jotka viettävät vähintään yhden yön luvattomasti poissa kotoaan tai ilman huolenpitoa tai jotka heidän vanhempansa tai huoltajansa ovat pakottaneet lähtemään (Social Exclusion Unit, 2002).

aikainen koulunkäynnin lopettaminen ja keskeyttäminen, työttömyys, matalat palkat ja vaikeat työt, alhaiset tulot ja velkaantuminen, asumiseen liittyvä turvattomuus ja kodittomuus, kuolleisuus ja huumeisiin liittyvät sairaudet, terveydenhuollon heikko saatavuus ja sosiaalinen leimautuminen (taulukko 5).

Huumeidenkäyttäjien sosiaalisissa oloissa on merkityksellisiä eroja käytettävän aineen ja käyttötavan mukaan; huonoimmat olot ovat heroiinin ja opiaattien käyttäjillä sekä kroonisilla huumeriippuvaisilla.

Kaikista vuonna 2001 hoidossa olleista asiakkaista 47 prosenttia ei ollut koskaan käynyt koulua tai oli käynyt vain ala-asteen; myös korkeat koulunkäynnin aikaisen lopettamisen ja keskeyttämisen asteet ovat yleisiä huumeidenkäyttäjien keskuudessa. Ensisijaisen huumeen ja maiden välillä on eroja ([193]): opiaattien (etenkin heroiinin) käyttäjillä on matalin koulutustaso (kansalliset raportit, 2002).

Epävakaiden sosiaalisten olojen takia huumeidenkäyttäjillä on myös työmarkkina-asemaan liittyviä ongelmia: työttömyysasteet ovat erittäin korkeita verrattuna valtaväestöön (47,4 % huumeidenkäyttäjistä verrattuna 8,2 %:iin ([194]) valtaväestöstä). Työtä on vaikea saada, ja huumeidenkäyttäjät pystyvät harvoin pitämään työpaikkaa pitkään tai edistymään uralla (DrugScope, 2000). ([195]) Epävakaa työmarkkina-asema voi johtaa taloudellisiin ongelmiin; huumeriippuvaisilla on usein matalat tulot jos tuloja lainkaan (32–77 % hoidossa olevista asiakkaista elää sosiaalietuuksilla). Myös velkaantuminen on yleistä.

Taulukko 5: Hoidossa olevien asiakkaiden sosiaaliset olot (koulutus, työtilanne, asuminen) EU:n jäsenvaltioissa vuonna 2001

Sosiaaliset olot		Hoidossa olevat huumeidenkäyttäjät (pätevä %) (1)
Koulutus (n = 98 688)	Koulua käymätön / jättänyt opinnot kesken ala-asteella	8,0
	Ala-asteen koulutus	43,6
Työmarkkina-asema (n = 100 000)	Työtön	47,4
	Muutoin työmarkkinoiden ulkopuolella	9,6
Asuminen (n = 41 299)	Epävakaa asumistilanne	10,4
	Laitoksessa	7,5

(1) Prosenttiosuudet lasketaan kussakin kohdassa ilmoitettujen tapausten kokonaismäärästä; summa ei ole 100 prosenttia, sillä ainoastaan tämän kappaleen kannalta merkitykselliset arvot on ilmoitettu (koulua käymätön, työtön jne.); täydelliset luvut esitetään kaaviossa 55 OL: Koulutustaso kaikkien asiakkaiden keskuudessa maittain; kaavio 56 OL: Työmarkkina-asema kaikkien asiakkaiden keskuudessa maittain; ja kaavio 57 OL: Elinolosuhteet kaikkien asiakkaiden keskuudessa maittain (verkkoversio).

Lähde: Reitoxin kansalliset raportit – TDI-protokollan mukaiset tiedot 2001.

Huumeidenkäyttäjien elinolosuhteiden ilmoitetaan olevan usein erittäin kehnot: 10,4 prosentilla asiakkaista on epävakaa asumistilanne ja 7,5 prosenttia asuu laitoksessa. Lisäksi monet maat ovat ilmoittaneet korkeita kodittomuusasteita (jopa 29 %) huumeidenkäyttäjien keskuudessa. ([196])

Kansallisuuden osalta hoidossa olevat huumeidenkäyttäjät heijastavat väestörakennetta ([197]): asiakkaat ovat pääosin sen maan kansalaisia, jossa he hakeutuvat hoitoon, ja muista maista (Euroopasta tai sen ulkopuolelta) kotoisin olevien asiakkaiden määrä vastaa ulkomaalaisten osuutta väestössä. On kuitenkin syytä pitää mielessä, että joissakin maissa asiakkaita ei saa rekisteröidä kansallisuuden tai etnisen alkuperän mukaan, ja tätä tietoa ei näin ollen ole aina saatavilla.

Suorien terveysvaikutusten lisäksi (ks. s. 24 ja 28) huumeidenkäyttäjien voi olla vaikea saada hoitoa, koska he suhtautuvat vastahakoisesti hoitopalvelujen kanssa asioimiseen tai koska heidän koulutustasonsa on alhainen, koska lääkintäpalvelujen valtavirta ei juurikaan hyväksy heitä ja koska heillä on ainutlaatuisia terveysongelmia, joihin ei ole saatavilla asianmukaista hoitoa.

Huumeidenkäyttäjät kärsivät lopuksi kielteisestä kuvasta yhteiskunnassa, ja tavallinen väestö ja julkiset viranomaiset saattavat kohdella heitä vihamielisesti. Wieniläisessä vankilassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että huumeidenkäyttäjät joutuvat usein poliisien ja muiden julkisten viranomaisten henkisen ja fyysisen väkivallan kohteeksi (Waidner, 1999).

Yhteiskuntaan sopeuttaminen

EU-maissa ja Norjassa on vahvistettu toimenpiteitä, joilla käsitellään huumeriippuvuusongelmista kärsivien ryhmien ja muiden ryhmien syrjäytymistä sekä huumeidenkäytön tai väärinkäytön yhteiskunnallisia seurauksia.

Euroopan unionin huumausainestrategian (2000–2004) (Euroopan unionin neuvosto, 2000) sekä yhteiskuntaan sopeuttamisesta EU-maissa ja Norjassa tehdyn erityisen tutkimuksen (EMCDDA, 2003b) perusteella yhteiskuntaan sopeuttaminen voidaan määritellä ”kaikenlaisiksi toimenpiteiksi, joilla huumeidenkäyttäjiä sopeutetaan yhteisöön”.

Sopeuttamistoimet kohdistuvat sekä nykyisiin että entisiin huumeiden ongelmakäyttäjiin, aina itsenäisesti elävistä, ”puhtaista”, entisistä narkomaaneista ja pitkäaikaisista metadonipotilaista erittäin heikossa asemassa oleviin kaduilla asuviin käyttäjiin. Hoitoa, sen enempää lääkinnällistä kuin psykososiaalistakaan, ei välttämättä vaadita. Tämä tarkoittaa myös, ettei yhteiskuntaan

([193]) Kaavio 55 OL: Koulutustaso kaikkien asiakkaiden keskuudessa maittain (verkkoversio).
([194]) Keskimääräinen työttömyysaste 15 jäsenvaltiossa (Eurostat, 2002).
([195]) Kaavio 56 OL: Työmarkkina-asema kaikkien asiakkaiden keskuudessa maittain (verkkoversio).
([196]) Kaavio 57 OL: Elinolosuhteet kaikkien asiakkaiden keskuudessa maittain (verkkoversio).
([197]) Kaavio 58 OL: Asiakkaiden kansallisuus maittain (verkkoversio).

sopeuttaminen tapahdu välttämättä hoidon jälkeen, vaan se voidaan toteuttaa hoidonsaannista riippumatta joko hoitoprosessin viimeisenä vaiheena tai erillisenä ja itsenäisenä jälkihoitona, josta vastaavat muut kuin hoitopalvelut, joilla on omat tavoitteensa ja keinonsa. Yhteiskuntaan sopeuttamisen palvelut eivät keskity yksinomaan laittomien huumeiden ongelmakäyttäjiin, vaan ne voivat kohdistaa toimenpiteitään kaikenlaisiin päihderiippuvaisiin (myös niihin, jotka ovat riippuvaisia alkoholista ja laillisista huumeista) tai jopa kaikkiin syrjäytyneisiin väestöryhmiin (kuten kodittomiin ja kaduilla eläviin ihmisiin).

EU-maiden sopeuttamistoimenpiteistä on mahdotonta esittää määrällistä yleiskatsausta, sillä termiä "yhteiskuntaan sopeuttaminen" ei käytetä yhtenäisesti. Vaikka useita palveluja voikin toimia rinnakkain, maiden tasolla on tavallisesti yleiset "palvelumuodot" yhteiskuntaan sopeuttamiselle. Niiden kohteena ovat

- kaikki syrjäytyneet väestöryhmät riippumatta siitä, onko niillä riippuvuusongelmia
- henkilöt, joilla on yleisesti riippuvuusongelmia
- erityisesti ja yksinomaan laittomien huumeiden ongelmakäyttäjät (kaavio 23). ([198])

On vaikeaa esittää sosiaalisten integraatiopalvelujen saatavuutta määrällisesti tai arvioida tarjottavien palvelujen toimivuutta, vaikka kokemukset viittaavatkin siihen suuntaan, että palvelujen tarjonta ei ole riittävää. Esimerkiksi Saksa arvioi, että se tarvitsee noin 25 000 sopeuttamispaikkaa, mutta sillä on niitä vain noin 4 000. Itävallassa toteutetussa työllisyyshankkeessa kirjattiin kaksi kertaa enemmän hakemuksia kuin vapaita paikkoja, ja keskimäärin 15 henkilön hakemukset jouduttiin epäämään päivittäin.

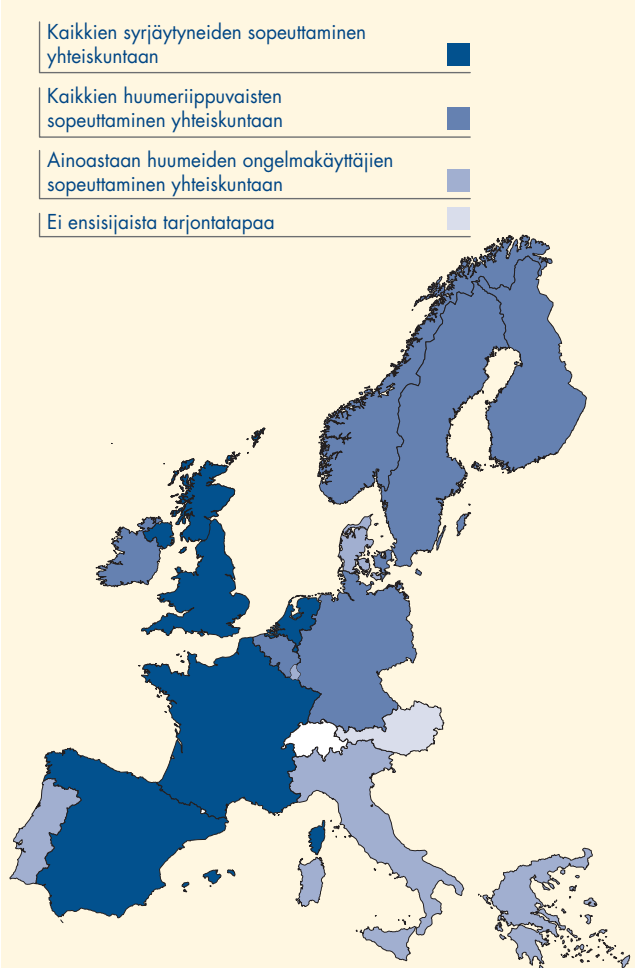
Yhteiskuntaan sopeuttamisen tukitoimet voidaan jaotella kolmeen pääluokkaan: koulutus (johon sisältyy harjoittelu), asuminen ja työllisyys.

Useilla huumeidenkäyttäjillä on alhainen koulutustaso, ja useissa kansallisissa raporteissa kuvataan huumeiden ongelmakäyttäjien ja työmarkkinoiden välistä suhdetta huonoksi (Kreikka (Kavounidi, 1996), Tanska (Stauffacher, 1998), Alankomaat (Uunk ja Vrooman, 2001)). Toimet, joilla pyrittäisiin parantamaan akateemisia, teknisiä tai käytännön taitoja, parantaisivat näin ollen asiakkaiden mahdollisuuksia työmarkkinoilla.

Työllisyystoimenpiteet voivat saada useita eri muotoja: esimerkiksi sellaista yritystä, joka palkkaa huumeidenkäyttäjän kilpailukykyiseen työhön, voidaan tukea rahallisesti, kuten Kreikassa on tehty. Muita toimenpiteitä ovat muun muassa työvoimapalvelujen perustaminen, josta on esimerkkinä Vienna Job Exchange Itävallassa, ja asiakkaiden auttaminen omien yritysten perustamisessa, mitä on tehty niin ikään Kreikassa samoin kuin Espanjassa osana "itsensä työllistämisen edistämistä" koskenutta työllisyysohjelmaa (tällainen tuki menee osittain päällekkäin koulutuksen/harjoittelun kanssa).

Lopuksi majoittamisella tai asunnon etsimisessä auttamisella pyritään tuomaan vakautta asiakkaiden elämään. Asunnon tarjoaminen voi olla itsessään tukitoimi, mutta siihen liittyy usein psykososiaalista apua ja jonkinasteista seurantaa. Yksi esimerkki rinnakkaisesta psykososiaalisesta hoidosta on Tirolissa toimiva Haus am Seespitz, jossa toimii avoin majoitustiloissa kokoontuva asiakkaiden jälkihoitoryhmä. Belgiassa "Habitations Protégées" tarjoaa sekä majoitusta että psykiatrista hoitoa. Irlannissa tehdyssä tutkimuksessa (Irlannin kansallinen raportti (Hickey, 2002)) 79 prosenttia naispuolisista ja 76 prosenttia miespuolisista entisistä vangeista ilmoitti, että sopivan asunnon löytäminen oli heidän suurin ongelmansa ja syy heidän syrjäytymiselleen, mikä viittaa siihen, että majoittaminen on tärkeä yhteiskuntaan sopeuttamisen tukitoimi.

Kaavio 23: Tärkeimmät tavat huumeiden ongelmakäyttäjien sopeuttamiseksi yhteiskuntaan EU:ssa ja Norjassa



Lähde: Reitoxin kansalliset raportit.

([198]) Tarkempia tietoja ja maakohtaisia katsauksia esitetään tutkimuksessa "Social reintegration in the European Union and Norway" (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).

Julkiset menot huumausaineiden kysynnän vähentämisen alalla ([199])

Euroopan unionin huumausainestrategiassa (2000–2004) tarkennetaan, että neuvoston ja komission pitäisi pyrkiä laatimaan EMCDDA:n ja Pompidou-ryhmän työn perusteella luettelo kaikista huumausaineisiin liittyvistä julkisista menoista.

Euroopan unionin huumausainestrategian noudattamiseksi EMCDDA tutkii tässä raportissa Reitoxin kansallisten seurantakeskusten arvokkaalla avulla vuoden 1999 suoria julkisia menoja huumausaineiden kysynnän vähentämisen alalla. ([200]) Tutkimuksessa on keskitytty menoihin kansallisella ja alueellisella tasolla, huumeidentorjuntatoimiin, väärinkäytön hoitoon (sairaalassa ja avohoidossa, korvaushoidossa ja hoidossa ilman lääkeaineita), kuntoutukseen ja sopeuttamiseen, katutyöhön, haittojen vähentämiseen sekä koulutukseen, tutkimukseen ja koordinointiin huumeiden käytön vähentämisen yhteydessä. Tutkimuksen selventämiseksi olemme poistaneet suorat yksityisten terveysorganisaatioiden kattamat menot (hoitokeskukset, klinikat jne.), samoin epäsuorat julkisiin palveluihin (yleiset sairaalat ja ensiapuasemat) sisältyvät menot. Myöskään laajaa ja monimutkaista kysymystä huumeiden yhteiskunnallisista kustannuksista ei ole pohdittu tässä.

Julkisten menojen käsittelyn ensisijainen tarkoitus huumausaineisiin liittyvällä alalla (vaikkakin rajoittuneesti) on tässä yhteydessä lisätä tietoa huumepolitiikassa käytettävien indikaattorien merkittävyydestä EU-maissa eikä niinkään tarjota empiiristä näyttöä.

Tietojen rajallisuus ja luotettavuus

Tarkastelualan rajoittuneisuudesta huolimatta saadut tulokset tukevat käsitystä vaikeuksista, joita saatavilla olevien tietojen rajallisuus ja tiedonkeruu aiheuttavat alalla, joka on suhteellisen kehittymätön EU:n alueella. Itse asiassa tämän raportin valmistelemisen yhteydessä tehdyn *ad hoc* -tutkimuksen ([201]) lisäksi on tehty vain muutama tutkimus huumekysymyksiin osoitettujen julkisten menojen määrittämiseksi EU:ssa. ([202]) Menojen kirjaamisen osalta enemmistössä EU-maista ei osata sanoa tarkasti, kuinka paljon ne käyttävät rahaa huumeiden ja väärinkäytön vastaiseen toimintaan.

Suurin osa tämän tutkimuksen osanottajista ei siten voinut toimittaa tietoja kattavasti. Jotkin luvut puuttuvat ja jotkin laskelmat perustuvat arviointi- ja ekstrapolaatiomenetelmiin. ([203])

Useat kansalliset seurantakeskukset ovat tuoneet esiin viisi tutkimusta rajoittavaa tekijää, jotka mainitaan myös alan kirjallisuudessa: 1) joitakin alueita ja joitakin maita koskevien tietojen puuttuminen; 2) vaikeus erottaa laittomia huumeita koskevat tiedot tiedoista, jotka kattavat sekä laittomat huumeet että alkoholin; 3) suuri määrä menoista vastaavia kansallisia, alueellisia ja paikallisia toimijoita ja organisaatioita; 4) vaikeus erottaa tarkkaan julkiset menot teoreettisissa luokissa kuten kysynnän ja tarjonnan vähentämisessä; sekä 5) hankaluus eritellä näiden kahden luokan menoja toiminta-aloittain (hoito, primaaripreventio, kuntoutus, yhteistyö, koordinointi jne.).

On kuitenkin mielenkiintoista panna merkille, että vaikka menetelmiin liittyvät ongelmat mutkistavat selvästi tämäntyyppisiä tutkimuksia ([204]), päättäjät osoittavat kasvavaa kiinnostusta julkisiin menoihin liittyviin selvityksiin sekä päätöksenteon apuvälineenä että suorituskyvyn mittaamisen välineenä.

Huumausaineiden kysynnän vähentämiseen liittyvät menot

EU:n jäsenvaltioiden huumausaineiden kysynnän vähentämiseen käyttämien kaikkien julkisten menojen kokonaismäärän laskennassa ja kansallisista seurantakeskuksista saatujen tietojen pohjalta on yritetty vertailla samankaltaisia menoja.

Vaikka kaikki mahdolliset tilastoja koskevat varotoimet on toteutettu, ei ole mahdollista välttyä siltä ongelmalta, että ilmoitetut luvut saattavat toisinaan vastata eri luokkia eri maissa ja siltä, että itse asiassa joidenkin maiden kohdalla (Belgia, Tanska, Italia ja etenkin Saksa ja Ruotsi) tietoja puuttuu niin, että kokonaisluku on varmasti huomattavasti aliarvioitu. Muiden maiden kohdalla (Kreikka, Espanja, Ranska, Luxemburg, Alankomaat, Itävalta ja Portugali) tietoja voidaan pitää melko kattavina, vaikka mukaan otetuista menoluokista ei olekaan täyttä varmuutta. Alankomaissa ja Norjassa erityisesti ilmoitetut arviot koskevat sekä laittomia huumeita että alkoholia, mikä tekee

([199]) Erot käytettävissä olevissa tiedoissa rajoittavat maittaisia vertailuja. Lisätietoja huumeisiin liittyvistä kuluista yksittäisissä jäsenvaltioissa osoitteessa http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

([200]) Euroopan unionin huumausainestrategian (2000–2004) tilannekatsauksen viitevuosi.

([201]) EMCDDA on erityisen kiitollinen Kreikan, Itävallan ja Portugalin kansallisille seurantakeskuksille niiden tällä alalla tekemästä erityistutkimuksesta, joka tuo lisäarvoa vuosiraportille. Myös professori Pierre Kopp ansaitsee kiitoksen tutkimuksen vertaisarvioinnista.

([202]) Belgia (2003), Luxemburg (2002), Yhdistynyt kuningaskunta (2002); lisää viitteitä osoitteessa http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

([203]) Toive ottaa mukaan mahdollisimman monta maata kattavan kuvan antamiseksi Euroopasta on ristiriidassa joitakin tarkasteltuja maita koskeneiden tietojen niukkuuden takia. Näin ollen, vaikka tutkimus on pidetty laaja-alaisena, lopullisten lukujen epävarmuus on rajoittanut analysointi- ja vertailumahdollisuuksia.

([204]) Belgia (2003), Luxemburg (2000), Yhdistynyt kuningaskunta (2002). Lisää viitteitä löytyy EMCDDA:n verkkosivuilta osoitteesta http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

lopullisista luvuista vertailussa näissä maissa melko korkeat. Lopulta suurin osa tiedoista liittyy vuoteen 1999, joka on lähtökohtana EU:n toiminnan arvioinnissa, mutta tässä on joitakin poikkeuksia. Irlannin ilmoittamat luvut ovat kysynnän vähentämiseksi vuodeksi 2000 suunniteltuja valtion menoja, Ranskan tiedot koskevat vuotta 1995 ja Yhdistyneen kuningaskunnan tiedot varainhoitovuotta 2000–2001. Taulukossa 6 esitettyjen lukujen tarkastelussa on otettava huomioon edellä mainitut seikat.

EU-maiden huumausaineiden kysynnän vähentämistä varten vuonna 1999 käyttämät kokonaissummat näyttävät heijastavan kunkin maan kokoa ja vaurautta (Kopp ja Fenoglio, 2003). Ei ole yllättävää, että suurimmat ja rikkaimmat maat (Saksa, Ranska, Italia ja Yhdistynyt kuningaskunta) vaikuttavat käyttävän absoluuttisina lukuina enemmän varoja kuin pienet maat, vaikka myös Alankomaiden ja Norjan menot ovat melko suuret, mikä johtuu mahdollisesti alkoholiin liittyvien toimenpiteiden sisällyttämisestä lukuihin.

Tutkimukset osoittavat (Kopp ja Fenoglio, 2003; Origer, 2002; Godsfrey et al., 2002), että tämäntyyppiset arviot voivat olla arvokkaita tietolähteitä kansallisella tasolla. Vertailut eri aikoina maan sisällä voivat paljastaa kasvua tai laskua huumeisiin liittyvässä budjetoinnissa. Alakohtaiset vertailut (kysyntä, tarjonta, kansainvälinen yhteistyö jne.) voivat paljastaa virallisten strategioiden lisäksi konkreettiset taloudelliset kohteet, joihin käytetään rahaa huumeiden vastaisessa toiminnassa.

EU:n tasolla maiden välisissä vertailuissa voidaan tunnistaa yhtäläisyyksiä tai eroja huumepolitiikkaan varatussa rahoituksessa, ja menoja on mahdollista vertailla eurooppalaiseen keskiarvoon tai maailmanlaajuisesti eri alueisiin nähden.

Lisäksi makroekonomisten indikaattoreiden käyttö (kuten BKT, koko väestö, valtion kokonaismenot tai huumeiden ongelmakäyttäjien määrä) kansallisella ja Euroopan tasolla voi auttaa laskemaan menot koko laajuudessaan sekä antaa informatiivisemman tulkinnan tiedoille, jotka yksinään eivät saavuta samaa arvoa.

Huumausaineiden kysynnän vähentämistä varten käytettävien menojen ja esimerkiksi kunkin maan bruttokansantuotteen vertaaminen voi paljastaa, kuinka suuren osan varoistaan maa todennäköisesti käyttää huumeidenkäytön ehkäisevään työhön ja huumeidenkäytöstä johtuvien seurausten vastaiseen torjuntaan. Tässä tutkimuksessa koottujen tietojen mukaan vuonna 1999 Norja varasi noin 0,1 prosenttia taloudellisesta vauraudestaan tähän tarkoitukseen. Norjan perässä tulevat Alankomaat (0,078 %) (molemmat maat sisällyttivät arvioonsa sekä huumeet että alkoholin). Portugali (0,074 %), Suomi (0,073 %) ja Irlanti (0,070 %) käyttivät suurimman osuuden taloudellisesta vauraudestaan huumeiden kysyntää vähentäviin toimenpiteisiin. Vertailussa suurimmat ja näennäisesti rikkaimmat maat näyttävät jääneen muista jälkeen. Tosin tiedoissa olevat puutteet voivat vaikuttaa vertailuun.

Näitä tietoja ei voi tulkita suoraviivaisesti, eikä vain puuttuvien tietojen vuoksi. Vauraden osuuden, joka käytetään huumeriippuvuuden hallintaan EU:n jäsenvaltioissa, voi kuitenkin tulkita kuvastavan huumeongelman laajuutta tai siihen puuttumisen voimakkuutta (tai molempia) tai väestöön kohdistettavien sosiaalisten ja terveyteen liittyvien toimenpiteiden tasoa. Tällaisten kysymysten tutkiminen voi edesauttaa ilmiön sekä kustannuksiin liittyvien arvioiden parempaa ja syvällisempää ymmärtämistä.

Toinen tapa analysoida julkisia menoja on tarkastella niitä sitä alaa vasten, johon niillä pyritään vaikuttamaan, eli tässä tapauksessa huumeiden ongelmakäyttäjiä ([205]). Menot apua eniten tarvitsevia henkilöitä kohden voidaan laskea käyttäen indikaattorina huumeiden ongelmakäyttäjien arvioitua määrää. Laskelmaa haittaa valitettavasti kaksi ongelmaa. Ensinnä luvut eivät välttämättä liity suoraan huumeiden ongelmakäyttäjiin eli huumeriippuvaisiin – ehkäisevää huumetyötä, opetusta ja koordinointia voi kohdistaa myös sellaisiin yksilöihin, joita ei luokitella huumeiden ongelmakäyttäjiksi. Toiseksi huumeiden ongelmakäyttäjien määrän laskemiseen liittyy melkoista epävarmuutta.

Kunkin huumeriippuvaisen käyttämien palvelujen arvo vaihtelee maittain, ja joissakin maissa niiden arvo on korkeampi (Luxemburg, Itävalta ja Suomi) ja joissakin matalampi (Kreikka, Ranska, Portugali, Yhdistynyt kuningaskunta). Ensimmäisessä maaryhmässä tämä voidaan tulkita vahvana panostuksena huumepalveluihin. On kuitenkin paljon todennäköisempää, että luvut ovat enemmän sidoksissa laatuun ja toimenpiteiden tyyppiin. Itse asiassa erot menotasossa eivät välttämättä ole siirrettävissä panostamisen tasolle, vaan pikemminkin ne kertovat erilaisesta suhtautumistavasta, jota tilanteen erityisyys määrittelee.

Huumeiden ongelmakäyttäjäkohtaisten menojen rinnalla on hyödyllistä laskea huumausaineiden kysynnän vähentämiseen tähtäävän politiikan kustannukset koko yhteiskunnalle. Kun tarkastellaan huumausaineiden kysynnän alentamiseen liittyviä menoja tutkituissa 16 valtiossa (15 jäsenvaltiota ja Norja) saatavissa olleista rajallisista tiedoista (taulukko 6), EU:n alueella vuonna 1999 käytetty kokonaissumma (vähintään)

([205]) Suonensisäinen huumeiden käyttö tai opiaattien, kokaiinin ja/tai amfetamiinien pitkäkestoinen/säännöllinen käyttö. Huumeiden ongelmakäyttäjäkohtaisten menojen laskennassa käytettiin huumeiden ongelmakäyttäjien arvioituja määriä, jotka kansalliset seurantakeskukset ilmoittivat käyttäen keskimääräiskerrointa. Lisätietoja esitetään tilastotaulukossa 4: Arviot huumeiden ongelmakäyttäjien määrästä Euroopan unionin jäsenvaltioissa, 1995–2001 (verkkoversio).

Taulukko 6: Suoria julkisia menoja kuvaavien lukujen erittely miljoonissa euroissa Reitoxin vuoden 2002 kansallisten raporttien mukaan

Maa	Miljoonaa €	Menoluokat vuonna 1999
Belgia	139	Hoito (100); kuntoutus (22,5); metadoni (8,9); yhteisöt ja alueet: ehkäisy, hoito, koulutus, koordinointi (8,3) (ei sisälly: sisäministeriön myöntämät 7 miljoonaa euroa rikollisuuden ehkäisyyn)
Tanska	67	Menot huumeiden väärinkäytöstä lääneittäin ja kunnittain 495,5 DKK (66,5); ehkäisevä huumetyö keskushallinnon tasolla 6,2 DKK (0,8), alueista ja kunnista ei tietoa
Saksa	343,2	Hätämajoitus (3,0); psykososiaalinen tuki (13,3); 951 avohoitokeskusta (57,9); laitoskuntoutus (25 % 434 miljoonasta eurosta (99,7)); työelämään sopeuttaminen (4,3); tuettu asuminen (8,0); sairaalahoito (97,0); korvaushoito (ei tiedossa, mutta arviolta vähintään 30,0), valtion talousarviosta 23,9 prosenttia huumeiden väärinkäyttöön (huumeiden osuus) 127 miljoonasta eurosta (30,0) (ei sisälly: menot syytetoimista ja täytäntöönpanosta)
Kreikka	16,2	39 ennaltaehkäisykeskusta (OKANA), palkat ja henkilöstö (KETHEA), majoitus- ja käyttömenot (2,4); hoito: lääkkeetön hoito, korvaushoito ja matalan kynnyksen palvelut (11,9); sosiaalinen kuntoutus (0,3); tutkimus (0,3) OKANA, tietoihin ei sisälly: koulutus (0,8), jotkin keskushallinnon menot (0,5)
Espanja	181,5	Keskushallinnon taso: Sisäministeriö (GDNPD), puolustusministeriö (ehkäisy), terveys- ja kuluttaja-asiainministeriö, koulutus- ja kulttuuriministeriö; ulkoministeriö, työ- ja sosiaaliministeriö (19,8); varat takavarikoiduista tuotteista, jotka on varattu kysynnän alentamiseen 66 prosenttia (2,8); itsehallinnolliset kunnat (158,7, josta 22,3 GDNPD:ltä)
Ranska (1995)	205,8	Subutex (91,4); sosiaali-, terveys- ja kaupunkiasiat (101,9); koulutus (tutkimus) (6,6); nuoret ja urheilu (1,3); työ, työllisyys ja koulutus (0,12); MILDT (66 % 6,9 miljoonasta eurosta (4,5)) (ei sisälly: kansainvälinen yhteistyö ja tuet kansainvälisille organisaatioille)
Irlanti (2000) (arvio valtion menoista)	57,1	Lapsi- ja terveysasioiden ministeriö (hoito, ehkäisy, tutkimus) (32,0); yritys-, kauppa- ja työllisyysministeriö (sopeuttaminen) (6,0); koulutus- ja tiedeministeriö (ehkäisy) (7,5); matkailu-, urheilu- ja vapaa-ajanministeriö (ehkäisy, tutkimus, arviointi, koordinointi) (11,6)
Italia	278,5	Poliklinikkahoito (99,1); laitoshoito ja osittainen laitoshoito (88,8); kansallisen huumerahaston hankkeet paikallisella/alueellisella tasolla (67,6); ministeriöiden rahoittamat kansallisen huumerahaston hankkeet (23,0). Tietoja ei ollut saatavissa kahdeksalta alueelta ja vain osittaisia tietoja oli saatavissa suurimmasta osasta muilta alueilta
Luxemburg	13,7	Terveys- (5,7); perhe-, yhteisvastuu- ja nuorisoministeriö (2,3); opetus-, ammattikoulutus- ja urheiluministeriö (0,5); muut ministeriöt (0,3); sosiaaliturvan korvaukset (4,9)
Alankomaat	287,9	Yleinen laki erityissairauksien hallinnasta (alueellisille hoitoyksiköille ja huumeklinikoille) (76,0); terveys-, hyvinvointi ja urheiluministeriö (huumeriippuvaisten avohoito) (74,2); varat kodittomille väärinkäyttäjille, hoitoa vaille jääneille huumeriippuvaisille (noin kaksi kolmasosaa 150 miljoonasta eurosta (112,5)); huumeisiin liittyvien häiriöiden vähentämiseen (24,1); huumeiden ennaltaehkäisytoiminta (1,1) (suurin osa luvuista koskee sekä huumeita että alkoholia)
Itävalta	52,3	Liittovaltion, maakuntien ja kuntien lähteet mukaan lukien sairausvakuutusvarat, julkiset työllistämispalvelut sekä Itävallan hyvinvointirahasto: ennaltaehkäisytoiminta (2,4); kenttätyö ja haittojen vähentäminen (3,3); neuvonta ja hoito (40,7); sopeuttaminen yhteiskuntaan (4,2); laadunvarmennus (0,6); muut menot / tarkentamattomat menot (0,8)
Portugali	71,7	Pääministerin kanslia (16,2); terveysministeriö (41,6); opetusministeriö (3,1); työ- ja sosiaaliministeriö (9,5); puolustusministeriö (1,2)
Ruotsi	62,5	Hyvin summittainen arvio alkoholin ja huumeiden kysynnän alentamiseen tähtäävistä menoista (Tullverket, 2000). Kunnat 300 SEK (30 EUR), alueellinen taso 250 SEK (25 EUR) ja valtio 50 SEK (5 EUR). Kansalaisjärjestöt, laitokset ja yritykset 25 SEK (2,5 EUR).
Suomi	76,2	Terveydenhoito (laitoksessa) (15,1); terveydenhoito (avohoito) (7,9); huumeisiin liittyvät työkyvyttömyyseläkkeet (4,3); huumeisiin liittyvät sairauspäivärahat (0,5); korvaukset (vakuutusyhtiöt) (0,9); päihdehuolto (avo-/laitoshoito) (26,5); toimeentulotuki (4,8); lastensuojelu (10,9); tutkimus ja ehkäisevä huumetyö (5,2)
Yhdistynyt kuningaskunta 2000–2001	466,3	Arvio varainhoitovuodesta 2000–2001 (12 kuukautta 31. maaliskuuta 2001 asti). "Hoito" 234 miljoonaa GBP (367,4 EUR); "nuorison suojelu" (ehkäisy), 63 miljoonaa GBP (98,9 EUR)
Norja	224,9	Arvio menoista keskushallinnon, läänien ja kuntien tasolla huumeisiin ja alkoholiin liittyvien palvelujen yhteydessä, joita ovat ehkäisevä työ, hoito ja terveydenhoito (avo-/laitoshoito, lääkkeetön hoito, korvaushoito), sosiaalipalvelut huumeriippuvaisten kenttätyötä, haittojen/riskien vähentämistä, kuntoutusta ja yhteiskuntaan sopeuttamista varten

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2002).

huumeidenkäytön ehkäisevään toimintaan ja huumeriippuvaisten hoitoon on noin 2,3 miljardia euroa. Tämä tarkoittaa 5–10 euron menoerää kullekin EU-kansalaiselle. On mahdollista, että summa voi olla huomattavasti korkeampikin.

Kuten monet tutkimukseen osallistuneet ovat painottaneet, olisi erittäin tärkeää saada käyttöön yhteinen metodologia eri maiden väliseen tutkimukseen jo senkin vuoksi, että tämäntyyppisellä tiedolla ja sen analysoinnilla on merkitystä päätöksenteossa.

Menojen jakautuminen

Nykyisillä tiedonkeruujärjestelmillä on vaikea saada luotettavaa erittelyä menoista eri luokissa. Kansallisella tasolla sellaiset alat, kuten hoito, huumeista aiheutuvien haittojen vähentäminen ja ennaltaehkäisy yhdistetään usein samaan luokkaan. Kaikki maat eivät myöskään noudata samaa menojen luokittelujärjestelmää. Erilaiset tiedonkeruu- ja -luokittelumenetelmät haittaavatkin kansainvälisiä vertailuja, sillä ne vaikeuttavat menojen vertailua tietyillä aloilla.

Menetelmiä koskevista rajoituksista huolimatta tämän raportin tietojen pohjalta voidaan tehdä yksi tärkeä päätelmä: terveydenhuolto- ja hoitoala näyttävät saavan leijonanosan varoista, sillä niiden osuus kaikista huumausaineiden kysynnän vähentämiseen käytettävistä julkisista menoista on 50–80 prosenttia.

Itävallassa huumeriippuvaisten "neuvonnan ja hoidon" osuus kysynnän vähentämisen kokonaismenoista oli 78 prosenttia vuonna 1999. Kreikan tiedot osoittavat, että lähes 73 prosenttia ilmoitetuista menoista käytettiin hoitoon (toissijaiset kustannukset), kun taas Espanjassa autonomiset alueet ja kaupungit käyttivät hoitoon 74 prosenttia kokonaismenoista vuonna 1999. Portugalissa hoitoon käytettiin 49 prosenttia huumausaineisiin liittyvistä kokonaismenoista vuonna 1999, mutta huumeidenkäytön ehkäisyyn käytettiin 25 prosenttia kokonaismenoista, mikä on (saatavilla olevien tietojen perusteella) yksi korkeimmista luvuista EU:ssa tällä alalla.

"Ehkäisevään huumetyöhön" käytettäviä välittömiä menoja on vaikea tunnistaa, ja siksi tiedot eivät ole kovin luotettavia. Tiedossa olevat luvut vaihtelevat Itävallan 4 prosentista, jossa tietoa toimitettiin vain primaaripreventiosta, Kreikan 20 prosenttiin (niin ikään primaaripreventiosta). Espanjassa luku on 15 prosenttia autonomisilla alueilla ja kaupungeissa sekä 10 prosenttia Luxemburgissa.

Kysynnän vähentäminen kuntoutukseen ja yhteiskuntaan sopeuttamiseen sekä kenttätyön ja haittojen vähentämiseen tarkoitetuista menoista tuntuisi olevan melko pieni, mikä johtuu todennäköisesti eroista menojen luokituksessa hoitoon nähden tai osittaisesta sisällyttämisestä siihen.

Loppupäätelmät

Analysoitaessa huumeisiin liittyviä menoja tässä tutkimuksessa on syytä erottaa menojen tutkiminen kansallisella tasolla ja maiden välinen vertailu.

Tuoreet tutkimukset joissakin maissa ([206]) ovat osoittaneet mahdolliseksi saada tyydyttäviä tuloksia, jopa soveltamatta "kansainvälisesti hyväksyttyjä menetelmiä". Tietenkin kyseiseltä pohjalta maiden välinen vertailtavuus on rajoittunutta, mutta silti kansallisella tasolla tämä tutkimus voi lisätä tietoa huumeilmiöön liittyvistä toimintamalleista. Se voi olla hyödyllinen väline myös päätöksentekijöille oman maan menotason arvioimiseksi aikaan (toistettaessa) ja eri sektoreihin nähden (riittävästi eriteltynä). Lisäksi, kun kustannusarvioita verrataan muihin indikaattoreihin, on mahdollista arvioida, kuinka paljon rahaa käytetään yhtä huumeriippuvaista kohti tai kuinka paljon huumeiden kysynnän vähentämisen politiikka maksaa verrattuna muihin toimintalinjoihin tai kuinka paljon kansalaisten on maksettava huumeiden kysynnän vähentämisestä.

Nämä luvut ja vertailut tuovat esiin asiaankuuluvia kysymyksiä ja olettamuksia, joihin voidaan saada vastauksia syvällisempien tutkimusten avulla.

Maiden väliset vertailut ovat toinen ulottuvuus huumeisiin liittyvässä kustannusarvioiden tutkimuksessa. Kuten tässä tutkimuksessa todettiin, kyseiset tutkimukset ovat voimakkaasti riippuvaisia erilaisista tietolähteistä, ja sen vuoksi niitä hankaloittaa yhdenmukaisuuden puute eri maiden menetelmissä, tilastoissa ja luvuissa. Näiden (ja muiden) vaikeuksien voittamiseksi pitäisi ottaa käyttöön yhteiset tiedonkeruun standardit. Tällainen lähestymistapa vaatisi kuitenkin investointeja ilman varmuutta lopullisten tulosten laadusta ja hyödyllisyydestä. Ennen tällaista investointia tarvitaan lisätutkimuksia sekä syvällistä pohdiskelua tällaisten tutkimusten merkityksellisyydestä ja hyödyllisyydestä Euroopan tasolla.

Sillä välin ja samalla kun eurooppalaiset yhteistyökumppanit pohtivat edelleen kehittämisen kysymyksiä, EMCDDA:n tehtävänä on jatkaa tilastollisten järjestelmien kehittelyä ja parantelua alalla ja levittää tietoa käytössä olevista menetelmistä sekä meneillään olevista tutkimuksista.

([206]) Kopp ja Fenoglio (2003), Uhl (2001), ONDCP (2001), Godfrey et al. (2002) ja Origer (2002). Ks. myös kansalliset Kreikan, Espanjan, Itävallan ja Portugaliin seurantakeskukset (National Focal Points) Reitoxin vuoden 2002 kansallisten raporttien puitteista.

Lähteet

ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (2000), *Reducing drug-related deaths.* A report by the Advisory Council on the Misuse of Drugs. The Stationery Office, Lontoo.

Adalbjarnardottir, S. ja Rafnsson, F. D. (2002), ”Adolescent antisocial behaviour and substance use: longitudinal analyses”, *Addictive Behaviours* vol. 27, s. 227–240.

Amossé, T., Doussin, A., Fizdion, J.-M., et al. (2001), *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire.* Enquête INED, Paris et petite couronne, février–mars 1999, série resultants, Biblio no. 1355. CREDES, Pariisi.

Aristotelian University of Thessaloniki (2000), *Evaluation report of the Leonardo da Vinci programme: needs and methods assessment for vocational training in juvenile delinquents and adolescents at risk – ORESTIS.* Aristotelian University of Thessaloniki, Thessaloniki.

BAG (Bundesamt für Gesundheit) (1997), ”Empfehlungen zur kombinierten Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Impfung”, *Bulletin* No. 3, 27. tammikuuta 1997.

Bargali et al. (2002), ‘Mortality among problem drug users in Europe: a project of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)’, *Heroin Addiction and Related Clinical Problems,* 4 (1), s. 5–12.

BBC News World Edition (2003), ”ID cards for teenagers launched”, keskiviikko 22. tammikuuta 2003.

Beck, F., Perreti-Wattel, P., Choquet, M., et al. (2000), ”Consommation de substances psychoactives chez les 14–18 ans scolarisés: premiers résultats de l’enquête ESPAD 1999; évolutions 1993–1999”, *Tendances* vol. 6, s. 6.

Beck, F. (2001), *Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans.* ESCAPAD, OFDT, Pariisi.

Beck, F., Legleye, S. ja Perreti-Wattel, P. (2002), *Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EORPP).* Saatavilla www-osoitteesta http://www.drogues.gouv.fr. OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), Pariisi.

Bennett, T. (2000), *Drugs and crime: the results of the second stage of the NEW-ADAM programme.* Research Study 205. Home Office, Lontoo.

Bird, S. M. ja Rotily, M. (2002), ”Inside methodologies: for counting blood-borne viruses and injector-inmates’ behavioural risks – results from European prisons”, *The Howard Journal* 41, nro 2.

Boys, A., Marsden, J., Fountain, J., et al. (1999), ”What influences young people’s use of drugs? a qualitative study of decision-making”, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 6 (3).

Brochu, S. (1999), *Drogue et criminalité une relation complexe.* Les Presses de l’Université, Montreal.

Brook, D. W., et al. (2002), ”Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders”, *Archives of General Psychiatry* vol. 59, s. 1039–1044.

Brugal, M. T., Barrio, G., de la Fuente, L., et al. (2002), ”Factors associated with non-fatal overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration”, *Addiction* vol. 97, s. 319–327.

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2002), *Drug affinity among young people in the Federal Republic of Germany 2001.* Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln.Buster, M. (2002), ”What can we learn from literature?”, teoksessa: Reinås, K. T., Waal, H., Buster, M. C. A., et al. (toim.), *Strategic choices for reducing overdose deaths in four European cities.* A joint project of the cities of Olso, Amsterdam, Copenhagen and Frankfurt am Main, osa II: liite, s. 97–107. Alcohol and Drug Addiction Service, Oslo.

Bye, E. K. (2002), ”Alcohol and drugs in Norway”, *Statistikk ’02.* Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo.

Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., et al. (1999), *Night life in Europe and recreative drug use.* IREFREA and the European Commission, Valencia.

Calafat, A., et al. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe – The role of moderation.*

Calderone, B., Fornasiero, A., Lolli, S. ja Montanari, L. (2001), *Prostituzione tra dinamiche di mercato e percorsi individuali. Una ricerca qualitative sulla prostituzione femminile di strada in Emilia-Romagna.* Rapporto di ricerca, Bologna.

Carlen, P. (1996), *Jigsaw: a political criminology of youth homelessness.* Open University Press: Milton Keynes, Yhdistynyt kuningaskunta.

Carpentier, C. (2002), *Drug related social exclusion, in the context of socio-demographic and economic indicators.* Working paper, EMCDDA, Lissabon.

CEIES (Statistics Users Council) (1999), *Social exclusion statistics,* Conference Proceedings, Joint Conference, 22. marraskuuta 1999. Imac Research, Esher, Yhdistynyt kuningaskunta.

Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (2002), *Medical co-prescription of heroin, two randomized controlled trials.* Report by van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., et al. Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, Utrecht.

Australian liittovaltio (2002), *Return on investment in needle and syringe programs in Australia.* Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing, Australian liittovaltio.

Euroopan unionin neuvosto (2000), *Huumausaineiden torjuntaa koskeva Euroopan unionin toimintasuunnitelma (2000–2004),* http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml.

De Zwart, W. M., Monshouwer, K., and Smit, F. (2000), *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Dettmer, K. (2002), *First-aid training for drug users and (in emergency) naloxone.* Report on a pilot study by Fixpunkt e.V., Berliini. Julkaisu esitettiin Lissabonissa 24.–25. lokakuuta 2002 pidetyssä EMCDDA:n asiantuntijakokouksessa ”Overdose prevention and management”.

DrugScope (2000), *Vulnerable young people and drugs: opportunities to tackle inequalities.* DrugScope, Lontoo.

Eland, A. ja Rigter, H. (2001), *Immigrants and drug treatment.* Background Study. National Drug Monitor, Utrecht.

EMCDDA (2002a), *Vuosiraportti Euroopan unionin ja Norjan huumeongelmasta.* EMCDDA, Lissabon.

EMCDDA (2002b), *Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities.* EMCDDA:n tieteellinen kertomus. EMCDDA, Lissabon.

EMCDDA (2002c), *Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review,* marraskuu 2002, http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/strategies_report/national_strategies.pdf.

EMCDDA (2003a), *Alternatives to prison for drug dependent offenders.* Expert Meeting Report 2003. EMCDDA, Lissabon.

EMCDDA (2003b), *Social reintegration in the EU and Norway,* http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/drugtreatment_socialreintegration.pdf.

Engineer, R., Phillips, A., Thompson, J. ja Nicholls, J. (2003), *Drunk and disorderly: a qualitative study of binge drinking among 18–24 year olds.* Home Office Research Study No. 262. Home Office, Lontoo.

EORG (European Opinion Research Group) (2002), *Attitudes and opinions of young people in the EU on drugs.* Eurobarometer 57.2 / Special Eurobarometer 172. Raportti oikeus- ja sisäasioiden pääosastolle. EORG, Bryssel.

ESPAD (European School Surveys Project) (2001), *Alcohol and other drug use among students in 30 European countries* (B. Hibbell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, et al., the Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä, joulukuu 2000).

Eurooppa-neuvosto (2001), komission kertomus neuvostolle, Euroopan parlamentille, talous- ja sosiaalikomitealle sekä alueiden komitealle. Luonnos: *Yhteinen raportti sosiaalisesta osallisuudesta* (KOM(2001) 565 lopullinen), saatavissa www-osoitteesta http://europa.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/joint_rep_en.htm.

Expert Group on The Probation and Welfare Services (1999).

Farrell, M., Neeleman, J., Gossop, M., et al. (1996), *A review of the legislation, regulation and delivery of methadone in 12 member states in the European union.* Euroopan komissio, Bryssel.

Farrell, M., Verster, A., Davoli, M., et al. (2000), *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European union.* EMCDDA, Lissabon.

Ferrari, A., Manaresi, S., Castellini, P., et al. (2001), "Overdose da oppiacei: analisi dei soccorsi effettuati dal Servizio Emergenze Sanitarie '118' Modena Soccorso, nel 1997". *Bollettinio per lê Farmacodipendenze e l'Alcoolismo,* Anno XXIV 2001, nro 2.

Field-Smith, M., Bland, J., Taylor, J., et al. (2002), *Trends in death associated with abuse of volatile substances 1971–2000.* Report No. 15. Department of Public Health Sciences and Department of Cardiological Sciences, Toxicology Unit, St. George's Hospital Medical School, Lontoo (http://www.shms.ac.uk/depts/phs/vsa2000/vsa2000s.htm).

FitzGerald, M., Stockdale, J. ja Hale, C. (2003), *Young People and Street Crime.* Youth Justice Board for England and Wales, Lontoo.

Fundación Secretariado General Gitano (2002), *Grupos étnicos minoritarios y consumo de drogas.* Fundación Secretariado General Gitano, Madrid.

Gallie, D. ja Paugam, S. (2002), *Social precarity and social integration.* Eurobarometer 56.1, raportti Euroopan komission työllisyys- ja sosiaaliasioiden pääosastolle. EORG, Bryssel.Godfrey, C., Eaton, G., McDougall, C. ja Culyer, A. (2002), *The economic and social costs of class A drug use in England and Wales,* 2000. Home Office Research Study 249. Home Office Research, Development and Statistics Directorate, Lontoo.

Goulden C. ja Sondhi, A. (2001), *At the margins: drug use by vulnerable young people in the 1998/99 – Youth lifestyles survey.* Home Office Research Study 228, Lontoo.

Grant, B. F. ja Dawson, D. A. (1997), "Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey", *Journal of Substance Abuse* vol. 9, s. 103–110.

Griffiths, C. (2003), "Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1997–2001", *Health Statistics Quarterly,* 17 (Spring 2003), s. 65–71.

Griffiths, P., Vingoe, L., Jansen, K., et al. (1997), *Insights: new trends in synthetic drugs.* EMCDDA, Lissabon.

Hammersley, R., Marsland, L. ja Reid, M. (2003), *Substance use by young offenders: the impact of the normalisation of drug use in the early years of the 21st century.* Home Office Research Study 261. Home Office, Lontoo.

Hannon, F., Kelleher, C. ja Friel, S. (2000), *General healthcare study of the Irish prisoner population.* Government Publications, Dublin.

Hansen, W. (1992), "School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990", *Health Education Research* vol. 7, s. 403–430.

Hariga, F., Goosdeel, A. ja Raedemaker, A. F. (1998), *Opération boule-de-neige sida, hépatites, overdoses.* Carnets du Risque 15. Modus Vivendi, Bryssel.

Hickey, C. (2002), *Crime and homelessness.* Focus Ireland ja PACE, Dublin.

Hurley, S. F., Jolley, D. J. ja Kaldor, J. M. (1997), "Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection", Lancet vol. 349, s. 1797–1800.

Kavounidi, T. (1996), "Social exclusion: concept, community initiatives, the Greek experience and policy dilemmas", teoksessa: *Dimensions of Social Exclusion in Greece* (toim. D. Karantinos, L. Maratou-Alibranti ja E. Fronimou), s. 47–96. EKKE, Ateena.

Kopp, P. ja Fenoglio, P. (2003), *Public spending on drugs in the European union during the 1990s – Retrospective research.* EMCDDA, Lissabon.

Kraus, L. ja Püschel, K. (toim.) (2002), *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen.* Lambertus, Freiburg, Saksa.

Lehto-Salo, P., Kuuri, A., Mattunen, M., et al. (2002), "POLKU-tutkimus – Tutkimus nuorista kolmessa koulukodissa – Psykiatrinen ja neuropsykiatrinen näkökulma, *Aiheita* 16. STAKES, Helsinki.

Lepère, B., Gourarier, L., Sanchez, M., et al. (2001), "Diminution du nombre de surdoses mortelles à l'héroïne en France, depuis 1994 – A propos du role des traitements de substitution", *Annales de Médicine Interne* 152 (suppl. au no. 3), s. 5–12.

Liebschutz, J., Savetsky J. B., Saitz R., et al. (2002), "The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences", *Journal of Substance Abuse Treatment* vol. 22, s. 121–128.

Lloyd, C. (1998), ”Risk factors for problem drug use: Identifying vulnerable groups”, *Drugs, Education, Prevention and Policy* 5 (3).

Lourenço, N. ja Carvalho, M. (2002), *Jovens deliquentes e drogas: Espaços e trajectories.* Lissabon (julkaisematon).

Lupton, R., Wilson, A., May, T., et al. (2002), *A rock and a hard place: drug markets in deprived neighbourhoods.* Home Office Research Study 240. Home Office, Lontoo.

Markert, J. (2001), ”Sing a song of drug use–abuse: four decades of drug lyrics in popular music-from the sixties through the nineties”, *Sociological Inquiry* vol. 71, s. 194–220.

Meijer, R. F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M. M. J., et al. (2002), *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers – Achtergrondstudie bij het justitie onderdeel van de nationale drugmonitor – Jaarbericht* 2002. WODC, Haag.

Millar, D., O'Dwyer, K. ja Finnegan, M. (1998), *Alcohol and Drugs as Factors in Offending Behaviour: Garda Survey.* Research Report No. 7/98. Garda Research Unit, Tipperary, Irlanti.

Mol, A. ja van Vlaanderen, J. L. (2002), *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag; periode 1994–2000; het lijntje doorgetrokken.* Houten, Stichting. Informatievoorziening Zorg (IVZ).

Molinae, M., Pecsteen, D., Hariga, F., et al. (2002), *L'usage de drogues en communauté francaise – Rapport communauté francaise 1999–2000.* Ministère de la Communauté Francaise, Bryssel.

Morral, A. R., McCaffrey, D. F. ja Paddock, S. M. (2002), ”Reassessing the marijuana gateway effect”, *Addiction* vol. 97, s. 1493–1504.

Narkotikakommissionen (2000), En strategi för lokalt narkotikaförebyggande arbete. Diskussionspromemoria nr 12. Narkotikakommissionen, Socialdepartementet, Tukholma.

Kansalliset raportit (2002), *Reitoxin kansalliset raportit.*

ODCPP (2000), *Demand reduction – A glossary of terms.* ODCPP, New York.

Observatorio Español Sobre Drogas (2002), *Informe No. 5*, Ministerio de Interior, Delegación Del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

O'Higgins, K. (1999), ”Social order problems”, teoksessa: *Social housing in Ireland: a study of success, failure and lessons learned* (Fahey, T. toim.). The Katherine Howard Foundation and Combat Poverty Agency, Dublin (ilmoitettu Irlannin kansallisessa raportissa).

Origer, A. (1999), *Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addicts residents of the Grand Duchy of Luxembourg.* Point Focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé, Luxemburg.

Origer, A. (2002), *Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg*, Séries de recherche no. 4. Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé, Luxemburg.

Origer, A. ja Delucci, H. (2002), *Etude épidemiologiqueet méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite de substances psycho-actives. Analyse comparative (1992–2000).* Series de recherché no. 3. Point Focal OEDT Luxembourg – CRP Santé, Luxemburg.

Paglia, A. ja Room, R. (1999), ”Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations”, *Journal of Primary Prevention* vol. 20, s. 3–50.

Pant, A. ja Dettmer, K. (2002), *Videoprojekt: Erste Hilfe im Drogennotfall, Abschlussbericht.* Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Freie Universität, Berliini.

Parker, H. ja Egginton, R. (2002), ”Adolescent recreational alcohol and drugs careers gone wrong: developing a strategy for reducing risks and harms”, *International Journal of Drug Policy* vol. 13, s. 419–432.

Petraitis, J., Flay, B., Miller, T., et al. (1998), ”Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors”, *Substance Use & Misuse* vol. 33, s. 2561–2604.

Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. ja Schreckenberg, D. (2003), *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland – Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit – Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung Bd. 149.* Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Postma, M. J., Wiessing, L. G. ja Jager, J. C. (2001), ”Pharmaco-economics of drug addiction; estimating the costs of hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in member states of the European union”, *UN Bulletin on Narcotics* vol. 53, s. 79–89.

Pudney, S. (2002), *The road to ruin? Sequences of initiation into drug use and offending by young people in Britain.* Home Office Research Study 253. Home Office, Lontoo.

Rehn, N., Room, R. ja Edwards, G. (2001), *Alcohol in the European region – consumption, harm and policies.* WHO:n Euroopan aluetoimisto, Kööpenhamina.

Reinås, K., Waal, H., Buster, M. C. A., et al. (2002), *Strategic choices for reducing overdose deaths in four European cities. A joint project of the cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen, and Frankfurt am Main.* Drug and Alcohol Addiction Services of the Municipality of Oslo, Oslo.

Reinking, D., Nicholas, S., Van Leiden, I., et al. (2001), *Daklozen in Den Haag; onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie.* Trimbos-instituut, Utrecht.

Seaman, S,. Brettle, R. ja Gore, S. (1998), ”Mortality from overdose among drug users recently released from prison: database linkage study”, *British Medical Journal* vol. 316, s. 426–428.

Shillington, A. M. ja Clapp, J. D. (2002), ”Beer and bongs: differential problems experienced by older adolescents using alcohol only compared to combined alcohol and marijuana use”, *American Journal Drug Alcohol Abuse* vol. 28, s. 379–397.

Single, E., et al. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse,* 2. painos.

Skolverket (2000), *Nationella kvalitetsgranskningar 1999.* Skolverket, Tukholma.

Social Exclusion Unit (2002), *Young Runaways*. British Office of the Deputy Prime Minister, Lontoo (http://www.jrf.org.uk/home.asp).

Spooner, C., Hall, W. ja Lynskey, M. (2001), *Structural determinants of youth drug use.* Australian National Council on Drugs, Woden, Australia.

Sporer, A. (2003), ”Strategies for preventing heroin overdose”, *British Medical Journal* vol. 326, s. 442–444.

Springer, A., Uhl, A., et al. (1999), Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen. Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung und Österreichisches Jugendforschungsinstitut. Unveröffentlichte Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, Wien (ilmoitettu Itävallan kansallisessa raportissa).

Stauffacher, M. (1998), *Treated drug users in 22 European cities – Annual update 1996 – Trends 1992–1996.* Pompidou-ryhmä, Euroopan neuvosto, Strasbourg.

Stephenson, J. (2001), "Former addicts face barriers to treatment for HCV", *Journal of the American Medical Association* vol. 285, s. 1003–1005.

Stevens, A., Berto, D., Kerschl, V., et al. (2003), *QCT Europe: literature review summary.* University of Kent: Canterbury, Yhdistynyt kuningaskunta.

Stoever, H. (2001), *Assistance to drug users in European union prisons: an overview study.* EMCDDA:n tieteellinen raportti, Lissabon ja Lontoo.

Swadi, H. (1999), "Individual risk factors for adolescent substance use", *Drug and Alcohol Dependence* vol. 55, s. 209–224.

Tait, R. J., Hulse, G. K., Robertson, S. I. ja Sprivulis, P. (2002), "Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs", *Addiction* vol. 97, s. 1269–1275.

Tobler, N. (2001), "Prevention is a two-way process", *Drug and Alcohol Findings* nro 5, s. 25–7. The Findings Partnership, Lontoo.

Tomas, B. (2001), *Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von Suchtmittelkonsumentinnen – Erfahrungen aus der Praxis. Tagungsband der Enquete Wirkungskreise – Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken?*, s. 56–64. Verein Dialog, Wien.

Uunk, W. J. G. ja Vrooman, J. C. (2001), "Sociale uitsluiting", teoksessa *Armoedemonitor 2001,* s. 139–62. SCP/CBS, Haag.

Varescon-Pousson, I., Boissonnas, A. ja Ionescu, S. (1997), "La surdose non mortelle: etude descriptive d'une population de toxicomanes", *Psychologie Française* vol. 3, s. 255–260.

Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M. ja Zomerveld, R. (1999), *Dranbehandeling in Den Haag: evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden.* Parnassia Addiction Research Centre (PARC), Haag.

Vestel, V., Bakken, A., Geir, H. ja Moshuus Tormod, Ø. (1997), "Ungdomskultur og narkotikabruk", *NOVA Temahefte* 1/97.

Villalbi, J. R. ja Brugal, M. T. (1999), "Sobre la epidemia de heroína, su impacto, su contexto y las políticas sanitarias", *Medicina Clinica (Barcelona)* vol. 112. s. 736–737.

Vrieling, I., Van Alem, V. C. M. ja Van de Mheen, H. (2000), *Drop-out onder allochtonen in de ambulante verslavingszorg 1994–1998.* IVV/IVO, Houten/Rotterdam.

Waidner, G. (1999), *Die Viktimisierungserfahrungen drogenabhängiger Personen. Eine Untersuchung mit qualitativen Verfahren.* Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, Wien.

Warner-Smith, M., Lynskey, M., Darke, S. ja Hall, W. (2001), *Heroin overdose: prevalence, correlates, consequences and interventions.* A report prepared by the National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales. Australian National Council on Drugs, Woden, Australia.

WHO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action.* World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneve.

Wiessing, L. (2001), "The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved", *Eurosurveillance Weekly,* Issue 31 (http://www.eurosurv.org/2001/010802.htm).

Reitoxin kansalliset seurantakeskukset

Belgique/België
Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volkgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
BIRN@iph.fgov.be

Danmark
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 – Postbox 1881
DK-2300 København S
Ole Kopp CHRISTENSEN / Kari GRASAASEN
Tel. (45) 72 22 77 60
Fax (45) 72 22 74 11
okc@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland
Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
Simon@ift.de

Elláda
University of Mental Health Research Institute
Argirokastrou & Ionias Street
Papagou
GR-15601 Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (30) 21 06 53 69 02
Fax (30) 21 06 53 72 73
ektepn@ektepn.gr

España
Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Elena GARZÓN/ Ana Andrés BALLESTEROS
Tel. (34) 91 537 27 25/2686
Fax (34) 91 537 26 95
egarzon@pnd.mir.es, anaab@pnd.mir.es

France
Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Jean-Michel COSTES
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
jecos@ofdt.fr

Ireland
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160
Fax (353-1) 661 18 56
Hsinclair@hrb.ie

Italia
Ministero del lavoro e degli affari sociali, Dipartimento delle politiche sociali e previdenziali, Direzione generale per le tossicodipendenze e l'Osservatorio nazionale
Via Fornovo, 8 – Pal. B
I-00187 Roma
Mariano MARTONE / Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06
Fax (39) 06 36 75 48 11
mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Luxembourg
Direction de la Santé, Point Focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi – Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tel. (352) 478 56 25
Fax (352) 46 79 65
alain.origer@ms.etat.lu

Nederland
Trimbos Instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 – P.O. BOX 725
3500 AS Utrecht
Nederland
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
ftrautmann@trimbos.nl

Österreich
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring 6
A-1010 Wien
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60
Fax (43-1) 513 84 72
HAAS@oebig.at

Portugal
Instituto da Droga e da Toxicodependência
Av. João Crisostomo, 14
P-1000-179 Lisboa
Fernando NEGRÃO / Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26
Fax (351) 213 10 41 90
Fernando.Negrao@ipdt.pt, Maria.Moreira@ipdt.pt

Suomi/Finland
Sosiaali ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO BOX 220
FIN-00531 Helsinki
(Office: Lintulahdenkuja 4, FIN-00530 Helsinki)
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 24 97
ari.virtanen@stakes.fi

Sverige
Statens folkhälsoinstitut
Olof Palmes gata 17
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom
Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21
Fax (44-20) 79 72 16 15
Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission / Commission européenne
Directorate General for Justice and Home Affairs – Drugs Coordination Unit / Direction générale de la justice et des affaires intérieures – Unité coordination de la lutte anti-drogue
Rue de la Loi, 200 (Lx – 46 3/186)
BE-1049 Bruxelles/Brussels
Timo JETSU
Tel. (32-2) 299 57 84
Fax (32-2) 295 32 05
Timo.Jetsu@cec.eu.int

Norge
Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
N-0105 Oslo
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
NO-0157 Oslo
Knut BROFOSS / Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00
Fax (47) 22 34 04 01
odd@sirus.no

Liittyvien ja ehdokkaana olevien maiden koordinaatiokeskukset:
http://www.emcdda.eu.int/partners/candidates_focalpoints.shtml

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus

Vuosiraportti 2003: Huumeongelma Euroopan unionissa ja Norjassa

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto
2003 — 82 s. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-165-2

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy
Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1190 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 538 43 08
Fax (32-2) 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
URL: http://www.jean-de-lannoy.be

La librairie européenne/
De Europese Boekhandel
Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
B-1040 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 295 26 39
Fax (32-2) 735 08 60
E-mail: mail@libeurop.be
URL: http://www.libeurop.be

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad
Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 552 22 11
Fax (32-2) 511 01 84
E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S
Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Tlf. (45) 43 63 23 00
Fax (45) 43 63 19 69
E-mail: schultz@schultz.dk
URL: http://www.schultz.dk

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH
Vertriebsabteilung
Amsterdamer Straße 192
D-50735 Köln
Tel. (49-221) 97 66 80
Fax (49-221) 97 66 82 78
E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de
URL: http://www.bundesanzeiger.de

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA
International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel. (30-1) 331 41 80/1/2/3/4/5
Fax (30-1) 325 84 99
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado
Trafalgar, 27
E-28071 Madrid
Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
913 84 17 15 (suscripción)
Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
913 84 17 14 (suscripción)
E-mail: clientes@com.boe.es
URL: http://www.boe.es

Mundi Prensa Libros, SA
Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel. (34) 914 36 37 00
Fax (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
URL: http://www.mundiprensa.com

FRANCE

Journal officiel
Service des publications des CE
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél. (33) 140 58 77 31
Fax (33) 140 58 77 00
E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
URL: http://www.journal-officiel.gouv.fr

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop
270 Lower Rathmines Road
Dublin 6
Tel. (353-1) 496 73 98
Fax (353-1) 496 02 28
E-mail: hannas@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA
Via Duca di Calabria, 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel. (39) 055 64 83 1
Fax (39) 055 64 12 57
E-mail: licosa@licosa.com
URL: http://www.licosa.com

LUXEMBOURG

Messageries du livre SARL
5, rue Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tél. (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mail@mdl.lu
URL: http://www.mdl.lu

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers
Christoffel Plantijnstraat 2
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
Tel. (31-70) 378 98 80
Fax (31-70) 378 97 83
E-mail: sdu@sdu.nl
URL: http://www.sdu.nl

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª
Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel. (351) 214 95 87 87
Fax (351) 214 96 02 55
E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA
Sector de Publicações Oficiais
Rua da Escola Politécnica, 135
P-1250-100 Lisboa Codex
Tel. (351) 213 94 57 00
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: spoce@incm.pt
URL: http://www.incm.pt

SUOMI/FINLAND

Akateeminen Kirjakauppa/
Akademiska Bokhandeln
Keskuskatu 1/Centralgatan 1
PL/PB 128
FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
P./tfn (358-9) 121 44 18
F./fax (358-9) 121 44 35
Sähköposti: sps@akateeminen.com
URL: http://www.akateeminen.com

SVERIGE

BTJ AB
Traktorvägen 11-13
S-221 82 Lund
Tlf. (46-46) 18 00 00
Fax (46-46) 30 79 47
E-post: btjeu-pub@btj.se
URL: http://www.btj.se

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd
Customer Services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Tel. (44) 870 60 05-522
Fax (44) 870 60 05-533
E-mail: book.orders@theso.co.uk
URL: http://www.itsofficial.net

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal
Skólavördustig, 2
IS-101 Reykjavik
Tel. (354) 552 55 40
Fax (354) 552 55 60
E-mail: bokabud@simnet.is

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz
c/o OSEC Business Network Switzerland
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8035 Zürich
Tel. (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@osec.ch
URL: http://www.osec.ch/eics

BĂLGARIJA

Europress Euromedia Ltd
59, blvd Vitosha
BG-1000 Sofia
Tel. (359-2) 980 37 66
Fax (359-2) 980 42 30
E-mail: Milena@mbox.cit.bg
URL: http://www.europress.bg

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry
PO Box 21455
CY-1509 Nicosia
Tel. (357-2) 88 97 52
Fax (357-2) 66 10 44
E-mail: demetrap@ccci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda
(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
Toom-Kooli 17
EE-10130 Tallinn
Tel. (372) 646 02 44
Fax (372) 646 02 45
E-mail: einfo@koda.ee
URL: http://www.koda.ee

HRVATSKA

Mediatrade Ltd
Pavla Hatza 1
HR-10000 Zagreb
Tel. (385-1) 481 94 11
Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service
Szt. István krt.12
III emelet 1/A
PO Box 1039
H-1137 Budapest
Tel. (36-1) 329 21 70
Fax (36-1) 349 20 53
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
URL: http://www.euroinfo.hu

MALTA

Miller Distributors Ltd
Malta International Airport
PO Box 25
Luqa LQA 05
Tel. (356) 66 44 88
Fax (356) 67 67 99
E-mail: gwirth@usa.net

NORGE

Swets Blackwell AS
Hans Nielsen Hauges gt. 39
Boks 4901 Nydalen
N-0423 Oslo
Tel. (47) 23 40 00 00
Fax (47) 23 40 00 01
E-mail: info@no.swetsblackwell.com
URL: http://www.swetsblackwell.com.no

POLSKA

Ars Polona
Krakowskie Przedmiescie 7
Skr. pocztowa 1001
PL-00-950 Warszawa
Tel. (48-22) 826 12 01
Fax (48-22) 826 62 40
E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia
Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
RO-70184 Bucuresti
Tel. (40-1) 315 44 03
Fax (40-1) 312 96 46
E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR
Nám. Slobody, 19
SK-81223 Bratislava
Tel. (421-7) 54 41 83 64
Fax (421-7) 54 41 83 64
E-mail: europ@tbb1.sltk.stuba.sk
URL: http://www.sltk.stuba.sk

SLOVENIJA

GV Zalozba
Dunajska cesta 5
SLO-1000 Ljubljana
Tel. (386) 613 09 1804
Fax (386) 613 09 1805
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: http://www.gvzalozba.si

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS
100, Yil Mahallessi 34440
TR-80050 Bagcilar-Istanbul
Tel. (90-212) 629 46 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: aktuel.info@dunya.com

ARGENTINA

World Publications SA
Av. Cordoba 1877
C1120 AAA Buenos Aires
Tel. (54-11) 48 15 81 56
Fax (54-11) 48 15 81 56
E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
URL: http://www.wpbooks.com.ar

AUSTRALIA

Hunter Publications
PO Box 404
Abbotsford, Victoria 3067
Tel. (61-3) 94 17 53 61
Fax (61-3) 94 19 71 54
E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões
Rua Bittencourt da Silva, 12 C
CEP
20043-900 Rio de Janeiro
Tel. (55-21) 262 47 76
Fax (55-21) 262 47 76
E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
URL: http://www.incm.com.br

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.
3020, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
Tel. (1-418) 658 37 63
Fax (1-800) 567 54 49
E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd
5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
Ottawa, Ontario K1J 9J3
Tel. (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: http://www.renoufbooks.com

EGYPT

The Middle East Observer
41 Sherif Street
Cairo
Tel. (20-2) 392 69 19
Fax (20-2) 393 97 32
E-mail: inquiry@meobserver.com
URL: http://www.meobserver.com.eg

MALAYSIA

EBIC Malaysia
Suite 45.02, Level 45
Plaza MBf (Letter Box 45)
8 Jalan Yap Kwan Seng
50450 Kuala Lumpur
Tel. (60-3) 21 62 92 98
Fax (60-3) 21 62 61 98
E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV
Río Pánuco, 141
Colonia Cuauhtémoc
MX-06500 México, DF
Tel. (52-5) 533 56 58
Fax (52-5) 514 67 99
E-mail: 101545.2361@compuserve.com

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa
PO Box 781738
2146 Sandton
Tel. (27-11) 884 39 52
Fax (27-11) 883 55 73
E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

The European Union Chamber of Commerce in Korea
5th Fl, The Shilla Hotel
202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
Seoul 100-392
Tel. (82-2) 22 53-5631/4
Fax (82-2) 22 53-5635/6
E-mail: eucck@eucck.org
URL: http://www.eucck.org

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka
Trans Asia Hotel
115 Sir Chittampalam
A. Gardiner Mawatha
Colombo 2
Tel. (94-1) 074 71 50 78
Fax (94-1) 44 87 79
E-mail: ebicsl@slnet.ik

T'AI-WAN

Tycoon Information Inc
PO Box 81-466
105 Taipei
Tel. (886-2) 87 12 88 86
Fax (886-2) 87 12 47 47
E-mail: euitupe@ms21.hinet.net

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates
4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4391
Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
E-mail: query@bernan.com
URL: http://www.bernan.com

ANDERE LÄNDER
OTHER COUNTRIES
AUTRES PAYS

Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer Wahl/Please contact the sales office of your choice/Veuillez vous adresser au bureau de vente de votre choix
Office for Official Publications of the European Communities
2, rue Mercier
L-2985 Luxembourg
Tel. (352) 29 29-42455
Fax (352) 29 29-42758
E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
URL: publications.eu.int

2/2002

TD-AC-03-001-FI-C

EMCDDA:sta

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) on yksi Euroopan unionin erillisvirastoista. Lissabonissa sijaitseva keskus perustettiin vuonna 1993 ja se on Euroopassa huumausaineiden ja niiden väärinkäyttöä koskevien monipuolisten tietojen keskeinen lähde.

EMCDDA kerää, tutkii ja levittää puolueettomia, luotettavia ja vertailukelpoisia tietoja huumausaineista ja niiden väärinkäytöstä. Näin se pyrkii antamaan julkisuuteen tosiasioihin perustuvan kokonaiskuvan huumausaineiden käytöstä Euroopassa.

Keskuksen julkaisut ovat ensisijainen tietolähde useille eri kohderyhmille, kuten politiikoille ja heidän neuvonantajilleen, huumeasioiden parissa työskenteleville ammattilaisille ja tutkijoille, sekä laajemmasta näkökulmasta tiedotusvälineille ja suurelle yleisölle.

Vuosiraportissa EMCDDA esittää vuotuisen katsauksen huumausaineiden käytön ja tarjonnan tilanteeseen EU:n jäsenvaltioissa ja Norjassa. Siten vuosiraportti on keskeinen hakuteos niille, jotka tarvitsevat ajantasaista tietoa huumeista Euroopassa. Painettua julkaisua on täydennetty laajennetulla online-versiolla osoitteessa **http://annualreport.emcdda.eu.int**.

Julkaisutoimisto
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-165-2
9 789291 681655