



Euroopan huumaussaineiden ja  
niiden väärinkäytön seurantakeskus

ISSN 1609-6193

# VUOSIRAPORTTI 2007

## HUUMEONGELMA EUROOPASSA





Euroopan huumaussaineiden ja  
niiden väärinkäytön seurantakeskus

# VUOSIRAPORTTI 2007

HUUMEONGELMA EUROOPASSA

## Oikeudellinen huomautus

Tällä Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen (EMCDDA) julkaisulla on tekijänoikeussuoja. 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>).

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

Yhteinen maksuton palvelunumero (\*):

**00 800 6 7 8 9 10 11**

(\* ) Jotkin matkapuhelinoperaattorit eivät salli pääsyä 00 800 -alkuisiin numeroihin, tai niistä voidaan laskuttaa.

Tämä raportti on saatavissa bulgariaksi, englanniksi, espanjaksi, hollanniksi, italiaksi, kreikaksi, latviaksi, liettuaksi, norjaksi, portugaliksi, puolaksi, ranskaksi, romaniaksi, ruotsiksi, saksaksi, slovakiksi, sloveeniksi, suomeksi, tanskaksi, turkiksi, tšekiksi, unkariksi ja viroksi. Euroopan unionin elinten käännöskeskus on tehnyt kaikki käännökset.

Luettelointitiedot ovat tämän julkaisun lopussa.

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto, 2007

ISBN 978-92-9168-291-1

© Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2007

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, P-1149-045 Lisbon, Portugal

P. (351) 218 11 30 00 • F. (351) 218 13 17 11

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

# Sisällys

Esipuhe	5
Kiitokset	7
Alkuhuomautukset	9
Huomautuksia Euroopan huumetilanteesta	11
Luku 1	
<b>Politiikka ja lainsäädäntö</b>	<b>18</b>
Luku 2	
<b>Huumeongelman torjunta Euroopassa pääpiirteittäin</b>	<b>28</b>
Luku 3	
<b>Kannabis</b>	<b>37</b>
Luku 4	
<b>Amfetamiinit, ekstaasi ja LSD</b>	<b>48</b>
Luku 5	
<b>Kokaiini ja crack-kokaiini</b>	<b>57</b>
Luku 6	
<b>Opioidien käyttö ja huumeiden injektioikäyttö</b>	<b>63</b>
Luku 7	
<b>Huumausaineiden uudet suuntaukset ja uusia huumeita koskevat toimet</b>	<b>72</b>
Luku 8	
<b>Huumeisiin liittyvät tartuntataudit ja huumekuolemat</b>	<b>77</b>
Lähteet	89



## Esipuhe

Tämä on Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen (EMCDDA) kahdestoista vuosiraportti. Edellisten vuosiraporttien tapaan siinä kerrotaan kattavasti Euroopan tämänhetkisestä huumeidenkäyttötilanteesta. Se osoittaa myös, että Euroopassa on otettu käyttöön metodologisesti toimiva, kestävä ja kokonaisvaltainen tietojärjestelmä huumeiden käytön seuraamiseksi.

Raportissa käsitellään kahta perusluonteista kysymystä: mitä tiedetään huumeiden käytöstä Euroopassa ja sen aiheuttamista ongelmista sekä mitä on opittu huumeisiin liittyvien ongelmien tehokkaasta torjunnasta? Kysymykset ovat tärkeitä, sillä riippumatta poliittisesta suuntautumisestaan tai ideologisesta kannastaan päättäjät kaikkialla Euroopassa ovat oivaltaneet, että huumeongelma on mutkikas asiakokonaisuus, johon ei ole olemassa helppoa ratkaisua. He ymmärtävät, että asiassa etenemiseksi on analysoitava saatavissa olevia tietoja sekä ongelman koosta ja luonteesta että eri interventiovaihtoehtojen kustannuksista ja hyödyistä. Tässä mielessä raportti on myös osoitus Euroopan sitoutumisesta tasapainoiseen ja tosiasioihin perustuvaan politiikkaan sekä pitkäaikaisiin toimiin sen sijaan, että luotettaisiin pikaratkaisuihin. Eurooppa voikin ylpeillä sillä, että se suhtautuu tähän hankalaan ja usein tunnepitoiseen asiaan sekä järkevästi että inhimillisesti.

Raportissa pohditaan myös, miten huumeongelman torjunnassa on Euroopassa edistytty. Tämä on erityisen ajankohtaista tänä vuonna, sillä sekä Euroopassa että muualla maailmassa tarkastellaan pian huumeiden torjunnan tähänastisia saavutuksia. Vuonna 2008 Euroopan komissio aloittaa huumausaineiden torjuntaa koskevan nykyisen EU:n toimintasuunnitelman vaikutuksen arvioinnin ja Yhdistyneiden Kansakuntien huumausainetoimikunta (CND) keskustelee siitä, miten vuonna 1998 pidetyssä Yhdistyneiden Kansakuntien yleiskokouksen erityisistunnossa asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa on edistytty.

Euroopan huumeiden tilanne on edelleen vakava haaste sekä terveys- ja sosiaalipolitiikalle että lainvalvontaviranomaisille. Erityistä huolta aiheuttavia asioita ei ole vaikea löytää.

Olemme kuitenkin vakaasti sitä mieltä, että on myös tärkeää panna merkille tapahtunut edistys. Yhä useammat EU:n jäsenvaltiot hyväksyvät strategioita ja suunnitelmia huumeongelman ratkaisemiseksi. Myös ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja haittojen vähentämiseen on ryhdytty panostamaan huomattavasti enemmän, yhteistyötä on parannettu ja tarjonnan vähentämiseen on kiinnitetty lisää huomiota. Huumeiden käyttö on kaikkiaan yleisempää kuin koskaan ennen, mutta se on useimpien huumeiden kohdalla vakiintunut tietylle tasolle, ja joidenkin huumeiden osalta on jopa havaittavissa merkkejä, jotka antavat aihetta varovaiseen toiveikkuteen. Euroopan unioni ja sen jäsenvaltiot tukevat kansainvälisiä ohjelmia merkittävästi, ja onkin tyydyttävää todeta, että maailmanlaajuisessa vertailussa Euroopan tilanne vaikuttaa useilla tärkeillä alueilla suhteellisen myönteiseltä.

Seurantakeskuksena tehtävämme on käsitellä tosiasioita ja lukuja; toimimme tieteellisen tarkasti ja puolueettomasti ja tulkitsemme saatavilla olevia tietoja ennakkoluulottomasti ja ilman ennakoasenteita. Tämä on tehtävämme, ja hallintoneuvoston puheenjohtajana ja johtajana emme tingi tästä periaatteesta. Olemme ylpeitä virastomme työn korkeasta laadusta. Tieteellinen tarkkuus on työmme edellytys, mutta emme saa koskaan unohtaa, että raportoimienne lukujen taustalla on todellisia ihmisiä, joiden elämän huumeisiin liittyvät ongelmat ovat muuttaneet ja joskus jopa tuhonneet. Hoidon kysyntää, huumekuolemia ja rikollista käyttäytymistä koskevien kuivien tilastojen takana on surevia perheitä, hukkaan menneitä mahdollisuuksia ja turvattomassa ympäristössä kasvavia lapsia. Jotta voisimme torjua huumeongelmaa tehokkaasti, meidän on suhtauduttava tietoihin kiihköttömästi, mutta meistä ei koskaan saa tulla välinpitämättömiä itse asiaa kohtaan.

### **Marcel Reimen**

EMCDDA:n hallintoneuvoston puheenjohtaja

### **Wolfgang Götz**

EMCDDA:n johtaja





## Kiitokset

EMCDDA kiittää seuraavia yhteistyökumppaneitaan avusta tämän raportin laatimisessa:

- Reitoxin kansallisten yhteyspisteiden johtajat ja henkilöstö
- ne jäsenvaltioiden yksiköt, jotka ovat koonneet aineiston raporttia varten
- EMCDDA:n hallintoneuvoston ja tieteellisen komitean jäsenet
- Euroopan parlamentti, Euroopan unionin neuvosto – etenkin sen horisontaalinen huumausainetyöryhmä – ja Euroopan komissio
- Euroopan tautienehkäisy- ja -valvontakeskus (ECDC), Euroopan lääkevirasto (EMA) ja Europol
- Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden torjunnan toimisto, WHO:n Euroopan aluetoimisto, Interpol, Maailman tullijärjestö, ESPAD-hanke ja Ruotsin Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) sekä Euroopan aidsin epidemiologinen seurantakeskus (EuroHIV)
- Euroopan unionin elinten käännöskeskus ja Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto
- Prepress Projects Ltd.

### Reitoxin kansalliset yhteyspisteet

Reitox on huumeita ja huumeriippuvuutta koskeva eurooppalainen tietoverkko. Se koostuu kansallisista yhteyspisteistä EU:n jäsenvaltioissa, Norjassa, jäsenehdokasvaltioissa ja Euroopan komissiossa. Yhteyspisteet ovat kansallisia viranomaisia, joista maan hallitus on vastuussa ja jotka toimittavat huumeita koskevaa tietoa EMCDDA:lle.

Kansallisten yhteyspisteiden yhteystiedot ovat osoitteessa <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>.



## Alkuhuomautukset

Tämä vuosiraportti perustuu tietoihin, joita seurantakeskus on saanut EU:n jäsenvaltioilta, jäsenehdokasvaltioilta ja Norjalta (joka on osallistunut seurantakeskuksen työhön vuodesta 2001) kansallisen raportin muodossa. Tässä esitetyt tilastotiedot koskevat vuotta 2005 (tai viimeisintä vuotta, jolta tietoja on saatavissa). Raportin graafiset esitykset ja taulukot saattavat kuvata vain joidenkin EU-maiden tilannetta: ne on valittu sillä perusteella, mistä maista tietoja on ollut saatavissa kyseiseltä ajanjaksolta.

Vuosiraportista on olemassa 23 kielellä julkaistu online-versio [www-osoitteessa http://annualreport.emcdda.europa.eu](http://annualreport.emcdda.europa.eu).

Vuoden 2007 tilastotiedotteessa (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) esitetään kaikki lähdetaulukot, joihin vuosiraportin tilastoanalyysi perustuu. Se sisältää myös lisätietoja käytetyistä menetelmistä ja yli 100 muuta tilastokaaviota.

Maakohtaiset tietoprofiilit (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) tarjoavat korkeatasoisen graafisen yhteenvedon kunkin maan huumetilanteen tärkeimmistä näkökohdista.

Tähän vuosiraporttiin liittyy kolme perusteellista katsausta, joissa tarkastellaan seuraavia asioita:

- Ajaminen huumeiden vaikutuksen alaisena
- Alaikäisten huumeidenkäyttö
- Kokaiini ja crack-kokaiini: kasvava kansanterveysongelma.

Katsaukset näihin erityiskysymyksiin ovat saatavilla painetussa muodossa ja online-muodossa (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) vain englanniksi.

Reitox-yhteyspisteiden kansallisissa raporteissa esitetään yksityiskohtainen kuvaus ja analyysi huumeongelmasta kussakin maassa. Ne ovat saatavissa seurantakeskuksen verkkosivustolla (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



## Huomautuksia Euroopan huumeilanteesta

### **Eurooppa tukee yhä enemmän maailmanlaajuisia toimia huumeongelmien vähentämiseksi**

Kansalliset tai maantieteelliset rajat eivät pysäytä huumeidenkäytön suuntauksia sen enempää kuin huumeiden valmistajia ja salakuljettajiaakaan. Siksi on tärkeää tiedostaa, että Euroopan huumeongelma on osa maailmanlaajuisia ilmiötä, jossa huumeidenkäytön muodot Euroopassa saavat vaikutteita muualta maailmasta ja päinvastoin. Tämä on otettu huomioon EU:n nykyisessä huumeaineiden torjuntaa koskevassa toimintasuunnitelmassa, jossa käsitellään tarvetta parantaa kansainvälisen toiminnan koordinoitua Euroopassa ja tarvetta tukea huumeiden kysynnän ja tarjonnan vähentämiseen tähtäviä ohjelmia naapuri- ja tuotantomaisissa. Eurooppa tukee nykyään kansainvälisiä toimia huomattavilla summilla – Euroopan komission hiljattain tekemän tarkastuksen mukaan Euroopan yhteisö rahoittaa kysynnän ja tarjonnan vähentämistoimia kolmansissa maissa vähintään 750 miljoonalla eurolla. EU on lisäksi Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden torjunnan toimiston (UNODC) tekemän työn tärkein kansainvälinen rahoittaja.

Taloudellisen tuen lisäksi Euroopan maat ovat selvästi suhtautuneet vakavasti kansainvälisiin sitoumuksiin asianmukaisten ratkaisujen etsimiseksi huumeongelmiin. Vuonna 2008 kansainvälinen yhteisö arvioi, miten hyvin vuonna 1998 pidetyssä maailman huumeongelmaa käsitelleessä Yhdistyneiden Kansakuntien yleiskokouksen erityisistunnossa asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa on edistytty. EMCDDA tukee tätä tarkasteluprosessia täydentämällä kansainvälisellä tasolla saatavilla olevia tietoja siten, että se tarjoaa yksityiskohtaisen arvion Euroopan tilanteesta. Kuten tässä raportissa esitetyt tiedot osoittavat, EU:n jäsenvaltiot ovat kuluneiden 10 vuoden aikana kehittäneet yhä kattavampia kansallisia ja EU-tason koordinoitumekanismeja, jotka rakentuvat yleensä strategioiden ja toimintasuunnitelmien ympärille. Lisäksi niiden huumeilanteesta tarjoamat tiedot ovat parantuneet huomasti, ja ne ovat lisänneet sekä tarjonta- että kysyntäpuoleen suunnattujen toimien rahoitusta. Tämä myönteinen kehitys on tärkeää huomata samalla kun tiedostetaan, että huumeidenkäyttö asettaa Euroopassa edelleen merkittäviä haasteita kansanterveys- ja sosiaalipolitiikalle.

### **Euroopan asema maailman kokonaistilanteessa**

Huumeidenkäyttö on maailmanlaajuinen ongelma, ja Euroopan huumeongelman suhteellisesta suuruudesta

voidaan saada käsitys vertaamalla Eurooppaa ja muita maita koskevia tietoja. Vaikeutena siinä on, että kattavia ja luotettavia tietoja on saatavilla vain muutamasta muusta osasta maailmaa. Yhdysvallat, Kanada ja Australia ovat mielekkäitä vertailukohteita, kun tarkastellaan huumeidenkäyttöä viimeksi kuluneen vuoden aikana. UNODC:n arvioista ilmenee, että opioidien käyttö on näissä maissa jokseenkin yhtä yleistä kuin Euroopan unionissa ja opioidien levinneisyysaste vaihtelee 0,4:n ja 0,6 prosentin välillä siten, että se on Kanadassa hieman alhaisempi ja Yhdysvalloissa hieman korkeampi. Kannabiksen käytön arvioidaan olevan huomattavasti vähäisempää Euroopan unionissa kuin Yhdysvalloissa, Kanadassa tai Australiassa. Piristeistä ekstaasin käyttö on jokseenkin yhtä yleistä kaikkialla maailmassa, mutta Australia on raportoinut korkeista levinneisyysasteista, ja amfetamiinin levinneisyysaste on Australiassa ja Yhdysvalloissa korkeampi kuin Euroopassa ja Kanadassa. Kokaiinin käyttö on yleisempää Yhdysvalloissa ja Kanadassa kuin Euroopan unionissa ja Australiassa. Vertailukelpoisten tietojen puuttuminen vaikeuttaa huumeidenkäytön terveysvaikutusten vertailua maiden välillä, mutta injektioikäyttöön liittyvien uusien hiv-tartuntojen arvioitujen määrien varovainen vertailu viittaa siihen, että vuonna 2005 tämä määrä oli Australiassa, Kanadassa ja Euroopan unionissa alle 10 tapausta miljoonaa asukasta kohti ja Yhdysvalloissa noin 36 tapausta miljoonaa asukasta kohti.

### **Monimutkaisen ongelman määrittäminen: mielekkäitä tavoitteita ja hyödyllisiä mittareita**

Kaikkien eurooppalaisten huumestrategioiden tavoitteena on vähentää huumeidenkäyttöä ja haittoja, joita huumeet voivat aiheuttaa sekä käyttäjilleen että näiden käyttäjien yhteisöille. Tämä poliittinen tavoite on helppo esittää, mutta on tärkeää tiedostaa, että huumeidenkäyttö on monipuolinen ja monimutkainen ilmiö, ja alan politiikan vaikutusten arvioinnissa on aina otettava huomioon tämä taustalla oleva todellisuus. Yksi myönteisistä havainnoista tässä raportissa on, että Euroopassa huume-politiikassa on alettu ymmärtää yhä paremmin tarve keskittyä erityistoimiin ja asettaa mielekkäitä tavoitteita. Tämä näkyy siten, että Euroopassa on alettu liittää kansallisiin huume-strategioihin entistä täsmällisempiä ja ajallisesti rajattuja toimintasuunnitelmia, ja Euroopan tason koordinoinnissa tämä näkyy EU:n huumeaineiden torjuntaa koskevan toimintasuunnitelman vuotuisessa arvioinnissa, jonka yhteydessä indikaattoreita poistetaan tai muutetaan niiden tulosten mukaan.

Toimien arvioinnin kannalta on selvästi hyödyllistä siirtyä tarkemmin kohdennettuun lähestymistapaan. Myös summittaisista mittareista on kuitenkin hyötyä monimutkaisten ongelmien kuvailemisessa. Tällaisten asteikkojen ja mittareiden luominen on vaikeaa, mutta niiden avulla on viime aikoina tapahtunut lupaavaa kehitystä. Tässä raportissa esitetään uusi analyysi huumeisiin Euroopassa käytettävistä julkisista menoista. Vaikka tiedot ovat puutteellisia, niistä ilmenee, kuinka merkittäviä rahamääriä Euroopassa käytetään joka vuosi huumeiden kysynnän ja tarjonnan vähentämiseen: arviot vaihtelevat 13:sta 36 miljardiin euroon. Lisäksi on syytä pitää mielessä, etteivät näihin lukuihin sisälly huumeidenkäytön yhteiskunnalliset kustannukset.

Tässä asiassa voi olla apua sellaisten indeksien kehittämisestä, joilla pyritään mittaamaan laittomien huumausaineiden käytön erilaisia kustannuksia ja haittoja. Tällainen on esimerkiksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa hiljattain kehitetty huumehaittojen indeksi (drug harm index). Haitat ovat yksi UNODC:n hiljattain ehdottaman laittomien huumausaineiden indeksin (illicit drug index, IDI) keskeisistä käsitteistä. Tällaisista lähestymistavoista saattaa olla hyötyä huume politiikan analysoinnissa, mutta niiden hyödyllisyys riippuu mittarin perustana olevan tiedon laadusta ja siitä, kuinka hyvin tiedot kattavat kohdekäsitteen.

### **Haittojen vähentäminen on nykyään olennainen osa eurooppalaista lähestymistapaa**

Euroopan maiden välillä on edelleen merkittäviä eroja kansallisten huumeongelmien luonteessa ja laajuudessa samoin kuin torjuntatoimien valikoimassa ja muodossa. Yleisistä peruslähtökohdista vallitsee kuitenkin laaja yksimielisyys: huume politiikan tulee olla tasapuolista, kattavaa ja näyttöön perustuvaa. Kysynnän vähentämisessä kaikki tunnustavat ehkäisevän työn, hoidon ja yhteiskuntaan sopeuttamisen tarpeellisuuden. Haittojen vähentäminen on kuitenkin aiemmin jakanut mielipiteitä. Nyt tilanne on muuttumassa, ja haittojen vähentäminen näyttää vakiinnuttaneen Euroopassa paikkansa kysynnän vähentämistoimien kokonaisuudessa. Tämä tulee selkeästi esiin siinä, että lähes kaikissa EU:n jäsenvaltioissa on nykyään opioidikorvaushoito- ja ruiskunvaihto-ohjelmia, joskin palvelujen tarjonnan tasossa on suuria vaihteluja. Se tulee myös esiin Euroopan komission tuoreessa kertomuksessa, jossa todetaan, että 18. kesäkuuta 2003 annettu neuvoston suositus on kannustanut jäsenvaltioita kehittämään ja laajentamaan haittojen vähentämistoimia.

### **Vankilat: huumeidenkäyttäjille ei ole vielä riittävästi palveluja**

Neuvoston suosituksen täytäntöönpanossa tapahtuneen edistymisen arvioinnissa tuli esiin se tärkeä seikka, että

vaikka muilla aloilla on tapahtunut edistystä, vankiloissa kaikki palvelut ovat yleensä edelleen puutteellisia. Joissakin jäsenvaltioissa on otettu käyttöön järjestelmiä, joissa huumeongelmista kärsiviä rikollisia ohjataan hoitoon sen sijaan, että heille määrättäisiin rikosoikeudellisia seuraamuksia, mutta lähes kaikissa maissa merkittävällä osalla vangeista on huumeongelma. EMCDDA kehittää parhaillaan Maailman terveysjärjestön (WHO) kanssa tietokantaa vankiloiden terveysindikaattorien tietojen keräämiseen. Peruseriaate, jonka mukaan vankiloissa tulisi olla tarjolla samat terveydenhoitovaihtoehdot kuin muualla yhteiskunnassa, ei monelta osin toteudu huumeongelmista kärsivien kohdalla. Sen lisäksi, että monilla on huumeongelma, kun he menevät vankilaan, tutkimukset ovat osoittaneet, että huumeidenkäyttö usein jatkuu vankilassa. Kun vankiloiden huumeidenkäyttäjien palveluihin ei panosteta, saatetaan paitsi menettää mahdollisuus huumeidenkäytön ja rikollisen käyttäytymisen vähentämiseen myös heikentää terveydenhuollon saavutuksia muualla.

### **Toimivien ratkaisujen havaitseminen ja jakaminen**

Kaikenlaisista kysynnän vähentämistoimista käytävissä keskustelussa keskitytään yhä enemmän niiden ratkaisujen havaitsemiseen, joiden tehokkuudesta on näyttöä ja joilla ei ole tahattomia kielteisiä seurauksia. Koska väärin toteutettu toimi tuskin on tehokas vaan saattaa jopa olla haitallinen, työn toinen puoli on hyvien käytäntöjen ja laadunvalvontatoimenpiteiden tunnistaminen. EMCDDA:ta koskevassa uudessa asetuksessa korostetaan hyvien käytäntöjen tunnistamisen ja jakamisen tärkeyttä. Keskeisenä vaikeutena tässä ovat ne tosiasialliset olosuhteet, joissa kysynnän vähentämistoimet toteutetaan. Luotettavia, kontrolloituja tutkimuksia, jotka ovat useimpien lääketieteellisten interventioiden perustana, on usein vaikea laatia tai yksinkertaisesti mahdoton toteuttaa. Tehokkuuden näytön arviointiin ja laadunvalvonnan standardien määrittämiseen liittyviä ongelmia käsitellään tämän raportin luvussa 2.

### **Kannabis: suosio on saattanut kääntyä laskuun, samalla kun kansanterveydellisiin näkökohtiin on alettu kiinnittää huomiota**

Lähes joka neljäs aikuinen on kokeillut kannabista joskus elämässään, ja joka neljästoista on käyttänyt sitä viimeksi kuluneen vuoden aikana, mikä tekee siitä Euroopassa yleisimmin käytetyn laittoman huumausaineen. Vielä selkeämmin kuin kokonaisväestössä cannabis on yleisimmin käytetty laiton huumausaine nuorten ja hyvin nuorten keskuudessa. Huumeidenkäyttö voi olla erityisen vakava ongelma nuorilla, joiden fyysinen ja sosiaalinen kehitys on vielä kesken, ja tätä kysymystä käsitellään yksityiskohtaisesti liitteenä olevassa alaikäisten huumeidenkäyttöä koskevassa

## Pikakatsaus – arvioita huumeidenkäytöstä Euroopassa

(Huomaa, että nämä arviot koskevat aikuisia ja että ne ovat uusimpia saatavilla olevia arvioita. Kaikki tiedot ja metodologiset huomautukset, ks. vuoden 2007 tilastotiedote.)

### Kannabis

Ainakin kerran käyttäneitä: vähintään 70 miljoonaa tai viidesosa aikuisista Euroopassa

Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä: noin 23 miljoonaa aikuista tai kolmasosa ainakin kerran käyttäneistä

Viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana käyttäneitä: yli 13 miljoonaa

Maiden välinen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneissä: 1,0–11,2 %

### Kokaiini

Ainakin kerran käyttäneitä: vähintään 12 miljoonaa tai noin 4 % aikuisista Euroopassa

Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä: 4,5 miljoonaa aikuista tai kolmasosa ainakin kerran käyttäneistä

Viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana käyttäneitä: noin 2 miljoonaa

Maiden välinen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneissä: 0,1–3 %

### Ekstaasi

Ainakin kerran käyttäneitä: noin 9,5 miljoonaa aikuista (3 % aikuisista Euroopassa)

Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä: 3 miljoonaa tai kolmasosa ainakin kerran käyttäneistä

Viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana käyttäneitä: yli 1 miljoona

Maiden välinen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneissä: 0,2–3,5 %

### Amfetamiinit

Ainakin kerran käyttäneitä: lähes 11 miljoonaa tai noin 3,5 % aikuisista Euroopassa

Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä: 2 miljoonaa tai viidesosa ainakin kerran käyttäneistä

Viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana käyttäneitä: alle 1 miljoona

Maiden välinen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneissä: 0,0–1,3 %

### Opioidit

Opioidien ongelmakäyttö: 1–8 tapausta tuhatta aikuista (15–64-vuotiasta) kohti

Yli 7 500 äkillistä huumekuolemaa, joista noin 70 %:ssa löydettiin opioideja (vuoden 2004 tiedot)

Pääasiallinen huume noin 50 %:ssa kaikista hoitopyynnöistä  
Yli 585 000 opioidien käyttäjää sai korvaushoitoa vuonna 2005

erityiskysymyksessä. Kannabiksen käytön varhaisen aloittamisen seuraukset on tärkeä ymmärtää, jotta voitaisiin suunnitella mahdollisia torjuntatoimia ja ratkaista monimutkainen ongelmavyöhyke, jonka laajalle levinnyt kannabiksen käyttö aiheuttaa kansanterveyspolitiikan ja huumepolitiikan alalla Euroopassa.

Euroopassa ollaan yleisesti siirtymässä rikosseuraamusten määräämisen sijaan ehkäisyyn tai hoitoon suuntautuviin lähestymistapoihin pienten kannabismäärien hallussapito- ja käyttörikosten osalta. Ilmoitettujen kannabisrikosten määrä kuitenkin kasvoi vuosina 2000–2005 merkittävästi (36 %), ja kannabis on useimmissa maissa huumeiden käyttö- tai hallussapitosyytteissä yleisimmin mainittu huumeaine. Tilanne saattaa olla muuttumassa, sillä suurin osa maista on raportoinut kannabisrikosten vähentyneen – mikä saattaa kertoa siitä, että lainvalvontaviranomaiset eivät enää suuntaa toimintaansa yhtä paljon kannabiksenkäyttörikoksiin.

Vaikka aiheesta on keskusteltu paljon julkisuudessa ja tiedotusvälineissä, lainvalvontapolitiikan ja kannabiksen yleisen levinneisyyden välillä on vaikea nähdä suoraa tai yksinkertaista yhteyttä. Maiden välillä on toki eroja ajoituksessa ja mittakaavassa, mutta yleisesti katsoen kannabiksen käyttö lisääntyi Euroopassa voimakkaasti 1990-luvulla, minkä jälkeen kasvu tasaantui 2000-luvun taitteessa. Euroopan kokonaistilanne on nyt yhtenäisempi kuin aikaisemmin. Lisäksi tuoreimmat tiedot viittaavat siihen, että etenkin korkean levinneisyysasteen maissa kannabiksen käyttö on tasaantumassa tai jopa vähenemässä. Ja vaikka tämän tueksi ei olekaan vielä paljon näyttöä, merkit viittaavat siihen, että kannabiksen suosio nuorten keskuudessa on joissakin maissa laskemassa. Valtioiden välillä on eroja suuntauksissa, mutta varovaisen optimistisesti voidaan toivoa, että Euroopassa 1990-luvulta jatkunut kannabiksen käytön lisääntyminen olisi saavuttanut lakipisteensä.

Jos kannabiksen käyttö onkin Euroopassa tasaantumassa, se on silti historiallisen korkealla tasolla, ja vaikka kannabiksen käyttäjistä vain melko pieni osuus käyttää tätä huumetta säännöllisesti ja runsaasti, se tarkoittaa yksilöinä merkittävää määrää. Kannabisongelmista kärsivien henkilöiden tarpeiden ymmärtämiseksi on saatavilla yhä enemmän tutkimustuloksia ja kliinistä kokemusta, mutta siitä, kuinka yleisesti kannabiksen käyttäjille kehittyy huumeongelmia, ei ole selkeää kuvaa. EMCDDA:n kokoamista hoitotiedoista ilmenee, että kannabiksen takia hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvien määrä on lähes kolminkertaistunut vuodesta 1999, joskin tämä suuntaus vaikuttaisi olevan tasaantumassa. Suuntausta on vaikea tulkita monesta syystä: kannabisongelmista kärsiville on tarjolla entistä enemmän palveluja ja nämä ongelmat tiedostetaan yhä paremmin; lisäksi merkittävä osa hoitoonohjauksista on peräisin rikosoikeusjärjestelmästä tai sosiaaliviranomaisilta. Hoitopalveluihin yhteydessä olevien

kannabiksenkäyttäjien tarpeissa on myös suurta vaihtelua samoin kuin niihin tarjottavissa vastauksissa, jotka kattavat kaikkea lyhyistä ja ehkäisy painotteisista interventioista virallisempiin hoitotapoihin.

Euroopan kannabistilannetta mutkistavat myös markkinatekijät, ja tätä ongelmaa vaikeuttaa luotettavan tiedon puuttuminen erilaisten kannabistuotteiden suhteellisesta osuudesta ja saatavuudesta EU:ssa. Eurooppa on edelleen kannabishartsin – suurimmaksi osaksi Pohjois-Afrikassa tuotetun – tärkein markkina-alue maailmassa. Myös kannabisruohoa on saatavilla Euroopassa, mutta hartsia takavarikoidaan yli 10 kertaa enemmän kuin kannabisruohoa. Tilanne saattaa kuitenkin olla muuttumassa: kannabishartsin takavarikot vähenivät hieman vuonna 2005, kun taas kannabisruohon ja kannabiskasvien takavarikot ovat lisääntyneet koko ajan. Puolet Euroopan maista raportoivat kotimaisesta kannabiksentuotannosta vuonna 2005. Jotkin kotioloissa tuotetun kannabiksen muodot voivat olla melko vahvoja, ja tällaisella tuotannolla on vaikutuksia myös huumeiden valvontaan.

Kannabiksen käyttöön liittyy monimutkaisia huume-, kansanterveys- ja sosiaalipoliittisia kysymyksiä Euroopassa. Myönteisenä kehityksenä voidaan mainita, että jäsenvaltiot näyttävät alkavan ymmärtää entistä paremmin tämän huumeen laajan käytön seurauksia ja keskustelu on muuttumassa entistä kohdennetummaksi ilman ongelman ali- tai yliarviointia.

### **Kokaiini: käyttöä koskevat arviot ovat jälleen kasvussa**

EMCDDA on korottanut tässä raportissa arviotaan kokaiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden henkilöiden määräästä 4,5 miljoonaan eurooppalaiseen, kun vuoden 2006 raportissa heidän määräkseen arvioitiin 3,5 miljoonaa. Viime vuonna raportoitu yleinen arvio tilanteen tasaantumisesta vaikuttaa sekin kyseenalaiselta uusien tietojen valossa, jotka viittaavat käytön yleiseen lisääntymiseen. Uudet tiedot vahvistavat, että kokaiini on kaikilla mittapuilla Euroopan toiseksi yleisimmin käytetty laiton huumeaine kannabiksen jälkeen ja ennen sekä ekstaasia että amfetamiinia, ja kokaiinia viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä arvioidaan nykyään olevan kaksi kertaa enemmän kuin ekstaasia vastaavana aikana käyttäneitä. Viimeaikainen kasvu tarkoittaa, että yhä useammassa maassa on raporttien mukaan merkittävä määrä kokaiinin käyttäjiä, mutta maiden välillä on edelleen suuria eroja, ja useimmissa Itä-Euroopan maissa kokaiinin käyttöasteen raportoidaan olevan alhainen.

Levinneisyysasteen raportoidaan kasvaneen myös Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joissa levinneisyys on jo Euroopan korkein – kasvu ei kuitenkaan ole ollut huomattavan voimakasta kummassakaan maassa. Kokaiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden osuus nuorista

aikuisista on molemmissa maissa suunnilleen yhtä korkea tai korkeampi kuin Yhdysvalloissa. Erityisen huolestuttavaa on, että kokaiinin käyttö on melko yleistä nuorten keskuudessa (sitä on käyttänyt 4–6 % 15–16-vuotiaista). Analyysien mukaan käyttö on Espanjassa yleistynyt varsinkin 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä. On tärkeää panna merkille, että arviot niiden henkilöiden määrästä, joilla on vakava kokaiini-ongelma, ovat huomattavasti alhaisempia. Kokaiinin ongelmakäytöstä on saatavilla tietoja vain kolmesta maasta (Espanjasta, Italiasta ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta), ja niissä osuus aikuisväestöstä on 0,3–0,6 prosenttia. Crack-kokaiinin käyttö on edelleen harvinaista kaikkialla Euroopassa, mutta se aiheuttaa paikallisesti vakavia ongelmia siellä, missä sitä esiintyy.

Muutkin indikaattorit kertovat kasvusuuntauksesta ja vahvistavat, että kokaiinilla on yhä suurempi merkitys Euroopan huumeongelmassa. Sekä takavarikoidut määrät että takavarikkojen määrät ovat kasvaneet, mikä saattaa heijastaa Euroopan markkinoille suuntautuvan salakuljetuksen lisääntymistä mutta kenties myös valvonnan tehostumista. Euroopassa on lisätty kokaiinin salakuljetuksen torjunnan koordinoitua, ja Portugaliin ollaan perustamassa uutta hallitustenvälistä työryhmää. Paikka on sikäli osuvasti valittu, että Portugalin merkitys kokaiinin salakuljetuksen torjunnassa on kasvamassa. Vaikka ennätyksellisen suuret takavarikot eivät näytä vaikuttaneen hintasuuntauksiin, jotka ovat edelleen laskussa, ne ovat saattaneet vaikuttaa kokaiinin puhtauteen.

Kokaiinin käytön lisääntyminen ei ole toistaiseksi vaikuttanut kovin voimakkaasti terveyteen liittyviin indikaattoreihin, mutta tämä tilanne voi olla muuttumassa. Euroopassa raportoidaan vuosittain noin 400 kokaiiniin liittyvää kuolemaa, ja kokaiinin osuus kardiovaskulaarisissa kuolemantapauksissa saattaa jäädä pitkälti huomaamatta. Kokaiini-ongelmiin liittyvä hoidon kysyntä on lisääntynyt. Vuonna 2005 kokaiini oli päahuume noin 13 prosentilla hoitoon hakeutuneista asiakkaista ja vielä useammalla (22 %) hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuneella asiakkaalla. Kokaiinin takia hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvien määrä on noin kolminkertaistunut viimeisten viiden vuoden aikana, ja heitä on nyt yli 33 000. Kokaiini ilmoitettiin lisäksi toissijaisena huumeena noin 15 prosentissa tapauksista, ja kokaiinin käytön on joissakin maissa todettu hankaloittavan opioidiongelmien hoitoa. Yleisesti katsoen hoitoon hakeudutaan kuitenkin harvemmin kokaiinin takia kuin kannabiksen takia ja huomattavasti harvemmin kuin opioidien takia.

### **Hiv: kokonaiskuva on positiivinen, mutta uudet tartunnat osoittavat tarvetta jatkaa toimia**

Hiv-epidemian leviäminen huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa – tai sen pelko – vauhditti 1990-luvulla palvelujen kehittämistä tälle ryhmälle. Palvelujen kehittämisen myötä



Euroopassa on pitkälti onnistuttu välttymään hiv-epidemoilta, joita vielä aiemmin esiintyi. Paikallisia ongelmia esiintyy kuitenkin edelleen joissakin maissa, etenkin Baltian maissa, ja joissakin epidemoista aiemmin kärsineissä maissa hiv:n levinneisyysaste on pysynyt melko korkeana injektioikäyttäjien keskuudessa. Yleisesti katsoen EMCDDA arvioi, että vaikka huumeiden injektioikäyttö on yhä harvemmin hiv:n tartuntareitti, se aiheutti vuonna 2005 noin 3 500 uutta diagnosoitua hiv-tapausta Euroopan unionissa. Tämä luku saattaa vaikuttaa alhaiselta historiallisesta näkökulmasta, mutta se kertoo silti merkittävästä kansanterveysongelmasta.

Tuoreimpien tietojen analysoinnista ilmenee, että injektioikäyttöön liittyvien uusien tartuntojen määrä on useimmissa maissa alhainen ja että hiv:n levinneisyys injektioikäyttäjien keskuudessa laskee useimmilla EU:n alueilla vuosina 2001–2005. Tämän seurauksena injektioikäytöstä johtuva tartuntataakka todennäköisesti kevenee erityisesti niillä alueilla, joilla levinneisyys on aiemmin ollut korkea. Tilanne Virossa, Latviassa ja Liettuassa on edelleen huolestuttava, mutta näidenkin maiden tuoreimmat tiedot viittaavat siihen, että uudet tartunnat ovat vähenemässä.

Tähän arviointiin on suhtauduttava varoen sikäli, että joistakin tärkeistä alueista ei ole saatavilla kattavasti tietoa

ja että viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikasuuntauksia koskevissa tutkimuksissa on noin kolmasosassa maista ilmennyt kasvua joillakin alueilla tai joissakin otoksissa. Lisäksi muutaman maan tilanne on huolestuttava joko siksi, että uusien tartuntojen määrä on verraten korkea tai siksi, että levinneisyys on viime aikoina kasvanut hieman, vaikka kokonaismäärät olisivatkin pysyneet alhaisina. Riskiryhmille tarkoitettuja palveluja on ehdottomasti ylläpidettävä ja kehitettävä, kun muistetaan, kuinka nopeasti hiv-ongelmat voivat leviätä haavoittuvassa asemassa olevan väestön keskuudessa.

### C-hepatiitti on edelleen piilevä epidemia Euroopassa

EMCDDA arvioi, että Euroopassa saattaa olla jopa 200 000 hiv-tartunnan saanutta henkilöä, jotka käyttävät tai ovat käyttäneet huumeita suonensisäisesti. Injektioikäytön aiheuttama hiv-riski on hyvin tiedossa, mutta on tärkeää muistaa, että Euroopassa on myös noin miljoona C-hepatiittivirusta (HCV) kantavaa henkilöä, jotka ovat joskus käyttäneet huumeita suonensisäisesti ja joista merkittävä osa ei enää käytä huumeita.

C-hepatiitilla voi olla vakavia terveysvaikutuksia, syöpä ja kuolema mukaan luettuina, ja HCV:tä kantavien henkilöiden

### Afganistan – voiko vaihtoehtojen kehittämisellä vaikuttaa?

Afganistanin lisääntynyt oopiumintuotanto on vaarana yleisesti ottaen vakiintuneelle tai kohentuneelle heroiinikäytön tilanteelle Euroopassa. Vuoden 2006 arvioiden mukaan tuotanto lisääntyi 43 prosenttia viljelyalan huomattavan kasvun seurauksena.

Opioidien takavarikot ja lakkautetut laboratoriot viittaavat siihen, että Afganistanissa tuotettu oopiumi jalostetaan morfiiniksi tai heroiiniksi yhä useammin ennen vientiä (CND, 2007). Heroiini kulkeutuu Eurooppaan kahta pääreittiä: vanhaa Balkanin reittiä, joka on edelleen tärkein reitti heroiinin salakuljetuksessa, ja uudempaa ”silkkireittiä” (ks. luku 6).

Alueelliset erot Afganistanin sisällä kertovat siitä, että talouskasvun avulla voidaan vähentää unikon viljelyä, mutta ne osoittavat myös, miten poliittinen epävarmuus, korruptio ja infrastruktuuritason ongelmat voivat horjuttaa kehitystä. Viljelyä pystytään vähentämään nopeasti, mutta se voi lisääntyä aivan yhtä nopeasti. Esimerkiksi Nangarharin provinssissa maan itäosassa oopiumiunikon viljely väheni 96 prosenttia vuosina 2004 ja 2005, mutta siellä, kuten monilla muillakin alueilla, viljely on sittemmin palannut entiselle tasolle; osasyynä ovat taloudelliset tarpeet tiheästi asutuilla alueilla, joilla ei ole pystytty siirtymään muiden arvokkaiden viljelykasvien viljelyyn tai maataloudelle vaihtoehtoisiin tulonlähteisiin (Mansfield, henkilökohtaisesti saatu tieto ja 2007).

Sen sijaan muualla maan itäosissa viljely pysyy vähäisenä, ja jopa eteläisissä Kandaharin ja Helmandin provinseissa viljelyn voidaan ennustaa vähenevän provinssin keskuksen lähellä sijaitsevilla alueilla. Kehitystä ovat ilmeisesti tukeneet viranomaisvalvonnan lisääntyminen ja maataloustuotannon monipuolistuminen, sillä näiden tekijöiden ansiosta on voitu alkaa viljellä suhteellisen arvokkaita viljelykasveja ja ottaa käyttöön kuljetus- ja markkinointi-infrastruktuuria. Maan pohjois- ja koillisosassa palkkojen nousu ja oopiumin hintojen lasku ovat vähentäneet unikon istutusta, ja tietyistä arvokkaista vihanneslajeista saa itse asiassa paremman tuoton kuin unikosta. Näillä alueilla viljelyn monipuolistamista on tuettu toteuttamalla huumeausaineiden vastaisia toimia ja lisäämällä viranomaisvalvontaa, jolloin on syntynyt yleinen käsitys siitä, että oopiumin viljelykiellon noudattamista valvotaan.

Työvoimakustannusten nousu ja hintojen lasku supistavat nykyisin oopiumiunikosta saatavaa tuottoa, ja vaihtoehtoiset tuotteet voivatkin olla oopiumiunikkaa parempia tulonlähteitä joillakin alueilla, varsinkin jos siellä on maatalouden lisäksi muitakin tulonlähteitä. Tällaiset lailliset tulonlähteet eivät kuitenkaan ole kaikkien olottuvilla, ja suuret kuljetuskustannukset, heikkokuntoiset tiet ja turvattomuudesta aiheutuvat ongelmat rajoittavatkin monilla alueilla viljelijöiden valinnanvaraa. Näillä alueilla korruptio ja turvattomuus heikentävät mahdollisuuksia laillisten tuotteiden kauppaan ja siten talouskasvua ja pyrkimyksiä viljelyn monipuolistamiseen myös niillä alueilla, jotka sijaitsevat verrattain lähellä provinssien keskuksia.

tarpeiden täyttäminen tulee todennäköisesti rasittamaan terveydenhuollon budjetteja yhä voimakkaammin. HCV on yleinen injektioikäisten keskuudessa kaikkialla Euroopassa, ja tutkimukset ovat osoittaneet, että nuoret injektioikäiset saavat usein viruksen jo huumeidenkäytön varhaisessa vaiheessa, mikä heikentää heidän hoitomahdollisuuksiaan. Toisin kuin B-hepatiitti, johon interventiot näyttävät auttavan, HCV:tä koskevista tiedoista ei ilmene mitään selkeää suuntausta, joskin maiden väliset erot saattavat antaa viitteitä siitä, mitkä toimet voivat olla tehokkaita.

### **Heroinin käyttö on vakaalla tasolla, mutta synteettisten opioidien aiheuttamien ongelmien kasvu huolestuttaa**

Heroinin tuotannon arvioidaan lisääntyneen maailmassa – lähinnä Afganistanissa – jälleen vuonna 2006 ja ylittäneen 600 tonnia. Tämä herättää Euroopassa kysymyksen siitä, miten tämä kasvu vaikuttaa huumeongelmaan. Heroinin tuotannon lisääntyminen ei ole toistaiseksi näkynyt useimmissa heroinin käyttöä koskevissa indikaattoreissa, jotka ovat yleisesti katsoen pysyneet vakaina jo jonkin aikaa. Huumehoitoa ja huumeiden yliannostuksia koskevien tietojen analysoinnin perusteella vaikuttaa siltä, että Euroopan heroinia käyttävä väestö ikääntyy edelleen, joskin Itä-Euroopan maissa tämä suuntaus ei ole yhtä selkeä. Myös huumeiden ongelmakäyttöä koskevat kokonaisarviot viittaavat yleensä vakaaseen tilanteeseen. Tilanteen kehittymistä on silti seurattava valppaasti, kun otetaan huomioon heroinin hinnan lasku ja hoidossa olevien nuorten heroininkäyttäjien määrän kasvu joissakin maissa.

Vaikka heroinin käytön suosion noususta nuorten keskuudessa ei ole tällä hetkellä mitään selkeää näyttöä, useissa raporteissa on merkkejä siitä, että synteettisten opioidien käyttö saattaa olla kasvava ongelma joissakin Euroopan osissa ja että synteettiset opioidit saattavat jopa olla korvaamassa heroinia joissakin maissa. Itävallassa yhä suurempi osuus hoitoon tulevista asiakkaista on alle 25-vuotiaita ja hakee apua ongelmiin, jotka johtuvat laillisiin

käyttötarkoituksiin aiottujen opioidien väärinkäytöstä. Myös Belgia on raportoinut kasvusta metadonin laittomassa käytössä, ja Tanskassa metadoni mainitaan usein huumeisiin liittyvien kuolemantapausten raporteissa. Buprenorfiinia ei aina pidetä kovin suosittuna laittomilla markkinoilla, mutta Tšekki on raportoinut sen käytön ja injektioikäisten lisääntyneen ja Suomessa se on saattanut korvata heroinin. Ranskassa kasvaa huoli buprenorfiinin laittomasta käytöstä, myös sen injektioikäisten nuorten keskuudessa, jotka ovat aloittaneet opioidien käytön buprenorfiinilla heroinin sijaan.

### **Huumeiden yliannostuskuolemista jatkunut laskusuuntaus on pysähtynyt**

EMCDDA raportoi säännöllisesti äkillisistä huumekuolemista Euroopassa – nämä ovat pääasiassa yliannostuskuolemia, joihin liittyy yleensä heroinia tai muita opioideja, mutta useimmissa tapauksissa on käytetty useita eri päihteitä. Yliannostus on merkittävä vältettävissä oleva kuolinsyy nuorilla.

Useat EU-maat raportoivat vuodesta 2000 lähtien laskusta huumekuolemien määrässä, mikä saattoi heijastaa palvelujen tarjonnan parantumista tai muutosta heroinin injektioikäisten määrässä. Tämä suuntaus ei kuitenkaan ole jatkunut vuosina 2004 ja 2005. Erityisen huolestuttavaa on, että muutamassa maassa nuorten osuus kuolleista on kasvanut. Huumekuolemien vähentäminen on tärkeä kansanterveydellinen tavoite, ja laskusuuntauksen pysäyttämisen syyt on selvitettävä.

Yliannostuskuolema ei ole huumeongelmista kärsivien ainoa terveysriski. Tutkimukset paljastavat, että eri syistä johtuva ylikuolleisuus on merkittävä huumeiden ongelmakäyttäjien keskuudessa: se on jopa kymmenkertainen muuhun väestöön verrattuna. Tämän ryhmän fyysisen ja henkisen terveyden parantamiseen on siis kehitettävä kokonaisvaltainen lähestymistapa, jos pitkäaikaiseen huumeidenkäyttöön liittyvää sairastuvuutta ja kuolleisuutta halutaan vähentää merkittävästi.



## Luku 1

# Politiikka ja lainsäädäntö

Tässä luvussa kuvataan huumepolitiikkaa koko EU:ssa ja yksittäisissä jäsenvaltioissa sekä näiden kahden päätöksentekotason välistä suhdetta. EMCDDA:n tämän tarkastelujakson aikana hankkimien tietojen perusteella saadaan yleiskuva nykyisistä kansallisista huumestrategioista ja institutionaalisista rakenteista eri puolilla Eurooppaa. Huumeista yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuksia arvioidaan huumeaineisiin liittyviä julkisia menoja käsittelevässä kohdassa. Jäsenvaltioiden hallitusten huumeilmiöön käyttämästä kokonaissummasta esitetään alustava arvio jäsenvaltioiden kansallisista julkisista menoista ilmoittamien tietojen perusteella. Kansallisten lakien viimeaikaisia muutoksia käsittelevässä kohdassa kuvataan lainmuutoksia, jotka keskittyvät tarjonnan vähentämiseen ja huumeestausta koskevaan lainsäädäntöön. Huumeainerikoksia koskevassa luvussa esitetään yleiskatsaus viimeaikaisiin huumeainerikostilastoihin sekä opioideihin ja kannabikseen liittyvien rikosten suuntauksiin. Luvun lopussa käsitellään huumeita koskevaa tutkimusta Euroopassa.

## Kansalliset huumestrategiat

### Yleiskuva tilanteesta ja uudet suuntauukset

Vuoden 2007 alussa kaikilla EU:n jäsenvaltioilla Italiaa, Maltaa ja Itävaltaa lukuun ottamatta oli kansallinen huumestrategia, johon joillakin liittyi myös toimintasuunnitelma. Tuolloin Euroopassa oli yhteensä yli 35 erilaista kansallista huumeita koskevaa suunnitteluasiakirjaa, joiden kattama ajanjakso oli kahdesta vuodesta (Tšekin toimintasuunnitelma) yli 10 vuoteen (Alankomaiden kansallinen huumestrategia).

Viime vuosina on ollut havaittavissa suuntaus, jossa yhdestä kansallisesta suunnitteluasiakirjasta on siirrytty käyttämään kahta toisiaan täydentävää välinettä: strateginen kehys ja toimintasuunnitelma. Tämä lähestymistapa, jonka avulla voidaan entistä paremmin hahmottaa lyhyen, keskipitkän ja pitkän aikavälin tavoitteita, on nykyisin käytössä lähes joka toisessa EU:n jäsenvaltiossa. Sitä sovelletaan etenkin maissa, jotka liittyivät EU:hun vuosina 2004 ja 2007: kahdeksassa näistä 12 maasta on sekä huumestrategia että toimintasuunnitelma.

Huumestrategian yhdistäminen toimintasuunnitelmiin mahdollistaa tavoitteiden, toimien, tehtävien ja aikataulujen yksityiskohtaisen määrittämisen. Joissakin maissa, kuten Kyproksessa, Latviassa ja Romaniassa, huumestrategioihin ja toimintasuunnitelmiin sisältyy yksityiskohtaisia täytäntöönpanoprosesseja. Tämä muissa jäsenvaltioissa (esim. Espanja, Irlanti, Yhdistynyt kuningaskunta) jo jonkin aikaa käytössä ollut menettely on yleistymässä, ja sitä on sovellettu myös nykyisessä EU:n huumeaineiden torjuntaa koskevassa toimintasuunnitelmassa.

Uusia huumestrategioita tai toimintasuunnitelmia hyväksyttiin vuonna 2006 neljässä jäsenvaltiossa (Kreikka, Puola, Portugali, Ruotsi) ja Turkissa sekä Yhdistyneen kuningaskunnan Pohjois-Irlannissa. Missään näistä kyseessä ei ollut ensimmäinen kerta, ja kaikissa kansallisissa raporteissa mainittiin, että uusissa huumepolitiikkaa käsittelevissä asiakirjoissa oli hyödynnetty aiemmista asiakirjoista saatuja kokemuksia. Vuonna 2007 kahdessa jäsenvaltiossa, Maltassa ja Itävallassa, sekä Norjassa on tarkoitus hyväksyä uusi huumestrategia, ja Tšekissä, Virossa, Ranskassa ja Unkarissa pannaan täytäntöön uusi toimintasuunnitelma.

### Sisältö

Yleensä huumeidenkäytön ja erityisesti huumeiden ongelmakäytön vähentäminen on kansallisten huumestrategioiden ja toimintasuunnitelmien keskeinen tavoite kaikissa EU:n jäsenvaltioissa, jäsenehdokasvaltioissa ja Norjassa. Kaikkien maiden yhteisenä tavoitteena on myös ehkäistä ja vähentää huumeidenkäytöstä yksilölle ja yhteiskunnalle aiheutuvia haittoja. Yhdistävänä tekijänä on lisäksi "kokonaisvaltainen" lähestymistapa, jossa huumeiden tarjonnan ja kysynnän vähentämiseen tähtäävät toimet ovat sidoksissa toisiinsa. "Tasapainoinen" lähestymistapa, jossa pyritään painottamaan sekä tarjonnan että kysynnän vähentämistä, on niin ikään erittäin yleinen. Kaikki nämä seikat on otettu huomioon myös EU:n huumeainestrategiassa.

Kansallisten huumestrategioiden kattamien psykoaktiivisten aineiden valikoima vaihtelee varsin paljon Euroopan maiden välillä. Tämä näkyy vuonna 2006 hyväksytyissä uusissa

## EMCDDA:ta koskeva uusi asetus

Euroopan parlamentti ja Euroopan unionin neuvosto allekirjoittivat 12. joulukuuta 2006 uudelleenlaaditun EMCDDA:ta koskevan asetuksen, joka tuli voimaan tammikuussa 2007.

Uudessa asetuksessa korostetaan avainindikaattorien merkitystä ja todetaan, että niiden käyttöönotto on edellytyksenä sille, että seurantakeskus voi hoitaa tehtäviään. Siinä painotetaan myös, että on tarpeen kehittää tietojärjestelmä, joka pystyy havaitsemaan uudet suuntaukset.

Uudella asetuksella laajennetaan EMCDDA:n tehtäväkenttää. Siinä mainitaan nyt erikseen laillisten ja laittomien psykoaktiivisten aineiden sekakäyttöä sekä jäsenvaltioiden parhaita käytäntöjä koskevien tietojen antaminen. EMCDDA voi myös kehittää välineitä, joiden tarkoituksena on auttaa jäsenvaltioita valvomaan ja arvioimaan kansallista huumeepoliittikaansa ja Euroopan komissiota tekemään samoin

EU:n tasolla. Kaikkien uusien osatekijöiden avulla seurantakeskus pystyy antamaan entistä kattavamman kuvan huumeilmiöstä.

Uudessa asetuksessa painotetaan yhä enemmän mahdollisimman tehokasta yhteistyötä kumppanuusvirastojen kanssa, erityisesti Europolin kanssa uusien psykoaktiivisten aineiden valvonnassa, sekä yhteistyötä muiden yhteistyökumppanien, kuten WHO:n, YK:n tai asiaan liittyvien tilastoviranomaisten kanssa. Uudessa asetuksessa täsmennetään, mihin maihin EMCDDA voi siirtää osaamistaan Euroopan komission pyynnöstä ja hallintoneuvoston suostumuksella.

Reitoxin kansallisten yhteyspisteiden verkon tehtävä määritellään uudessa asetuksessa entistä selkeämmin. Uudelleenlaaditussa asetuksessa on muutettu myös tiedekomiteaa koskevia säännöksiä. Näin seurantakeskuksella on käytössään johtavista tutkijoista koostuva yhtenäinen, riippumaton elin. Tiedekomitea auttaa varmistamaan EMCDDA:n työn laadun ja toimii siltana muuhun tiede- ja tutkimusyhteisöön.

asiakirjoissa. Niistä kahdessa käsitellään lähinnä laittomia huumeita (Puola, Portugali), joskin huumestrategian ja alkoholi- ja tupakkastrategian välillä on yhteyksiä, kahdessa käsitellään sekä laittomia huumeita että alkoholia (Kreikka, Yhdistyneen kuningaskunnan Pohjois-Irlanti), ja yhdessä (Turkki) käsitellään kaikkia päihteitä. Ruotsissa on samanaikaisesti hyväksytty kaksi toisiinsa liittyvää toimintasuunnitelmaa, joista toinen koskee alkoholia ja toinen laittomia huumeita. Joissakin maissa (esim. Saksa, Ranska) on usean vuoden ajan ollut selvästi havaittavissa pyrkimys laillisia ja laittomia päihteitä koskevan politiikan yhdistämiseen <sup>(1)</sup>. Tulevien huumestrategioiden laajuus ja niiden mahdollinen yhdistäminen muihin kansanterveysstrategioihin on todennäköisesti tärkeä aihe myös lähivuosina.

Kansallisiin huumestrategioihin ja toimintasuunnitelmiin sisältyy yleensä toimia, jotka liittyvät ehkäisevään huumeystyöhön, hoitoon ja kuntoutukseen, haittojen vähentämiseen ja tarjonnan vähentämiseen. Erilaisten toimien laajuus ja niiden merkittävyys vaihtelevat kuitenkin eri maissa <sup>(2)</sup>. Tämä selittyy paitsi huumeongelman laajuuden ja ominaispiirteiden eroilla myös sosiaali- ja terveyspolitiikan sisällöllisillä eroilla. Määrärahat, yleinen mielipide ja poliittinen kulttuuri ovat niin ikään tärkeitä tekijöitä, ja voidaan osoittaa, että maissa, joilla on tiettyjä yhteisiä piirteitä, sovelletaan samantapaista huumeepoliittikkaa (Kouvonen *et al.*, 2006).

## Arviointi

EU:ssa on monenlaisia kansallisia huumestrategioita, joilla on kuitenkin yhteisiä tavoitteita. Tätä voidaan pitää vahvuutena, sillä näin on mahdollista vertailla erilaisia lähestymistapoja.

Kansallisten huumestrategioiden ja toimintasuunnitelmien arviointi on siten tärkeää paitsi arvioitaessa kansallisen tason ponnisteluja myös siksi, että saataisiin entistä parempi kokonaiskäsitys huumestrategioiden vaikuttavuudesta. EU:ssa ja sen jäsenvaltioissa on jo panostettu huomattavasti tähän asiaan.

Lähes kaikissa Euroopan maissa mainitaan tavoitteeksi kansallisen huumestrategian arviointi. Hallitukset haluavat tietää, onko politiikka pantu täytäntöön ja onko toivotut tulokset saavutettu. Kahdessa jäsenvaltiossa (Belgia, Slovenia) arviointi on rajattu koskemaan valikoituja hankkeita. Useimmissa muissa maissa ja EU:n tasolla seurataan järjestelmällisesti kansallisessa huumestrategiassa mainittujen toimien toteutusta. Näin voidaan tehdä tilannekatsauksia, joiden tuloksia voidaan hyödyntää nykyisten huumestrategioiden tai toimintasuunnitelmien parantamisessa tai uudistamisessa.

Kokonaisvaltaiset arvioinnit, jotka kattavat prosessin, tuotoksen, tulokset ja vaikutukset, eivät ole Euroopassa yhtä yleisiä. Joissakin maissa (Viro, Kreikka, Espanja, Puola, Ruotsi) sisäinen arviointi perustuu täytäntöönpanon tilannetta koskeviin katsauksiin sekä muihin saatavilla oleviin epidemiologisiin ja kriminologisiin tietoihin. Muutamissa tapauksissa (Luxemburg, Portugali) tällaisen arvioinnin suorittaa ulkopuolinen taho.

Yhteenvedon voidaan todeta, että kansallisten huumestrategioiden ja toimintasuunnitelmien toteutusta koskevat tilannekatsaukset ovat yleistymässä Euroopassa. Seuraava vaihe eli tulosten ja vaikutusten arvioinnin kehittäminen on vielä aluillaan, ja tuleva EU:n vuosien

<sup>(1)</sup> Ks. vuoden 2006 erityiskysymys ”Huumeepoliittika Euroopassa: kattaako se muutakin kuin laittomat huumeaineet?”.

<sup>(2)</sup> Ks. luku 2.

2005–2008 toimintasuunnitelman vaikutusten arviointi, jota varten Euroopan komissio on tilannut arviointimenetelmän laatimista koskevan tutkimuksen, voisi olla tässä esimerkkinä. Parhailaan kehitetään myös indeksejä, joiden avulla voidaan arvioida kansallisten huume-strategioiden vaikutusta tai yleensä huume-tilannetta. Sekä Yhdistyneessä kuningaskunnassa että Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden torjunnan toimistossa (UNODC) tähän on panostettu huomattavasti.

### Huume-politiikan indeksit

Yhdistyneen kuningaskunnan huume-haittaindeksi (DHI) tarkoituksena on kuvata kaikkien laittomien huumeiden ongelmakäytön yhteiskunnalle aiheuttamien haittojen kustannukset. Se kattaa neljä haittatyyppeä: vaikutukset terveyteen, yhteiskunnalle aiheutuneet haitat, kotitalouksiin kohdistuvat huume-sainerikokset ja yrityksiin kohdistuvat huume-sainerikokset. Sitä ei kuitenkaan ole tarkoitettu kattavaksi yhteenvedoksi maan huume-tilanteesta, sillä se sisältää vain ne indikaattorit, joista on jo olemassa vankkaa tietoa, ja saatuja lukuja ja suuntauksia käytetään vertailukohtana tulevan kehityksen arvioimiseksi (MacDonald *et al.*, 2005). UNODC:n laittomien huumeiden indeksiin (IDI) on yhdistetty huumeilmiön kolme ulottuvuutta: huumeiden tuotanto, huume-kauppa ja huumeiden väärinkäyttö. Tuloksena on kokonaispistemäärä, joka perustuu haitta- tai riskikertoimeen henkeä kohti ja jonka pitäisi kuvastaa kaikkien tiettyssä maassa ilmenevien huume-ongelmien koko laajuutta (UNODC, 2005).

Kummankin välineen hahmottelu on ollut metodologisesti kiinnostavaa, ja siinä on alustavasti huomattu, että kokonaisindeksejä voidaan käyttää huume-strategioiden arvioinnissa ja yleisen huume-tilanteen seurannassa. Alustavan havainnon mukaan tällaisista välineistä voi olla hyötyä kansallisen tilanteen pitkäaikaisessa seurannassa, mutta todellisen tilanteen hahmottamiseksi tulokset pitäisi käsitellä indekseihin sisältyvien yksittäisten indikaattoreiden analyysin yhteydessä. Kokonaisindeksin käyttö maiden välisessä vertailussa saattaa olla hankalaa, koska nykyisissä tietosarjoissa on rajoituksensa ja analyysistä puuttuvat kontekstuaaliset muuttujat (esim. maantieteellinen sijainti).

### Koordinointimekanismit

Lähes kaikissa EU:n jäsenvaltioissa ja Norjassa on nykyisin virallisia huume-politiikan koordinointimekanismeja, mutta näissä järjestelmissä on huomattavia eroja maiden poliittisten rakenteiden erojen vuoksi. Joitakin yleisiä piirteitä voidaan kuitenkin ottaa esille.

Useimmissa maissa on huume-politiikan koordinointimekanismeja sekä kansallisella että alue- tai paikallistasolla. Kansallisella tasolla on yleensä

huume-saineita käsittelevä ministeriöiden välinen komitea, jota täydentää usein kansallinen huume-koordinointivirasto ja/tai kansallinen huume-koordinointija, joka on vastuussa päivittäisestä koordinointitoiminnasta. Alue- tai paikallistasolla useimmissa maissa on huume-koordinointivirastoja ja/tai huume-koordinointia.

Euroopan maissa kansallisen tason koordinointimekanismit ovat eri tavoin sidoksissa alue- tai paikallistason koordinointimekanismeihin. Joissakin maissa, varsinkin liittovaltiomuotoisissa maissa (esim. Belgia, Saksa), käytetään vertikaalisia koordinointijärjestelmiä, jotka mahdollistavat yhteistyön erilaisten riippumattomasti toimivien koordinointielinten välillä. Muissa maissa (esim. Portugali, Suomi) kansalliset koordinointielimet valvovat suoraan alue- tai paikallistason koordinointia.

EU:n huume-koordinointimekanismien vertaileva analyysi on vaikeaa järjestelmien erilaisuuden vuoksi. EMCDDA:n teettämän tutkimuksen mukaan koordinointijärjestelmiä voidaan kuitenkin arvioida keskittymällä niiden "toteutuksen laatuun", sillä tämän käsitteen avulla voidaan tutkia niiden kykyä tuottaa koordinointituloksia (Kenis, 2006). Tätä lähestymistapaa kehitetään edelleen, jotta sitä voitaisiin käyttää kansallisten huume-koordinointijärjestelmien arvioinnissa.

### Huume-saineisiin liittyvät julkiset menot

Euroopan maiden ilmoittamat huume-ongelmasta johtuvat julkiset menot vaihtelevat 200 000 eurosta 2,29 miljardiin euroon <sup>(3)</sup>. Suuri vaihtelu selittyy osittain jäsenvaltioiden erilaisella koolla ja osittain maiden välisillä eroilla ilmoitetuissa menolajeissa ja tiedon kattavuudessa. Useimmat maat ilmoittivat vain kansallisten huume-politiikan ohjelmien täytäntöönpanon yhteydessä syntyneet menot eivätkä muita kysynnän ja tarjonnan vähentämiseen liittyviä menoja. Kaikki huumeilmiöön liittyvien julkisten menojen pääalueet eivät myöskään aina olleet mukana, sillä 15 maata 23:sta antoi yksityiskohtaisia tietoja terveys- ja sosiaalimenoista (hoito, haittojen vähentäminen, terveysalan tutkimus, valistus-, ehkäisy- ja sosiaalitoiminta) ja vain 14 maata ilmoitti lainvalvontamenot (poliisin, asevoimien, tuomioistuinten, vankiloiden, tullin ja valtiovarainhallinnon toiminta). Tiedot menoista muilla alueilla (esim. hallinto, koordinointi, seuranta ja kansainvälinen yhteistyö) olivat vieläkin niukempia (seitsemän maata), samoin kuin tiedot alueellisista ja kunnallisista määrärahoista (kuusi maata).

Kuusi maata antoi yksityiskohtaisia tietoja huume-ongelman torjuntaan liittyvistä menoista (taulukko 1). Näissä maissa huume-saineisiin liittyvien julkisten menojen osuus oli 0,11–0,96 prosenttia julkisyhteisöjen vuotuisista kokonaismenoista (mediaani 0,32 %) tai

<sup>(3)</sup> Kansalliset yhteyspisteet ilmoittivat kokonaisluvut, jotka koskivat huume-saineisiin liittyviä julkisia menoja vuonna 2005 EU:n jäsenvaltioissa ja Norjassa.

## Huumeidenkäytön kustannukset

Huumeidenkäytön kustannuksia koskevat tutkimukset voivat olla huume politiikan kehittämisen ja hallinnan kannalta tärkeä tiedonlähde.

Huumeisiin liittyvät kustannukset voidaan jakaa kahteen pääryhmään: välittömiin ja välillisiin kustannuksiin. Välittömät kustannukset ovat maksujen muodossa, ja niihin kuuluvat yleensä ehkäisystä, hoidosta, haittojen vähentämisestä ja lainvalvonnasta aiheutuneet menot. Välillisillä kustannuksilla tarkoitetaan sellaisten tuottavien palvelujen arvoa, jotka jäävät huumeidenkäytön takia suorittamatta, ja niihin luetaan yleensä huumeisiin liittyvän sairastuvuuden ja kuolleisuuden aiheuttama tuottavuuden menetys. Huumeisiin liittyvät kustannukset voivat sisältää myös kivusta ja kärsimyksestä aiheutuneita aineettomia kustannuksia yleensä elämänlaatuun liittyvinä, mutta nämä kustannusryhmä jätetään usein pois siksi, että sitä on vaikea mitata täsmällisesti rahassa.

Kustannuksia voidaan tutkia monesta eri näkökulmasta, joista kuhunkin voi sisältyä erilaisia kustannuksia, esimerkiksi koko yhteiskunnalle, hallinnolle, terveydenhuoltojärjestelmälle, ulkopuolisille maksajille sekä huumeidenkäyttäjille ja heidän perheilleen aiheutuvat kustannukset.

### Yhteiskunnan näkökulma

Huumeisiin liittyvät sosiaaliset kustannukset ovat kaikkien huumeidenkäytöstä yhteiskunnalle aiheutuvien välittömien ja välillisten kustannusten summa. Rahamääräisesti arvioitu lopputulos on arvio huumeidenkäytön yhteiskunnalle aiheuttamasta kokonaistaakasta (Single *et al.*, 2001).

Huumeidenkäytön sosiaalisten kustannusten määrittämisestä on monenlaista hyötyä. Ensiksikin se paljastaa, miten paljon yhteiskunta käyttää varoja huumeisiin liittyviin asioihin, ja epäsuorasti se osoittaa, miten paljon rahaa säästyisi, jos huumeidenkäyttö loppuisi kokonaan. Toiseksi siitä saadaan selville erilaiset kustannustekijät ja kunkin yhteiskuntasektorin osuus. Tällaisten tietojen avulla voidaan määrätä rahoituksen

panopisteet osoittamalla alueet, joilla esiintyy tehottomuutta ja joilla voidaan toteuttaa säästöjä.

### Julkisten menojen näkökulma

”Julkisilla menoilla” tarkoitetaan niiden valtionhallinnon (keskus-, alue- ja paikallishallinnon) hankkimien tavaroiden ja palvelujen arvoa, joilla se huolehtii sille kuuluvista tehtävistä (terveydenhuolto, oikeuslaitos, yleinen järjestys, koulutus, sosiaalipalvelut). Valtion julkisia menoja analysoimalla saadaan hyödyllistä tietoa siitä, miten tehokkaasti hallinnossa pystytään käyttämään varoja.

Huumeisiin liittyvät julkiset menot arvioidaan eri tavalla kuin sosiaaliset kustannukset. Julkiset menot muodostavat vain osan sosiaalisista kustannuksista, lähinnä välittömien kustannusten muodossa; välilliset kustannukset jäävät pois, sillä kustannuksia syntyy myös yksityisellä sektorilla (esim. yksityiset sairausvakuutusyhtiöt). Nimenomaisesti ”huumeisiin liittyviksi” luokitellut välittömät julkiset menot saadaan alustavasti selville pelkästään tutkimalla virallisia tilinpäätösasiakirjoja (esim. talousarviot tai vuosikertomukset). Laskelmien tekeminen vaikeutuu silloin, kun huumeisiin liittyviä menoja ei ole luokiteltu suoraan, vaan ne sisältyvät laaja-alaisiin ohjelmiin (esim. poliisitoimen kokonaistalousarvio). Tässä tapauksessa välittömät luokittelemattomat huumeisiin liittyvät menot on laskettava mallinnuksen avulla.

Sosiaalisia kustannuksia koskevien laskelmien päätavoitteena on verrata huumeongelmien yhteiskunnalle aiheuttamaa taakkaa niihin kustannuksiin, joita yhteiskunnalle aiheutuu näiden ongelmien ratkaisemisesta (mukaan luettuina mahdolliset välilliset vaikutukset). Kyse on loppujen lopuksi vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta: käytetäänkö valtion varat järkevästi todellisten ongelmien ratkaisemiseen? Jotkut tutkijat (Reuter, 2006) ovat kuitenkin arvioineet, että politiikan kannalta julkiset menot ovat tärkeämpiä kuin sosiaaliset kustannukset. Huumemäärärahojen avulla voidaan kuvata, millaista politiikkaa valtiossa harjoitetaan huumeidenkäytön ja siihen liittyvien ongelmien vähentämiseksi, jolloin on mahdollista selvittää, onko tällainen politiikka tasoltaan ja sisällöltään riittävää.

0,05–0,46 prosenttia maan bruttokansantuotteesta (BKT) (mediaani 0,15 %). Lainvalvonnan osuus kokonaismenoista oli 24–77 prosenttia, ja loppuosa käytettiin terveys- ja sosiaalipalveluihin.

Euroopan maiden antamien ilmoitusten mukaan huumeaineisiin liittyvät julkiset menot olivat yhteensä 8,1 miljardia euroa. Tämä luku ei todennäköisesti sisällä kaikkia huumeaineisiin liittyviä julkisia menoja, sillä paljon tietoja jätettiin ilmoittamatta. Taulukon 1 kuuden maan osuus EU:n jäsenvaltioiden ja Norjan ilmoittamista julkisista kokonaismenoista on 76 prosenttia. Näiden

kuuden maan toimittamien tietojen perusteella Euroopan maiden huumeaineisiin liittyvien julkisten kokonaismenojen arvellaan olevan 13–36 miljardia euroa (\*). Menot olisivat siten 0,12–0,33 prosenttia EU:n (25 maata) BKT:stä vuonna 2005.

EU-tasolla Euroopan komissio antaa huomattavasti rahoitusta huumeongelman ratkaisemiseen uudessa vuosien 2007–2013 talousarviossa. Parhailaan neuvotellaan uudesta 21 miljoonan euron rahoitusvälineestä huumeiden torjuntaan ja huume tiedotukseen. Rahoitusväline hyväksytään ehkä vuoden 2007 loppuun mennessä, jolloin valtioiden

(\* ) Kuudesta maasta neljä (Unkari, Alankomaat, Suomi ja Ruotsi) esitti yksityiskohtaisesti mallinnettuja lukuja. Soveltamalla jäljellä oleviin maihin kuuden valitun maan julkisyhteisöjen kokonaismenojen prosentiosuusjakauman ensimmäisen ja kolmannen kvartiilin arvoa (0,18 % ja 0,69 %) ja niiden julkisesti käyttämän BKT:n prosentiosuusjakauman ensimmäisen ja kolmannen kvartiilin arvoa (0,08 % ja 0,37 %) saadaan kaikkien kokonaismenojen intervallitasteikko.

**Taulukko 1: Tiettyjen täydelliset tiedot toimittaneiden maiden vertailu ja lisätietoja niiden huumeaineisiin liittyvien julkisten menojen koostumuksesta**

Maa	Ilmoitetut kokonaismenot			Osuus kokonaismenoista eri osa-alueilla	
	Määrä (miljoonaa euroa)	Osuus julkisista kokonaismenoista <sup>(1)</sup> (%)	Osuus (%) BKT:stä <sup>(2)</sup>	Sosiaali- ja terveydenhuolto <sup>(3)</sup> (%)	Lainvalvonta <sup>(4)</sup> (%)
Belgia <sup>(5)</sup>	185,9	0,14	0,07	43	54
Unkari	43,5	0,11	0,05	23	77
Alankomaat	2 185,5	0,96	0,43	25	75
Suomi	272,0	0,36	0,18	76	24
Ruotsi (2002)	1 200,0	0,80	0,46	60	40
Yhdistynyt kuningaskunta	2 290,0	0,29	0,13	51	49

<sup>(1)</sup> Julkisyhteisöjen vuotuiset kokonaismenot (lähde: Eurostat).

<sup>(2)</sup> Vuotuinen bruttokansantuote (lähde: Eurostat).

<sup>(3)</sup> Sosiaali- ja terveydenhuoltomeneihin sisältyvät hoito, haittojen vähentäminen, terveysalan tutkimus sekä valistus-, ehkäisy- ja sosiaaliset toimet. Suomen osalta luku sisältää "pääteiden väärinkäytön ehkäisyyn" lisäksi omaisuusvahingot, seurannan ja tutkimuksen.

<sup>(4)</sup> Lainvalvontameneihin sisältyvät poliisin, asevoimien, tuomioistuinten, vankiloitten, tullin ja valtiovarainhallinnon menot.

<sup>(5)</sup> Belgia käytti lisäksi 3 prosenttia ilmoitetuista kokonaismenoista "politiikan hallinnointiin".

Lähteet: Kansalliset yhteyspisteet ja Eurostat.

rajat ylittäviin hankkeisiin olisi tänä vuonna käytössä 3 miljoonaa euroa. Huumeongelman eri osa-alueilla työskentelevät organisaatiot voivat saada rahoitusta myös muista uusista rahoitusvälineistä, kuten rikosten ehkäisemistä ja torjuntaa koskevasta ohjelmasta, kansanterveysohjelmasta vuosiksi 2007–2013 ja seitsemänstä TTK-puiteohjelmasta vuosiksi 2007–2013. Lisäksi komissio ja jäsenvaltiot ovat vuodesta 2005 alkaen osarahoittaneet huumeisiin liittyviä avustushankkeita kolmansissa maissa yli 750 miljoonalla eurolla.

Vastauksena huumeaineiden torjuntaa koskevaan EU:n toimintasuunnitelmaan vuosiksi 2005–2008 EMCDDA pyrkii parhaillaan kehittämään menetelmän, jonka avulla jäsenvaltiot, jäsenedokasvaltiot ja Norja voivat koota standardoituja tietoja huumeaineisiin liittyvistä menoista. Näin EMCDDA voi arvioida sekä huumeongelmaan käytetyt julkiset kokonaismenot että niiden jakautumisen eri toimiin.

## EU-lainsäädännön ja -politiikan kehitys

Euroopan komissio esitti vuoden 2006 lopussa ensimmäisen tilannekatsauksensa <sup>(6)</sup> huumeaineita koskevan EU:n toimintasuunnitelman (2005–2008) täytäntöönpanosta. Siinä arvioitiin, missä määrin vuodeksi 2006 suunniteltu toiminta oli toteutunut ja oliko suunnitelmassa vuodeksi 2006 asetetut tavoitteet saavutettu. EMCDDA osallistui tähän hankkeeseen tuottamalla useita raportteja. Vastaava hanke toteutetaan vuonna 2007 ennen huumeaineita koskevan EU:n

toimintasuunnitelman vaikutusten lopullista arviointia, jonka Euroopan komissio esittää vuonna 2008.

Euroopan komissio julkisti kesäkuussa 2006 vihreän kirjan kansalaisyhteiskunnan roolista Euroopan unionin huume politiikassa <sup>(7)</sup>, sellaisena kuin se määrittellään huumeaineita koskevassa toimintasuunnitelmassa. Vihreän kirjan tavoitteena on selvittää, miten voitaisiin parhaiten järjestää jatkuva vuoropuhelu huumeongelman parissa toimivien kansalaisyhteiskunnan organisaatioiden kanssa. Sidosryhmiä kehoitettiin kommentoimaan kahta vuoropuhelun vaihtoehtoa: huumeaineita käsittelevää kansalaisyhteiskunnan foorumia, joka tarjoaisi puitteet säännöllisesti toteutettaville epävirallisille kuulemisille, tai nykyisten verkostojen linkittämistä aihepiireittäin.

### Tiedot huumeidenkäytön sosiaalisista kustannuksista

Vain muutamat maat ovat ilmoittaneet tietoja huumeidenkäytön sosiaalisista kustannuksista. Suomessa (vuoden 2004 tiedot) huumeiden käyttöön, lääkkeiden väärinkäyttö mukaan luettuna, liittyvien välillisten kustannusten laskettiin olevan suurin piirtein 400–800 miljoonaa euroa, josta ennen aikaisen kuoleman takia menetettyjen ihmishenkien kustannusten osuus oli 306–701 miljoonaa euroa ja tuotannonmenetyksen osuus 61–102 miljoonaa euroa. Laittomien huumeiden käytön sosiaaliset kustannukset olivat arviolta 907 miljoonaa euroa Ranskassa vuonna 2003 ja arviolta 29,7 miljoonaa euroa Luxemburgissa vuonna 2004.

<sup>(6)</sup> [http://ec.europa.eu/justice\\_home/doc\\_centre/drugs/strategy/doc/sec\\_2006\\_1803\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf)

<sup>(7)</sup> [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fin/com/2006/com2006\\_0316fi01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fin/com/2006/com2006_0316fi01.pdf)



Kansalaisyhteiskunnan osallistuminen EU:n huume politiikkaan on lisäksi yksi päätavoitteista huume torjuntaa ja -tiedotusta koskevassa erityisohjelmassa vuosiksi 2007–2013 (7), jota Euroopan komissio on ehdottanut osana perusoikeuksien ja oikeusasioiden yleisohjelmaa. Huumeohjelman yleisenä tavoitteena on tehdä Euroopasta vapaa, turvallinen ja oikeudenmukainen alue parantamalla tiedotusta huumeidenkäytön vaikutuksista sekä ehkäisemällä ja vähentämällä huumeidenkäyttöä, huumeriippuvuutta ja huumeista aiheutuvia haittoja. Ohjelman määrärahat vuosiksi 2007–2013 ovat yhteensä 21 miljoonaa euroa. Huumeohjelmaa käsitellään vielä Euroopan parlamentissa ja neuvostossa, joiden on tarkoitus hyväksyä se yhteispäätös menettelyssä.

## Uusia kansallisia lakeja

### Tarjonnan vähentäminen

Jäsenvaltiot tekivät viime vuonna lukuisia lainmuutoksia kysynnän vähentämisen alalla, mutta useat maat toteuttivat vuonna 2006 toimenpiteitä myös parantaakseen lainsäädäntöä, joka koskee huume kauppaa ja tarjonnan vähentämiseen liittyviä kysymyksiä.

Irlannissa merkittävistä muutoksista voidaan mainita vuoden 2006 rikosoikeuslaki (Criminal Justice Act 2006), joka sisältää uutena rikoksena huumeiden toimittamisen vangeille, epäsosiaalista käyttäytymistä koskevat säännökset ja ehdotukset, joissa vahvistetaan 10 vuoden pakollisen vähimmäisrangaistuksen määräämistä katukaupassa vähintään 13 000 euron arvoisten huumeiden kaupasta. ”Rikollisjärjestön” (sellaisena kuin se määritellään laissa) jäsenyys tai sen toiminnan helpottaminen on rangaistava teko, ja on perustettu huumerikollisrekisteri, jonka mukaan huumeainekaupasta tuomittujen on ilmoitettava poliisille osoitteensa vankilasta vapautuessaan. Prosessioikeudellisia muutoksia tehtiin puolestaan Unkarissa, jossa kansallisen poliisin päämajan perussäännöllä pyrittiin kodifioimaan kaikki huumeaineisiin ja niiden lähtöaineisiin liittyvä poliisitoiminta yhdeksi, kattavaksi laiksi huumerikosten torjunnan helpottamiseksi.

Myös tiettyjen huumeainekaupan torjunnan välineiden käyttöä koskevia menettelyjä otettiin käyttöön tai parannettiin. Virossa laajennettiin valvontaa muuttamalla huumeaineista ja psykotrooppisista aineista annettua lakia ja siihen liittyviä lakeja toukokuussa 2005. Romaniassa kesäkuussa 2006 säädetyllä lailla otettiin käyttöön eurooppalainen pidätysmääräys ja luotiin menettelyjä sen soveltamiseksi sekä toimenpiteitä, joilla parannetaan oikeudellista yhteistyötä, valvontaa ja rajojen yli tapahtuvaa oikeudenkäyntimenettelyjen toteuttamista ja siirtoa. Bulgariassa lokakuussa 2005 annetulla

uudella rikosoikeudenkäyntimenettelylailla säännellään valvottuja läpilaskuja, luottamuksellisia maksutapahtumia ja peitetutkintaa. Siinä on myös säännöksiä todistajien tilapäisestä suojelusta huumejutuissa ja joissakin olosuhteissa todistajien henkilöllisyyden suojelusta sekä erityissääntöjä tällaisten todistajien kuulustelusta ja peitetehtävissä toimivien poliisien käytöstä.

Muissa maissa syyttäjien käytettävissä on vastaavia välineitä. Tšekissä huumeainekosten syytteenpanossa vedotaan usein rikosoikeudenkäyntimenettelylakiin, jossa säädetään todistajien henkilöllisyyden suojelusta ja henkilöiden tarkkailusta. Todistajien suojelusta annettua lakia on myös sovellettu laajasti huumejutuissa Kyproksessa.

Kokaiinikaupan viimeaikainen kasvu on keskittänyt huomion Karibianmeren alueeseen. Alankomaissa Schipholin lentoasemalla on alkuvuodesta 2003 lähtien toiminut erityistuomioistuin, jolla on vankilatilat. Vuoden 2005 alusta kaikki tietyistä Karibianmeren alueen maista saapuneet lennot on tarkastettu 100-prosenttisesti. Vuonna 2004 pidätettiin keskimäärin 290 huume kuriiria kuukaudessa, mutta luku aleni 80:een kuukaudessa alkuvuoteen 2006 mennessä. Ranskassa lokakuussa 2005 säädetyllä lailla lujitetaan yhteistyötä Karibianmeren alueen kanssa, jotta lento- ja meriteitse tapahtuva laitton huumeainekauppa voitaisiin pysäyttää.

### Huume testaus koskeva lainsäädäntö

Muutamassa maassa on otettu käyttöön lainsäädäntöä, jolla sallitaan tai määritellään kuljettajien, pidätettyinä olevien henkilöiden, vankien tai työntekijöiden huume testaus erilaisissa tilanteissa tai jolla säännellään sitä.

Kuljettajien yllätysratsiat paikalla käytettävien pikatestauslaitteiden avulla sallitaan nykyisin Liettuassa kansallisen liikenneturvallisuusohjelman hyväksymisestä vuosiksi 2005–2010 annetun päätöslauselman mukaan ja Luxemburgissa liikennevalvontalain muuttamista koskevan vuoden 2004 lakiluonnoksen nojalla. Latviassa voidaan nyt muutetun rikoslain mukaisesti rangaista kuljettajia, joiden uskotaan käyttävän ajoneuvoa päihtyneenä ja jotka kieltäytyvät testistä, ja vankeustuomio on mahdollista langettaa, jos henkilö kieltäytyy testistä toistamiseen vuoden sisällä. Niin ikään Latvian muutetussa poliisilaissa säädetään, että henkilö voidaan siirtää lääkintöalan laitokseen sen selvittämiseksi, onko hän käyttänyt alkoholia tai narkootisia, psykotrooppisia tai myrkyllisiä aineita, ja siinä viitataan ministeriöiden antamiin yksityiskohtaisiin menettelysääntöihin. Kuljettajien huume testaus koskevia menettelyjä kuvataan tarkemmin vuoden 2007 erityiskysymyksessä ajamisesta huumeiden vaikutuksen alaisena.

(7) KOM(2006) 230 lopullinen.

Pidätettyinä olevien henkilöiden erityisryhmiä voidaan nyt huumetestata Skotlannissa Englannin ja Walesin linjauksen mukaisesti, ja Irlannin oikeus-, tasa-arvo- ja lakiuudistusministeriön kesäkuussa 2005 julkaisemassa uusien vankilasääntöjen luonnoksessa otetaan käyttöön mahdollisuus vankien pakolliseen huumetestaukseen. Perusteluiksi mainitaan järjestyksen, turvallisuuden ja terveyden ylläpitäminen, ja testaus tapahtuisi virtsa-, sylki- ja/tai hiusnäytteistä.

Norjassa työpaikoilla voitiin ennen tehdä huumetestejä työntekijän tai työnhakijan suostumuksella, mutta tilanne on nyt muuttunut. Vuoden 2005 työympäristölain 9 §:n 4 momentin tultua voimaan työnantaja voi vaatia työntekijää tai työnhakijaa tekemään huumetestin vain laeissa ja asetuksissa säädetyissä olosuhteissa tai jos työn suorittamiseen päihytyneenä liittyy erityisen suuria riskejä tai jos työnantaja katsoo testauksen olevan välttämätöntä työntekijöiden tai kolmannen osapuolen hengen ja terveyden suojelemiseksi. Suomessa uusi valtioneuvoston asetus huumausaineteisteistä työpaikalla sisältää kattavia säännöksiä suostumuksesta sekä testilaboratorioiden, näytteiden ja testi tulosten laatuvaatimuksista.

Tšekissä poliisin, vankilahenkilöstön tai työnantajien tekemiin huumetesteihin sovellettavat säännöt määrätään nyt laissa nro 379/2005 toimenpiteistä, joilla suojellaan tupakkatuotteiden, alkoholin ja muiden riippuvuutta aiheuttavien aineiden haittavaikutuksilta. Ammattitarkastus on pakollinen, jos voidaan kohtuudella olettaa, että aineiden käyttö saattaa henkilön tilaan, josta voi aiheutua haittaa hänelle itselleen tai muille. Laissa täsmennetään myös, milloin poliisilla, vankilahenkilöstöllä tai työnantajilla on oikeus tehdä puhallustesti tai ottaa sylkinäyte. Lääkärintarkastuksia, joihin kuuluu puhallustesti ja biologisten näytteiden otto, voidaan suorittaa vain terveydenhoitotiloissa, ja niihin vaaditaan riittävä ammatillinen ja käytännön pätevyys.

## Huumausainerikokset

Huumausainerikosten torjuntaa pidetään Euroopassa ensisijaisena asiana. Tämä näkyy siinä, että kyseinen tavoite on EU:n nykyisessä huume-strategiassa keskeinen toiminta-alue väestön turvallisuutta koskevan päämäärän saavuttamiseksi.

Huumausaineita koskevassa EU:n toimintasuunnitelmassa vuosiksi 2005–2008 todetaan, että vuoden 2007 aikana olisi hyväksyttävä yhteinen määritelmä käsitteelle ”huumausainerikos” Euroopan komission ehdotuksesta. Komissio laatii ehdotuksensa EMCDDA:n sille toimittamien

tutkimusten perusteella. Se, mitä ”huumausainerikoksella” tarkoitetaan, vaihtelee tieteenaloittain ja tutkijoittain, mutta käsitteen voidaan katsoa pitävän sisällään neljä pääryhmää: *psykofarmakologiset rikokset* (psykoaktiivisen aineen vaikutuksen alaisuudessa tehdyt rikokset), *ansaitsemistarkoituksessa tehdyt rikokset* (rikokset, joiden tarkoituksena on saada rahaa, tavaraa tai huumeita huumeriippuvuuden ylläpitämiseksi), *systemiset rikokset* (laittomien huume-markkinoiden toiminnan yhteydessä tehdyt rikokset) ja *huumelainsäädännön vastaiset rikokset* (mukaan luettuina käyttö, hallussapito, välitys, salakuljetus jne.) (ks. myös EMCDDA, 2007a).

Kolmen ensiksi mainitun huumausainerikoslajin määritelmiä on joskus vaikea soveltaa käytännössä, ja tiedot niistä ovat vähäisiä ja hajanaisia. ”Ilmoitukset”<sup>(8)</sup> huumerikoksista ovat rutiininomaisesti saatavilla kaikista tässä raportissa tutkituista Euroopan maista. Tiedot kuitenkin heijastelevat eroja maiden kansallisessa lainsäädännössä, tavoissa, joilla lakeja sovelletaan ja pannaan täytäntöön, sekä rikosoikeusviranomaisten prioriteeteissa ja resursseissa erilaisia rikoksia varten. Maiden välillä on huomattavia eroja myös huumerikoksia koskevissa tietojärjestelmissä, varsinkin ilmoitus- ja kirjaamiskäytännöissä eli siinä, mitä niihin kirjataan ja milloin ja miten tiedot kirjataan. Näiden erojen takia maiden vertailu voi olla hankalaa, minkä vuoksi on järkevämpää vertailla suuntauksia kuin absoluuttisia lukuja ja ottaa huomioon maiden asukasluvut analysoitaessa Euroopan keskimääräisiä suuntauksia. Kaiken kaikkiaan EU-tasolla huumerikoksista tehdyt ”ilmoitukset” lisääntyivät keskimäärin 47 prosenttia vuosina 2000–2005 (kaavio 1). Tietojen mukaan suuntaus on nouseva kaikissa tietojä antaneissa maissa lukuun ottamatta Latviaa, Portugalia ja Sloveniaa, missä määrät olivat yleisesti ottaen laskevia viiden vuoden ajanjaksolla<sup>(9)</sup>.

Käyttörikosten ja kauppaan liittyvien rikosten välinen tasapaino vaihtelee, mutta useimmissa Euroopan maissa valtaosa rikoksista liittyy huumeiden käyttöön tai hallussapitoon käyttöä varten, Espanjassa vuonna 2005 peräti 91 prosenttia rikoksista<sup>(10)</sup>. Tšekissä, Luxemburgissa, Alankomaissa, Turkissa ja Norjassa suurin osa huumausainerikoksista liittyy välitykseen ja salakuljetukseen, ja tällaisten rikosten osuus kaikista vuonna 2005 ilmoitetuista huumausainerikoksista oli enimmillään 92 prosenttia (Tšekki).

Kannabis oli useimmissa Euroopan maissa edelleen yleisin huume, johon tilastoidut huumerikokset liittyivät<sup>(11)</sup>. Näissä maissa kannabikseen liittyvien rikosten osuus kaikista huumerikoksista vaihteli 42:sta 74 prosenttiin vuonna 2005.

<sup>(8)</sup> Termi ”ilmoitukset” on lainausmerkeissä, koska sillä tarkoitetaan eri asioita eri maissa (poliisiraportit epäillyistä huumerikollisista, huumerikossyytteet jne.). Tarkat määritelmät maittain, ks. huumerikoksiin liittyvät metodologiset huomautukset vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(9)</sup> Ks. taulukko DLO-1 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(10)</sup> Ks. taulukko DLO-2 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(11)</sup> Ks. taulukko DLO-3 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

Tšekissä olivat yleisimpiä metamfetamiinirikokset, joiden osuus oli 53 prosenttia kaikista huumerikoksista; Luxemburgista tuli eniten ilmoituksia kokaiinista (35 % huumerikoksista).

Kannabikseen liittyviä huumerikoksia koskevien ”ilmoitusten” määrä pysyi ennallaan tai lisääntyi vuosina 2000–2005 useimmissa maissa, joista saatiin tietoa, ja kasvua oli EU:n tasolla keskimäärin 36 prosenttia (kaavio 1). Suuntaus oli kuitenkin laskeva Tšekissä (2002–2005) ja Sloveniassa (2001–2005).

Kannabis on kaikissa tietoja antaneissa maissa Luxemburgia ja Alankomaita lukuun ottamatta yleisempi rikoksissa, jotka koskevat käyttöä tai hallussapitoa käyttöä varten, kuin muissa huumerikoksissa. Kannabiksen käyttöön liittyvien rikosten osuus on kuitenkin laskenut vuodesta 2000 lähtien useissa maissa (Kreikka, Italia, Kypros, Itävalta, Slovenia ja Turkki) ja viimeisen tarkastelujakson (2004–2005) aikana valtaosassa maista, joista saatiin tietoa. Tämä voi johtua siitä, että lainvalvontaviranomaiset ovat näissä maissa vähentäneet kannabiksen käyttäjiin kohdistuvia toimia muiden huumeiden käyttöön verrattuna <sup>(12)</sup>.

Kokaiiniin liittyvät rikokset lisääntyivät vuosina 2000–2005 kaikissa Euroopan maissa lukuun ottamatta Saksaa, missä määrä pysyi suhteellisen vakaana. EU:n keskiarvo nousi 62 prosenttia samalla ajanjaksolla (kaavio 1).

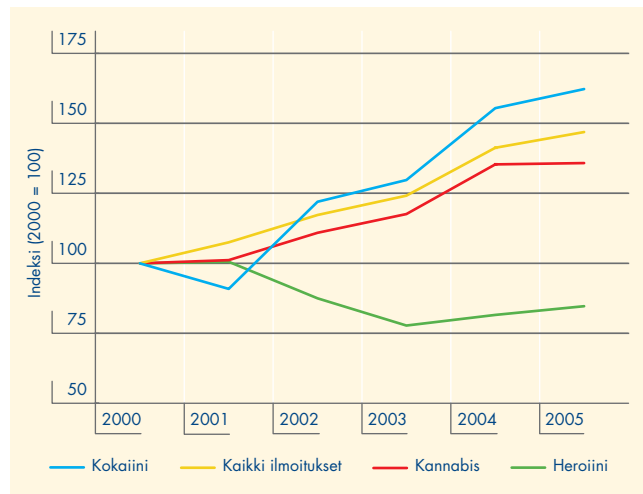
Heroiinirikoksista vuosina 2000–2005 tehtyjen ”ilmoitusten” tilanne poikkeaa kannabis- tai kokaiinirikosten tilanteesta, sillä kaiken kaikkiaan ilmoitusten määrä laski Euroopan unionissa keskimäärin 15 prosenttia, pääasiassa vuosina 2001–2003. Heroiinirikosten kansallisissa suuntauksissa on kuitenkin ollut vaihtelua tarkastelujakson aikana, sillä kolmasosassa maista suuntaus on nouseva <sup>(13)</sup>.

## Huumeongelmaa koskeva tutkimus

### Rahoitus

Huumeisiin liittyvää tutkimusta Euroopassa rahoitetaan kansallisten yhteyspisteiden mukaan kansallisin ja yhteisön julkisin varoin. Usean jäsenvaltion mukaan huumeitutkimusta rahoitetaan yleisin kansallisin tutkimusvaroin (Saksa, Alankomaat, Suomi, Yhdistynyt kuningaskunta), terveysministeriön tutkimusvaroin (Italia) tai kansallisen huumekoordinointiviraston hallinnoimien varoin (Ranska, Ruotsi). Romaniassa tutkimusta rahoitetaan kansainvälisten järjestöjen kautta, kuten hi-viruksen ja aidsin sekä tuberkuloosin ja malarian torjuntaan liittyvä maailmanlaajuinen rahasto.

**Kaavio 1:** Indeksoidut suuntauksien EU:n jäsenvaltioissa vuosina 2000–2005 ilmoitetuissa huumerikoksissa



*Huom.* Suuntauksien perustuvat kaikkien EU:n jäsenvaltioiden lainvalvontaviranomaisten ilmoittamiin tietoihin kansallisista huumerikoksilmoituksista (rikosoikeudellisesti rangaistavat ja muut). Kaikki tietosarjat on indeksoitu vuoden 2000 perustason 100 ja painotettu maan väestömäärän mukaan koko EU:ta koskevan suuntauksen esittämiseksi.

Tässä käytetään yleistermiä ”huumerikoksia koskevat ilmoitukset”, koska määritelmässä ja tutkimusyksiköissä on suuria eroja maiden välillä; ks. lisätiedot vuoden 2007 tilastotiedotteen kohdassa ”Drug law offences: methods and definitions”.

Maita, joilta puuttuvat tiedot vähintään kahdelta perättäiseltä vuodelta, ei ole otettu mukaan suuntausten laskelmiin: kokonaissuuntaus perustuu 24 maahan, heroinia koskeva suuntaus perustuu 14 maahan, kokaiinia koskeva 14:ään ja kannabista koskeva 15 maahan.

Lisätietoja, ks. kaavio DLO-6 tilastotiedotteessa.

*Lähteet:* Reitoxin kansalliset yhteyspisteet ja väestötietojen osalta <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.

### Tutkimustoiminta

Kun vertaisarvioitujen tieteellisten julkaisujen otetaan tieteellisen toiminnan mittariksi, tällaisten vuosina 2005 ja 2006 ilmestyneiden ja kansallisissa raporteissa mainittujen julkaisujen analyysi paljastaa, että tutkimuksen aihekohtaiset painopisteet vaihtelevat maittain.

Vieroitushoito näyttää olevan tärkeä tutkimusaihe, ja valtaosassa tutkimuksista on tarkasteltu korvaushoidon eri osa-alueita. Ehkäisevää huumeetä koskevilla tutkimuksella on paljon pienempi osa kansallisissa raporteissa mainitussa tieteellisessä kirjallisuudessa. EMCDDA:n viiden avainindikaattorin osalta eniten on tartuntatauteja käsitteleviä julkaisuja ja toiseksi eniten julkaisuja, joissa käsitellään huumeidenkäytön levinneisyyttä nuorten keskuudessa.

Kansallisissa raporteissa mainitut tieteelliset julkaisut vaihtelevat maittain. Saksan raportissa lainataan erityisen usein hoidosta, varsinkin C-hepatiittitartunnan saaneiden huumeidenkäyttäjien hoidosta, tehtyjä tutkimuksia, kun taas

<sup>(12)</sup> On syytä huomata, että kannabikseen liittyvien käyttörikosten absoluuttinen määrä on nousussa osassa niitä maita, joissa kannabiksen käyttöön liittyvien rikosten osuus oli laskenut.

<sup>(13)</sup> Euroopan keskiarvossa ei näy, että heroiinirikosten määrä on noussut joka toisessa tietoja antaneessa maassa. Tämä johtuu lähinnä siitä, ettei Euroopan keskiarvo sisällä maita, joista ei ole saatu tietoja kahtena peräkkäisenä vuonna, mutta myös siitä, että Euroopan keskiarvossa otetaan huomioon maiden väkiluvut [jolloin joidenkin maiden luvut saavat suuremman painoarvon kuin toisten maiden luvut].

Alankomaiden raportissa keskitytään uusiin hoitomenetelmiin. Yhdistyneen kuningaskunnan mainitsemissa tutkimuksissa käsitellään lähinnä huumeiden ongelmakäyttöä, rikoksia ja markkinakysymyksiä. Harvat viittaukset neurotieteellisiin tutkimuksiin ovat pääasiassa peräisin Alankomaista; Ranskan MILDT on kuitenkin myös rahoittanut useita tutkimushankkeita tällä alalla.

Äskettäin käynnistyneet tutkimusohjelmat osoittavat, että jäsenvaltioiden kansallisessa tutkimuksessa on samantapaisia painopisteitä. Saksassa nykyinen kansallinen tutkimusrahoitus kohdennetaan siten, että hoitopalvelut vastaisivat mahdollisimman hyvin hoidon kysyntää, ja tähän kuuluu perustutkimus. Alankomaissa aloitettiin vuonna 2006 riskikäyttäytymistä ja huumeriippuvuutta koskeva tutkimusohjelma. Yhdistyneessä kuningaskunnassa on vastikään käynnistetty tutkimuksia hoitojärjestelmien laadusta ja hyvin nuorista huumeiden ongelmakäyttäjistä. Uusissa jäsenvaltioissa keskitytään lähinnä luomaan tieteellistä perustaa niiden seurantajärjestelmille, esimerkiksi nuorisotutkimusten kautta.

### EU:n tutkimus

EU:n rahoitus huumeisiin liittyvään tutkimukseen kanavoidaan tutkimuksen puiteohjelmien kautta, ja uusin niistä, seitsemäs

puiteohjelma (2007–2013), käynnistettiin vuoden 2006 lopussa. Tutkimushankkeet, joista saatiin tulokset vuonna 2005/2006, liittyivät EU:n viidennen tutkimuksen puiteohjelman (1998–2002) elämänlaatuohjelmaan. Näissä hankkeissa käsiteltiin esimerkiksi huumeriippuvaisten rikoksenteijöiden puolipakollista hoitoa Euroopassa (QCT), kokaiinin ja crack-kokaiinin käyttäjien tuentarvetta Euroopassa (Cocineu) sekä integroituja palveluja, joiden tavoitteena on kaksoisdiagnosi ja optimaalinen toipuminen riippuvuudesta (Isadora).

### Ajaminen huumeiden vaikutuksen alaisena, EMCDDA:n vuosiraportti 2007: erityiskysymykset

Psykoaktiiviset aineet voivat heikentää henkilön kykyä ajaa autoa siinä määrin, että onnettomuuksien ja loukkaantumisten riski kasvaa. Ajamista huumeiden vaikutuksen alaisena koskeva erityiskysymys antaa yleiskuvan erilaisten tätä aihetta koskevien tutkimusten tuloksista. Siinä keskitytään kannabikseen ja bentsodiatsepiineihin sekä tätä ongelmakäyttäytymisen muotoa koskevaan ehkäisevään huumetyöhön ja lainsäädäntöön.

Tämä erityiskysymys on saatavilla painetussa muodossa ja Internetin kautta ainoastaan englanniksi (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



## Luku 2

# Huumeongelman torjunta Euroopassa pääpiirteittäin

Huumausaineita koskevassa EU:n toimintasuunnitelmassa vuosiksi 2005–2008 kehoitetaan jäsenvaltioita lisäämään tehokkaiden, monipuolisten ja helposti saatavilla olevien ennaltaehkäisyä, hoitoa, haittojen vähentämistä ja yhteiskuntaan sopeutumista koskevien menetelmien tarjontaa. Tässä luvussa käsitellään lähemmin näitä Euroopan huumeongelman osa-alueita.

Ehkäisystrategioita voidaan kohdistaa eri ryhmiin – koko väestöstä erityisiin riskiryhmiin – ja sovellettavat menetelmät vaihtelevat vastaavasti. Hoitoa ja haittojen vähentämiseen tärkeitä toimia on saatavana myös huumeidenkäyttäjille ja huumeriippuvaisille, ja niiden tehoa on arvioitu tulostutkimuksissa varsin monessa maassa. Haittojen vähentämiseen tärkeillä toimilla pyritään ehkäisemään huumekuolemia ja vähentämään terveyshaittoja, esimerkiksi hiv- tai C-hepatiittitartuntoja. Heroiini-riippuvuutta hoidetaan yleensä korvaushoidolla, ja kannabis-, amfetamiini- ja kokaiini-riippuvuutta varten on kehitetty erityisohjelmia. Hoidon onnistuttua seuraavana askeleena on yhteiskuntaan sopeuttaminen. Kuten jäljempänä kuvataan, monien huumeidenkäyttäjien elinolot ovat kehnot, ja sosiaalisen kuntoutuksen strategioissa joudutaan usein ratkaisemaan huomattavia ongelmia.

Kunkin toimenpiteen osalta annetaan esimerkkejä eri maista ja esitellään tutkimustuloksia, joiden mukaan ne joko ovat tai eivät ole tehokkaita.

### Ehkäisevä huumeet

Yksittäisten ehkäisystrategioiden vaikutuksia ei yleisesti ottaen voida mitata huumeidenkäytön levinneisyydessä väestötasolla todettavilla muutoksilla. Jokaista ehkäisystrategiaa voidaan kuitenkin verrata laajaan näyttöön sen selvittämiseksi, onko kyseessä näyttöön pohjautuva toimenpide vai ei. Tämä edellyttää hyviä tietoja ehkäisevän huumeiden sisällöstä, kattavuudesta ja määrästä.

#### Saatavilla olevien tietojen parantaminen: seuranta, laadunvalvonta ja arviointi

Jäsenvaltiot valvovat yhä enemmän ehkäisevää huumeet, ja samalla ne toimittavat tietoa toimenpiteiden sisällöstä ja saatavuudesta. Saksa, Alankomaat ja Norja ovat

parantaneet tietojen kattavuutta. Kreikassa, Italiassa, Kyproksessa ja Liettuassa seurataan kouluissa tehtävää ehkäisevää huumeet, Kreikassa, Puolassa, Suomessa ja Ruotsissa tutkitaan paraikaa yhteisökeskeisiä ehkäisystrategioita, ja Ranskassa on perustettu keskitetty järjestelmä ehkäisevän huumeiden seuranta varten. Joissakin maissa (Tšekki, Galician autonominen alue Espanjassa, Unkari ja Norja) keskitytään jo näyttöperustaan, kun toimenpiteille haetaan rahoitusta, ja niissä harkitaan hyväksymisjärjestelmien käyttöönottoa. Portugalissa, Romaniassa ja Suomessa ehkäisevän huumeiden ohjelmille on asetettu vähimmäistason laatuvaatimukset.

Unkarista ja Alankomaista saatujen tietojen mukaan näyttöä siltä, että ehkäisevän huumeiden seuranta järjestelmien ja laatuvaatimusten olemassaolo parantaa hankkeista raportointia ja niiden arviointia ja siten toimenpiteiden laatu.

Useimpia ehkäisevän huumeiden ohjelmia ei arvioida. Arvioinnin kohteena olevista ohjelmista arvioidaan yleensä pikemminkin "toimenpiteen laajuus ja vastaanotto" kuin "se, missä määrin tavoitteet on saavutettu" (Kreikan kansallinen raportti).

Muutaman viime vuoden aikana ehkäisevän huumeiden vaikuttavuutta on tarkasteltu Saksassa (Bühler ja Kröger, 2006) ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Canning *et al.*, 2004; Jones *et al.*, 2006) sekä Maailman terveysjärjestössä (WHO) (Hawks *et al.*, 2002). Tästä on hyötyä ehkäisystrategioiden hyviä käytäntöjä määriteltäessä. Uusimmassa ja kattavimmassa tutkimuksessa (Bühler ja Kröger, 2006) arvioitiin 49 korkealaatuista yleiskatsausta kuten selontekoja ja meta-analyyskejä päihteiden väärinkäytön ehkäisemisestä ja tehtiin päätelmiä ehkäisevän huumeiden strategioiden tehokkuudesta. Erilaisten ehkäisystrategioiden vaikuttavuutta käsitellään jäljempänä tämän tutkimuksen ja muiden tutkimusten tulosten perusteella.

#### Joukkotiedotuskampanjat

Teoksessa Hawks *et al.* (2002) päätellään asiakirjan HDA (2004) mukaisesti seuraavaa: "Pelkän joukkotiedotusvälineiden käytön ei ole varsinkaan muiden, ristiriitaisten vaikutteiden keskellä todettu olevan tehokas

### Näyttöön pohjautuvat käytännöt

Näyttöön pohjautuvat käytännöt ovat interventioita (esim. huumehoito), joiden on johdonmukaisesti osoitettu tieteellisten selvitysten (esim. tutkimusten) perusteella johtavan asiakkaan kannalta toivottuun lopputulokseen (esim. huumeidenkäytön vähenemiseen). Tehokkuutta ja vaikuttavuutta käytetään yleisesti arviointiperusteina, kun määritetään, voidaanko interventiota pitää näyttöön perustuvana käytäntönä (Brown *et al.*, 2000; Flay *et al.*, 2005).

Tehokkuudella mitataan sitä, miten hyvin interventio toimii ihanteellisissa tutkimusoloissa. Tehokkuus määritetään joko kontrolloidussa tutkimuksessa, jossa osalle osallistujista suoritetaan testattava interventio ja kontrolliryhmälle toinen interventio tai ei mitään interventiota, tai mieluiten satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa, jossa osallistujille suoritetaan satunnaisesti toinen kahdesta interventiosta (Cochrane Collaboration, 2007). Yleisesti arvellaan, että vain satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa tai kontrolloiduissa tutkimuksissa – mieluiten prosessiarviointiin yhdistettynä – voidaan osoittaa intervention tehokkuus ja näin luoda perusta tulevalle käytännölle ja politiikalle.

Osallistujien satunnainen jakaminen joko interventioryhmään tai kontrolliryhmään ei kuitenkaan valitettavasti ole aina mahdollista.

Vaikuttavuudella mitataan sitä, miten hyvin interventio toimii tavanomaisissa oloissa. Interventiot, jotka ovat osoittautuneet lupaaviksi kontrolloiduissa tutkimuksissa, toteutetaan usein

yhteisössä, jotta saadaan selville niiden toimivuus rutiinoloissa. Vaikuttavuustutkimuksissa eli hoitotuloksia koskevissa kansallisissa tutkimuksissa tarkastellaan lähinnä intervention vaikutusta terveyteen tai muita merkittäviä tuloksia, jolloin saadaan näyttöä toimivista keinoista.

Näytön saamista hankaloittaa kuitenkin se, ettei vielä ole päästy yksimielisyyteen siitä, miten tehokkuus- tai vaikuttavuustutkimusten laatua voidaan arvioida ja millaisen tutkimusmenetelmän (esim. määrällisen tai laadullisen) avulla voidaan parhaiten saada näyttöä toimivista keinoista. Siksi päätelmät toimivista keinoista voivat olla erilaisia. Se, miten erilaisia näytön lähteitä voidaan arvioida ja punnita päätöksentekoprosessissa, on edelleen haaste. Tämä on vieläkin hankalampaa sellaisten interventioiden kohdalla, joista ei ole vielä saatu kattavaa näyttöperustaa mutta jotka tuntuvat kokemuksen perusteella vaikuttavilta.

Näistä vaikeuksista huolimatta perusoletuksena on yhä, että näytön avulla voidaan parantaa terveydenhuollon käytäntöjä ja toimintalinjoja ja että on syytä edistää keskustelua näyttöön pohjautuvista käytännöistä sekä vahvistaa näytön arviointia varten selkeät kriteerit.

EMCDDA osallistuu tähän tietojenvaihtoon ja edistää näyttöön pohjautuvien käytäntöjen levittämistä kehittämällä verkkoportaalin, joka sisältää yleiskatsauksen uusimpaan saatavilla olevaan näyttöön eri interventioiden vaikuttavuudesta, interventioiden laadun parantamisen välineisiin sekä esimerkkeihin EU:n jäsenvaltioiden parhaista käytännöistä. Cochrane Collaboration on portaallissa tärkeä tiedonlähde.

keino vähentää erilaisten psykoaktiivisten aineiden käyttöä. Sen on kuitenkin todettu lisäävän tietoisuutta ja tukevan poliittisia aloitteita.” Muu näyttö viittaa kuitenkin siihen, että joukkotiedotuskampanjoilla voi olla myönteisiä vaikutuksia, jos niitä käytetään tukitoimenpiteenä muiden strategioiden vahvistamiseksi (Bühler ja Kröger, 2006).

Teoksessa Binnie *et al.* (2006) arvioitiin Skotlannin ”Know the score” -kokaiinikampanjaa ja todettiin, että 30 prosenttia käyttäjistä jätti luultavimmin käyttämättä kokaiinia nähtyään mainoksen, mutta 56 prosenttia ilmoitti, ettei kampanja muuttanut heidän aikomustaan käyttää kokaiinia, ja 11 prosenttia väitti, että he entistä todennäköisemmin käyttäisivät kokaiinia. Yhdysvaltojen hallituksen kannabiskampanjan tuoreessa uudelleenarvioinnissa vahvistettiin aiempi havainto, jonka mukaan kampanjalla (myönteisestä palautteesta ja kohderyhmien eriyttämisestä huolimatta) ei ollut vaikutusta kannabista käyttämättömien nuorten asenteisiin kannabiksen käyttöä kohtaan, mutta kampanja vaikutti epäsuotuisasti nuorten käsityksiin muiden kannabiksen käytöstä (GAO, 2006).

Muutamassa yksittäistapauksessa painopiste on kuitenkin siirtynyt tietoisuuden lisäämisestä (useimpien joukkotiedotuskampanjojen tavoite) sosiaalis-emotionaalisen

tiedon tarjontaan (jolloin pyritään muuttamaan mielikuvia esimerkiksi kannabiksen käytöstä). Esimerkiksi Alankomaissa toteutetussa kampanjassa välitettiin sellaista viestiä, ettei ole hullua olla polttamatta kannabista, sillä 80 prosenttia nuorista ei myöskään polta <sup>(14)</sup>. Myös Irlannin kansallisessa ehkäisevän huumeiden kampanjassa pyritään poistamaan tiettyjä kannabikseen liitetyjä harhaluuloja, kuten käsitykset, joiden mukaan se on ”luonnonmukaista” ja ”luonnollista”.

### Laillisia päihteitä koskevat ympäristöön liittyvät strategiat

Päihteen hinnan ja/tai sen käytön laillisen ikärajan nostamisen on osoitettu vaikuttavan myönteisesti käytön vähentämiseen, mutta nämä keinot ovat mahdollisia vain laillisten päihteiden, kuten alkoholin ja tupakan, kohdalla (Bühler ja Kröger, 2006). Tällaiset ympäristöön liittyvät strategiat ovat toistaiseksi olleet lähinnä Pohjoismaihin tai Yhdysvaltoihin rajoittuva ilmiö, pääasiassa alkoholiin keskittyviä ja tuloksiltaan lupaavia (Lohrmann *et al.*, 2005; Stafström *et al.*, 2006). Vähitellen on kuitenkin syntymässä kokonaisvaltaisia yhteisökeskeisiä lähestymistapoja, joissa alkoholia ja tupakkaa kohdellaan samoin kuin laittomia päihteitä. Belgiassa, Bulgariassa, Tanskassa, Liettuassa, Luxemburgissa, Alankomaissa, Puolassa, Slovakiassa

<sup>(14)</sup> Ks. <http://www.drugsinfo.nl>.

ja Norjassa on nykyisin käytössä yhteisökeskeisiä strategioita tai niissä keskustellaan alkoholin ja tupakan saatavuutta sääntelevistä lisäveroista tai laeista. Tällaisten strategioiden tarkoituksena on vähentää kulutusta nuorten keskuudessa, luoda alkoholista vapaita alueita tai lisätä turvallisuutta yöelämän ympäristöissä. Koulujen osalta Euroopassa (Kuntsche ja Jordan, 2006) ja muualla (Aveyard *et al.*, 2004) tehdyt tuoreet tutkimukset vahvistavat, että normatiivinen asenneilmasto ja epäviralliset verkostot vaikuttavat voimakkaasti laillisia päihteitä ja kannabista koskevaan kulutuskäyttäytymiseen. Koulussa sovellettavien sääntöjen käyttöönottoa harkitaan nyt entistä vahvemmin Saksassa, Irlannissa ja Italiassa <sup>(15)</sup>.

### Yleinen ehkäisevä huumetyö

Sosiaalisen vaikuttamisen tai elämänhallinnan malleihin perustuvat vuorovaikutteiset ohjelmat ovat osoittautuneet tehokkaiksi kouluissa, mutta erillisinä toteutetuista yksittäisistä toimenpiteistä (esimerkiksi pelkkä tiedonvälitys, affektiivinen kasvatus tai muut ei-vuorovaikutteiset toimenpiteet) on esitetty kielteisiä arvioita (Bühler ja Kröger, 2006). Organisatorisista syistä ehkäisevä huumetyö kouluissa on yleensä paikallisviranomaisten vastuulla, etenkin Pohjoismaissa, Ranskassa ja Puolassa.

Osa tutkijoista on katsonut, että täydentävillä yleisillä terveys- ja elämäntaito-ohjelmilla saataisiin aikaan suurempi muutos kuin pelkkään elämäntaitoon perustuvilla valistusohjelmilla, jolloin toimenpiteet kannattaisi sisällyttää perusteltuun terveystiedon opintokokonaisuuteen (Hawks *et al.*, 2002). Näin on ilmeisesti tehtykin lähes kaikissa jäsenvaltioissa. Lisäksi useassa jäsenvaltiossa (esim. Italia, Liettua, Alankomaat, Slovakia, Yhdistynyt kuningaskunta) ehkäisevää huumetyötä käsitellään terveydellisten ja sosiaalisten näkökohtien, kuten väkivallan, mielenterveysongelmien, syrjäytymisen, heikon koulumenestyksen sekä tupakan ja alkoholin käytön yhteydessä osana kansanterveydellistä ehkäisytyötä, jolloin voidaan myös entistä paremmin keskittyä nimenomaan haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien tarpeisiin.

Malleihin perustuvien ohjelmien karttamista perustellaan usein sillä, etteivät ne sovellu paikallisiin oloihin tai yksittäisten yhteisöjen tarpeisiin (Ives, 2006). Vastakkaisen näkemyksen mukaan standardoitujen ehkäisyohjelmien etuna kuitenkin on, että protokollat sisältävät selkeitä ohjeita, joiden perusteella voidaan luoda vakaita täytäntöönpanorakenteita ja opettajankoulutusjärjestelmiä. Tämä edistää yhteisiä täytäntöönpanonormeja silloinkin, kun koulut ja yhteisöjen tilanteet ovat hyvin erilaisia.

Monissa jäsenvaltioissa (Bulgaria, Italia, Latvia, Liettua, Luxemburg, Itävalta, Romania) ehkäisyohjelmien sisältö painottuu tietoisuuden lisäämiseen, tiedonvälitykseen ja erillisten tapahtumien (kuten asiantuntijavierailujen) järjestämiseen <sup>(16)</sup>, vaikka onkin saatu näyttöä, jonka mukaan muut menetelmät voivat olla näitä tehokkaampia.

Sosiaaliseen vaikuttamiseen perustuvat ohjelmat ovat yleisiä kouluissa etenkin Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja standardoituja ohjelmia tarjoavissa maissa, kuten Saksassa, Irlannissa, Kreikassa, Espanjassa, Norjassa ja kohta myös Tanskassa.

Yleisen yhteisökeskeisen ehkäisevän huumetyön osalta huumausaineita koskevia suunnitelmia löytyy useimmista tai kaikista kunnista 12 jäsenvaltiossa, ja ne ovat poliittinen painopiste kymmenessä maassa. Tällaiset ohjelmat toteutetaan yleensä tiedotustapahtumien ja toisinaan vaihtoehtoisten harrastusmahdollisuuksien tarjonnan muodossa. Yleinen perhelähtöinen ehkäisevä huumetyö koostuu enimmäkseen vanhempainilloista tai tiedotustoimista ja harvemmin vanhempien intensiivikursseista.

### Valikoiva ehkäisevä huumetyö

Jäsenvaltioissa kiinnitetään yhä enemmän huomiota kokonaisuun haavoittuvassa asemassa oleviin yhteisöihin suunnattuihin ehkäisystrategioihin <sup>(17)</sup>. Se tarkoittaa, että tällaiset yhteisöt täytyy tunnistaa esimerkiksi käyttämällä standardoituja arviointivälineitä, kuten Yhdistyneen kuningaskunnan vähäosaisuusindeksiä (Index of Multiple Deprivation) tai sosioekonomisia indikaattoreita, kuten erityisjärjestely- tai koulutusnormeja (opetuksessa jälkeen jääneiden oppilaiden määrä tai tukioppilaiden määrä).

Kun kohdeyhteisöt on tunnistettu (esim. Ranskassa on "haavoittuvassa asemassa olevia taajama-alueita" tai koulujen yhteydessä "ensisijaisia oppimisyhteisöjä"), näille vähäosaisille ryhmille voidaan suunnata lisämäärärahoja. Irlannissa, Kyproksessa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa toteutetaan jo valikoivia ehkäisyhankkeita useimmilla näistä alueista, ja Portugalissa ollaan juuri toteuttamassa tällaista strategiaa. Tarjonta vaihtelee Viron, Kreikan, Ranskan ja Slovakian neuvontapalveluista Luxemburgin ja Itävallan kenttätöyöhankeisiin, ja kohteena ovat toisinaan nimenomaan etniset ryhmät. Lisäksi tietyissä uusissa jäsenvaltioissa (Bulgaria, Liettua, Unkari, Puola ja Romania) on toteutettu paljon toimia haavoittuvassa asemassa olevissa perheissä. Useimmista jäsenvaltioista painopisteenä on päihteiden käyttö perheessä, mutta muutamassa maassa (Kreikka, Liettua, Unkari, Yhdistynyt kuningaskunta)

<sup>(15)</sup> Ks. myös <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>.

<sup>(16)</sup> Tietojen lähteenä SQ 22 ja 25.

<sup>(17)</sup> Lisätietoja ehkäisevästä huumetyöstä ja erityisesti riskiryhmistä ja -tekijöistä, ks. aiemmat vuosiraportit ja vuoden 2007 erityiskysymys alaikäisten huumeidenkäytöstä.



lähestymistapaa on laajennettu kaikkiin sosiaalisesti heikossa asemassa oleviin perheisiin.

Vertaispohjaisia lähestymistapoja käytetään myös yleisessä ehkäisevässä huumetyössä, mutta niiden käyttö on entistä yleisempää valikoivassa ehkäisevässä huumetyössä (Irlanti, Alankomaat, Itävalta, Puola ja Norja). Parkin ja McKeganey (2000) totesivat vertaispohjaisia lähestymistapoja koskevassa katsauksessaan, että tällaisten ohjelmien suurimmat vaikutukset kohdistuvat itse vertaiskouluttajiin pikemminkin kuin kohderyhmään. Vaikuttaa siltä, että tällaiset lähestymistavat voivat tehokkaammin muuttaa tietoisuutta ja asenteita kuin käyttäytymistä. Vertaisohjelmia ei arvioida juuri lainkaan, mutta kun niitä arvioidaan (esim. Free Style Norjassa), arvioinnin kohteena on yleensä vain se, miten hankkeissa on onnistuttu tavoittamaan nuoria johtohahmoja kouluissa ja onko niissä pystytty vaikuttamaan vertaisjohtohahmojen tietoisuuteen tai asenteisiin.

Vaikka valikoivan ehkäisevän huumetyön suosio onkin kasvamassa, varovaisuus on tarpeen etenkin otettaessa riskiryhmässä olevia nuoria mukaan vertaisohjelmiin (Cho *et al.*, 2005; Dishion ja Dodge, 2005), sillä negatiiviset vaikutteet saattavat levitä haavoittuvassa asemassa olevissa ryhmissä. Tällaiset tahattomat vaikutukset, jotka ovat itse toimenpiteen aiheuttamia, voivat lisätä päihteiden käyttöä tai riskikäyttäytymistä. Ei-toivotut lopputulokset eivät kuitenkaan liity pelkästään valikoivaan ehkäisevään huumetyöhön, vaan niitä voi esiintyä myös joukkoviestinten välityksellä tapahtuvassa tiedotuksessa ja yksittäisissä ehkäisytoimissa (ks. edellä).

## Hoitotyö ja haittojen vähentämiseen tähtäävä työ

### Hoitajärjestelmien viimeaikainen kehitys

Huumeidenkäyttäjien hoito tapahtuu useimmiten avohoidossa, johon sisältyy myös yleislääkäreiden vastaanotto. Avohoitoverkostoja on edelleen laajennettu viime vuosina, ja maantieteellistä leviämistä on tapahtunut useassa maassa, Bulgaria, Viro, Kreikka, Liettua, Romania ja Suomi mukaan luettuina; sitä vastoin hoitolaitosten määrä on pysynyt vakaana useimmissa maissa.

Latvia, Unkari, Romania ja Slovakia kuuluvat niihin maihin, joissa erikoistuneiden huumehoitolaitosten maantieteellinen kattavuus on hyvin suppea. Palveluntarjoajien verkoston viimeaikaisista laajennuksista huolimatta korvaushoitoon on edelleen jonotuslistoja Kreikassa, samoin kuin Unkarissa ja Puolassa.

Laitoshoido, jota aiemmin suosittiin heroiiniriippuvuuden hoidossa monessa Euroopan maassa, on nykyisin verrattain harvinaista, ja valtaosaa opioidien käyttäjistä hoidetaan

avohoidossa. Laitospalvelut ovat kuitenkin samanaikaisten vakavien somaattisten ja psyykkisten sairauksien vuoksi yleistyessä sellaisten ikääntyvien ja pitkäaikaisten käyttäjien hoidossa, jotka tarvitsevat vaativaa hoitoa. Hoitolaitosten taustalla oleva perusajatus ja niiden toimintatapa ovat muuttuneet huomattavasti vuosien varrella tarpeiden muuttuessa. Hoitoa ja sairaanhoitoa, mukaan luettuina psykiatrinen hoito, erittäin tehokas antiretroviraalinen hoito ja maksasairauksien hoito, annetaan yhä useammin samoissa tiloissa, ja ylläpitohoidon käyttö asiakkaiden tilan vakiinnuttamiseksi on lisääntynyt.

### Avohoidossa olevien huumeidenkäyttäjien ominaispiirteet

Hoidon kysynnän indikaattorista saatujen tietojen avulla voidaan luonnehtia hoitokeskuksissa käyvien potilaiden ja jossakin määrin myös kaikkien huumeidenkäyttäjien sosioekonomista asemaa<sup>(18)</sup>. Koska avohoitoon pääsy on useimmissa maissa helpompaa ja vähemmän valikoivaa kuin muu hoitopääsy, tästä asiakasryhmästä saadut tulokset on syytä ekstrapoloida koskemaan huumeidenkäyttäjää yleensä.

Vuonna 2005 yhteensä 20 Euroopan maata 29:stä ilmoitti, että avohoitokeskuksissa oli 315 000 huumehoitoasiakasta. Tiedot saatiin yli 4 000 hoitoyksiköstä. Noin puolta (53 %) avohoitoasiakkaista hoidetaan pääasiallisesti opioidien käytön takia ja loppuosaa pääasiallisesti muiden huumeiden, etenkin kannabiksen (22 %) ja kokaiinin (16 %), käytön takia. Useimmiten pääasiallisena käytettävä huume vaihtelee maiden välillä.

Noin 80 prosenttia avohoitoasiakkaista on miehiä, joiden keski-ikä on noin 30 vuotta (28 vuotta hoitoon ensimmäisen kerran hakeutuneilla), ja heidän elinolonsa ovat yleisesti ottaen kehnot muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna. Noin 60 prosenttia avohoitoasiakkaista ei ole saanut koulutusta perusasteen jälkeen, ja noin kymmenesosa näistä asiakkaista ei ole päättänyt edes perusasteen koulutusta. Noin puolet asiakkaista oli säännöllisessä työsuhteessa ja noin puolet oli työttömiä ennen avohoitoon tuloa; useimilla avohoitoasiakkailta on pysyvä asunto (85 %). Heistä 40 prosenttia asuu vanhempiensa luona ja 19 prosenttia yksin. Merkittävä vähemmistö (15 %) avohoitoasiakkaista asuu lastensa kanssa joko yksin tai kumppaninsa kanssa, mikä saattaa hankaloittaa huumeidenkäyttäjän elämää ja olla riskitekijä lapsille.

Huumehoidossa olevien asiakkaiden sosioekonomista tilannetta koskevia tietoja voidaan täydentää joistakin maista saaduilla kansallisilla tiedoilla, jotka on eriteltä pääasiallisesti käytetyn huumeen mukaan. Esimerkiksi Saksassa 67 prosenttia heroiininkäyttäjistä on työttömiä tai työvoimaan kuulumattomia, kun heitä on kokaiinin takia hoitoon tulleista 53 prosenttia ja kannabiksen takia hoitoon tulleista 35 prosenttia; 74 prosentilla opioidien käyttäjistä

<sup>(18)</sup> Lisätietoja tässä kohdassa mainituista luvuista, ks. TDH-taulukot ja -kaaviot vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

ja 63 prosentilla kokaiinin takia hoitoon tulleista koulutus on jäänyt vähäiseksi (Sonntag *et al.*, 2006).

### Uudet suuntaukset

Useassa maassa on vastikään perustettu erikoispalveluja, joiden kohteena ovat huumeidenkäyttäjien erityisryhmät, kuten naispuoliset huumeidenkäyttäjät, kodittomat injektioikätyt, seksityöntekijät tai nuoret ja erittäin nuoret huumeidenkäyttäjät (ks. vuoden 2007 erityiskysymys alaikäisten huumeidenkäytöstä). Muissa maissa lääkahoitovaihtoehtoja on laajennettu erityisten käyttäjäryhmien tarpeisiin, jotta hoidon kattavuus paranisi. Esimerkiksi buprenorfiiniylläpitohoito on nyt luvallista Maltassa (19).

### Erilaisten huumeidenkäyttäjärühmien hoito

Jäsenvaltiot katsovat enenevässä määrin, että on tärkeää tarjota asianmukaisia hoitopalveluja kannabiksen ja kokaiinin ongelmakäyttäjille. Kannabiksen kohdalla hoito-, neuvonta- ja ehkäisyohjelmat ovat Euroopassa usein kytköksissä toisiinsa, jotta tavoitettaisiin suuri määrä käyttäjiä. Parhaillaan toteutetaan uusia, esimerkiksi Internetiä hyödyntäviä viestintästrategioita, jotta voitaisiin tavoittaa sellaiset kannabiksen käyttäjät, joilla kyse ei ole enää kokeilusta muttei vielä ongelmakäytöstäkään. Kannabista koskevia erityisiä hoitopalveluja ja -ohjelmia ei toistaiseksi ole ollut laajasti saatavilla Euroopassa, mutta sellaisia on tällä hetkellä kehitteillä (ks. luku 3).

Jäsenvaltioissa, joissa kokaiinihoidon kysyntä on suurta, on myös alettu teettää tätä koskevia tutkimuksia, mutta tilannetta mutkistaa se seikka, että jauhemaisen kokaiinin ja crack-kokaiinin käyttäjät kuuluvat yleensä varsin erillisiin yhteiskuntaryhmiin (ks. luku 5). Toistaiseksi valtaosaa psykostimulanttien käyttäjistä, amfetamiinien käyttäjät mukaan luettuina, hoidetaan kuitenkin erityispalvelujen puuttuessa perinteisten, opioidikeskeisten hoitopalvelujen yhteydessä, ja hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden koulutukselle on Euroopassa selkeä tarve.

### Heroiniriippuvuuden hoito

Korvaushoito sai osakseen poliittista kannatusta heroininkäytön torjunnassa 1980-luvun jälkipuoliskolla, ja siitä on sittemmin tullut opioidiriippuvuuden vallitseva hoitomuoto useimmissa maissa (kaavio 2).

Korvaushoidossa käytetyt pääasialliset lääkkeet ovat metadoni ja buprenorfiini. Lääkehoitoon olisi mieluiten yhdistettävä psykologinen neuvonta ja sosiaalinen tuki. Korvaushoitoa annetaan yleensä avohoitona huumehoitoon erikoistuneissa yksiköissä, mutta sitä antavat yhä useammin myös lääkärit yksityisvastaanotoilla. Osassa maista, kuten Saksassa, Ranskassa ja Yhdistyneessä

### Korvaushoitoa koskeva lainsäädäntö

Oikeudellisten yhteyshenkilöiden erityisverkostossa toteutettiin vuonna 2006 kysely, jonka tarkoituksena oli hankkia lisätietoja korvaushoitoon pääsyn perusteita koskevista laeista ja viranomaismääräyksistä sekä lääkemääräys- ja jakelukäytännöistä. Tuloksia saatiin 17 maasta, ja ne täydensivät Euroopan huumeaineita koskevan oikeustietokannan raporttia vuodelta 2003 (1).

Lainsäädännön soveltamisala vaihtelee huomattavasti jäsenvaltioiden välillä. Osassa maista, kuten Belgiassa, korvaushoidosta säädetään erityislaissa; osassa, esimerkiksi Kyproksessa, sen toteutukseen sovelletaan valvotuista aineista annettuja lakeja. Lainsäädännön tehokkuuden ja joustavuuden välillä on tehtävä kompromisseja.

Laissa nimetään yleensä aineet, joita voidaan käyttää korvaushoidossa. Useimmissa tapauksissa korvaushoitoon voidaan määrätä vain metadonia ja buprenorfiinia tai pelkkää metadonia, joskin muutamassa maassa sallitaan muita aineita, kuten morfiini tai kodeiini. Vastaavasti kansalliset hoitopääsyn perusteet vahvistetaan lähes kaikissa maissa joko laeissa tai ministeriöiden asetuksissa tai ohjeissa. Yleisimmät perusteet ovat huumeriippuvuuden diagnoosi ja vähimmäisikä, mutta myös aiempi epäonnistunut lääkkeetön hoito otetaan huomioon. Osassa maista kansallisissa laeissa vahvistetaan seuraamukset hoitosääntöjen rikkomisesta, kun taas osassa asia jää kunkin hoitokeskuksen oman harkinnan varaan.

Laeissa määritellään yleensä myös, kenellä on oikeus antaa lääkemääräys. Tällainen oikeus on yleensä hoitokeskusten lääkäreillä, mutta tietyissä maissa lääkkeen voivat määrätä ketkä tahansa lääkärit tai tietyt koulutetut tai hyväksytyt lääkärit. Käytännössä on harvinaista, että hoitokeskusten ulkopuoliset lääkärit aloittavat korvaushoidon (2). Laissa määritellään vain harvoin enimmäisannoksia. Useimmissa maissa käytetään päällekkäisten lääkemääräysten estämiseksi erillisiä lääkemääräyslomakkeita, mutta useasta maasta löytyy keskusrekisteri ja muutamassa maassa myönnetään erityisiä henkilökortteja. Lainsäädännössä täsmennetään yleensä myös valtuutetut jakelijat, jotka ovat useimmiten apteekkeja tai hoitokeskuksia, mutta osassa maista myös lääkärit voivat jaella lääkkeitä. Useimmissa maissa on myös lakiin, ohjeisiin tai yleensä suvaitsevaisuuteen perustuva järjestelmä, jossa lääkeannokset voidaan viedä kotiin, mutta toisinaan tämä on ehdottomasti kiellettyä.

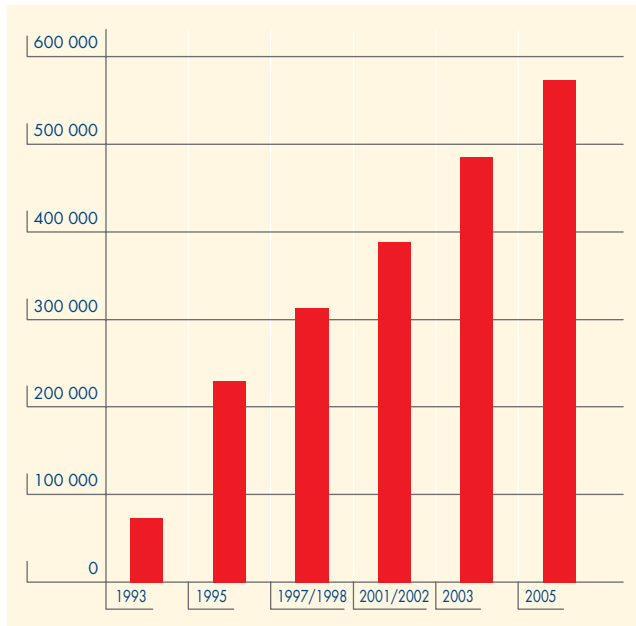
(1) Lisätietoja on osoitteessa <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nodeid=5036>.

(2) Ks. taulukko HSR-6 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

kuningaskunnassa, yleislääkärit ovat vahvasti mukana huumeidenkäyttäjien hoidossa. Osassa maista yhteisössä toimivien lääkäreiden osallistuminen on yhä vähäistä joko oikeudellisista syistä tai siksi, että kiinnostus

(19) Ks. korvaushoidon määrittämiseen liittyvät käytännöt Euroopassa, s. 66.

**Kaavio 2:** Opioidikorvaushoidon arvioitu saatavuus 15 jäsenvaltion EU:ssa vuosina 1993–2005



Huom. Lisätietoja, ks. taulukot HSR-7 ja HSR-8 sekä kaaviot HSR-1 ja HSR-5 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

Lähteet: Kansalliset yhteyspisteet ja raportit; yksityiskohtainen lähdeluettelo, ks. kaavio HSR-5 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

riippuvuushoitoa kohtaan on vähäistä <sup>(20)</sup>. Laadunvalvonta on myös ollut esillä useassa maassa, ja määräyksiä onkin tiukennettu, koulutusvaatimuksia lisätty ja valvontaa ja seurantaa tehostettu <sup>(21)</sup>. Luku 6 käsittelee lähemmin opioidiriippuvuuden hoitoa.

### Haittojen vähentäminen

Tartuntatautiin ehkäiseminen ja huumaussaineiden vähentäminen ovat huumeiden torjunnan keskeisiä tavoitteita EU:ssa, ja nykyisessä toimintasuunnitelmassa asetetaan tavoitteeksi palvelujen saatavuuden lisääminen terveyshaittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi.

Euroopan komissio antoi huhtikuussa 2007 kertomuksen neuvostolle ja Euroopan parlamentille huumaussaineiden väärinkäyttöön liittyvien terveyshaittojen ehkäisemisestä ja vähentämisestä 18. kesäkuuta 2003 annetun neuvoston suosituksen <sup>(22)</sup> täytäntöönpanosta. Kertomuksessa todetaan, että haittojen vähentäminen on kaikissa jäsenvaltioissa määritelty valtakunnallisen tason kansanterveystavoitteeksi. Komission kertomuksen tueksi teetetystä tausta-asiakirjassa annetaan kattava Euroopan laajuinen kuva haittojen

vähentämistä koskevista toimintalinjoista ja toimenpiteistä. Se perustuu lähinnä päättäjien, Reitox-asiiantuntijoiden ja ruohonjuuritason organisaatioiden toimittamiin tietoihin. Tähän tausta-asiakirjaan sisältyy laajoja maakohtaisia selvityksiä <sup>(23)</sup>.

Neuvoston suosituksen perusteella yhä useammat maat ovat mukauttaneet kansallisen politiikkansa yhteisön strategiaan ja painottaneet entistä enemmän haittojen vähentämiseen tähtävien palvelujen tarjonnan laajentamista. Suosituksella näyttää olleen erityisen suuri vaikutus EU:hun vuonna 2004 liittyneissä maissa.

### Sosiaalinen kuntoutus

Epävarmat asumisolot, epämääräinen työtilanne ja aiemmat vankeustuomiot kertovat syrjäytymisestä, joka on leimallista lukemattomien huumeidenkäyttäjien elämäntilanteelle. Monessa Euroopan maassa kenttätöiden kohteena, hoidossa ja korvaushoidossa olevien huumeiden ongelmakäyttäjien määrä on suurempi kuin koskaan, mikä on vastaavasti lisännyt merkittävästi asuntojen, koulutuksen, työpaikkojen ja oikeusavun kysyntää. Hoitojärjestelmien haasteena onkin löytää uusia ratkaisumalleja uusiin asiakasprofiileihin, joille on tunnusomaista tarpeiden monimuotoisuus. Sosiaalista kuntoutusta pidetään nykyisin ratkaisevana tekijänä hoidon onnistumiselle pitkällä aikavälillä.

Joissakin maissa kuntoutus saa osakseen yhä enemmän poliittista huomiota ja panostusta, ja monien maiden ylläpitohoitoa koskevien standardien mukaan asiakkaille olisi tarjottava sosiaalisia hoito- ja kuntoutuspalveluja. Esimerkiksi Irlannin huume-strategian väliarvioinnissa suositeltiin kuntoutuksen sisällyttämistä strategian viidenneksi pilariksi, kun taas Tanskassa työministeriö ja sosiaaliministeriö käynnistivät uusia ohjelmia haavoittuvassa asemassa oleville ryhmille ("jaettu vastuu"). Toisena esimerkkinä on kodittomuuden ehkäisemistä ja torjuntaa koskeva Norjan hallituksen strategia, jossa asetetaan mitattavissa olevia tavoitteita, kuten häätöjen vähentäminen ja pysyvän asunnon saannin helpottaminen, jotta tilapäismajoituksesta tulisi poikkeus. Niin ikään Norjassa köyhyyden torjuntaa koskeva toimintasuunnitelma sisältää avustushjelman, jossa vuonna 2006 jaettiin 6,5 miljoonaa euroa laitossurantapalvelujen tarjoamiseksi kodittomille sekä alkoholin ja huumeiden väärinkäyttäjille. Kreikka, Ranska, Italia, Liettua, Itävalta, Portugali ja Slovakia osallistuvat lisäksi komission Equal-aloitteeseen työttömyyden ja syrjäytymisen alalla <sup>(24)</sup>.

<sup>(20)</sup> Ks. korvaushoitoa koskeva lainsäädäntö (s. 32) ja <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nodeid=5036>.

<sup>(21)</sup> Ks. myös s. 67.

<sup>(22)</sup> Neuvoston suositus, annettu 18 päivänä kesäkuuta 2003, huumaussaineiden väärinkäyttöön liittyvien terveyshaittojen ehkäisemisestä ja vähentämisestä; EUVL L 165, 3.7.2003, s. 31–33.

<sup>(23)</sup> Kumpikin asiakirja on saatavana osoitteessa [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/drug\\_rec\\_en.htm#1](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1).

<sup>(24)</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/equal/index\\_en.cfm](http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm)

EU:ssa kannustettiin myös kehittämään ns. avoin koordinoitimenetelmä, jossa jäsenvaltiot koordinoivat köyhyyden ja syrjäytymisen torjuntaa koskevaa politiikkaansa tietojenvaihtoon ja vastavuoroiseen oppimiseen perustuvassa prosessissa.

Kansalliset sosiokulttuuriset ja taloudelliset piirteet heijastuvat kuntoutustoimiin Euroopassa, mutta näillä toimenpiteillä on myös erilaisia tavoitteita, kohderyhmiä ja edellytyksiä. Bulgaria ja Romania ovat esimerkiksi ainoat maat, jotka mainitsevat katulapsille suunnatut sosiaalisen kuntoutuksen erityishankkeet.

Monessa maassa ohjelmia ja toimia ei ole erikseen kohdistettu huumeidenkäyttäjiiin, vaan ne koskevat haavoittuvassa asemassa olevia yhteiskuntaryhmiä yleensä, ja ne toteutetaan yleensä paikallis- tai aluetasolla. Vallonian alueen viranomaisten vuonna 2003 laatimissa *plans de prévention de proximité* (PPP) -suunnitelmissa köyhyyttä ja huumeriippuvuutta käsitelläänkin paikallisesti toisiinsa kytköksissä olevina kysymyksinä, kun taas Tanskan sosiaalipalvelulaissa kunnat veloitetaan tarjoamaan sosiaalinen toimintasuunnitelma kaikille huumeidenkäyttäjille. Vastaavasti Puolan paikallisilla hallintoviranomaisilla on lakisääteinen velvollisuus sopeuttaa huumeidenkäyttäjät yhteiskuntaan, ja Alankomaissa valtaosa uusista sosiaalisen kuntoutuksen palveluista on kuntien käynnistämiä. Saksassa suojakodit, koulutus ja asuminen ovat osavaltioiden tai kuntien vastuulla, kun taas vammaisille tarkoitetuilla liittovaltiotason ohjelmilla voidaan tukea huumeidenkäyttäjien pääsyä työelämään.

Asumiseen liittyvä tuki ulottuu päivätukikeskuksista, asuntoloista ja lyhytaikaiseen asumiseen tarkoitetuista tiloista tukiasuntoihin, palveluasumiseen ja vuokratukeen. Tuetun asumisen tai rahankäytön hallinnan alalla kartoitetaan innovatiivisia lähestymistapoja, jotta asiakkaat eivät jäisi pitkäksi aikaa riippuvaisiksi palvelusta. Esimerkiksi Tanskassa tarjotaan sopeutumisvalmennusta kuntoutusarvioissa oleville asiakkaille ja pyritään näin vähentämään mahdollisia tulevia ongelmia, joita heillä on omassa asunnossaan, ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa asiakkaita opetetaan tekemään ostoksia, laittamaan ruokaa ja hoitamaan raha-asioita.

Monessa maassa edellä mainituille ryhmille luodaan yleisesti uusia koulutusmahdollisuuksia, mutta ansiotyön saanti on vaikeaa. Se on kuitenkin kohderyhmälle erittäin tärkeää, sillä se tuo paitsi taloudellista vakautta myös itseluottamusta, paikan yhteiskunnassa ja säännöllisen elämänrytmin. Uusia keinoja löytää asiakkaille ansiotyötä ovat kumppanuuksien muodostaminen yksityisyriyten kanssa, mentorointihankkeet ja kannustimien tarjoaminen, kuten harjoittelupalkan tukeminen tai starttilainojen myöntäminen uusille yrityksille. Useassa maassa huumehoitopaikoissa on perustettu omia

## Hoitotuloksia koskevat kansalliset tutkimukset

Kolmessa jäsenvaltiossa (Irlanti, Italia, Yhdistynyt kuningaskunta) on tehty hoitotuloksia koskevia kansallisia tutkimuksia, joissa pyrittiin selvittämään hoitotuloksia seuraamalla huumeiden ongelmakäyttäjien kohorttia tietyssä ajanjaksona eri hoitovuodoissa ja -ympäristöissä. Tutkimuksen tärkeä piirre on, että niissä selvitetään hoitotuloksia olemassa olevissa palveluissa päivittäisissä kliinisisissä olosuhteissa. Yleisiä tutkittuja hoitomuotoja ovat metadoniylläpitohoito, asteittain vähenevä metadonihoido, katkaisuhuolto ja lääkkeettömät interventiot, kuten terapia-yhteisöt ja neuvonta. Huumeiden käyttö, fyysinen ja henkinen terveys, hoidossa pysyminen ja rikollinen käyttäytyminen ovat tärkeimmät käytetyt tulosmuuttajat.

Italian Vedette-tutkimuksessa (1998–2001) pyrittiin arvioimaan eri puolilla maata sijaitsevista julkisista hoitokeskuksista tarjotun hoidon vaikuttavuutta. Hoidossa pysyminen ja heroiininkäyttäjien kuolleisuus olivat tärkeimmät tulosmuuttajat. Yhdistyneessä kuningaskunnassa on toistaiseksi käynnistetty kolme hoitotuloksia koskevaa tutkimusta. Ensimmäinen oli nimeltään National Treatment Outcome Research Study (NTORS), jonka toteutti National Addiction Centre Englannissa ja Walesissa vuosina 1995–2000. Siinä selvitettiin hoitotuloksia laitos- tai yhteisöhoito-ohjelmissa. Osa havainnoista oli myönteisiä, kuten se, että laittomien huumeiden käytöstä pidättäydyttiin yhä useammin, huumeiden käyttöihteys laski, rikokset vähenivät ja terveydentila kohentui. Jotkin pitkän aikavälin tulokset viiden vuoden ajanjaksolla eivät kuitenkaan olleet yhtä tyydyttäviä; esimerkiksi crack-kokaiinin käytössä aluksi havaitun parannuksen vaikutukset olivat osittain kadonneet neljän tai viiden vuoden kuluttua, ja monet huumeidenkäyttäjät joiivat edelleen runsaasti (Gossop *et al.*, 2001).

NTORS-tutkimus päivitetään Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS) -nimisessä tutkimuksessa, joka on meneillään Manchesterin yliopistossa. Tutkimus käynnistettiin vuonna 2006, ja siinä seurataan eri puolilla Englantia asuvia huumeidenkäyttäjiiä ensin 12 kuukauden ajan. Tutkimuksessa pyritään arvioimaan huumehoidon vaikutusta erilaisiin tuloksiin ja keskitytään analysoimaan, millaiset hoitotavat tuottavat parhaat tulokset erityisissä huumeidenkäyttäjien alaryhmissä. Skotlannin Drug Outcome Research Study (DORIS) -tutkimus, jonka toteuttaa Glasgow'n yliopisto, käynnistyi vuonna 2001. Siinä selvitetään hoitoviranomaisten toteuttamien huumehoitopalvelujen, kuten vankilassa tarjottavien palvelujen, vaikutusta ja tehokkuutta. Huumeidenkäyttäjiiä seurattiin pisimmillään 33 kuukauden ajan.

Irlannissa National University of Ireland, Maynooth aloitti vuonna 2003 Research Outcome Study (ROSIE) -nimisen tutkimuksen, jossa arvioidaan huumehoidon vaikuttavuutta seuraamalla hoitoon tulevia opioidien käyttäjiä pisimmillään kolmen vuoden ajan ja dokumentoimalla todetut muutokset (Cox *et al.*, 2006). Vuoden kestäneen seurannan jälkeen tutkimuksessa havaittiin, että huumeidenkäyttö ja rikollinen toiminta olivat vähentyneet selvästi, että kuolleisuus oli alhainen ja että osallistujien fyysisessä ja henkisessä voinnissa oli tapahtunut myönteisiä muutoksia.

sosioekonomisia yrityksiä, joihin asiakkaita on voitu palkata ansiotyöhön. Muissa aloitteissa keskitytään työllisyysilanteen kohentamiseen siten, että profiilit, odotukset ja taidot vastaisivat entistä paremmin työelämän todellisuutta. Esimerkiksi Wiener BerufsBörse toimii välittäjänä asiakkaiden, huumeviranomaisten ja työvoimapalvelujen välillä sekä antaa erityisneuvontaa, jotta asiakkaat pärjäisivät työelämässä. Se auttaa myös löytämään ratkaisuja asiakkaille, jotka eivät pysty enää palaamaan työelämään.

Syrjäytyneet ja ikääntyvät heroiininkäyttäjät, joilla on usein somaattisia ja mielenterveydellisiä ongelmia, ovat kuntoutukselle erityinen haaste. Belgiassa psykiatrisista ongelmista kärsiviä huumeidenkäyttäjiä voidaan hoitaa erikoistuneissa päihdehoitoyksiköissä psykiatrisissa tai yleisissä sairaaloissa tai muissa psykiatrisissa hoitolaitoksissa; Tanskassa psykiatrisista ongelmista kärsiviä huumeidenkäyttäjiä hoidetaan psykiatrisissa hoitolaitoksissa,

ja vaihtoehtoiisiin hoitokoteihin sijoitetaan ikääntyneitä huumeidenkäyttäjiä, jotka eivät kykene selviytymään yksin huumeidenkäytön, dementian tai ongelmakäyttämisen vuoksi. Alankomaissa säädettiin vuonna 2007 uusi sosiaalitulolaki, jossa huumeriippuvuuteen sovelletaan samoja määräyksiä kuin (muihin) kroonisiin psykiatrisiin ongelmiin. Paikalliset asukkaat vastustivat kuitenkin suurta keskitettyä hoitolaitosta, jossa on tilaa 120 kodittomalle ja psykiatrisista ongelmista kärsivälle huumeidenkäyttäjälle. Mielenterveysongelmista kärsivien kohdalla ammattiapu, joka helpottaa tuki- ja yhteyshenkilöverkoston muodostamista, tunnustetaan tärkeäksi osaksi sosiaalista kuntoutusprosessia.

Tietyissä maissa (esim. Bulgaria, Tšekki, Kreikka, Slovenia) suunniteltuja kuntoutusohjelmia tarjotaan vain onnistuneen, pidättäytymiseen pohjautuvan huumeriippuvuushoidon jälkeen, eikä ylläpito-hoidossa oleville asiakkaille ole toistaiseksi saatavana erityisiä kuntoutustoimia.



## Luku 3

# Kannabis

### Johdanto: kannabiksen käyttötavat muuttuvat Euroopassa

Kannabis on maailmassa yleisimmin käytetty laiton huumausaine, ja se on ollut Euroopassa huume keskustelun keskipisteessä 1960-luvulta lähtien, jolloin sen käyttö nivoutui tiiviisti nuorison kasvavaan vastakulttuuriin. Kannabiksen yleisyydestä huolimatta sen käyttötapoja Euroopassa on monimutkaista selvittää. Yhtenä tärkeänä tekijänä kokonaiskuvassa ovat erilaiset kannabistuotteet, joita on nykyään saatavilla Euroopan markkinoilla. Kannabista on ollut Euroopassa saatavilla pääasiallisesti kolmessa muodossa: kannabishartsina, kannabisruohona ja huomattavasti harvinaisempana kannabisöljynä. Kannabishartsin polttaminen tupakan kanssa on useille edelleen tämän huumeen tavallinen käyttötapa, vaikka se on muualla maailmassa melko harvinaista. Eurooppa on edelleen kannabishartsin suurin markkina-alue, mutta myös kannabisruohotuotteet vaikuttavat yleistyneen ja jopa nousseen hallitsevaan asemaan joillakin markkinoilla. Kokonaiskuva on viime vuosina mutkistunut entisestään, kun markkinoille on tullut yhä enemmän Euroopassa tuotettua – ja toisinaan valvotuissa oloissa kasvatettua – kannabista, joka voi olla suhteellisen vahvaakin. Tällaisesta kannabiksesta on tullut monissa maissa itsenäinen erityistuote, ja se vaikeuttaa kannabiksen muuttuvien käyttötapojen kansanterveydellisten vaikutusten arviointia.

### Tarjonta ja saatavuus

#### Tuotanto ja kauppa

Kannabiksen maailmanlaajuisesta tuotannosta on äärimmäisen vaikeaa laatia luotettavia arvioita, koska sitä voidaan kasvattaa monenlaisissa ympäristöissä ja sitä kasvaa luonnonvaraisesti eri puolilla maailmaa. Kannabiksen tuotannon monipuolistumisesta saamansa tiedot huomioon ottaen UNODC on monta vuotta jatkuneen kasvusuuntauksen jälkeen alentanut arviotaan kannabisruohon maailmanlaajuisesta tuotannosta 42 000 tonniin vuonna 2005, kun vuonna 2004 sen määräksi arvioitiin 45 000 tonnia. Lasku johtuu pääasiallisesti siitä, että tuotannon arvioidaan vähentyneen Pohjois-Afrikassa tehostettujen torjuntatoimien ansiosta. Arviolta noin puolet

#### Takavarikkojen ja muiden markkinatietojen tulkinta

Tiettyssä maassa tehtyjä huume takavarikkoja pidetään yleensä huumeiden tarjonnan ja saatavuuden epäsuorana indikaattorina, joskin ne kuvastavat myös lainvalvonnan resursseja, prioriteetteja ja strategioita, raportointikäytäntöjä sekä sitä, miten hyvin kansalliset ja kansainväliset tarjonnanvähentämistoimet tehoavat salakuljettajiin. Takavarikoidut määrät saattavat vaihdella voimakkaasti eri vuosina esimerkiksi siksi, että jonakin vuonna on tehty muutama hyvin suuri takavarikko. Tästä syystä takavarikkojen lukumäärä kertoo enemmän suuntauksista. Vähittäiskaupan tasolla tehdyt pienet takavarikot muodostavat suuren osan takavarikkojen lukumäärästä kaikissa maissa. Jos takavarikoitujen huumeiden alkuperä ja määränpää ovat tiedossa, ne saattavat kertoa salakuljetusreiteistä ja tuotantoalueista. Useimmat jäsenvaltiot ilmoittavat huumeiden puhtauden ja hinnan vähittäiskaupassa. Tiedot ovat kuitenkin peräisin useista erilaisista lähteistä, jotka eivät aina ole vertailukelpoisia, joten maiden välillä on vaikea tehdä tarkkoja vertailuja.

Jotta Euroopan huume takavarikkoja voitaisiin tarkastella laajempaa kokonaistilannetta vasten, tässä raportissa esitetään tiivistetysti tietoa maailmanlaajuisesta tilanteesta. Näiden tietojen pääasiallisena lähteenä on käytetty Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden vastaisen yksikön vuosittain laatimaa raporttia kansainvälisestä huume tilanteesta. On syytä huomauttaa, että tällaisten tietojen kokoaminen on vaikeaa eikä monissa maailman osissa ole kovin kehittyneitä tietojärjestelmiä. Tietoja onkin pidettävä parhaina arvioina, jotka on voitu laatia saatavilla olevien tietolähteiden perusteella.

kannabiksesta kasvatetaan Amerikassa (46 %), toiseksi eniten sitä tuotetaan Afrikassa (26 %) ja kolmanneksi eniten Aasiassa (22 %) (UNODC, 2007).

Marokko on edelleen maailman suurin kannabishartsin tuottaja, ja vaikka kannabiksen viljelyala vaikuttaa tuoreiden selvitysten perusteella pienentyneen vuosina 2004–2005 noin 40 prosenttia, maan arvioidaan silti tuottavan noin 70 prosenttia Euroopassa kulutettavasta kannabishartsista. Viljelmien kokonaispinta-alaa koskevien arvioiden perusteella Marokko tuotti vuonna 2005 mahdollisesti noin 1 066 tonnia kannabista, josta suurin osa oli tarkoitettu Euroopan ja Pohjois-Amerikan markkinoille (CND, 2007; UNODC ja

Marokon hallitus, 2007). Kannabishartsin salakuljetetaan Eurooppaan Pyreneiden niemimaan kautta. Vaikka Marokko on selvästi Euroopan markkinoiden suurin hartsin tuottaja, hartsia tulee myös muista maista (Moldovasta ja Intiasta) erityisesti Keski-Euroopan maihin.

Kannabishartsin tilanne on Euroopassa melko yhtenäinen, mutta samaa ei voida sanoa kannabisruohosta. Vuonna 2005 takavarikoitujen erien lähtömaina olivat muun muassa Albania, Alankomaat, entisen Jugoslavian maat, Angola ja Etelä-Afrikka. Vaikka kannabisruohon kotimaista tuotantoa on vaikea seurata järjestelmällisesti, sitä todettiin vuonna 2005 puolessa raportoineista maista. Osa Euroopassa tuotetusta kannabiksesta kasvatetaan ulkotiloissa, ja sitä on lähes mahdoton erottaa ulkomailta tuodusta kannabisruohosta. Tehoviljely ja melko vahva kannabis vaikuttaa kuitenkin kasvattavan merkitystään ja mahdollisesti markkinaosuuttaan useissa maissa. Lisäksi kannabiksen kotiviljelyn mahdollistavia välineitä on nykyään helppoa saada Internetin kautta tai joissakin maissa erityisiltä toimittajilta. Se, että tätä huumeainetta kasvatetaan sisätiloissa ja usein kohdemarkkinoiden läheisyydessä, saattaa tarkoittaa, että sitä takavarikoidaan harvemmin ja että se näin ollen näkyy tiedoissa puutteellisesti.

### Takavarikot

Koko maailmassa takavarikoitiin vuonna 2005 yhteensä 1 302 tonnia kannabishartsia ja 4 644 tonnia kannabisruohoa. Molemmat määrät laskivat vuodesta 2004. Suurin osa hartsitakavarikoista (70 %) tehtiin edelleen Länsi- ja Keski-Euroopassa, kun taas kannabisruohoa takavarikoitiin eniten Pohjois-Amerikassa (64 %) (UNODC, 2007).

Euroopassa takavarikoitiin vuonna 2005 yhteensä 909 tonnia kannabishartsia noin 303 000 takavarikossa <sup>(25)</sup>. Espanjan osuus takavarikoista oli noin puolet ja takavarikoiduista määristä noin kolme neljäsosaa <sup>(26)</sup>. Hartsitakavarikkojen määrän hienoinen lisääntyminen vuonna 2005 jatkoi vuodesta 2000 lähtien vallinnutta kasvusuuntausta. Sama ei kuitenkaan koske haltuun otettua hartsin määrää, joka laski vuonna 2005 kasvetuun vuosina 2000–2004.

Kannabishartsin ja kannabisruohon aseman välinen ero ilmenee siinä, että vuonna 2005 kannabisruohon osuus takavarikoista oli vain noin puolet (152 000) ja takavarikoidusta kokonaismäärästä alle kymmenesosa (66 tonnia). Kannabisruohon takavarikkojen määrä Euroopassa on kasvanut tasaisesti viiden viime vuoden ajan, mutta takavarikoitujen määrien osalta tilanne ei ole yhtä selvä. Määrät saattoivat kasvaa vuonna 2005 niiden laskettua vuosina 2001–2004. Päätelmät ovat väistämättä vain alustavia, koska Yhdistynyt kuningaskunta, joka vastaa

### Kannabis henkilökohtaiseen käyttöön: oikeudellinen asema

Kannabikseen suhtaudutaan eri tavoin jäsenvaltioiden lainsäädännössä <sup>(1)</sup>, mutta Euroopassa on yleisenä suuntauksena rikosoikeudellisten seuraamusten korvaaminen vaihtoehtoisilla toimenpiteillä silloin, kun kyse on käyttörikoksesta tai pienen kannabismäärän hallussapidosta henkilökohtaiseen käyttöön ilman raskauttavia olosuhteita. Kannabis erotetaan nykyään usein muista laittomista aineista joko lainsäädännössä, syyttäjäille laadituissa ohjeissa tai tuomioistuinkäytännössä. Useissa Euroopan maissa on siirrytty vankeusrangaistuksista sakkoihin, varoituksiin, ehdollisiin tuomioihin, rankaisematta jättämiseen ja neuvontaan. Tästä suuntauksesta kertovat lukuisat tuoreet esimerkit, kuten vankeusrangaistusten poistaminen Luxemburgissa vuonna 2001 ja Belgiassa vuonna 2003 sekä niiden lyhentäminen Kreikassa vuonna 2003 ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa vuonna 2004. Poliiseille ja syyttäjäille on annettu asiaan liittyviä ohjeita Belgiassa vuosina 2003 ja 2005, Ranskassa vuonna 2005 ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa vuosina 2004 ja 2006. Tšekissä aiottiin vahvistaa erilaisia luokkia muille kuin lääkinnällisille huumeaineille, mutta kyseinen rikoslain luonnos hylättiin tähän asiaan liittymättömistä syistä. Kaikesta tästä huolimatta raportoitujen kannabisrikosten määrä kasvaa edelleen Euroopassa (ks. luku 1).

Kannabiskeskustelu jatkuu kiivaana, ja erilaisten kansanterveydellisten ja rikosoikeudellisten toimien kustannus-hyötysuhteesta on voimakasta erimielisyyttä. Tämä näkyy siinä, ettei kaikissa toimenpiteissä ole aina suuntana seuraamusten lieventäminen, vaan joissakin maissa seuraamuksia on tiukennettu tai nykytilanne on kriittisen tarkastelun alla. Tanskassa vuonna 2004 syyttäjäille laaditussa ohjeessa kehoitettiin varoitusten sijaan määräämään sakkoja, ja Italiassa poistettiin vuonna 2006 lainsäädännöstä muiden kuin lääkinnällisten huumeaineiden välinen erottelu ”pehmeisiin” ja ”koviin” huumeisiin. Muissakin maissa on tarkistettu kannabikseen liittyviä toimia, esimerkiksi Alankomaissa julkaistiin vuonna 2005 erityinen kannabisstrategia ja Saksassa on arvioitu kannabiksen hallussapidosta määrättyjen seuraamusten täytäntöönpanoa.

Kannabispolitiikka herättää edelleen vilkasta keskustelua ja vastakkaisia mielipiteitä. Tämä tuli esiin tuoreessa Eurobarometri-kyselyssä (2006), jossa eurooppalaisilta kysyttiin, yhtyivätkö he väitteeseen, jonka mukaan kannabiksen henkilökohtainen käyttö pitäisi laillistaa koko Euroopassa. Hieman yli kaksi kolmasosaa (68 %) vastanneista ei yhtynyt tähän väitteeseen, ja noin neljäsosa (26 %) yhtyi siihen. Vaikka kannabiksen kiellon jatkamista kannattaneiden osuus vaihteli maittain, he olivat kaikissa maissa enemmistönä.

<sup>(1)</sup> Aihetta käsitellään yksityiskohtaisemmin ELDD:n sivustolla <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nodeid=5036>.

<sup>(25)</sup> Tämän osan perustana olevat tiedot Euroopan huumeitakavarikoista esitetään vuoden 2007 tilastotiedotteen taulukoissa SZR-1, SZR-2, SZR-3 ja SZR-4.

<sup>(26)</sup> Tämä on tarkistettava sitten, kun vuoden 2005 tiedot saadaan. Arvioinnissa käytettiin vuodelta 2005 puuttuvien tietojen sijasta vuoden 2004 tietoja.



suurimmasta osasta sekä kannabisruohon takavarikkoja että takavarikoituja määriä, ei ole vielä toimitannut tietoja vuodelta 2005.

Euroopassa takavarikoitiin vuonna 2005 noin 13 500 takavarikossa yhteensä 24 miljoonaa kannabiskasvia (pääasiallisesti Turkissa) ja 13,6 tonnia kannabiskasveja (pääasiallisesti Espanjassa). Kannabiskasvien takavarikot Euroopassa ovat yleisesti katsoen lisääntyneet yhtämittaisesti vuodesta 2000 lähtien. EU:n jäsenvaltioissa kannabiskasvien takavarikkojen määrä saavutti huippunsa vuonna 2001 ja kääntyi vuonna 2003 uudelleen kasvuun, kun taas Turkissa takavarikoitujen kannabiskasvien määrä kasvoi vuosina 2001–2003, laski vuonna 2004 ja kasvoi taas vuonna 2005.

### Hinta ja pitoisuus

Vuonna 2005 sekä kannabishartsin että kannabisruohon keskimääräinen tai tyypillinen vähittäiskaupan hinta vaihteli niin maiden välillä kuin maiden sisälläkin siten, että suurin osa maista ilmoitti kannabistuotteiden hinnaksi 4–10 euroa grammalta <sup>(27)</sup>. Kummankin kannabislajin ilmoitettu keskimääräinen tai tyypillinen hinta vaihteli kuitenkin kahdesta eurosta yli 15 euroon grammaa kohti. Kannabishartsin inflaatiokorjattu keskihinta laski vuosina 2000–2005 kaikissa raportoineissa maissa paitsi Puolassa, jossa hinnat säilyivät ennallaan. Myös kannabisruohon inflaatiokorjattu keskihinta laski tai säilyi ennallaan kyseisenä ajanjaksona kaikissa muissa raportoineissa maissa paitsi Sloveniassa <sup>(28)</sup>.

Kannabistuotteiden väkevyyks määrättyy delta-9-tetrahydrokannabinolin (THC) eli niiden tärkeimmän tehoaineen pitoisuuden mukaan (EMCDDA, 2004). Vuonna 2005 kannabishartsin keskimääräinen tai tyypillinen THC-pitoisuus vaihteli katukaupassa alle prosentista 17 prosenttiin. Näin suurta vaihteluväliä on vaikea selittää, kun otetaan huomioon, että suurin osa Euroopan hartsista on peräisin samasta lähteestä. Kannabisruohon väkevyyks vaihteli alle prosentista hieman yli 15 prosenttiin. Saatavilla olevista tiedoista kotimaista kannabisruohoa ei voida erottaa maahantuodusta, mutta Alankomaat arvioi paikallisesti tuotetun kannabisruohon väkevyydeksi 17,7 prosenttia <sup>(29)</sup>.

## Kannabiksen käytön levinneisyys ja käyttötavat

### Koko väestö

Tuoreet tutkimustiedot vahvistavat, että kannabis on Euroopassa yleisimmin käytetty laiton huumeaine. Sen käyttö lisääntyi 1990-luvulla lähes kaikissa maissa varsinkin nuorten

keskuudessa. Tuoreiden tietojen mukaan kasvusuuntaus on kuitenkin tasaantumassa, joskin historiallisen korkealle tasolle. Toinen tärkeä näkökohta on suuntausten tutkiminen niiden henkilöiden keskuudessa, jotka ovat käyttäneet huumetta runsaasti ja pitkään. Nämä tiedot eivät ole yhtä hyviä, ja voi olla, että entistä useammat nuoret käyttävät kannabista tällä

### Kyselyt – tärkeä väline huumeidenkäytön mallien ja suuntausten ymmärtämiseen Euroopassa

Huumeidenkäyttöä kokonaisväestössä tai koululaisten keskuudessa selvitetään kyselyillä, jotka tuottavat arvioita siitä väestön osuudesta, joka ilmoittaa käyttäneensä huumeita tietyssä ajanjaksona: ainakin kerran elämässä, viimeksi kuluneen vuoden aikana tai viimeksi kuluneen kuukauden aikana.

EMCDDA on laatinut kansallisten asiantuntijoiden kanssa aikuisten haastatteluja varten sarjan yhteisiä keskeisiä kysymyksiä ("eurooppalaisen mallikyselylomakkeen"), jota käytetään useimmissa EU:n jäsenvaltioissa. Eurooppalaista mallikyselylomaketta esitellään tarkemmin oppaassa "Handbook for surveys about drug use among the general population" (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Maiden välillä on kuitenkin vielä eroja menetelmissä ja tiedonkeruuvuosissa, joten maiden välisiä pieniä eroja on tulkittava varoen <sup>(1)</sup>.

Kyselyjen teettäminen on kallista, ja siksi vain harvat maat keräävät tietoja vuosittain. Tämän raportin tiedot perustuvat tuoreimpaan saatavilla olevaan kyselyyn, joka on yleensä tehty vuosien 2003 ja 2006 välisenä aikana.

Huumeidenkäyttöä mitataan kyselyissä yleensä kolmella ajallisella mitalla. Käyttö ainakin kerran elämässä eli levinneisyys on kattavin mitta. Sitä käytetään yleisesti nuorten ikäryhmien, kuten koululaisten yhteydessä, mutta se ei välttämättä anna tarkkaa kuvaa nykytilanteesta aikuisten keskuudessa, joskin se saattaa kertoa käyttötavoista ja käytön tiheydestä. Tässä raportissa pääpaino on käytöllä viimeksi kuluneen vuoden aikana ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana, koska ne heijastavat parhaiten nykytilannetta ja viimeksi mainittu kertoo usein säännöllisesti käytöstä. On tärkeää tunnistaa selkeästi ne henkilöt, jotka käyttävät huumeita säännöllisesti tai joilla on huumeongelma. Siinä on edistytty kehittämällä runsaan käytön arviointiin asteikkoja, ja nämä tiedot on esitetty siltä osin, kuin niitä on ollut saatavilla (ks. laatikko psykometristen asteikkojen kehittämisestä, s. 42).

(1) EMCDDA:n käyttämät ikähaarukat: kaikki aikuiset (15–64-vuotiaat) ja nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat). Joidenkin maiden tiedot kattavat hieman erilaisia ikäryhmiä (kuten 16–64-vuotiaat, 18–64-vuotiaat, 16–59-vuotiaat). Lisätietoja väestötutkimusten menetelmistä ja kussakin kansallisessa kyselyssä käytetystä menetelmästä, ks. vuoden 2007 tilastotiedote.

<sup>(27)</sup> Ks. taulukko PPP-1 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

<sup>(28)</sup> Kannabishartsin ja kannabisruohon hintatietoja analysoitiin 19 maan osalta (joista oli saatavilla tietoja vähintään kolmelta perättäiseltä vuodelta).

<sup>(29)</sup> Kannabiksen väkevyydestä on lisätietoja vuoden 2007 tilastotiedotteen taulukoissa PPP-2 ja PPP-5.

tavalla, mikä saattaa heijastua joissakin maissa havaittuun kannabikseen liittyvän hoidon kysynnän kasvuun.

Varovaisesti voidaan arvioida, että yli 70 miljoonaa eurooppalaista aikuista – toisin sanoen lähes joka neljäs (22 prosenttia) kaikista 15–64-vuotiaista – on käyttänyt kannabista ainakin kerran <sup>(30)</sup>. Kansalliset luvut vaihtelevat kahdesta prosentista 37 prosenttiin siten, että luvut ovat alhaisimmat Bulgariassa, Maltassa ja Romaniassa ja korkeimmat Tanskassa (36,5 %), Ranskassa (30,6 %), Yhdistyneessä kuningaskunnassa (29,8 %) ja Italiassa (29,3 %) <sup>(31)</sup>. Suuresta vaihteluvälisestä huolimatta tietoja toimittaneiden 26 Euroopan maan joukosta 12 ilmoitti kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuudeksi 10–25 prosenttia <sup>(32)</sup>.

Kun tarkastellaan kannabiksen käyttöä viimeksi kuluneen vuoden aikana, ilmoitetut käyttöasteet laskevat, vaikka ne pysyvätkin merkittävinä. Arviolta yli 23 miljoonaa eurooppalaista aikuista, eli noin 7 prosenttia kaikista 15–64-vuotiaista, on käyttänyt kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana. Kansalliset luvut vaihtelevat prosentista 11,2 prosenttiin siten, että alhaisimmat luvut ovat ilmoittaneet Bulgaria, Kreikka ja Malta ja korkeimmat luvut Italia (11,2 %), Espanja (11,2 %), Tšekki (9,3 %) ja Yhdistynyt kuningaskunta (8,7 %). Tässäkin vaihteluväli oli suuri, mutta 13 maata tietoja toimittaneista 25 maasta arvioi kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden osuudeksi 4–9 prosenttia (kaavio 3).

Kannabista viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneisiin kuuluvat myös ne, jotka käyttävät kannabista säännöllisesti mutteivät välttämättä runsaasti. Kannabista on käyttänyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana arviolta 13,4 miljoonaa eurooppalaista aikuista, mikä vastaa keskimäärin noin 4:ää prosenttia kaikista 15–64-vuotiaista. Maiden luvut vaihtelevat 0,5 prosentista 8,7 prosenttiin. Alhaisimmat luvut ovat ilmoittaneet Bulgaria, Malta, Liettua ja Ruotsi ja korkeimmat Espanja (8,7 %), Italia (5,8 %), Yhdistynyt kuningaskunta (5,2 %) ja Ranska (4,8 %). Tietoja toimittaneiden 26 maan joukosta 13 maan luku sijoittuu kahden ja kuuden prosentin välille <sup>(33)</sup>.

### Kannabiksen käyttö nuorten aikuisten keskuudessa

Nuorten keskuudessa kannabiksen käyttöaste on suhteettoman korkea, ja se vaihtelee maittain siten, että 3–49,5 prosenttia eurooppalaisista nuorista aikuisista

(15–34-vuotiaat) ilmoittaa käyttäneensä kannabista ainakin kerran, 3–20 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä sitä viimeksi kuluneen vuoden aikana, ja 1,5–15,5 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä sitä viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Ainakin kerran käyttäneiden osuus on korkein Tanskassa, Ranskassa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Espanjassa, ja viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden osuus on korkein Espanjassa, Tšekissä, Ranskassa ja Italiassa. Keskimäärin 30 prosenttia nuorista aikuisista ilmoittaa käyttäneensä kannabista ainakin kerran, 13 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä sitä viimeksi kuluneen vuoden aikana, ja yli 7 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä sitä viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Vertailun vuoksi voidaan esittää, että 35–64-vuotiaista aikuisista 3 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana ja 1,6 prosenttia viimeksi kuluneen kuukauden aikana <sup>(34)</sup>.

Jos tarkastellaan ainoastaan 15–24-vuotiaita nuoria, kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuus vaihtelee 3:sta 44 prosenttiin (useimmat maat ilmoittavat luvuksi 20–40 %). Tässä ikäryhmässä on kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä 4–28 prosenttia (useimmissa maissa 10–25 %) ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä 1–19 prosenttia (useimmissa maissa 5–12 %). Levinneisyysarviot ovat vielä korkeammat tämän ikäryhmän miesten keskuudessa. Nuorista miehistä kannabista ilmoittaa käyttäneensä ainakin kerran 11–51 prosenttia (useimmissa maissa 25–45 %), viimeksi kuluneen vuoden aikana 5–35 prosenttia (useimmissa maissa 15–30 %) ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana 1,7–23,7 prosenttia (useimmissa maissa 6–20 %) <sup>(35)</sup>.

### Kannabiksen käyttötavat

Edellä tuotiinkin jo esiin, että kannabiksen kuten useimpien muidenkin laittomien huumeainesten käyttö on huomattavasti yleisempää nuorten keskuudessa kuin koko väestössä, joskin maiden välillä on suuria eroja. Käyttö on myös selkeästi yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa, vaikka nuorten parissa tämä ero ei olekaan yhtä selkeä. Miesten suhteellinen osuus yleensä kasvaa, kun tarkastellaan viimeaikaista käyttöä, ja tässäkin on suuria eroja maiden välillä. Esimerkiksi kannabista viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneiden keskuudessa miesten suhde naiseen vaihtelee Italian 1,5:stä Liettuan 1,14:ään (ks. vuoden 2006 erityiskysymys, jossa tarkastellaan huumeidenkäyttöä sukupuolinäkökulmasta).

<sup>(30)</sup> Keskimääräinen osuus laskettiin eri ikäryhmien mukaan painotettujen kansallisten esiintyvyyksilukujen keskiarvona kussakin maassa. Kokonaismäärät laskettiin laskemalla yhteen kunkin maan kyseisiä väestöryhmiä koskevat esiintyvyyksiluvut, ja jos maasta ei ollut saatavilla tietoja, tiedot arvioitiin. Tässä esitetyt luvut ovat luultavasti alin arvio, koska tietoja on saatettu jättää ilmoittamatta.

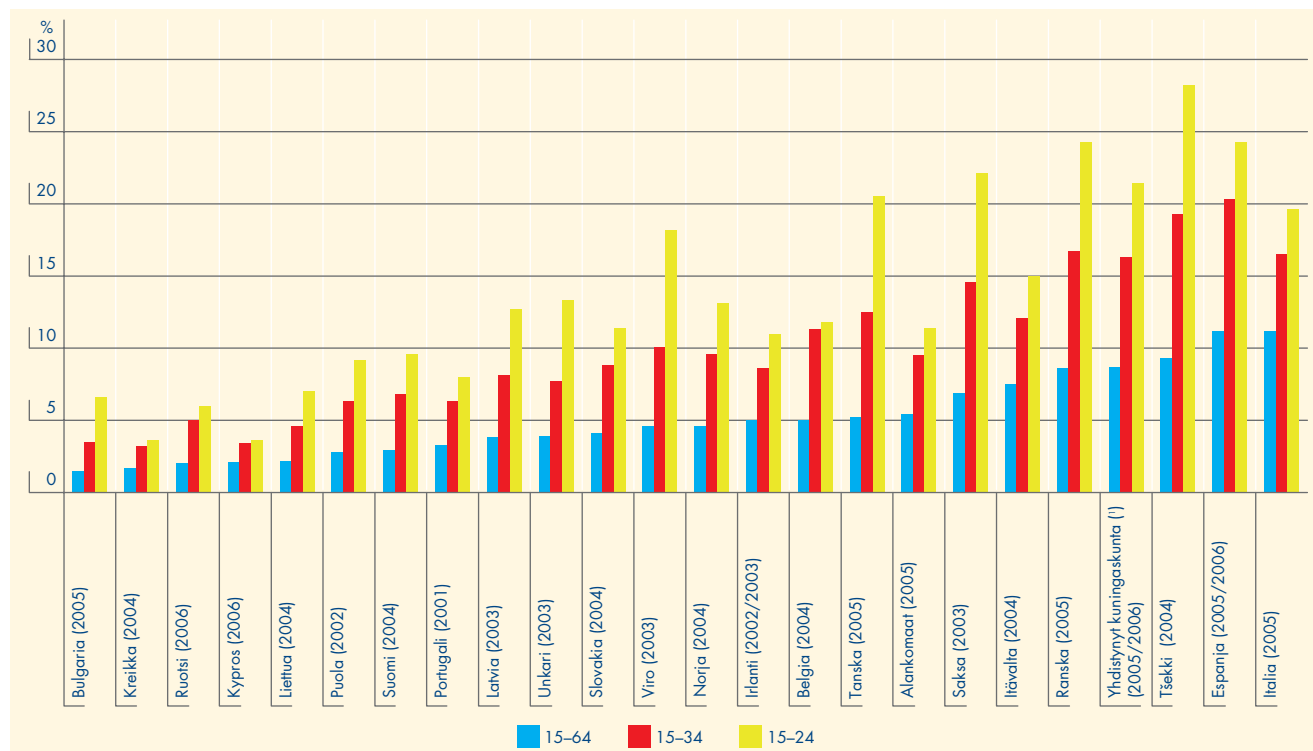
<sup>(31)</sup> Tässä tekstissä esitetyt Yhdistyneen kuningaskunnan luvut perustuvat käytännön syistä vuoden 2006 British Crime Surveyhin (Englanti ja Wales). Lisäksi on laadittu erikseen arviot Skotlannista ja Pohjois-Irlannista sekä yhdistetty arvio koko Yhdistyneestä kuningaskunnasta (ne ovat vuoden 2007 tilastotiedotteessa).

<sup>(32)</sup> Ks. taulukko GPS-8 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(33)</sup> Ks. taulukko GPS-12 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(34)</sup> Ks. taulukot GPS-9, GPS-11 ja GPS-13 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(35)</sup> Ks. taulukot GPS-17, GPS-18 ja GPS-19 sekä kaaviot GPS-1, GPS-3, GPS-7 ja GPS-12 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

**Kaavio 3:** Kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneet aikuiset (15–64-vuotiaat) ja nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat ja 15–24-vuotiaat)

(\*) Englanti ja Wales.

Huom. Tiedot ovat kunkin maan tuoreimmasta väestötutkimuksesta raportointihetkellä. Maat esitetään yleisen (kaikkia aikuisia koskevan) levinneisyysasteen mukaisessa järjestyksessä. Lisätietoja, ks. taulukot GPS-10, GPS-11 ja GPS-18 vuoden 2007 tilastotiedoissa.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2006), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista.

Monet lopettavat kannabiksen käytön lyhyen kokeilujakson jälkeen, ja käyttöaste yleensä laskee ikääntymisen myötä. Saatavilla olevien tietojen perusteella on kuitenkin vaikeaa seurata kannabiksen käyttäjien kehitystä ja havaita muutoksia käyttötavoissa. Asiaa voidaan valaista hieman vertaamalla lukuja, jotka koskevat käyttöä ainakin kerran elämässä, lukuihin, jotka koskevat viimeaikaista kulutusta. Tällainen analyysi viittaa siihen, että kaikista aikuisista (15–64-vuotiaat), jotka ovat joskus käyttäneet kannabista, keskimäärin 32 prosenttia on käyttänyt sitä viimeksi kuluneen vuoden aikana ja 18 prosenttia viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Tämä osuus, jota kutsutaan toisinaan myös ”käytön jatkamisasteeksi”, vaihtelee voimakkaasti maiden välillä, ja siihen vaikuttavat lukuisat tekijät, kuten kannabiksen käytön historia kyseisissä maassa ja uusien tapausten määrä. Kannabiksen käytön kansanterveydellisten vaikutusten selvittämiseksi voi

kuitenkin olla tärkeää tietää niiden kannabiksen käyttäjien osuus, joilla käyttö kehittyi säännölliseksi ja pitkäaikaiseksi. Huumetta säännöllisesti tai runsaasti käyttävien henkilöiden <sup>(36)</sup> määrän pelätään olevan kasvussa, mutta asian tutkimiseen on saatavilla vain vähän tietoa. EMCDDA tekee useiden jäsenvaltioiden kanssa tiiviisti yhteistyötä tätä kysymystä koskevien tutkimusmenetelmien parantamiseksi. Vuonna 2004 EMCDDA arvioi rajallisen tiedon perusteella karkeasti, että noin prosentti eurooppalaisista aikuisista eli noin kolme miljoonaa ihmistä saattaa käyttää kannabista päivittäin tai lähes päivittäin. Arviota on tarkoitus tarkistaa lähitulevaisuudessa. Useat maat ovat raportoineet kannabiksen säännöllisen tai runsaan käytön lisääntymisestä, mutta ainoastaan Espanja on esittänyt päivittäisen käytön lisääntymisestä vertailukelpoista tietoa <sup>(37)</sup>, jonka mukaan se on lisääntynyt 0,7 prosentista kahteen prosenttiin vuosina 1997–2006.

<sup>(36)</sup> ”Kannabiksen runsaalle käytölle” ei ole toistaiseksi esitetty mitään yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Kyseessä on väljä käsite, jolla tarkoitetaan tietyn toistuvuuskyvyn ylittävää käyttöä. Runsa käyttö ei välttämättä merkitse riippuvuutta tai väärinkäyttöä eikä muiden ongelmien esiintymistä, mutta sen katsotaan lisäävän haitallisten seurausten, myös riippuvuuden, riskiä. Tässä luvussa esitetyt luvut viittaavat ”päivittäiseen tai lähes päivittäiseen käyttöön” (ainetta on käytetty vähintään 20 päivänä viimeisten 30 päivän aikana). Tätä vertailuarvoa käytetään tutkimuksissa usein, ja se on peräisin eurooppalaisesta mallikyselylomakkeesta. Meneillään olevilla metodologisilla tutkimuksilla (kansallisilla ja EMCDDA:n tutkimuksilla) on tarkoitus parantaa runsaan/toistuvan käytön ja ongelmien välisen yhteyden tuntemusta (ks. psykometrinen asteikkojen kehittämisestä koskeva laatikko, s. 42).

<sup>(37)</sup> Vuosilta 1997 (0,7 %), 1999 (0,8 %), 2001 (1,5 %), 2003 (1,5 %) ja 2005/2006 (2 %). Tämä mittari (käyttö 30 päivänä viimeisten 30 päivän aikana) eroaa edellä esitetyistä päivittäisen tai lähes päivittäisen käytön mittarista (käyttö vähintään 20 päivänä viimeisten 30 päivän aikana), joka tuottaa korkeamman arvion. Ranskassa määritellään ”säännölliseksi käyttäjäksi” henkilö, joka on käyttänyt huumausainetta vähintään 10 kertaa viimeisten 30 päivän aikana (4,3 % aikuisista miehistä, 1,3 % aikuisista naisista). Yhdistyneessä kuningaskunnassa ”toistuvaksi käytöksi” katsotaan käyttöä useammin kuin kerran kuukaudessa viimeksi kuluneen vuoden aikana, eikä sitä voida verrata muihin tässä luvussa käytettyihin mittoihin.

### Psykometrinen asteikkojen kehittäminen kannabiksen runsaan käytön, kannabisiippuvuuden ja kannabiksen ongelmakäytön tunnistamiseen kyselyissä

Huumeidenkäytöstä kyselyissä saatavat tiedot perustuvat omaan arvioon käytöstä tietynä ajanjaksona. Päivittäistä käyttöä ei ole seurattu järjestelmällisesti, mikä on johtunut osittain siitä, että kannabiksen levinneisyysaste on ollut useimmissa maissa alhainen. Kannabista runsaasti käyttävien määrää ei myöskään voida arvioida tarkasti tiedoista, jotka koskevat käyttöä viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Tätä lähestymistapaa on kuitenkin jouduttu miettimään uudelleen, kun kannabiksen käyttö on lisääntynyt eri puolilla Eurooppaa ja huoli kannabisongelmista on kasvanut. Lähes kaikki EU-maat ovat alkaneet kerätä tietoa siitä, kuinka monena päivänä huumetta on käytetty kyselyä edeltäneen kuukauden aikana. Tämän tiedon perusteella on arvioitu, että kannabista päivittäin tai lähes päivittäin käyttäviä henkilöitä saattaa olla noin kolme miljoonaa.

EMCDDA pyrkii yhteistyössä kansallisten asiantuntijoiden kanssa parantamaan runsaan käytön raportointia väestötutkimuksissa. Sekään ei kuitenkaan vielä riitä niiden henkilöiden tunnistamiseen, joilla on kannabisongelma tai -riippuvuus. Tämä tieto on ratkaisevan tärkeä kannabiksen käytön kansanterveydellisten vaikutusten ymmärtämiseksi, ja tämä on keskeinen kysymys EMCDDA:n asiantuntijaryhmälle.

Runsas huumeidenkäytön eri muotojen seurantaan kehitetään parhaillaan menetelmiä ja käsitteitä, joiden avulla väestötutkimuksissa voitaisiin tunnistaa nykyistä paremmin henkilöt, joilla on ongelmia. Jotkin maat ovat alkaneet mitata kannabisiippuvuutta tai kannabiksen ongelmakäyttöä väestössä, ja uraauurtavia hankkeita on jo käynnistetty Ranskassa, Saksassa, Alankomaissa, Puolassa, Portugalissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja viimeksi Espanjassa.

Tämän työn tärkeydestä kertoo esimerkiksi se, että Ranskassa tehtiin vuonna 2005 kokeellisen CAST-asteikon (cannabis abuse screening test) sisältävän kyselyn, jonka alustavan analyysin perusteella jopa 16 prosenttia kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneistä ja 58 prosenttia kannabista päivittäin käyttävistä saattaa päätyä ongelmakäyttöön.

Käytön lopettamiseen liittyvät tekijät on toinen tärkeä asia, joka pitäisi tuntea paremmin. Kuten edellä todettiin, useimmat lopettavat kannabiksen käytön jonkin ajan kuluttua. Lopettamiseen liittyvien tekijöiden ymmärtäminen on tärkeää alan tukitoimien suunnittelun kannalta. Näistä tekijöistä on alettu saada jotain tietoa. Esimerkiksi Ranskassa vuonna 2005 tehdyssä väestötutkimuksessa ilmeni, että henkilöistä, jotka olivat käyttäneet kannabista ainakin kerran mutta jotka eivät olleet käyttäneet sitä viimeksi kuluneen vuoden aikana, useimmilla (80 %) pääasiallinen syy tämän huumeaineen

käyttämättä jättämiselle oli yksinkertaisesti kiinnostuksen puute, vaikka useimmat aikuiset (lähes 60 %) katsoivat voivansa halutessaan saada kannabista helposti.

### Kannabiksen käytön suuntaukset aikuisten keskuudessa

Luotettavien aikasarjatietojen puuttuminen useista maista vaikeuttaa huumeidenkäytön suuntausten seurantaan Euroopan tasolla. Tutkimuksia on kuitenkin aloitettu yhä useammassa maissa 1990-luvun alusta lähtien, ja ne ovat alkaneet tuottaa arvokasta tietoa aikasuuntauksista.

Tutkimuksista saatavat aikasarjat voivat valottaa kannabiksen käytössä Euroopassa tapahtunutta kehitystä. Ne paljastavat muun muassa, että tämän huumeen käytössä on ollut maiden välillä ja levinneisyydessä merkittäviä ajallisia eroja sen jälkeen, kun huume alkoi yleistyä 1960-luvulla<sup>(38)</sup>. Esimerkiksi Ruotsin tiedot (Reitoxin kansallinen raportti, 2005) kertovat, että varusmiesten ja koululaisten keskuudessa kokeiluaste oli melko korkea 1970-luvulla, se laski selkeästi 1980-luvulla, nousi 1990-luvulla uudelleen 1970-luvun tasolle ja on viime vuosina taas laskenut. Suomen tiedot kertovat samankaltaisesta ilmiöstä, jossa huume on yleistynyt aaltoina, ensin 1960-luvulla ja sen jälkeen uudelleen 1990-luvulla.

Tutkimusten perusteella voidaan päätellä, että kannabiksen käyttö lisääntyi 1990-luvulla merkittävästi lähes kaikissa EU-maissa. Suuntaus on jatkunut monissa maissa viime aikoihin asti, mutta joissakin maissa on alkanut näkyä merkkejä tasaantumisen etenkin ryhmissä, joissa käyttö on ollut yleistä. Yhtenä esimerkkinä tästä on Yhdistynyt kuningaskunta, joka on usein ollut edelläkävijänä huumeiden käytön suuntauksissa. Kannabiksen käyttö oli 1990-luvun alussa yleistä Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joka raportoi useimpien mittareiden osalta Euroopan korkeimmat levinneisyysluvut. Kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten aikuisten (16–34-vuotiaat) osuus tasaantui kuitenkin vuonna 1998, ja se on laskenut vuosina 2003–2006 (20 %:sta 16,3 %:iin). On kiinnostavaa, että käyttöaste on vuodesta 1998 lähtien laskenut tasaisesti nuorimmassa ikäryhmässä (16–24-vuotiaat), mikä viittaisi siihen, että kannabiksen käytön suosio on heikentynyt nuorten keskuudessa<sup>(39)</sup>.

Ranska, Espanja ja Italia ovat tasaisen kasvun jälkeen alkaneet viime vuosina saavuttaa kannabiksen käyttöasteen osalta Yhdistynyttä kuningaskuntaa (Ranska vuonna 2002, Espanja 2003 ja Italia 2005). Tässäkin suuntauksessa on alkanut näkyä merkkejä tasaantumisen: Ranska raportoi käytön vähentyneen vuonna 2005, ja vaikka Espanja onkin raportoinut käytön lisääntyneen hieman vuoteen 2006 asti, tuoreimmat tiedot viittaavat siihen, että suuntaus saattaa olla kääntymässä. Tšekissä, jossa käyttöaste on

<sup>(38)</sup> Ks. myös kaavio 4 vuoden 2004 vuosikertomuksessa.

<sup>(39)</sup> Ks. kaavio GPS-10 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

korkea, suuntauksia on vaikea arvioida saatavilla olevien tietojen perusteella, mutta nuoria aikuisia koskevien tietojen perusteella levinneisyysaste saattaa olla hienoisessa laskussa.

Kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä nuoria aikuisia (15–34-vuotiaat) koskevien tilastojen keskivaiheille ja loppupäähän sijoittuvista maista Tanskan ja Alankomaiden tuoreimmat tiedot kertovat käyttöasteen lievästä laskusta, kun taas Virossa, Saksassa, Unkarissa, Slovakiassa ja Norjassa käyttöaste on edelleen nousussa <sup>(40)</sup>. Kasvu on kuitenkin suurimmaksi osaksi vähäistä ja yleensä tuoreimmissa arvioissa entistä heikompaa.

Suomi ja Ruotsi kuuluvat edelleen kannabiksen alhaisimpien käyttöasteiden maihin, ja vaikka levinneisyysarviot ovat nousseet, mikään ei viittaa siihen, että ne olisivat saavuttamassa korkean käyttöasteen maita. Ruotsissa todettiin vuosina 2000–2004 viimeksi kuluneen vuoden aikana tapahtuneen käytön lisääntyneen voimakkaasti nuorten aikuisten keskuudessa (1,3 %:sta 5,3 %:iin), mutta tutkimusmenetelmissä tapahtuneiden muutosten vuoksi tätä kasvua on vaikea tulkita, ja vuosien 2004, 2005 ja 2006 tutkimusten perusteella levinneisyystilanne vaikuttaa pysyneen vakaana.

### Koululaisten keskuudessa

Kannabiksen käyttötavoista ja suuntauksista saadaan hyödyllistä tietoa myös koululaiskyselyistä, jotka kertovat kannabiksen käyttöasteen nousseen useissa EU-maissa 1990-lopulla ja 2000-luvun alussa.

Yleisesti ottaen koululaiskyselyihin pohjautuva kokonaiskuva vastaa pitkälti sitä kuvaa, joka tulee esiin aikuisille tehdyistä kyselyistä. Eniten kannabista ainakin kerran käyttäneitä 15–16-vuotiaita koululaisia on Belgiassa, Tšekissä, Irlannissa, Espanjassa, Ranskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, jotka kaikki raportoivat näiden koululaisten osuudeksi 30–40 prosenttia. Saksa, Italia, Alankomaat, Slovenia ja Slovakia ilmoittavat osuudeksi yli 25 prosenttia. Sen sijaan Kreikka, Kypros, Romania, Ruotsi, Turkki ja Norja arvioivat kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuuden olevan alle 10 prosenttia.

Kolmen ensimmäisen, vuodet 1996–2003 kattavan ESPAD-kyselyn (Euroopan kouluissa tehty alkoholia ja muita päihteitä koskeva hanke) tietojen analyysissä ilmeni merkittäviä maantieteellisiä eroja kannabista ainakin kerran käyttäneiden 15–16-vuotiaiden koululaisten osuuksissa. Maat voidaan jakaa kolmeen maantieteelliseen ryhmään.

Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joissa kannabiksen käytöllä on pitkät perinteet, kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuus on korkea, mutta se on pysynyt samalla tasolla 10 viime vuoden ajan. Itä- ja Keski-Euroopan jäsenvaltioissa sekä Tanskassa, Espanjassa, Ranskassa, Italiassa ja Portugalissa, kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuus kasvoi merkittävästi vuosina 1995–2003. Kolmannessa jäsenvaltioiden ryhmässä (pohjoisessa Suomi ja Ruotsi ja etelässä Kreikka, Kypros ja Malta) ja Norjassa arviot kannabista ainakin kerran käyttäneiden koululaisten osuudesta ovat pysyneet melko alhaisina (enintään 10 %). Seuraavasta ESPAD-kyselystä odotetaan tietoja ensi vuodeksi.

Ainoastaan neljä maata (Italia, Puola, Ruotsi, Yhdistynyt kuningaskunta) raportoivat uusien kansallisten koululaiskyselyjen tuloksia vuodelta 2005, ja Belgia raportoi Flanderin alueella tehdystä kyselystä. Ruotsissa tilanne vaikutti vakaalta, ja neljässä muussa kyselyssä oli havaittu vähäistä kasvua.

## Kannabis: hoidon kysyntää koskevat tiedot <sup>(41)</sup>

### Hoidon kysynnän yleiskuva

Hoitoon hakeutuneita oli vuonna 2005 yhteensä 326 000, ja heistä noin 20 prosenttia ilmoitti pääasiallisesti huumeeksi kannabiksen, mikä tekee siitä toiseksi yleisimmin ilmoitetun huumeen heroiinin jälkeen (tietoja saatiin 21 maasta). Pääasiallisesti kannabikseen liittyvä hoidon kysyntä on suurin avohoidossa <sup>(42)</sup>.

Huumeelinikoiden asiakkaiden ilmoitetaan usein olevan päähuumeen lisäksi muidenkin huumeiden ongelmakäyttäjiä. Tämä koskee harvemmin kannabiksen käyttäjiä, joiden ilmoitetaan useimmin käyttävän vain yhtä päihdettä (kannabista). Jotkut toki käyttävät kannabiksen lisäksi muitakin päihteitä, useimmiten alkoholia (37 %) sekä amfetamiineja tai ekstaasia (28 %). Kannabis on alkoholin jälkeen (38 %) toiseksi yleisin toissijainen päihde hoidossa olevilla potilailla <sup>(43)</sup>.

### Kasvava hoidon kysyntä

Noin 130 000:sta huumehoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuneesta henkilöstä 29 prosenttia oli kannabiksen käyttäjiä, mikä on vain hieman vähemmän kuin heroiinin käyttäjien osuus (35 %, tietoja on saatu 22 maasta) <sup>(44)</sup>.

<sup>(40)</sup> Ks. kaavio GPS-4 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

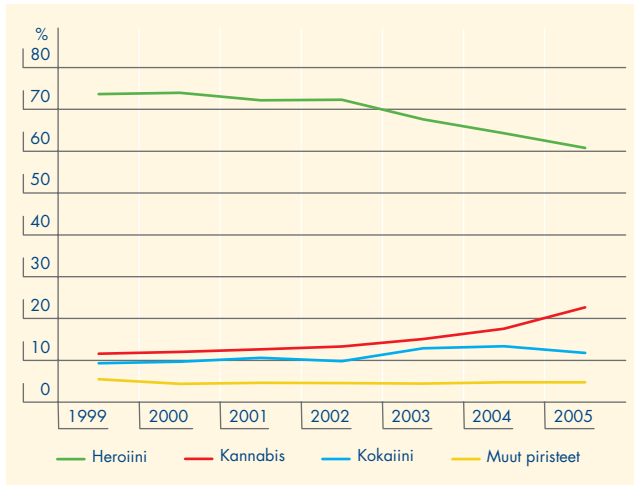
<sup>(41)</sup> Analyysi perustuu yleisen jakauman ja suuntauksen osalta kaikkiin hoitokeskuksista hoitoa hakeneisiin asiakkaisiin, asiakkaiden profiilin ja käyttötapojen osalta avohoitokeskuksista hoitoa hakeneisiin asiakkaisiin.

<sup>(42)</sup> Ks. kaavio TDI-2 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(43)</sup> Ks. taulukot TDI-22 ja TDI-23 (osa i) ja (osa iv) vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(44)</sup> Ks. kaavio TDI-2 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

**Kaavio 4:** Suuntaukset hoitopalvelujen käytössä (1999–2005) – hoitoon tulevien asiakkaiden päähuumeen prosenttiosuus hoitopyyntöjen kokonaismäärästä



*Huom.* Tietoja ovat toimittaneet seuraavat 21 EU:n jäsenvaltiota: Bulgaria, Tšekki, Tanska, Saksa, Irlanti, Kreikka, Espanja, Ranska, Italia, Kypros, Liettua, Luxemburg, Unkari, Malta, Alankomaat, Romania, Slovenia, Slovakia, Suomi, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta. Puuttuvat tiedot on interpoloitu kunkin maan osalta säilyttämällä kultakin vuodelta saatavilla oleviin tietoihin perustuva EU:n keskimääräinen suuntaus. Lisätietoja ja yksityiskohtaisempia lukuja, ks. kaavio TDI-3 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

*Lähteet:* Reitoxin kansalliset yhteyspisteet.

Tietojen puutteellinen saatavuus vaikeuttaa suuntausten hahmottamista, mutta kannabiksesta johtuvan hoidontarpeen pääsuuntaukset ovat selvillä. Vuosina 1999–2005 sekä kaikkien että ensimmäistä kertaa kannabiksen takia hoitoon hakeutuneiden määrä noin kolminkertaistui. Tuoreimpien tietojen perusteella kasvusuuntaus vaikuttaa kuitenkin olevan tasaantumassa. Kaikissa maissa (paitsi Liettua) pääasiallisesti kannabiksen takia hoitoon hakeutuvien osuus kaikista hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvista on suurempi kuin heidän osuutensa kaikista hoitoa saavista henkilöistä <sup>(45)</sup>.

Pääasiallisesti kannabiksen takia hoitoon hakeutuneiden osuus kasvoi vuosina 1999–2005 kaikissa tietoja raportoineissa maissa (kaavio 4). Maiden välillä on kuitenkin kiinnostavia eroja siten, että kannabiksen mainitsi alle 5 prosenttia kaikista henkilöistä, jotka saivat hoitoa Bulgariassa, Liettuaissa, Puolassa ja Romaniassa, kun vastaava osuus oli yli 30 prosenttia Ranskassa ja Unkarissa. Muista maista kannabisasiakkaiden osuus oli 5–20 prosenttia 12 maassa ja 21–29 prosenttia seitsemässä maassa. Myös hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvissa on huomattavia eroja maiden välillä siten, että heistä kannabiksen mainitsee alle 10 prosenttia Bulgariassa, Liettuaissa, Luxemburgissa, Puolassa ja Romaniassa ja yli 50 prosenttia Tanskassa, Saksassa, Ranskassa ja Unkarissa <sup>(46)</sup>.

Kannabiksesta johtuvan hoidon kysynnän lisääntymiseen ei vaikuta olevan mitään yksinkertaista selitystä. On edelleen epäselvää, missä määrin hoidon kysynnän kasvu johtuu kannabiksen runsaan käytön ja siihen liittyvien ongelmien yleistymisestä sekä riskien entistä paremmasta tiedostamisesta. Hoidon kysyntää koskevien lukujen kasvuun ovat saattaneet vaikuttaa muutkin tekijät, kuten se, että kannabispotilaita hoitavien avohoitokeskusten – joihin kannabishoito keskittyy – tietojen kattavuus on parantunut, ja mahdollisesti se, että kannabiksen ongelmakäytön diagnosointi ja raportointi ovat lisääntyneet. Lisäksi on aihetta pohtia kahden muun mahdollisen syyn merkitystä: hoidon tarjonta on monipuolistunut (esimerkiksi Ranskassa avattiin vuoden 2004 lopulla kaksi kannabishoitokeskusta), ja rikosoikeusjärjestelmä ohjaa yhä useampia hoitoon. Ensin mainitun osalta useat maat ovat vastanneet kannabishoidon kysynnän kasvuun tarjoamalla nuorille erityisiä ohjelmia, jotka on tarkoitettu lähinnä kannabiksen käyttäjille. Kysynnän kasvu on siis johtanut tarjonnan lisääntymiseen, joka on puolestaan saattanut lisätä kysyntää. Toiseksi mainitusta syystä voidaan todeta, että rikosoikeusjärjestelmä ohjaa käyttäjiä usein hoitoon kannabiksen käyttöön liittyvien rikosten yhteydessä. Tilastoista ilmenee, että rikosoikeusjärjestelmän hoitoon ohjaamien henkilöiden päähuume on useimmiten kannabis. Rikosoikeusjärjestelmästä lähtöisin olevien hoitoonohjausten määrän kasvu on siis lisännyt kannabikseen liittyvää hoidon kysyntää.

### Asiakkaiden profiilit

Kannabikseen liittyvän hoidon kysynnän kasvun taustalla olevista tekijöistä riippumatta hoitoon hakeutuvien henkilöiden ominaispiirteet ovat kiinnostavia, vaikka tätä pientä osaa kannabiksen käyttäjien joukosta ei voidakaan pitää edustavana. Pääasiallisesti kannabiksen takia avohoitoon hakeutuville henkilöille on yleensä yhteistä, että he ovat nuoria miespuolisia opiskelijoita (eivätkä työttömiä tai työelämässä olevia), jotka asuvat vielä vanhempiensa luona (eivätkä itsenäisesti) <sup>(47)</sup>. Muihin huumeasiakkaisiin verrattuna henkilöissä, jotka tulevat hoitoon pääasiallisesti kannabiksen takia, on eniten miehiä ja nuoria (keski-ikä 24,5 vuotta). Hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvat ovat vielä nuorempia kuin kannabisasiakkaat yleensä (keski-ikä 23,8 vuotta), ja 15–19-vuotiaista heitä on 67 prosenttia ja alle 15-vuotiaista 80 prosenttia. Viimeksi kuluneiden kolmen vuoden aikana on kuitenkin näkynyt merkkejä ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien kannabiksen käyttäjien keski-ikänsä noususta <sup>(48)</sup>. Kannabisasiakkaat voidaan yleisesti ottaen jakaa kolmeen ryhmään: satunnaisesti käyttäviin (34 %),

<sup>(45)</sup> Ks. taulukot TDI-3 (osa iii) ja TDI-5 (osa ii) vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(46)</sup> Ks. taulukot TDI-5 (osa ii) ja TDI-4 (osa ii) vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(47)</sup> Ks. taulukot TDI-13, TDI-14 ja TDI-21 (osa i) ja (osa ii) vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(48)</sup> Ks. taulukot TDI-10 (osa i), (osa ii) ja (osa ix) vuoden 2007, 2006 ja 2005 tilastotiedotteissa.

kerran tai useampia kertoja viikossa käyttäviin (27 %) ja päivittäin käyttäviin (39 %) asiakkaisiin.

Erot ilmoitetussa huumeen käyttöiheydessä johtuvat todennäköisesti eroista hoitoonohjauksen reiteissä, ja rikosoikeusjärjestelmän kautta hoitoon ohjattujen määrän lisääntyminen saattaa olla selityksenä osalla hoitoon tulevista satunnaisista käyttäjistä. Kannabiksen käyttöiheydessä on eroja maiden välillä. Puolet maista raportoivat, että yli 30 prosenttia asiakkaista käyttää kannabista päivittäin, ja puolet, että tällaisia asiakkaita on alle 30 prosenttia. Kannabista päivittäin käyttävien osuus hoidossa olevista asiakkaista on suurin Alankomaissa, Tanskassa ja Espanjassa, ja satunnaisten käyttäjien osuus on suurin Unkarissa, Saksassa ja Italiassa <sup>(49)</sup>. Lisäksi, kuten edellä jo esitettiin, kannabiksen runsaaseen käyttöön kohdistuvissa toimissa saattaa olla pääpaino ehkäisyssä hoidon sijaan, ja tällaiset erot kansallisissa käytännöissä voivat vaikuttaa raportointiin yleisesti. Tämä saattaa osaksi selittää, miksi jotkin maat, joissa kannabiksen käyttö on yleistä, raportoivat kannabishoidon osalta melko alhaisia lukuja.

## Kannabikseen liittyvien ongelmien torjunta

Kannabiksenkäyttöön liittyvää hoitoa koskevia tietoja on tulkittava sen pohjalta, mitä tällä hoidolla tarkoitetaan Euroopassa. Se kattaa nykyään laajan valikoiman toimenpiteitä aina lyhyestä interventtiosta laitoshoittoon. Joissakin ohjelmissa keskitytään yhtä paljon ehkäisevään toimintaan ja haittojen vähentämiseen kuin huumeongelmien hoitoon.

Riskiryhmään kuuluvien henkilöiden tunnistaminen ja varhainen puuttuminen ongelmiin ovat tärkeä osa kaikkia huumeohjelmia, ja opetushenkilöstö saattaa ensimmäisenä havaita kannabiksenkäytön oppilaiden keskuudessa. Saksassa, Italiassa ja Puolassa on kehitetty opettajille ohjelmia, jotka auttavat heitä puuttumaan kannabiksen käyttöön ja hakemaan tarvittaessa asiantuntija-apua.

Kannabikseen liittyvistä hoitokäytännöistä ei ole olemassa vankkaa näyttöä. Alalla on tehty vain vähän tutkimustyötä, ja sekin on perustunut pääosin amerikkalaisiin ja australialaisiin kokemuksiin. Kannabisongelmien yleisimpiin käsittelytapoihin Euroopassa kuuluvat muun muassa lyhytaikaiset avohoitopalvelut, neuvonta, kouluissa toteutettavat ohjelmat ja ehkäisevä kenttätyö. Interventiot näyttävät perustuvan yleensä lyhyen intervention lähestymistapaan, jossa yhdistyvät motivoivat haastattelut ja kognitiivinen käyttäytymisterapia. Vaikka tehokkaista käytännöistä ei vallitsekaan yksimielisyyttä, tällainen lähestymistapa

voi joidenkin tutkimusten mukaan olla hyödyllinen. Yksi eurooppalainen aloite tällä alalla on Incant-hanke, jossa Belgia, Saksa, Ranska, Alankomaat ja Sveitsi ovat yhdessä tutkineet moniulotteisen perheterapian (MDFT) hyötyä kannabiksen käyttäjien hoidossa. Kokeiluvaiheen myönteisen arvion jälkeen (Rigter, 2005) hankkeessa on siirrytty useassa kohteessa toteutettavaan satunnaiskontrolloituun kokeiluun, jossa MDFT:tä verrataan kannabishäiriöiden perinteisiin hoitomuotoihin.

Vain 13 jäsenvaltiota on raportoinut kannabiksen ongelmakäyttäjille tarkoitetuista erityishoitopalveluista, mikä viittaa siihen, että kannabiksen käyttäjät saavat useimmin apua yleisistä huumeohjelmista tai yleisistä terveys- tai nuorisopalveluista. Nuorten kannabiksen käyttäjien hoito yleisissä huumepalveluissa on herättänyt huolta siitä, että he ajautuvat siellä tekemisiin muiden huumeiden vanhempien ongelmakäyttäjien kanssa. Vaikka tämän ongelman tosiasiallisuudesta ei ole varmuutta, se on tärkeä kysymys, jota on pohdittava alan palvelujen suunnittelun yhteydessä.

Kannabiksen käyttäjien erityispalvelusta löytyy esimerkiksi Ranskasta, jossa perustettiin 250 kannabikseen liittyvää neuvontakeskusta vuonna 2005. Keskuksissa käy nykyään kuukausittain arviolta 2 900 asiakasta, joista noin kolmasosa (31 %) tulee oma-aloitteisesti, yhtä moni (31 %) kolmannen henkilön ohjaamana ja hieman useampi (38 %) tuomioistuimen päätöksellä. Muita esimerkkejä kannabiksen käyttäjille tarkoitetuista erityisistä hoito-ohjelmista ovat Ruotsin nuorisokeskus Marian nuorille kannabiksen ongelmakäyttäjille tarjoama neuvonta-ohjelma ja tuki-istunnot sekä Saksassa nuorille tarjottava kannabikseen liittyvien häiriöiden modulaarinen terapia (Candis), jota Dresdenin avohoitotutkimusyksikkö on kehittänyt tammikuusta 2006 lähtien.

### Puolipakolliset interventiot

Rikosoikeudellisten seuraamusten määrittämisen sijaan rikosoikeusjärjestelmän kanssa tekemisiin joutuvia kannabiksen käyttäjiä pyritään yhä useammin ohjaamaan hoito- ja neuvontapalveluihin, mutta näiden mekanismien saatavuudessa ja rakenteissa on merkittäviä eroja Euroopan sisällä, ja vain muutama maa (Saksa, Ranska, Luxemburg, Itävalta, Ruotsi) on raportoinut suunnitelluista ohjelmista tai palveluista.

Interventiohoito ei ole ainoa tuomioistuimien hoitoonohjauksen muoto kannabiksen käyttäjille. Satunnaisille käyttäjille on joissakin maissa tarjolla intensiivikursseja, ja esimerkiksi Saksa, Luxemburg ja Itävalta ovat raportoineet kurseista, joilla pyritään murtamaan kannabiksen käyttöön liittyviä uskomuksia ja tottumuksia <sup>(50)</sup>.

<sup>(49)</sup> Ks. taulukot TDI-18 (osa iii) ja (osa iv) vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

<sup>(50)</sup> [http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte\\_KS1/FreD/FreD-Basics/](http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/)

### Uusia viestintästrategioita kannabiksen käyttäjien tavoittamiseksi

Euroopassa on lukuisia innovatiivisia ohjelmia, joissa pyritään hyödyntämään uusia viestintävälineitä kannabiksen käyttäjien tavoittamiseksi. Joissakin maissa (Saksassa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa) on kehitetty Internet-pohjaisia lyhyitä interventioita, joiden avulla kannabiksen käyttäjät voivat itse arvioida huumeidenkäyttöään ja tunnistaa ongelmia. Esimerkkinä tästä lähestymistavasta on Saksan "Quit the shit" <sup>(51)</sup>, joka tarjoaa tukea henkilöille, jotka haluavat lopettaa kannabiksen käytön. Arviointitutkimuksessa tämän palvelun käyttäjät ilmoittivat vähentäneensä kannabiksen käyttöä sekä määränä että päivinä mitattuna.

Tanskan SMASH on nuorille kannabiksen käyttäjille suunnattu anonymi tuki- ja neuvontahanke, jonka avulla pyritään vähentämään haitallisia vaikutuksia, tarjoamaan tietoa ja auttamaan kannabiksen polttamisen lopettamisessa <sup>(52)</sup>. Hanke perustuu kahden tekstiviestipaketin tilaukseen. Niistä ensimmäinen (hashfacts) tarjoaa faktatietoa kannabiksen käytöstä, ja toinen tarjoaa tukea ja motivaatiota niille, jotka haluavat lopettaa huumeidenkäytön. Nuoret voivat myös saada tekstiviestien välityksellä henkilökohtaista neuvontaa kannabiksen käytön lopettamisessa tai vähentämisessä. Irlannissa on samankaltainen palvelu, jossa paino on kuitenkin tiedonlevityksessä.

### Huumeidenkäyttö alaikäisten keskuudessa, EMCDDA:n vuosiraportti 2007: erityiskysymykset

Erittäin nuorten eurooppalaisten (alle 15-vuotiaiden) huumeidenkäyttöä koskevassa erityiskysymyksessä todetaan, että huumeidenkäyttö ei ole yleistä tässä ikäryhmässä ja että siinä on yleensä kyse kokeilusta. Säännöllinen huumeidenkäyttö on hyvin harvinaista erittäin nuorten keskuudessa, ja sitä esiintyy yleensä moniongelmaisessa väestönosassa.

Alle 15-vuotiaiden huumeidenkäyttöä torjutaan pääasiallisesti ehkäisevällä työllä tai varhaisen intervention strategioilla.

Erityiskysymyksessä arvioidaan kuitenkin, että noin 4 000 erittäin nuorta henkilöä saa huumehoitoa Euroopassa. Huumehoitoa ei ole juurikaan mukautettu nuorten tarpeisiin, mutta useimmissa Euroopan maissa on havaittu tarve tällaisille ohjelmille.

Erityiskysymyksessä tarkastellaan myös, miten kansanterveyspolitiikassa on Euroopassa käsitelty yhteyttä nuorena tapahtuvan laillisten ja laittomien psykoaktiivisten aineiden käytön ja myöhemmän päihderiippuvuuden välillä.

Tämä erityiskysymys on saatavilla painetussa muodossa ja Internetin kautta ainoastaan englanniksi: (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

<sup>(51)</sup> <http://www.drugcom.de>

<sup>(52)</sup> <http://www.smash.name>





## Luku 4

# Amfetamiinit, ekstaasi ja LSD

Toiseksi käytetyin laiton huumausaine on monissa Euroopan maissa jokin synteettinen huume, joskin koko Euroopan tasolla on nykyään enemmän kokaiinin käyttäjiä. Näiden aineiden käyttö on kokonaisväestössä tyypillisesti vähäistä, mutta niiden levinneisyys nuorten ikäryhmien keskuudessa on huomattavasti suurempi, ja se voi olla erityisen suuri tietyissä sosiaalisissa ympäristöissä tai alakulttuuriryhmissä. Synteettisistä huumeista yleisimpiä maailmassa ovat amfetamiinit (amfetamiini ja metamfetamiini) ja ekstaasi.

Amfetamiini ja metamfetamiini kuuluvat keskushermostoa stimuloiviin huumeisiin. Näistä amfetamiini on selvästi yleisempi Euroopassa, kun taas metamfetamiinia käytetään merkittävässä määrin vain Tšekissä ja Slovakiassa.

### Amfetamiini ja metamfetamiini: erot ja yhtäläisyydet

Amfetamiinien ryhmän pääasialliset edustajat laittomien huumausaineiden markkinoilla ovat amfetamiini ja metamfetamiini (ja niiden suolat) – kaksi fenetyyliamiineihin kuuluvaa ja toisiaan läheisesti muistuttavaa synteettistä ainetta. Molemmat aineet ovat keskushermostoon vaikuttavia piristeitä, joilla on sama toimintamekanismi, samat vaikutukset käyttäytymiseen, sama toleranssi, samat vieroitusoireet ja samat pitkäaikaiskäytön vaikutukset. Amfetamiini ei ole yhtä vahvaa kuin metamfetamiini, mutta valvomattomissa oloissa niiden vaikutuksia on lähes mahdotonta erottaa toisistaan.

Amfetamiini- ja metamfetamiinituotteet koostuvat pääasiallisesti jauheista, mutta metamfetamiinia käytetään myös puhtaan hydrokloridisuolan eli ”jään” muodossa. Amfetamiinia tai metamfetamiinia sisältävissä tableteissa voi olla samankaltaisia logoja kuin MDMA- ja muissa ekstaasitableteissa.

Fyysisen muotonsa johdosta amfetamiinia ja metamfetamiinia voidaan niellä, nuuskata, vetää henkeen tai harvemmin injektoida. Toisin kuin amfetamiinin sulfaattisuola metamfetamiinin hydrokloridi, etenkin sen kiteinen muoto, on riittävän helposti haihtuvaa, jotta sitä voidaan polttaa.

Lähde: EMCDDA drugs profiles (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=25328>).

Ekstaaseihin kuuluu synteettisiä aineita, jotka muistuttavat kemiallisesti amfetamiineja mutta joiden vaikutus on jossain määrin erilainen. Ekstaaseista tunnetuin on 3,4-metyleenidioksimetamfetamiini (MDMA), mutta joskus ekstaasitableteissa on muitakin sen kaltaisia aineita (MDA, MDEA). Ekstaasin käyttö on yleistynyt Euroopassa 1990-luvulta lähtien.

Ehdottomasti tunnetuin hallusinogeeni on lysergihapon dietyyliamidi (LSD), jonka käyttö on kuitenkin jo pitkään ollut alhaisella ja melko vakaalla tasolla. Luonnossa esiintyvien hallusinogeenien, varsinkin hallusinogeenisten sienien, saatavuuden ja käytön lisääntymisestä on ollut joitakin merkkejä.

## Tarjonta ja saatavuus <sup>(53)</sup>

### Amfetamiini

Maailmassa tuotettiin vuonna 2005 arviolta 88 tonnia amfetamiinia (UNODC, 2007). Vaikka amfetamiinin laiton valmistus on alkanut levitä eri puolille maailmaa, se on yhä keskittynyt Länsi- ja Keski-Eurooppaan. Laittomia amfetamiinivalmistuslaboratorioita lakkautettiin vuonna 2005 Belgiassa, Bulgariassa, Saksassa, Virossa, Liettuassa, Alankomaissa ja Puolassa. Euroopassa takavarikoidun amfetamiinin on raportoitu olevan peräisin pääasiallisesti Belgiasta, Alankomaista ja Puolasta sekä vähemmässä määrin Virosta ja Liettuasta.

Maailmassa takavarikoitiin vuonna 2005 yhteensä 12,9 tonnia amfetamiinia, lähinnä kahdella alueella: Länsi- ja Keski-Euroopassa sekä Kaakkois-Aasiassa.

Euroopassa takavarikoitiin vuonna 2005 yhteensä 6,6 tonnia amfetamiinia noin 40 300 takavarikossa. Yhdistynyt kuningaskunta johti vuoteen 2004 asti amfetamiinitakavarikkojen lukumäärän ja takavarikoidun amfetamiinimäärän tilastoja Euroopassa. Euroopan tasolla sekä amfetamiinitakavarikkojen lukumäärä että takavarikoidut määrät ovat kasvaneet vuodesta 2000 lähtien lievestä vaihteluista huolimatta <sup>(54)</sup>. Vuonna 2005 amfetamiinitakavarikkojen lukumäärä kuitenkin laski

<sup>(53)</sup> Ks. takavarikkojen ja muiden markkinatietojen tulkinta s. 37. Kaikista maista ei ole saatavilla tietoja amfetamiinin, ekstaasin ja LSD:n takavarikoista ja takavarikoiduista määristä vuodelta 2005. Vuoden 2007 tilastotiedotteen takavarikkotaulukoissa on lisätietoja.

<sup>(54)</sup> Ks. taulukot SZR-11 ja SZR-12 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

### Kansainvälinen toiminta huumeiden lähtöaineiden valmistuksen ja laittoman kaupan torjumiseksi

Useilla kansainvälisillä aloitteilla pyritään ehkäisemään huumausaineiden lähtöaineina käytettävien kemikaalien kulkeutumista laittomiin tarkoituksiin: Cohesion-hankkeessa keskitytään kaliumpermanganaattiin (jota käytetään kokaiinin valmistuksessa) ja etikkahappoanhydridiin (jota käytetään heroiinin valmistuksessa), kun taas Prism-hanke kohdistuu synteettisten huumeiden lähtöaineisiin (<sup>1</sup>). Kaikki jäljempänä esitettävät tiedot ovat peräisin INCB:n lähtöaineita koskevasta raportista (INCB, 2007b).

INCB:n tietojen mukaan kaliumpermanganaattia takavarikoitiin maailmassa vuonna 2005 enemmän kuin koskaan aikaisemmin. Sitä otettiin haltuun yhteensä 183 tonnia 16 maassa lähes yksinomaan Euroopan ulkopuolella.

Euroopan osuus maailmassa vuonna 2005 takavarikoiduista 22 400 litrasta etikkahappoanhydridiä on sekin hyvin pieni.

Maailmassa takavarikoitiin vuonna 2005 INCB:lle tehtyjen ilmoitusten perusteella 41 tonnia efedriiniä ja pseudoefedriiniä, pääosin Kiinassa. Euroopan jäsenvaltioissa (lähinnä Kreikassa, Bulgariassa, Romaniassa ja Tšekissä) ja Venäjällä näitä aineita takavarikoitiin yhteensä 1,7 tonnia.

Metamfetamiinin ja amfetamiinin laittomassa valmistuksessa käytettävää 1-fenyyli-2-propanonia (P-2-P) takavarikoitiin vuonna 2005 maailmassa yhteensä 2 900 litraa, josta Euroopan maiden (pääasiallisesti Saksan ja Alankomaiden) osuus oli 1 700 litraa.

Euroopan osuus maailmassa takavarikoidusta 3,4-metyleenidioksifenyyli-2-propanonista (3,4-MDP-2-P), jota käytetään MDMA:n valmistuksessa, laski 38 prosenttiin vuonna 2005, jolloin sitä takavarikoitiin 5 100 litraa (pääasiallisesti Ranskassa ja Alankomaissa). Muilla alueilla lisääntyneet 3,4-MDP-2-P:n takavarikot viittaavat siihen, että MDMA:n laitton valmistus on leviämässä Euroopan ulkopuolelle.

<sup>(1)</sup> Kaikki ovat vuoden 1988 yleissopimuksen taulukkoon I luokiteltuja aineita.

suurimmassa osassa raportoineista maista. Tämä havainto on vielä tarkistettava, kun Yhdistynyt kuningaskunta toimittaa tietonsa vuodelta 2005.

Vuonna 2005 amfetamiinin keskimääräinen tai tyypillinen hinta katukaupassa vaihteli 7 eurosta 37,5 euroon grammalta, ja useimmissa Euroopan maissa se oli

10–20 euroa grammalta (<sup>55</sup>). Vuosina 2000–2005 amfetamiinin inflaatiokorjattu keskimääräinen hinta laski useimmissa niistä 17 maasta, jotka toimittivat riittävät tiedot.

Amfetamiinin keskimääräinen tai tyypillinen puhtaus katukaupassa vaihteli voimakkaasti vuonna 2005, mutta useimmat Euroopan maat ilmoittivat sen olevan 15–50 prosenttia (<sup>56</sup>).

### Metamfetamiini

Maailmassa tuotettiin vuonna 2005 arviolta 278 tonnia metamfetamiinia. Sitä valmistetaan pääasiassa Itä- ja Kaakkois-Aasiassa sekä Pohjois-Amerikassa. Euroopassa metamfetamiinin laitton valmistus rajoittuu lähinnä Tšekkiin (jossa siitä käytetään nimeä perviitini), mutta sen valmistuksesta ovat raportoineet myös Liettua, Slovakia ja Moldova (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

Maailmassa yhteensä takavarikoidun metamfetamiinin määrä kasvoi vuonna 2005 noin 17,1 tonniin, josta yli puolet otettiin haltuun Itä- ja Kaakkois-Aasiassa (Kiinassa, Thaimaassa) ja kolmasosa Pohjois-Amerikassa (Yhdysvalloissa). Samana vuonna takavarikoitiin 15:ssä Euroopan maassa noin 104 kiloa metamfetamiinia 2 200 takavarikossa (<sup>57</sup>). Sekä takavarikkojen lukumäärät että takavarikoidut määrät olivat kaikkein suurimmat Norjassa ja Ruotsissa.

Vuonna 2005 metamfetamiinin keskimääräinen tai tyypillinen hinta katukaupassa (jonka ilmoitti vain muutama maa) vaihteli 5 eurosta 35 euroon grammalta. Useimmat maat ilmoittivat metamfetamiinin keskimääräiseksi tai tyypilliseksi puhtaudeksi katukaupassa 30–65 prosenttia (<sup>58</sup>).

### Ekstaasi

Maailmassa tuotettiin vuonna 2005 arviolta 113 tonnia ekstaasia (UNODC, 2007). Eurooppa on edelleen maailmanlaajuisesti tärkein ekstaasin tuotannon keskus, vaikka sen suhteellinen merkitys onkin vähenemässä ekstaasin valmistuksen leviyttyä muualle maailmaan, varsinkin Pohjois-Amerikkaan, Itä- ja Kaakkois-Aasiaan sekä Oseaniaan (CND, 2006; UNODC, 2006). Euroopassa ekstaasia valmistetaan eniten Alankomaissa (jossa tuotanto kuitenkin vaikuttaisi olevan vähenemässä) ja toiseksi eniten Belgiassa. Euroopassa vuonna 2005 takavarikoitu ekstaasi oli pääasiassa peräisin näistä kahdesta maasta ja vähemmässä määrin Puolasta ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta.

<sup>(55)</sup> Ks. taulukko PPP-4 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

<sup>(56)</sup> Ks. taulukko PPP-8 vuoden 2007 tilastotiedotteesta. Amfetamiinin keskimääräisen puhtauden osalta on huomattava, että analysoitujen näytteiden puhtaudessa voi olla suuriakin eroja.

<sup>(57)</sup> Yhdistyneen kuningaskunnan osalta arvioinnissa käytettiin vuodelta 2005 puuttuvien tietojen sijasta vuoden 2004 tietoja. Ks. taulukot SZR-17 ja SZR-18 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

<sup>(58)</sup> Ks. taulukot PPP-4 ja PPP-8 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

Maailmassa vuonna 2005 takavarikoidusta noin 5,3 tonnista ekstaasia suurin osa takavarikoitiin Länsi- ja Keski-Euroopassa (38 %), toiseksi eniten sitä takavarikoitiin Oseaniassa (27 %) ja kolmanneksi eniten Pohjois-Amerikassa (20 %).

Euroopassa tehtiin vuonna 2005 arviolta 26 500 takavarikkoa, joissa otettiin haltuun yhteensä noin 16,3 miljoonaa ekstaasitablettia <sup>(59)</sup>. Ekstaasia takavarikoitiin edelleen eniten Yhdistyneessä kuningaskunnassa, Belgiassa, Alankomaissa ja Saksassa. Vuoden 2001 huipun jälkeen ekstaasitakavarikkojen lukumäärä Euroopassa on jälleen kasvanut vuodesta 2003 lähtien. Vuosittain takavarikoidun ekstaasin kokonaismäärä pysytteli vuosina 2000–2004 noin 20 miljoonassa tablettissa. Saatavilla olevien tietojen perusteella takavarikoidut ekstaasimäärät kuitenkin laskivat vuonna 2005 useimmissa maissa. Tämä havainto on vielä varmistettava, kun Yhdistynyt kuningaskunta toimittaa tietonsa vuodelta 2005.

Vuonna 2005 ekstaasitablettien keskimääräinen tai tyyppillinen hinta katukaupassa vaihteli alle kolmesta eurosta yli 15 euroon tabletilta <sup>(60)</sup>. Vuosina 2000–2005 ekstaasin inflaatiokorjattu keskihinta katukaupassa laski useimmissa niistä 21 maasta, jotka toimittivat riittävät tiedot.

Euroopassa useimmat ekstaasitabletit sisälsivät edelleen vuonna 2005 MDMA:ta tai jotakin muuta ekstaasin kaltaista ainetta (MDEA, MDA), tavallisesti ainoana psykoaktiivisena aineena. Kymmenessä jäsenvaltiossa tällaisia tabletteja oli yli 80 prosenttia kaikista analysoiduista tableteista. Joitakin poikkeuksiakin löytyy: Sloveniassa MDMA:ta, MDEA:ta tai MDA:ta esiintyy yleensä yhdessä amfetamiinin ja/tai metamfetamiinin kanssa, kun taas Puolassa analysoiduissa tableteissa oli yleensä ainoana psykoaktiivisena aineena amfetamiinia ja/tai metamfetamiinia. Ekstaasitablettien MDMA-pitoisuus vaihtelee suuresti erien välillä (jopa samalla logolla varustetuissa tableteissa) sekä maiden sisällä että maiden välillä. Vuonna 2005 ekstaasitablettien keskimääräinen tai tyyppillinen MDMA-pitoisuus oli asiasta raportoineissa maissa 2–130 mg, ja useimmissa maissa se oli 30–80 mg.

## LSD

Useita vuosia jatkuneen laskusuuntauksen jälkeen LSD:n takavarikkojen lukumäärä ja takavarikoidut määrät ovat lisääntyneet vuodesta 2003 lähtien <sup>(61)</sup>. Vaikka

LSD:tä valmistetaan ja salakuljetetaan selvästi vähemmän kuin muita synteettisiä huumeita, Euroopassa takavarikoitiin vuonna 2005 yhteensä 850 000 LSD-yksikköä arviolta 800 takavarikossa. Tästä kokonaismäärästä noin 75 prosenttia otettiin haltuun Alankomaissa. LSD-yksikön keskimääräinen tai tyyppillinen hinta käyttäjille vaihteli neljästä eurosta 30 euroon <sup>(62)</sup>.

## Levinneisyys ja käyttötavat koko väestössä ja nuorten keskuudessa

Kun tarkastellaan viimeaikaista käyttöä, ekstaasi on nykyään yleisimmin käytetty synteettinen huumausaine 17:ssä ja amfetamiini yhdeksässä Euroopan maassa <sup>(63)</sup>. Amfetamiinia ainakin kerran käyttäneitä on enemmän, mikä heijastaa ekstaasin myöhempää ilmaantumista Euroopan huumemarkkinoille. Koululaiskyselyistä saadut tiedot viittaavat siihen, että ekstaasin, amfetamiinin ja muiden psykotrooppisten huumeiden kuin kannabiksen käyttö keskittyy koululaisten keskuudessa muutamaankin yksilöön. Esimerkiksi kokaiinin ja hallusinogeenisten huumeiden käyttö on ekstaasia kokeilleiden koululaisten keskuudessa 20 kertaa yleisempää kuin koko koululaisväestössä <sup>(64)</sup> ja noin viisi kertaa yleisempää kuin kannabista ainakin kerran kokeilleiden joukossa.

Amfetamiinien ja ekstaasin käyttö vaikuttaa olevan melko yleistä ainoastaan muutamassa EU:n jäsenvaltiossa: Tšekissä, Virossa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa sekä vähemmässä määrin Latviassa ja Alankomaissa.

### Amfetamiinit

Viimeaikaisten tutkimusten mukaan amfetamiinia ainakin kerran käyttäneiden aikuisten (15–64-vuotiaat) osuus vaihtelee Euroopassa 0,1:stä 3,6 prosenttiin paitsi Tanskassa, jossa se on 6,9 prosenttia, ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Englantia ja Walesia), jossa se ylittää 11,5 prosenttiin (luku heijastaa korkeaa aiemman käytön astetta, kun taas nykyisen käytön taso on lähempänä muiden maiden lukuja). Seuraavaksi suurimmat luvut tulevat Norjasta (3,6 %) sekä Saksasta ja Espanjasta (3,4 %). Keskimäärin lähes 3,5 prosenttia kaikista eurooppalaisista aikuisista on käyttänyt amfetamiineja ainakin kerran <sup>(65)</sup>. Amfetamiineja viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä on huomattavasti vähemmän – keskimäärin 0,7 prosenttia (vaihteluväli 0–1,3 %). Yleisten väestötutkimusten tiedot

<sup>(59)</sup> Ks. taulukot SZR-13 ja SZR-14 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

<sup>(60)</sup> Ks. taulukko PPP-4 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

<sup>(61)</sup> Ks. taulukot SZR-15 ja SZR-16 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

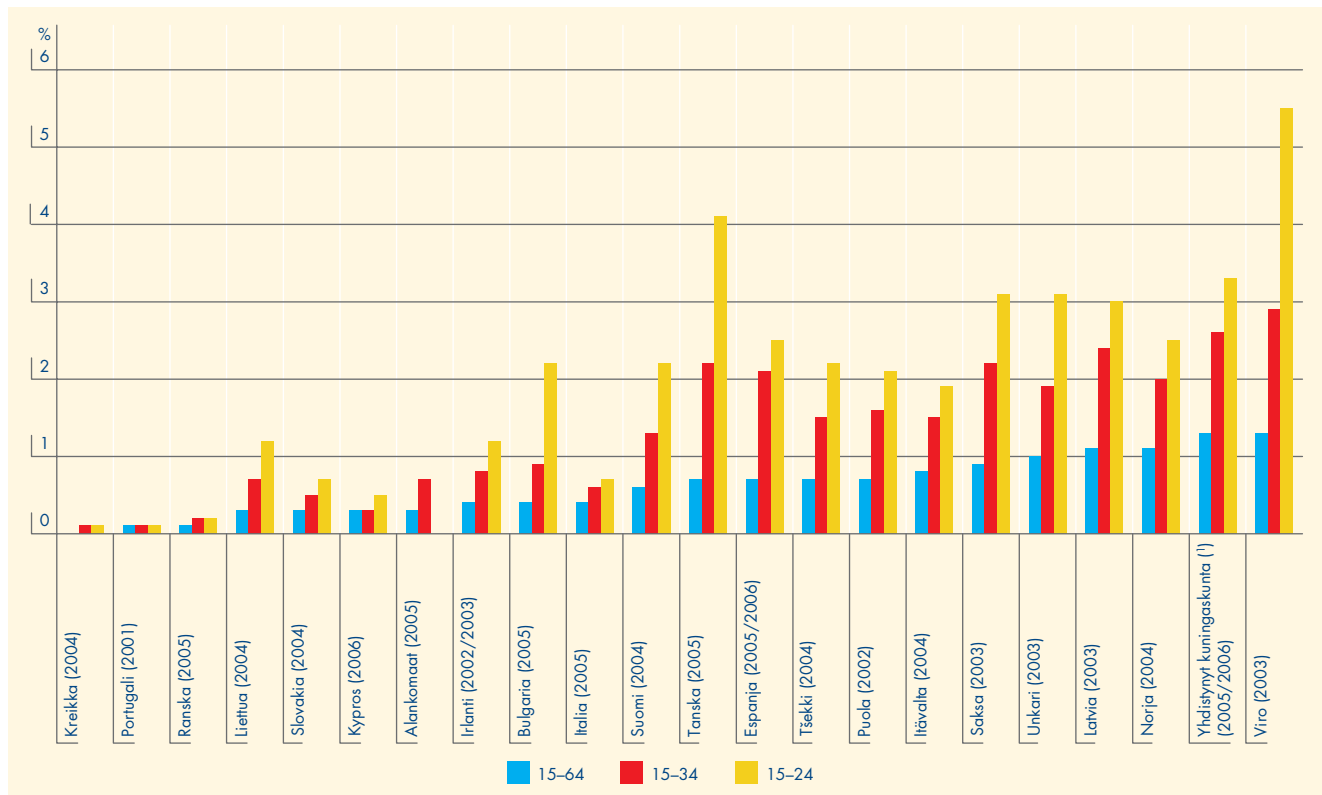
<sup>(62)</sup> Ks. taulukko PPP-4 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

<sup>(63)</sup> Amfetamiinin käyttöä koskevissa tiedoissa ei ole eroteltu amfetamiinia ja metamfetamiinia, mutta tiedot liittyvät yleensä amfetamiiniin (sulfaatti tai deksamfetamiini), koska metamfetamiinin käyttö on harvinaista.

<sup>(64)</sup> Ks. kaavio EYE-1 (osa iv) vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

<sup>(65)</sup> Laskentamenetelmän osalta ks. alaviite 30.

**Kaavio 5:** Amfetamiineja viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneet aikuiset (15–64-vuotiaat) ja nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat ja 15–24-vuotiaat)



(\*) Englanti ja Wales.

Huom. Tiedot ovat kunkin maan tuoreimmasta väestötutkimuksesta raportointihetkellä. Maat esitetään yleisen (kaikkia aikuisia koskevan) levinneisyysasteen mukaisessa järjestyksessä. Lisätietoja, ks. taulukot GPS-10, GPS-11 ja GPS-18 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2006), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista.

viittaavat siihen, että noin 11 miljoonaa eurooppalaista on joskus kokeillut amfetamiineja ja yli 2 miljoonaa on käyttänyt niitä viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) ryhmässä amfetamiineja ainakin kerran käyttäneiden osuus vaihtelee 0,2:sta 16,8 prosenttiin, mutta vaihteluväli kapenee 0,2–5,9 prosenttiin, jos Yhdistyneen kuningaskunnan (Englanti ja Wales) (16,8 %) ja Tanskan (12,7 %) lukuja tarkastellaan erikseen <sup>(66)</sup>. Puolessa tietoja toimittaneista maista levinneisyysaste on alle 4 prosenttia. Yhdistyneen kuningaskunnan ja Tanskan jälkeen korkeimmat asteet ovat ilmoittaneet Norja (5,9 %), Saksa (5,4 %) ja Latvia (5,3 %). Keskimäärin 5,1 prosenttia eurooppalaisista nuorista aikuisista on kokeillut amfetamiineja <sup>(67)</sup>. Amfetamiineja viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä on tässä ikäryhmässä 0,1–2,9 prosenttia, ja korkeimmat osuudet ovat ilmoittaneet Viro (2,9 %), Yhdistynyt kuningaskunta (2,6 %) ja Latvia (2,4 %) (kaavio 5). Kun tarkastellaan käyttöä viimeksi kuluneen vuoden aikana, Yhdistyneen kuningaskunnan ja Tanskan luvut ovat lähempänä muiden maiden lukuja. Arviolta keskimäärin 1,5 prosenttia eurooppalaisista nuorista

aikuisista on käyttänyt amfetamiineja viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Suomi on ainoana maana esittänyt tuoreen arvion amfetamiinin ongelmakäytöstä (joka määritellään injektioikäiseksi tai pitkäaikaiseksi/säännölliseksi käytöksi). Vuonna 2002 amfetamiinin ongelmakäyttäjät arvioitiin olevan 10 900–18 500 (3,1–5,3 tapausta tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti) eli noin kolme kertaa niin paljon kuin opioidien ongelmakäyttäjät.

### Metamfetamiini

Metamfetamiinia käytetään Euroopassa melko vähän verrattuna tilanteeseen muualla maailmassa, jossa sen käyttö on lisääntynyt viime vuosina. Euroopan maissa ollaan kuitenkin huolestuneita metamfetamiinin käytön mahdollisesta kasvusta, ja joihinkin varotoimiin on jo ryhdytty, esimerkiksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa on päätetty luokitella metamfetamiini vaarallisimpiin huumeisiin (A-luokkaan).

Metamfetamiinin käyttö on Euroopassa perinteisesti keskittynyt Tšekkiin ja vähemmässä määrin Slovakiaan.

<sup>(66)</sup> Ks. taulukko GPS-9 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

<sup>(67)</sup> Ks. kaavio GPS-18 (osa ii) vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

Kaksi maata on raportoinut viime aikoina metamfetamiinin ongelmakäytöstä (Tšekki ja Slovakia). Metamfetamiinin käyttäjiä arvioitiin vuonna 2005 olevan Tšekissä 18 400–24 000 (2,5–3,2 tapausta tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti), mikä on kaksi kertaa opioidien ongelmakäyttäjien määrä, ja Slovakiassa 6 000–14 000 (1,5–3,7 tapausta tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti), mikä on hieman alhaisempi kuin opioidien käyttäjien arvioitu määrä. Metamfetamiinista on tullut hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvien yleisin päähuume Slovakiassa, ja Unkarissa on raportoitu korkeita metamfetamiinin käyttöasteita joissakin väestöryhmissä.

Muulla Euroopassa ei ole todettu merkkejä merkittävästä metamfetamiinin käytöstä. Kaksi tärkeää huomiota on kuitenkin syytä pitää mielessä: useimmissa tutkimuksissa ei erotella metamfetamiinin ja amfetamiinin käyttöä, ja metamfetamiinia on toisinaan löytenyt ekstaasina myydyistä tableteista, joten sitä on saatettu käyttää tietämättä <sup>(68)</sup>.

### Ekstaasi

Ekstaasia on kokeillut 0,3–7,2 prosenttia kaikista eurooppalaisista aikuisista. Puolessa maista levinneisyysaste oli enintään 2,5 prosenttia, ja korkeimmat luvut ilmoittivat Yhdistynyt kuningaskunta (7,2 %), Tšekki (7,1 %), Espanja (4,4 %) ja Alankomaat (4,3 %). Ekstaasia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden osuus vaihtelee aikuisten keskuudessa 0,2:sta 3,5 prosenttiin, ja korkeimmat osuudet ilmoittivat Tšekki (3,5 %), Viro (1,7 %) ja Yhdistynyt kuningaskunta (1,6 %). Puolet maista ilmoitti levinneisyydeksi 0,5 prosenttia tai vähemmän. Lähes 9,5 miljoonan eurooppalaisen (keskimäärin 3 %) arvioidaan kokeilleen ekstaasia, ja lähes kolmen miljoonan arvioidaan käyttäneen sitä viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Nuorista aikuisista (15–34-vuotiaat) 0,5–14,6 prosenttia on käyttänyt ekstaasia ainakin kerran, ja korkeimmat luvut ilmoittivat Tšekki (14,6 %), Yhdistynyt kuningaskunta (13,3 %) ja Alankomaat (8,1 %) <sup>(69)</sup>. Keskimäärin yli 5 prosenttia eurooppalaisista nuorista aikuisista on kokeillut ekstaasia.

Ekstaasia ainakin kerran käyttäneitä on 15–24-vuotiaiden joukossa 0,4–18,7 prosenttia, ja korkeimmat luvut ovat ilmoittaneet Tšekki (18,7 %), Yhdistynyt kuningaskunta (10,4 %) ja Unkari (7,9 %) <sup>(70)</sup>. Tässä ikäryhmässä ekstaasia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden osuus vaihtelee 0,3:sta 12 prosenttiin, ja nämä luvut ovat korkeimmat Tšekissä (12,0 %) ja Virossa (6,1 %) (kaavio 6).

Suurempi osuus 15–24-vuotiaista miehistä (0,3–23,2 %) kuin naisista (0,3–13,9 %) on käyttänyt ekstaasia ainakin kerran. Tuoreiden koululaiskyselyjen mukaan ekstaasia ainakin kerran käyttäneiden osuus on kasvanut yhtä lailla miesten ja kuin naisten keskuudessa, mutta sukupuolten välinen ero kasvaa iän myötä. Nuorilla käyttöaste voi olla paljonkin suurempi vain vähän vanhemmilla, esimerkiksi 16 maasta saatavilla olevien tietojen perusteella 17–18-vuotiaissa on yleensä huomattavasti enemmän ekstaasia ainakin kerran käyttäneitä kuin nuoremmista ikäryhmissä <sup>(71)</sup>.

### LSD

LSD:tä on käyttänyt ainakin kerran 0,2–5,5 prosenttia aikuisista, ja kaksi kolmasosaa maista raportoi tämän osuuden olevan 0,4–1,7 prosenttia. Nuorista aikuisista (15–34-vuotiaat) 0,3–7,6 prosenttia ja 15–24-vuotiaista 0–4,2 prosenttia on käyttänyt LSD:tä ainakin kerran. Tätä huumetta viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden määrä on alhainen, ja 15–24-vuotiaiden ryhmässä heidän osuutensa ylittää prosentin ainoastaan seitsemässä maassa (Bulgariassa, Tšekissä, Virossa, Italiassa, Latviassa, Unkarissa ja Puolassa).

### Suuntaukset

Euroopassa on yleisesti ottaen yhä selvempiä merkkejä amfetamiinin ja ekstaasin käytön tasaantumisesta tai jopa vähenemisestä. Amfetamiinin käyttö on vuodesta 1996 lähtien vähentynyt huomattavasti nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Englanti ja Wales) ja vähemmässä määrin Tanskassa ja Tšekissä, kun taas muissa maissa käyttöaste vaikuttaa mahdollisesta hienoisesta kasvusta huolimatta säilyvän melko vakaana <sup>(72)</sup>.

Ekstaasin käytön kehitys nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa ei ole yhtä yksioikoinen <sup>(73)</sup>. Käyttö lisääntyi yleisesti 1990-luvulla, mutta viime vuosina useat maat, muun muassa Espanja ja Yhdistynyt kuningaskunta, joissa ekstaasin levinneisyysaste on ollut korkea, ovat raportoineet käytön tasaantumisesta tai jopa lievistä vähenemisistä. Joissakin maissa käytön on todettu vähentyneen 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä mutta ei 15–34-vuotiaiden ikäryhmässä <sup>(74)</sup>, mikä viittaa huumeen suosion heikkenemiseen nuorimpien keskuudessa. Joidenkin maiden (Espanjan, Tanskan ja Yhdistyneen kuningaskunnan) tiedoista herää kysymys,

<sup>(68)</sup> Ks. amfetamiini ja metamfetamiini: erot ja yhtäläisyydet, s. 48.

<sup>(69)</sup> Ks. taulukko GPS-9 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

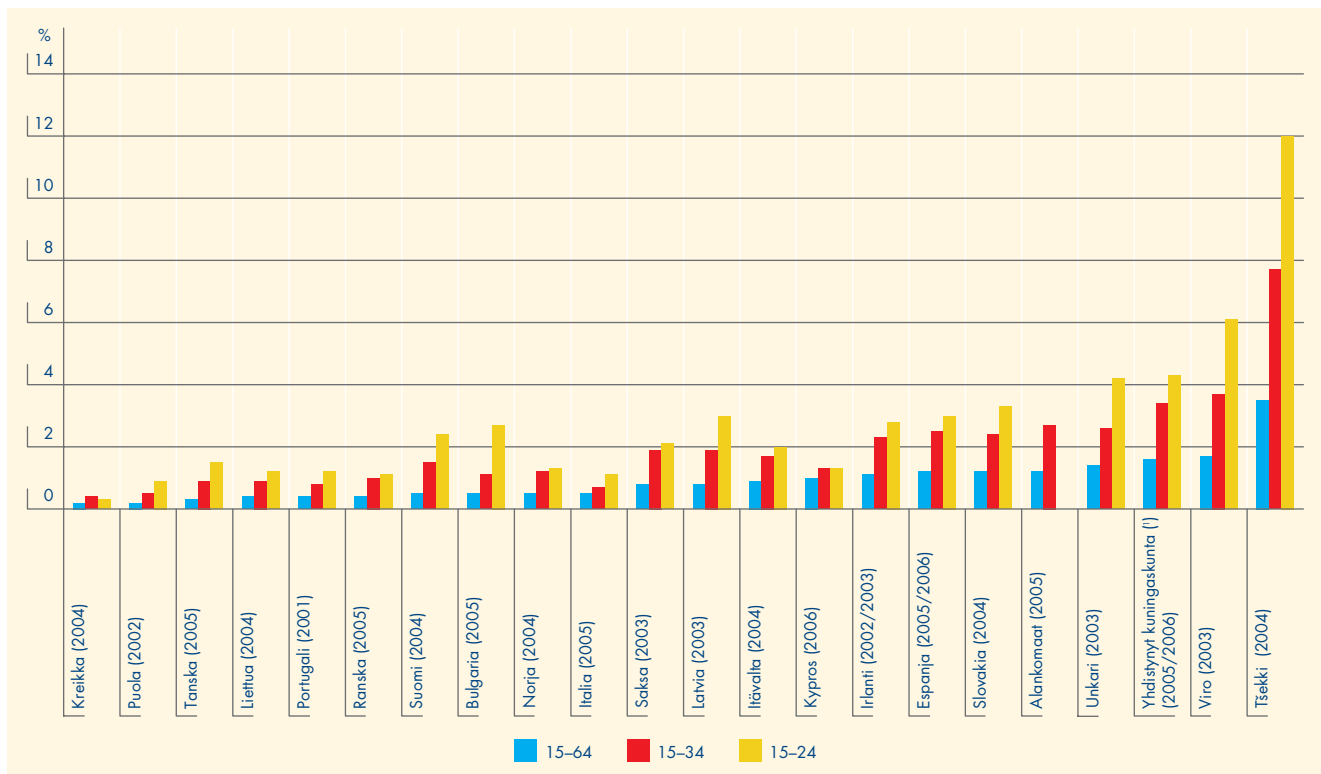
<sup>(70)</sup> Ks. taulukko GPS-17 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(71)</sup> Ks. kaavio EYE-1 (osa ii) vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(72)</sup> Ks. kaavio GPS-8 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(73)</sup> Ks. kaavio GPS-21 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(74)</sup> Ks. taulukot GPS-4 ja GPS-15 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

**Kaavio 6:** Ekstaasia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneet aikuiset (15–64-vuotiaat) ja nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat ja 15–24-vuotiaat)

(<sup>1</sup>) Englanti ja Wales.

Huom. Tiedot ovat kunkin maan tuoreimmasta väestötutkimuksesta raportointihetkellä. Maat esitetään yleisen (kaikkia aikuisia koskevan) levinneisyysasteen mukaisessa järjestyksessä. Lisätietoja, ks. taulukot GPS-10, GPS-11 ja GPS-18 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2006), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista.

onko kokaiini korvaamassa amfetamiineja ja ekstaasia ensisijaisena piristeenä (<sup>75</sup>).

Vuonna 2006 raportoitujen tuoreiden kansallisten tai alueellisten koululaiskyselyjen (Italia, Puola, Ruotsi, Flanderi) mukaan amfetamiineja ja ekstaasia ainakin kerran käyttäneiden määrä on säilynyt ennallaan tai jopa laskenut (<sup>76</sup>).

### Viihdeympäristöt

Tutkimukset huumeidenkäytöstä viihdeympäristöissä, kuten tanssitapahtumissa, voivat antaa hyödyllistä tietoa niiden henkilöiden käyttäytymisestä, jotka käyttävät piristeitä säännöllisesti tai runsaasti. Huumeidenkäyttö on tavallista tällaisissa ympäristöissä, mutta tietoja ei voida yleistää koskemaan koko väestöä. Esimerkiksi valikoiduissa tanssimusiikkitapahtumissa tehdyissä kyselyissä on ilmennyt korkeita ekstaasin käyttöasteita ja hieman matalampia mutta silti korkeita amfetamiinin käyttöasteita (<sup>77</sup>).

Tanssiklubeilla säännöllisesti käyville suunnatun brittiläisen *Mixmag*-musiikkilehden vuotuisessa lukijakyselyssä on tullut esiin, että niiden henkilöiden osuus, jotka käyttävät ekstaasia

runsaasti (yleensä vähintään neljä tablettia tapahtumaa kohti), on yli kaksinkertaistunut vuosina 1993–2003, sillä se on noussut 16:sta 36 prosenttiin (McCambrige *et al.*, 2005). Vaikka tämän otoksen edustavuus on kyseenalainen, havainto tukee yleistä huolta ekstaasitablettien kulutuksen kasvusta tietyissä käyttäjäryhmissä. Myös brittiläisessä Internet-kyselyssä on ilmennyt, että ekstaasin runsas käyttö ja päihteiden sekakäyttö ovat lisääntyneet kokeneiden ekstaasin käyttäjien keskuudessa (Scholey *et al.*, 2004). On kuitenkin huomattava, että Amsterdamista saatujen tietojen mukaan ekstaasin käyttö viimeksi kuluneen vuoden aikana ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana on vähentynyt 20 prosenttia vuosina 1998–2003, ja myös tapahtumaa kohti käytetyn ekstaasin keskimäärä on vähentynyt tänä aikana (Reitoxin kansalliset raportit, 2005). Pubeissa kävijöiden keskuudessa Amsterdamissa vuonna 2005 tehdyn kyselyn mukaan heistä vain 3 prosenttia käytti ekstaasia juhlissa.

Huumeiden ja alkoholin sekakäytöstä on saatavilla vain vähän tietoa, mutta tanssimusiikkirympäristöissä lisääntyvä terveydelle haitallisten alkoholimäärien käyttö ja alkoholin sekakäyttö piristeiden kanssa herättää kasvavaa huolta.

(<sup>75</sup>) Ks. taulukko GPS-20 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

(<sup>76</sup>) Ks. kaavio EYE-1 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

(<sup>77</sup>) Ks. vuoden 2006 erityiskysymys huumeidenkäytöstä viihdeympäristöissä.

## Hoidon kysyntää koskevat tiedot

Amfetamiineihin ja ekstaasiin liittyvä hoidon kysyntä on melko vähäistä. Useimmissa niistä 21 maasta, joista tietoja on saatavilla, näiden huumeiden käyttö on harvoin pääasiallinen syy huumehoitoon hakeutumiseen <sup>(78)</sup>. Hoitoon hakeutuminen liittyy yleensä amfetamiinin käyttöön ja vain pienessä osassa tapauksista ekstaasiin <sup>(79)</sup>.

Amfetamiinien ja ekstaasin käyttäjien osuus huumepotilaista on merkittävä vain joissakin maissa, ja nämä maat voidaan jakaa kolmeen ryhmään. Tšekki ja Slovakia raportoivat, että hoidon kysynnästä huomattava osa liittyy pääasiallisesti amfetamiinien käyttöön (Tšekissä 58 % ja Slovakiassa 24 % kaikista potilaista) ja suurimmaksi osaksi lähinnä metamfetamiinin käyttöön. Ruotsi, Suomi ja Latvia raportoivat, että noin kolmasosa kaikista huumeasiakkaista hakeutuu hoitoon pääasiallisesti amfetamiinien takia. Irlanti, Alankomaat, Yhdistynyt kuningaskunta ja Ranska raportoivat, että 1–5 prosenttia potilaista hakeutuu hoitoon pääasiallisesti ekstaasin käytön takia <sup>(80)</sup>.

Kaikissa muissa maissa kuin Kreikassa ja Ruotsissa pääasiallisesti amfetamiinien ja ekstaasin takia hoitoa tarvitsevia on suurempi osuus ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvissa kuin kaikissa potilaissa <sup>(81)</sup>. Tähän voi olla useita selityksiä, mutta se vastaa suuntauksista saatavilla olevaa tietoa: pääasiallisesti amfetamiinien ja ekstaasin takia ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneiden määrä kasvoi vuosina 1999–2005 yli 3 000:lla, 6 500:sta 10 000:een <sup>(82)</sup>.

Muiden piristeiden kuin kokaiinin takia hoitoon tulevat asiakkaat ovat keskimäärin 27-vuotiaita (26-vuotiaita, jos he tulevat hoitoon ensimmäistä kertaa), ja he ovat käyttäneet kyseistä huumetta ensimmäisen kerran keskimäärin 19-vuotiaana <sup>(83)</sup>. Ekstaasiasiakkaat ovat kannabisasiakkaiden ohella nuorimpia hoitoon hakeutuvia. Alankomaissa huumehoidossa olevien naisten osuus on korkein ekstaasiasiakkaiden joukossa. Amfetamiiniasiakkaiden joukossa on suurempi osuus naisia kuin muita huumeita käyttävissä asiakkaissa, ja heistä avohoidossa olevien naisasiakkaiden osuus on suurin nuorimmissa ikäryhmässä <sup>(84)</sup>.

Amfetamiiniasiakkaat käyttävät kyseistä huumetta yleensä yhdessä muiden päihteiden, lähinnä kannabiksen ja alkoholin, kanssa, ja joissakin maissa amfetamiinin injektioikäyttö on yleistä <sup>(85)</sup>. Tšekissä on raportoitu

kiinnostavasta maantieteellisestä poikkeavuudesta, eli siellä käyttäjiä on enemmän pääkaupungin ulkopuolella. Tilanne on samankaltainen Yhdysvalloissa, jossa metamfetamiinin ja amfetamiinin käytöstä johtuva hoidon kysyntä on suurempi suurkaupunkien ulkopuolella (Dasis, 2006).

## Viihdeympäristöissä tapahtuvan huumeidenkäytön torjunta

### Huumeidenkäytön ehkäisytoimet

Ehkäisevässä työssä on yleisesti ymmärretty, kuinka keskeinen asema elämäntapatekijöillä on huumeidenkäyttöön liittyvien asenteiden muokkaamisessa ja kuinka tärkeää on murentaa käsitys huumeidenkäytöstä tavallisena ja hyväksyttävänä käyttäytymisenä. Tällainen lähestymistapa on erityisen hyödyllinen, kun ehkäisevää työtä tehdään ympäristöissä, joiden kulttuuriin liittyy huumeidenkäyttöä. Huumeidenkäytön yleisyys joissakin viihdeympäristöissä, kuten yökerhoissa, baareissa ja tanssitapahtumissa, selittää, miksi nämä ympäristöt on valittu huumeiden kysynnän vähentämiseen tähtävien hankkeiden kohteeksi. Tarve kehittää viihdeympäristöissä harjoitettavaa ehkäisevää työtä on kirjattu myös EU:n huumeaineita koskevaan toimintasuunnitelmaan (2005–2008).

Yhtenä lähestymistapana on ollut käytön ehkäisemiseen ja toisinaan haittojen vähentämiseen liittyviä viestejä sisältävän tiedotusmateriaalin tarjoaminen viihdeympäristöissä. Tällaisessa materiaalissa käytetään yleensä käyttäjätasoisia tyyliä, joka heijastaa kohderyhmän nuorisokulttuuria, ja sitä jakavat toisinaan kenttätöntekijät. Kenttätöntekijöiden asenne nuoria kohtaan on yleensä ei-tuomitseva, ja samalla kun he tuovat turvallisuusvaihtoehtona esiin huumeista kieltäytymisen, he saattavat neuvoa myös haittojen vähentämisessä (Belgia, Tšekki, Itävalta, Portugali).

Huumeista tiedottamiseen ja huumeidenkäytön torjuntaan tähtävien toimien lisäksi yhä useammat jäsenvaltiot pyrkivät myös sääntelemään viihdeympäristöjä entistä paremmin. Esimerkiksi selkeästi päihdeettömien tapahtumien järjestämisellä on pyritty muuttamaan joidenkin käsitystä siitä, että huumeidenkäyttö helpottaa heidän vapaa-ajan toimintaansa. Yhä useammassa maassa (Belgiassa, Tanskassa, Irlannissa, Italiassa, Liettuassa, Alankomaissa, Ruotsissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa)

<sup>(78)</sup> Ks. kaavio TDI-2 (osa ii) ja taulukko TDI-5 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(79)</sup> Ks. taulukko TDI-113 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(80)</sup> Ks. taulukko TDI-5 (osa ii) vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(81)</sup> Ks. taulukko TDI-4 (osa ii) ja TDI-5 (osa ii) vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(82)</sup> Ks. kaavio TDI-1 (osa ii) vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(83)</sup> Ks. taulukot TDI-10, TDI-11 ja TDI-102–TDI-109 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(84)</sup> Ks. taulukot TDI-21 ja TDI-25 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(85)</sup> Ks. taulukot TDI-4, TDI-5 (osa ii), TDI-24, TDI-116 ja TDI-117 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.



kunnat ovat entistä kiinnostuneempia yhteyksien lähentämisestä virkistysalaa ja sitä kautta keinojen kehittämisestä huumeiden saatavuuden rajoittamiseen ja terveysriskien vähentämiseen tanssimusiikki- ja muissa ympäristöissä. Esimerkiksi Yhdistyneen kuningaskunnan mallin mukaisia turvallisen klubitoiminnan ohjeita <sup>(86)</sup> laaditaan parhaillaan useissa maissa.

Ekstaasin, amfetamiinien ja psykotrooppisten huumeiden käytön tavallisimpiin vastatoimiin kuuluvat kohdenneet tiedotuskampanjat ja yhä useammin Internet-sivustot. Ehkäisystrategioissa on hyödynnetty Internetiä sellaisten nuorten tavoittamiseksi, jotka käyttävät ekstaasia, amfetamiineja tai muita psykotrooppisia huumeita tai jotka harkitsevat niiden käyttöä. Monissa maissa

tarjotaan Internet-sivustojen kautta tietoa ja valistusta, jolla nuoria kannustetaan tarkastelemaan kriittisesti omaa kulutuskäyttäytymistään. Näillä sivustoilla on esimerkiksi neuvoja "viisaasta" juhlimisesta, turvallisesta seksistä, liikenteen vaaroista, terveellisestä ruokavaliosta, bilematkoista ja oikeudellisista kysymyksistä (Belgia) <sup>(87)</sup>.

### Huumehoito

Ekstaasin, amfetamiinien ja muiden psykotrooppisten huumeiden käyttäjille tarjotaan yleensä hoitopalveluja, jotka on tarkoitettu huumeiden ongelmakäyttäjille tai erityisesti kokaiinin ja muiden piristeiden käyttäjille. EU:n huumehoitopalveluja käsitellään tarkemmin luvussa 2 ja luvussa 5.

<sup>(86)</sup> Ks. vuoden 2006 erityiskysymys huumeidenkäytöstä viihdeympäristöissä.

<sup>(87)</sup> Joihinkin näistä löytyy linkkejä osoitteesta <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>.



## Luku 5

# Kokaiini ja crack-kokaiini

Kokaiinin kulutuksen lisääntyessä tämän huumausaineen käyttö on noussut yhdeksi EU:n huume politiikan keskeisistä kysymyksistä. Osoituksena ongelman kasvavasta merkityksestä kokaiinin käyttötapoja tarkastellaan yksityiskohtaisemmin vuoden 2007 erityiskysymyksessä kokaiinista.

## Kokaiinin tarjonta ja saatavuus <sup>(88)</sup>

### Tuotanto ja kauppa

Kokaiini on maailman toiseksi eniten salakuljetettu huumausaine kannabiksen jälkeen. Takavarikoidut määrät kasvoivat edelleen maailmanlaajuisesti (756 tonnia vuonna 2005), ja eniten kokaiinia takavarikoitiin Etelä-Amerikassa ja sen jälkeen Pohjois-Amerikassa.

Kolumbia on yhä merkittävin laittoman kokaiinin lähde maailmassa ennen Perua ja Boliviaa (UNODC, 2007). Valtaosa Euroopassa takavarikoidusta kokaiinista tulee Etelä-Amerikasta joko suoraan tai Keski-Amerikan ja Karibian valtioiden ja Länsi-Afrikan kautta.

Tärkein saapumispaikka EU:ssa on edelleen Espanja, mutta myös Portugalin merkitys näyttää olevan kasvamassa. Muihin maihin kokaiinia tuodaan myös suoraan; yksi keskeinen saapumispaikka on Alankomaat. Espanja ja Alankomaat ovat tärkeitä EU:hun saapuvan kokaiinin jakelukeskuksia. Tuonnista Euroopan ulkopuolelta ovat raportoineet myös muut maat, kuten Belgia, Saksa, Ranska ja Yhdistynyt kuningaskunta. Myös jakelureitit ovat monipuolistumassa: toiminta Itä- ja Keski-Euroopassa sekä EU:ssa ja sen naapurimaissa näyttää nyt lisääntyneen, sillä ne ilmoitetaan nyt toisinaan toissijaisina kauttakulkupaikkoina.

### Takavarikot

EU:ssa tehtiin vuonna 2005 arviolta 70 000 kokaiinitakavarikkoa, joissa otettiin haltuun yhteensä 107 tonnia kokaiinia. Suurin osa kokaiinitakavarikkoja

koskevista ilmoituksista tuli Länsi-Euroopan maista, etenkin Espanjasta, jonka osuus on noin puolet takavarikkojen lukumäärästä ja takavarikoiduista määristä <sup>(89)</sup>. Ajanjaksolla 2000–2005 sekä takavarikkojen lukumäärä että takavarikoidun kokaiinin määrä EU:ssa kasvoivat yleisesti <sup>(90)</sup>. Tämä johtui pääasiassa määrrien huomattavasta kasvusta Espanjassa ja Portugalissa, ja Portugali ohitti Alankomaat ilmoittamalla toiseksi suurimmasta kokaiinitakavarikoiden määrästä Espanjan jälkeen vuonna 2005.

### Hinta ja puhtaus

Kokaiinin keskimääräinen tai tyypillinen hinta katukaupassa vaihteli EU:ssa voimakkaasti vuonna 2005 (45–120 euroa grammalta). Useimmista maista hinnaksi ilmoitettiin 50–80 euroa grammalta <sup>(91)</sup>. Kokaiinin inflaatiokorjattu keskihinta putosi yleisesti ajanjaksolla 2000–2005 useimmissa niistä 19 maasta, jotka toimittivat riittävät tiedot.

Kokaiinin keskimääräinen tai tyypillinen puhtaus käyttäjätasolla vaihteli 20:stä 78 prosenttiin vuonna 2005. Useimmat maat ilmoittivat puhtaudeksi 30–60 prosenttia <sup>(92)</sup>. Ajanjaksolta 2000–2005 saatujen tietojen perusteella kokaiinin keskimääräinen puhtaus on laskenut useimmissa tietojen toimittaneista 21 maasta.

## Kokaiinin käytön levinneisyys ja käyttötavat

Kokaiini on nykyisin toiseksi yleisin laiton huume kannabiksen jälkeen monissa EU:n jäsenvaltioissa ja EU:ssa yleensä. EU:ssa ja Norjassa äskettäin tehtyjen kansallisten väestötutkimusten mukaan yli 12 miljoonaa henkilöä, lähes 4 prosenttia kaikista aikuisista Euroopassa on käyttänyt kokaiinia ainakin kerran <sup>(93)</sup>. Kansalliset luvut vaihtelevat 0,2:sta 7,3 prosenttiin, mutta kolmessa maassa ainakin kerran käyttäneiden osuus on yli 5 prosenttia (Espanja, Italia, Yhdistynyt kuningaskunta) <sup>(94)</sup>.

<sup>(88)</sup> Ks. takavarikkojen ja muiden markkinatietojen tulkinta, s. 37.

<sup>(89)</sup> Tämä on tarkistettava sitten, kun puuttuvat vuoden 2005 tiedot saadaan. Arvioinnissa käytettiin vuodelta 2005 puuttuvien tietojen sijasta vuoden 2004 tietoja.

<sup>(90)</sup> Ks. taulukot SZR-9 ja SZR-10 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(91)</sup> Ks. taulukko PPP-3 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(92)</sup> Ks. taulukko PPP-7 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(93)</sup> Laskentamenetelmän osalta ks. alaviite 30.

<sup>(94)</sup> Ks. taulukko GPS-8 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

Kokaiinia ilmoittaa viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneensä ainakin 4,5 miljoonaa henkilöä Euroopassa (noin 1,3 %). Näiden henkilöiden osuus vaihtelee Kreikan 0,1 prosentista Espanjan 3,0 prosenttiin, ja Italia ja Yhdistynyt kuningaskunta ilmoittavat levinneisyydeksi yli 2 prosenttia <sup>(95)</sup>. Kyselyjen mukaan noin 2 miljoonaa eurooppalaista (noin 0,6 %) on käyttänyt kokaiinia viimeksi kuluneen kuukauden aikana <sup>(96)</sup>.

Kuten muidenkin laittomien huumeaineiden, myös kokaiinin käyttö on yleisintä nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) keskuudessa. Euroopassa noin 7,5 miljoonaa nuorta aikuista (5,3 %) on käyttänyt kokaiinia ainakin kerran; viidessä maassa käytön levinneisyys on 5 prosenttia tai enemmän (Saksa, Italia, Tanska, Espanja, Yhdistynyt kuningaskunta) <sup>(97)</sup>. Lyhyempiä aikavälejä koskevien arvioiden <sup>(98)</sup> mukaan kokaiinia on käyttänyt viimeksi kuluneen vuoden aikana 3,5 miljoonaa (2,4 %) ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana 1,5 miljoonaa (1 %) nuorta aikuista.

Kannabikseen verrattuna kokaiinin käyttö on yleensä paljon harvinaisempaa koululaisten keskuudessa. Useimmissa maissa kokaiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus on 15–16-vuotiaiden koululaisten ryhmässä 2 prosenttia tai vähemmän, ja ainoastaan Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa määrä nousi 6 prosenttiin <sup>(99)</sup>. Tietoja kokaiinin käytöstä 17–18-vuotiaiden koululaisten ryhmässä saatiin 16 maasta, joista Espanjassa kokaiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus on tässä vanhemmassa ikäryhmässä huomattavasti suurempi, joskin alustavat tiedot tästä maasta viittaavat siihen, että hiljattain on tapahtunut laskua <sup>(100)</sup>. Useimmissa muissa 15 maassa käyttö on yleisempää vanhempien oppilaiden keskuudessa, mutta erot ovat lievempiä. On kuitenkin huomattava, että viimeksi kuluneen vuoden ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana kokaiinia käyttäneiden osuudet ovat paljon pienempiä.

Kokaiinin käyttö ei ole keskittynyt mihinkään tiettyyn sosiaaliryhmään, mutta sen käyttö viihdeympäristöissä yhteiskuntaan sopeutuneiksi määriteltujen nuorten aikuisten keskuudessa on yleisempää kuin sen käyttö väestössä keskimäärin. Eri Euroopan maissa tanssimusiikkiympäristöissä tehdyissä tutkimuksissa kokaiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus vaihteli 10:stä 75 prosenttiin <sup>(101)</sup>.

Kokaiinin käyttötavat ovat eri käyttäjäryhmissä hyvin erilaisia. Yhteiskuntaan sopeutuneiksi määritellyistä käyttäjistä suurin osa suosii nuuskaamista; monet käyttävät kokaiinia myös yhdessä muiden aineiden, kuten alkoholin, tupakan, kannabiksen ja muiden piristeiden kanssa <sup>(102)</sup>, ja tällainen sekakäyttö voi pahentaa terveysriskejä.

Crack-kokaiinin käyttö on Euroopassa edelleen melko harvinaista ja keskittyy lähinnä muutamien suurkaupunkien yhteiskunnasta syrjäytyneisiin alaryhmiin. Kokaiinin polton takia huumehoitoon hakeutuneiden osuus hoidon kysynnästä on kuitenkin varsin merkittävä, vaikka polttajat yhä edustavatkin vähemmistöä. Kokaiinin injektioikäyttö ei ole kovin tavallista sellaisten käyttäjien tai edes hoitoasiakkaiden keskuudessa, jotka eivät injektioi muitakaan huumeita (ks. alla). Heroiinin injektioikäyttäjien ilmoitetaan kuitenkin yhä useammin injektioivan myös kokaiinia tai kokaiinin ja heroinin sekoituksia.

Kokaiinin ongelmakäytön levinneisyydestä <sup>(103)</sup> toimitettiin arvioita vain kolmesta maasta (Espanja, Italia, Yhdistynyt kuningaskunta). Niiden mukaan ongelmakäyttäjiä on 3–6 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti <sup>(104)</sup>.

### Kokaiinin käytön suuntaukset

Vuosiraportissa 2006 mainittiin kokaiinin käytön tasaantuneen nuorten aikuisten keskuudessa, mutta viimeaikaiset tiedot eivät enää tue näitä havaintoja. Kokaiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden osuus 15–34-vuotiaiden ikäryhmässä on noussut kaikissa äskettäisiä kyselytietoja raportoineissa maissa, tosin kasvusuuntaus on tasaantumassa Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Englanti ja Wales), joissa käytön levinneisyys on kaikkein korkein. Merkittävästä kasvusta ilmoittivat myös Italia ja Tanska (kaavio 7).

Analysoitaessa pitempiä aikasarjoja maista, joissa käyttö on laajalle levinnyttä, voidaan erottaa suuntauksia eri alaryhmissä. Sekä Espanjassa että Yhdistyneessä kuningaskunnassa käyttö lisääntyi enemmän miesten kuin naisten keskuudessa. Kokaiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden määrän kasvu Espanjassa vuodesta 2001 lähtien johtuu käytön lisääntymisestä 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä, ei niinkään 15–34-vuotiaiden keskuudessa yleensä.

<sup>(95)</sup> Ks. taulukko GPS-10 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(96)</sup> Ks. taulukko GPS-12 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(97)</sup> Ks. taulukko GPS-9 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(98)</sup> Ks. taulukot GPS-11 ja GPS-13 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(99)</sup> Ks. taulukko EYE-3 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(100)</sup> Ks. taulukko EYE-2 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

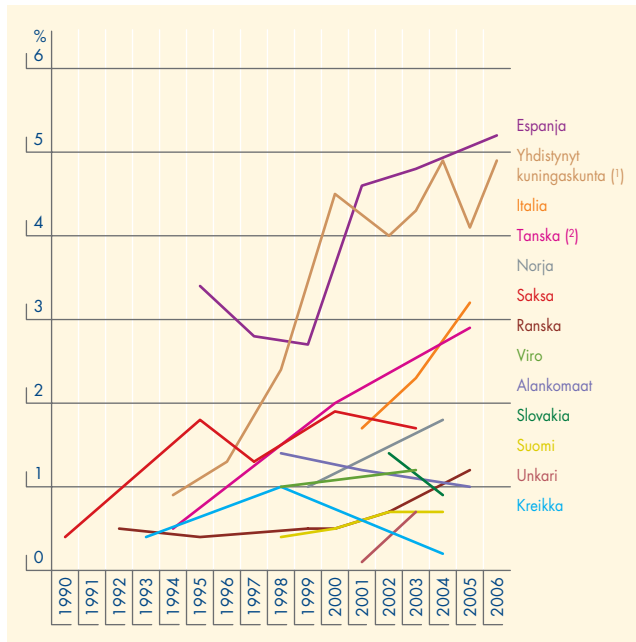
<sup>(101)</sup> Ks. vuoden 2006 erityiskysymys huumeidenkäytöstä viihdeympäristöissä.

<sup>(102)</sup> Ks. kaavio 15 vuosiraportissa 2006.

<sup>(103)</sup> Kokaiinin pitkäaikainen ja/tai säännöllinen ja/tai suonensisäinen käyttö.

<sup>(104)</sup> Ks. taulukko PDU-2 vuoden 2007 tilastotiedotteessa ja vuoden 2007 erityiskysymys kokaiinista.

**Kaavio 7:** Suuntaukset kokaiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa



(1) Englanti ja Wales.

(2) Tanskan osalta vuoden 1994 luku koskee "kovia huumeita".

Huom. Tiedot ovat kunkin maan tuoreimmasta väestötutkimuksesta raportointihetkellä. Maat esitetään yleisen (kaikkia aikuisia koskevan) levinneisyysasteen mukaisessa järjestyksessä. Lisätietoja, ks. taulukko GPS-4 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2006), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista.

Kokaiinin on arveltu "korvanneen" muita piristeitä joissakin Euroopan maissa (105). Nuorten tanssimusiikki- ja yökerhoympäristöissä tehtyjen kyselyjen tuloksia on kuitenkin tulkittava varovasti, koska kyseessä on valikoitu otos. Ne voivat kuitenkin kertoa jotakin säännöllisesti huumeita käyttävien nuorten käyttäytymisestä, ja Alankomaissa tehtyjen tutkimusten mukaan kokaiini on joissakin kunnissa syrjäyttänyt ekstaasin yökerhoissa käyvien keskuudessa eniten käytettynä piristeenä, ja joissakin ryhmissä sen sosiaalinen hyväksyttävyyden on kasvamassa.

## Kokaiini: hoidon kysyntää koskevat tiedot

Kokaiini on opioidien ja kannabiksen jälkeen yleisin huume, joka Euroopassa ilmoitetaan huumehoitoon hakeutumisen yhteydessä pääasiallisesti huumeeksi. Pääasiallisesti kokaiinin takia hoitoon hakeutuneita oli vuonna 2005 noin 48 000, noin 13 prosenttia kaikesta hoidon kysynnästä

EU:ssa (106); kokaiinin ilmoittaa toissijaiseksi huumeeksi noin 15 prosenttia avohoidon asiakkaista (107). Kokonaisluku sisältää kuitenkin suurta vaihtelua maiden välillä: useimmissa maissa kokaiinin käyttöön liittyvä hoidontarve on melko vähäistä, mutta Alankomaissa (35 %) ja Espanjassa (42 % vuonna 2004) kokaiinin takia hoitoon hakeutuvien asiakkaiden osuus on hyvin korkea. Hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuneiden keskuudessa kokaiiniasiakkaiden osuus on suurempi, noin 22 prosenttia kaikista uusista asiakkaista (33 000 asiakasta 22 maassa).

Edellisinä vuosina raportoitu noususuuntaus kokaiinin käytön vuoksi hoitoon hakeutuvien määrässä jatkuu edelleen. Kokaiinin käytön takia hoitoon hakeutuneiden uusien asiakkaiden osuus kaikista uusista huumehoitoasiakkaista kasvoi 11:stä 24 prosenttiin ja ilmoitettujen tapausten määrä 13 000:sta 33 000 tapaukseen vuosina 1999–2005 (108). Tarkempi selvitys hoidon kysynnän suuntauksista esitetään vuoden 2007 erityiskysymyksessä kokaiinista.

Pääasiassa kokaiinin käytön takia hoitoon hakeutuvista huumeidenkäyttäjistä Euroopassa suurin osa käyttää jauhemaista kokaiinia (85 %) ja vain 15 prosenttia ilmoittaa syyksi crack-kokaiinin; ilmoitusten mukaan lähes kaikkia kokaiiniriippuvaisia hoidetaan avohoidossa (94 %) (109). Nyt raportoidut tiedot kokaiiniriippuvuuden hoidon kysynnästä hoitolaitoksissa ja yleislääkäreiden vastaanotoilla ovat kuitenkin puutteelliset.

Avohoitokeskuksiin tulevat kokaiiniasiakkaat ovat huumehoitoasiakkaista vanhimpia opioidien käyttäjien jälkeen, sillä heidän keski-ikänsä on 31 vuotta (110). Valtaosa heistä on miehiä, ja miesten osuuden suhde naisiin nähden on kokaiiniasiakkaissa yksi suurimmista kaikkiin huumehoitoon hakeutuneisiin verrattuna (kaikissa asiakkaissa 5:1 ja uusissa asiakkaissa 6:1) (111). Useimmat avohoidossa olevat kokaiinin käyttäjät ovat aloittaneet käytön 15–24-vuotiaana (112).

## Kokaiiniriippuvuuden hoito

Kokaiinin ja crack-kokaiinin ongelmakäyttäjiin erikoistuneita hoitopalveluja on yhä niukasti tarjolla, ja kuten edellä selitettiin, suurin osa kokaiiniriippuvaiden hoitoa koskevasta ilmoitustiedoista tulee Espanjasta ja Alankomaista. Maissa, joissa on paljon kokaiinin käyttäjiä, kiinnostus erikoispalvelujen tarjoamiseen on kasvamassa. Toisaalta ei liene yllättävää, että maissa, joissa käyttö ei ole kovin yleistä,

(105) Ks. tämän vuosiraportin luku 4.

(106) Ks. kaavio TDI-2 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

(107) Ks. taulukko TDI-22 (osa i) vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

(108) Ks. kaavio TDI-1 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

(109) Ks. taulukot TDI-24 ja TDI-115 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

(110) Ks. taulukko TDI-10 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

(111) Ks. taulukko TDI-21 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

(112) Ks. taulukko TDI-11 (osa i)–(osa iv) vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

ei myöskään pidetä kokaiiniin erikoistuneiden hoitopalvelujen tarjoamista poliittisesti tärkeänä tavoitteena. Toisin kuin opioidiriippuvaisten kohdalla, jotka ovat Euroopassa melko yhtenäinen kohderyhmä, kokaiiniriippuvaisille tarkoitettuja hoitopalveluja on tarjottava paljon vaihtelevammalle joukolle käyttäjiä. Kokaiinia ensisijaisena huumeena käyttävillä yleisin käyttötapa on nuuskaaminen ja sen jälkeen polttaminen tai henkeen vetäminen; vain harva asiakas (alle 10 %) ilmoittaa käyttävänsä sitä suonsisäisesti. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien keskuudessa injektioikäyttäjiä on vielä vähemmän (5 %) <sup>(113)</sup>. Noin 16 prosenttia kokaiiniasiakkaista ilmoittaa käyttävänsä huumetta yhdessä opioidien kanssa, ja joissakin maissa monet opioidiongelmiensa takia hoidossa olevat käyttävät ainakin satunnaisesti myös kokaiinia.

Huumehoitopalveluja olisi siis tulevaisuudessa pystyttävä tarjoamaan kolmelle eri kokaiinin käyttäjäryhmälle: yhteiskuntaan sopeutuneiksi määritellyille kokaiinin käyttäjille, joilla on kokemusta myös säännöllisestä huumeiden ja alkoholin sekakäytöstä viihdeympäristöissä; kokaiinin käyttäjille, joilla on myös opioidiongelmia, ja syrjäytyneille crack-kokaiinin ongelmakäyttäjille.

Näiden kolmen ryhmän tarpeet ovat todennäköisesti hyvin erilaiset ja vaativat hoitopalvelujen tarjoajilta erilaisia lähestymistapoja. Kokaiiniriippuvaisten hoito Euroopassa tapahtuu useimmiten avohoidossa, joka monissa tapauksissa on suunniteltu lähinnä opioidien käyttäjien tarpeisiin. Nämä palvelut eivät välttämättä houkuttele melko hyvin yhteiskuntaan sopeutuneita kokaiinin käyttäjiä, joiden ongelma on kehittynyt huumeen viihdekäytön myötä. Osa tästä ryhmästä hakee todennäköisesti apua joko yleisestä terveydenhuollosta, kuten yleislääkäriltä tai neuvojilta tai, jos mahdollista, yksityisiltä erikoisklinikoilta.

Toisin kuin opioidiriippuvuuteen, kokaiiniriippuvuuteen on olemassa vain vähän lääkehoitovaihtoehtoja, vaikka lääkkeillä pystytäänkin jonkin verran helpottamaan riippuvuuden oireita. Toistaiseksi ei ole saatavilla lääkettä, joka auttaisi käyttäjiä pidättäytymään kokaiinin käytöstä tai hallitsemaan sitä – tosin tulevaisuudessa tähän ongelmaan saattaa löytyä joitakin ratkaisuja. Euroopassa painotetaan pääasiassa psykososiaalisia, lähinnä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvia hoitomuotoja. Perusteellinen selvitys hoitovaihtoehdoista esitetään vuoden 2007 erityiskysymyksessä kokaiinista sekä EMCDDA:n teknisessä katsauksessa (EMCDDA, 2007b).

Crack-kokaiiniongelmien alhainen levinneisyys ja paikallinen luonne Euroopassa merkitsee, että tämän käyttäjäryhmän tarpeista on paljon vähemmän kokemusta. Yhdysvaltojen kokemuksista crack-kokaiiniongelmista on saatavilla runsaasti kirjallisuutta, mutta on epäselvää,

missä määrin tätä tietoa voidaan soveltaa suoraan Euroopan tilanteeseen. Yhdistynyt kuningaskunta, jossa esiintyy muihin Euroopan maihin verrattuna melko paljon crack-kokaiinin ongelmakäyttöä, on laatinut ammattilaisille ohjeet, joissa suositellaan crack-riippuvaisten hoitoa suunnitelluissa huumehoito-ohjelmissa, joihin sisältyy huumeista pidättäytymistä ja haittojen vähentämistä koskevia toimenpiteitä (NTA, 2002). Yhdistyneen kuningaskunnan huumehoitopalvelujen tarjonnasta hiljattain tehdyssä arvioinnissa tuli esille joitakin myönteisiä tuloksia myös crack-kokaiiniasiakkaiden laitoshoidosta (Weaver, 2007).

## Riskien ja haittojen vähentäminen

Huumeriippuvuus ei ole ainoa kokaiinin viihdekäyttäjien terveysriski; sen lisäksi he voivat altistua kokaiinin ja muiden huumeiden väliselle vuorovaikutukselle tai saada samanaikaisia sydän- ja verisuoniongelmia. Useimmissa Euroopan maissa kokaiinin käyttäjät voivat saada helposti tietoa kokaiinista ja kokaiinin käytön riskeistä eri tietolähteistä, kuten Internet-sivustoilta, auttavista puhelimesta ja muista tiedotusvälineistä. On merkillepantavaa, että European Foundation of Drug Helplines ilmoittaa kokaiiniin liittyvien puhelujen lisääntyneen vuosina 2005 ja 2006 <sup>(114)</sup>.

Kokaiinin käyttöön voi liittyä myös riskialtista seksuaalista toimintaa ja työskentelyä seksialalla. Tutkimusten mukaan crack-kokaiinia käyttävät naiset ovat erityisen haavoittuvassa asemassa ja saattavat ajautua riskialttiiseen seksuaalikäyttäytymiseen hankkiakseen rahaa tai huumeita. Joissakin maissa on aloitettu erityisesti seksityöntekijöille suunnattuja haittojen vähentämisen ohjelmia ja kenttätyöohjelmia, joilla pyritään vähentämään riskialtista seksi- ja huumeikäyttäytymistä.

Vaikka crack-kokaiinin käyttäjiä on vähän, he ovat erityisen alttiita ongelmille, ja heidän voi olla vaikea sitoutua hoitoon ja muihin palveluihin. Joissakin kaupungeissa vaikeita crack-kokaiiniongelmia on yritetty lievittää haittojen vähentämisen ohjelmilla kenttätyön, kriisivun, äkillisten terveysongelmien hoidon ja kuntoutusohjelmiin ohjauksen kautta. Esimerkiksi Wienissä on välitetty avohoitopalvelujen kautta huoneita turvallisten tilojen tarjoamiseksi kokaiinin ja crack-kokaiinin käyttäjille, jotka usein kärsivät ahdistuksesta; heille tarjotaan myös perusterveydenhuoltoa ja läheteitä muihin hoitopalveluihin. Piikityshuoneita huumeiden injektioikäyttäjille tarjoavat maat ovat joskus laajentaneet tämän palvelun myös crack-kokaiinin käyttäjiin. Esimerkiksi Saksassa on avattu erityisesti crack-kokaiinin polttajille tarkoitettuja tiloja sekä Frankfurtiin että Hampuriin.

Kokaiinin injektioikäyttäjiä koskevat haittojen vähentämiseen tähtäävät toimintamallit eivät yleensä eroa muille

<sup>(113)</sup> Ks. taulukko TDI-17 (osa ii) ja (osa vi) ja taulukko TDI-1 10 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

<sup>(114)</sup> <http://www.fesat.org/>

injektiokäyttäjille tarjotuista (ks. luku 8), tosin joidenkin tutkimusten mukaan injektiokäyttö on piristeiden käyttäjien keskuudessa muita yleisempää, joten heillä myös riskit ovat

### **Kokaiini ja crack-kokaiini: kasvava kansanterveydellinen ongelma, EMCDDA:n vuosiraportti 2007: erityiskysymykset**

Viime vuosina kokaiinin ongelmakäytön on havaittu alkaneen lisääntyä Euroopassa. Tässä erityiskatsauksessa osoitetaan, että kokaiinihoidon kysynnän ja kokaiinitakavarikoiden määrän perusteella kokaiinin käyttö on kasvanut selvästi joissakin Euroopan maissa. Lisäksi siinä tutkitaan, miten merkittävä vaikutus kokaiinin käytöllä voi olla kansanterveyteen. Erityistä huomiota kiinnitetään kokaiinin terveysvaikutuksiin,

suurempia. Lisäksi crack-kokaiinin injektioimiseen liittyy erityisiä riskejä, jos annos ei ole oikein valmistettu.

joita ei useinkaan tunnisteta riittävän hyvin nykyisissä raportointijärjestelmissä. Katsauksessa tarkastellaan yksityiskohtaisesti, minkälaisia haasteita tehokkaan hoidon tarjoaminen kokaiini- ja crack-kokaiiniriippuvuuteen merkitsee. Tämä tehtävä on osoittautunut erityisen vaikeaksi, koska kokaiinin käyttäjissä on hyvin erilaisia ryhmiä erilaisine tarpeineen.

Tämä erityiskysymys on saatavilla painetussa muodossa ja Internetin kautta ainoastaan englanniksi (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).





## Luku 6

# Opioidien käyttö ja huumeiden injektiokäyttö

### Heroiinin tarjonta ja saatavuus <sup>(115)</sup>

Eurooppaan tuodaan kahdenlaista heroiinia: yleisesti saatavilla olevaa ruskeaa heroiinia (emäksisessä muodossa), joka tulee lähinnä Afganistanista, ja harvinaisempaa, kalliimpaa valkoista heroiinia (suolan muodossa), joka on yleensä peräisin Kaakkois-Aasiasta, joskin sitä esiintyy yhä vähemmän. Pieni määrä opioideja tuotetaan Euroopassa, mutta vuonna 2005 tuotanto rajoittui pääasiassa suppeaan kotitekoisten unikkotuotteiden (kuten oopiumunikon, murskatuista unikon varsista tai mykeröistä tehdyn unikkotiivisteen) tuotantoon joissakin itäisissä EU-maissa (Latvia, Liettua, Puola).

### Tuotanto ja salakuljetus

Euroopassa käytettävä heroiini valmistetaan pääasiassa Afganistanissa, joka on edelleen maailman johtava laittoman oopiumin tuottaja; toiseksi suurin on Myanmar. Laittoman oopiumin maailmanlaajuinen tuotanto vuonna 2006 oli 6 610 tonnia, josta 92 prosenttia tuotettiin Afganistanissa. Tämä on 43 prosenttia enemmän kuin vuonna 2005, sillä viljelty pinta-ala on kasvanut huomattavasti. Heroiinin maailmanlaajuisen tuotannon arvellaan vuonna 2006 olleen 606 tonnia (472 tonnia vuonna 2005) (UNODC, 2007). Opioiditakavarikoiden ja lakkautettujen laboratorioden lukumäärän perusteella yhä suurempi osa Afganistanissa tuotetusta oopiumista jalostetaan morfiiniksi tai heroiiniksi ennen vientiä (CND, 2007).

Heroiini saapuu Eurooppaan kahta merkittävää salakuljetusreittiä pitkin. Historiallisesti tärkeällä Balkanin reitillä on edelleen keskeinen merkitys heroiinin salakuljetuksessa. Reitti kulkee Pakistanin, Iranin ja Turkin kautta ja jakautuu sitten eteläiseen haaraan, joka kulkee Kreikan, entisen Jugoslavian tasavallan Makedonian, Albanian, Italian, Serbian, Montenegron sekä Bosnia ja Hertsegovinan kautta, sekä pohjoiseen haaraan, joka kulkee Bulgarian, Romanian, Unkarin, Itävallan, Saksan ja Alankomaiden kautta. Alankomaat on tärkeä jakelukeskus, josta huumetta kuljetetaan edelleen muihin Länsi-Euroopan maihin. Heroiinia on 1990-puolivälistä lähtien salakuljetettu

Eurooppaan yhä enemmän (muttei kuitenkaan yhtä paljon kuin Balkanin reitin kautta) ns. silkkiteitä pitkin Keski-Aasian valtioiden, Kaspianmeren ja Venäjän, Valko-Venäjän tai Ukrainan kautta Viroon, Latviaan, joihinkin Pohjoismaihin, Saksaan ja Bulgariaan. Nämä ovat tärkeimmät reitit, mutta Etelä- ja Kaakkois-Aasiasta on kulkeutunut heroiinia Eurooppaan myös joidenkin Arabian niemimaan maiden (Oman, Yhdistyneet Arabiemiirikunnat) kautta (INCB, 2006). Osa siitä salakuljetetaan Itä-Afrikan (Etiopian, Kenian, Mauritiuksen) ja toisinaan myös Länsi-Afrikan (Nigerian) kautta Euroopan sekä vähemmässä määrin Pohjois-Amerikan laittomille markkinoille (INCB, 2007a). Jonkin verran heroiinia salakuljetetaan Eurooppaan myös Lounais-Aasiasta Etelä- ja Itä-Aasian maiden (Intian, Bangladeshin, Sri Lankan, Kiinan) kautta.

### Takavarikot

Maailmassa takavarikoitiin vuonna 2005 yhteensä 342 tonnia oopiumia, 32 tonnia morfiinia ja 58 tonnia heroiinia. Maailmanlaajuisesti heroiinia takavarikoitiin edelleen eniten Aasiassa (54 %), lähinnä Kiinassa, Afganistanissa, Iranissa ja Pakistanissa, ja Euroopassa (38 %) (UNODC, 2007).

EU:n jäsenvaltioissa, ehdokasvaltioissa ja Norjassa tehtiin vuonna 2005 noin 52 000 takavarikkoa, joissa otettiin talteen yhteensä 16,8 tonnia heroiinia. Takavarikkoja tehtiin edelleen eniten Yhdistyneessä kuningaskunnassa (vuoden 2004 tiedot) ja sen jälkeen Espanjassa, Saksassa ja Kreikassa, kun taas takavarikoidut määrät olivat suurimmat Turkissa (ja sen jälkeen Yhdistyneessä kuningaskunnassa, Italiassa ja Alankomaissa), jonka osuus oli lähes puolet vuonna 2005 takavarikoidusta kokonaismäärästä <sup>(116)</sup>. Heroiinitakavarikkojen määrä laski yleisesti vuosina 2000–2003, mutta saatavilla olevien tietojen perusteella se on sittemmin alkanut nousta. EU:n jäsenvaltioissa takavarikoidut heroiinin kokonaismäärät ovat vaihdelleet ajanjaksolla 2000–2005, mutta ovat hienoisesti laskemassa; samalla ajanjaksolla Turkissa takavarikoidut määrät kasvoivat selvästi <sup>(117)</sup>.

<sup>(115)</sup> Ks. takavarikkojen ja muiden markkinatietojen tulkinta, s. 37.

<sup>(116)</sup> Tämä on tarkistettava sitten, kun puuttuvat vuoden 2005 saadaan. Arvioinnissa käytettiin vuodelta 2005 puuttuvien tietojen sijasta vuoden 2004 tietoja.

<sup>(117)</sup> Ks. taulukot SZR-7 ja SZR-8 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

## Hinta ja puhtaus

Yhdenmukaisten tietojen puuttuminen vaikeuttaa hintaan ja puhtauteen liittyvien suuntausten arviointia, ja arviot perustuvat vain muutamista maista saatuihin tietoihin <sup>(118)</sup>. Useimmissa maissa ruskean heroinin keskimääräinen tai tyyppillinen hinta katukaupassa oli 35–80 euroa grammalta. Heroinin inflaatiokorjattu keskihinta näyttää laskeneen vuosina 2000–2005 useimmissa niistä 18 maasta, jotka toimittivat vertailukelpoisia tietoja. Ruskean heroinin keskimääräinen tai tyyppillinen puhtausaste katukaupassa vaihteli huomattavasti; useimmissa maissa se oli 15–50 prosenttia; valkoisen heroinin luvut, sikäli kuin niitä oli saatavilla, olivat yleensä korkeammat (30–70 %). Heroiniin tuotteiden keskimääräinen puhtausaste on vaihdellut useimmissa tietoja raportoineissa maissa vuodesta 2000 lähtien.

## Arviot opioidien ongelmakäytön levinneisyydestä

Tämän osan tiedot perustuvat EMCDDA:n huumeiden ongelmakäytön indikaattoriin, johon liittyvät arviot merkitsevät lähinnä huumeiden injektioikäyttöä ja opioidien käyttöä, joskin muutamissa maissa amfetamiinin käyttäjät muodostavat siitä merkittävän osan <sup>(119)</sup>. Opioidien ongelmakäyttäjien määrää on vaikea arvioida, ja levinneisyystietojen selvittäminen saatavilla olevista tietolähteistä edellyttää monimutkaisia analyysejä. Lisäksi arviot ovat usein paikallisia (kaupunki- tai piirikohtaisia), ja lukujen ekstrapolointi kansallisten arvioiden tekemiseksi ei välttämättä tuota luotettavaa tietoa.

Arviointia hankaloittaa myös se, että huumeiden käyttötavat Euroopassa ovat monipuolistumassa. Esimerkiksi sekakäyttöön liittyvät ongelmat ovat vähitellen lisääntyneet useimmissa maissa, kun taas jotkin maat, joissa opioidiongelmat (lähes pelkästään heroiniiongelmat) ovat aikaisemmin olleet merkittäviä, ovat nyt raportoineet siirtymisestä muihin huumeisiin, kuten kokaiiniin.

Viimeisimpien lukujen perusteella opioidien ongelmakäyttäjää arvioidaan olevan kansallisella tasolla 1–6 tapausta tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti, kun huumeiden ongelmakäytön levinneisyys yleensä on arviolta 1–8 tapausta tuhatta kohti. Jotkin alhaisimmista nyt saatavilla olevista vahvistetuista arvoista ovat peräisin uusista EU-maista, mutta Malta on ilmoittanut melko korkean levinneisyysasteen (5,8–6,7 tapausta tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti) (kaavio 8).

Vähäisten tietojen perusteella arvioidaan, että opioidien ongelmakäyttäjää on EU:ssa yleisesti keskimäärin 4–5 tapausta tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti. Tämä tarkoittaa, että EU:ssa ja Norjassa on noin 1,5 miljoonaa (1,3–1,7 miljoonaa) opioidien ongelmakäyttäjää. Arviot eivät kuitenkaan ole läheskään varmoja, ja niitä on tarkennettava, kun tietoja saadaan lisää.

## Opioidien ongelmakäytön aikasuuntauksia

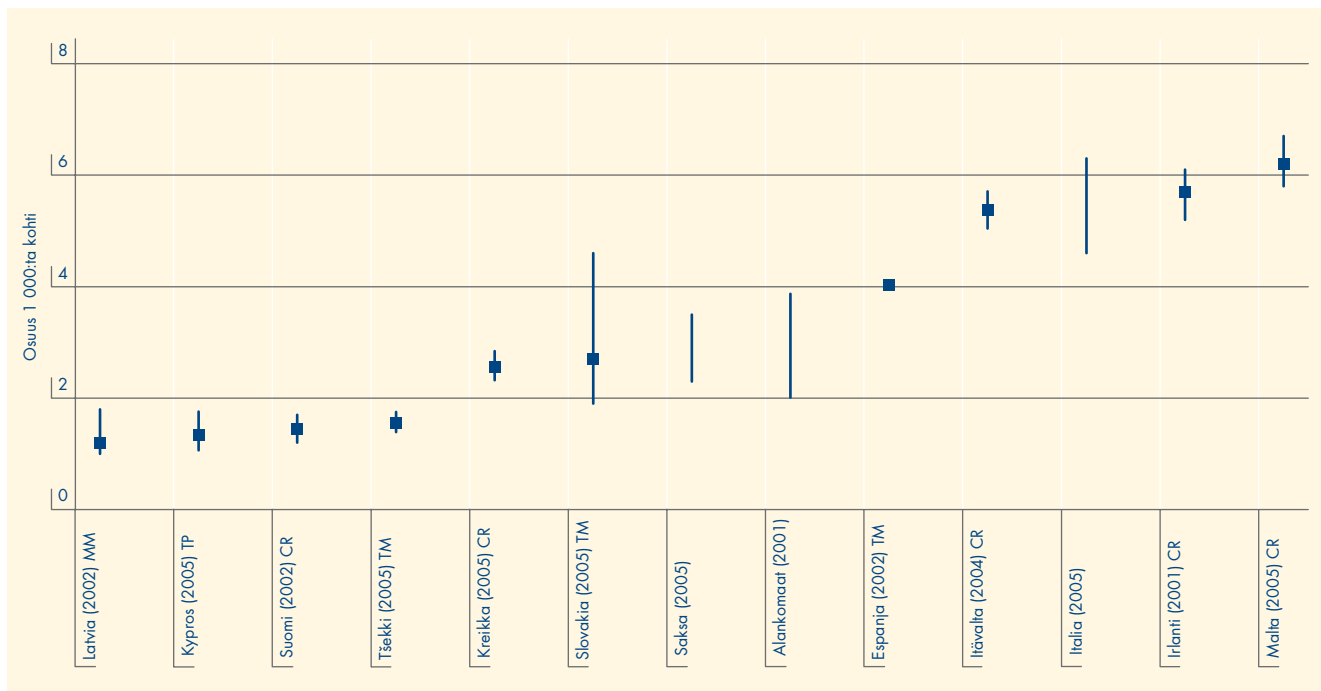
Luotettavien aikasarjojen puuttuminen vaikeuttaa opioidien ongelmakäytön pitkän aikavälin suuntausten arviointia, ja niitä onkin tulkittava varovasti. Joidenkin maiden raporteista päätellen opioidien käyttö näyttää viime vuosina hieman tasaantuneen. Vuosilta 2001–2005 on saatavilla perättäisiä arvioita opioidien ongelmakäytöstä vain kahdeksasta maasta, ja niiden perusteella tilanne on melko vakaa; vain yhdessä maassa (Itävalta) käyttö on lisääntynyt selvästi <sup>(120)</sup>.

Vaikka opioidien käytön levinneisyys näyttää yleisesti melko vakaalta, heroiniin vakavien määrää näyttää kasvaneen (ks. edellä). Se saattaa liittyä heroinin saatavuuden lisääntymiseen Euroopan markkinoilla, ja laillisten opioidien kulkeutumisesta laittomiin tarkoituksiin tulee jatkuvasti enemmän ilmoituksia. Italiassa hoidon kysyntää koskeviin tietoihin perustuvat arviot heroinin käytön esiintyvyydestä viittaavat siihen, että vuonna 1998 alkanut noususuuntaus jatkuu laskusuuntauksen jälkeen, sillä vuonna 2005 kirjattiin noin 30 000 uutta heroinin käyttäjää. Itävallassa alle 25-vuotiaiden osuus korvaushoitoon hakeutuvista uusista asiakkaista on kasvanut, mikä viittaa huumeongelmista kärsivien nuorten määrän lisääntymiseen reseptilääkkeenä myytyjen opioidien laittomiin tarkoituksiin kulkeutumisesta ja hallitsemattoman käytön takia. Samoin Tšekki raportoi yhden lailliselta markkinoilta kulkeutuneen aineen (buprenorfiinin) injektioinnin lisääntymisestä laskusuuntauksen jälkeen, ja Belgiassa metadonin laitton käyttö on kasvanut. Äskettäin Ranskassa tehty matalan kynnyksen hoitopalvelujen seurantatutkimus on herättänyt huolta buprenorfiinin laittomasta käytöstä, myös injektioikäytöstä ja käytöstä sellaisten nuorten keskuudessa, jotka ovat aloittaneet ongelmakäytön buprenorfiinilla heroiniin sijasta; myös uusista nuorten ja syrjäytyneiden injektioikäyttäjien alaryhmistä on raportoitu huolestuttavia tietoja. Suomessa buprenorfiini näyttää myös laajalti korvanneen heroiniin opioidien takia hoitoon hakeutuneiden uusien asiakkaiden keskuudessa, ja buprenorfiini mainitaan yhä useammin ilmoituksissa yliannostuskuolemista.

<sup>(118)</sup> Ks. taulukot PPP-2 ja PPP-6 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(119)</sup> Vaikka EMCDDA:n määritelmän mukaan huumeiden ongelmakäytön indikaattori kattaa muodollisesti "huumeiden injektioikäytön tai heroinin, kokaiinin ja/tai amfetamiinin pitkäaikaisen/säännöllisen käytön", huumeiden ongelmakäyttöä koskevat arviot ovat perinteisesti merkinneet lähinnä heroinin käyttöä. Niissä harvoissa maissa, joissa esiintyy amfetamiinin ongelmakäyttöä, on saatavilla vahvistettuja arvioita. Kokaiinin ongelmakäytöstä on niukasti tietoja, ja sen kohdalla ongelmakäytön indikaattori ei todennäköisesti tuota kovin luotettavaa tietoa paitsi muutamissa maissa, joissa ongelma on erittäin yleinen.

<sup>(120)</sup> Ks. kaavio PDU-4 (osa ii) vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

**Kaavio 8:** Arviot opioidien ongelmakäytön levinneisyydestä vuosina 2001–2005 (osuus tuhannesta 15–64-vuotiaasta)

*Huom.* Symboli edustaa piste-estimaattia ja viiva epävarmuusväliä, joka voi olla joko 95 %:n luottamusväli tai herkkyysanalyysiin perustuva väli (lisätietoja, ks. taulukko PDU-3). Kohderyhmissä voi olla pientä vaihtelua erilaisten menetelmien ja tietolähteiden takia, joten vertailuja on tehtävä varoen. Jos mitään menetelmää ei ole ilmoitettu, viiva esittää väliä kaikkien arvioiden alimmasta arvosta niiden yläpuolelle. Arviointimenetelmät: CR = Capture-recapture (merkintä-takaisinpyyntimenetelmä), TM = Treatment Multiplier (hoitokerroin); TP = Truncated Poisson (tyyristetty Poisson-menetelmä); MM = Mortality Multiplier (kuolleisuuskerroin). Lisätietoja, ks. taulukot PDU-1, PDU-2 ja PDU-3 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

*Lähteet:* Kansalliset yhteyspisteet.

## Huumeiden injektioikäyttö

Huumeiden injektioikäyttäjillä on erittäin suuri huumeidenkäytöstä johtuvien terveysongelmien, kuten veri-infektioiden (hiv/aids, hepatiitti) tai yliannostuksen riski. Vain harvat maat pystyvät nykyisin toimittamaan kansallisia tai paikallisia arvioita huumeiden injektioikäytön levinneisyydestä huolimatta sen kansanterveydellisestä merkityksestä (kaavio 9). Tämän käyttäjäryhmän seurannan parantaminen onkin tärkeä haaste terveydensurantajärjestelmien kehittämisessä EU:ssa.

### Epäsuorat arviot injektioikäytön levinneisyydestä

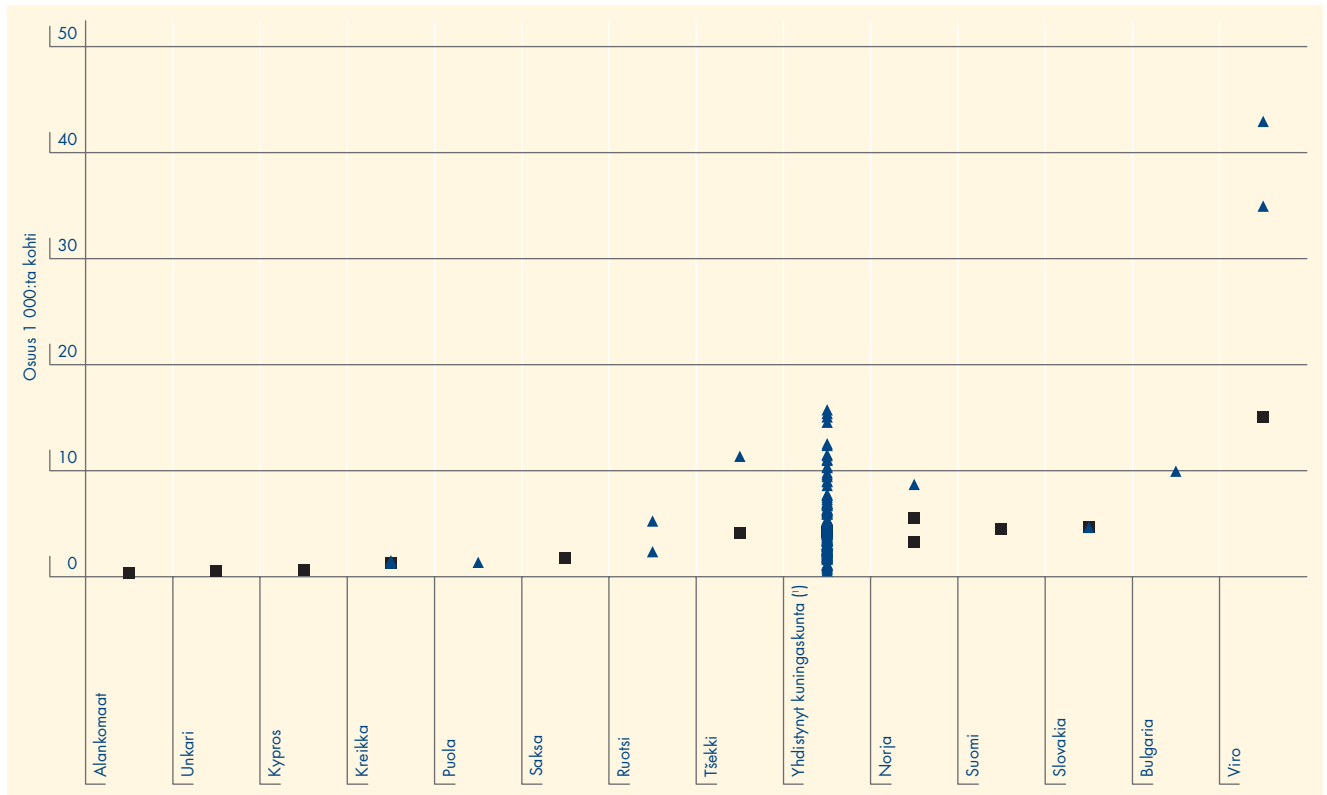
Useimmat saatavilla olevat arviot huumeiden injektioikäytöstä perustuvat yliannostuskuolemien määrään tai tartuntatauteja (esim. hiv) koskeviin tietoihin. Maiden välillä on suuria eroja: maakohtaiset arviot vuosilta 2001–2005 vaihtelevat yleensä 0,5 tapauksesta 6 tapaukseen tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti. Poikkeuksena on Viro, jonka arvio on erittäin korkea, 15 tapaukset tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti. Tietoja toimittaneista maista korkeimpia arvioita esittävät Tšekki, Slovakia, Suomi ja Yhdistynyt kuningaskunta, jotka ilmoittavat 4–5 tapaukset tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti. Alhaisimmat arviot tulevat Kyprokselta, Unkarista ja Alankomaista, joissa injektioikäyttäjiä on alle yksi tuhatta asukasta kohti.

Vähäisistä tiedoista ekstrapoloituihin arvioihin on suhtauduttava varovasti, mutta niiden perusteella huumeiden injektioikäyttäjiä (nykyisiä käyttäjiä) on keskimäärin 3–4 tapaukset tuhatta aikuista kohti. Se tarkoittaa, että EU:ssa ja Norjassa on nykyisin noin 1,1 miljoonaa (0,9–1,3 miljoonaa) huumeiden injektioikäyttäjiä. He ovat pääasiassa opioidien käyttäjiä, jotka saattavat tosin injektoida myös muita huumeita, ja joistakin maista raportoidaan merkittävistä amfetamiinin tai metamfetamiinin injektioikäyttöön liittyvistä ongelmista (Tšekki, Slovakia, Suomi, Ruotsi).

### Injektioikäytön suuntaukset hoidon kysynnän perusteella

Tietojen puuttuminen vaikeuttaa injektioikäytön suuntausten arviointia, tosin hoitoon hakeutuvia huumeidenkäyttäjiä koskevista tiedoista voidaan ehkä päätellä jotakin tästä käyttäytymisestä. Esimerkiksi opioidien käyttäjien hoidon kysyntä voi heijastaa käyttötapojen kehitystä koko väestössä. Injektioikäyttäjien osuus kaikista pääasiassa heroiinin takia huumehoitoon hakeutuneista käyttäjistä (vuosina 2001–2005) osoittaa, että maiden välillä on suuria eroja injektioikäytön yleisyydessä. Näiden tietojen perusteella injektioikäytön suosio on yleisesti laskemassa ja on vähentynyt Tanskassa, Irlannissa, Kreikassa, Unkarissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Turkissa. Joissakin maissa (Espanja,

**Kaavio 9:** Kansallisiin ja alueellisiin tutkimuksiin perustuvat arviot huumeiden injektioikäytön levinneisyydestä vuosina 2001–2005 (osuus tuhannesta 15–64-vuotiaasta)



(1) Englannin alueelliset arviot koskevat vuosia 2004/2005.

Huom. Musta neliö = kansallisesti kattava otanta; sininen kolmio = alueellisesti kattava otanta.

Alueellisiin arvioihin vaikuttavat suuresti maassa tehtyjen tutkimusten määrä ja kohteet. Kohderyhmissä voi olla pientä vaihtelua erilaisten menetelmien ja tietolähteiden takia, joten vertailuja on tehtävä varoen.

Lisätietoja, ks. taulukot PDU-1, PDU-2 ja PDU-3 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

Lähteet: Kansalliset yhteyspisteet.

Alankomaat, Portugali) enää pieni osa huumehoidossa olevista heroiinin käyttäjistä on injektioikäyttäjiä. Tilanne ei kuitenkaan ole sama kaikkialla: esimerkiksi useissa uusissa jäsenvaltioissa injektointi on yhä yleisin heroiinin käyttötapa. On huomattava, että muita huumeita kuin heroiinia käyttävissä ryhmissä injektioikäytön suuntaukset voivat olla erilaisia.

## Opioidiriippuvuuden hoito

### Ylläpitohoito

Korvaushoitosten tehosta heroiiniriippuvuuden tai muihin opioideihin liittyvien riippuvuuksien hoidossa on nyt olemassa melko vankkaa näyttöä, jota hoidon tuloksia koskevien selvitysten ja kontrolloitujen tutkimusten tiedot tukevat (ks. Gossop, 2006). Korvaushoidon myönteisiä vaikutuksia ovat laittomien huumeiden käytön, terveydellisesti riskialttiin käyttäytymisen ja rikollisuuden väheneminen sekä sosiaalisen toimintakyvyn paraneminen. Tavallisesti korvaushoito-ohjelmiin sisältyy lääkehoidon lisäksi muitakin interventioita, jotka tukevat käyttäytymisen muutosta. Näiden

ohjelmien integrointia laajempaan terveys- ja sosiaalihuollon toimintakehykseen pidetään yleisesti hyvänä käytäntönä.

## Korvaushoidon määräämiseen liittyvät käytännöt Euroopassa

Heroiiniriippuvaisille tarjotut hoitopalvelut ovat EU:ssa lisääntyneet huomattavasti 15 viime vuoden aikana. Saatavilla olevien tietojen mukaan tähän on syynä pääasiassa korvaushoidon tarjonnan kasvaminen yli seitsenkertaiseksi 15 jäsenvaltion EU:ssa vuoteen 1993 verrattuna.

Muutamaa maata (Tšekki, Ranska, Latvia, Suomi ja Ruotsi) lukuun ottamatta ylivoimaisesti yleisin korvaushoidossa käytetty aine on metadoni (noin 72 % kaikista korvaushoidoista) <sup>(121)</sup>. Metadonihoitoa annetaan yleensä erikoistuneissa avohoitokeskuksissa, mutta muutamissa maissa sitä annetaan myös yleislääkärien vastaanotoilla ja potilaan tilan vakiinnuttua yhteisökeskeisissä hoito-ohjelmissä. Metadonin antotavat vaihtelevat; toisinaan hoitoa annetaan ainoastaan huumehoitoihin erikoistuneissa keskuksissa ja

<sup>(121)</sup> Ks. taulukot HSR-7, HSR-9 ja HSR-11 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

## Laadunvalvonta ja korvaushoito

Palvelujen tehokkuus on suoraan riippuvaista tarjotun hoidon laadusta. Korvaushoito-ohjelmia on arvosteltu niiden heikosta laadusta ja siitä, että ohjelmissa keskitytään vain lääkehoitoon kiinnittämättä tarpeeksi huomiota sosiaalisen ja terveydenhoidollisen tuen kattavuuteen. Heikkouksina on mainittu myös asianmukaisen kliinisen seurannan puute; heikot lääkkeiden määräämiskäytännöt, jotka johtavat lääkkeiden kulkeutumiseen laittomille markkinoille; ja se, että matalan annoksen hoito-ohjelmien tehosta ei ole kliinistä näyttöä (Loth *et al.*, 2007; Schifano *et al.*, 2006; Strang *et al.*, 2005).

Monet maat ovat ottaneet nämä huolenaiheet vakavasti, ja Tanskassa, Saksassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa hoidon laadun parantamiseksi on tekeillä arviointoja, joiden tavoitteena on parantaa hoidon laatua. Tanska sai äskettäin valmiiksi kolmivuotisen hankkeen, jossa dokumentoitiin laajemman psykososiaalisen tuen vaikutusta korvaushoitoon ja testattiin laadunvalvontaprosesseja.

Saksassa on tehty äskettäin kaksikin tutkimusta, joista toisessa (COBRA) tarkasteltiin korvaushoidon käytäntöjä ja mahdollisuuksia hoidon parantamiseen. Toisen, laadunvalvontaa käsitelleen tutkimuksen (ASTO) perusteella laadittiin uusi käsikirja terveydenhuollon ammattilaisille. Yhdistyneessä kuningaskunnassa toteutettiin hiljattain seurantatarkastus, jossa analysoitiin lääkkeiden määräämiseen ja kliiniseen hoitoon liittyviä käytäntöjä ja arvioitiin, ovatko ne nykyisten kliinisten ohjeiden mukaisia.

Korvaushoidon laadun varmistamiseksi on nimittäin tärkeää, että käytettävissä on maakohtaisia kliinisiä ohjeita, normeja ja hoitomenetelmiä. Kansallisia kliinisiä ohjeita ja hoitomenetelmiä valmistellaan tai tarkistetaan parhaillaan Tanskassa, Irlannissa, Unkarissa, Portugalissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa. Slovakia julkaisi vuonna 2004 ohjeet metadonihoidon antamisesta. Alankomaissa ylläpitohoidon antamisessa noudatetaan nyt yhä useammin lääkinnällisiä hoitormeja ja metadonin jakelua valvotaan ainakin hoidon alkuvaiheessa. Itävallassa annettiin vuonna 2005 kaksi säädöstä, joissa vahvistettiin puitteet huumeriippuvuuden lääkeshoidolle. Niiden tavoitteena on parantaa korvaushoitoa ja sisällyttää siihen valvottu lääkkeenanto sekä säännellä alalla toimivien lääkärin toimintaa.

Myös korvaushoito-ohjelmien asiakkaista raportointiin keskittyvät kansalliset seuranta-järjestelmät tuottavat tietoja, joista on hyötyä palvelujen laadun ja saatavuuden arvioinnissa. Järjestelmiä on käytössä 17 jäsenvaltiossa, ja Belgiassa ja Luxemburgissa ollaan nyt perustamassa kansallisia korvaushoitorekistereitä. Tšekki puolestaan on laajentamassa nykyistä rekisteriään kattamaan kaikki terveyskeskukset.

annoksen ottamista valvotaan, mutta joissakin maissa, kuten Yhdistyneessä kuningaskunnassa, myös apteekeilla on tärkeä rooli korvaushoitolääkkeiden jakelussa, ja niiden kotiin vieminen saatetaan sallia.

EU:ssa on ilmennyt viime vuosina kiinnostusta myös muiden farmakologisten aineiden käyttöön huumeriippuvuuden hoidossa, ja erityisesti buprenorfiinin käyttö on yleistynyt. Slovenia liittyi vuonna 2005 ja Malta toukokuussa 2006 niiden EU-maiden joukkoon, joissa buprenorfiiniylläpitohoito on muuttunut luvalliseksi erikoistuneissa hoitoyksiköissä <sup>(122)</sup>; Bulgaria, Unkari, Puola ja Romania ovat nykyisin ainoat maat, joissa tätä hoitovaihtoehtoa ei ole saatavilla.

Yksi syy kiinnostukseen buprenorfiinin käyttöä kohtaan on, että se on todennäköisesti metadonia sopivampi lääkävaihtoehto yhteisökeskeiseen hoitoon. Tämä kysymys on kuitenkin hyvin ongelmallinen, ja sitä on käsitelty tarkemmin vuoden 2005 erityiskysymyksessä buprenorfiinista. Useimmissa maissa buprenorfiinia voivat määrätä ainoastaan koulutetut, valtuutetut erikoislääkärit, ja se on valvottu aine, jota säännellään kansainvälisillä yleissopimuksilla (vuonna 1988 tehdyn psykotrooppisia aineita koskevan YK:n yleissopimuksen luettelo III).

Buprenorfiinia myydään kielen alle annettavina tabletteina, ja vaikka se ei juuri houkuttele injektioikäyttäjiä, heidän tiedetään liuottaneen tabletteja suonensisäiseen käyttöön. Tietoja buprenorfiinin mahdollisesta väärinkäytöstä tukevat joidenkin maiden ilmoitukset aineen kulkeutumisesta laittomille markkinoille. Buprenorfiinin väärinkäytön estämiseksi on nyt kehitetty uusi buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmiste. Tämä Suboxone-niminen lääke sai myyntiluvan Euroopan unionin alueella vuonna 2006.

Alankomaat otti tammikuussa 2007 käyttöön heroinihoidon yhtenä opioidiriippuvuuden hoitovaihtoehtona ja lisäsi hoitopaikkojen määrää noin 1 000 paikkaan; Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta ovat nyt ensimmäiset Euroopan maat, joissa tämä hoitovaihtoehto on saatavilla. Heroinihoitoa saavien asiakkaiden määrä Euroopassa on yleisesti hyvin pieni, ja hoito on tavallisesti varattu vain kroonisille tapauksille, joiden kohdalla muut hoitovaihtoehdot ovat osoittautuneet tuloksettomiksi. Heroinin tehoa korvaushoitona on tutkittu myös Espanjassa (March *et al.*, 2006) ja Saksassa (Naber ja Haasen, 2006) järjestetyissä hoitokokeiluissa. Niistä saatujen myönteisten tulosten perusteella heroinihoito voi osoittautua tehokkaaksi hoitomenetelmäksi sosiaalisesti syrjäytyneille, vakavasti ongelmallisille opioidien käyttäjille, joilla muut hoitovaihtoehdot eivät ole tuottaneet tulosta. Nämä tutkimukset ja aiemmat selvitykset heroinin määräämisestä

<sup>(122)</sup> Ks. kaavio HSR-1 ja taulukko HSR-8 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

### Myyntiluvan myöntäminen lääkevalmisteille EU:n alueella

EU:ssa lääkevalmisteiden myyntilupahakemusten tieteellisestä arvioinnista vastaa Euroopan lääkevirasto (EMA). Keskitetyssä menettelyssä hyväksytyille valmisteille myönnetään myyntilupa, joka on voimassa kaikissa EU:n jäsenvaltioissa.

Kaikkien hyväksytyjen lääkevalmisteiden turvallisuutta valvotaan. Tämä tapahtuu EU:n laajuisen kansallisten lääkevirastojen verkoston kautta läheisessä yhteistyössä terveydenhoidon ammattilaisten ja itse lääkeyhtiöiden kanssa.

EMA julkaisee jokaisesta myyntiluvan saaneesta lääkkeestä Euroopan julkisen arviointikertomuksen (EPAR); ne löytyvät EMA:n Internet-sivustolta (<http://www.ema.europa.eu/>), ja niiden yhteenvedot ovat saatavilla kaikilla EU:n virallisilla kielillä. EMA tekee yhteistyötä EMCDDA:n ja Europolin kanssa tukeakseen niiden työtä huumeaineisiin liittyvien uusien uhkien havaitsemiseksi Euroopassa neuvoston päätöksen puitteissa (ks. luku 7).

korvaushoidoksi ovat herättäneet keskustelua siitä, pitäisikö tämän hoitovaihtoehdon olla laajemmin saatavilla.

### Hoitoa koskevat tiedot

EMCDDA kerää kahdentyyppisiä tietoja hoitopalvelujen kuvaamiseksi EU:ssa. Hoidon kysynnän indikaattori perustuu hoitoon hakeutuvien asiakkaiden ominaispiirteiden seurantaan koko Euroopassa. Lisäksi jäsenvaltioita pyydetään toimittamaan tietoja hoitopalvelujen yleisestä rakenteesta ja saatavuudesta.

### Hoidon kysynnän indikaattorista saadut tiedot

Huumehoitoon hakeutuvien asiakkaiden seurannasta Euroopassa saadut tiedot kertovat paitsi käyttötapojen ja suuntausten muodostamasta laajemmasta epidemiologisesta tilanteesta myös eri hoitomuotojen suhteellisesta kysynnästä ja saatavuudesta. Tämä voi vaikeuttaa saatavilla olevien tietojen tulkintaa, sillä tietyin huumeongelman takia hoidossa olevien määrän kasvu voi merkitä joko palvelujen kysynnän kasvua tai tietyn palvelun saatavuuden paranemista. Tietojen analysointi on helpompaa, jos tehdään ero ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien ja kaikkien hoitoon hakeutuvien asiakkaiden välillä, koska uusien asiakkaiden määrä kuvastaa todennäköisesti parhaiten muutoksia huumeidenkäytön suuntauksissa yleensä ja asiakkaiden kokonaismäärä puolestaan yleistä hoidon kysyntää koko hoitosektorilla.

Hoidon kysynnän indikaattori ei kata kaikkia huumehoitoon olevia henkilöitä, joita on huomattavasti enemmän, vaan ainoastaan asiakkaat, jotka ovat hakeutuneet hoitoon raportointivuonna. Vuonna 2007 on kuitenkin käynnissä pilottihanke, jonka tavoitteena on laajentaa EU:n tiedonkeruuta jatkuvassa hoidossa oleviin asiakkaisiin <sup>(123)</sup> ja arvioida, miten laajalti maakohtaisista järjestelmistä raportoidaan.

Opioidit (lähinnä heroini) ovat monissa maissa edelleen pääasiallisia huumeita, joiden takia asiakkaat hakeutuvat hoitoon. Kaikista hoidon kysynnän indikaattorin mukaisista vuonna 2005 ilmoitetuista 326 000 hoitopyynnöstä 40 prosentissa opioidit olivat pääasiallisina huumeina, ja noin 46 prosenttia näistä asiakkaista oli injektioikäisiä <sup>(124)</sup>.

Joissakin maissa merkittävä määrä hoitoon hakeutuneista käyttää muita opioideja kuin heroinia. Suomessa 41 prosenttia asiakkaista ilmoittaa pääasiallisesti huumeeksi muut opioidit, erityisesti buprenorfiiniin, ja Ranskassa 7,5 prosenttia kaikista asiakkaista käyttää buprenorfiinia. Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Alankomaissa noin 4 prosenttia asiakkaista ilmoittaa pääasiallisesti huumeeksi metadonin. Espanjassa, Latviassa ja Ruotsissa noin 5–7 prosenttia huumehoitoasiakkaista hakeutuu hoitoon pääasiassa määrittelemättömien opioidien – siis muiden kuin heroinin tai metadonin – takia <sup>(125)</sup>. Unkarissa, jossa kotitekoisten oopiumunikkotuotteiden käytöllä on pitkät perinteet, noin 4 prosenttia hoitopyynnöistä liittyy oopiumiin.

Useimmat ilmoitukset opioidien käyttäjistä tulevat avohoitoyksiköistä; Ruotsissa 71 prosenttia opioidiasiakkaita koskevista tiedoista raportoidaan kuitenkin hoitolaitoksista, mikä kertoo siitä, että hoitopalvelut on siellä järjestetty eri tavalla. Pieni määrä (3 %) laitushoitoon hakeutuneita opioidiasiakkaita koskevista ilmoituksista tulee Yhdistyneestä kuningaskunnasta <sup>(126)</sup>. Harvat maat raportoivat hoidon kysynnästä matalan kynnyksen keskuksissa, ja niissä merkittävä osuus asiakkaista hakee hoitoa ensisijaisesti opioidien käytön takia <sup>(127)</sup>.

Muiden huumeiden kuin opioidien takia hoitoon hakeutuvien suhteellinen osuus kaikista hoitoon hakeutuvista asiakkaista on kasvamassa hoidon kysynnän indikaattoria koskevassa tietosarjassa, ja monissa maissa myös opioidien käytön takia hoitoon hakeutuvien uusien asiakkaiden tosiasiallinen määrä on vähenemässä: pääasiassa heroiniin käyttöön liittyvien uusien hoitopyyntöjen absoluuttinen määrä on laskenut vuoden 1999 80 000 tapauksesta 51 000 tapaukseen vuonna 2005 <sup>(128)</sup>.

<sup>(123)</sup> Ks. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (meeting report 2006).

<sup>(124)</sup> Ks. taulukko TDI-5 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(125)</sup> Ks. taulukko TDI-114 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(126)</sup> Ks. taulukko TDI-24 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(127)</sup> Ks. taulukko TDI-119 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(128)</sup> Ks. kaavio TDI-1 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

### Korvaushoidon saatavuus

Korvaushoidossa arvioidaan EU:n jäsenvaltioissa ja Norjassa olleen ainakin 585 000 henkilöä vuonna 2005. Arvio perustuu useimmissa maissa hoidon seurantaan ja antaa hyvän yleiskuvan palvelun saatavuudesta. Tätä voidaan pitää vähimmäisarviona, sillä joidenkin hoitomuotojen, esimerkiksi yleislääkärien antaman hoidon tai vankilassa annetun hoidon osalta tapauksia on luultavasti jätetty kirjaamatta.

Valtaosa (97 %) hoitoasiakkaita koskevista ilmoituksista tulee 15 maan EU:n jäsenvaltioista, ja näiden maiden osuus on suurin myös kaikista hoidon kysynnän indikaattoria koskevassa tietosarjassa ilmoitetuista hoitopyynnöistä (80 %). Asiakasmäärä on yli seitsenkertainen vuoteen 1993 verrattuna, sillä korvaushoidossa on nyt noin 73 000 henkilöä (Farrell, 1995). Tietojen mukaan asiakasmäärät ovat EU:ssa ja Norjassa kasvaneet noin 15 prosenttia vuosina 2003–2005, mikä johtuu pääasiassa hoitopyyntöjen lisääntymisestä Saksassa (noin 8 300 uutta tapausta), Ranskassa (5 706), Italiassa (6 234), Portugalissa (4 168) ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (41 500) <sup>(129)</sup>. Korvaushoidossa olevien asiakkaiden määrä tasaantui vuonna 2005 Alankomaissa (122 tapausta 100 000:ta asukasta kohti) ja Luxemburgissa (355 tapausta 100 000:ta asukasta kohti).

Asiakasmäärän suhteellinen kasvu vuosina 2003–2005 oli voimakkainta uusissa jäsenvaltioissa (mutta ei ainoastaan niissä); maat, joissa se oli huomattavaa (yli 40 %), olivat Bulgaria, Viro, Kreikka, Liettua, Romania ja Norja. Kasvu on tapahtunut samaan aikaan, kun korvaushoidon saatavuus on laajentunut maantieteellisesti monissa näistä maista. Aivan kaikissa uusissa jäsenvaltioissa korvaushoidon määrä ei kuitenkaan lisääntynyt: Unkari, Puola ja Slovakia ilmoittivat tilanteen pysyneen jokseenkin ennallaan, ja Latviassa korkean kynnyksen metadonihjelmaan osallistuvien asiakkaiden lukumäärä jopa laski 67 tapauksesta 50 tapaukseen. Korvaushoito on viime aikoina vähentynyt Espanjassa ja Maltassa, joissa on aikaisemmin annettu paljon korvaushoitoa, mikä saattaa heijastaa hoidon kysynnän yleistä tasoa näissä maissa.

Uusintahoitojen kysynnän, ylläpito-hoidon määrän ja opioidien ongelmakäytön levinneisyyden välinen suhde on monimutkainen. Uusintahoitoon hakeutuvien asiakkaiden lukumäärään ja ylläpitohoito-ohjelmiin osallistuvien asiakkaiden lukumäärään vaikuttavat opioidien käytön esiintyvyyden ja levinneisyyden pitkän aikavälin kehitys sekä hoitopalvelujen rakenne ja tyyppi. Opioidien käytön arvioitua levinneisyyttä voidaan muutamien maiden kohdalla

käyttää apuna laskettaessa ylläpito-hoidossa olevien asiakkaiden osuutta opioidien ongelmakäyttäjistä.

Opioidi-ylläpito-hoidossa olevien asiakkaiden prosentuaalinen osuus opioidien ongelmakäyttäjien määrästä laskettiin niiden EU-maiden osalta, joista oli saatavilla arvioita opioidien ongelmakäytöstä vuodelta 2005 (kaavio 10). Tulosten mukaan maiden välillä on merkittäviä eroja, sillä osuudet vaihtelevat alle 10 prosentista (Slovakia) aina 50 prosenttiin kaikista opioidien käyttäjistä (Italia). Tietojen perusteella hoitovaihtoehtojen saatavuutta on kuitenkin syytä pohtia uudelleen kaikissa näissä maissa, jotta arvioituihin tarpeisiin olisi saatavilla riittävästi palveluja.

Vaikka korvaushoito on Baltian maissa ja Keski-Euroopan maissa viime aikoina lisääntynyt, sitä annetaan Sloveniaa lukuun ottamatta hyvin vähän verrattuna opioidien käyttäjien määrään näissä jäsenvaltioissa. Viro arvioi, että vain 5 prosenttia maan neljän suurimman kaupungin heroiniinkäyttäjistä ja ainoastaan 1 prosentti koko maan heroiniinkäyttäjistä osallistuu korvaushoito-ohjelmiin.

### Opioidihoidon kysyntä

Pääasiassa opioidien käytön takia hoitoon hakeutuvien määrä heijastaa ainakin osittain laittomien opioidien suhteellista levinneisyyttä hoitoa (jatko-hoitoa) vaativana ongelmahuumeena, tosin siihen vaikuttaa myös se, miten hoitopalvelut ja raportointi on järjestetty.

Opioidien käytön takia hoitoon hakeutuvien asiakkaiden määrä vaihtelee maittain. Viimeisimpien saatavilla olevien tietojen perusteella opioidien käyttäjien osuus kaikista hoitoon hakeutuvista asiakkaista on 12 maassa noin 40–70 prosenttia, seitsemässä maassa alle 40 prosenttia ja kuudessa maassa yli 70 prosenttia <sup>(130)</sup>.

Heroiiniin liittyvien hoitopyyntöjen osuus huume-hoidon koko kysynnästä on laskenut vuoden 1999 74 prosentista 61 prosenttiin vuonna 2005. Ainoat maat, joissa määrä ei ole vähentynyt, ovat Bulgaria ja Yhdistynyt kuningaskunta <sup>(131)</sup>.

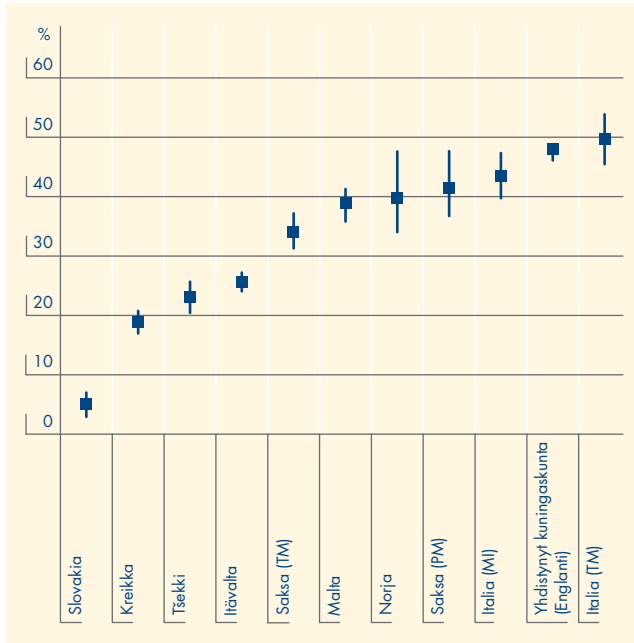
Opioidien (lähinnä heroinin) käyttöön liittyvien uusien hoitopyyntöjen määrän absoluuttista vähenemistä tukevat uusien heroiniasiakkaiden määrissä havaitut suuntaukset: pääasiassa heroiniin käyttöön liittyvien uusien hoitopyyntöjen osuus kaikista uusista huumehoitoasiakkaista on seitsemän viime vuoden aikana laskenut kaikissa maissa Bulgariata ja Kreikkaa lukuun ottamatta. Uusien heroiniasiakkaiden osuus kaikista uusista asiakkaista laski 70:stä 37 prosenttiin vuosina 1999–2005.

<sup>(129)</sup> Ks. taulukko HSR-7 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(130)</sup> Ks. taulukko TDI-5 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(131)</sup> Ks. kaavio TDI-3 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

**Kaavio 10:** Opioidiyläpito-hoidossa olevien asiakkaiden prosentuaalinen osuus opioidien ongelmakäyttäjien arvioidusta määrästä vuonna 2005



*Huom.* Tieto on saatavilla vain yhdeksän maan osalta. Symboli edustaa piste-estimaattia ja viiva arviointimenetelmistä aiheutuvaa epävarmuusväliä; opioidien käyttäjien määrä voidaan arvioida erilaisilla menetelmillä: TM = Treatment Multiplier (hoitokerroin); PM = Police Multiplier (poliisikerroin); MI = Multivariate Indicator (monimuuttujaindikaattori). Jos mitään menetelmää ei ole ilmoitettu, viiva esittää väliä kaikkien arvioiden alimmasta arvosta niiden ylimpään arvoon. Lisätietoja, ks. kaavio HSR-3 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

*Lähteet:* Kansalliset yhteyspisteet.

### Hoitoon hakeutuvat asiakkaat

Opioidi-ongelmien takia hoitoon hakeutuvat ovat yleensä vanhempia ja heidän sosiaalinen tilanteensa on heikompi kuin muiden huumeongelmien takia apua hakevien<sup>(132)</sup>. Opioidiasiakkaiden työttömyysaste on tavallisesti korkea, he ovat alhaisesti koulutettuja ja 10–18 prosenttia heistä on kodittomia.

Useimmat asiakkaat (60 %) ilmoittavat aloittaneensa opioidien käytön alle 20-vuotiaana; harvat ovat käyttäneet opioideja ensimmäisen kerran vasta yli 25-vuotiaana<sup>(133)</sup>. Ensimmäisen käyttökerran ja ensimmäisen hoitoon hakeutumisen välinen viive on keskimäärin 7–8 vuotta; opioidien käytön keskimääräinen aloitusikä on 22 vuotta, ja hoitoon hakeudutaan ensimmäisen kerran 29–30-vuotiaana. Laitoshoidossa olevat asiakkaat ovat tyypillisesti hieman vanhempia kuin avohoitoa saavat, ja tietojen perusteella ensimmäisen yhteydenoton ja sitä seuraavien hoitajaksojen välinen aika on melko lyhyt.

Avohoidossa on kolme miestä yhtä naista kohti ja laitoshoidossa neljä miestä yhtä naista kohti; tässä maiden välillä on kuitenkin eroja, sillä Etelä-Euroopan maissa miesten osuus hoidossa olevista asiakkaista on yleensä suurempi kuin muualla.

Euroopan tasolla noin 58 prosenttia avohoitoon hakeutuvista asiakkaista, joiden käyttötapa tunnetaan, käyttää huumetta suonensisäisesti (53 % uusista asiakkaista). Injektiokäyttäjien osuus on suurin Romaniassa, Tšekissä ja Suomessa ja pienin Alankomaissa, Tanskassa ja Espanjassa<sup>(134)</sup>.

Useimmat opioidiasiakkaita ovat sekakäyttäjiä, jotka käyttävät opioideja yhdessä toissijaisen aineen, pääasiassa muiden opioidien (35 %), kokaiinin (23 %) ja kannabiksen kanssa (17 %)<sup>(135)</sup>.

Joidenkin maiden raporttien mukaan käyttäjien keskuudessa esiintyy samanaikaisesti opioidiriippuvuuden kanssa paljon muitakin psykiatrisia häiriöitä; tämä on havaittu myös monissa kliinisissä tutkimuksissa, joiden mukaan vakava masennus, ahdistuneisuus sekä antisosiaalinen persoonallisuushäiriö ja rajatilapersonallisuushäiriö ovat melko yleisiä ongelmia opioidien käyttäjien keskuudessa (Mateu *et al.*, 2005).

<sup>(132)</sup> Ks. taulukko TDI-10 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.  
<sup>(133)</sup> Ks. taulukot TDI-11, TDI-107 ja TDI-109 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.  
<sup>(134)</sup> Ks. taulukot TDI-4 ja TDI-5 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.  
<sup>(135)</sup> Ks. taulukko TDI-23 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.





## Luku 7

# Huumausaineiden uudet suuntaukset ja uusia huumeita koskevat toimet

Huumausaineiden uudet suuntaukset tavallisesti jäljittelevät, laajentavat tai korvaavat aikaisempia yleisiä suuntauksia ja herättävät kysymyksen siitä, miksi psykoaktiivisia aineita ylipäätään käytetään. Sen vuoksi huumausaineiden ja alkoholin käytön uusia suuntauksia on tarkasteltava paitsi suhteessa hallitusten politiikassa tapahtuviin muutoksiin myös suhteessa toinen toisiinsa ja osana laajempia muotivirtauksissa ja vapaa-ajan käytössä tapahtuvia sosiokulttuurisia muutoksia.

Tietotekniikan ja viestintävälineiden, etenkin Internetin, kehitys avaa uusia kanavia, jotka helpottavat uusien suuntausten leviämistä ja mahdollistavat erilaisten mielipiteiden ilmaisemisen huumausaineiden käytöstä ja siihen liittyvistä riskeistä.

Huumausaineiden käyttötavat kehittyvät tai muuttuvat tavallisesti paikallistasolla tai kaupungeissa, ja harvoilla jäsenvaltioilla on toiminnassa esimerkiksi seurantajärjestelmiä, joiden avulla uusien psykoaktiivisten aineiden käytöstä aiheutuneiden kuolemien ja muiden myrkytystapausten yleisyyttä voitaisiin selvittää. Euroopassa huumeidenkäytön uusista suuntauksista kerättyjä tietoja arvioitaessa onkin yhdisteltävä lukuja monista eri lähteistä, joten ne antavat väistämättä vain osittaisen kuvan tilanteesta.

Tässä luvussa käsitellään viimeaikaista kehitystä sellaisten psykoaktiivisten aineiden osalta, joita ei tavallisesti seurata keskeisten huumausaineita koskevien indikaattorien avulla. Nämä aineet ovat vasta hiljattain alkaneet herättää huolta päättäjissä tai saaneet huomiota tiedotusvälineissä.

### Piperatsiinit: uusia psykoaktiivisia aineita

Tärkein uusiin psykoaktiivisiin aineisiin liittyvä suuntaus on erilaisten piperatsiinijohdannaisien leviäminen; muutamia niistä ilmaantui Euroopan markkinoille vuosina 2004–2006.

Tämän synteettisen aineryhmän emoyhdiste on piperatsiini, jonka johdannaisia ovat BZP (1-bentsyyli-piperatsiini) ja mCPP (1-(3-klorofenyylipiperatsiini). Kumpaakin on laajalti saatavilla kemikaalien jälleenmyyjiltä ja Internetistä, ja laitton tuotanto rajoittuu pääasiassa tablettien tai kapselien valmistukseen.

### BZP

BZP:n ja amfetamiinin psykologisia ja subjektiivisia vaikutuksia on vertailtu eri tutkimuksissa, joiden mukaan BZP:n teho on noin 10 prosenttia deksamfetamiinin tehosta.

Vähittäismyyjät ovat viime vuosina alkaneet aggressiivisesti markkinoida BZP:tä sisältäviä tuotteita ekstaasin laillisena vaihtoehtona lehdissä, Internet-sivustoilla, erityismyymälöissä ja yökerhoissa ja festivaalien myyntikojuissa, ja sitä saatetaan myydä ekstaasina. BZP:tä on tarjolla erilaisina yhdistelminä muiden piperatsiinien kanssa. Osa niistä, erityisesti BZP:n ja TFMPP:n yhdistelmä<sup>(136)</sup>, on mahdollisesti suunniteltu jäljittelemään ekstaasin vaikutuksia. Näiden tuotteiden pakkauksissa mainitaan yleensä selvästi, että ne sisältävät piperatsiinia, mutta ne esitetään usein harhaanjohtavasti luonnon- tai yrttituotteina.

EU:ssa kerättyjen tietojen perusteella huumeidenkäytön uudet suuntaukset saattavat myötäillä laillisten markkinoiden kulutussuuntauksia – esimerkiksi BZP:n kaltaisten täysin synteettisten aineiden myynti ”luonnontuotteina” tai ”yrttituotteina” saattaa vedota laajemminkin kuluttajien kiinnostukseen luonnontuotteita kohtaan. Tämän lisäksi BZP:n turvallisuudesta muodostuvaan käsitykseen vaikuttaa se, että tuotteita myydään usein erityismyymälöissä tai erikoisliikkeissä, ei katukaupassa.

BZP:tä on tähän mennessä tavattu 14:ssä EU:n jäsenvaltiossa (Belgia, Tanska, Saksa, Irlanti, Kreikka, Espanja, Ranska, Malta, Alankomaat, Itävalta, Portugali, Suomi, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta) sekä Norjassa.

BZP:hen liittyvistä terveysriskeistä on olemassa jonkin verran näyttöä, ja viihdekäytössä sillä näyttää olevan heikko turvallisuusmarginaali. Yhdistyneestä kuningaskunnasta on raportoitu joitakin tapauksia, joissa on kliinisesti todettu BZP-myrkytys, ja toksikologisesti BZP on todettu ainoaksi psykoaktiiviseksi aineeksi, jonka käyttäjille voi koitua vakavia sivuvaikutuksia; osa on viety ensiapuun. Tähän mennessä ei ole kuitenkaan ilmennyt yhtään kuolemantapausta, jonka voitaisiin osoittaa johtuvan suoraan BZP:stä. EU vastasi BZP:n käytön aiheuttamaan kasvavaan huoleen maaliskuussa 2007 pyytämällä virallisesti arviointia tämän aineen aiheuttamista terveydellisistä ja sosiaalisista riskeistä<sup>(137)</sup>.

<sup>(136)</sup> 1-(3-trifluorometyylifenyylipiperatsiini.

<sup>(137)</sup> Ks. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>.

## mCPP

Toisen psykoaktiivisen aineen, mCPP:n, on kuvailtu tuottavan ekstaasin (MDMA) kaltaisia piristäviä ja hallusinogeenisiä vaikutuksia. Tabletit on usein muotoiltu ekstaasin näköisiksi, ja lähes aina niitä myös markkinoidaan ekstaasina. Lisäksi mCPP:tä tavataan usein ekstaasiin yhdistettynä. Todennäköisesti mCPP:tä on lisätty tabletteihin tarkoituksellisesti voimistamaan tai parantamaan ekstaasin vaikutuksia.

Vuodesta 2004 lähtien mCPP:tä on tavattu 26 jäsenvaltiossa (kaikkialla mualla paitsi Kyproksessa) sekä Norjassa; EU:ssa siitä on tulossa laajimmin tavattu uusi psykotrooppinen aine sen jälkeen, kun Euroopassa otettiin käyttöön varhaisvaroitusjärjestelmä vuonna 1997.

EU:ssa ei ole ilmoitettu mCPP:hen liittyviä vakavia myrkytyksiä tai kuolemantapauksia. Akuutin toksisuuden (välittömän myrkyllisyyden) osalta aineen vaarallisuudesta on vähän näyttöä, ja sen kroonista toksisuutta (myrkyllisyyttä pitkällä aikavälillä) ei ole selvitetty.

## GHB

GHB:n avoin myynti Internetissä <sup>(138)</sup> väheni selvästi sen jälkeen, kun aine lisättiin psykotrooppisia aineita koskevan YK:n yleissopimuksen luetteloon IV maaliskuussa 2001. Nyt kaikkien EU-maiden on valvottava sitä psykotrooppisia aineita koskevan lainsäädäntönsä mukaisesti. GHB:tä on käytetty anestesia- ja raukautusainena Ranskassa ja Saksassa sekä

### Huumausaineet ja seksuaalinen väkivalta

Tiedotusvälineissä ja lääketieteellisessä kirjallisuudessa on 1980-luvulta lähtien tuotu yhä enemmän esille tapauksia, joissa seksuaalista väkivaltaa on tehty laittamalla salaa huumausainetta juomaan uhrin lamauttamiseksi. Näistä teoista on kuitenkin erittäin vaikea saada rikosteknistä näyttöä. Väitetyissä raiskaustapauksissa tehdyissä rikosteknisissä laboratoriotutkimuksissa löytyy kuitenkin usein suuria alkoholin ja reseptillä saatavien bentsodiatsepiinien pitoisuuksia (Ranskassa yli 80 % ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa 30 % tapauksista), mutta esimerkiksi GHB:n kaltaiset huumausaineet poistuvat elimistöstä niin nopeasti, että väitetyistä raiskauksesta on vaikea hankkia näyttöä, ellei siitä heti ilmoiteta. Vuodesta 2000 tehdyissä tutkimuksissa (Yhdistynyt kuningaskunta, Ranska, Yhdysvallat ja Australia) saatu rikostutkimuksellinen näyttö osoittaa, että salaa huumattujen uhrin raiskaukset eivät ole mitenkään epätavallisia, tosin tapauksia voi olla paljon ilmoitettua enemmän, koska niitä on saatettu jättää ilmoittamatta tai ilmoittaa viiveellä.

alkoholistien vieroitushoidossa Itävallassa ja Italiassa. Euroopan lääkeviraston (EMA) lääkevalmistekomitea (CHMP) suositti kesäkuussa 2005 myyntiluvan myöntämistä Xyremille, joka on katapleksian hoitoon tarkoitettu lääkevalmiste pakkonukahtelusairaudesta kärsiville aikuisille (vaikuttavana aineenaan GHB) (EMA, 2005) <sup>(139)</sup>.

GHB:tä voidaan helposti valmistaa kaupallisesti saatavilla olevista lähtöaineista, gammabutyrolaktonista (GBL) ja 1,4-butaanidiolista (1,4-BD), jotka ovat yleisesti teollisuudessa käytettäviä liuottimia. Muutamat maat ovat tiedostaneet lähtöaineiden väärinkäytön mahdollisuuden ja päättäneet valvoa toista tai kumpaakin niistä valvottuja aineita koskevan tai muun lainsäädäntönsä nojalla (Italia, Latvia, Ruotsi). Koska GBL ei useimmissa jäsenvaltioissa ole valvottu aine ja sitä voi helposti hankkia verkkokaupasta kemikaalien jälleenmyyjiltä, osa GHB:n käyttäjistä näyttää siirtyneen GBL:ään. Sähköisillä GHB- ja huumausainefoorumeilla Yhdistyneessä kuningaskunnassa, Saksassa ja Alankomaissa tehdyn laadullisen analyysin perusteella käyttäjät hankkivat GBL:ää kemikaalien jälleenmyyjiltä, jotka markkinoivat GBL:ää erilaisiin laillisiin tarkoituksiin.

### Levinneisyys ja käyttötavat

Kaikki saatavilla olevat tietolähteet viittaavat siihen, että GHB:n käytön levinneisyys on yleensä alhainen ja että sen merkittävä käyttö rajoittuu vain tiettyihin alaryhmiin. Yhdistyneessä kuningaskunnassa tehdystä Internet-kyselyssä havaittiin GHB:n käytön olevan yleisempää kotona (67 %) kuin yökerhoympäristöissä (26 %) (Sumnall *et al.*, 2007). Amsterdamissa 408 pubiasiakkaalle vuonna 2005 tehdyn kyselyn mukaan GHB:tä ainakin kerran käyttäneiden osuus oli homobaarien ja muotikahviloiden asiakkaiden keskuudessa huomattavasti suurempi (17,5 ja 19 %) kuin tavallisen väestön ja opiskelijoiden suosimissa pubeissa (5,7 %) ja kahviloissa (2,7 %) (Nabben *et al.*, 2006).

### Suuntaukset

Tietojen puutteen takia GHB:n käytön suuntauksia on vaikea arvioida, mutta saatavilla on jonkin verran näyttöä siitä, että se rajoittuisi tiettyihin pieniin alaryhmiin. Belgiassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa tanssimusiikkitapahtumissa tehtyjen kyselyjen perusteella GHB:n käyttö nousi huippuunsa vuosina 2000–2003 ja alkoi sen jälkeen laskea. On kuitenkin epäselvää, missä määrin tämä havainto pätee muihin käyttäjien alaryhmiin. Esimerkiksi Suomessa auttavaan huumepuhelimeen alkoi tulla ensimmäisen kerran soittoja GBL:stä vuonna 2005 (FESAT, 2005).

<sup>(138)</sup> Termi GHB kattaa myös GBL:n tai 1,4-BD:n mahdollisen käytön.

<sup>(139)</sup> Ks. myyntiluvan myöntäminen lääkevalmisteille EU:n alueella, s. 68.

### Internet huumeidenkäytön uusien suuntausten tiedonlähteenä

Vuonna 2004 yli kolmasosa nuorista EU:ssa kertoi turvautuvansa Internetiin halutessaan tietää lisää huumeista (Eurobarometri, 2004). On kuitenkin kyseenalaista, ovatko sähköiseen tiedonhakuun ryhtyvien nuorten löytämät tiedot todella oikeita ja puolueettomia. Internetissä on lukuisia huumeidenkäyttöä käsitteleviä sivustoja, joista osa on viranomaisten ja osa eturyhmien ja käyttäjä- tai kannattajaverkostojen ylläpitämiä. Internetistä on muodostunut paitsi tiedonlähde myös laillisten ja laittomien huumeiden markkinapaikka, sillä lukuisilla sivustoilla tarjotaan myytäväksi laittomia huumeita ja niiden laillisia vaihtoehtoja. Huumeiden online-vähittäismyyjät pystyvät hyödyntämään Internetin markkinapotentiaalia käyttämällä sähköisen markkinoinnin strategioita, jotka on helppo mukauttaa käyttäjien tarpeisiin ja muuttuviin lainsäädäntö- ja markkinatilanteisiin; näin niillä on yhä laajemmat mahdollisuudet uusien käyttötapojen tai tuotteiden levittämiseen.

EMCDDA:n E-POD-hankkeessa (European Perspectives on Drugs) tarkastellaan Internetin käyttöä huumeidenkäytön uusien suuntausten tiedonlähteenä. Myös EU:n tasolla on tapahtunut kehitystä luotettavien tietojen tarjoamisessa kansanterveyteen liittyvistä kysymyksistä: EU:n uusi kansanterveysportaali tarjoaa linkejä monenlaisiin EU:n kansanterveysaiheisiin tietolähteisiin, jotka sisältävät myös huumeidenkäyttöön liittyviä tietoja (1).

(1) <http://ec.europa.eu/health-eu>

### Terveysriskit

Tärkein GHB:n käyttöön liittyvä terveysriski näyttää olevan tajuttomuus, etenkin jos huume yhdistetään alkoholin tai rauhoittavien lääkkeiden käyttöön. GHB:n käytöstä voi seurata myös muita terveysongelmia, kuten kooma, ruumiinlämmön lasku, lihasjänteyden heikkeneminen, hallusinaatioita, pahoinvointia, oksentelua, sydämen harvalyöntisyttä ja hengitysvaikeuksia. Pitkäaikaisen käytön on osoitettu johtavan fyysiseen riippuvuuteen, ja aineen mahdollisesti sisältämät liuottimet tai raskasmetalliepäpuhtaudet voivat aiheuttaa lisää terveysriskejä.

GHB-kuolemia on ilmoitettu EMCDDA:lle vuodesta 1993 lähtien Norjan lisäksi viidestä EU:n jäsenvaltiosta: Tanskasta ja Italiasta (yksi tapaus kummastakin), Suomesta ja Norjasta (kolme kummastakin) sekä Ruotsista ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta (noin 40 GHB-kuolemaa).

Amsterdamista ilmoitettiin 76 GHB:n käytöstä aiheutunutta, ei kuolemaan johtanutta hätätapausta vuonna 2005; edellisten vuosien tapaan niitä oli enemmän kuin hallusinogeenisten sienien (70 tapausta), ekstaasin (63 tapausta), amfetamiinin

(kolme tapausta) tai LSD:n käytöstä (yksi tapaus) johtuvia hätätapauksia. Muihin aineisiin verrattuna merkittävä osuus (84 %) GHB-tapauksista vaati sairaalahoitoa. Vuoteen 2004 verrattuna Alankomaiden myrkytystietokeskukseen tulleiden GHB-tietopyyntöjen määrä kasvoi 27 prosenttia (241 pyyntöä 1 383:sta) vuonna 2005.

### Riskien vähentäminen

GHB:n käyttöä ehkäiseviä toimia toteutetaan yleensä yökerhoympäristöihin suunnattuina kansallisina tai kunnallisina hankkeina, joihin sisältyy tavallisesti yökerhojen henkilöstön koulutusta ja tiedon jakamista GHB:n käytön riskeistä (Saksa, Ranska, Alankomaat, Itävalta ja Yhdistynyt kuningaskunta). GHB:tä koskevassa tiedonlevityksessä keskitytään tavallisesti opastamaan, miten vältetään huumeiden uuttaminen juomiin yökerhoympäristössä ja miten yliannostustapauksissa tulee toimia. Suurtaapahtumissa käytetään yhä enemmän apuna ensiapuryhmiä, jotka antavat tukea huume- ja alkoholi-ongelmissa ja avustavat GHB:hen ja muihin huumeisiin liittyvissä tapauksissa.

### Ketamiini

Ketamiinia on valvottu EU:ssa siitä asti, kun sen väärinkäyttö alkoi ensimmäisen kerran herättää huolta vuonna 2000 (EMCDDA, 2002). Kansallisella tasolla ketamiiniin sovelletaan valvottuja huumeaineita koskevaa lainsäädäntöä (lääkelainsäädännön sijasta) lähes puolessa EU:n jäsenvaltioista, ja huumeaineeksi ketamiini luokiteltiin Ruotsissa vuonna 2005 ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa vuonna 2006. WHO julkaisi äskettäin ketamiinista kriittisen katsauksen, jonka mukaan kansainvälinen valvonta vaikeuttaisi aineen saatavuutta lääkinnälliseen käyttöön maailman syrjäisimmillä alueilla ja sen käyttöä eläinlääkinnällisiin tarkoituksiin, koska sille ei

### Uudet psykoaktiiviset aineet

Neuvosto teki 10. toukokuuta 2005 päätöksen 2005/387/YOS, jolla perustetaan uusia psykoaktiivisia aineita koskevaa tietojenvaihtoa, riskienarviointia ja valvontaa koskeva järjestelmä. Tavoitteena on mahdollistaa nopea tietojenvaihto uusista psykoaktiivisista aineista ja niiden terveydellisistä ja sosiaalisista riskeistä. EMCDDA:lla ja Europolilla, jotka tekevät tiivistä yhteistyötä verkostojensa – Reitoxin kansallisten yhteispisteiden ja Europolin kansallisten yksiköiden – kanssa, on keskeinen rooli uusien psykoaktiivisten aineiden havaitsemisessa varhaisvaroitusjärjestelmän puitteissa (1).

(1) <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

ole olemassa korvaavaa valmistetta (WHO, 2006). Katsauksen perusteella YK:n huumausainetoimikunta laati maaliskuussa 2007 päätöslauselman ketamiinin väärinkäytöstä ja laittomiin tarkoituksiin kulkeutumisesta aiheutuvien uhkien välttämiseksi. Siinä ehdotettiin, että jäsenvaltiot perustaisivat viranomaistensa käyttöön varotoimijärjestelmän, jonka avulla ketamiinin kulkeutuminen laittomiin tarkoituksiin olisi helpompi havaita.

Ketamiinin käytöstä on hyvin vähän epidemiologisia tietoja, tosin Yhdistyneessä kuningaskunnassa hiljattain tehdyssä koululaiskyselyssä ketamiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus oli alle 0,5 prosenttia. Jonkin verran tietoa on hankittu myös tanssimusiikkiympäristöissä tehdyillä kyselyillä, ja tässä riskialttiissa käyttäjäryhmässä tehtyjen eri tutkimusten mukaan ketamiinia ainakin kerran käyttäneiden määrä vaihtelee Tšekin 7 prosentista Unkarin 21 prosenttiin.



## Luku 8

# Huumeisiin liittyvät tartuntataudit ja huumekuolemat

## Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

EMCDDA:lle ja hiv-tartunnan/aidsin EuroHIV-valvontaverkostolle (EuroHIV, 2006) toimitettujen tietojen mukaan hiv:n levinneisyys huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa oli alhainen useimmissa EU-maissa vuoden 2005 lopussa. Tämä voi ainakin osittain johtua ehkäisevien toimenpiteiden, hoidon ja haittojen vähentämiseen tähtävien toimenpiteiden, kuten korvaushoidon ja neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien saatavuuden lisääntymisestä. Siihen ovat saattaneet vaikuttaa muutkin tekijät, kuten injektioikäytön väheneminen useissa maissa. Monissa EU:n maissa ja monilla alueilla injektioikäyttöön liittyvä hiv:n leviäminen kuitenkin todennäköisesti jatkui melko voimakkaana vuonna 2005<sup>(140)</sup>, joten on tärkeää varmistaa paikallisten injektioikäyttöä ehkäisevien käytäntöjen kattavuus ja tehokkuus.

Huumeisiin liittyvien tartuntatautiin seuranta injektioikäyttäjien keskuudessa Euroopassa keskittyy nykyisin hiv:hen/aidsiin sekä virushepatiittiin (B- ja C-hepatiittiin). Seuranta koostuu kahdesta toisistaan täydentävästä järjestelmästä, tapausten raportoinnista (ns. ilmoitustiedot, joista saadaan selville äskettäin raportoitujen/ilmoitettujen tapausten absoluuttinen määrä) ja serologisen levinneisyyden seurannasta (erityisseuranta, jolla selvitetään positiivisen testituloksen antaneiden henkilöiden prosentuaaliset osuudet injektioikäyttäjien otoksista) (kaavio 11)<sup>(141)</sup>. Kumpikaan järjestelmä ei todennäköisesti ole täydellinen, ja tietojen saatavuus vaihtelee maittain. Vaikka kummastakin järjestelmästä saatavia tietoja on sinänsä tulkittava varovasti, yhdessä ne antavat melko hyvän kokonaiskuvan viimeaikaisista epidemiologisista suuntauksista.

### Hiv:n esiintyvyyden ja levinneisyyden indikaattorit

#### Hiv-tapausten ilmoittaminen

Ilmoitustiedot uusista diagnosoiduista hiv-tartunnoista ovat tärkeä uusien tartuntojen määrää (esiintyvyyttä)

injektioikäyttäjien keskuudessa ilmaiseva indikaattori. Tietoja tulkittaessa on pidettävä mielessä, että tartunnan saaneita injektioikäyttäjiä ei voida diagnosoida, elleivät he ensin hakeudu terveyspalvelujen piiriin; kaikki uudet tartunnat eivät välttämättä liity injektioikäyttöön; ja ilmoitettujen tapausten määrään voivat vaikuttaa maakohtaiset tai ajalliset erot testaus- ja ilmoitustiheydessä.

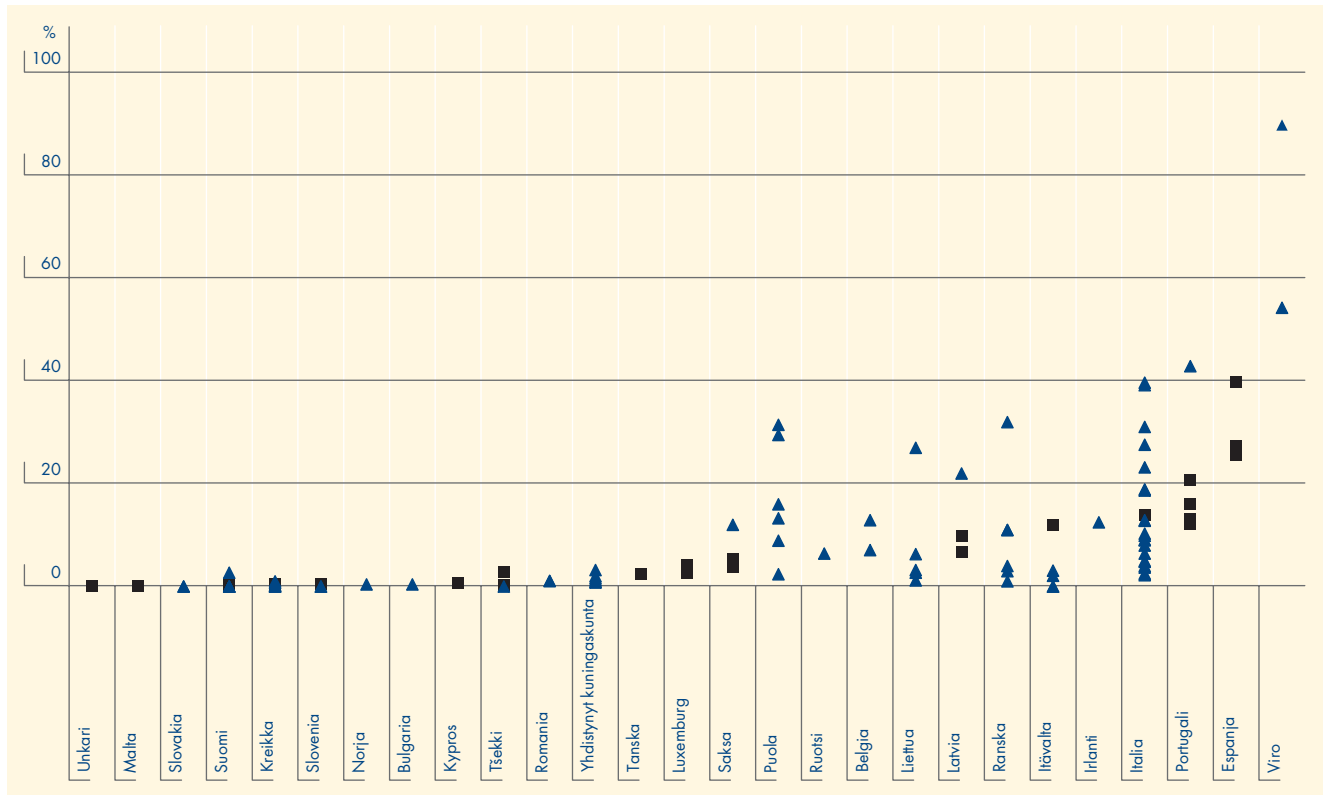
Saatavilla olevien tietojen mukaan injektioikäyttäjiin liittyvien uusien tartuntojen määrä oli useimmissa maissa alhainen vuonna 2005. Tulosta vääristää se, että useista sellaisista maista, joissa levinneisyys on tavallisesti ollut korkea, ei ole saatavilla uusia ilmoitustietoja hiv-tapauksista (Viro, Espanja, Italia, Itävalta). 19 EU:n jäsenvaltiota, joista useimmissa ei ole koskaan ollut laajoja hiv-epidemiaita injektioikäyttäjien keskuudessa, ilmoitti injektioikäyttöön liittyvien hiv-tapausten määräksi alle 5 tapausta miljoonaa henkilöä kohti vuonna 2005. Luvut olivat hieman korkeampia Irlannissa (16 uutta tapausta miljoonaa henkilöä kohti) ja Luxemburgissa (15 uutta tapausta). Maista, joista on saatavilla erikseen tietoa injektioikäyttäjistä, ilmoitti korkeimmat luvut Portugali (85 uutta tapausta miljoonaa henkilöä kohti vuonna 2005), jossa tilanne näyttää tasaantuneen vuosien 2000–2003 laskusuuntauksen jälkeen<sup>(142)</sup>. Latviassa, Liettuassa ja luultavasti myös Virossa ilmoitettujen uusien injektioikäyttöön liittyvien tartuntojen määrä on laskenut voimakkaasti vuosien 2001 ja 2002 epidemiahuippujen jälkeen, tosin se on yhä korkea useimpiin muihin maihin verrattuna. Latviassa määrä on pudonnut 283 uudesta tapauksesta miljoonaa henkilöä kohti vuonna 2001 noin 49 tapaukseen miljoonaa kohti vuonna 2005. Liettuassa vuonna 2002 puhjennut vankilaepidemiaan jälkeen (109 tapausta miljoonaa kohti) uusien tapausten määrä on vähentynyt 25:een miljoonaa henkilöä kohti vuonna 2005. Vaikka hiv-tartuntojen määrä on Virossa laskenut voimakkaasti, uusien tartuntojen määrä on siellä yhä EU:n korkein. Virossa ei ole saatavilla erikseen tietoja injektioikäyttäjistä, mutta huumeiden injektioikäyttö todennäköisesti säilyy yhtenä yleisimmistä hiv:n tartuntareiteistä tässä maassa.

<sup>(140)</sup> Ks. kaavio INF-2 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

<sup>(141)</sup> Jotkin tässä asiassa tehdyistä levinneisyystutkimuksista ovat melko pienimuotoisia: tässä luvussa on otettu huomioon vain yli 50 henkilön otokset ja tilastollisesti merkittävät ( $p < 0,05$ ) aikasuuntaukset.

<sup>(142)</sup> Määrän kasvu Portugalissa vuosina 2004 (hiv-tapaukset) ja 2005 (aids-tapaukset) saattaa johtua valppauden ja raportoinnin lisääntymisestä ammattilaisten keskuudessa sen jälkeen, kun Portugalissa oli keskusteltu hiv-tapauksista ilmoittamisen tekemisestä pakolliseksi vuonna 2005.

**Kaavio 11:** Kansallisiin ja alueellisiin tutkimuksiin perustuvat arviot hiv:n levinneisyydestä huumeiden injektiokäyttäjien keskuudessa vuosina 2004 ja 2005



*Huom.* Musta neliö = kansallisesti kattava otanta; sininen kolmio = alueellisesti tai paikallisesti kattava otanta. Espanjan ja Ruotsin arvioihin sisältyvät vuoden 2006 tiedot; Irlannin ja Latvian tiedot ovat vuodelta 2003; Slovakian tiedot ovat vuodelta 2003/2004. Maat esitetään kansallisiin tietoihin tai niiden puuttuessa alueellisiin tietoihin perustuvassa levinneisyysasteen mukaisessa järjestyksessä. Erilaisten ympäristöjen ja menetelmien takia maiden välisiä vertailuja on tehtävä varoen; kansallisissa otantamenetelmissä on eroja – lisätietoja, ks. kaavio INF-3 vuoden 2007 tilastotiedotteessa. Kaikki raportoidut otokset ovat olleet suurempia kuin 50.

*Lähteet:* Reitoxin kansallisen yhteyspisteet. Ensimmäiset lähteet, yksityiskohtaiset tutkimustiedot ja vuotta 2004 edeltävät tiedot, ks. taulukko INF-8 (osa i) ja (osa ii) sekä taulukko INF-0 (osa i) vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

### Hiv:n levinneisyys nuorten ja uusien injektiokäyttäjien keskuudessa

Ilmoitustiedoista tehdyille päätelmille saadaan tukea, kun analysoidaan hiv-tartuntojen määriä uusista injektiokäyttäjistä (alle kahden vuoden ajan injektioineet) ja nuorista injektiokäyttäjistä (alle 25-vuotiaat) koostuvissa otoksissa. Koska näissä ryhmissä tartunta on todennäköisesti saatu aivan äskettäin, tietoja voidaan käyttää alustavana indikaattorina hiv:n levinneisyydestä. Näissä alaryhmissä (jotka sisältyvät alla mainittuihin levinneisyystutkimuksiin) tartuntojen suuri määrä (yli 5 % vuosina 2004 ja 2005) tukee viimeaikaisia havaintoja hiv:n esiintyvyyden kasvusta injektiokäyttäjien keskuudessa (kansalliset tiedot), Liettuassa ja Virossa (alue- tai kaupunkitasolla kerätyt tiedot), ja sama suuntaus on todettu myös yhdessä Puolasta raportoineista kolmesta kaupungista <sup>(143)</sup>. On pidettävä mielessä, että nämä otokset ovat yleensä pieniä ja että muutamista maista ei ole saatavilla tietoja hiv:n serologisesta levinneisyydestä nuorten ja uusien injektiokäyttäjien keskuudessa.

### Hiv:n levinneisyyden suuntaukset

Hiv:n levinneisyyden kasvu injektiokäyttäjien perättäisissä otoksissa voi johtua myös vanhoista tartunnoista – tosin tartunnan saaneiden injektiokäyttäjien kuolleisuuden lasku tai tartunnalta välttyneiden injektiokäyttäjien määrän väheneminen voivat olla merkittäviä osatekijöitä. Useimmissa EU:sta saatavilla olevissa aikasarjoissa levinneisyys on pysynyt vakaana, mikä tarkoittaa, että hiv-tartunnalta välttyneitä injektiokäyttäjää alkaa olla yhtä paljon kuin kuolevia tartunnan saaneita injektiokäyttäjää. Joissakin aikasarjatutkimuksissa levinneisyys on kuitenkin kasvanut paikoitellen vuodesta 2001 lähtien yhdeksässä maassa, tosin yleisiä suuntauksia on vaikea erottaa, kun usein levinneisyys on muilla alueilla samanaikaisesti vakaantunut tai laskenut. Näihin kuuluvat jälleen Latvia (kasvua koko maassa) ja Liettua (kasvua yhdessä kaupungissa), mutta myös Itävalta (kasvua koko maassa), Yhdistynyt kuningaskunta (vähäistä kasvua Englannissa ja Walesissa) sekä jotkin sellaiset maat, joissa levinneisyys on yhä hyvin alhainen (alle 1 %).

<sup>(143)</sup> Ks. taulukot INF-9 ja INF-10 vuoden 2007 tilastotiedotteessa. Vuosiraportissa on otettu huomioon ainoastaan otokset, joissa on vähintään 50 henkilöä.



Yleensäkin nämä paikallisesti tai koko maassa ilmenneet hiv:n levinneisyyden kasvusuuntauokset viittaavat siihen, että ehkäisevien toimenpiteiden tarjoamiseen injektioikätyöjille ei tule suhtautua leväperäisesti.

Hiv:n levinneisyyden ilmoitetaan laskeneen Kreikassa (sekä kansallisesti että yhdellä alueella), Espanjassa (sekä yleisesti että yhdellä alueella) ja Suomessa (koko maassa). Levinneisyys on pysynyt alhaisella tasolla vuodesta 2001 lähtien (alle 1 % kaikista saatavilla olevista tiedoista) neljässä maassa, jotka kaikki ovat EU:n uusia jäsenvaltioita: Bulgariassa (Sofiassa, jossa levinneisyys on kuitenkin kasvamassa), Unkarissa (koko maassa), Sloveniassa (kahdessa kaupungissa, mutta kasvaa jatkuvasti) ja Slovakiassa (kahdessa kaupungissa).

Niissä yli 90 aikasarjassa, jotka koostuvat useista perättäisistä hiv:n levinneisyyssmittauksista injektioikätyöjien otoksissa 22:ssa EU:n jäsenvaltiossa ja Norjassa vuosina 2001–2005, on enemmän sellaisia alueita, joilla suuntaus on laskeva, kuin alueita, joilla se on nouseva. Tietojen perusteella injektioikätyöjien tartuntojen taakka on todennäköisesti nyt pienenemässä erityisesti alueilla, joilla levinneisyys on aikaisemmin ollut suuri, joten ehkäisevä huume- ja haittojen vähentämiseen tähtäävä politiikka alkavat todennäköisesti tehoa <sup>(144)</sup>.

### EU:ta koskevat arviot

Saatavilla olevien tapausilmoitustietojen, serologista levinneisyyttä koskevien tietojen ja injektioikätyöjien ja ongelmakäyttäjien määrää koskevien arvioiden perusteella (ks. luku 6) EU:ssa on noin 100 000–200 000 hiv-tartunnan saanutta henkilöä, jotka ovat käyttäneet suonensisäisiä huumeita ainakin kerran. EU:n injektioikätyöjien keskuudessa diagnosoidaan vuosittain noin 3 500 uutta hiv-tapausta.

### Aidsin esiintyvyys ja HAART-hoidon saatavuus

Vuodesta 1996 saatavilla ollut erittäin tehokas antiretroviraalinen hoito (HAART) estää tehokkaasti hiv-tartunnan kehittymisen aidsiksi, joten aidsin esiintyvyyttä koskevat tiedot eivät enää anna kovin hyödyllistä tietoa hiv:n leviämisestä. WHO arvioi, että HAART-hoidon kattavuus hoitoa tarvitsevien potilaiden osalta oli vuonna 2003 korkea EU:n jäsenvaltioissa, ehdokasvaltioissa ja Norjassa, joissa kattavuus on vähintään 75 prosenttia <sup>(145)</sup>, tosin huumeiden injektioikätyöjistä ei ole erikseen tietoja. Aidsin esiintyvyyttä koskevat tiedot ovat tärkeitä, koska ne kertovat

oireita aiheuttavan sairauden yleisyydestä ja HAART-hoidon kattavuudesta ja saatavuudesta injektioikätyöjien keskuudessa.

Injektioikätyöön liittyvän aidsin esiintyvyys on yhä suurin Portugalissa, ja se on ainoa maa, jossa levinneisyys on viime aikoina kasvanut (36 uutta tapausta miljoonaa asukasta kohti, kun vuonna 2004 uusia tapauksia oli 30). Lisäksi yhteenlaskettu aids-kuolleisuus (josta suurin osa johtuu todennäköisimmin juuri huumeiden injektioikätyöstä) ei vähentynyt vuosina 1997–2002, joten HAART-hoidon saatavuus on tällä aikavälillä saattanut olla heikko <sup>(146)</sup>. Baltian maista aidsin esiintyvyys on vähentynyt Latviassa, jossa oli 23 uutta tapausta miljoonaa henkilöä kohti vuonna 2005, kun määrä huipussaan oli 26 uutta tapausta miljoonaa henkilöä kohti vuonna 2004; Viro ei ole toimittanut erikseen tietoja injektioikätyöstä vuodelta 2005, mutta ilmoitti tapausten lisääntyneen vuosina 2003–2004 (4:stä 13 tapaukseen miljoonaa kohti) <sup>(147)</sup>.

### B- ja C-hepatiittitartunnat

Vaikka huumeiden injektioikätyöjien hiv-tartunnat EU:ssa ovat keskittyneet pääasiassa muutamaa maahan, joissa niiden määrä on perinteisesti ollut korkea, virushepatiitin ja erityisesti C-hepatiitin tartunnat ovat jakautuneet paljon tasaisemmin ja niiden levinneisyys on korkeampi.

C-hepatiittiviruksen (HCV) vasta-aineiden yli 60 prosentin levinneisyysasteesta injektioikätyöjien otoksissa vuosina 2004 ja 2005 raportoitiin yhteensä 60 tutkimuksessa 17 eri maasta (kuusi maata 28:sta ei toimittanut lainkaan tietoja) <sup>(148)</sup>. Seitsemässä maassa levinneisyys oli näissä otoksissa korkea (yli 40 prosenttia vähintään yhdessä otoksessa) nuorten (alle 25-vuotiaiden) injektioikätyöjien keskuudessa, ja Puolassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa myös uusien injektioikätyöjien keskuudessa, joista ei monessa maassa ole saatavilla tietoja <sup>(149)</sup>. Vain viisi maata ilmoitti tutkimuksista, joissa levinneisyys oli alle 25 prosenttia.

Injektioikätyöjistä ja huumeiden ongelmakäyttäjistä saatavilla olevien tietojen ja arvioiden perusteella (ks. luku 6) voidaan laskea, että EU:ssa on ehkä noin miljoona C-hepatiittitartunnan saanutta henkilöä, jotka ovat käyttäneet suonensisäisiä huumeita ainakin kerran.

B-hepatiittiviruksen markkerien esiintyvyys vaihtelee voimakkaammin kuin C-hepatiittiviruksen; tämä saattaa

<sup>(144)</sup> Ks. taulukot INF-8, INF-9 ja INF-10 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

<sup>(145)</sup> Ks. kaavio INF-14 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(146)</sup> Portugalin kansallinen koordinoitikeskus hiv:n/aids-tartuntojen osalta, terveysministeriö, 2006.

<sup>(147)</sup> Ks. kaavio INF-1 vuoden 2007 tilastotiedotteesta. Kahden viime vuoden tiedot ovat arvioita, joita on korjattu raportointiviiveiden johdosta; siksi ne saattava ajan mittaan muuttua (lähde: EuroHIV).

<sup>(148)</sup> Ks. taulukot INF-11, INF-12 ja INF-13 vuoden 2007 tilastotiedotteesta. Vuosiraportissa on otettu huomioon ainoastaan otokset, joissa on vähintään 50 henkilöä.

<sup>(149)</sup> Ks. kaavio INF-6 (osa vii) vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

### Hyvä vankilaterveys: hyvää kansanterveyttä

Kahden viime vuosikymmenen suurimpia kansanterveydellisiä haasteita ovat tuberkuloosin kaltaisten tartuntatautiin uusi nousu, hiv:n/aidsin ilmaantuminen ja nopea leviäminen sekä suorastaan pandemian mittoihin kasvanut psykotrooppisten aineiden hallitsematon ongelmakäyttö. Haavoittuvimmassa asemassa olevat väestöryhmät kärsivät suhteettomasti näistä sairauksista. Erityisesti vankien keskuudessa huumeongelmat ovat usein yleisiä ja tartuntatautiin esiintyvyys melko korkea. Lisäksi huumeidenkäyttö usein jatkuu ja joskus myös alkaa vankilassa; tässä ympäristössä riskialtis käyttäytyminen voi olla tavallista. Vankilat voivat siten lisätä vaarallisten tautien tartuntamäärää, mutta ne tarjoavat samalla tilaisuuden erityisen tärkeän kohderyhmän saavuttamiseen.

Muutamaa poikkeusta (Ranska, Yhdistyneessä kuningaskunnassa Englanti ja Wales, Norja) lukuun ottamatta vankien terveydenhuolto kuuluu yleensä oikeus- tai turvallisuusjärjestelmän, ei terveydenhuoltojärjestelmän piiriin. Siksi vankilaterveys on vaarassa jäädä yleisten kansanterveyspalvelujen valtavirran ulkopuolelle, mikä herättää kysymyksen terveyspalvelujen riippumattomuudesta, laadusta, saatavuudesta ja riittävydestä.

Vankien heikolla terveydellä voi olla vaikutuksia kansanterveyteen yleensä siinä vaiheessa, kun huumeidenkäyttäjät vapautuvat vankilasta ja palaavat perheensä ja muun yhteisön piiriin. Vakavien tartuntatautiin, kuten hiv:n ja tuberkuloosin toteaminen, asianmukainen hoito ja haittojen vähentämiseen tähtäävät toimenpiteet voivat merkittävästi edistää terveyttä yhteisöissä, joista vangit ovat lähtöisin ja joihin he myöhemmin palaavat. Huumeriippuvaisille vankiloissa järjestettävät hoito-ohjelmat eivät ainoastaan edistä yksittäisten vankien terveyttä, vaan myös vähentävät rikosten uusimisen todennäköisyyttä.

Jotta saataisiin enemmän tietoa vankilaterveyden tilanteesta ja siihen kehitetyistä erityisratkaisuksista, Euroopan komission kansanterveysalan toimintaohjelmasta tuetaan Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetoimiston vankilaterveyshanketta, jonka tavoitteena on perustaa tietokanta tietojen keräämiseksi vankilaterveyden indikaattorista ja muista terveyden taustatekijöistä. EMCDDA osallistuu tietokannan kehittämiseen yhteistyössä WHO Europen ja ENDIPPin (European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison) kanssa (1).

(1) <http://data.euro.who.int/hip/>

johtua eroista rokotusten laajuudessa. Kattavimmat tiedot koskevat anti-HBc:tä, joka osoittaa aiemman tartunnan. Vuosina 2004–2005 kuusi maata ilmoitti esiintyvyyssasteeksi yli 40 prosenttia.

Ilmoitettuja hepatiittitapauksia koskevat aikasuntaukset osoittavat selviä eroja B- ja C-hepatiitin välillä. B-hepatiitin

tapauksessa huumeiden injektioikäyttäjien osuus kaikista ilmoitetuista tapauksista näyttää yleisesti laskeneen, mikä saattaa olla seurausta rokotusohjelmista. Injektioikäyttäjien osuudessa ilmoitetuista C-hepatiittitartuntatapauksista ei ole ilmennyt mitään yleisiä suuntauksia (150); osuus kuitenkin vaihtelee voimakkaasti maiden välillä, mikä viittaa siihen, että C-hepatiitin leviämisessä on eroja. Maiden välisiä eroja tartuntojen määrässä aiheuttavien tekijöiden ymmärtäminen on tärkeää, jotta asiassa voitaisiin suunnitella entistä parempia ehkäiseviä ja haittoja vähentäviä strategioita.

### Tartuntatautiin ehkäiseminen

EU:ssa on viime vuosikymmenen kuluessa päästy vähitellen yksimielisyyteen siitä, minkälaisia toimenpiteitä tarvitaan tartuntatautiin tehokkaaseen torjuntaan injektioikäyttäjien keskuudessa. EU:ssa on käytössä vakiintuneita monimuotoisia ehkäisemistoimenpiteitä. Niihin kuuluvat asianmukaisen huumehoiton, etenkin korvaushoidon saatavuus; neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat; tiedotus ja ennalta ehkäisevän materiaalin levitys; riskien vähentämiseen tähtäävä koulutus, myös vertaiskoulutus; vapaaehtoinen neuvonta ja testaus; tartuntatautiin rokotus ja hoito.

Riippumatta näiden toimenpiteiden painotuksesta eri maiden kansallisessa politiikassa tartuntatautiin leviämisen ehkäiseminen huumeidenkäyttäjien keskuudessa edellyttää selvästikin koordinoitua ja kattavaa kansanterveysmallia.

Diagnosoimattomien hiv-tartuntojen ongelman ratkaisemiseksi on tänä vuonna julkaistu uudet ohjeet (WHO/UNAIDS, 2007) terveydenhuollon ammattilaisille. Niissä ehdotetaan, että etenkin riskialttiimmille ryhmille, kuten huumeiden injektioikäyttäjille suunnatuissa hoitopalveluissa suositeltaisiin asiakkaille nykyistä aktiivisemmin hiv-testejä ja neuvontaa, jotta nämä kävisivät enemmän vapaaehtoisissa hiv-testeissä. EMCDDA:n kokemuksen mukaan säännölliset vapaaehtoiset terveystarkastukset, joihin kuuluu hiv:n ja muiden tartuntatautiin testaus ja neuvonta, soveltuvat erityisen hyvin huumeiden injektioikäyttäjille.

Rokotuksilla on tärkeä osuus A- ja B-hepatiitin ehkäisemisessä. Joissakin maissa B-hepatiittirokotuksia annetaan koko väestölle ja joissakin ainoastaan erityisen riskialttiina pidetyille ryhmille. Norjassa A- ja B-hepatiittirokotuksia tehostettiin sen jälkeen, kun huumeiden injektioikäytön havaittiin maksatulehdusepidemioiden yhteydessä levinneen pienempiin kuntiin.

C-hepatiittitartuntojen korkea levinneisyys injektioikäyttäjien keskuudessa viittaa vahvasti siihen, että on tarpeen kehittää nykyistä tehokkaampia vastatoimia tälle taudille, johon ei ole olemassa rokotetta. Joissakin maissa on erityisohjelmia C-hepatiitin ehkäisemiseksi, ja alalla on kehitysmässä mielenkiintoisia työmuotoja, esimerkiksi Oslossa on

(150) Ks. kaaviot INF-8 ja INF-11 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

vuodesta 2003 lähtien järjestetty ”stop hepC” -kampanja, jonka tavoitteena on vaikuttaa huumeidenkäyttäjien ennen injektiokäytön aloittamista tai heti käytön alkuvaiheessa.

Hoitopalveluissa ja haittojen vähentämiseen tähtäävissä palveluissa on kehitettävä ratkaisuja myös asiakkaiden seksuaalikäyttäytymisen aiheuttamille riskeille. Injektiokäytön lisäksi huumeidenkäyttäjien hiv-tartunnan riskiä kasvattaa nimittäin riskialtis seksuaalikäyttäytyminen – syitä siihen ovat heikentynyt arvostelukyky, joidenkin huumeiden liittäminen riskialttiiseen seksuaalikäyttäytymiseen, seksityön tekeminen tai seksin tarjoaminen huumeita vastaan. Erityisen haavoittuvassa asemassa ovat naispuoliset huumeidenkäyttäjät, tosin yhtä huolestuttavaa on huumeidenkäytön ja riskialttiin seksuaalikäyttäytymisen vuorovaikutus tietyissä miesten kanssa seksiä harjoittavissa miesryhmissä. Huumeidenkäyttäjillä on suurempi vaara saada hiv:n lisäksi muitakin sukupuolitauteja, ja huumehoitopalveluilla voi olla tärkeä merkitys niiden diagnosoinnissa. Esimerkiksi äskettäin Maltassa tehdyn tutkimuksen mukaan avohoitoyksikössä tehtyyn seulontatutkimukseen osallistuneilta naisilta löytyi papillloomavirustartuntoja, joita ei ollut aiemmin havaittu.

### Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat

Huumetyöstä vastaavien yksiköiden tarjoamiin palveluihin sisällytetyt neulojen ja ruiskujen vaihto- tai jakeluohjelmat ja niihin yhdistetty riskineuvonta ja huumeidenkäyttäjien hoitoonohjaus ovat EU:ssa hyvin yleisiä. Kolme neljästä EU-maasta sekä Norja mainitsevat neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat yhtenä ensisijaisista toimenpiteistä ehkäistäessä tartuntatautien leviämistä huumeiden injektiokäyttäjien keskuudessa<sup>(151)</sup>. Puhtaita neuloja ja ruiskuja on jaettu kaikissa muissa maissa paitsi Kyproksessa, ja sielläkin asiantuntijaryhmä on vuonna 2006 suositellut tätä keinoa ehkäistä injektiokäytöstä johtuvien tartuntojen lisääntymistä. Muiden steriilien välineiden, kuten desinfiointilappujen ja kuivapyyhkeiden, veden, suodattimien ja keittimien jakelu yhdessä puhtaiden ruiskujen kanssa on yleistymässä hoitopalvelujen tarjoajien keskuudessa. Vaikka neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien kautta tapahtuvan steriilien injektiovälineiden jakelun tarpeellisuutta ei yleensä enää kyseenalaisteta, kaikki maat eivät kuitenkaan aseta ohjelmia etusijalle, ja muutamissa maissa apteekkimyyntiä pidetään täysin riittävänä.

Steriilien injektiovälineiden jakelun menetelmät ja laajuus vaihtelevat maittain. Yleensä ruiskujen jakelupisteet sijaitsevat huumetyöhön erikoistuneissa yksiköissä, ja kolmea maata lukuun ottamatta kaikissa maissa tätä palvelua täydennetään usein liikkuvilla palveluilla, joilla pyritään

tavoittamaan huumeiden injektiokäyttäjää syrjäytyneillä asuinalueilla. Neulojen ja ruiskujen vaihtopalveluja täydennetään 10 maassa ruiskujen myyntiautomaateilla<sup>(152)</sup>, mutta välineiden menekistä on vain vähän tietoja, eikä tämääntyyppisen jakelun tehokkuutta ole juuri tutkittu. Luxemburg on Espanjan ja Saksan ohella yksi niistä harvoista maista, joissa neuloja ja ruiskuja vaihdetaan vankiloissa; tosin Saksassa palvelua tarjotaan, mutta vain yhdessä vankilassa Berliinissä.

Koska kunnallisia apteekkeja on paljon, apteekkien kautta tarjottavat vaihtopalvelut voivat huomattavasti parantaa ruiskujen maantieteellistä saatavuutta ja siten täydentää jakelua huumehoidon erityisyksiköistä. Esimerkiksi Skotlannissa jaettiin 1,7 miljoonaa ruiskua 116 apteekin verkoston kautta vuonna 2004, ja Portugalissa jakeluohjelmaan osallistui yli 1 300 apteekkiä, joista jaettiin yhteensä 1,4 miljoonaa ruiskua<sup>(153)</sup>. Apteekkien virallisia ruiskujen vaihto- tai jakeluverkostoja on kahdeksassa Euroopan maassa (Belgiassa, Tanskassa, Espanjassa, Ranskassa, Alankomaissa, Portugalissa, Sloveniassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa).

Maissa, joissa apteekit ovat yleisin injektiovälineiden hankintalähde, voitaisiin kasvattaa apteekkien roolia kannustamalla niitä tarjoamaan huumeidenkäyttäjille myös muita terveyttä edistäviä palveluja, kuten jakamaan tietoa injektiokäyttöön liittyvistä seksi- ja tartuntatautien riskeistä sekä tarjoamaan testaus- ja neuvontapalveluja ja hoitoonohjausta. Nykyisin vain Ranska, Portugali ja Yhdistynyt kuningaskunta kannustavat apteekkeja osallistumaan ruiskujen vaihto-ohjelmiin ja antavat tukea niihin jo osallistuville apteekkeille.

Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien maantieteellinen kattavuus ja injektiovälineiden jakelu niiden kautta vaihtelevat suuresti maittain. EU:ssa on kuitenkin yhä enemmän maita, joissa on koko maan kattava neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien verkosto. Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien kattavuus on hyvä seuraavissa maissa: pienet maat Luxemburg ja Malta; Italia, jossa noin 70 prosenttia paikallisista terveydenhoitopiireistä käyttää neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmia yleisesti tai usein; Tšekki, jossa ohjelmia on käytössä kaikissa 77 terveydenhoitopiirissä sekä pääkaupunki Prahassa; ja Suomi, jonka lainsäädäntö velvoittaa kunnat tarjoamaan asianmukaisia palveluja, myös neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmia, tartuntatautien ehkäisemiseksi. Portugali arvioi neulojen ja ruiskujen apteekki- ja kettäjakeluun perustuvan ohjelmansa kattavan noin 50 prosenttia maasta, ja Tanskassa kymmenen 13 alueesta soveltaa tällaista ohjelmaa. Jokaisessa Itävallan kaupungissa,

<sup>(151)</sup> Ks. kaavio 11 vuosiraportissa 2006.

<sup>(152)</sup> Ks. taulukko HSR-2 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(153)</sup> Ks. taulukko HSR-4 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

jossa huumeiden injektiokäyttö on merkittävä ongelma, on ainakin yksi neulojen ja ruiskujen jakelupiste, ja Bulgariassa näitä palveluja on saatavilla kaikkiaan 10 kaupungissa, joissa huumeiden ongelmakäyttö on melko yleistä. Virossa arvioitiin, että injektiokäyttäjistä 37 prosenttia oli mukana vaihto-ohjelmissa vuonna 2005, mutta Slovakiassa ja Romaniassa näiden ohjelmien kattavuus arvioitiin huomattavasti alhaisemmaksi (20 % ja 10–15 %).

Ohjelmissa vaihdettujen tai jaeltujen ruiskujen kokonaismäärä kasvoi vuosina 2003–2005 useissa maissa (Bulgaria, Tšekki, Viro, Unkari, Itävalta, Slovakia ja Suomi) <sup>(154)</sup>.

Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmia tarjoavilla erikoisyksiköillä voi olla muitakin tärkeitä kansanterveyteen liittyviä tehtäviä, esimerkiksi riskien arviointi ja tietoisuuden lisääminen riskikäyttäytymisestä asiakkaiden keskuudessa, asiakkaiden lähettäminen testeihin ja rokotuksiin sekä ohjaaminen perusterveydenhuollon ja huumehoidon piiriin. Kovin tarkasti ei tiedetä, missä määrin huumehoitoyksiköissä on tarjolla tämältyypisiä lisäpalveluja, mutta äskettäin Englannissa tehdyn seurantatarkastuksen tulokset vahvistavat, että niitä olisi tarpeen kehittää. Tarkastusraportissa todetaan, että asiakkaiden tietämys tartuntataudeista on melko heikko ja että vastuuyksiköiden tulisi nykyistä oma-aloitteisemmin tarjota neuvontaa, testausta ja rokotuksia.

## Huumekuolemat ja kuolleisuus

### Huumekuolemat

EMCDDA:n määritelmässä huumekuolemilla tarkoitetaan kuolemia, jotka johtuvat suoraan yhden tai usean huumeen käytöstä ja jotka tapahtuvat yleensä pian aineen tai aineiden käytön jälkeen. Näistä kuolemista käytetään myös nimityksiä ”yliannostus”, ”myrkytys”, ”huumeen aiheuttama kuolema” tai ”äkillinen huumekuolema” <sup>(155)</sup>. Huumekuolemien määrä riippuu yliannostukseen liittyviä huumeita (varsinkin opioideja) käyttävien henkilöiden määrästä kyseisessä yhteisössä. Muita tärkeitä tekijöitä ovat injektiokäyttäjien osuus, sekakäytön levinneisyys sekä hoito- ja ensiapupalvelujen saatavuus ja toimintaperiaatteet.

Vaikka tietojen vertailukelpoisuus on EU:n tasolla viime vuosina parantunut, raportoinnin laadussa on maiden

välillä edelleen niin huomattavia eroja, että suoria vertailuja on tehtävä varoen. Huumekuolemien esiintyvyys voidaan ilmaista ilmoitettujen tapausten lukumääränä, väestöosuusina tai suhteellisenä kuolleisuutena. Vaikka raportoinnin laatu vaihtelee maittain, yliannostustapausten määrässä ja ominaispiirteissä on erotettavissa tiettyjä suuntauksia, jos menetelmät pysyvät ajan mittaan muuttumattomina.

EU:n jäsenvaltiot ilmoittivat vuosina 1990–2004 joka vuosi 6 500:sta yli 9 000:een huumekuolemaa, ja näitä kuolemia oli kyseisellä ajanjaksolla yhteensä yli 122 000. Näitä lukuja voidaan pitää vähimmäisarvioina <sup>(156)</sup>.

Huumekuolleisuus vaihtelee suuresti Euroopan maiden välillä, 3–5 kuolemasta <sup>(157)</sup> yli 50 kuolemaan miljoonaa asukasta kohti (keskimäärin 18,3); 11 maassa luku on yli 20 kuolemaa miljoonaa asukasta kohti. Huumekuolleisuus 15–39-vuotiaiden miesten ryhmässä on tavallisesti kolme kertaa korkeampi (keskimäärin 61 kuolemaa miljoonaa kohti). Vuosina 2004 ja 2005 huumekuolemien osuus kaikista 15–39-vuotiaiden kuolemista oli Euroopassa 4 prosenttia, ja yhdeksässä maassa se oli yli 7 prosenttia <sup>(158)</sup>.

Yliannostusten lisäksi huumeidenkäyttäjiä kuolee välillisesti huumeidenkäyttöön liittyvistä syistä. Esimerkiksi huumeiden injektiokäyttöön liittyviä aids-kuolemia oli lähes 1 400 vuonna 2003 (EuroHIV, 2006) <sup>(159)</sup>, tosin tämä arvio saattaa osoittautua liian alhaiseksi. Muista välillisesti huumeidenkäyttöön liittyvistä syistä (esim. hepatiitista, väkivallasta, itsemurhasta tai tapaturmasta) johtuvien kuolemien määrää on vaikeampi arvioida. Arvioiden mukaan ainakin joissakin Euroopan kaupungeissa opioidien käyttö on suoraan tai välillisesti synynä ainakin 10–20 prosenttiin nuorten aikuisten kuolemista (Bargagli *et al.*, 2006) (ks. alla). Tähän lukuun olisi lisättävä vielä muihin huumeidenkäytön muotoihin (esim. kokaiiniin) liittyvä kuolleisuus, mutta sen osuutta on vaikea arvioida.

Huumeiden ongelmakäytöstä johtuvan kokonaiskuolleisuuden määrittäminen maakohtaisesti tai Euroopan tasolla edellyttää tiedonkeruun ja analyysin parantamista. Tällaisesta kansallisella tasolla tehdystä tutkimuksesta mainitaan ainakin Alankomaiden kansallisessa raportissa. Suoraan tai välillisesti huumeiden ongelmakäytöstä johtuvaa kuolevuutta

<sup>(154)</sup> Ks. taulukko HSR-3 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(155)</sup> Useimmissa maissa on nykyään kansallinen määritelmä, joka on sama tai samankaltainen kuin EMCDDA:n määritelmä, joskin jotkin maat sisällyttävät huumekuolemiin sellaiset kuolemat, jotka aiheutuvat psykoaktiivisista lääkkeistä tai joihin ei liity yliannostusta ja jotka muodostavat yleensä vain pienen osan kaikista huumekuolemista (ks. menetelmiä koskeva huomautus ”Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues” ja ”DRD Standard Protocol, version 3.1” vuoden 2007 tilastotiedotteessa).

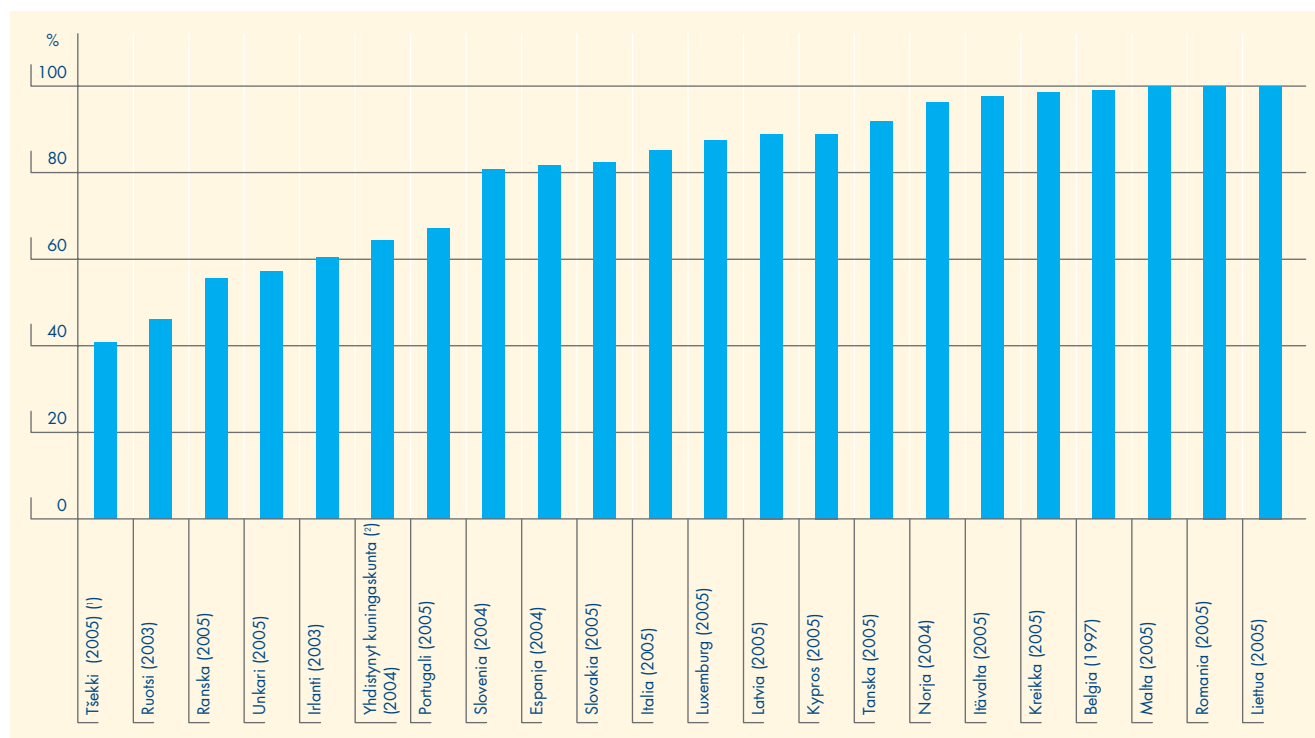
<sup>(156)</sup> Ks. taulukot DRD-2 (osa i), DRD-3 ja DRD-4 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(157)</sup> Ranskassa osuus oli 0,9 tapausta miljoonaa kohti vuonna 2005, joten osa kuolemista on todennäköisesti jäänyt kirjaamatta; luku oli kuitenkin noin kymmenkertainen vuonna 1994, jonka jälkeen yliannostuskuolemien määrä alkoi laskea.

<sup>(158)</sup> Ks. taulukko DRD-5 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(159)</sup> Luku viittaa WHO:n Euroopan aluetoimiston läntisiin ja keskisiin alueisiin, joihin kuuluu joitakin EU:n ulkopuolisia maita, sekä Viron, Latvian ja Liettuan (itäinen alue) kokonaiskuolleisuuteen.

Kaavio 12: Niiden äkillisten huumekuolemien osuus, joihin liittyy opioideja



(1) Tšekin osalta käytettiin äkillisestä huumekuolemasta EMCDDA:n määritelmää kansallisen määritelmän sijaan. Kansallinen määritelmä kattaa psykoaktiivisista lääkkeistä aiheutuvan myrkytyksen, joka aiheutti suurimman osan tapauksista (156 tapausista 218:sta).

(2) Kansallisen tilastokeskuksen määritelmä.

Joissakin maissa huumekuolemien kansalliseen määritelmään sisältyy pieni määrä huumeisiin välillisesti liittyviä kuolemantapauksia.

Huom. Tiedot koskevat vuotta 2005 tai viimeisintä vuotta, jolta tietoja on saatavissa. Lisätietoja, ks. taulukko DRD-1 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2006), tiedot on saatu kansallisista kuolleisuusrekistereistä tai erikoisrekistereistä.

arvioitiin ekstrapoloimalla paikallisesta tutkimuksesta saatuja lukuja alueelliset erot huomioon ottaen. Vaikka menetelmiä on edelleen syytä kehittää, tämäntyyppinen tutkimus yhdistettynä välillisesti huumeidenkäyttöön liittyvien kuolemien määrän mittaukseen voi ehkä auttaa täyttämään mahdollisten kirjaamatta jääneiden yliannostuskuolemien jättämät aukot.

## Äkilliset opioidikuolemat

### Heroinikuolemat (160)

Opioidien yliannostus on yksi Euroopan nuorten yleisimmistä kuolinsyistä etenkin kaupungeissa asuvien miesten keskuudessa. Opioidit, lähinnä heroini tai sen metaboliitit, ovat EU:ssa osallisina useimmissa laittomien aineiden aiheuttamissa äkillisissä huumekuolemista (46–100 %) (kaavio 12). Euroopassa useimmat opioidikuolemat johtuvat heroiniesta, joskin monissa tapauksissa niihin ovat ehkä vaikuttaneet myös muut aineet, kuten erityisesti alkoholi, bentsodiatsepiinit tai muut opioidit ja joissakin maissa kokaiini. Huumekuolemiin liittyvistä aineista suoritettiin vuonna 2006 vapaaehtoinen tiedonkeruu, johon osallistui

yhdeksän maata (161); se vahvisti, että hyvin usein (60–90 % tapauksista) opioidien yliannostuskuolemien yhteydessä mainitaan enemmän kuin yksi aine, joten niitä voidaan täydellä syyllä pitää ”sekakäyttökuolemina”.

Suurin osa opioidien yliannostukseen kuolleista huumeidenkäyttäjistä on miehiä (59–100 %), ja naisten osuus on korkein Tšekissä, Puolassa ja Slovakiassa ja alhaisin Italiassa, Liettuaissa ja Luxemburgissa. Useimmat yliannostuksen uhrin ovat 20–40-vuotiaita, ja heidän keski-ikänsä on useimmissa maissa noin 35 vuotta (162). Yliannostuksen uhrien keski-ikä on alhaisin Bulgariassa, Virossa, Latviassa ja Romaniassa ja korkein Puolassa, Suomessa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Alle 15-vuotiaiden yliannostuskuolemia on ilmoitettu vain vähän, mutta tämän ikäryhmän huumekuolemista ei välttämättä aina raportoida. Lukuihin sisältyy vain muutamia yli 65-vuotiaiden huumekuolemia, ja ainoastaan seitsemän maata on ilmoittanut, että yli 5 prosenttia tapauksista kuuluu tähän ikäluokkaan. Monissa vuodesta 2004 lähtien EU:hun liittyneissä jäsenvaltioissa kuolleiden keski-ikä on melko alhainen ja alle 25-vuotiaiden osuus

(160) Suurin osa EMCDDA:lle ilmoitetuista tapauksista on opioidien yliannostuksia, joten opioideihin liittyvien tapauksien kuvailussa käytetään äkillisten huumekuolemien yleisiä ominaispiirteitä.

(161) Tšekki, Tanska, Saksa, Latvia, Malta, Alankomaat, Itävalta, Portugali ja Yhdistynyt kuningaskunta.

(162) Ks. taulukko DRD-1 (osa i) vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

yliannostustapauksissa on korkea, mikä saattaa viitata siihen, että heroisiin käyttäjät ovat näissä maissa nuorempia kuin muualla <sup>(163)</sup>.

Yliannostuksen uhrien ikä on useissa jäsenvaltioissa nousemassa, mikä viittaa siihen, että yhä harvempi nuori aloittaa heroisiin käytön. Tämä suuntaus vallitsee kaikissa EU-15:n jäsenvaltioissa, joskin Itävallassa ja Luxemburgissa se on viime vuosina heikentynyt. Muissa jäsenvaltioissa suuntaus ei ole yhtä selkeä, ja tapausten vähäisyys vaikeuttaa lukujen tulkintaa <sup>(164)</sup>.

#### *Metadoni- ja buprenorfiinikuolemat*

Vaikka korvaushoidon onkin tutkimuksissa osoitettu vähentävän yliannostuskuoleman riskiä, joka vuosi ilmoitetaan kuitenkin joitakin korvaushoitolääkkeiden käytöstä johtuvia kuolemantapauksia. Metadoniin ja buprenorfiiniin liittyvien kuolemantapausten määrää ja niitä ympäröiviä olosuhteita onkin aiheellista seurata, koska niistä saadaan tärkeitä tietoja korvaushoito-ohjelmien laadunvalvontaan ja ennaltaehkäisyyn ja haittojen vähentämiseen liittyvien aloitteiden suunnittelua varten.

Useat maat ilmoittivat, että huomattavassa osassa huumekuolemista havaittiin metadonia, tosin joissakin tapauksissa on vaikea arvioida, mikä osa metadonilla on ollut kuolemassa, ja osallisena on saattanut olla myös muita aineita. Tanska ilmoitti, että metadoni oli myrkytyksen syynä (yksin tai osaksi) 43 prosentissa kuolemista (89 tapauksessa 206:sta vuonna 2005); Saksa ilmoitti, että 255 tapaukseen (1 477:stä) liittyi ”korvaushoitolääkkeitä” (yksin 75 tapauksessa ja muiden huumausaineiden kanssa 180 tapauksessa) vuonna 2005, kun tapauksia vuonna 2004 oli 345; Yhdistynyt kuningaskunta taas ilmoitti 280 tapausta (1 972:sta, huumestrategian määritelmä), joissa mainittiin metadoni (vuonna 2004); ja Norjassa 55 ruumiinavauksessa löytyi jäämiä metadonista. Espanja ilmoitti (Reitoxin kansalliset raportit, 2005), että vain harvaan yliannostukseen liittyi yksinomaan metadonia (2 %:iin tapauksista), mutta sitä esiintyi usein opioidikuolemista (42 %:ssa tapauksista) ja kokaiinikuolemista (20 %:ssa tapauksista). Muut maat eivät ole ilmoittaneet opioidikuolemia tai ilmoitetut luvut ovat olleet hyvin alhaisia.

Buprenorfiinimyrkyksestä johtuvia kuolemia näyttää olevan vähän, mikä johtuu siitä, että kyseinen lääke on farmakologisilta ominaisuuksiltaan agonisti-antagonisti. Euroopan maat ovat kuitenkin ilmoittaneet joitakin kuolemantapauksia. Vain Ranska ja Suomi ilmoittivat vuosien 2006 ja 2005 kansallisissa raporteissaan tähän aineeseen liittyviä kuolemia. Suomessa buprenorfiinia esiintyi 83 huumekuolemassa vuonna 2005 (73 tapausta vuonna

2004), ja sitä oli yleensä käytetty bentsodiatsepiinien, rauhoittavien lääkkeiden tai alkoholin kanssa tai injektoitu. Ranska ilmoitti vain kaksi kuolemaan johtanutta buprenorfiinin yliannostusta vuonna 2005 (neljä vuonna 2004). Näissä kahdessa maassa buprenorfiini on yleisin opioidien korvauslääke, joskin hoidettavien määrä on paljon suurempi Ranskassa, jossa buprenorfiinia saa arviolta 70 000–85 000 henkilöä. Ranskan ja Suomen lisäksi kolme maata ilmoitti buprenorfiiniin liittyviä kuolemantapauksia vuonna 2004 (kaksi tai kolme tapausta kukin). Yhdistyneessä kuningaskunnassa vuosilta 1980–2002 tehdyssä tutkimuksessa, jossa etsittiin mainintoja buprenorfiinista kuolemien yhteydessä, tuli esille vain 43 tapausta, joissa mainittiin buprenorfiini, ja usein yhdessä bentsodiatsepiinien tai muiden opioidien kanssa (Schifano *et al.*, 2005).

#### **Muihin huumeisiin kuin opioideihin liittyvät äkilliset kuolemat**

##### *Ekstaasi- ja amfetamiinikuolemat*

Ekstaasikuolemista tulee harvoin ilmoituksia, mutta kun niitä joitakin vuosia sitten alettiin raportoida, ne herättivät paljon huolta, sillä ne tapahtuvat usein odottamatta yhteiskuntaan sopeutuneille nuorille ihmisille. Reitoxin vuoden 2006 kansallisista raporteista saatavien vähäisten tietojen perusteella ekstaasikuolemia tapahtuu jokseenkin saman verran kuin aikaisempina vuosina. Euroopassa ilmoitettiin yhteensä 78 tällaista kuolemaa <sup>(165)</sup>.

Myös amfetamiinikuolemia ilmoitetaan harvoin, joskin Tšekissä kirjattiin 16 tapauksessa vuonna 2004 ja 14 tapauksessa vuonna 2005 kuoleman aiheuttajaksi pervitiini (metamfetamiini); luvut korreloivat pervitiinin ongelmakäyttäjien määrän ja siihen liittyvän hoidon kysynnän arvioidun kasvun kanssa. Suomesta ilmoitettiin 65 amfetamiinikuolemaa, tosin aineen osuutta kuolemiin ei täsmennetty.

##### *Kokaiinikuolemat*

Kokaiinista johtuvia yliannostuskuolemia on vaikeampi tunnistaa kuin opioidikuolemia, sillä niihin vaikuttavat usein monet eri syyt, ei ainoastaan kokaiinin toksisuus sinänsä <sup>(166)</sup>. Tutkimusten mukaan useimmat kokaiinikuolemat liittyvät aineen krooniseen käyttöön ja aiheutuvat monesti sydän- ja verisuoniongelmissa ja hermostollisista häiriöistä, joita ilmenee kokaiinin pitkäaikaisen käytön seurauksena etenkin käyttäjillä, joilla on niihin altistavia sairauksia tai riskitekijöitä. Euroopassa kokaiinikuolemien yhteydessä mainitaan yleensä myös muita aineita (kuten alkoholi ja opioidit), mikä kertoo kokaiinin käytöstä yhdessä muiden huumeiden kanssa.

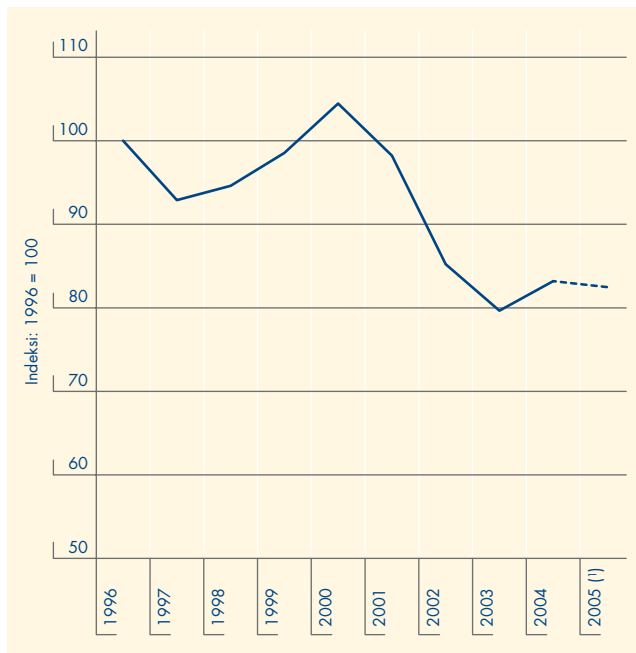
<sup>(163)</sup> Ks. kaavio DRD-2 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

<sup>(164)</sup> Ks. kaaviot DRD-3 ja DRD-4 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

<sup>(165)</sup> Ekstaasia ja kokaiinia koskevat luvut viittaavat maasta riippuen joko vuoteen 2004 tai vuoteen 2005.

<sup>(166)</sup> Ks. vuoden 2007 erityiskysymys kokaiinista, jossa on tarkempi selvitys tästä huumeesta johtuvista kuolemista.

**Kaavio 13:** Kaikkiin tietoja toimittaneisiin jäsenvaltioihin perustava kokonaissuuntaus äkillisissä huumekuolemissa vuosina 1996–2005



(1) Vuoden 2005 luku on alustava ja perustuu vuosien 2004 ja 2005 lukujen vertailuun ainoastaan niiden maiden osalta, jotka ovat toimittaneet tietoja molemmilta vuosilta.

*Huom.* Indeksitoitu muutos on laskettu niiden maiden perusteella, jotka ovat toimittaneet tietoja kyseiseltä vuodelta ja sitä edeltäneeltä vuodelta. Kuolemantapausten lukumäärä maittain ja menetelmiä koskevat tiedot, ks. taulukko DRD-2 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

*Lähteet:* Reitoxin kansalliset raportit (2006), tiedot on saatu kansallisista kuolleisuusrekistereistä tai erikoisrekistereistä (oikeuslääketieteellisistä tai poliisin rekistereistä).

Tietoja toimittaneissa maissa kirjattiin vuosien 2005 ja 2006 kansallisiin raportteihin yhteensä yli 400 kokaiinikuolemaa. Kokaiinin käyttöön liittyvien terveyshaittojen ja kokaiinikuolleisuuden tutkimusta on selvästikin syytä jatkaa.

### Äkillisten huumekuolemien suuntaukset

Huumekuolemien kansalliset suuntaukset tarjoavat tietoa huumeiden ongelmakäytön, mutta myös huumetyön kehittymisestä kussakin maassa. EU:sta saatavilla olevista tiedoista ilmenee joitakin yleisiä suuntauksia huumekuolemissa. Huumekuolemat lisääntyivät EU-15:n jäsenvaltioissa ja Norjassa suuresti 1980-luvulla ja 1990-luvun alussa, mikä saattoi heijastaa heroiinin käytön ja injektioikäytön lisääntymistä<sup>(167)</sup>. Huumekuolemien kasvusuuntaus jatkui vuosina 1990 ja 2000, tosin hieman heikompana.

Vuoden 2000 jälkeen useat EU-maat ovat ilmoittaneet huumekuolemien vähentyneen, mikä voi johtua hoidon

tarjonnan ja haittojen vähentämiseen liittyvien aloitteiden lisääntymisestä, mutta myös injektioikäytön ja heroiinin saatavuuden vähenemisellä saattaa olla merkitystä. Huumekuolemien määrä väheni Euroopassa 6 prosenttia vuonna 2001, 14 prosenttia vuonna 2002 ja 5 prosenttia vuonna 2003 (kaavio 13). Näistä parannuksista huolimatta vuoden 2004 raportit ja alustavat tiedot vuodelta 2005 osoittavat, ettei huumekuolemien väheneminen ole jatkunut vuoden 2003 jälkeen.

Joissakin maissa on alkanut esiintyä huolestuttavaa kehitystä huumekuolemien määrässä. Huumekuolemien määrä saavutti huippunsa vuosina 1999–2001 ja laski sen jälkeen selvästi kahtena tai kolmena vuonna, kunnes sen havaittiin taas kasvaneen vuosina 2004 ja 2005<sup>(168)</sup>. Tämä kehityskulku kuvastaa hyvin viime vuosina Irlannissa, Kreikassa, Portugalissa, Suomessa ja Norjassa sekä vähemmässä määrin myös Alankomaissa, Itävallassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa ilmenneitä suuntauksia huumekuolemien määrässä. Italiassa huumekuolemien määrä on hieman kasvanut kahden viime vuoden aikana useita vuosia kestäneen laskusuuntauksen jälkeen<sup>(169)</sup>. Tähän viimeaikaiseen noususuuntaukseen on esitetty useita mahdollisia syitä, kuten huumeiden sekakäyttö opioidien käyttäjien keskuudessa tai heroiinin saatavuuden mahdollinen lisääntyminen.

15 jäsenvaltion EU:n ja vuoden 2004 jälkeen EU:hun liittyneiden valtioiden välillä on suuria eroja huumekuolemien suuntauksissa. 15 jäsenvaltion EU:ssa suuntaus on ollut tasaisesti laskeva vuodesta 1996 lähtien ja laskenut voimakkaasti vuosina 2000–2003, mikä viittaa nuorten opioidien injektioikäyttäjien määrän vähenemiseen. Viimeaikaiset suuntaukset näissä maissa ovat kuitenkin ristiriitaisia. Uusissa jäsenvaltioissa kasvu oli voimakasta vuoteen 2002 asti, mutta kääntyi laskuun vuosina 2003 ja 2004.

Alle 30-vuotiaiden huumekuolemien määrä on kasvanut Kreikassa ja alle 25-vuotiaiden huumekuolemien määrä Virossa, Luxemburgissa ja Itävallassa sekä jonkin verran myös Latviassa ja Alankomaissa, tosin useimmissa maissa nuorten huumeidenkäyttäjien osuus yliannostuskuolemista on laskemassa<sup>(170)</sup>.

Myös sukupuolten välillä on eroja huumekuolemien suuntauksissa<sup>(171)</sup>. Lisätietoja asiasta on vuoden 2006 erityiskysymyksessä huumeidenkäytöstä sukupuolinäkökulmasta.

<sup>(167)</sup> Ks. kaavio DRD-8 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(168)</sup> Ks. taulukko DRD-2 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(169)</sup> Ks. kaavio DRD-11 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(170)</sup> Ks. kaavio DRD-9 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

<sup>(171)</sup> Ks. kaavio DRD-6 vuoden 2007 tilastotiedotteessa.

## Huumeiden ongelmakäyttäjien kokonaiskuolleisuus

Huumeiden ongelmakäyttäjien (suoraan tai välillisesti huumeidenkäytöstä johtuvaa) kuolleisuutta koskevat tiedot liittyvät useimmiten opioidien käyttäjiin. Muihin huumeidenkäytön muotoihin liittyvästä kuolleisuudesta ei ole yhtä paljon tietoa, mutta se on silti tärkeä kansanterveydellinen kysymys esimerkiksi säännöllisten mutta yhteiskuntaan sopeutuneiden kokaiinin käyttäjien kohdalla.

EU:n opioidien käyttäjien piirissä eri ympäristöissä tehtyjen tutkimusten perusteella kuolleisuus on tässä ryhmässä korkea kokonaisväestöön verrattuna. EMCDDA:n hankkeen yhteydessä aloitetussa yhteistyötutkimuksessa tarkasteltiin kuolleisuutta hoidossa olleiden opioidien käyttäjien keskuudessa kahdeksassa eurooppalaisessa kohteessa. Tutkimuksessa todettiin, että opioidien käyttäjien kuolleisuus oli hyvin korkea heidän ikätovereihinsa verrattuna (ks. EMCDDA, 2006). Tšekissä tehdyssä kuolleisuuden kohorttitutkimuksessa todettiin, että piiristeiden käyttäjien kuolleisuus oli 4–6 kertaa ja opioidien käyttäjien kuolleisuus 9–12 kertaa korkeampi kuin kokonaisväestön (Reitoxin kansalliset raportit, 2005). Ranskassa tehdyssä kohorttitutkimuksessa, jossa seurattiin heroiinin, kokaiinin tai crack-kokaiinin käytön takia pidätettyjä henkilöitä, todettiin, että miesten kuolleisuus oli viisi kertaa korkeampi ja naisten kuolleisuus 9,5 kertaa korkeampi kuin kokonaisväestön mutta että suuntaus oli laskeva (Reitoxin kansalliset raportit, 2005). Useissa Euroopan maissa (Bulgaria, Espanja, Malta, Itävalta, Puola, Romania, Ruotsi, Yhdistynyt kuningaskunta ja Norja) käynnissä olevista uusista kohorttitutkimuksista saadaan lisää tietoja huumeidenkäyttäjien kuolleisuudesta.

Alankomaissa ja Norjassa tehdyissä äskettäisissä tutkimuksissa ei havaittu mitään yhteyttä iän ja yliannostuskuoleman välillä (Cruts *et al.*, painossa; Norjan kansallisessa raportissa mainittu Ødegård *et al.*, 2006); opioidien käyttäjien ikääntyessä kuolleisuus kroonisiin sairauksiin tulee sen kuolleisuuden lisäksi, joka aiheutuu ulkoisista syistä, kuten itsemurhasta ja väkivallasta. Myös heikot elinolot ja mielenterveysongelmat saattavat vaikuttaa merkittävästi tämän ryhmän korkeaan kuolleisuuteen.

Joissakin huumeidenkäyttäjien piirissä tehdyissä tutkimuksissa itsemurha nimettiin yhdeksi yliannostuskuolemien syistä. Varmojen itsemurhien ja määrittelemättömästä syystä tapahtuneiden kuolemien yhteenlaskettu osuus oli 30 prosenttia kaikista Skotlannissa ilmoitetuista huumeiskuolemista vuonna 2005. Huumeiskuolemista 13 prosenttia oli itsemurhia vuonna 2003 (Scottish Executive, 2005). Huumeiden väärinkäyttöön liittyvien ongelmien uskotaan monin tavoin edistävän itsetuhoista käyttäytymistä; aineiden väärinkäyttö riskialttiiseen käyttäytymiseen taipuvaisten henkilöiden keskuudessa on yleinen riskitekijä.

## Samanaikaiset sairaudet ja Isadora-hanke

Huumeiden ongelmakäyttöön liittyy usein psykiatrisia häiriöitä. Vaikka sairauksien yhteisesiintymisestä ei ole kerätty järjestelmällisesti tietoa Euroopan tasolla, useissa Euroopan maissa tehtyjen paikallisten tutkimusten mukaan 30–90 prosentilla huumehoitoasiakkaista on samanaikaisia psykiatrisia sairauksia. Tavallisimpia huumeriippuvaisilla diagnosoituja häiriöitä ovat persoonallisuushäiriöt, masennus, antisosiaalinen persoonallisuus, ahdistus ja mieliala- ja syömishäiriöt. Myös skitsofrenia ja itsetuhoisuus mainitaan. Samanaikaisia sairauksia on eniten pitkään huumeita käyttäneillä ja metadonihoidon useaan kertaan keskeyttäneillä heroiinin käyttäjillä, joilla on heikot sosiaali- ja elinolot. Vastaavasti huumeriippuvuudet ovat tavallisia vakavasta mielenterveys sairaudesta kärsivillä ihmisillä.

EU:n rahoittama Isadora-hanke (Integrated Services Aimed at Dual Diagnosis and Optimal Recovery from Addiction) kaksoisdiagnoosipotilaiden saumattomien palvelujen kehittämiseksi päättyi vuonna 2005 kolmivuotisen tutkimusjakson jälkeen (<sup>1</sup>). Tässä hankkeessa, jonka tavoitteena oli selvittää sairauksien yhteisesiintymiseen liittyvät tärkeimmät institutionaaliset ja yksilölliset riskitekijät, oli mukana seitsemän tutkimuskeskusta ympäri Eurooppaa. Tutkimus käsitti 352 potilasta akuuteilta psykiatrisilta osastoilta. Sen tulosten mukaan kaksoisdiagnoosipotilaiden heikkoon ennusteeseen ja hoitopolkujen sekavuuteen eivät ole syynä pelkästään asiakkaiden ominaispiirteet, vaan myös hoitopalvelujen hajanaisuus, joka johtuu usein hoidon tehottomasta osastoinnista. Yksi Isadora-hankkeessa laadituista tuotoksista on kattava kaksoisdiagnoosia koskeva koulutuskäsikirja.

(<sup>1</sup>) <http://isadora.advsh.net/>

## Huumeiskuolemien vähentäminen

Huumeiden yliannostusten ehkäisemiseen tähtääviin toimenpiteisiin on alettu kiinnittää sitä enemmän huomiota, mitä paremmin on ymmärretty yliannostusten merkitys kansanterveydellisenä ongelmana. Vaikka hoitoon ja muihin palveluihin panostamalla pystytään jonkin verran vähentämään huumeiskuolemia, nimenomaan yliannostusriskiä vähentäviä interventioita on vielä paljon varaa kehittää, ja yleensäkin Euroopasta puuttuu kokonaisvaltainen lähestymistapa huumeiden yliannostusten ehkäisemiseen.

Jäsenvaltiot – etenkin ne, joissa on aiemmin ollut heroiiniepidemioita – ovat viime vuosina jatkuvasti parantaneet huumehoitojen saatavuutta, ja ne saavuttavat nyt entistä suuremman määrän vaikeasti tavoitettavia ongelmakäyttäjiiä (ks. myös luku 2 ja luku 6). Hoidon saatavuuden helpottaminen ja lähestymistapojen manipuloiminen, korvaushoito mukaan luettuna,



parantavat asiakkaiden pysyvyyttä hoidossa, mikä taas vähentää merkittävästi huumekuolemia ja kuolleisuutta. Useat maat ovat alentaneet ylläpitohoitoon pääsyn vaatimuksia, ja metadoniylläpitohoitoon ja uusintahoitoon pääsy (toimenpiteitä, joiden on osoitettu lisäävän eloonjäämistä) on selvästi nopeutumassa. Lisäksi korkean kynnyksen ohjelmista tehdyt tutkimukset osoittavat hoitopääsyn perusteiden ja hoitosääntöjen tiukkuuden lisäävän entisestään kurinpitosyistä määrättyjä kotiuttamisia ja kasvattavan kotiutettujen asiakkaiden menehtymisen riskiä hoidossa pysyviin verrattuna (Fugelstad *et al.*, 2007). Italiassa on käynnissä heroiiniriippuvuuteen saatavilla olevien hoitojen tehoa koskeva pitkittäistutkimus, jossa tutkitaan hoidossa pysymisen ja kuolleisuuden välistä yhteyttä (Bargagli *et al.*, 2006).

Jos opioidien käytöstä vieroitetut sortuvat uudelleen huumeisiin ensimmäisinä viikkoina vankilasta pääsyn tai hoidon päättymisen jälkeen, yliannostuksen riski on suuri, sillä heidän sietokykynsä on alentunut. Yksi tärkeä haittojen vähentämiseen tähtäävä toimenpide onkin tiedottaa lähtijöille huumeidenkäytön uudelleenaloittamisen riskeistä ja keskustella haittoja vähentävistä strategioista. Hoidon jatkamisella sosiaalisen tuen ja hoitopalvelujen avulla voi olla tärkeä merkitys etenkin vankilasta vapautuville.

Muita yliannostuksia ehkäiseviä lähestymistapoja ovat huumeidenkäyttäjien opastaminen asettamaan tajuton uhri kylkiasentoon ja toimimaan tehokkaasti hätätilanteessa sekä yhteistyö poliisin, ambulanssipalvelujen ja huumeidenkäyttäjien itsensä kanssa, jotta käyttäjät saataisiin ilmoittamaan yliannostustapauksista ensiapuun mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tutkimusten mukaan muiden päihteiden, etenkin alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden, samanaikainen käyttö opioidien kanssa voi lisätä yliannostuskuoleman riskiä. Sen vuoksi sekakäyttöön olisi tärkeää kiinnittää huomiota huumetyössä. Joissakin kokeellisissa tutkimuksissa on selvitetty mahdollisuutta tarjota huumeidenkäyttäjille opioidiantagonisteja. Esimerkiksi Skotlannissa toteutetussa pilottihankkeessa huumeidenkäyttäjille, heidän perheilleen ja ystävilleen jaettiin naloksonia. Tätä menetelmää ei toistaiseksi sovelleta kovin laajasti Euroopassa, mutta sen tulokset ovat lupaavia. Paljon yleisempi lähestymistapa (tosin ei kaikkialla) on

opioidiantagonistien jakelu ambulansseissa, hoitolaitoksissa tai muissa sellaisissa ympäristöissä, joissa saatetaan havaita opioidien yliannostus. Koska nämä aineet ovat varhaisessa vaiheessa annettuina erittäin tehokkaita, tällaisten keinojen saatavuuteen on selvästikin syytä kiinnittää huomiota aina uudistettaessa yliannostusten ehkäisemistä koskevia toimenpiteitä.

Piikitystilojen tarjoaminen huumeidenkäyttäjille on keino, joka on herättänyt jonkin verran kiistelyä. Ajatuksena on, että käyttäjät voivat ottaa huumeannoksensa tähän varatussa tilassa, jossa voi olla saatavilla myös terveydenhoito- ja muita palveluja. INCB on viimeisimmässä vuosiraportteissaan kritisoinut piikitystiloja, mutta tietyt EU:n jäsenvaltiot pitävät niitä hyödyllisenä keinona reagoida erityisen ongelmallisiin huumeidenkäytön muotoihin. Piikitystilojen käyttöä on puolustettu mm. sillä, että ne voivat ehkäistä yliannostuksia, vähentää muita injektioikäyttöön liittyviä riskejä, tarjota mahdollisuuden tiedonlevitykseen ja toimia kanavana perusterveydenhuollon, hoidon ja muiden huumetyön palvelujen piiriin. Usein piikitystilat nähdään myös mahdollisuutena hillitä huumeidenkäytöstä aiheutuvaa yleistä häiriötä. EU:ssa ja Norjassa on nykyisin yli 70 tällaista tilaa: Alankomaissa niitä on noin 40, Saksassa 25, Espanjassa kuusi ja Luxemburgissa ja Norjassa yksi kummassakin.

Tiedotus-, koulutus- ja viestintämenetelmiä käytetään ympäri Eurooppaa erilaisissa aloitteissa, joiden tavoitteena on vähentää huumekuolemia. Useat maat ilmoittavat jakavansa erityisesti tähän tarkoitukseen suunniteltua tiedotusmateriaalia huumeidenkäyttäjille, heidän tovereilleen ja perheilleen tai poliisille. Huumetyöstä vastaavien yksiköiden henkilöstölle tai huumeidenkäyttäjille itselleen suunnattujen ensiapukurssien lisäksi Euroopassa ovat yleistymässä yliannostusriskin arvioinnit ja riskienhallintaan liittyvä neuvonta, jotka mainitaan esimerkiksi Romanian, Alankomaiden ja Maltaan raporteissa. Skotlannissa julkaistiin vuonna 2005 toimintasuunnitelma huumekuolemien vähentämiseksi. Sen tavoitteena on julkaista valistus-DVD tietoisuuden lisäämiseksi yliannostuksista, käynnistää uutta tutkimusta ensiavun kutsumista viivytävistä syistä ja perustaa kansallinen foorumi yliannostuskuolemien suuntausten selvittämiseksi ja sellaisten alojen määrittämiseksi, joilla tarvitaan jatkotoimia.



## Lähteet

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. *et al.* (2004), "The influence of school culture on smoking among pupils", *Social science and medicine* 58, s. 1767–1780.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. *et al.* (2006), "VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italia: study protocol and characteristics of study population", *Substance use and misuse* 41, s. 1861–1879.
- Binnie, I., Kinver, A. ja Lam, P. (2006), Know the score: cocaine wave 3, vuosien 2005/2006 kampanjan jälkiarviointi, Scottish Executive, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. *et al.* (2000), "Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science", *Addictive behaviours* 25, s. 955–964.
- Bühler, A. ja Kröger, C. (2006), "Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs", *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, osa 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Canning, U., Millward, L., Raj T. ja Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Lontoo.
- Cho, H., Hallfors, D.D. ja Sanchez, V. (2005), "Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth", *Journal of abnormal child psychology* 33, s. 363–374.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Huumausainetoimikunta, Yhdistyneiden Kansakuntien talous- ja sosiaalineuvosto, Wien.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Huumausainetoimikunta, Yhdistyneiden Kansakuntien talous- ja sosiaalineuvosto, Wien.
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. ja Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. ja Van Laar, M. (in press), "Estimating the total mortality among problem drug users", *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), "Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004", *The DASIS Report*, nro 27.
- Dishion, T.J. ja Dodge, K.A. (2005), "Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change", *Journal of abnormal child psychology* 33, s. 395–400.
- ECDC (2007), "HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic", Technical report, ([http://www.eu2007.de/en/News/download\\_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf](http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf)).
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights nro 6, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2005), *Vuosiraportti 2005: Huumeongelma Euroopassa*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2006), *Vuosiraportti 2006: Huumeongelma Euroopassa*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus nro 16, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=18945>).
- EMA (2005), "Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion", asiakirja emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.eu.int>).
- Eurobarometer (2004), "Young people and drugs", *Flash Eurobarometer* 158 ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl158\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf)).
- Eurobarometer (2006), "Public opinion in the European Union", *Eurobarometer* 66 ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/eb/eb66/eb66\\_highlights\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf)).
- EuroHIV (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, nro. 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Euroopan komissio, Luxemburg.
- FESAT (2005), "Monitoring project: changes during the second half of 2005" (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. et al. (2005), "Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination", *Prevention science* 6, s. 151–175.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. ja Thiblin, I. (2007), "Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings", *Addiction* 102, s. 406–12.
- GAO (2006), "ONDCP media campaign, contractor's national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use", Technical report, Washington, DC, Government Accountability Office.
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Lontoo.
- Gossop, M., Marsden, J. ja Stewart, D. (2001), "NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake", National Addiction Centre, Lontoo.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, Maailman terveysjärjestö, Geneve.
- HDA (2004), "The effectiveness of public health campaigns", Briefing 7, Health Development Agency, Lontoo (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Yhdistyneiden Kansakuntien kansainvälinen huumeusainevalvontalautakunta, New York.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, Yhdistyneiden Kansakuntien kansainvälinen huumeusainevalvontalautakunta, New York.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, Yhdistyneiden Kansakuntien kansainvälinen huumeusainevalvontalautakunta, New York.
- Ives, R. (2006), "Real life is messy", *Drugs: education, prevention and policy* 13, s. 389–391.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., et al (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>).
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, EMCDDA, Lissabon (ei julkaistu).
- Kouvonen, P., Skretting, A. ja Rosenqvist, P. (toim.) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Pohjoismainen päihdetutkimuslautakunta, Helsinki.
- Kuntsche, E. ja Jordan, M. (2006), "Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors", *Drug and alcohol dependence* 84, s. 167–174.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. ja Younoszai, T.M. (2005), "Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use", *Journal of drug education* 35, s. 233–253.
- London Drug Policy Forum (1996), "Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues" (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. ja van de Wijngaart, G. (2007), "Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation", *Journal of advanced nursing* 57, s. 422–431.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office, Lontoo.
- Mansfield, D. (2007), "Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season", raportti Yhdistyneen kuningaskunnan hallituksen Afganistanista tulevia huumeusaineita käsittelevälle ministeriöiden väliselle yksikölle.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. et al. (2006), "Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction", *Journal of substance abuse treatment* 31, s. 203–211.
- Mateu, G., Astals, M. ja Torrens, M. (2005), "Comorbilidad psiquiatrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnostico al tratamiento" teoksessa Miranda, J.J.F. ja Melich, M.T. (toim.), *Monografia opiáceos, Adicciones* 17, s. 111–121.
- McCambrige, J., Mitcheson, L., Winstock, A. ja Hunt, N. (2005), "Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom", *Addiction* 100, s. 1140–1149.
- Nabben, T., Benschop, A. ja Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhänger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).
- NTA (2002), Research into practice No. 1(b) Commissioners' briefing – commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

- Parkin, S. ja McKeganey, N. (2000), "The rise and rise of peer education approaches", *Drugs: education, prevention and policy* 7, s. 293–310.
- Reuter, P. (2006), "What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures", *Addiction*, 101, s. 315–322.
- Rigter, H. (2005), "Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights", teoksessa *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berliini, s. 117–124.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* ([www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)) and (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. et al. (2005), "Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980–2002", *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, s. 343–348.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. et al. (2006), "Methadone treatment in clinical practice in Italia: need for improvement", *European addiction research* 12, s. 121–127.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. et al. (2004), "Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study", *Addictive behaviours* 29, s. 743–752.
- Scottish Executive (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Scottish Executive, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. et al. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C. ja Hellwich, W.K. (2006), "Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen", *Sucht* 52, s. S7–43.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. et al. (2006), "A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project", *Addiction* 101, s. 813–823.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. et al. (2005), "The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales", *British journal of general practice* 55, s. 444–451.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. ja Beynon, C. (2007), "Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)", julkaisematon selvitys, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, Yhdistyneet kuningaskunta.
- UNODC (2005), *2005 World drug report*, Yhdistyneiden Kansakuntien huume- ja rikosjärjestö, Wien.
- UNODC (2006), *2006 World drug report*, Yhdistyneiden Kansakuntien huume- ja rikosjärjestö, Wien.
- UNODC (2007), *2007 World drug report*, Yhdistyneiden Kansakuntien huume- ja rikosjärjestö, Wien.
- UNODC ja Marokon hallitus (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, Yhdistyneiden Kansakuntien huume- ja rikosjärjestö, Wien.
- Weaver, T. (2007), "Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services", National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Lontoo.
- WHO (2006), "Critical review of ketamine 2006", 34th ECDD 2006/4.3 ([www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/4.3KetamineCritReview.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf)).
- WHO/UNAIDS (2007), "Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities", Maailman terveysjärjestö, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Wikström, M., Holmgren, P. ja Ahlner, J. (2004), "A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden", *Journal of analytical toxicology* 28, s. 67–70.









Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus

**Vuosiraportti 2007: Huumeongelma Euroopassa**

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto

2007 – 91 s. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-291-1



## **Mistä EU:n julkaisuja saa?**

Julkaisutoimiston tuottamia myytäviä julkaisuja on saatavilla EU Bookshopissa osoitteessa <http://bookshop.europa.eu/>, jonka kautta voi jättää tilauksen valittuun myyntipisteeseen.

Luettelo maailmanlaajuisen myyntiverkostomme jäsenistä on saatavilla faksitse numerosta (352) 29 29-42758.

## EMCDDA:sta

Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) on yksi Euroopan unionin erillisvirastoista. Lissabonissa sijaitseva keskus perustettiin vuonna 1993, ja se on Euroopassa huumaussaineiden ja niiden väärinkäyttöä koskevien monipuolisten tietojen keskeinen lähde.

EMCDDA kerää, tutkii ja levittää puolueettomia, luotettavia ja vertailukelpoisia tietoja huumaussaineista ja niiden väärinkäytöstä. Näin se pyrkii antamaan julkisuuteen tosiasioihin perustuvan kokonaiskuvan huumaussaineiden käytöstä Euroopassa.

Keskuksen julkaisut ovat ensisijainen tietolähde useille eri kohderyhmille, kuten poliitikoille ja heidän neuvonantajilleen, huumeasioiden parissa työskenteleville ammattilaisille sekä laajemmasta näkökulmasta tiedotusvälineille ja suurelle yleisölle.

Vuosiraportissa EMCDDA esittää vuotuisen katsauksen huumaussaineiden käytön ja tarjonnan tilanteeseen EU:ssa. Siten vuosiraportti on keskeinen hakuteos niille, jotka tarvitsevat ajantasaista tietoa huumeista Euroopassa.

