



Euroopan huumaussaineiden ja  
niiden väärinkäytön seurantakeskus

ISSN 1609-6193

# VUOSIRAPORTTI 2006

## HUUMEONGELMA EUROOPASSA





Euroopan huumaussaineiden ja  
niiden väärinkäytön seurantakeskus

# VUOSIRAPORTTI 2006

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

Luettelointitiedot ovat tämän julkaisun lopussa.

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto, 2006

ISBN 92-9168-268-3

© Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2006

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
Kannanotto – huumeongelma Euroopassa	11
Luku 1	
<b>Politiikka ja lainsäädäntö</b>	<b>17</b>
Luku 2	
<b>Huumeongelman torjunta Euroopassa pääpiirteittäin</b>	<b>27</b>
Luku 3	
<b>Kannabis</b>	<b>37</b>
Luku 4	
<b>Amfetamiinit, ekstaasi ja muut psykotrooppiset huumeet</b>	<b>47</b>
Luku 5	
<b>Kokaiini ja crack-kokaiini</b>	<b>58</b>
Luku 6	
<b>Opioidien käyttö ja huumeiden injektioikäyttö</b>	<b>66</b>
Luku 7	
<b>Huumeisiin liittyvät tartuntataudit ja huumeuolemät</b>	<b>75</b>
Luku 8	
<b>Huumeiden ongelma- ja sekakäytön seurannan parantaminen</b>	<b>88</b>
Lähteet	95



## Esipuhe

Tämä on Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen yhdestoista vuosiraportti. Se on tänä vuonna saatavissa 23:lla Euroopan kielellä. Seurantakeskuksen vuosien kuluessa toimittamia vuosiraportteja katsellessa ei voi olla hämmästyttäviä sitä, miten paljon yksityiskohtaisempia tietoja nyt on saatavissa. Niiden antama kuva tilanteesta on monimutkaisempi kuin laittomien huumeiden käytön suhteen Euroopassa kuin myös siinä, miten Eurooppa vastaa huumeongelman haasteisiin.

Analyysimme pohjana olevien tietojen määrä on kasvanut huomattavasti. Tämän vuoden vuosiraportti perustuu EU:n 25 jäsenvaltion ja Norjan sekä joidenkin kysymysten osalta Bulgarian, Romanian ja Turkin antamiin tietoihin. Sen lisäksi, että tietoja toimittaneiden maiden lukumäärä on kasvanut, myös niiltä saatujen vertailukelpoisten tietojen määrä on yhä lisääntynyt. Nämä tiedot antavat meille paljon yksityiskohtaisemman kuvan Euroopan huumeilanteesta ja sen dynamiikasta kuin koskaan aikaisemmin. Seurantakeskuksen tehtävänä on tutkia tätä monimutkaista asiaa kokoamalla yhteen yhteisiä kokemuksia ja tuomalla esiin eroja. Panostaessaan tietojen keruuseen ja tehdessään yhteistyötä seurantakeskuksen kanssa jäsenvaltiomme ovat ymmärtäneet, että niiden naapurien ongelmista saattaa huomenna tulla niiden omia huolenaiheita. Tämä tietoisuus näkyy Euroopan unionin uudessa huumestrategiassa ja siihen liittyvissä toimintasuunnitelmissa, joiden tukena on yksimielisyys tietojen keruun ja jakamisen tärkeydestä, tarpeesta löytää hyviä käytännön ratkaisuja ja levittää niistä tietoa sekä yhteistyön ja koordinoitun toiminnan arvosta pyrkiessämme vastaamaan tähän yhteiseen uhkaan, jota huumeet merkitsevät kansalaistemme terveydelle, hyvinvoinnille ja turvallisuudelle.

Saatavissa olevat tiedot osoittavat myös, että jatkuva valvonta on tarpeen ja ettei meillä ole varaa omahyväisyyteen. Tämä raportti varoittaa huumeisiin liittyvistä HIV-infektioista ja huumekuolemista. Euroopassa on kuitenkin yleisesti ottaen nähty hyvin paljon vaivaa näiden

ongelmien käsittelemiseksi, ja selvästi havaittavaa edistystä on saavutettu. Se merkitsee, että Euroopan päättäjien on täytynyt tehdä vaikeita valintoja, ja hyvin usein he ovat ensin tarkastelleet huolellisesti asiasta saatavilla olevaa aineistoa. Tällainen asenne politiikassa on kiitettävä. Koko maailmassa puhutaan paljon tasapainoisesta ja havaittuihin tosiasioihin perustuvasta lähestymistavasta. Euroopassa tällaisesta puheesta on ehkä enemmän kuin missään muualla edetty käytännön toimiin. Vaikka jäsenvaltioidemme välillä on eroja niiden kohtaamien huumeongelmien yksityiskohdissa ja toiminnan prioriteeteissa, ollaan yleisesti yksimielisiä tiedon jakamisen ja yhteistyön tärkeydestä, kun tavoitteena on vähentää huumeiden tarjontaa. Ymmärretään myös tarve tasapainottaa tarjonnan ja kysynnän vähentämisen toimenpiteet, ja maat ovat yhä yleisemmin yksimielisiä siitä, että on käytettävä tietoaineistoa pohjana tehtäessä vaikeita päätöksiä siitä, mitkä ohjelmat ja toimenpiteet edistäisivät eniten kansalaistemme etua. Tämä eurooppalainen lähestymistapa heijastuu paitsi uudessa Euroopan huumestrategiassa myös jäsenvaltioidemme hyväksymissä kansallisissa huumestrategioissa, Euroopan entistä vahvemmassa ja yhtenäisemmässä äänessä tästä asiasta sekä seurantakeskuksemme työssä, kun pyrimme roolimme mukaisesti helpottamaan tietoon perustuvaa päätöksentekoa tarjoamalla puolueettomia ja tieteellisesti tarkkoja analyysejä tiedoista, joita Euroopan huumeilmiöstä on saatavissa.

Huumeidenkäyttö on monimutkainen asia, eikä siitä voi tehdä yksinkertaisia päätelmiä. Euroopan kokemusten perusteella voidaan kuitenkin selvästi tehdä yksi johtopäätös – olemme oppineet, että yhteistyö toimii ja että se on sitä paitsi välttämätöntä, jos haluamme kehittää tehokkaita vastatoimia laittomien huumeiden käytön asettamalle haasteelle.

### **Marcel Reimen**

EMCDDA:n hallintoneuvoston puheenjohtaja

### **Wolfgang Götz**

EMCDDA:n johtaja





## Kiitokset

EMCDDA kiittää seuraavia yhteistyökumppaneitaan avusta tämän raportin laatimisessa:

- Reitoxin kansallisten koordinoitikeskusten johtajat ja henkilöstö
- ne jäsenvaltioiden yksiköt, jotka kokosivat 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) ja Europol
- Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden torjunnan toimisto, WHO:n Euroopan aluetoimisto, Interpol, Maailman tullijärjestö, Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) ja Euroopan aidsin epidemiologinen seurantakeskus
- Euroopan unionin elinten käänöskeskus ja Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto
- Prepress Projects Ltd.

### Reitoxin kansalliset koordinoitikeskukset

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

Kansallisten koordinoitikeskusten 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 2004 (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 Internet-osoitteessa <http://annualreport.emcdda.europa.eu>.

Vuoden 2006 tilastotiedotteessa (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) esitetään kaikki lähdetaulukot, joihin vuosiraportin tilastollinen analyysi perustuu. Se sisältää myös lisätietoja käytetyistä menetelmistä ja yli sata muuta tilastokaaviota.

Maakohtaiset tietoprofiilit (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) tarjoavat korkeatasoisen graafisen yhteenvedon kunkin maan huumetilanteen tärkeimmistä näkökohdista.

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

- huume politiikka Euroopassa: kattaako se muutakin kuin laittomat huumeaineet?
- huumeiden käyttö ja huumeongelmien käsittely sukupuolinäkökulmasta
- huumeiden viihdekäytön kehitys.

Katsaukset näihin valittuihin aiheisiin ovat saatavilla painetussa muodossa ja online-muodossa (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) vain englanniksi.

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



# Kannanotto – huumeongelma Euroopassa

## Uusi eurooppalainen koordinoinnin ja yhteistyön kehys

Kansallisen huume politiikan määrittely kuuluu edelleen yksittäisille jäsenvaltioille, mutta nykyisin ollaan varsin yksimielisiä Euroopan tasolla tehtävän yhteistyön eduista. Tämä näkyy useissa viimeaikaisissa toimenpiteissä, joilla tuetaan koordinoitua ja yhteistyötä. Näistä on syytä mainita kahden uuden huumeaineiden lähtöaineita koskevan EY:n asetuksen ja uusia huumeaineita koskevan neuvoston päätöksen voimaantulo vuonna 2005. Huumeaine kaupan torjuntaa vahvistetaan lisäksi rahanpesua ja varojen takavarikointia koskevilla uusilla säädöksillä. Tärkein edistysaskel Euroopan huumeongelmaan liittyvän yhteistyön ja toiminnan kannalta on kuitenkin EU:n uusi huume strategia vuosiksi 2005–2012 ja sen kaksi toimintasuunnitelmaa. EU:n jäsenvaltiot täsmensivät ensimmäisessä toimintasuunnitelmassa noin sata erityisohjelmia, jotka toteutetaan vuoteen 2008 mennessä. Strategiaa varten on tarkoitettu kehittää jatkuva arviointiohjelma, johon kuuluu vuosittaisia tilannekatsauksia ja vaikutusten arviointia kummankin toimintasuunnitelman kattaman ajanjakson päättyessä.

Strategiaa voidaan pitää osoituksena siitä, että Euroopassa ollaan yksimielisiä huumeongelman ratkaisemiseksi tarvittavista keinoista. Jäsenvaltiot ovat nimenomaisesti sitoutuneet tasapainoiseen lähestymistapaan, jossa yhdistyvät sekä tarjontaan että kysyntään liittyvät toimenpiteet, ja ne ymmärtävät, että toimien on oltava todistetusti tehokkaita ja että edistymistä on arvioitava järjestelmällisesti. EU:n jäsenvaltioiden politiikassa on edelleen merkittäviä eroja, jotka johtuvat usein kansallisen huume tilanteen ja vastatoimien suunnittelun eroista. Uusi huume strategia osoittaa kuitenkin, että Euroopassa käytävää huume keskustelua leimaa yhä useammin yksimielisyys yhteisestä toimintakehyksestä. Esimerkiksi ehkäisy, hoito ja haittojen vähentäminen sisältyvät lähes kaikkiin kysynnän vähentämistä koskeviin strategiaihin, vaikka niiden painopisteet vaihtelevatkin eri jäsenvaltioissa. Tietyt toimintamallit aiheuttavat edelleen runsaasti keskustelua, mutta yleisesti ottaen huumeongelman ratkaisemiseksi tarvittavista keinoista vallitsee Euroopassa laaja yksimielisyys.

## Huumeiden käyttö ja niiden tarjonta erotetaan yhä useammin toisistaan

Tänä vuonna saadut tiedot vahvistavat jatkuvan suuntauksen, jonka mukaan kansallisessa huume lainsäädännössä

erotetaan yhä selvemmin toisistaan huumeiden hallussapitoon omaa käyttöä varten liittyvät rikokset sekä huumeaine kaupan ja huumeiden tarjontaan liittyvät rikokset. Viimeksi mainituista rikoksista määrättävät rangaistukset ovat yleensä lisääntymässä, kun taas ensiksi mainituista rikoksista määrättäviä vapausrangaistuksia on vähennetty. Tällainen kehitys liittyy siihen, että kaikkialla Euroopassa korostetaan yhä enemmän hoitomahdollisuuksien laajentamista ja siirtymistä interventioihin, joiden avulla huume ongelmista kärsivät voidaan ohjata rikosoikeudellisen järjestelmän piiristä hoitoon ja kuntoutukseen. Niissä maissa, joiden lainsäädännössä erotetaan toisistaan huumeiden hallussapito käyttöä ja tarjontaa varten, on nyt pohdittava, onko laissa säädettävä erikseen oman käytön alarajana pidettävästä huumeaine määrästä. Tästä ei ole päästy vielä yksimielisyyteen, vaan Euroopassa sovelletaan erilaisia lähestymistapoja, jotka vaihtelevat yleisten toimintaohjeiden antamisesta lakisäädösten rajojen määrittämiseen.

## Heroiinin käyttö: merkittävä osa laajempaa kuvaa

Tässä raportissa esitetyt tiedot osoittavat, että Euroopassa perinteisesti vallinnutta käsitystä heroiinin käytöstä ja injektio käytöstä huumeongelman keskeisinä osatekijöinä on laajennettava, koska huumeiden sekakäyttö ja piristeiden käyttö ovat yleistymässä ja koska kannabiksen käytön leviämisen on yhä vakavampia kansanterveydellisiä seurauksia. Opioidit (lähinnä heroiini) ovat silti monessa maassa edelleen pääasiallisia huumeita, joiden takia asiakkaat hakeutuvat hoitoon, sillä niiden osuus kaikista vuonna 2004 ilmoitetuista hoitopyynnöistä oli noin 60 prosenttia – ja näistä asiakkaista hieman yli puolet (53 %) oli injektio käyttäjiä.

Lähes 25 prosenttia opioidihoitoon hakeutuneista on 35-vuotiaita tai sitä vanhempia, ja vain seitsemän prosenttia hoitoon ensimmäisen kerran hakeutuvista asiakkaista on alle 20-vuotiaita. On syytä huomata, että hoidon kysyntää koskevat tiedot kattavat vain raportointivuonna hoitoon hakeutuneet asiakkaat eivätkä kaikkia hoidossa olevia, joten hoitoa saavien asiakkaiden kokonaismäärä on huomattavasti suurempi. Korvaushoidon merkittävä lisääntyminen kaikkialla Euroopassa viime vuosina kertoo siitä, että hoitojärjestelmässä on yhä useampia ja yhä iäkkäämpiä heroiiniongelmista kärsiviä asiakkaita, jotka tarvitsevat hoitoa ja joiden hoitoon on käytettävä runsaasti resursseja todennäköisesti vielä vuosien ajan.

Valtaosa Euroopassa kulutetusta heroiinista valmistetaan Afganistanissa. Heroiinia takavarikoidaan Euroopassa edelleen eniten maailmassa, ja Kaakkois-Eurooppa on ohittanut Länsi- ja Keski-Euroopan takavarikkojen määrissä, koska takavarikot Kaakkois-Euroopan maissa (erityisesti Turkissa) ovat lisääntyneet. Heroiinitakavarikkojen lisääntyminen on osoitus koordinoitun toiminnan merkityksestä salakuljetuksen torjunnassa Euroopassa yleensä, mutta se nostaa esille myös tärkeitä kysymyksiä kasvavan heroiinituotannon vaikutuksesta Euroopan markkinoihin. Keskimääräisessä puhtausasteessa ei voida havaita selkeitä suuntauksia, mutta viiden vuoden (1999–2004) inflaatiokorjattu hinta on laskenut useimmissa maissa. Heroiinia saa Euroopassa yhä helpommin ja edullisemmin, mutta toistaiseksi ei ole saatu näyttöä siitä, että tämä olisi vaikuttanut kokonaiskulutukseen. Kokonaisindikaattoreiden perusteella uusien heroiininkäyttäjien määrä on yhä laskussa Euroopassa, ja tilanne näyttää varsin vakaalta, sillä merkittävä osuus opioidiriippuvaisista saa nykyisin korvaushoitoa ainakin tietyissä maissa. Hoidon aloittaneissa merkittävästä opioidiriippuvuudesta kärsivien määrä on laskenut useimmissa maissa. Tilanteessa on kuitenkin ennenkin tapahtunut äkillisiä muutoksia, joten liialliseen tyytyväisyyteen ei ole varaa.

Tämänvuotisessa raportissa on huolestuttavia havaintoja siitä, että huumekuolemien määrä, joka on yleisesti ottaen laskenut vuodesta 2000, on hieman noussut useimmissa maissa vuonna 2004. On vielä liian aikaista sanoa, ovatko nämä pienet muutokset osa laajempaa suuntausta pitkällä aikavälillä, mutta on muistettava, että huumekuolemat ovat huumeidenkäytön merkittävimpiä kansanterveydellisiä seurauksia. Nuorten huumekuolemien osuus on ollut laskussa, joten uusien heroiinin injektioikäyttäjien määrä näyttäisi vähentyneen. Kaupungeista saadut arviot huumekuolleisuudesta (yliannostus ja muut syyt) viittaavat kuitenkin siihen, että 15–49-vuotiaiden kuolemista 10–23 prosenttia johtuu nykyisin opioidien käytöstä.

### **Injektioikäyttö ja siihen liittyvät terveysongelmat: ei yhtä ilman toista**

Monissa maissa huumeiden injektioikäytöllä tarkoitetaan lähes aina heroiinin käyttöä, mutta poikkeuksiakin on, sillä muutamassa EU-maassa piristeiden injektioikäyttö on ollut merkittävää lähinnä amfetamiineja runsaasti käyttävien keskuudessa. Saatujen tietojen mukaan huumeiden injektioikäyttö on yleisesti ottaen laskenut pitkällä aikavälillä, mikä heijastaa jossain määrin heroiinin kohdalla tapahtunutta kehitystä. Injektioikäyttö on kuitenkin yleistä monissa uusissa jäsenvaltioissa. Tässä on toki muistettava,

että injektioikäyttöä koskevien kansallisten tai alueellisten arvioiden saatavuus on heikko. Injektioikäytön on lisäksi havaittu lisääntyneen hieman viime aikoina tietyillä alueilla tehdyissä tutkimuksissa. Kattavin kuva injektioikäytöstä saadaan seuraamalla hoidossa olevia heroiininkäyttäjii, joiden keskuudessa injektioikäyttäjien osuus on laskenut jyrkästi joissakin maissa muttei kaikissa. Vanhoista jäsenvaltioista Tanskassa, Kreikassa, Espanjassa, Ranskassa, Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa injektioikäyttö on laskenut hoidossa olevien heroiininkäyttäjien keskuudessa.

Huumeiden injektioikäytön ja terveysongelmien välinen suhde on hyvin tiedossa, ja injektioikäyttäjillä on yliannostuksen ja vakavien infektioiden sekä muiden terveysongelmien, kuten verenmyrkytyksen ja verisuonitukosten, riski. HIV-tartunta on terveysriski, jonka vuoksi Euroopassa on kansanterveysalalla erityisesti kiinnitetty huomiota tähän huumeidenkäytön muotoon, ja lähes kaikissa maissa onkin nyt interventioita uusien tartuntojen torjumiseksi. Esimerkiksi ennen kiistanalaisena pidettyjä neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmia on nyt lähes kaikissa jäsenvaltioissa, vaikka niiden kattavuus vaihteleekin suuresti maiden välillä. Useimmat maat ilmoittavat alhaisia määriä uusia diagnosoituja HIV-tartuntoja, jotka johtuvat huumeiden injektioikäytöstä, ja HIV-tartuntojen määrän arvioidaan olevan injektioikäyttäjillä alle viisi prosenttia. Pari varoituksen sanaa on kuitenkin paikallaan. Espanja ja Italia, joissa aidsin levinneisyys injektioikäyttäjien keskuudessa on suurin, eivät ensiksikään nykyisin toimita kansallisia tietoja HIV-tapauksista. Toiseksi HIV tarttuu tietojen mukaan edelleen tietyissä injektioikäyttäjien ryhmissä Euroopassa, ja jopa tartuntojen lisääntymisestä tietyissä tutkimuksissa väestöryhmissä on näyttöä.

Tilanne on selvästi huolestuttavampi C-hepatiittitartunnoissa (HCV), joiden määrä injektioikäyttäjien keskuudessa on pysynyt korkeana lähes kaikkialla. Entisten ja nykyisten injektioikäyttäjien C-hepatiittiin liittyvät terveysongelmat aiheuttavat todennäköisesti merkittäviä terveydenhoitokustannuksia vielä vuosien ajan. Kun todetaan, että injektioikäyttö saattaa olla hitaasti laskemassa ja että Eurooppa on vastannut hyvin HIV:n epideemisen leviämisen haasteeseen 1990-luvulla, vaarana on, ettei tämän käyttömuodon terveydelle edelleen aiheuttamiin vaaroihin suhtauduta tarpeeksi vakavasti. Endeemisten C-hepatiittitartuntojen suuri määrä, injektioikäyttäjien jatkuvat tartunnat ja tartuntojen lisääntyminen tietyissä ryhmissä sekä suuri injektioikäyttäjien riskiryhmä tietyissä uusissa jäsenvaltioissa merkitsevät, että injektioikäyttö ja siihen liittyviä terveysongelmia on yhä pidettävä kansantaloudellisesti merkittävänä ongelmana Euroopassa sekä huumausainepolitiikan ja -tutkimuksen avainalueena.

## Silmäys huumeilanteeseen – arvioita huumeidenkäytöstä Euroopassa

(Huomaa, että arviot koskevat aikuisväestöä ja että ne ovat uusimpia saatavilla olevia arvioita. Kattavat tiedot ja metodologiset huomautukset ovat oheisessa tilastiotiedotteessa.)

### Kannabis

Ainakin kerran käyttäneet: vähintään 65 miljoonaa eurooppalaista eli joka viides aikuinen  
Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneet: 22,5 miljoonaa eli kolmasosa ainakin kerran käyttäneistä aikuisista  
Viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana käyttäneet: 12 miljoonaa eurooppalaista  
Maakohtainen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneillä:  
kokonaisvaihtelu 0,8–11,3 prosenttia  
tyypillinen vaihtelu 2,8–7,5 prosenttia (15 maata)

### Kokaiini

Ainakin kerran käyttäneet: vähintään 10 miljoonaa eurooppalaista eli yli kolme prosenttia aikuisista  
Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneet: 3,5 miljoonaa eli kolmasosa ainakin kerran käyttäneistä aikuisista  
Viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana käyttäneet: yli 1,5 miljoonaa eurooppalaista  
Maakohtainen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneillä:  
kokonaisvaihtelu 0,1–2,7 prosenttia  
tyypillinen vaihtelu 0,3–1,2 prosenttia (18 maata)

### Ekstaasi

Ainakin kerran käyttäneet: noin 8,5 miljoonaa aikuista eurooppalaista  
Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneet: 3 miljoonaa eli kolmasosa ainakin kerran käyttäneistä aikuisista  
Viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana käyttäneet: yli 1 miljoonaa eurooppalaista  
Maakohtainen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneillä:  
kokonaisvaihtelu 0,0–3,5 prosenttia  
tyypillinen vaihtelu 0,3–1,5 prosenttia (15 maata)

### Amfetamiinit

Ainakin kerran käyttäneet: noin 10 miljoonaa eli noin kolme prosenttia aikuisista eurooppalaisista  
Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneet: 2 miljoonaa eli viidesosa ainakin kerran käyttäneistä aikuisista  
Viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana käyttäneet: alle 1 miljoonaa eurooppalaista  
Maakohtainen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneillä:  
kokonaisvaihtelu 0,0–1,4 prosenttia  
tyypillinen vaihtelu 0,2–1,1 prosenttia (16 maata)

### Opioidit

Opioidien ongelmakäyttö: 1–8 tapausta tuhatta aikuista (15–64-vuotiaat) kohti  
Lähes 7 000 äkillistä huumekuolemaa, joista noin 70 prosentissa esiintyi opioideja (vuoden 2003 tiedot)  
Pääasiallinen huume noin 60 prosentilla kaikista huumehoitoon hakeutuneista  
Yli puoli miljoonaa opioidien käyttäjää sai korvaushoitoa vuonna 2003.

## Kokaiini: Euroopan toiseksi yleisimmän laittoman huumeen käyttö näyttää tasaantuneen

Kokaiini on käyttöä (viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä) koskevissa arvioissa Euroopan toiseksi eniten käytetty laiton huume ennen amfetamiinia ja ekstaasia. Käyttö näyttää kuitenkin yleisesti ottaen tasaantuneen, sen jälkeen kun käyttäjämäärässä oli havaittu huomattavaa kasvua. Kokaiinin levinneisyys lisääntyi selvästi Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa 1990-luvun jälkipuoliskolla, mutta käyttö näyttää tasaantuneen vuoden 2000 tai 2001 jälkeen. Kokaiinin käyttö on lisääntynyt hieman muutamassa maassa, mutta muualla ei ole tapahtunut suuria muutoksia. Kokonaistilanne on Euroopassa edelleenkin hyvin vaihteleva, ja merkittävä kokaiinin käyttö rajoittuu muutamaa maahan, lähinnä Länsi-Eurooppaan.

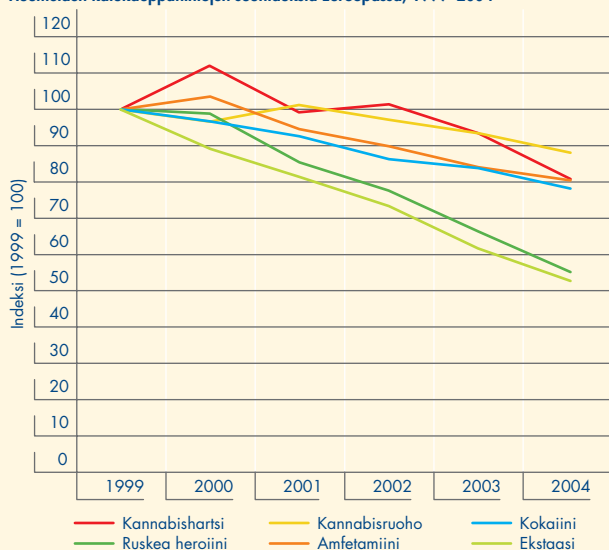
Olisi harhaanjohtavaa päätellä, että kokaiinin käytön tasaantuminen näkyisi välttämättä myös siihen liittyvien ongelmien tasaantumisenä. Kokaiinin käyttö on Euroopassa yleisempää kuin koskaan, ja tutkimusten mukaan huumeeseen liittyvien ongelmien kasvu näkyy yleensä muutaman vuoden viiveellä käytön lisääntyttyä. Tämä johtuu siitä, että runsaan ja säännöllisen käytön kehittyminen sekä ongelmien ilmaantuminen vievät oman aikansa. Näin saattaa olla tapahtumassa niissä Euroopan maissa, joissa kokaiinin käyttö on nyt vakiintunutta. Vähintään neljäsosa hoidontarpeesta Espanjassa ja Alankomaissa liittyy nykyisin kokaiinin käyttöön, ja kokaiinin takia hoitoon ensimmäisen kerran hakeutuneiden määrä suunnilleen kaksinkertaistui Euroopassa vuosina 1999–2004. Tiedot crack-kokaiinin käytöstä Euroopassa ovat edelleen hyvin niukkoja, mutta tiettyjen kaupunkien ongelmien perusteella tilanne saattaa olla huononemassa.

Kokaiinia havaitaan usein opioidien aiheuttamien huumekuolemien toksikologisissa analyysissä, ja monessa maassa kokaiinin rinnakkaiskäytöstä on tullut tunnustettu ongelma heroiiniongelmista kärsivien hoidossa. Tiedot ovat niukkoja, mutta vuoden 2005 kansallisissa raporteissa kokaiinin käytöllä oli syy-yhteys yli 400 kuolemaan ja kokaiiniin liittyvät kuolemat näyttivät olevan kasvussa kaikissa maissa, joissa kokaiinin levinneisyys on korkea. Tämä luku on lähes varmasti arvioitu liian pieneksi, eikä kokaiinin käytön vaikutusta sydän- ja verisuoniongelmien aiheuttamiin kuolemiin tiedetä. Viesti on selkeä: jotta tämän huumeen käyttöön liittyvät kansanterveydelliset kustannukset saataisiin pidettyä kurissa Euroopassa, kokaiinin käytön yleinen tasaantuminen ei saisi peittää tarvetta parantaa siihen liittyvien ongelmien tunnistamista ja ymmärtämistä eikä tarvetta panostaa tehokkaiden ratkaisujen kehittämiseen.

## Huumeidenkäyttö on Euroopassa halvempaa kuin koskaan

Tähän raporttiin sisältyy ensimmäisen kerran viisivuotisanalyysi laittomien huumeiden inflaatiokorjatuista hinnoista katukaupassa. Siitä saadaan entistä tarkempi arvio katukauppahintojen muutoksista ajan kuluessa. Katukauppahintoja koskevia tietoja on vaikea kerätä ja tulkita. Ostetun huumeen puhtaus, määrä ja laji vaikuttavat hintaan, samoin maantieteelliset tekijät, kuten asuminen suurkaupungissa tai säännöllisen kauttakulkureitin varrella. Huumeiden hinnat vaihtelevat suuresti myös maiden välillä, ja niissä näkyvät tarjonnan vaihtelun ajalliset heilahtelut. Tästä vääristymästä huolimatta useimmista huumelajeista saadut tiedot viittaavat siihen, että huumeiden ostohinnat ovat laskeneet

Huumeiden katukauppahintojen suuntauksia Euroopassa, 1999–2004



koko Euroopassa. Useimmissa maissa vallitseva viiden vuoden suuntaus on ollut kannabiksen, heroiinin, amfetamiinin, ekstaasin ja kokaiinin katukauppahintojen lasku (katso alla oleva graafinen esitys). Katukauppahinnoista ei ole olemassa paljonkaan aikasarjoja, ja saatavilla olevia aikasarjoja on vaikea tulkita, mutta viimeaikainen suuntaus on sikäli huolestuttava, että sen mukaan hinnat ovat saattaneet olla laskussa jo pitkään. Muutamista maista, joissa levinneisyys on korkea, on esimerkiksi saatu sellaisia tietoja, että kokaiini ja ekstaasi olivat huomattavasti kalliimpia 1980-luvun lopussa ja 1990-luvun alussa kuin ne ovat nykyisin.

*Huom.* Suuntauksat perustuvat kunkin huumeen katukauppahinnoista EU:n jäsenvaltioissa ja Norjassa saatuihin tietoihin, joista on maan väkiluvun mukaan painottamalla muodostettu Euroopan tason kokonaissuuntaus. Hintoja on tarkistettu kansallisen inflaatioprosentin mukaan (vertailuvuosi 1999), ja kaikki aikasarjat on indeksoitu vuoden 1999 perustason 100.

Monet maat eivät pysty toimittamaan näitä tietoja, joita on vaikea saada ja jotka ovat usein epäluotettavia ja puutteellisia. Huumetta koskeviin suuntauslaskelmiin ei ole otettu mukaan maita, joiden hintatiedot puuttuvat vähintään kahdelta peräkkäiseltä vuodelta: ruskean heroiinin suuntaus perustuu yhdeksään maahan, amfetamiinin suuntaus yhdeksään maahan, kokaiinin suuntaus 13 maahan, ekstaasin suuntaus 13 maahan, kannabisruohon suuntaus 13 maahan ja kannabishartsin suuntaus 14 maahan. Vuoden 2004 tietojen puuttuessa (11 tapausta) on käytetty vuoden 2003 hintoja; vuoden 1999 tietojen puuttuessa (yksi tapaus) on käytetty vuoden 2000 hintoja; muiden vuosien puuttuvat tiedot (12 tapausta) on interpoloitu viereisten vuosien tiedoista. Lisätietoja vuoden 2004 hinnoista, katso taulukot PPP-1, PPP-2, PPP-3 ja PPP-4 tilastotiedotteessa.

*Lähteet:* Hintatiedot: Reitoxin kansalliset koordinoitukeskukset.

Inflaatio- ja väestötiedot: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.

## Ratkaisuja Euroopan entistä monimutkaisempaan huumeongelmaan

Yleisenä teemana tässä raportissa on kasvava tarve kehittää nykyiseen huumeongelmaan ratkaisuja, joissa otetaan huomioon ongelman monitahoisuus. Ehkäisyyn, hoitoon ja haittojen vähentämiseen tähtäävissä toimissa on ymmärrettävä yhä selvemmin, mikä on hyvää käytäntöä ja tietoaan pohjautuvaa toimintaa. Yhteensä noin 380 000:n hoitoon hakeutumisen joukossa vuonna 2004 kannabis on ilmoitettu pääasialliseksi huumeeksi noin 15 prosentissa tapauksista, mikä tekee siitä toiseksi yleisimmän ilmoitetun huumeen heroiinin jälkeen. Hoitopalveluissa keskitytään myös yhä enemmän piristeisiin ja huumeiden sekakäyttöön liittyviin ongelmiin, jotka ovat usein päällekkäisiä laittomiin huumeisiin ja alkoholiin liittyvien ongelmien kanssa. Väestötasolla näiden huumeiden säännöllisen ja pitkäaikaisen käytön kansanterveydellisiä vaikutuksista tai niiden käyttäjien todennäköisestä hoidontarpeesta ei kuitenkaan tiedetä tarpeeksi. Huumeongelmiin kehitettävistä ratkaisuista on Euroopassa saatu eniten näyttöä laittomien opioidien käytön ongelmassa,

jossa huomattava tietoaan tukee palvelujen kehittämistä ja kohdentamista. Nykyisin ollaan yhä yksimielisempiä siitä, millainen politiikka on todennäköisesti toimiva ratkaisu heroiinin ongelmakäyttöön, ja meidän onkin seuraavaksi selvitettävä, miten voisimme puuttua Euroopan entistä monimutkaisempaan huumeongelmaan.

## Sekakäytön määritelmää ja käsittelyä on parannettava

Usean psykoaktiivisen aineen käyttöön liittyviin ongelmiin on löydettävä entistä parempia ratkaisuja. Palvelujen kehittämisen tarve tiedostetaan yhä selvemmin etenkin huumeiden sekakäytön osalta. Käsitteen määritelmä on silti edelleen epäselvä, ja lähes kaikkia huumeidenkäyttäjiä voidaan tietäessä mielessä pitää sekakäyttäjinä. Sekakäyttö on myös merkittävä haaste huumeiden seurantajärjestelmille, jotka perustuvat yleensä yksittäisen indeksihuumeen käyttöä koskeviin käyttäytymismittareihin. Huumeiden sekakäytön eri lajien kuvaamiseen onkin välttämättä kehitettävä entistä parempi käsitekehys, jotta voimme ymmärtää tällaisen käyttäytymisen seurauksia. Tämänvuotisessa raportissa esitellään kattavasti analyttiset kysymykset, jotka on



ratkaistava, jotta Euroopassa pystyttäisiin ymmärtämään yhä paremmin sen kasvavan ihmisjoukon tarpeita, jonka ongelmat juontuvat pikemminkin usean huumeen käytöstä kuin riippuvuudesta yhteen huumeeseen.

### **Paluu tulevaisuuteen: uhkien ja haasteiden ennakointi**

Kuten ennenkin, myös tämänvuotisessa raportissa pyritään havaitsemaan uusia suuntauksia, jotta voitaisiin ennakoita tulevia ongelmia. Tällaiset analyysit ovat väistämättä epävarmoja, joten niitä on tehtävä varoen. Metamfetamiini on huume, johon liittyy selvästi vakavia kansanterveydellisiä ongelmia. Metamfetamiinin aiheuttamat ongelmat kasvavat koko ajan maailmanlaajuisesti, mutta Euroopassa huumeen käyttö rajoittuu muutamaan maahan, joissa ongelmia on esiintynyt jo pitkään. Saatavilla olevista tiedoista ei voida tehdä varmoja päätelmiä suuntauksista, mutta tätä huumetta on takavarikoitu tai käytetty yhä useammassa maassa, joten seuranta on selvästikin tehostettava riskialteimissa väestöryhmissä.

EMCDDA julkaisi vuonna 2006 teknisen asiakirjan hallusinogeenisista sienistä, ja tätä kysymystä käsitellään lyhyesti myös vuosiraportissa. Hallusinogeenisten sienien saatavuus ja käyttö näyttävät lisääntyneen 1990-luvun loppupuolelta lähtien, mutta tämä on jäänyt suurelta osin huomaamatta. Tällaisten huumeiden käyttö on useimmiten

kokeiluolonteista, eikä ongelmista ole juuri ilmoitettu. Päättäjiä lisääntynyt tietoisuus hallusinogeenisten sienien saatavuudesta on kuitenkin johtanut joihinkin valvontaa lisääviin toimiin.

Psilositybiinia ja psilosiinia, jotka ovat hallusinogeenisissa sienissä esiintyviä psykoaktiivisia aineita, valvotaan kansainvälisellä yleissopimuksella. Näitä sieniä kasvaa kuitenkin luonnossa monissa maissa, mikä aiheuttaa ongelmia lainsäätäjille, ja niihin suhtaudutaan Euroopassa eri tavalla. Uusia psykoaktiivisia aineita koskevasta tietojenvaihdosta, riskinarvioinnista ja valvonnasta tehty neuvoston päätös 2005/387/YOS tukee yleisesti sellaisten uusien aineiden seuranta, jotka voivat muodostaa uhan kansanterveydelle ja joita on siksi valvottava. Esimerkkinä varhaisvaroitustietojen tarpeesta tällä alalla on ollut 1-(3-kloorifenyyli)piperatsiin (mCPP) nopea leviäminen vuonna 2005. Se osoittaa, että laittomien huumeiden tuottajat pyrkivät jatkuvasti kehittämään uusia kemikaaleja markkinoille – tässä tapauksessa luultavasti MDMA:n (ekstaasin) vaikutusten tehostamiseksi tai muuntamiseksi. Tällaiset uudet aineet edellyttävät toimia, sillä niiden mahdollisia vakavia terveysvaikutuksia ei vielä tiedetä. Neuvoston päätöksellä perustettu varhaisvaroitussjärjestelmä on siksi tärkeä keino puuttua kehitykseen, jossa huumeista hyötyvät tahot vaarantavat eurooppalaisten nuorten terveyden välttämällä nykyisiä huumeidenvalvontakeinoja.



## Luku 1

# Politiikka ja lainsäädäntö

### Kansalliset huumestrategiat

Tarkastelujakson aikana kansallisia huumestrategioita ja toimintasuunnitelmia hyväksyttiin yhteensä viidessä maassa (taulukko 1). Latvia laati vuosiksi 2005–2008 ensimmäisen kansallisen huumestrategiansa, ja Tšekissä, Espanjassa, Luxemburgissa ja Romaniassa hyväksyttiin uusia kansallisia strategioita ja toimintasuunnitelmia.

Lisäksi Suomi hyväksyi vuosiksi 2005 ja 2006 vankeinhoidon huumestrategian, ja Yhdistyneen kuningaskunnan julkisen sektorin sopimuksissa (PSA) määriteltiin uusia huumepoliittisia tavoitteita, joiden tarkoituksena on vähentää laittomien huumeaineiden yksilöille, perheille ja koko yhteiskunnalle aiheuttamia haittoja.

Kansallisia huumestrategioita oli tarkastelujakson aikana valmisteilla vielä Italiassa, Itävallassa, Portugalissa, Ruotsissa ja Norjassa (taulukko 2).

Muutamit maat, jotka jo jokin aika sitten (vuodesta 1998 lähtien) ovat panneet täytäntöön ensimmäiset kansalliset strategiansa ja toimintasuunnitelmansa, muotoilevat niitä nyt uudelleen ja pyrkivät asettamaan niille entistä selkeämpiä ja toteutuskelpoisempia tavoitteita. Esimerkiksi Luxemburg ilmoitti laatineensa vuosiksi 2005–2009 yksinkertaisen, selkeärakenteisen ja tuloshakuisen toimintasuunnitelman, jossa asetetaan toimintatavoitteet, määrätään vastuutehtävät, määritetään budjetti sekä esitetään ennakoitua tulokset ja määräjajat tulosten saavuttamiselle ja arvioinnille. Belgian ranskankielisen yhteisön ja Vallonian alueen

**Taulukko 1: Maat, joissa hyväksyttiin uusi huumestrategia vuonna 2005**

Maa	Asiakirja	Ajanjakso
Tšekki	Kansallinen huumestrategia Toimintasuunnitelma	2005–2009 2005–2006
Espanja	Toimintasuunnitelma	2005–2008
Latvia	Kansallinen huumestrategia	2005–2008
Luxemburg	Kansallinen huumestrategia ja toimintasuunnitelma	2005–2009
Romania	Kansallinen huumestrategia	2005–2012

**Taulukko 2: Maat, joissa valmisteltiin huumestrategiaa vuonna 2005**

Maa	Asiakirja	Ajanjakso
Italia	Toimintasuunnitelma	2004–2008
Itävalta	Kansallinen strategia	
Portugali	Kansallinen strategia ja toimintasuunnitelma	2005–2008
Ruotsi	Toimintasuunnitelma	
Norja	Toimintasuunnitelma	

terveysviranomaiset ovat nimittäneet asiantuntijaryhmän laatimaan johdonmukaisen suunnitelman huumeriippuvuuden ehkäisemistä sekä huumeriippuvaisten auttamista ja hoitoa varten. Asiantuntijaryhmä suositteli, että hallitukset määrittäisivät painopisteet ja tavoitteet nykyistä selkeämmin, että yhteiselle huume politiikalle muotoiltaisiin selkeät perusperiaatteet ja että valittujen strategioiden toteutusvaiheet asetettaisiin aikajärjestykseen. Tšekin vuosiksi 2005 ja 2006 laatima toimintasuunnitelma on hyvin samansuuntainen, sillä siinä määritetään konkreettiset tavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi sekä täsmennetään kunkin ministeriön vastualueet ja toteutuksen aikarajat ja indikaattorit kullakin alalla.

### Kansallisten huumestrategioiden arviointi

Monet Euroopan maat uudistavat kansallisen huumestrategiansa automaattisesti saattamalla liikkeelle jatkuvan kehittämisprosessin, jossa edellisen strategian tuloksia tai sen arviointia käytetään hyödyksi tulevan strategian laatimisessa (EMCDDA, 2004a).

Tällaisesta prosessista raportoivat vuoden 2005 kuluessa Irlanti, Luxemburg, Unkari ja Romania. Unkarin huumeongelman torjuntastrategian toteutuksen arvio hollantilainen Trimbos-instituutti, ja tämä oli ensimmäinen kerta, kun maan huumestrategian arviointi annettiin toimeksi ulkomaisille asiantuntijoille. Arvioinnissa keskityttiin huumestrategian välituloksiin, joiden pohjalta annettiin joukko suosituksia tulevia huumestrategioita ja

huumepolitiikan koordinointirakenteiden lujittamista varten. Unkarin strategian ja Portugalin vuonna 1999 laaditun kansallisen huume-strategian sekä vuosiksi 2001–2004 laaditun toimintasuunnitelman välillä on yhtäläisyyksiä, sillä jälkimmäisiä arvioi ulkopuolisen asiantuntijana Portugalin julkishallinnon kansallinen tutkimus- ja koulutusinstituutti Instituto Nacional de Administração (INA) ja sisäisesti Portugalin huumeaineita ja huumeriippuvuutta käsittelevä instituutti Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) vuonna 2004. Unkari ja Portugali ovat ensimmäiset EU-maat, jotka ovat antaneet kansallisen huume-strategiansa ulkopuolisten arvioitavaksi.

Irlannin huume-strategiasta vuosiksi 2001–2008 tehtiin vuonna 2005 väliarviointi, joka perustui julkiseen kuulemismenettelyyn sekä keskeisten kansallisten tietojen ja EU-tason tietojen analyysiin. Arvioinnissa suositeltiin prioriteettien kohdentamista uudelleen, jotta voitaisiin puuttua hoidon, huumeiden sekakäytön, kokaiinin käytön sekä HIV:n ja C-hepatiitin leviämisen uusiin kehityssuuntauksiin. Lisäksi suositeltiin, että tiettyjen tärkeimpien toimien aloitusta ja toteutusta tehostettaisiin strategian jäljellä olevana aikana. Romanian vuosiksi 2003–2004 laatiman kansallisen huume-strategian arviointiin osallistuivat kaikki valtion laitokset, joita huume-työ koskee. Arviointitulosten pohjalta laadittiin uusi kansallinen huume-strategia vuosiksi 2005–2012. Luxemburgissa 87 prosenttia huumeaineita koskevassa kansallisessa toimintasuunnitelmassa vuosiksi 2000–2004 esitetyistä toimenpiteistä on toteutettu niille asetettuihin määräaikoihin mennessä. Jäljelle jääneitä toimenpiteitä (esimerkiksi heroisiin jakeluohjelmaa) on lykätty pääasiassa poliittisista syistä. Vielä toteuttamatta olevat toimet sisällytetään seuraavaan toimintaohjelmaan.

Viime vuodelta saadut ilmoitukset viittaavat siihen, että kansalliset huume-strategiat ovat alkaneet tuottaa näkyvää tulosta. Vaikka kysynnän ja tarjonnan vähenemiseen liittyvien yleisten tavoitteiden saavuttamisesta on vielä mahdollista esittää lopullisia arvioita, kansallisissa huume-strategioissa on epäilemättä saavutettu konkreettisia ja merkittäviä tavoitteita.

Vuonna 1999 hyväksytyyn Portugalin huume-strategian arviointi osoitti siihen sisältyvien hankkeiden parantaneen hoidon saatavuutta, vähentäneen huume-kuolemien määrää ja HIV:n levinneisyyttä sekä lisänneen huume-kauppaa koskevien poliisiraporttien määrää. Toisaalta arvioinnissa kävi myös ilmi, että huumeiden kokeiluikä on alentunut ja että muista aineista kuin opioideista aiheutuvat huume-kuolemat ovat lisääntyneet. Espanjassa kansallisen strategian arvioinnissa (vuosi 2003) ilmeni, että vaikei huumeidenkäytön yleistä vähentämistä koskeva tavoite ollutkaan toteutunut, toimenpiteillä oli saavutettu hyviä tuloksia huumeidenkäyttäjien auttamisessa ja haittojen vähentämisessä sekä tyydyttäviä tuloksia muilla aloilla,

kuten tutkimuksessa ja koulutuksessa, kansainvälisessä yhteistyössä ja tarjonnan vähentämisessä. Lisäksi terveys- ja kuluttaja-asioiden ministeriö hyväksyi vuosiksi 2005–2008 toimintasuunnitelman, jotta voidaan varata määrärahat ja käynnistää aloitteita kansallisen huume-strategian edistämiseksi ja vauhdittamiseksi. Kreikassa vuosiksi 2002–2006 laadittu kansallinen toimintasuunnitelma on parantanut saatavilla olevien huumehoito-ohjelmien valikoimaa ja kattavuutta.

Ruotsissa huumeaineita koskeva kansallinen toimintasuunnitelma vuosiksi 2002–2005 toi huume-ongelmat paremmin näkyville paikallisen, alueellisen ja kansallisen tason politiikassa. Useimmissa Ruotsin kunnista on nyt laadittuna jonkinlainen huumeaineita koskeva toimintasuunnitelma, ja sidosryhmien välistä koordinointia ja yhteistyötä korostetaan entistä enemmän, mikä on johtanut moniin parannuksiin tällä alalla. Myös huumeidenkäyttäjille tarjolla olevat hoitotyypit ja hoidon saatavuus ovat kehittyneet. Yhdistyneessä kuningaskunnassa Audit Commission (tarkastuskomissio) totesi, että vaikka huumehoidoissa oli tapahtunut edistystä, huumeidenkäyttäjille tarjottavia kuntoutuspalveluja, kuten asuntoloita, sosiaalihuoltoa ja muita tukipalveluja, on vielä syytä parantaa. Tulevaisuudessa hallituksen onnistumista huume-strategian päämäärien saavuttamisessa mitataan julkisen sektorin sopimuksissa määritettyjen tavoitteiden ja huumehaittaindeksin (DHI) perusteella. Indeksillä voidaan arvioida minkä tahansa laittoman huumeaineen ongelmakäytöstä aiheutuvia haittoja.

Äskettäin hyväksytyissä uusissa kansallisissa huume-strategioissa arviointia on pidetty yhtenä ratkaisevista tekijöistä. Latviassa huumeainevalvonnan ja huumeriippuvuuden ehkäisytoimien koordinointineuvosto arvioi vuosittain ohjelman toteutuksen edistymistä, ja Luxemburgissa lopullinen ulkopuolinen tulosten arviointi on määrä suorittaa vuonna 2009.

## Huumeaineisiin liittyvät julkiset menot

Vaikka menojen arvioinnin ajanjaksot usein vaihtelevat eikä huumeaineisiin liittyville julkisille menoille ole olemassa mitään yhteistä määritelmää, huumeainemenot ovat saatavilla olevien arvioiden perusteella koonneet useissa maissa, Tšekki, Tanska, Luxemburg, Itävalta ja Puola mukaan lukien.

Huumeainemenoistaan vuodelta 2004 ovat raportoineet Tšekki (11,0 miljoonaa euroa), Espanja (302–325 miljoonaa euroa), Kypros (2,8 miljoonaa euroa), Puola (51 miljoonaa euroa) ja Norja (46 miljoonaa euroa). Kaksi maata on ilmoittanut vielä uudempia lukuja huumeaineiden torjuntaan budjetoimistaan menoista:

Luxemburg (6 miljoonaa euroa vuodeksi 2005) ja Yhdistynyt kuningaskunta (2 miljardia euroa vuosiksi 2004 ja 2005).

Slovakiassa huume politiikkaan vuonna 2004 osoitettujen julkisten kokonaismenojen määräksi arvioitiin yhteensä 14,5 miljoonaa euroa, joista lainvalvontaan kului noin 8,4 miljoonaa euroa ja sosiaali- ja terveydenhuoltoon 6,1 miljoonaa euroa.

Ruotsissa huume politiikan kustannukset vuonna 2002 olivat noin 0,9 miljardia euroa (alin arvio oli 0,5 miljardia euroa ja ylin 1,2 miljardia euroa). Vuoden 1991 lukuihin verrattuna Ruotsin huume politiikkaan liittyvät julkiset menot ovat siis kasvaneet huomattavasti.

Irlannin kansallisesta huume strategiasta kesäkuussa 2005 julkaistussa väliarvioinnissa todetaan, että menojen mittaaminen on erittäin tärkeää huume strategian eri toimenpiteiden kustannustehokkuuden arvioimiseksi, ja pian onkin määrä aloittaa poliisimenojen arviointi. Portugalilaisen IDT:n rahoittamassa tutkimuksessa kehitetään ja testataan kustannuslaskentamallia huumeiden väärinkäytön kustannusten arvioimiseksi, ja Belgiassa käynnistettiin vuoden 2005 lopussa julkisista menoista vuonna 2004 tehtyyn tutkimukseen liittyviä seurantatoimia. Nämä mielenkiintoiset, vaikkakin niukat, tiedot osoittavat huume aineiden menojen tutkimuksen olevan yhä tärkeämpi osa joidenkin jäsenvaltioiden politiikan tavoitteita.

## EU:n lainsäädännön ja politiikan kehitys

### Toimintasuunnitelmat

EU:n tasolla hyväksyttiin vuonna 2005 kaksi toimintasuunnitelmaa, jotka muodostavat suoraan tai välillisesti uudet toimintapuitteet EU:n huume politiikan kehittämiseksi tulevina vuosina. Helmikuussa 2005 annetun komission ehdotuksen tutkittuaan Eurooppa-neuvosto hyväksyi kesäkuussa 2005 huume aineiden torjuntaa koskevan EU:n toimintasuunnitelman (2005–2008), jossa on otettu huomioon EU:n edellistä huume strategiaa ja toimintasuunnitelmaa (2000–2004) koskevien loppuarviointien tulokset. Uuden toimintasuunnitelman rakenne ja tavoitteet ovat samat kuin EU:n huume strategiassa vuosiksi 2005–2012, ja siinä luetellaan noin sata erityistoimenpidettä, jotka EU ja sen jäsenvaltiot toteuttavat vuoden 2008 loppuun mennessä.

Arviointi on olennainen osa EU:n uutta toimintasuunnitelmaa. Se määritellään jatkuvaksi, lisääväksi ja osallistavaksi prosessiksi. Arviointi on jatkuvaa, koska Euroopan komissio laatii EMCDDA:n ja Europolin avustuksella vuosittain tilannekatsauksia toimintasuunnitelman edistymisestä. Arviointiprosessi on myös lisäävä, sillä kussakin vuotuisessa

tilannekatsauksessa verrataan viimeksi kuluneen vuoden tuloksia sitä edeltäneen vuoden tuloksiin. Osallistavaksi prosessin tekee se, että arviointiin osallistuu ohjausryhmä, joka määrittelee arvioinnissa käytettävän menetelmän, arviointitavoitteet ja arvioinnin alustavan aikataulun. EU:n toimintasuunnitelman 2000–2004 tapaan tämänkin toimintasuunnitelman arvioinnin ohjausryhmä koostuu komission, EMCDDA:n ja Europolin sekä jäsenvaltioiden edustajista. Tämän lisäksi järjestetään kuulemisia kansalaisyhteiskunnan edustajille. Vuosien 2005–2008 aikana toteutettavan toimintasuunnitelman päätteeksi järjestetään – ensimmäistä kertaa Euroopan tasolla – vaikutusten arviointi, jota on tarkoitus käyttää lähtökohtana vuosiksi 2009–2012 ehdotettavalle uudelle toimintasuunnitelmalle. Komissio suorittaa strategian ja toimintasuunnitelmien loppuarvioinnin vuonna 2012.

Huume aineita koskeva EU:n toimintasuunnitelma on myös osa Haagin ohjelman toteuttamisen toimintasuunnitelmaa, jossa asetetaan Euroopan unionissa toteutettavat tavoitteet vapauden, turvallisuuden ja oikeuden alalla ajanjaksoksi 2005–2010. Neuvosto hyväksyi tämän komission toukokuussa 2005 esittämän toimintasuunnitelman kesäkuussa 2005.

EU:n toimintasuunnitelmassa vuosiksi 2005–2008 näkyy EU:n tasapainoinen lähestymistapa huume ilmiöön. Kyseessä on kokonaisvaltainen, monialainen toimintamalli, jossa ongelmaa tarkastellaan joka kannalta: niin koordinoinnin, kysynnän vähentämisen, tarjonnan vähentämisen, kansainvälisen yhteistyön, tiedotuksen, tutkimuksen kuin arvioinninkin näkökulmasta.

### Huume aineiden tarjonnan vähentäminen

EU:ssa tapahtui merkittävää edistystä huume aineiden tarjonnan vähentämiseksi, kun vuonna 2004 hyväksytyt kaksi huume aineiden lähtöaineita koskevaa EY:n asetusta tulivat voimaan 18. elokuuta 2005. Kemiallisten lähtöaineiden valvonta on tärkeä osa huume aineiden tarjonnan vähentämistä, sillä nämä aineet ovat välttämättömiä huumeiden valmistukselle. Tällä alalla EU on toteuttanut kahdenlaisia toimia, joilla säännellään tiettyjen aineiden kauppaa ensinnäkin EU:n ja kolmansien maiden välillä ja toiseksi EU:n sisämarkkinoilla.

Ensimmäinen asetus annettiin vuonna 1990 tehtyyn huume aineiden ja psykotrooppisten aineiden laittoman kaupan vastaiseen Yhdistyneiden Kansakuntien yleissopimukseen sisältyvän lähtöaineiden valvontaa koskevan 12 artiklan täytäntöönpanemiseksi. Siinä säädettiin toimenpiteistä, joilla estetään tiettyjen aineiden kulkeutuminen huume aineiden tai psykotrooppisten aineiden laittomaan valmistukseen. (!) Se korvattiin joulukuussa 2004 uudella

(!) Neuvoston asetus (ETY) N:o 3677/90, 13. joulukuuta 1990, EYVL L357, 20.12.1990, s. 1.

asetuksella, jonka soveltamisalaa laajennettiin käsittämään myös synteettisten huumeiden valmistuksen torjunta. <sup>(2)</sup>

Kaksi vuotta myöhemmin tätä järjestelmää täydennettiin vuonna 1992 annetulla neuvoston direktiivillä <sup>(3)</sup>, joka koski tiettyjen huumausaineiden ja psykotrooppisten aineiden laittomaan valmistukseen käytettävien aineiden valmistamista ja saattamista markkinoille. Siinä säädettiin vastaavista järjestelyistä, myös valvontatoimenpiteiden toteuttamisesta EY:n sisämarkkinoilla. Direktiivi on sittemmin korvattu uudella, 11. helmikuuta 2004 annetulla asetuksella <sup>(4)</sup>. EU:n laajentumisen jälkeen yhteisön lainsäätäjät päättivät korvata vuoden 1992 direktiivin asetuksella, ”koska jokainen muutos tähän direktiiviin ja sen liitteisiin johtaisi kansallisiin täytäntöönpanotoimenpiteisiin 25 jäsenvaltiossa”. Uudessa asetuksessa annetaan yhdenmukaiset säännökset tiettyjen huumausaineiden ja psykotrooppisten aineiden laittomaan valmistukseen yleisesti käytettävien aineiden valvonnasta ja seurannasta yhteisössä näiden aineiden väärinkäytön estämiseksi. Siinä muun muassa veloitetaan kukin jäsenvaltio säätämään kansallisessa lainsäädännössään tarvittavista toimenpiteistä, jotta sen toimivaltaiset viranomaiset voivat suorittaa valvonta- ja seurantatehtävänsä. Asetus näiden kahden asetuksen täytäntöönpanosäännöistä tuli voimaan 18. elokuuta 2005. <sup>(5)</sup>

Nämä lähtöaineita koskevat toimet täydentävät EU:n toista tärkeää toimintahaaraa huumausaineiden tarjonnan vähentämiseksi. EU on hyödyntänyt Maastrichtin sopimuksen tarjoamia uusia mahdollisuuksia ja kehittänyt lainsäädäntöjärjestelmän, jonka avulla se voi torjua huumausainekauppaa ja tehostaa lainvalvontayhteistyötä. Vuosista 1995 ja 1996 lähtien tällä alalla on toteutettu useita yhteisiä toimia. Sittemmin on tehty vielä puitepäätös huumausainekaupan vähimmäisseuraamusten yhdenmukaistamisesta sekä päätös uusista psykoaktiivisista aineista (katso ”Uusiin huumeisiin liittyvät toimet”, s. 55).

Näiden säädösten lisäksi on hyväksytty ja toteutettu poliisiyhteistyötä ja oikeudellista yhteistyötä rikosasioissa koskeva puiteohjelma AGIS. Se helpottaa EU:n jäsenvaltioiden ja ehdokasvaltioiden poliisien, muiden viranomaisten ja tuomioistuinten yhteistyötä rikosasioissa ja rikollisuuden torjunnassa. Ohjelmasta on vuodesta 2003 lähtien myönnetty rahoitusta lukuisiin hankkeisiin. AGISin vuoden 2006 työohjelmaan ja ehdotuspyyntöön (joka päättyi tammikuussa 2006) sisältyy erilaisia toiminta-alueita ja aiheita, kuten huumausaineiden järjestäytyneet kansainvälinen tuotanto ja kauppa sekä lähtöaineiden väärinkäyttö.

## Rahanpesu ja omaisuuden takavarikointi

Myös rahanpesun ja takavarikoinnin alalla on tehty joitakin lainsäädännön muutoksia. Rahoitusjärjestelmän rahanpesutarkoituksiin käyttämisen estämisestä vuonna 1991 annetun ja sittemmin vuonna 2001 muutetun direktiivin 91/308/ETY <sup>(6)</sup> oikeusperusta liittyi sisämarkkinoihin. Direktiivillä haluttiin yhdenmukaistaa jäsenvaltioiden lainsäädäntöä tällä alalla. Yksi syy tämän direktiivin antamiseen oli pelko siitä, että Euroopan yhteisön toimettomuus rahanpesun torjunnan alalla saisi jäsenvaltiot ryhtymään protektionistisiin toimiin, jotka viivästyttäisivät sisämarkkinoiden perustamista ja loppuunsaattamista. Komissio ehdotti kesäkuussa 2004 samaan tarkoitukseen uutta direktiiviä, johon oli lisätty terrorismin rahoituksen estämistä koskevia säännöksiä. Direktiivin soveltamisalan rajoittamista pelkästään huumausainekaupasta koituvaan hyötyyn pidettiin liian suppeana, joten komissio ehdotti, että siihen sisällytettäisiin muitakin rikoslajeja. Tässä lokakuussa 2005 annetussa uudessa direktiivissä annetaan rikoksista tarkat määritelmät, ja se koskee näiden rikosten tuoton pesua, terroritekojen rahoittaminen mukaan lukien.

Neuvostossa hyväksyttiin 24. helmikuuta 2005 puitepäätös ”rikoksen tuottaman hyödyn ja rikoksella saadun omaisuuden sekä rikoksentekevälaineiden menetetyksi tuomitsemisesta”. Sen tarkoituksena on varmistaa, että kaikissa jäsenvaltioissa on tehokkaat säännöt siitä, milloin voidaan tuomita menetetyksi rikoksentekevälaineet ja sellaisen rikoksen tuottama hyöty, josta voi seurata yli yhden vuoden pituinen vankeusrangaistus. Tällä alalla oli jo ennestään voimassa EU:n lainsäädäntöä, mutta se osoittautui riittämättömäksi. Uudella puitepäätöksellä haluttiin varmistaa tehokas rajatylittävä yhteistyö menetetyksi tuomitsemisen osalta. Uudistetussa järjestelmässä menetetyksi voidaan tuomita myös muuta rikoksella saatua omaisuutta, jos rikos on tehty rikollisjärjestön puitteissa ja jos rikosta koskee jokin EU:n monista puitepäätöksistä. Yksi niistä on puitepäätös 2004/757/YOS, jossa vahvistetaan laittoman huumausainekaupan rikostunnusmerkistöjä ja seuraamuksia koskevat vähimmäissäännöt. Jäsenvaltioiden on toteutettava tarvittavat toimenpiteet puitepäätöksen noudattamiseksi 15. maaliskuuta 2007 mennessä.

## Kansanterveys

Kysynnän vähentäminen on erottamaton osa EU:n huumausaineiden torjunnassa noudattamaa tasapainotettua lähestymistapaa. Yhteisön kansanterveysalan

<sup>(2)</sup> Neuvoston asetus (EY) N:o 111/2005, 22. joulukuuta 2004, EUVL L 22, 26.1.2005, s. 1.

<sup>(3)</sup> Neuvoston direktiivi 92/109/ETY, 14. joulukuuta 1992, EYVL L 370, 19.12.1992, s. 76.

<sup>(4)</sup> Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 273/2004, 11. helmikuuta 2004, EUVL L 47, 18.2.2004, s. 1.

<sup>(5)</sup> Komission asetus (EY) N:o 1277/2005, 27. heinäkuuta 2005, EUVL L 202, 3.8.2005, s. 7.

<sup>(6)</sup> Rahoitusjärjestelmän rahanpesutarkoituksiin käyttämisen estämisestä 10. päivänä kesäkuuta 1991 annettu neuvoston direktiivi 91/308/ETY, EYVL L 166, 28.6.1991, s. 77–83.

toimintaohjelman (2003–2008) toteutuksen yhteydessä vuonna 2005 Euroopan komissio valitsi rahoitettavaksi joitakin huumausaineisiin liittyviä hankkeita toimenpiteinä, joilla voidaan ”edistää terveyttä ja ehkäistä sairauksia kiinnittämällä huomiota terveyden taustatekijöihin kaikkien poliitikkojen ja toimintojen yhteydessä”. Ensimmäinen huumausaineiden alalla rahoitettavaksi valituista hankkeista on EU-Dap 2, jossa arvioidaan kouluissa toteutetun, ehkäisevää huumeystötä koskevan ohjelman, EU-Dapin, tehokkuutta. EU-Dapin pyrkimyksenä on vähentää tupakan, alkoholin ja huumeiden käyttöä pitkällä aikavälillä. Toisen, IATPAD-nimisen hankkeen tavoitteena on parantaa alkoholi- ja huumeongelmista kärsivien pääsyä hoitoon. Näiden lisäksi on valittu muutamia muita huumeidenkäyttöä ehkäiseviä horisontaalisia hankkeita, joille niin ikään myönnettäneen rahoitustukea. Niihin kuuluu esimerkiksi ”PEER-Drive clean!”, 18–24-vuotiaille nuorille suunnattu innovatiivinen hanke, jolla pyritään ehkäisemään ajamista alkoholin tai huumeiden vaikutuksen alaisena. Nämä hankkeet on siis valittu rahoitettaviksi, ja niiden pitäisi saada rahoitusta, mikäli vain neuvottelut Euroopan komission kanssa onnistuvat ja johtavat tukisopimuksen tekemiseen. (?)

### EMCDDA:ta koskeva asetus

Komissio hyväksyi 31. elokuuta 2005 uuden ehdotuksen Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksesta annetun asetuksen laatimisesta uudelleen. Uusi asetus on tärkeä, sillä se helpottaa huomattavasti seurantakeskuksen työtä siinä määriteltujen uusien tehtävien takia. Sen ansiosta EMCDDA voi ottaa huomioon huumausaineiden uudet käyttömuodot ja sekakäyttöön liittyvät suuntauksat, laillisten ja laittomien psykoaktiivisten aineiden sekakäyttö mukaan lukien, kehittää uusia välineitä, joiden avulla jäsenvaltiot ja EU voivat paremmin seurata ja arvioida huumeapolitiikkaansa ja -strategioitaan, sekä tehdä yhteistyötä EU:n ulkopuolisten maiden, kuten ehdokasvaltioiden tai Länsi-Balkanin maiden, kanssa. Asetus sisältää myös useita tiedekomiteaa ja hallintoneuvostoa koskevia muutoksia. Tämä EY:n perustamissopimuksen 152 artiklaan perustuva teksti toimitetaan seuraavaksi neuvoston ja Euroopan parlamentin hyväksyttäväksi yhteispäätösmerkityksessä.

### Uusia kansallisia lakeja

Tarkastelujakson aikana muutamissa maissa tehtiin huumausainelakeihin merkittäviä muutoksia, jotka koskivat sekä hallussapitoon että kauppaan liittyviä rikoksia ja rangaistuksia.

Romaniassa on annettu uusi laki ja uusi rikoslaki, joissa tehdään ero rikosten ja rikkomusten (rikkomuksista seuraa

nyt pääasiassa yhdyskuntapalvelua ja päiväsakkoja), huumeidenkäyttäjien ja huumeriippuvaisten sekä pieni- ja suuririskisten huumausaineiden välillä. Rangaistuksesta vapauttaminen ja rangaistuksen täytäntöönpanon lykkääminen koskevat nykyään myös huumerikoksia. Huumeriippuvaisia voi nyt lähettää hoidettaviksi kokonaisvaltaiseen hoito-ohjelmaan ohjaavan huumeystöntekijän valvonnassa. Tilan tarjoamisesta huumeidenkäyttöä varten, huumeidenkäytön sallimisesta kyseisessä tilassa tai huumausaineiden käyttöön yllytyksestä määrättäviä vankeusrangaistuksia on kovennettu. Lisäksi on säädetty entistä tiukemmat rangaistukset suuririskisten huumausaineiden laittomasta antamisesta toiselle henkilölle sekä myrkyllisten kemiallisten liuottimien luovuttamisesta alaikäiselle.

Bulgariassa annettiin kesäkuussa 2004 uusi huumausaineiden ja lähtöaineiden valvontaa koskeva asetus. Siinä on määritelty valtion laitosten tehtävät huumausaineita koskevien sääntelymenettelyjen valvonnan, huumeiden käyttöä ja kauppaa ehkäisevien toimenpiteiden täytäntöönpanon sekä tutkimuksen alalla. Asetukseen tehdyllä lisäyksellä poistettiin säännös, joka koski huumeidenkäyttäjän vapauttamista rikosvastuusta, jos hänen hallustaan tavataan vain yksittäinen huumeannos (tästä aiheesta lisää jäljempänä).

Slovakian uudessa rikoslaisissa on määritelty uudelleen rikokset, jotka käsittävät hallussapidon omaa käyttöä varten ja myyntiä varten. Ennen hallussapitorikokseksi määriteltiin enintään yhden annoksen hallussapito omaa käyttöä varten. Sen tilalle on 171 §:ssä vaihdettu kaksi erilaista hallussapitorikosta, jotka erotellaan huumeannosten määrän perusteella (katso tarkemmat tiedot jäljempänä). Näistä rikoksista määrättävien rangaistusten joukkoon on lisätty kaksi uutta rangaistusta: valvottu kotivankeus ja yhdyskuntapalvelu. Yli kymmenen huumeannoksen hallussapidosta seuraa 172 §:n nojalla rikossyyte, ja rangaistuksen pituus vaihtelee neljän vuoden vankeudesta elinkautiseen vankeuteen asiaan liittyvien raskauttavien asianhaarojen mukaan. Lisäksi laissa on pudotettu rikosvastuun alaikäraja 15 ikävuodesta 14 ikävuoteen.

Liettuassa huumeiden hallussapidosta myyntiä varten ei enää rangaista enintään 90 päivän vankeudella poliisinsellissä, vaan siitä seuraa nyt merkittävästi kovempi rangaistus: vankeustuomio, jonka vähimmäiskesto on tosin lyhennetty viidestä vuodesta kahteen vuoteen. Suuren huumausainemäärän varkauden tai järjestäytyneen ryhmän varkauden osalta enimmäistuomiota on pidennetty 15 vuoteen.

Italiassa äskettäin (helmikuussa 2006) tehdyillä lakimuutoksilla muutettiin huumausaineiden luokittelua

(?) Lisätietoja on osoitteessa [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/action3\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm).



jakamalla ne kahteen pääryhmään entisten kuuden ryhmän sijasta (aineet, joita ei käytetä hoitotarkoituksiin, luokiteltiin kaikki samaan ryhmään, ja kovien ja pehmeiden huumeiden käsitteet poistuvat kokonaan käytöstä). Sen lisäksi määriteltiin kynnsarvot huumausaineiden hallussapidolle omaa käyttöä ja myyntiä varten, tarkistettiin seuraamuksia sisällyttämällä niihin kotiaresti ja yhdyskuntapalvelu sekä monipuolistettiin vankilalle vaihtoehtoisia rangaistuksia. Lisäksi jokaisella huumeidenkäyttäjällä on nyt oikeus valita vapaasti hänelle annettavan hoidon tyyppi, hoitopaikka ja laitos, joka toteaa hänet huumeriippuvaiseksi; näitä palveluja ei enää tarjota yksinomaan julkisella sektorilla.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa annetulla huumausainelaila (Drugs Act 2005) tehtiin kansalliseen lainsäädäntöön joitakin merkittäviä muutoksia. Psilosiinia tai psilosybiinia sisältävien huumesienien luokittelua on selkeytetty nimeämällä ne A-luokan huumausaineiksi; lainsäädäntöön on lisätty myyntiaikomusta koskeva oletama, joka syntyy, kun henkilön hallusta tavataan tietty määrä valvottuja aineita; poliisille on myönnetty oikeus testata huumerikolliset jo pidätyksen eikä vasta syytteesenpanon yhteydessä sekä oikeus lähettää positiivisen testituloksen saaneet henkilöt huumeidenkäyttöä koskevaan arviointiin; tuomioistuimet on veloitettu ottamaan raskauttavat tekijät (kuten huumeiden välitys koulun lähetyksillä) huomioon päättäessään tuomiosta. Tuomioistuimet voivat nyt määrätä huumeepakkauksia niilleen henkilön tutkintavankeuteen jopa kahdeksaksi päiväksi, kun se aikaisemmin sai kestää enintään neljä päivää. Lisäksi tuomioistuimilla tai lautakunnilla on oikeus tehdä syytetylle epäedullinen päätelmä siitä, että tämä kieltäytyy ruumiintarkastuksesta tai läpivalaisusta ilman perusteltua syytä.

Kaiken kaikkiaan Euroopassa näyttää olevan yleisenä suuntauksena vapausrangaistusten alentaminen tai poistaminen, kun rikokset koskevat hallussapitoa omaa käyttöä varten, samalla kun rangaistuksia huumeidenvälityksistä tiukennetaan. <sup>(8)</sup>

## Määrät

Useissa maissa on tarkastelujakson aikana annettu lainsäädäntöä huumausaineiden kynnymääristä.

Belgiassa oikeusministeri ja syyttäväviranomainen antoivat kannabiskomuksista uuden ohjesäännön, sen jälkeen kun valtiosääntötuomioistuin kumosi vuonna 2003 säädetyt lain 16 §:n. Uuden säännön mukaan pienen kannabismäärän (enintään kolme grammaa tai yksi kasvi) hallussapidosta omaa käyttöä varten jää aikuiselle ainoastaan merkintä poliisille, ellei asiaan liity mitään raskauttavia asianhaaroja.

Määrällä on Slovakian uudessa huumerikoslaisissa ratkaiseva merkitys. Lain 171 §:ssä säädetään kahdenlaisista hallussapitorikoksista: enintään kolmen huumeannoksen hallussapidosta omaa käyttöä varten voi seurata kovimmillaan kolmen vuoden vankeusrangaistus, kun taas "suurehkon määrän" (enintään kymmenen annosta) hallussapito johtaa viiden vuoden vankeustuomioon. Tätä suurempien määrien hallussapidosta on nostettava syyte, joka voi 172 §:n mukaan johtaa 4–10 vuoden vankeustuomioon, ellei asiaan liity mitään raskauttavia tekijöitä. Vielä suuremman huumausainemäärän (jonka arvo katukaupassa on yli kymmenkertainen "lähtöhintaan" verrattuna, joksi on määritelty 8 000 Slovakian korunaa, noin 200 euroa) hallussapidosta voi seurata 10–15 vuoden vankeusrangaistus, huomattavan suuren huumausainemäärän (lähtöhinta yli satakertaisena) hallussapidosta 15–20 vuoden vankeusrangaistus ja erittäin suuren huumausainemäärän (lähtöhinta yli 500-kertaisena) hallussapidosta 20–25 vuoden pituinen tai elinkautinen vankeusrangaistus.

Saksalainen Max Planck Institut suoritti vuosina 2002–2005 arvioinnin Saksan huumausainelain 31 a §:stä, jonka mukaan "merkityksettömien huumausainemäärien" hallussapitorikoksesta voidaan tietyissä tapauksissa jättää syyttämättä. Arvioinnissa havaittiin lain 31 a §:n soveltamiskäytäntöjen vaihtelevan huomattavasti Saksan 16 osavaltiossa. Tämä johtuu osittain siitä, että käsitettä "merkityksetön" on tulkittu eri osavaltioissa eri tavalla (Schäfer ja Paoli, 2006). Maaliskuussa 2005 Berliinin osavaltio tarkisti aiemmin vahvistamaansa "kannabiksen ohjearvoa", jonka mukaan enintään kymmenen gramman kannabismäärän hallussapidosta ei nosteta syytettä, jos tietyt edellytykset täyttyvät. Rajaa voidaan yksittäistapauksissa nostaa 15 grammaan.

Liettuan terveysministeriö tarkisti suosituksiaan huumausaineiden ja psykotrooppisten aineiden luokittelusta pieniin, suuriin ja erittäin suuriin määriin määrittämällä nämä rajat uudelleen. Yhdistyneen kuningaskunnan huumausainelakiin (Drugs Act 2005) on nyt sisällytetty myyntiaikomusta koskeva oletama, joka syntyy, kun henkilön hallusta tavataan tietty määrä valvottuja huumeita. Kyseiset määrät määriteltiin keväällä 2006 annetuissa asetuksissa.

Bulgariassa rikoslain muutoksella ja lisäyksellä (uusi SG 26/04) kumottiin rikoslain 354a §:n 3 momentti, jonka nojalla huumeidenkäyttäjät ennen vapautettiin rikosvastausta, jos heidän hallustaan tavattiin vain yksittäinen huumeannos. Toimenpiteen syitä olivat muiden muassa yksittäisen annoksen vaikea määrittely ja se, että oikeudenkäynneissä tätä poikkeusta oli ilmeisesti käytetty väärin huumevälittäjien hyväksi.

<sup>(8)</sup> Katso vuosiraportti 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/fi/page013-fi.html>). Katso myös EMCDDA:n aihekohtainen asiakirja "Illicit drug use in the EU: legislative approaches" (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).



Italiassa helmikuussa 2006 voimaan tulleissa lakimuutoksissa veloitettiin antamaan huumausaineen sisältävän vaikuttavan aineen määrään pohjautuvat uudet määrälliset raja-arvot hallussapidolle omaa käyttöä ja myyntiä varten. Aikaisemmat raja-arvot poistettiin vuonna 1993. Raja-arvot määritettiin terveysministeriön erityisasetuksella huhtikuussa 2006.

Kuten Euroopan huumausaineita koskevan oikeustietokannan (European Legal Databases on Drugs, ELDD) tutkimuksessa (9) jo on ilmennyt, määrien merkitys huumelainsäädännössä vaihtelee. Joissakin maissa (esimerkiksi Slovakiassa) on määritelty tarkasti kutakin rikosta vastaavat huumausainemäärät. Muissa maissa (esimerkiksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa) myyntiaikomusta koskevan oletaman syntyminen ratkaistaan huumausaineen määrän perusteella. Määrät voivat vaihdella myös rikoslajeittain (esimerkiksi hallussapito tai myynti), tai ne voivat ratkaista, miten ankara rangaistus samasta rikoksesta kulloinkin langetetaan. Vaikka monien maiden lainsäädännössä viitataan huumausaineen määrään, määrä voidaan määritellä monin eri tavoin (esimerkiksi painona tai rahallisen arvona) tai sitä ei määritellä ollenkaan. Italian ja Bulgarian viimeisimmät, keskenään selvästi ristiriitaiset lainsäädäntötoimet osoittavat, ettei Euroopassa edelleenkään ole muodostunut selkeää konsensusta tästä kysymyksestä.

### Tuomioita koskevat tilastot

Huumerikollisille annettujen tuomioiden seurannasta on keskusteltu tai sitä on harjoitettu jo useissa maissa, ja joissakin tapauksissa tulokset ovat jo johtaneet jatkotoimiin.

Irlannissa on päätetty perustaa keskushallinnon alainen rikostilastoyksikkö seuraamaan pidätyksiä, syytteenpanoa ja tuomioiden luonnetta koskevia tilastoja kansallisen huumausainestrategian mukaisesti.

Saksan huumausainelain mukaan syyttäjä voi tietyissä olosuhteissa keskeyttää hallussapitorikosta koskevan oikeudenkäynnin ilman tuomioistuimen lupaa. Asiaa koskevista suosituksista ja ohjeista huolimatta määräykset vaihtelevat merkittävästi osavaltioiden välillä. Edellä mainitussa terveysministeriön näistä eroavaisuuksista teettämässä tutkimuksessa tarkasteltiin yli 1 800 rikosasian tuomitsemista kuudessa eri osavaltiossa (Schäfer ja Paoli, 2006).

Joissakin Itävallan maakunnissa on koetettu yhdenmukaistaa huumausainelain 12 §:n ja 35 §:n 4 momentin soveltamista. Säännöksissä määritellään yksinkertaistettu menettely rikosilmoituksen peruuttamiseksi, jos ostettu tai

hallussa pidetty kannabismäärä on hyvin pieni. Muista tuomioita koskevista tilastoista ilmeni, että rikosilmoituksen peruuttaminen lain sallimana vaihtoehtona rangaistukselle lisääntyi vuonna 2004, vaikka rikosilmoitusten ja tuomioiden määrät edelleen kasvoivat ja lykättyjen oikeudenkäyntien määrä hieman laski.

Romaniassa tutkittiin tuomioistuinten antamia tuomioita koskevia tilastoja sen selvittämiseksi, miten kuntoutus oli onnistunut niillä huumeidenkäyttäjillä, jotka olivat syyllistyneet muihinkin kuin huumeidenkäyttöä koskeviin rikoksiin. Useimmissa tapauksissa rangaistuksena oli valvottu ehdollinen tuomio. Tuomioistuinten on havaittu vuodesta 2004 lähtien vähentäneen huumausainerikollisten pakottamista hoitoon, mikä on käytännössä vähentänyt kriminaalihuolto- ja palvelujen osallistumista ja siten niiden arvokasta panosta huumeidenkäyttäjien kuntoutukseen.

Tuomitsemista tai tuomitsematta jättämisistä koskevat tilastot antavat paljon lakitekstejä tarkemman kuvan huumausainepoliittikan toteuttamisesta kussakin maassa (katso EMCDDA, 2002a). Vaikka kaikki jäsenvaltiot eivät kerää tuomioista yhtä kattavia tilastotietoja kuin pidätyksistä, monet maat ovat alkaneet osoittaa yhä suurempaa kiinnostusta tämänkaltaiseen täytäntöönpanon seurantaan, ja sama suuntaus on havaittu poliittisten välineiden arvioinnissa. (10) Tuomiotilastojen keruuseen ja analysointiin liittyviä kysymyksiä käsiteltiin EMCDDA:n asiantuntijakokouksessa vuonna 2006.

### Huumausainerikokset

Huumausaineita koskevaan EU:n toimintasuunnitelmaan 2005–2008 sisältyvän erityistoimen 25.1 tavoitteen mukaisesti neuvosto aikoo vuoteen 2007 mennessä hyväksyä komission ehdotuksesta yhteisen määritelmän käsitteelle ”huumausainerikos”. Komissio laatii ehdotuksensa EMCDDA:n sille toimittamien viimeisimpien tutkimusten perusteella.

Vaikka EU:ssa ei ole vielä annettu huumerikoksen määritelmää, tavallisesti huumeisiin liittyvällä rikollisuudella tarkoitetaan huumeiden vaikutuksen alaisuudessa tehtyjä rikoksia, huumeidenkäytön rahoittamiseksi tehtyjä rikoksia, laittomien huumemarkkinoiden toiminnan yhteydessä tehtyjä rikoksia ja huumelainsäädännön vastaisia rikoksia. Rutiininomaisesti kerättyjä tietoja on EU:ssa saatavilla vain viimeksi mainitusta rikoksen lajista eli huumelainsäädännön rikkomisista.

(9) Katso ”The role of the quantity in the prosecution of drug offences”, ELDD:n lainsäädäntöraportti, ja ”Illicit drug use in the EU: legislative approaches”, EMCDDA:n aihekohtainen asiakirja, taulukko 1 (molemmat ovat saatavilla osoitteessa <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

(10) Katso ”Kansalliset poliittikat: lainsäädännön arviointi” (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/fi/page021-fi.html>).

## Raportit huumeiden ja rikollisuuden välisestä yhteydestä

Tšekin poliisin alueellisissa esikunnissa tehtiin vuonna 2005 toinen perättäinen vuotuinen kysely huumeisiin liittyvästä rikollisuudesta. Vuonna 2004 arvioitiin, että noin 62 prosenttia huumeiden tuotanto-/jakelurikoksista, 25 prosenttia petosrikoksista, 21 prosenttia varojen/omaisuuden väärinkäytösrikoksista ja 20 prosenttia tavallisista varkauksista oli huumeidenkäyttäjien tekemiä heidän oman kulutuksensa rahoittamiseksi (Tšekin kansallinen raportti).

Suomessa 15- ja 16-vuotiaiden keskuudessa vuonna 2004 tehdystä kyselyssä ilmeni, että noin seitsemän prosenttia niistä nuorista, jotka olivat käyttäneet vuoden sisällä kannabista, oli rahoittanut käytön laittomilla keinoilla, näistä yli puolet myymällä huumeita ja loput pääasiallisesti varastamalla (Kivivuori *et al.*, 2005, mainittu Suomen kansallisessa raportissa).

Irlannissa kahdessa Gardan tutkimusyksikön vuosina 1996 ja 2000–2001 tekemässä tutkimuksessa, joissa oli otoksena poliisille tuttuja huumeidenkäyttäjiä, arvioitiin, että huumeidenkäyttäjät olivat tehneet paljastuneista syytteenalaisista rikoksista 66 prosenttia vuonna 1996 ja 28 prosenttia vuonna 2000–2001 (Keogh, 1997; Furey ja Browne, 2003, mainittu Irlannin kansallisessa raportissa). Vuoden 2000–2001 tutkimuksessa todettiin, että opioidien käyttäjät olivat tehneet paljastuneista syytteenalaisista rikoksista 23 prosenttia ja paljastuneista murroista 37 prosenttia.

EU:ssa tiedot kolmesta ensiksi mainitusta rikoslajista ovat vähäisiä ja hajanaisia. Osa on saatu yksittäisistä tutkimuksista, joiden tuloksia on hyvin vaikea yleistää, ja osa liittyy vain tiettyntyyppisiin huumerikoksiin.

”Ilmoitukset”<sup>(11)</sup> huumerikoksista heijastelivat eroja maiden kansallisessa lainsäädännössä, tavoissa, joilla lakeja sovelletaan ja pannaan täytäntöön, sekä rikosoikeusviranomaisten prioriteeteissa ja voimavaroissa 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 EU-maiden vertailu on varsin hankalaa<sup>(12)</sup>, minkä vuoksi on järkevämpää vertailla suuntauksia kuin absoluuttisia lukuja.

Vuosina 1999–2004 huumerikoksista tehdyt ”ilmoitukset” lisääntyivät useimmissa EU-maissa (itse asiassa kaikissa tietoja antaneissa maissa paitsi Italiassa ja Portugalissa). Nousu oli erittäin huomattavaa (vähintään kaksinkertaista) Virossa, Liettuassa<sup>(13)</sup>, Unkarissa<sup>(14)</sup> ja Puolassa. Vuonna 2004 tämä noususuuntaus vahvistui useimmissa maissa<sup>(15)</sup>, vaikkakin muutamat maat – Tšekki, Kreikka, Latvia, Luxemburg, Portugali, Slovenia (vuodesta 2001 lähtien), Slovakia, Suomi ja Bulgaria<sup>(16)</sup> – ilmoittivat määrrien laskeneen edellisestä vuodesta.

Useimmissa EU:n jäsenvaltioissa suurin osa tilastoiduista huumerikoksista<sup>(17)</sup> liittyi edelleen huumeiden käyttöön tai hallussapitoon käyttöä varten.<sup>(18)</sup> Näiden osuus kaikista rikoksista vaihteli Puolan 61 prosentista Itävallan 90 prosenttiin. Tšekissä, Luxemburgissa, Alankomaissa ja Turkissa useimmat tilastoiduista huumerikoksista liittyivät huumausaineiden välitykseen tai salakuljetukseen, kun taas Luxemburgissa näihin rikoksiin liittyi 48 prosenttia ja Tšekissä 93 prosenttia kaikista huumerikoksista.

Vuosina 1999–2004 käyttöä tai hallussapitoa omaa käyttöä varten koskevien rikosten määrä kasvoi kaikissa tietoja toimittaneissa maissa paitsi Italiassa, Portugalissa, Sloveniassa, Bulgariassa ja Turkissa, joissa määrä näyttää laskeneen.<sup>(19)</sup> Näiden rikosten osuus kaikista huumerikoksista kohosi tarkastelujakson aikana kaikissa maissa, joista saatiin tietoa, vaikkakin noususuuntaus oli yleensä melko hidlas. Selviä noususuuntauksia havaittiin vain Kyproksessa, Puolassa ja Suomessa. Luxemburgissa, Portugalissa, Bulgariassa ja Turkissa käyttöä ja hallussapitoa omaa käyttöä varten koskevien rikosten osuus kaikista huumerikoksista laski yleisesti.<sup>(20)</sup>

Kannabis oli useimmissa jäsenvaltioissa edelleen yleisin huume<sup>(21)</sup>, johon tilastoidut huumerikokset liittyivät.<sup>(22)</sup>

<sup>(11)</sup> Termi ”ilmoitukset” on lainausmerkeissä, koska sillä tarkoitetaan eri asioita eri maissa. Tarkat määritelmät maittain: katso huumerikoksiin liittyvät metodologiset huomautukset vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(12)</sup> Perusteellinen selvitys menetelmiin liittyvistä asioista: katso huumerikoksiin liittyvät metodologiset huomautukset vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(13)</sup> Liettuassa kasvu johtuu uuden rikoslain voimaantulosta toukokuussa 2003.

<sup>(14)</sup> Unkarissa kasvu johtuu pääasiassa rikoslain ja kansallisen rikosprosessin muutoksesta.

<sup>(15)</sup> Tietoja huumerikoksista koskevista ”ilmoituksista” oli saatavilla vuosilta 1999–2004 (ei aivan joka vuodelta) kaikista muista maista paitsi Kyproksesta, Slovakiasta, Bulgariasta, Romaniasta, Turkista ja Norjasta ja vuodelta 2004 kaikista muista maista paitsi Irlannista, Yhdistyneestä kuningaskunnasta ja Norjasta.

<sup>(16)</sup> Katso taulukko DLO-1 ja kaavio DLO-1 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(17)</sup> Rikoslajin mukaan eriteltyjä tietoja oli saatavilla vuosilta 1999–2004 (ei aivan joka vuodelta) kaikista muista maista paitsi Tanskasta, Virossa, Latviasta, Liettuasta, Unkarista, Slovakiasta ja Romaniasta.

<sup>(18)</sup> Katso taulukko DLO-2 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(19)</sup> Katso taulukko DLO-4 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(20)</sup> Katso taulukko DLO-5 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(21)</sup> Aineittain eriteltyjä tietoja huumerikoksista oli saatavilla vuosilta 1999–2004 (ei aivan joka vuodelta) kaikista muista maista paitsi Tanskasta, Virossa, Latviasta, Unkarista, Suomesta, Romaniasta ja Norjasta.

<sup>(22)</sup> Katso taulukko DLO-3 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

Näissä maissa kannabikseen liittyvien rikosten osuus kaikista huumerikoksista vaihteli 34:stä 87 prosenttiin vuonna 2004. Tšekissä ja Liettuassa yleisimpiä olivat amfetamiinirikokset, joiden osuudet olivat vastaavasti 50 ja 31 prosenttia kaikista huumerikoksista; Luxemburgista tuli eniten ilmoituksia kokaiinista (43 % huumerikoksista).

Kannabikseen liittyviä huumerikoksia koskevien ”ilmoitusten” määrä lisääntyi vuosina 1999–2004 yleisesti useimmissa maissa, joista saatiin tietoa. Italiassa ja Sloveniassa tapahtui kuitenkin selvää laskua. <sup>(23)</sup> Samana ajanjaksona kannabikseen liittyvien huumerikosten osuus kasvoi Saksassa, Espanjassa, Ranskassa, Liettuassa, Luxemburgissa, Portugalissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Bulgariassa, mutta pysyi ennallaan Irlannissa ja Alankomaissa ja laski Belgiassa, Italiassa, Itävallassa, Sloveniassa ja Ruotsissa. <sup>(24)</sup> Vaikka cannabis on kaikissa maissa (paitsi Tšekissä ja Bulgariassa ja muutamana vuonna myös Belgiassa) käyttö- tai hallussapitorikoksissa yleisempi kuin muissa huumerikoksissa, kannabiksen käyttöön liittyvien rikosten osuus on vuodesta 1999 lähtien laskenut useissa maissa – nimittäin Italiassa, Kyproksessa (vuosina

2002–2004), Itävallassa, Sloveniassa ja Turkissa (vuosina 2002–2004), ja se väheni viimeisen tarkasteluvuoden (vuoden 2004) aikana useimmissa maissa, joista saatiin tietoa. Tämä voi johtua siitä, että lainvalvontaviranomaiset ovat näissä maissa vähentäneet kannabiksen käyttäjiin kohdistuvia toimia. <sup>(25)</sup>

Samana viisivuotiskauden aikana heroiniinirikoksista tehtyjen ”ilmoitusten” määrät ja/tai niiden osuudet kaikista huumerikoksista vähenivät suurimmassa osassa tietoja toimittaneista maista. Belgiassa, Itävallassa, Sloveniassa ja Ruotsissa havaittiin kuitenkin noususuuntauksia heroiniin koskevien ”ilmoitusten” määrässä <sup>(26)</sup> ja/tai heroiniin liittyvien rikosten osuudessa kaikista huumerikoksista. <sup>(27)</sup>

Kokaiiniin liittyvissä rikoksissa suuntaus on päinvastainen: sekä kokaiinia koskevien ”ilmoitusten” määrä <sup>(28)</sup> että kokaiiniin liittyvien rikosten osuus kaikista huumerikoksista <sup>(29)</sup> on kasvanut vuodesta 1999 lähtien useimmissa maissa, joista saatiin tietoa. Bulgaria on ainoa maa, joka ilmoitti laskusuuntauksesta kokaiinirikoksissa (sekä ilmoitusten määrä että osuus huumerikoksista).

### Huumepolitiikka Euroopassa: kattaako se muutakin kuin laittomat huumausaineet? EMCDDA:n vuosiraportti 2006: erityiskysymykset

Huumepolitiikkaan on Euroopassa alettu sisällyttää laittomien huumausaineiden lisäksi muitakin riippuvuutta aiheuttavia aineita ja jopa käyttäytymisen muotoja. Näin on tehty joidenkin jäsenvaltioiden huumerikoksissa ja EU:n huumausainestrategiassa. Tutkimuksessa käsitellään yhä enemmän riippuvuutta tai riippuvaista käyttäytymistä aineeseen katsomatta. Erityiskysymyksessä, jossa käsitellään laillisten aineiden tai itse riippuvuuden merkityksen kasvua laittomia huumausaineita koskevassa kansallisessa strategiassa tai politiikassa, on tarkoitus esittää ensimmäinen katsaus tähän Euroopan unionissa yleistyvään ilmiöön.

Vaikka huumausainestrategioissa ei aina mainitakaan laillisia päihteitä tai riippuvuutta niistä, erityiskysymyksessä todetaan, että ehkäisyohjelmat ja joissakin maissa myös hoitotoimenpiteet koskevat sekä laillisia että laittomia päihteitä ja että niiden kohteena ovat ensisijaisesti lapset ja nuoret. Laillisten päihteiden vähittäinen strateginen tai institutionaalinen sisällyttäminen laittomia huumausaineita koskevaan politiikkaan ja toimenpiteisiin näyttää olevan yleistymässä.

Tämä erityiskysymys on saatavilla painetussa muodossa ja Internetin kautta ainoastaan englanniksi: ”European drug policies: extended beyond illicit drugs?”, EMCDDA annual report 2006: selected issues (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

<sup>(23)</sup> Katso kaavio DLO-2 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(24)</sup> Katso taulukko DLO-6 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(25)</sup> Katso kaavio DLO-3 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(26)</sup> Katso kaavio DLO-4 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(27)</sup> Katso taulukko DLO-7 vuoden 2006 tilastotiedotteesta; Ruotsissa heroiniin liittyvien rikosten osuus laski vuosina 1999–2003.

<sup>(28)</sup> Katso kaavio DLO-5 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(29)</sup> Katso taulukko DLO-8 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.



## Luku 2

# Huumeongelman torjunta Euroopassa pääpiirteittäin

### Ehkäisy

Muutamista jäsenvaltioista saadun kokemuksen mukaan ehkäisevä huumeetö on yksilötasolla tehokkaampaa, jos sitä tuetaan sellaisella laillisten huumeaineiden sääntelypolitiikalla, jolla voidaan rajoittaa nuorten mahdollisuuksia saada käsiinsä näitä aineita ja vähentää niiden käytön sosiaalista hyväksyttävyyttä. Joissakin Euroopan osissa yhä enemmän alaa valtaavatkin sellaiset ympäristöön liittyvät ehkäisystrategiat, joilla vaikutetaan aineiden käytön normatiivisiin ja kulttuurisiin puitteisiin. Näitä strategioita tukevat EU:n tasolla toteutetut uudet toimenpiteet: tupakan mainontaa koskeva direktiivi ja WHO:n puitesopimus tupakoinnin torjunnasta (katso huumeidenkäyttöä viihdeympäristöissä koskevaan erityiskysymykseen sisältyvä ympäristöön liittyviä strategioita käsittelevä luku).

Nykyään on yleistymässä käsitys, jonka mukaan mediakampanjoiden tehtävänä olisi pikemminkin lisätä tietoisuutta (taustoittaa ja tukea ympäristöön liittyviä strategioita ja perustella niitä väestölle) kuin saada aikaan muutoksia väestön käyttäytymisessä. Äskettäin Saksassa julkaistussa kansainvälisessä kirjallisuuskatsauksessa (Saksan kansallisessa raportissa mainittu Bühler ja Kröger, 2005) suositellaan, että mediakampanjoita käytettäisiin lähinnä muiden toimenpiteiden tukena eikä ainoana keinona käyttäytymisen muuttamiseen.

### Kansanterveydellinen ehkäisy

Terveysvalistuksella – joka on yksi ehkäisevän huumeetön perusedellytyksistä – pyritään kannustamaan ihmisiä terveellisiin elämäntapoihin ja luomaan terveelliset elinolot kaikille. Jotkin jäsenvaltiot (Italia, Alankomaat, Slovakia) ja Norja ovat yhä useammin tuoneet esille uuden käsitteen, nimittäin ”kansanterveydellisen ehkäisytyön”. Sillä tarkoitetaan erilaisia toimenpiteitä, joilla parannetaan yhteiskunnassa haavoittuvimmassa asemassa olevien väestönosien terveyttä ja joihin myös ehkäisevä huumeetö kuuluu. Kansanterveydellisen ehkäisytyön toimenpiteet soveltuvat erityisen hyvin nuorten tarpeisiin, sillä nuorten käyttäytymisongelmat, myös huumeidenkäyttö,

määräytyvät paljolti heidän haavoittuvuutensa (sosiaalinen ja henkilökohtainen) ja elinolojensa mukaan. Koska valikoivilla ja kohdennetuilla ehkäisystrategioilla voidaan vaikuttaa sosiaalisiin ja henkilökohtaisiin riskitekijöihin, ne voidaan luontevasti yhdistää muihin nuorisosaatoksiin toimiin esimerkiksi kansanterveyspolitiikassa (nuorten käyttäytymishäiriöihin, tarkkaavaisuushäiriöihin jne. liittyvät mielenterveysstrategiat), sosiaalipolitiikassa (vapaa-ajanviettotilojen tarjoaminen ja haavoittuvassa asemassa olevien nuorten tai köyhien perheiden tukeminen), koulutuspolitiikassa (koulun keskeyttämisen vähentäminen) jne. Kansanterveydellisellä ehkäisytyöllä katetaan kaikki huumeongelmien torjumisen kannalta olennaiset haavoittuvustekijät, kun mukana on myös sellaisia laitoksia ja toimialoja, joiden toiminta ei sinänsä keskity huumeisiin.

### Kouluissa tehtävä ehkäisevä huumeetö

Ohjelmajohdajaiset lähestymistavat ovat yleistymässä kouluissa tehtävässä ehkäisevässä huumeetössä. Ohjelmajohdajainen ehkäisevä huumeetö sisältää tietyn määrän vakiomuotoisia oppitunteja, joista kunkin sisältö on tarkasti määritetty. Opettajalle ja oppilaille on laadittu yksityiskohtaista materiaalia. Tämä helpottaa seuranta- ja arviointia sekä lisää ohjelmien tarkkuutta, yhtenäisyyttä ja johdonmukaisuutta, jolloin opetus on erittäin laadukasta. Kouluissa tehtäviä ehkäisytoimia seurataankin nyt tarkasti entistä useammassa jäsenvaltiossa (Tšekki, Kreikka, Espanja, Irlanti, Italia, Kypros, Unkari, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta). EU-Dapista eli Euroopan ensimmäisestä huumeiden väärinkäytön ehkäisemisestä koskevasta kokeiluhankkeesta (<http://www.eudap.net>) on saatu lupaavia tuloksia. Euroopan komission rahoittama hanke toteutettiin ja siitä tehtiin vertailuarviointi seitsemässä maassa, yhdeksässä aluetason keskuksessa ja 143 koulussa, ja hankkeeseen osallistui 7 000 oppilasta (joista 3 500 osallistui testiryhmiin ja 3 500 vertailuryhmään). EU-Dapin raportin mukaan testiryhmän oppilaille päivittäisen tupakoinnin todennäköisyys oli 26 prosenttia, humalahakuisen juomisen todennäköisyys 35 prosenttia ja kannabiksen käytön todennäköisyys 23 prosenttia alempi kuin vertailuryhmässä. Vastaavaa ohjelmajohdajasta tutkimusmallia on kokeiltu Yhdistyneen kuningaskunnan Blueprint-ohjelmassa <sup>(30)</sup>.

<sup>(30)</sup> <http://www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/>.

Kouluissa tehtävän ehkäisytyön toteutuksessa kiinnitetään nykyisin entistä enemmän huomiota myös tiukempaan tekniseen ohjaukseen ja parempaan kattavuuteen (esimerkiksi Ranska ja Irlanti).

### **Poliisi kouluympäristössä**

Poliisin roolista kouluissa tehtävässä ehkäisevässä huumetyössä kiistellään. Belgian ranskankielinen yhteisö suosittelee, että terveysvalistus ja ehkäisevä huumetyö jätettäisiin kokonaan kouluviranomaisten tehtäväksi ja että poliisi ei osallistuisi lainkaan ehkäisevän huumetyön ohjelmiin. Myös Yhdistyneessä kuningaskunnassa julkaistussa poliittisessa muistiossa (ACPO Drugs Committee, 2002) esitettyjen suositusten mukaan poliisin tulisi toimia vain niillä aloilla, joilla sillä on asiantuntemusta (turvallisuus, rikokset, järjestyksenpito), osallistumatta varsinaiseen huumevalistukseen. Juuri näin on toimittu Portugalissa, jossa lähipoliisiohjelma Escola Segura ("turvallinen koulu") jatkuu edelleen. Sen puitteissa lukuvuonna 2004–2005 koulujen lähistölle lähetettiin partioimaan sekä päivisin että öisin yhteensä 320 poliisia, joiden tehtävänä oli tehdä lähipoliisityötä ja vaikuttaa rikoksia ehkäisevästi. Ranskassa taas lainvalvontaviranomaiset ovat kouluttaneet erikseen asiantuntijoita, jotka pitävät yhteyttä eri nuoriso- tai aikuisryhmiin ja vierailevat pyynnöstä kouluissa tai muissa laitoksissa. Vaikka virkapukuisten poliisien osallistumista huumevalistustyöhön ei juuri suositella, koska se saattaa joissakin tapauksissa vaikuttaa kielteisesti, poliisin toteuttamat koulukampanjat ovat kuitenkin edelleen yleisiä monissa jäsenvaltioissa.

### **Valikoiva ehkäisevä huumetyö**

Nyt kun useimmat jäsenvaltiot suosivat ja kehittävät valikoivia ehkäiseviä lähestymistapoja, yhä enemmän toimia on alettu keskittää haavoittuvassa asemassa oleviin ryhmiin. Nuorille rikoksentehtäjäille suunnattuja ohjelmia on toteutettu esimerkiksi Saksassa, Kreikassa, Luxemburgissa, Itävallassa, Suomessa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Useissa maissa (esimerkiksi Puola ja Slovakia) otetaan nyt haavoittuvassa asemassa olevat ryhmät yhä paremmin huomioon. Ruotsissa toiminta on lisääntynyt edellisiin vuosiin verrattuna selvimmin riskialttiiden esikouluikäisten lasten ja ulospäin oirehtivien koululaisten ohjelmissa. Näitä ohjelmia toteuttavien kuntien määrä on lähes kaksinkertaistunut. Norja on kehittämässä kansallista strategiaa, jonka tavoitteena on puuttua huumeiden ja alkoholin ongelmakäyttöön mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Strategiaan sisältyvät ehkäisevät toimet suunnataan erityisesti riskiryhmille. Muilla kuin huumeista pidättäytymiseen pohjautuvilla lähestymistavoilla voidaan vähentää tehokkaasti paitsi kulutusta myös käytön aloittamista ryhmissä, joissa esiintyy jo jonkin verran huumeidenkäyttöä.

Puolassa onkin käynnissä kansallinen ohjelma, jossa pyritään muuttamaan haavoittuvassa asemassa olevien tai äskettäin huumeidenkäytön aloittaneiden lasten huumeikäytymistä. Puolan ohjelman erityisenä tavoitteena on perheiden tukeminen huumeongelmien ratkaisemisessa. Tätä helpottaa se, ettei ohjelmassa tehtävä valikoiva ehkäisevä huumetyö kohdistu pelkästään huumeidenkäyttöön ja että siinä vältetään leimaamista; pikemminkin työssä keskitytään haavoittuvuuteen sen laajassa merkityksessä.

Yhä useammat jäsenvaltiot ovat ilmoittaneet kohdentaneensa toimia tiettyihin etnisiin ryhmiin valikoivaa ehkäisevää huumetyötä koskevan politiikkansa puitteissa. Neljä maata (Belgia, Saksa, Italia ja Luxemburg) on raportoinut uusista hankkeista tällä alalla. Italiassa monissa hankkeissa on korostuneesti esillä lasten, äitien ja maahanmuuttajaperheiden tai etnisiin vähemmistöihin kuuluvien perheiden suojeleminen. Luxemburgissa taas on nuorten ohella kiinnitetty erityistä huomiota maan suurimpaan maahanmuuttajayhteisöön ja sen kielellisiin ja sosiokulttuurisiin erityispiirteisiin.

### **Valikoiva ehkäisevä huumetyö kouluissa**

Valikoiva ehkäisevä huumetyö keskittyy yhä enemmän nuoriin, jotka ovat vaarassa keskeyttää koulunkäyntinsä ja/tai joilla ilmenee käyttäytymisongelmia. Esimerkiksi Italiassa noin 15 prosenttia ehkäisytoimista kouluissa kohdistuu haavoittuvassa asemassa oleviin oppilasryhmiin (valikoiva ja kohdennettu ehkäisytyö). Kouluissa tehtävän valikoivan ehkäisevän huumetyön pääasiallisena kohderyhmänä ovat oppilaat, joilla on sosiaalisia käyttäytymisongelmia, kouluvaikeuksia tai vaikeaa perhetilanne. Toisena tärkeänä kohderyhmänä ovat maahanmuuttajaryhmiin ja etnisiin vähemmistöihin kuuluvat oppilaat. Koulumenestys ja poissaolot koulusta ovatkin hyviä mittareita huumeongelmien ennustamiseen, ja niitä seuraamalla tilanteeseen pystytään puuttumaan mahdollisimman varhain ja tehokkaasti.

Huumetyön ohjelmien pääpaino on useissa jäsenvaltioissa koulunkäynnin keskeyttämisen ehkäisemisessä. Storstrømin alueella Tanskassa toteutetun HUP-hankkeen tavoitteena on lisätä keskimääräistä koulun loppuunsaamisastetta 75 prosentista lähemmäs kansallista 95 prosentin tavoitetta keskittämällä toimet haavoittuvassa asemassa oleviin oppilaisiin. Samanlaisia hankkeita on ollut käynnissä Irlannissa, Portugalissa (47 hanketta), Romaniassa (yksi hanke) ja Norjassa (opettajille laaditut esitteet). Koulunkäynnin keskeyttämisen vähentäminen on yksi Irlannin kansallisen huume-strategian virallisista tavoitteista. Koulunsa keskeyttäneiden määrää pyritään vähentämään kymmenen prosenttia lukuvuoden 2005/2006 luvuista LDTF:n (paikallisen huumetyöyksikön) alueella. Maltassa suurimmassa riskiryhmässä oleville oppilaille on suunnattu valikoivia ehkäisevän huumetyön ohjelmia, ja



Ranskan ja Slovakian kouluissa tarjotaan psykologisia neuvontapalveluja, jotka edellyttävät hoitoon ohjaamista (tai hakeutumista).

### Perhelähtöinen ehkäisevä huumeetö

Perhelähtöisen ehkäisevän työn parantaminen ja tehostaminen on entistä tärkeämpää nyt, kun huumeidenkäytön aloittavien lasten määrä lisääntyy jatkuvasti. Esimurrosikäisten ryhmässä perheen vaikutus on voimakkaampi kuin ikätovereiden. Perheen rooli turvallisten rajojen asettamisessa lapselle ja lapsen tukemisessa on ehkäisevän huumeetön kannalta tärkeämpää kuin tiedon jakaminen huumeista.

EU:ssa perhelähtöinen ehkäisytyö on muuttumassa yhä kohdennetummaksi ja tarvepohjaisemmaksi. Monissa jäsenvaltioissa (Saksa, Espanja, Irlanti, Italia ja Yhdistynyt kuningaskunta) on havaittu, että laitosten voi olla vaikeaa saada yhteyttä ongelmaperheisiin. Yhdistyneen kuningaskunnan FRANK-kampanjassa onkin kehitetty huume- ja alkoholityön toimintaryhmille sekä ehkäisevää huumeetötä tekeville toimenpidepaketti, jota nämä voivat käyttää perheiden tavoittamisessa. Useissa muissa jäsenvaltioissa on käynnissä riskiryhmään kuuluville perheille suunnattuja valikoivan ehkäisevän huumeetön ohjelmia. Ohjelmissa käytetään monenlaisia keinoja riskiperheiden houkuttelemiseksi avun piiriin (esimerkiksi elintarvikeapu, rahalliset kannustimet, lastenhoito). Ne perustuvat useimmiten Kumpferin perheiden tukiohjelmaan (Strengthening Families Program) (Kumpfer *et al.*, 1996).

Perheiden tukiohjelmia on nyt käynnissä Espanjassa (Palma de Mallorca ja Barcelona), Alankomaissa (kaksi kaupunkia, arviointitutkimus) ja Ruotsissa (kaksi kaupunkia). Ohjelmaan liittyvä koulutus on aloitettu Irlannin ohella Italiassa, jossa ohjelmaa aiotaan levittää useisiin kaupunkeihin. Norjassa samantyyppistä MST-ohjelmaa arvioidaan parhaillaan satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa. Näillä valikoivilla perhelähtöisillä ohjelmilla on samoja piirteitä kaikissa jäsenvaltioissa, joissa niitä on sovellettu.

Laiminlyötyjen lasten ja häiriintyneissä perheissä kasvavien nuorten auttamiseksi on meneillään ohjelmia Puolassa ja joissakin Itävallan maakunnissa. Niitä toteutetaan paikallisissa yhteisötiloissa, kuten sosiaaliterapeuttisissa toimintakeskuksissa, kasvatuslaitoksissa, nuorisokerhoissa ja ehkäisytyön keskuksissa.

Muutamissa maissa yhä enemmän toimia on kohdistettu alkoholistien lapsiin (Belgia, Saksa, Itävalta). Muualla pääpaino on edelleen huumeidenkäyttäjien lapsissa.

### Yhteisökeskeinen ehkäisevä huumeetö

Useimpia valikoivan ehkäisytyön ohjelmia ohjataan paikallistasolta. Tämä johtuu osittain siitä, että mukana

olevia eri sosiaalipalveluja koordinoidaan yleensä juuri tällä tasolla. Paikallisyhteisö on kuitenkin luonnollinen yksikkö olosuhteita koskevien strategioiden toteutuksessa maissa, joissa paikallisyhteisöillä on sekä kykyä että halua soveltaa paikallisia normeja. Yhteisökeskeinen valikoiva ehkäisytyö on tavallista Pohjoismaiden lisäksi Belgiassa, Alankomaissa, Puolassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, ja se on yleistymässä myös niissä maissa, joissa tätä lähestymistapaa ei ennen ole juurikaan käytetty (Ranska, Italia, Unkari, Portugali).

Olosuhteita koskevat paikalliset ehkäisystrategiat tarjoavat hyvän lähtökohdan tehokkaille ehkäisevän huumeetön ohjelmille asettamalla laillisten huumeainesten saatavuutta ja kulutustapoja koskevia paikallistason normeja ja optimoimalla paikallisia palveluja.

### Ehkäisevän huumeetön laadunvalvonta

Laadunvalvonta on ehkäisevässä huumeetössä entistä tärkeämpää, etenkin kun monet jäsenvaltiot ovat siirtäneet ehkäisevään työhön liittyviä toimivaltuuksia ja vastuuta paikallistasolle (Tanska, Italia, Alankomaat, Puola, Portugali ja Slovenia) ja/tai delegoineet vastuun ehkäisevästä huumeetöstä kansalaisjärjestöille tai puolitsenäisille yhdistyksille (Belgia, Saksa, Ranska, Unkari ja Suomi). Joissakin jäsenvaltioissa on laadittu strategioita yhteisten laatuvaatimusten, standardien ja teknisten neuvontapalvelujen tarjoamiseksi paikallistasolla. Ne tukevat kouluja tai yhteisöjä koulupolitiikan kehittämisessä (Belgia, Tanska, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta), riittävien ehkäisevän huumeetön ohjelmien toteutuksessa ja vähimmäislaatuvaatimusten noudattamisen varmistamisessa (Tanska, Ranska, Liettua, Unkari, Slovakia, Yhdistynyt kuningaskunta, Romania ja Norja).

Kreikka ja Itävalta ovat jo ehtineet määritellä vaatimuksia ehkäisytyöstä vastaavien laitosten tai ehkäisytyön ammattilaisten valtuuttamista varten.

## Hoitotyö ja haittojen vähentämiseen tähtäävä työ

EMCDDA:n tiedonkeruu huumeongelman haittojen vähentämiseen tähtäävistä toimista ja hoitomuodoista pohjautuu seuraaviin keskeisiin EU:n välineisiin:

- EU:n huumestrategia vuosiksi 2005–2012 ja ensimmäinen toimintasuunnitelma vuosiksi 2005–2008; näissä asiakirjoissa määritetään kansallisen politiikan puitteet ja esitetään yksityiskohtaisia suosituksia jäsenvaltioissa toteutettavista toimista, joilla pyritään ehkäisemään huumeidenkäyttöä ja parantamaan hoitopalvelujen sekä haittojen vähentämiseen tähtäävien palvelujen saatavuutta ja laatua.

- 18. kesäkuuta 2003 annettu neuvoston suositus <sup>(31)</sup>, jossa esitetään lisäsuosituksia toimenpiteiksi, joita jäsenvaltioiden tulisi harkita huumeriippuvuuteen liittyvien terveyshaittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi sekä terveydensuojelun korkean tason turvaamiseksi. Suositus vahvistettiin ottamalla se EU:n toimintasuunnitelman tavoitteeksi 14.

Strategian toteutusasteen arvioimiseksi on tärkeää määrittää palvelutarjonnan taso sekä se, miten laajasti palveluja käytetään. Ennen kaikkea tarvitaan kuitenkin luotettavia arvioita palvelujen kattavuudesta eli siitä, missä määrin kohderyhmät ovat päässeet hoitotoimenpiteiden ja haittojen vähentävien toimenpiteiden piiriin. Näin voidaan arvioida toimintasuunnitelman tavoitteiden toteutumista ja luoda asianmukainen perusta strategian vaikutusten arvioinnille.

EMCDDA tukee koko kahdeksanvuotisen strategian toteutuksen ajan komissiota arviointiprosessissa tuottamalla sille tietoa EU:n keskeisistä epidemiologisista indikaattoreista sekä kehittämällä ja ottamalla käyttöön erilaisia tiedonkeruuvälineitä, joiden avulla voidaan selvittää palvelutarjontaa sekä hoitopalvelujen ja haittojen vähentämiseen tähtäävien palvelujen käyttöä. Standardoitu raportointi hoitopalveluista on varsin rajallista verrattuna siihen, miten selkeä yleiskuva epidemiologisesta tilanteesta on pystytty muodostamaan kehittämällä ja soveltamalla EMCDDA:n johdolla indikaattoreihin pohjautuvaa seurantaa.

## Opioidikorvaushoito

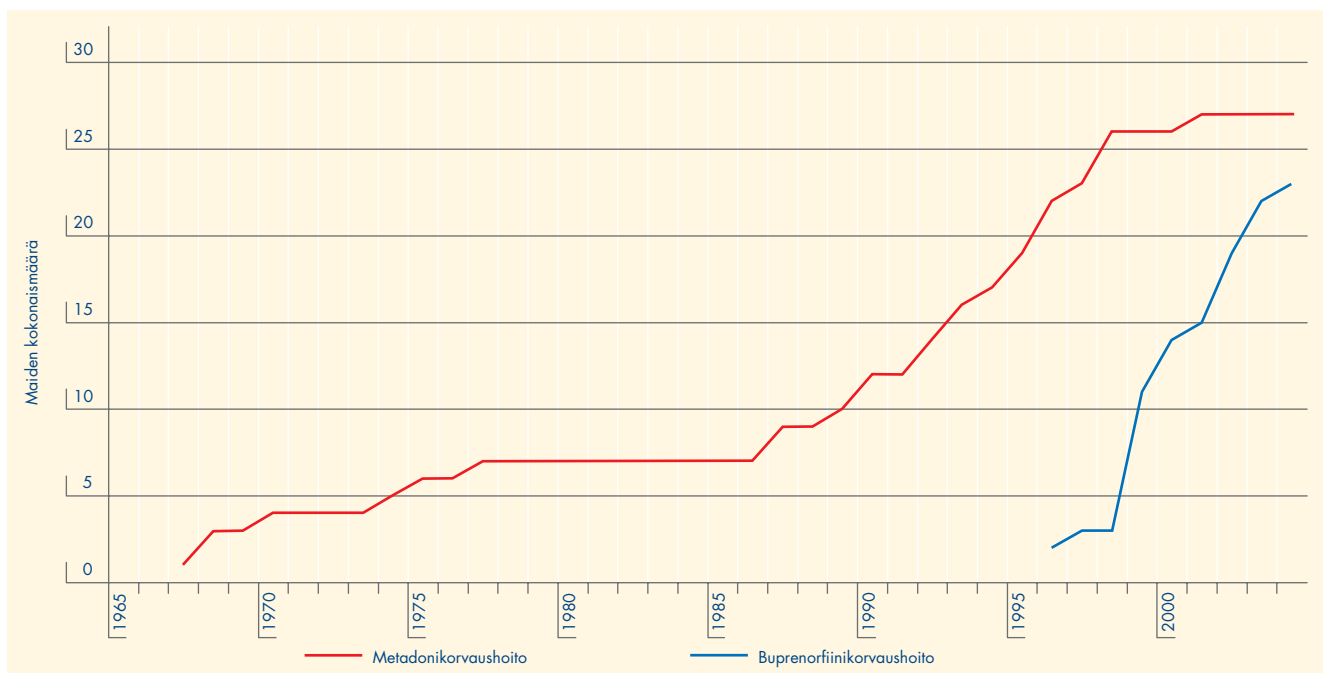
EU:ssa heroisiin käyttäjien metadoniylläpitohoito aloitettiin ensin Ruotsissa (vuonna 1967) ja sen jälkeen Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (vuonna 1968) sekä Tanskassa (1970), mutta sen käyttö oli vähäistä monien vuosien ajan.

Kun HIV-epidemian laajuus Länsi-Euroopan maiden huumeidenkäyttäjien keskuudessa selvisi, hoidon tavoitteet ja lähestymistavat alkoivat monissa maissa hiljalleen muuttua. Aiemmin ensisijaisena tavoitteena pidetyn huumeista pidättäytymisen sijasta interventioissa alettiin painottaa huumeidenkäyttöön liittyvien haittojen vähentämistä. Toistuvien hoitokertojen tarve ymmärrettiin ja ylläpito-hoidon edut tunnustettiin opioidien käyttäjien ja samalla koko yhteiskunnan terveydentilan ja sosiaalisen tilanteen tasapainottumisen ja paranemisen kannalta.

Metadonikorvaushoidon käyttö hoitomuotona yleistyi nopeasti 1980-luvun loppupuolella. Vuoteen 2001 mennessä se oli otettu käyttöön 24 EU-maassa sekä Bulgariassa, Romaniassa ja Norjassa (kaavio 1). Mittakaavassa ja kattavuudessa on kuitenkin suuria eroja maiden välillä (katso luku 6).

Oikeusperusta buprenorfiinia sisältävien lääkkeiden käytölle heroini-riippuvuuden hoidossa vahvistettiin aluksi vain yhdessä EU:n jäsenvaltiossa vuonna 1996 (katso vuosiraportti 2005, buprenorfiinia käsittelevä erityiskysymys). Nyt buprenorfiinia on saatavilla ja sitä käytetään

**Kaavio 1:** Metadoni- ja buprenorfiinikorvaushoidon käyttöönotto EU:n jäsenvaltioissa, ehdokasvaltioissa ja Norjassa



Lähteet: Kansalliset seurantakeskukset.

<sup>(31)</sup> Neuvoston suositus 2003/488/EY.



suurimmassa osassa jäsenvaltioita. Koska buprenorfiinia valvotaan YK:n huumeyleissopimusten alaisen lievemmän järjestelmän mukaisesti, mailla on enemmän mahdollisuuksia sen määräämiseen korvaushoidoksi. Joissakin maissa tämä hoitovaihtoehto on kasvattanut nopeasti hoitoon hakeutuvien asiakkaiden määrää. Antagonistihoidon ohella tutkitaan nyt uusia lääkehoitomuotoja, ja tutkimuksen painopiste on siirtymässä hoitoratkaisujen kehittämiseen kokaiinin ja crack-kokaiinin käyttäjille, joista monet käyttävät tai ovat aiemmin käyttäneet myös heroiniä (katso myös luku 5).

Arvioiden mukaan yli puoli miljoonaa opioidien käyttäjää sai EU:ssa korvaushoitoa vuonna 2003. Määrä vastaa kolmannesta opioidien ongelmakäyttäjistä, joita nykyisin arvioidaan olevan 1,5 miljoonaa (EMCDDA, 2005a). Uusien jäsenvaltioiden ja ehdokasvaltioiden osuus Euroopan alueella korvaushoidossa olevista asiakkaista on hyvin pieni, mikä voi osittain johtua opioidien vähäisestä käytöstä näissä maissa. Vaikka näissä maissa on yleensä tarjolla vähän korvaushoitoa, Virossa, Liettuassa ja Bulgariassa on havaittavissa merkkejä noususuuntauksesta.

Toimitettujen tietojen mukaan metadonihoidon tarjonta on muutamissa maissa edelleen kasvanut. Hoitoa saavien asiakkaiden määrä on vakiintunut tai laskenut kahdeksassa maassa <sup>(32)</sup>, joista neljällä – Tanskalla, Espanjalla, Maltalla ja Alankomailla – on pitkä kokemus heroiniin käytöstä, ja metadonikorvausohjelmiin on helppo hakeutua. Neljässä muussa maassa eli Latviassa, Unkarissa, Puolassa ja Romaniassa metadonikorvaushoidon maantieteellinen kattavuus on yleensä heikko, ja paikoitellen hoitoon joudutaan jopa jonottamaan.

On vaikea sanoa, onko metadonihoidon saavien asiakkaiden määrä laskenut siksi, että asiakkaat siirtyvät buprenorfiinihoitoon, aina kun sitä on saatavilla. Kansallisella tasolla ei useinkaan ole selvää, missä määrin yleislääkärit vastaavat huumeriippuvuuden hoidosta.

### Huumeriippuvuushoitosten tarjonta ja muodot

Kansallisten koordinoitavien piirissä vuonna 2005 tehdyssä kyselytutkimuksessa arvioitiin hoitotarjonnan yleisiä piirteitä Euroopassa. Kansallisilta asiantuntijoilta kysyttiin, annetaanko opioidien käyttäjille enemmän lääkkeitöntä hoitoa vai lääkehoitoa vai ovatko molemmat hoitomuodot yhtä hallitsevia.

Kyselyn tulokset osoittivat lääkehoidon olevan selvästi suosittumpaa, ja yleisin siinä käytetty aine on metadoni (paitsi Tšekissä ja Ranskassa; lisätiedot, katso luku 6). Tulosten mukaan huumeriippuvaisia hoidetaan useimmissa maissa enimmäkseen avohoidossa – vain Latviassa ja

Turkissa tarjotaan pääasiassa laitoshoitoa. Perinteiset psykoterapeuttiset hoitomuodot (psykodynaaminen terapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia, systeeminen terapia / perheterapia tai hahmoterapia) ovat yleisimpiä avohoidon menetelmiä Irlannissa, Latviassa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa, Bulgariassa ja Turkissa. Yhdeksän maata ilmoitti käyttävänsä enimmäkseen ”tukevia” menetelmiä (esimerkiksi neuvonta, sosiaaliskasvatus, ympäristöterapia, motivoiva haastattelu, rentoutusmenetelmät ja akupunktio), ja kymmenessä maassa avohoidossa yhdistellään näitä eri menetelmiä.

Laitoshoidossa 12-vaiheista Minnesota-terapiamallia käytetään yleisesti hoitomallina Irlannissa, Liettuassa, Unkarissa ja Turkissa. Kuudessa maassa suositaan hoitona psykoterapeuttisia hoitomuotoja, viidessä maassa ”tukevia” menetelmiä ja kymmenessä maassa näiden kaikkien yhdistelmiä.

Viime vuosikymmenen ja vielä selvemmin viiden viime vuoden aikana monet Euroopan maat ovat siirtyneet ”avoimempaan” hoitopolitiikkaan laajentamalla korvaushoitosten tarjontaa ja poistamalla hoitopäätösten rajoituksia. Koskaan aikaisemmin hoitojärjestelmän piirissä ei ole ollut näin suurta määrää huumeidenkäyttäjiä. Monet – mutta eivät kuitenkaan kaikki – asiakkaat tarvitsevat tukea myös riippuvuushoidon ulkopuolella, ja moni näyttää tarvitsevan matalan kynnyksen hoidon lisäksi merkittävästi muuta tukea kuntoutumiseensa.

### Haittojen vähentäminen

Kun asiakkaiden tavoittamisesta ja yhteydenpidosta asiakkaisiin tuli itsenäinen päämäärä, kenttätyö ja matalan kynnyksen palvelut saivat enemmän tukea ja tunnustusta. Monissa jäsenvaltioissa niistä on tullut olennainen osa kokonaisvaltaista hoitoratkaisua. Euroopassa on nähtävissä keskenään hyvin samankaltaisia hoitoprofiileja huumekeuholemien vähentämiseksi ja tartuntatautiin leviämisen ehkäisemiseksi huumeidenkäyttäjien keskuudessa (katso myös luku 7).

Huumekeuholemien vähentäminen otettiin Euroopan huumeepoliittiseksi tavoitteeksi ensimmäisen kerran kuusi vuotta sitten, ja se kuuluu myös EU:n nykyisen toimintasuunnitelman tavoitteisiin <sup>(33)</sup>. Viime vuosina yhä useammat maat ovat sisällyttäneet strategiaansa suoran viittauksen huumekeuholemien vähentämiseen yhtenä kansallisen politiikkansa tavoitteista. Vuosina 2004 ja 2005 tällaisia strategioita laati kahdeksan uutta maata (joten maita on 15). Kansallisen politiikan rinnalla ovat yleistymässä kaupunkitasolla sovellettavat täydentävät

<sup>(32)</sup> Katso taulukko NSP-7 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(33)</sup> Vuosiksi 2005–2008 laaditun EU:n toimintasuunnitelman tavoitteessa 17 asetetaan erityistavoitteeksi huumeainekuolemien vähentäminen toiminnan kaikilla tasoilla erityisesti tähän tarkoitukseen suunniteltujen toimenpiteiden avulla.

### Vankiloissa oleviin huumeidenkäyttäjiin kohdistuvat toimet ja interventiot uusissa jäsenvaltioissa

Tässä esitettävät tiedot perustuvat EMCDDA:n ja WHO:n Euroopan aluetoimiston yhteiseen tiedonkeruuhankkeeseen, joka toteutettiin vuonna 2005. <sup>(1)</sup>

Useimmat uusista jäsenvaltioista ilmoittavat tekevänsä huumeetestausta vankiloissa. Maiden huumeetestaustärjestelmissä on kuitenkin eroja. Uudet vangit testataan tulovaiheessa vain Tšekissä, Maltassa ja Sloveniassa. Malta ja Slovenia ovat myös ainoat maat, joissa vangit testataan, ennen kuin he pääsevät lomille. Satunnaisia huumeetestejä tehdään kaikissa vankiloissa Tšekissä, Maltassa, Sloveniassa ja Slovakiassa ja alle puolessa vankiloista Unkarissa.

Uusien jäsenvaltioiden vankiloissa toteutettavissa interventioissa noudatetaan pääasiallisesti lääkkeettömän hoidon lähestymistapaa, mutta näiden interventioiden kattavuus on puutteellinen. Psykologiseen tukeen yhdistettyä lääkkeetöntä hoitoa on ilmoitusten mukaan saatavilla alle puolessa vankiloista Tšekissä, Virossa, Liettuassa, Unkarissa, Puolassa ja Slovakiassa. Useimmissa maissa on huumeettomia osastoja, mutta ainoastaan Tšekki ja Slovenia ovat ilmoittaneet, että niitä on yli puolessa vankiloista. Lääkkeiden avulla toteutettavaa lyhytkestoista vieroitusta on saatavilla laajemmin (kaikissa vankiloissa Latviassa, Unkarissa, Maltassa, Sloveniassa ja Slovakiassa).

Uusissa jäsenvaltioissa niiden vankien määrä, joilla on mahdollisuus saada antagonistilla annettavaa hoitoa ja korvaushoitoa, on yleisesti katsoen alhainen. Antagonisteilla

annettavaa hoitoa ei hätätapauksia lukuun ottamatta tarjota ilmeisesti lainkaan, ja vain harva maa (Unkari, Malta, Puola ja Slovenia) on ilmoittanut tarjoavansa korvaushoitoa akuuttiin vieroitushoitoon vankiloissa. Huumeisiin liittyvät vapauttamista edeltävät interventiot ovat muodoltaan lähinnä neuvontaa ja tiedotusta (Tšekissä, Latviassa, Liettuassa, Unkarissa, Puolassa, Sloveniassa ja Slovakiassa). Korvaushoitoa tarjotaan vapauttamista edeltävänä interventiona kaikissa vankiloissa Sloveniassa ja alle puolessa vankiloista Puolassa.

Vain harvat uusien jäsenvaltioiden vankilat ovat ilmoittaneet huumeiden injektioikäyttäjille tarjottavista haittojen vähentämiseen tähtäävistä toimista. Yhdessäkään uudessa jäsenvaltiossa neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmaa ei ole vankilassa, ja vain Viro, Liettua ja Slovenia ovat ilmoittaneet tarjoavansa desinfiointiainetta ruiskujen puhdistamiseen. Vankiloissa kuitenkin torjutaan huumeisiin liittyviä tartuntatauteja. B-hepatiittirokotuksia on saatavilla kaikissa vankiloissa kuudessa uudessa jäsenvaltiossa (Tšekissä, Virossa, Unkarissa, Maltassa, Sloveniassa ja Slovakiassa), ja viisi maata (Tšekki, Liettua, Puola, Slovenia ja Slovakia) on ilmoittanut tarjoavansa antiviraalista hoitoa C-hepatiittipositiivisille vangeille kaikissa vankiloissa. Kaikki uudet jäsenvaltiot ovat ilmoittaneet tarjoavansa antiretroviraalista hoitoa HIV-positiivisille vangeille. <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Tietoja ovat toimittaneet Tšekki, Viro, Latvia, Liettua, Unkari, Malta, Puola, Slovenia ja Slovakia. Aihetta käsitellään tarkemmin julkaisussa EMCDDA (2005c).

<sup>(2)</sup> Kypros ei ole toimittanut tietoja.

lähestymistavat: useissa pääkaupungeissa (kuten Ateenassa, Berliinissä, Brysselissä, Lissabonissa ja Tallinnassa), mutta myös laajemmilla taajama-alueilla (esimerkiksi Irlannin itäosassa Dublinin seudulla), on suunniteltu omia strategioita huumekuolemien vähentämiseksi. Tšekissä, Italiassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on paikallis- tai aluetason politiikkaa, ja Bulgariassa yhdeksän kaupunkia on laatinut strategioita paikallisella tasolla.

Tartuntatautien leviämisen ehkäiseminen on nykyisessä strategiassa yhtä tärkeä päämäärä kuin Euroopan unionin edellisessäkin huumestrategiassa ja toimintasuunnitelmassa, ja se täsmennetään vuosiksi 2005–2008 laaditun toimintasuunnitelman tavoitteessa 16. Tämä osoittaa, miten tärkeänä Euroopan hallitukset ja komissio edelleen pitävät puuttumista huumeidenkäytön aiheuttamiin terveysvaikutuksiin. <sup>(34)</sup>

Norja ja suurin osa EU-maista ovat ilmaisseet selkeästi kantansa tartuntatautien ehkäisyyn huumeidenkäyttäjien keskuudessa, ja ne ovat joko sisällyttäneet kansalliseen

huumestrategiaansa tartuntatautien ehkäisemisen konkreettisia tavoitteita tai tehtäviä tai laatineet erillisen poliittisen muistion, jossa eritellään, miten tartuntatauteja aiotaan ehkäistä huumeidenkäyttäjien piirissä (Espanja, Latvia, Luxemburg, Ruotsi). Muutamat jäsenvaltiot (Viro, Ranska, Yhdistynyt kuningaskunta) ovat tehneet kumpaakin. Malta ja Itävalta aikovat suunnitella erityiset toimintalinjat lähestymistapaansa varten tällä alalla.

Saksassa ja Kreikassa kansalliseen huumestrategiaan sisältyy konkreettisia toimia tartuntatautien leviämisen ehkäisemiseksi, vaikka tartuntatautien ehkäisyä ei olekaan nimenomaisesti määritelty ohjelman tavoitteeksi.

Nämä tartuntatautien ehkäisemistä koskevat strategiat ovat useimmissa tapauksissa melko äskettäisiä, ja muutamissa maissa ne on hyväksytty samoihin aikoihin kuin EU:n edellinen huumestrategia (2000–2004), jossa tartuntatautien esiintyvyyden vähentäminen huumeidenkäyttäjien keskuudessa otettiin ensimmäisen kerran Euroopan laajuiseksi tavoitteeksi.

<sup>(34)</sup> Tartuntatautien ehkäisemiseen viitataan nimenomaisesti vuosiksi 2005–2008 laaditun toimintasuunnitelman tavoitteessa 16. Sen tavoitteessa 14 suositellaan, että jäsenvaltiot panevat täytäntöön vuonna 2003 hyväksytyyn neuvoston suosituksen huumeaineiden väärinkäyttöön liittyvien terveyshaittojen ehkäisemisestä ja vähentämisestä (neuvoston suositus 2003/488/EY). Komissio aikoo vuonna 2007 laatia tämän suosituksen täytäntöönpanosta raportin, johon sisällytetään poliittisilta päättäjiltä ja Reitoxin kansallisilta koordinointikeskuksilta kerätyt tiedot. Raporttia käytetään apuna EU:n huumestrategian arvioinnissa.

Kansallisten koordinoitukeskusten raporttien mukaan <sup>(35)</sup> kansallisten strategioiden tavoitteiden ja kohderyhmien välillä on Euroopan tasolla paljon synergiaa. Kohderyhminä ovat huumeiden injektioikäyttäjien lisäksi seksityöntekijät ja vangit. Etenkin Keski-Euroopan uusissa jäsenvaltioissa samoin kuin Norjassa on selkeästi kohdennettu tartuntatautien ehkäisytöitä myös nuoriin ja muihin kuin huumeiden injektioikäyttäjiin. Tanskan ja Viron poliisit ovat menneet vielä pidemmälle ulottamalla toimet niihin ryhmiin, jotka ovat läheisessä yhteydessä huumeidenkäyttäjiin.

Monissa EU-maissa, varsinkin Virossa, Espanjassa, Kyproksessa, Latviassa ja Liettuassa, tartuntatautien vähentämistä koskevat strategiat painottuvat selkeästi HIV:hen ja aidsiin. Kymmenen maan (37 %) tartuntatauteja koskevassa strategiassa mainitaan nimenomaisesti C-hepatiittitartunnan ehkäiseminen huumeidenkäyttäjien keskuudessa. <sup>(36)</sup> Irlanti käynnisti vuonna 2004

### Matalan kynnyksen keskuksien tärkeänä tiedonlähteenä

Matalan kynnyksen keskuksilla on keskeinen asema huumeidenkäyttäjien hoitopäätösten parantamisessa. Nämä keskuksat voivat toimia yhteispisteenä ja lääkintä- ja sosiaalipalvelujen tarjoamisen ympäristönä ”näkyvimmille”, vaikeasti tavoitettaville tai terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolelle ajautuneille huumeidenkäyttäjille.

Kaikilla matalan kynnyksen keskuksilla on käytössä jonkinlainen järjestelmä palvelujen tarjonnan dokumentointiin, ja niiden seuranta- ja raportointityö voi olla laajaakin, mutta tällainen toiminta liittyy lähinnä tilivelvollisuuteen rahoittaja kohtaan eikä niinkään sisäiseen laadunhallintaan tai palvelujen suunnitteluun ja arviointiin. Arvokas tieto jää liian usein keskuksien ulkopuolelle. Matalan kynnyksen palveluja hyödynnetään aivan liian vähän, kun otetaan huomioon, miten suuri merkitys niillä voisi olla huumeiden käyttötavojen, huumeidenkäytön suuntausten ja palvelujen saatavuuden seurannassa. Yhtenä suurimmista esteistä on kerätyn tiedon standardoimattomuus ja vertailukelvottomuus.

Haittojen vähentämiseen tärkeiden palvelujen tarjonnasta ja käytöstä saatavilla olevien tietojen laadun parantamiseksi tarvitaan tiedonkeruuväline, joka soveltuu keskuksien käyttöön ja joka samalla tuottaa merkittäviä tuloksia kansallista ja Euroopan tason seuranta varten. Ranskan, Irlannin, Unkarin ja Norjan kansallisten seurantakeskusten asiantuntijoiden tukema EMCDDA:n ja Correlation-verkoston yhteinen hanke on tämänsuuntainen aloite. Correlation-verkoston (European Network for Social Inclusion and Health, <http://www.correlation-net.org>) osallistuu valtiollisia järjestöjä ja kansalaisjärjestöjä 27:stä Euroopan maasta, ja sitä rahoitetaan Euroopan komission kansanterveysohjelmasta (terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosasto).

konsultointiprosessin, jonka yhteydessä laadittiin tällainen strategia, ja Saksassa annettiin uusia suosituksia tartuntatautien ehkäisemisestä ja hoidosta. Wienissä vuonna 2005 pidetty kansainvälinen konferenssi edisti Itävallassa ammatillista ja yleistä keskustelua tästä aiheesta.

Haittojen vähentämistä koskevat strategiat ovat olennainen osa EU:n nykyistä huumeidenvastaista työtä, ja palvelujen saatavuuden parantaminen terveyshaittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi on yksi vuosiksi 2005–2012 laaditun EU:n huumestrategian painopisteistä. EU:n huumestrategian tarjoamat yhteiset strategiset toimintapuitteet terveyshaittojen vähentämiseksi heijastuvat monen jäsenvaltion kansallisessa politiikassa ja tukevat näyttöön pohjautuvien ratkaisujen valtavirtaistamista tällä alalla.

Havaintojen mukaan ruiskujen saatavuuden seuranta parantui Euroopan tasolla vuonna 2004. Matalan kynnyksen keskuksien tarjoamien muiden tärkeiden palvelujen tarjonnasta, käytöstä ja kattavuudesta ei kuitenkaan useimmissa maissa kerätä juuri lainkaan kansallisen tason tietoja. Euroopan tilanteesta on vaikea saada kokonaiskuvaa. Tiedonsaannin parantamiseksi on käynnistetty hanke, jota esitellään laatikossa ”Matalan kynnyksen keskuksien tärkeänä tiedonlähteenä”.

### Kohdennettu hoito ja laadunvalvonta

EU:n nykyisessä toimintasuunnitelmassa pyritään myös laadukkaisiin hoitopalveluihin ja haittojen vähentämiseen tärkeisiin palveluihin.

Laadunvalvontavälineiden käyttö hoidon sekä haittojen vähentämisen suunnittelussa on tuottanut yhä kohderyhmäkohtaisempia palveluja, joissa on otettu huomioon esimerkiksi sukupuolten erilaiset tarpeet (katso myös sukupuolinäkökulmaa koskeva erityiskysymys).

Yhden ainoan kohderyhmän palvelemiseen erikoistuneet hoitoyksiköt tai -ohjelmat ovat yleisiä koko EU:ssa. Lapsille ja alle 18-vuotiaille nuorille on varattu 23 maassa omat hoitolaitoksensa; 18 maassa huumeidenkäyttäjiä, joilla on samanaikaisia psykiatrisia sairauksia, hoidetaan erityislaitoksissa; erityisesti naisille suunnattuja palveluja on saatavilla kaikissa muissa maissa paitsi Kyproksessa, Latviassa, Liettuassa, Bulgariassa ja Turkissa. Maahanmuuttajaryhmiin tai tiettyä kieltä puhuviin ryhmiin kuuluvien tai tiettyjä uskontoja tai kulttuureja edustavien huumeidenkäyttäjien tarpeisiin suunnitellut palvelut ovat harvinaisempia, mutta niistä raportoivat Belgia, Saksa, Kreikka, Espanja, Liettua, Alankomaat, Suomi, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta.

<sup>(35)</sup> Analyysi perustuu suurelta osin jäsenneillä kyselylomakkeella (SQ 23) toimitettuihin kansallisiin raportteihin, jota on päivitetty kansallisten koordinoitukeskusten raporteista saaduilla tiedoilla.

<sup>(36)</sup> Muun muassa Ranska ja Englanti ovat laatineet täysimittaiset C-hepatiitin ehkäisystrategiat: *Plan National Hépatites Virales C et B (2002–2005)* (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>) ja *Hepatiitis C: Action Plan for England, 2004* (<http://www.dh.gov.uk/>).

Kannabiksen tai kokaiinin käyttäjiin erikoistuneita yksiköitä on 13 maassa, ja kahdeksan maata on ilmoittanut tarjoavansa näille ryhmille erityisiä hoito-ohjelmia. Useimmissa näistä maista tällaisia palveluja on kuitenkin heikosti saatavilla, ja niihin on vaikea päästä. Samantapaisista amfetamiinin käyttäjille suunnatuista erityisohjelmista raportoivat Espanja, Slovakia ja Yhdistynyt kuningaskunta.

Muita hoidon ja hoivan laatua parantavia konkreettisia toimenpiteitä ovat asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi, erikoislääkärin palvelujen välitys (esimerkiksi samanaikaisten sairauksien hoito) ja tilannekartoituksen tekeminen ennen asiakkaan ohjaamista hoitoon. Näiden toimenpiteiden avulla asiakkaiden profiilit voidaan sovittaa paremmin yhteen hoitotarjonnan kanssa. Näin asiakkaat pysyvät hoidossa pidempään ja hoidon teho paranee.

Hoitovaihtoehtojen yleisestä monipuolistumisesta huolimatta joidenkin huumeidenkäyttäjryhmien sitouttaminen hoitoon on edelleen haaste huume palvelujen työntekijöille, etenkin jos käyttäjällä on pitkäaikaisia ja kroonisia ongelmia. Kenttätyö ja matalan kynnyksen toimenpiteet ovat yleisiä keinoja näiden vaikeasti tavoitettavien ryhmien saavuttamiseen. Hieman kiistanalaisempia lähestymistapoja ovat valvotut piikitystilat, joita muutamissa maissa on perustettu lähinnä huumeiden injektioikäyttäjille, mutta viime aikoina samantyyppisiä tiloja on avattu myös crack-kokaiinin tai heroiinin polttoa varten (katso EMCDDA, 2004c). Toinen kiistakapula palvelujen kehittämisen ja kokeilun alalla on heroiini, jota tietyissä maissa on käytetty apuaineena korvaushoidossa. Vaikka heroiinihoito on muihin hoitovaihtoehtoihin verrattuna edelleen hyvin harvinaista, joidenkin tutkimusten perusteella siitä voi olla hyötyä asiakkaille, joille metadoniyliläpitohoito ei ole tuottanut tulosta. Esimerkiksi Saksassa äskettäin tehdyssä satunnaistetussa kontrolloidussa kokeessa (Naber ja Haasen, 2006) heroiinihoidosta saatiin positiivisia tuloksia sekä kansanterveyden että laittomien huumeaineiden käytön vähenemisen alalla. Euroopassa ei kuitenkaan ole saavutettu selkeää yksimielisyyttä tämän lähestymistavan kustannuksista eikä hyödyistä, ja se on yhä aihe, josta käydään vilkasta poliittista ja tieteellistä keskustelua.

Hoidon saatavuuden ja laadun parantuaessa toiminnan painopiste on joissakin Euroopan kaupungeissa siirtynyt huumeidenkäytön vaikutusten vähentämiseen yhteisöissä. Määrätietoisella kenttätyöllä ja houkuttelevilla matalan kynnyksen palveluilla on saatu aikaan lupaavia tuloksia joissakin paikallisissa hankkeissa (katso "Haittojen vähentämistä koskevat lähestymistavat", luku 5). Niistä

voidaan omaksua arvokkaita ja tehokkaita toimintamalleja, joita voidaan käyttää laajemminkin yhteyksien luomisessa syrjäytyneisiin ryhmiin ja näiden ryhmien ohjaamisessa hoitoon.

"Turvallisempien" korvaushoitotuotteiden (tuotteiden, jotka eivät niin helposti kulkeudu pimeille markkinoille) kehittäminen johtaa luultavasti huumeriippuvuuden hoidon siirtymiseen yhä enemmän yleislääkärien vastuulle. Tässä on kyse normaalitumisprosessista, joka mahdollistaa huumeriippuvuuden hoitamisen diabeteksen kaltaisena kroonisena sairautena.

Joidenkin maiden ilmoitusten mukaan korvaushoidon antaminen suurelle määrälle heroiinin käyttäjiä lisää vastaavasti tuen kysyntää sosiaalisessa kuntoutuksessa, etenkin työpaikkojen kysyntää. Nykyisessä taloudellisessa tilanteessa monilla mailla saattaa olla vaikeuksia vanhojen heroiinikäyttäjien kuntouttamisessa takaisin työelämään, vaikka heidän tilansa olisikin vakiinnutettu ylläpitohoidolla. Tilannetta pahentaa tämän ryhmän korkea sairastuvuusaste.

## Sosiaalinen kuntoutus

Alan kirjallisuus ja jäsenvaltioista saadut tiedot ja luvut osoittavat kaikki samaan suuntaan: huumeidenkäyttäjien elämäntilanteet ovat paljon ongelmallisempia ja epävarmempia kuin tavallisen väestön. Kahdessa viimeisessä huumeaineita koskevassa EU:n toimintasuunnitelmassa sosiaalinen kuntoutus onkin ollut yksi keskeisistä tavoitteista huumeidenkäyttäjien terveyden ja sosiaalisen aseman parantamiseksi.

Toimintasuunnitelmassa vuosiksi 2005–2008 jäsenvaltioita kehoitetaan "parantamaan mahdollisuuksia osallistua kuntoutusohjelmiin ja yhteiskuntaan sopeutumista koskeviin ohjelmiin ja laajentamaan niitä". Vaikka sosiaaliset toimenpiteet eivät vielä ole yhtä vakiintuneita huumeiden ongelmakäytön ehkäisymuotoja kuin varsinainen hoito, alan ammattilaiset pitävät hoidon, terveydenhuollon ja sosiaalisten toimien yhdistelmää parhaana keinona huumeidenkäyttäjien kuntouttamiseksi.

Euroopassa sosiaalista kuntoutusta koskevia tietoja <sup>(37)</sup> on saatavilla vain niukasti. Pääasiassa tämä johtuu siitä, ettei tällä alalla juuri voida kerätä määrällistä tietoa. Suurin osa jäljempänä esitetyistä tiedoista perustuukin laadullisiin arvioihin jäsenvaltioiden politiikasta, aikaansaannoksista ja laadunvarmistuksesta. <sup>(38)</sup>

Niistä 28 maasta, joista saatiin tietoja <sup>(39)</sup>, 20 oli laatinut vuosina 2004 ja 2005 EU:n toimintasuunnitelman mukaisesti

<sup>(37)</sup> Sosiaalisen kuntoutuksen määritelmä kattaa kaikki yhteiskunnalliset tukitoimet, joilla entiset tai nykyiset huumeiden ongelmakäyttäjät pyritään palauttamaan osaksi yhteisöä. Sosiaalisessa kuntoutuksessa on kolme "osatekijää": 1) asunto, 2) koulutus sekä 3) työ (ja ammatillinen koulutus). Kuntoutukseen voi kuulua muitakin toimenpiteitä, kuten neuvontaa ja vapaa-ajan toimintaa.

<sup>(38)</sup> Lisätietoja: katso <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>.

<sup>(39)</sup> EU:n jäsenvaltioiden lisäksi Bulgaria, Romania, Turkki ja Norja; Virosta ei saatu lainkaan tietoja.

strategian huumeidenkäyttäjien sosiaalista kuntoutusta varten. Neljässä muussa maassa, joiden kansallisessa huumestrategiassa tai muissa huumeepoliittisissa asiakirjoissa ei nimenomaisesti mainita tätä ongelmaa, on kuitenkin käytössä alueellisia tai paikallisia strategioita; kolmessa maassa ei ole kumpikaan.

Varat sopeutukseen tulevat 11 maassa pääasiassa valtiolta, ja kahdeksassa maassa toimintaa rahoitetaan yleensä alueellisella tai paikallisella tasolla. Kahdeksassa muussa maassa rahoitus saadaan kummalta tahansa taholta, ilman että kumpikaan on selkeästi hallitseva, tai sairausvakuutusjärjestelmistä.

EU:n jäsenvaltioissa huumeiden ongelmakäyttäjät voivat saada sosiaalista kuntoutusta joko pelkästään huumeidenkäyttäjille varatuissa tai sosiaalisesti syrjäytyneille ryhmille tarkoitetuissa laitoksissa. Yksi oleellisista toimenpiteistä on asumisen järjestäminen. Yleisin huumeiden ongelmakäyttäjille tarjottu palvelumuoto on ”yleiset tukiasuntopalvelut” (21 maata); 18 maassa on järjestetty

pelkästään huumeidenkäyttäjille varattuja asumistiloja ja 13 maassa on yhdistetty nämä kaksi järjestelmää. On kuitenkin epäilty, etteivät kodittomat huumeidenkäyttäjät tosiasiallisesti pääse näiden palvelujen piiriin. Maiden raportoimia ongelmia ovat heikko saatavuus, paikallisten asukkaiden vastustus uusien tilojen huumeidenkäyttäjille tarjoamista kohtaan, asuntoloiden tiukat pääsyvaatimukset ja kodittomien ongelmakäyttäjien vaikeus noudattaa sääntöjä.

Pysyvän asunnon järjestäminen on kodittomille huumeiden ongelmakäyttäjille ensimmäinen askel kohti vakiintumista ja kuntoutumista. Euroopassa on noin 75 600–123 300 koditonta huumeiden ongelmakäyttäjää, kun mukaan lasketaan huumeiden ongelmakäyttäjien arvioitu määrä ja kodittomien osuus huumehoitoon hakeutuneista asiakkaista. Koska asumistiloja on nykyisin saatavilla useimmissa maissa ja koska muutamissa maissa otetaan jatkuvasti käyttöön uusia rakenteita, näiden toimenpiteiden vaikutus riippuu kokonaan siitä, miten pystytään varmistamaan palvelujen saattaminen kodittomien huumeidenkäyttäjien ulottuville.

### **Huumeidenkäyttö ja huumeongelmien käsittely sukupuolinäkökulmasta, EMCDDA:n vuosiraportti 2006: erityiskysymykset**

Huumeidenkäyttäjistä on yleisesti katsoen paljon suurempi osa miehiä kuin naisia. EU:n jäsenvaltioissa laittomien huumeiden käyttö on yleisempää miesten keskuudessa, mutta sen lisäksi miehet myös useammin kohtaavat ongelmia, hakevat hoitoa ja kuolevat huumeidenkäyttöön.

Tässä erityiskysymyksessä tarkastellaan huumeidenkäyttöä ja siihen liittyviä ongelmia sukupuolinäkökulmasta. Tärkeitä

käsiteltäviä kysymyksiä ovat muun muassa seuraavat: Mitä eroja miesten ja naisten välillä on huumeidenkäytössä; onko sukupuolten välinen kuilu kapenemassa? Miten jäsenvaltiot ovat kehittäneet sukupuolikohtaisia lähestymistapoja huumeidenkäytön ehkäisyyn, hoitoon, sosiaaliseen kuntoutukseen ja haittojen vähentämiseen? Ovatko sukupuolikohtaiset ratkaisut yhtä tärkeitä miehille ja naisille?

Tämä erityiskysymys on saatavilla painetussa muodossa ja Internetin kautta ainoastaan englanniksi: ”A gender perspective on drug use and responding to drug problems”, *EMCDDA annual report 2006: selected issues* (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## Luku 3

# Kannabis

### Tarjonta ja saatavuus

#### Tuotanto ja salakuljetus

Kannabis on edelleen maailmanlaajuisesti eniten tuotettu ja salakuljetettu laiton huumausaine (CND, 2006).

Kannabishartsia tuotetaan suuressa mittakaavassa vain muutamassa maassa, etenkin Marokossa, mutta myös Pakistanissa ja Afganistanissa. Kannabishartsin vuotuisen tuotannon määräksi maailmassa on arvioitu 7 400 tonnia (CND, 2006). Suurin osa EU:ssa käytetystä kannabiksesta on lähtöisin Marokosta, josta sitä salakuljetetaan Pyreneiden niemimaan kautta, mutta Alankomaat on toinen tärkeä jakelukeskus, josta huumetta kuljetetaan edelleen muihin EU-maihin. Marokossa harjoitettavasta kannabisruohon viljelystä tehtiin toinen tutkimus vuonna 2004, ja sen tulosten perusteella tuotanto on laskenut kymmenen prosenttia vuodesta 2003; tämä johtuu pääasiassa viranomaisten

#### Takavarikkojen ja muiden markkinatietojen tulkinta

Tietyissä maassa tehtyjä huumetakavarikkoja 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. Takavarikkojen lukumäärään sisältyy kaikissa maissa suuri osuus vähittäiskaupan tasolla tehtyjä pieniä takavarikkoja. 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.

puuttumisesta viljelyyn. Viljelty kokonaispinta-ala vuonna 2004 oli Rifin alueella 120 500 hehtaaria, ja tältä pinta-alalta on mahdollista tuottaa noin 2 760 tonnia kannabishartsia (UNODC ja Marokon hallitus, 2005).

EU:ssa takavarikoidun kannabishartsin alkuperämaina mainittiin vuonna 2004 Afganistan, Albania, Pakistan, Portugali, Senegal ja Keski-Aasian maat (Reitoxin kansalliset raportit, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Kannabisruohon maailmanlaajuisen tuotannon määräksi arvioitiin yli 40 000 tonnia vuonna 2003 (CND, 2005), ja alkuperämaita on eri puolilla maailmaa. EU:ssa vuonna 2004 takavarikoidun kannabisruohon on ilmoitettu olleen peräisin useista eri maista, lähinnä Alankomaista ja Albaniasta, mutta myös Angolasta, Etelä-Afrikasta, Jamaikalta ja Thaimaasta (Reitoxin kansalliset raportit, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006). Lisäksi kannabistuotteita viljellään ja tuotetaan paikallisesti (sisä- ja ulkotoiloissa) useimmissa EU:n jäsenvaltioissa.

#### Takavarikot

Koko maailmassa takavarikoitiin vuonna 2004 yhteensä 1 471 tonnia kannabishartsia ja 6 189 tonnia kannabisruohoa. Suurin osa kannabishartsista takavarikoitiin Länsi- ja Keski-Euroopassa (74 %) sekä Kaakkois-Aasiassa ja Lähi-idässä (19 %), kun taas kannabisruohoa takavarikoitiin suurimmat määrät Pohjois-Amerikassa (54 %) ja Afrikassa (31 %) (UNODC, 2006).

EU:ssa takavarikoitiin vuonna 2004 yhteensä 1 087 tonnia kannabishartsia noin 275 000 takavarikossa. Eniten takavarikkoja tehtiin edelleen Espanjassa (noin puolet kaikista takavarikoista ja noin kolme neljäsosaa EU:ssa takavarikoidusta kokonaismäärästä) ja sen jälkeen Ranskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. <sup>(40)</sup> Vaikka hartsitakavarikkojen lukumäärä koko EU:ssa laski vuosina 1999–2003, tietoja toimittaneissa maissa havaitut suuntauksat viittaavat takavarikkojen lisääntyneeseen EU:n tasolla vuonna 2004. <sup>(41)</sup> EU:ssa haltuun otetun hartsin

<sup>(40)</sup> Tämä on tarkistettava, sitten kun vuoden 2004 tiedot saadaan. Tiedot kannabistakavarikkojen lukumäärästä ja takavarikoidun kannabiksen määrästä vuonna 2004 puuttuivat Irlannin ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta; tiedot kannabistakavarikkojen määrästä vuonna 2004 puuttuivat Alankomaiden osalta. Arvioinnissa käytettiin vuodelta 2004 puuttuvien tietojen sijasta vuoden 2003 tietoja. Alankomaiden tiedot vuonna 2004 takavarikoiduista määristä olivat arvioita, eikä niitä voitu käyttää vuoden 2004 suuntauksien analysoinnissa.

<sup>(41)</sup> Katso taulukko SZR-1 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.



kokonaismäärä näyttää kasvaneen jatkuvasti vuosina 1999–2004, vaikka vuonna 2004 useimmat maat (paitsi Espanja) ilmoittivatkin määrän laskeneen. <sup>(42)</sup>

EU:ssa kannabisruohon takavarikot ovat vähentyneet; vuonna 2004 tehtiin noin 130 000 takavarikkoa, joista suurin osa Yhdistyneessä kuningaskunnassa; takavarikoitu määrä oli 71 tonnia. <sup>(43)</sup> Kannabistakavarikkojen lukumäärä EU:ssa on kasvanut tasaisesti vuodesta 1999 lähtien <sup>(44)</sup>, vaikkakin takavarikoidut määrät ovat vähentyneet vuodesta 2001 lähtien kaikissa maissa, joista on saatu tietoa. <sup>(45)</sup> Tämä on kuitenkin vasta alustava arvio, koska Yhdistyneen kuningaskunnan tietoja vuodelta 2004 ei ole vielä saatu.

EU:ssa ja ehdokasvaltioissa vuonna 2004 tehdyissä noin 12 800 takavarikossa otettiin haltuun noin 22 miljoonaa kannabiskasvia ja 9,5 tonnia kasveja. Suurimmat määrät takavarikoitiin Turkissa. <sup>(46)</sup> Kannabiskasvitakavarikkojen lukumäärä on kasvanut vuodesta 1999 lähtien, ja tietoja raportointeiden maiden ilmoitusten perusteella kasvu jatkui vuonna 2004.

### Hinta ja pitoisuus

Vuonna 2004 kannabishartsin keskimääräinen vähittäishinta EU:ssa vaihteli Portugalin 2,3 eurosta Norjan yli 12 euroon grammalta, ja kannabisruohon hinta vaihteli Portugalin 2,7 eurosta Maltan 11,6 euroon grammalta. Suurin osa maista ilmoitti kannabistuotteiden hinnaksi 5–10 euroa grammalta. <sup>(47)</sup>

Kannabishartsin inflaatiokorjatut keskihinnat <sup>(48)</sup> laskivat vuosina 1999–2004 lähes kaikissa tietoja toimittaneissa maissa <sup>(49)</sup> paitsi Saksassa ja Espanjassa, joissa ne pysyivät ennallaan, ja Luxemburgissa, jossa ne hieman kohosivat. Myös määrittelemättömän kannabisruohon tai maahantuodun kannabisruohon inflaatiokorjatut keskihinnat <sup>(50)</sup> putosivat samana ajanjaksona useimmissa maissa, joista saatiin

tietoa. Ne pysyivät vakaana Espanjassa ja Alankomaissa ja nousivat Saksassa, Latviassa, Luxemburgissa ja Portugalissa. Paikallisesti tuotetun kannabisruohon keskihinnoina on raportoinut vain kaksi maata, nimittäin Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta, ja molemmissa hinta on laskenut.

Kannabistuotteiden väkevyys määräytyy tetrahydrokannabinolin (THC) eli niiden tärkeimmän tehoaineen pitoisuuden mukaan (EMCDDA, 2004b). Vuonna 2004 kannabishartsin keskimääräinen THC-pitoisuus vaihteli katukaupassa alle yhdestä prosentista (Bulgaria) 16,9 prosenttiin (Alankomaat), ja kannabisruohon väkevyys vaihteli 0,6 prosentista (Puola) 12,7 prosenttiin (Englanti ja Wales). <sup>(51)</sup> Alankomaista ilmoitettiin paikallisesti tuotetun kannabisruohon väkevyydeksi 17,7 prosenttia. <sup>(52)</sup>

## Kannabiksen käytön levinneisyys ja käyttötavat

Kannabis on Euroopassa yleisimmin käytetty laiton huumausaine. Sen käyttö lisääntyi 1990-luvulla lähes kaikissa EU-maissa varsinkin nuorten, myös koululaisten, keskuudessa.

Euroopassa yli 62 miljoonaa aikuista – noin 20 prosenttia 15–64-vuotiaista – on joskus kokeillut kannabista <sup>(53)</sup>; tosin useimmat heistä eivät toki enää käytä sitä. Kansallisissa luvuissa on suurta vaihtelua, kahdesta 31 prosenttiin; ainakin kerran käyttäneiden osuus on pienin Maltassa, Bulgariassa ja Romaniassa ja suurin Tanskassa (31 %), Espanjassa (29 %), Ranskassa (26 %) ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (30 %). <sup>(54)</sup> Tietoja toimittaneiden 25 maan joukosta 13 ilmoitti kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuudeksi 10–20 prosenttia. <sup>(55)</sup>

Kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä on selvästi vähemmän kuin sitä ainakin kerran käyttäneitä.

<sup>(42)</sup> Katso taulukko SZR-2 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(43)</sup> Katso alaviite 40. Tiedot kannabisruohotakavarikkojen määrästä vuonna 2004 puuttuivat Puolan osalta.

<sup>(44)</sup> Katso taulukko SZR-3 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(45)</sup> Katso taulukko SZR-4 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(46)</sup> Katso alaviite 40.

<sup>(47)</sup> Katso taulukko PPP-1 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(48)</sup> Vuotta 1999 on käytetty rahan arvon vertailuvuotena kaikissa maissa.

<sup>(49)</sup> Vuosilta 1999–2004 on saatavilla tietoja kannabishartsin tai kannabisruohon hinnoista vähintään kolmena perättäisenä vuonna Belgiasta, Tšekistä, Saksasta, Espanjasta, Ranskasta, Irlannista, Kyproksesta, Latviasta, Liettuasta, Luxemburgista, Alankomaista, Puolasta, Portugalista, Sloveniasta, Ruotsista, Yhdistyneestä kuningaskunnasta, Bulgariasta (vain ruoho), Romaniasta, Turkista ja Norjasta. Tšekin suuntauksia ei kuitenkaan voitu analysoida sen toimittamiin tietoihin vaikuttaneiden metodologisten rajoitusten vuoksi.

<sup>(50)</sup> Vuotta 1999 on käytetty rahan arvon vertailuvuotena kaikissa maissa.

<sup>(51)</sup> Katso kaavio PPP-2 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(52)</sup> Katso taulukko PPP-5 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(53)</sup> Keskimääräinen esiintyvyys Euroopassa laskettiin eri ikäryhmien mukaan painotettujen kansallisten esiintyvyyksien keskiarvona kussakin maassa.

Kokonaismäärät laskettiin laskemalla yhteen kunkin maan kyseisiä väestöryhmiä koskevat esiintyvyydet, ja jos maasta ei ollut saatavilla tietoja, tiedot arvioitiin. Tässä esitetyt luvut ovat luultavasti alin arvio, koska tietoja on saatettu jättää ilmoittamatta.

<sup>(54)</sup> Tässä tekstissä esitetyt Yhdistyneen kuningaskunnan luvut perustuvat käytännön syistä vuoden 2005 British Crime Surveyhin (Englanti ja Wales). Lisäksi on laadittu erikseen arvot Skotlannista ja Pohjois-Irlannista sekä yhdistetty arvio koko Yhdistyneestä kuningaskunnasta (ne ovat tilastotiedotteessa).

<sup>(55)</sup> Katso taulukko GPS-1 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.



## Väestön huumeidenkäytön arviointi

Huumeidenkäyttöä kokonaisväestössä tai koululaisten keskuudessa selvitetään kyselyillä, jotka tuottavat arvioita siitä väestön osuudesta, joka ilmoittaa käyttäneensä huumeita tietynä 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/?nodeid=1380>). Maiden välillä on kuitenkin vielä eroja menetelmissä ja tiedonkeruuvuosissa, joten maiden välisiä pieniä eroja on tulkittava varoen. (1)

"Käyttö ainakin kerran elämässä" ei välttämättä anna tarkkaa kuvaa nykytilanteesta aikuisten keskuudessa (joskin se saattaa antaa kohtuullisen hyvän kuvan tilanteesta koululaisten keskuudessa), mutta se saattaa valaista käyttötapoja. "Käyttö viimeksi kuluneen vuoden aikana" ja "käyttö viimeksi kuluneen kuukauden aikana" heijastavat tarkemmin vallitsevaa tilannetta, ja niistä jälkimmäinen painottuu voimakkaasti henkilöihin, jotka käyttävät huumeita toistuvasti.

Alkoholia ja muita päihteitä koskeva eurooppalainen koululaiskyselyhanke (ESPAD) on tärkeä eurooppalaisten koululaisten huumeiden- ja alkoholinkäyttöä koskevan tiedon lähde, ja se on korvaamattoman arvokas apuväline pitkän aikavälin suuntausten kirjaamisessa. ESPAD-kyselyjä on tehty vuosina 1995, 1999 ja 2003. Seuraava kysely tehdään vuonna 2007.

ESPADissa käytetään standardoituja menetelmiä ja välineitä 15- ja 16-vuotiaiden koululaisten kansallisesti edustavien otosten käsittelyssä, mikä mahdollistaa tietojen vertailun. ESPAD-kyselyyn osallistuvien määrä on kasvanut jokaisessa kyselyssä siten, että siihen osallistui 26 Euroopan maata vuonna 1995, 30 maata vuonna 1999 ja 35 maata vuonna 2003, mukaan lukien 22 EU:n jäsenvaltiota ja neljä ehdokasvaltiota (Bulgaria, Kroatia, Romania ja Turkki). Kyselyn kysymykset keskittyvät alkoholin ja laittomien huumeiden käyttöön tiettyinä ajanjaksoina ja niiden käytön tiheyteen.

Lisätietoja ESPAD-kyselystä ja raporttien saatavuudesta löytyy ESPADin verkkosivustolta (<http://www.espad.org>).

(1) Lisätietoja väestötutkimusten menetelmistä ja kussakin kansallisessa kyselyssä käytetystä menetelmästä, katso vuoden 2006 tilastotiedote.

Viimeksi kuluneen vuoden aikana kannabista on Euroopassa käyttänyt arviolta 22,5 miljoonaa aikuista, noin seitsemän prosenttia 15–64-vuotiaista. Kansalliset luvut vaihtelevat yhdestä 11 prosenttiin, ja alhaisimmat luvut raportoitiin Kreikasta, Maltasta ja Bulgariasta ja korkeimmat Espanjasta (11,3 %), Ranskasta (9,8 %) ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta (9,7 %). (56)

Kannabiksen käyttöä viimeksi kuluneen kuukauden aikana koskevat luvut ovat jo lähempänä säännöllistä käyttöä. Euroopassa 12 miljoonaa aikuista, siis neljä prosenttia aikuisista, on käyttänyt huumetta viimeisten 30 päivän aikana. Maakohtaiset luvut vaihtelevat 0,5:stä 7,5 prosenttiin; tällä vaihteluvälillä ero on jopa 15-kertainen. Alhaisimmat luvut ilmoitettiin Liettuasta, Maltasta, Ruotsista ja Bulgariasta ja korkeimmat Tšekistä (4,8 %), Espanjasta (7,6 %) ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta (5,6 %). (57)

Kannabiksen samoin kuin muidenkin huumeiden käyttö on Euroopassa keskittynyt pääasiassa nuorten piiriin; 15–34-vuotiaista 3–44 prosenttia ilmoitti käyttäneensä kannabista ainakin kerran, 3–20 prosenttia ilmoitti käyttäneensä sitä viimeisen vuoden aikana ja 1,5–13 prosenttia ilmoitti käyttäneensä sitä viimeisen kuukauden aikana. Luvut olivat jälleen korkeimmat Tšekissä, Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Euroopan keskiarvo tässä ikäryhmässä on ainakin kerran käyttäneiden kohdalla 32 prosenttia, viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden kohdalla 14 prosenttia (35–64-vuotiaiden ryhmässä 2 %) ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneiden kohdalla yli seitsemän prosenttia (35–64-vuotiaiden ryhmässä 1 %). (58)

Yleisempää kannabiksen käyttöä on 15–24-vuotiaiden ryhmässä, jossa ainakin kerran käyttäneiden osuus on 3–44 prosenttia (useimmissa maissa 20–40 %), viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden osuus 4–28 prosenttia (useimmissa maissa 10–25 %) (kaavio 2) ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneiden osuus 1–15 prosenttia (useimmissa maissa 5–12 %). Käyttö on yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa. Uusissa jäsenvaltioissa 15–24-vuotiaiden nuorten aikuisten kannabiksen käyttöä kuvaavat luvut ovat samaa luokkaa kuin 15 jäsenvaltion unionissa, mutta vanhemmissa ikäryhmissä käyttö on merkittävästi vähäisempää. (59)

Vertailun vuoksi voidaan mainita, että vuonna 2004 tehdystä Yhdysvaltain kansallisesta huumeidenkäyttöä ja terveyttä koskevasta kyselyssä (60) 40,2 prosenttia aikuisista

(56) Katso taulukko GPS-3 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

(57) Katso taulukko GPS-5 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

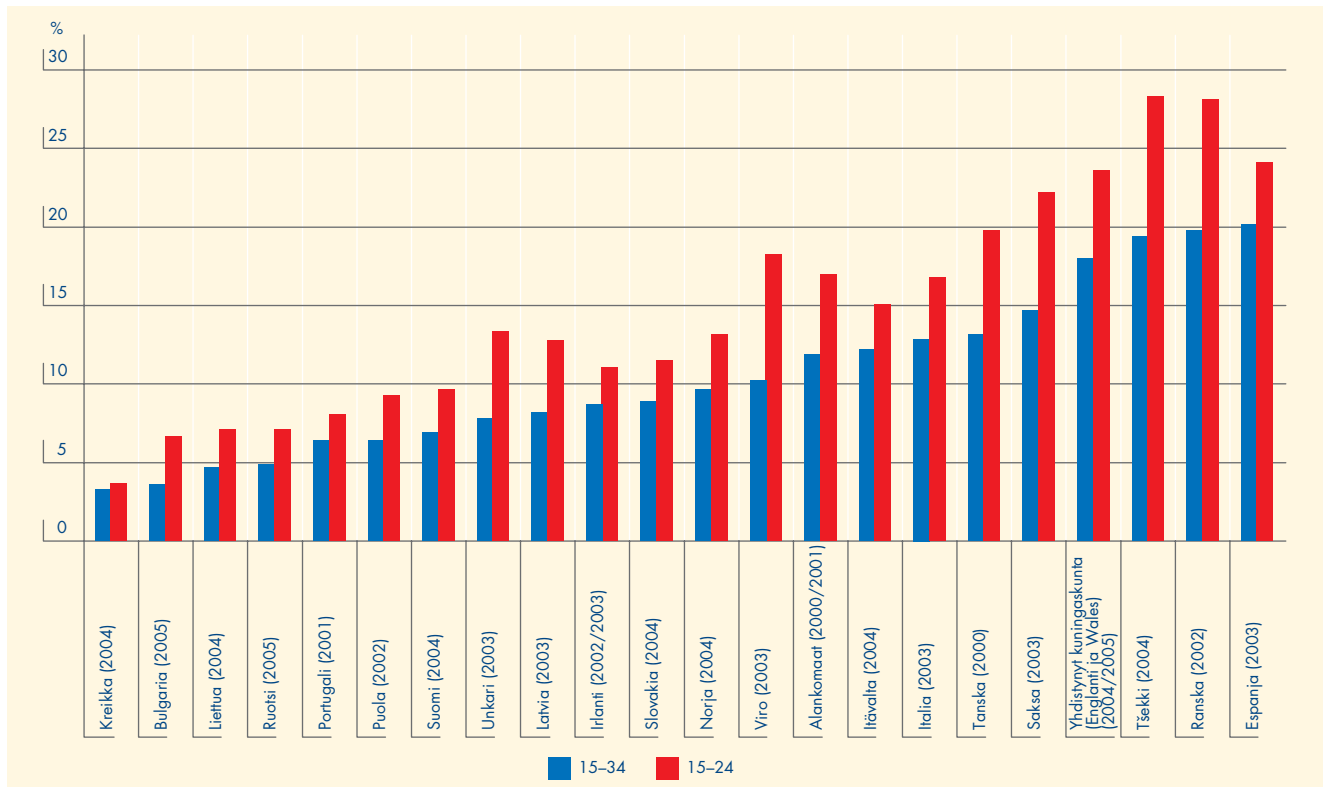
(58) Katso taulukot GPS-2, GPS-4 ja GPS-6 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

(59) Katso taulukot GPS-14, GPS-15 ja GPS-16 sekä kaaviot GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 ja GPS-26 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

(60) Lähde: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004, National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>).

Huom. Yhdysvaltojen kyselyssä ikäryhmä "kaikki aikuiset" (12 vuotta täyttäneet) on laajempi kuin EU:n tutkimuksissa käytetty ikäryhmä (15–64-vuotiaat).

**Kaavio 2:** Kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneet nuoret aikuiset (15–34- ja 15–24-vuotiaat)



*Huom.* Tiedot ovat kunkin maan tuoreimmasta väestötutkimuksesta raportointitietokannalla. Lisätietoja, katso taulukot GPS-8, GPS-11 ja GPS-18 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.  
*Lähteet:* Reitoxin kansalliset raportit (2005), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista.

(12 vuotta täyttäneistä) ilmoitti käyttäneensä kannabista ainakin kerran, kun EU:ssa tämä osuus on keskimäärin 20 prosenttia. Yhdysvaltain tulos on jopa korkeampi kuin niissä Euroopan maissa, joissa kannabista ainakin kerran käyttäneitä on eniten (Tanska 31,3 % ja Yhdistynyt kuningaskunta 29,7 %), joskaan ero arvioissa kannabiksen käytöstä viimeksi kuluneen vuoden aikana ei ole yhtä suuri: Yhdysvalloissa osuus oli 10,6 prosenttia ja Euroopassa keskimäärin seitsemän prosenttia, ja useiden Euroopan maiden ilmoittamat luvut olivat jokseenkin samanlaisia kuin Yhdysvaltojen luvut.

Viisi EU:n jäsenvaltiota (Belgia, Espanja, Italia, Kypros ja Yhdistynyt kuningaskunta) ilmoitti uusia tietoja kansallisista koululaiskyselyistä, ja Bulgaria raportoi tietoja kahdessa suuressa kaupungissa tehdyistä koululaiskyselyistä. Kaikkiaan kannabiksen käytön yleistilanne koululaisten keskuudessa on pysynyt Euroopassa ennallaan. Eniten kannabista ainakin kerran käyttäneitä 15- ja 16-vuotiaita koululaisia oli Tšekissä (44 %) ja Espanjassa (41 %). Osuus oli yli 25 prosenttia Saksassa, Italiassa, Alankomaissa, Sloveniassa ja Slovakiassa (27–28 %) sekä Belgiassa, Ranskassa, Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joissa ainakin kerran käyttäneiden osuus oli 32–40 prosenttia. Arviot kannabista

ainakin kerran käyttäneiden osuudesta olivat alhaisimmat (alle 10 %) Kreikassa, Kyproksessa, Ruotsissa, Romaniassa, Turkissa ja Norjassa. <sup>(61)</sup>

Arvioita käytön levinneisyydestä 15- ja 16-vuotiaiden koululaisten keskuudessa ei pidä yleistää vanhempiin koululaisiin, koska pienikin ikäero voi aiheuttaa suuria muutoksia levinneisyyslukuissa. Tšekissä, Espanjassa ja Ranskassa yli 50 prosenttia 17- ja 18-vuotiaista koululaisista on käyttänyt kannabista ainakin kerran. <sup>(62)</sup> Ruotsissa, jossa levinneisyys on moniin muihin jäsenvaltioihin verrattuna melko suppeaa, 17- ja 18-vuotiaiden koululaisten ryhmässä kannabista kokeilleita on arviolta 14 prosenttia – yli kaksi kertaa enemmän kuin 15- ja 16-vuotiaiden ryhmässä (6 %). <sup>(63)</sup>

### Kannabiksen käyttötavat

Kannabiksen käyttö on yleensä satunnaista, tai se lopetetaan jonkin ajan kuluttua aloittamisesta. Euroopassa keskimäärin 33 prosenttia kannabista ainakin kerran käyttäneistä aikuisista ilmoittaa käyttäneensä sitä viimeksi kuluneen vuoden aikana ja vain 16 prosenttia viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana. Tämä ”käytön jatkamisasteeksi” nimetty

<sup>(61)</sup> Katso taulukko EYE-1 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(62)</sup> ESCAPAD-nuorisotutkimus, johon sisällytettiin 17–18-vuotiaat koulunsa keskeyttäneet nuoret.

<sup>(63)</sup> Katso taulukko EYE-1 ja kaavio EYE-1 (osa i) vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

luku vaihtelee maittain: se on viimeksi kuluneen vuoden aikana jatkuneen käytön osalta 20–45 prosenttia ja viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana jatkuneen käytön osalta 10–25 prosenttia. <sup>(64)</sup>

Vaikka kannabista käytetään pääosin nuorten piirissä, Espanjasta ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta saadut tiedot viittaavat siihen, että sen käyttö saattaa jatkua 30- tai 40-vuotiaaksi asti. Kannabiksen käyttötavoissa tämä saattaa merkitä tärkeää pitkän aikavälin muutosta, jota on syytä tarkastella lähemmin.

Kuten muidenkin laittomien huumausaineiden käyttö, myös kannabiksen käyttö on huomattavasti yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa. Viimeksi kuluneen vuoden tai viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneiden kohdalla ero on selvempi kuin ainakin kerran käyttäneiden kohdalla, mutta sukupuolierot ovat nuorten ryhmässä pienempiä kuin aikuisten ryhmässä (katso sukupuolinäkökulmaa koskeva erityiskysymys). Tutkimusten mukaan kannabiksen käyttö on myös yleisempää kaupungeissa tai tiheään asutuilla alueilla. Sen käytön on kuitenkin arveltu olevan leviämässä kaupungeista maaseutualueille, ja Puola onkin kertonut tästä suuntauksesta kansallisessa raportissaan vuodelta 2005.

Vaikka kannabiksen säännöllinen tai runsas käyttö <sup>(65)</sup> aiheuttaa yhä enemmän huolta, siitä on saatavilla erittäin

### Kannabiksen käytön terveysvaikutukset

Huoli kannabiksen käytön mahdollisista sosiaalisista ja terveydellisistä seurauksista on kasvanut voimakkaasti viime vuosina. Saatavilla olevat tiedot eivät anna selkeää kuvaa tilanteesta, mutta niistä voidaan tehdä joitakin päätelmiä. Runsaas kannabiksen käyttö esimerkiksi korreloi selvästi mielenterveys sairauksien kanssa, mutta yhteisesiintyvyyden kysymystä on vaikea erottaa syyn ja seurauksen kysymyksestä. Tätä monimutkaista korrelaatiota tarkastellaan ja käsitellään EMCDDA:n tulevassa monografiassa.

Sillä seikalla, että runsaaseen kannabiksen käyttöön liittyy usein tietystä päihteestä riippumattomia mielenterveysongelmia, on käytännön seurauksia. Kun lääkäri laatii hoitosuunnitelmaa kannabiksen käyttäjälle, hänen voi olla vaikea päättää, pitäisikö aloittaa huumeidenkäytöstä vai mielenterveysongelmasta. Kannabiksen ongelmakäytön hoidon tehoamista ei ole vielä tutkittu kovin paljon, ja niissä harvoissa tutkimuksissa, joita alalla on tehty, on käsitelty vain erityisiä psykososiaalisia hoitomuotoja. Muita hoitomuotoja ei joko ole tutkittu lainkaan tai niitä ei ole tutkittu riittävästi, joten niiden tehoamisesta ei ole näyttöä.

vähän tietoa Euroopan tasolla. Vuosiraporttiin 2004 (EMCDDA, 2004a) perustuvan karkean arvion mukaan Euroopassa noin 3 miljoonaa henkilöä, noin yksi prosentti aikuisista, saattaa käyttää kannabista päivittäin tai lähes päivittäin. Useat maat ilmoittivat kannabiksen säännöllisen tai runsaan käytön lisääntyneen, mutta päivittäisestä käytöstä raportoi vain Espanja, jossa sen havaittiin kasvaneen vuosina 1997–1999 (0,7–0,8 % aikuisista) ja vuonna 2001 (1,5 %) ja sen jälkeen tasaantuneen vuonna 2003 (1,5 %). Olisikin hyödyllistä saada ikäryhmittäin (esimerkiksi 15–24-vuotiaat) jaoteltua tietoa muista maista. Ranskalaisessa ESCAPAD-tutkimuksessa vuonna 2003 havaittiin, että tutkimusta varten kehitetyllä CAST-asteikolla mitattuna 14 prosenttia 17- ja 18-vuotiaista (9 % tytöistä ja 18 % pojista) oli vaarassa ajautua ongelmakäyttöön. Myös muut maat työstävät parhaillaan asteikkoja kannabiksen käyttötapojen arvioimiseksi (Saksa, Alankomaat, Puola ja Portugali), ja EMCDDA pyrkii edistämään yhteistyötä tällä alalla.

### Kannabiksen käytön suuntaukset aikuisten keskuudessa

Jatkuvien pitkän aikavälin tutkimussarjojen puuttuminen useimmista EU-maista vaikeuttaa huumeidenkäytön suuntausten tunnistamista luotettavasti. Tutkimuksia on kuitenkin käynnistetty yhä useammissa maissa 1990-luvun alusta lähtien, ja nyt jotkin niistä ovat alkaneet tuottaa arvokasta tietoa aिकासuuntauksista.

Kannabiksen käytön katsotaan yleisesti alkaneen levitä hiljalleen muutamissa Euroopan maissa 1960-luvulla; suosioon se nousi 1970- ja 1980-luvuilla. Äskettäin julkaistujen kansallisten tutkimusten mukaan merkittävä määrä Tanskan, Saksan, Espanjan, Ranskan, Alankomaiden, Ruotsin ja Yhdistyneen kuningaskunnan 45–54-vuotiaista oli ainakin kerran käyttänyt kannabista, joten monet heistä ovat saattaneet aloittaa kannabiksen käytön 1960-luvun lopulla ja 1970-luvulla. Kannabiksen käytön aloittamista koskevassa analyysissä käytön havaittiin levinneen voimakkaasti Espanjassa 1970-luvulla, Länsi-Saksassa 1980-luvulla ja Kreikassa 1990-luvulla. <sup>(66)</sup> Ruotsin tiedot osoittavat kannabiksen kokeilun olleen 1970-luvulla melko yleistä varusmiesten keskuudessa (15–20 %).

Kansallisista tai paikallisista kotitalouksille, varusmiehille ja koululaisille tehdyistä kyselyistä saadut tulokset paljastavat, että kannabiksen käyttö lisääntyi 1990-luvulla voimakkaasti lähes kaikissa EU-maissa erityisesti nuorten keskuudessa. Kasvu on jatkunut viime vuosiin asti lähes kaikissa maissa,

<sup>(64)</sup> Katso kaavio GPS-24 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(65)</sup> ”Kannabiksen runsaalle käytölle” ei ole toistaiseksi esitetty mitään yleisesti hyväksyttyä määritelmää; määritelmä on eri tutkimuksissa erilainen. Kyseessä on väljä käsite, jolla tarkoitetaan tietyn toistuvuuskynnyksen ylittävää käyttöä. Runsaas 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. Kannabista harvemmin käyttävien keskuudessa riippuvuuden riski on pienempi.

<sup>(66)</sup> Katso kaavio 4 vuosiraportissa 2004.

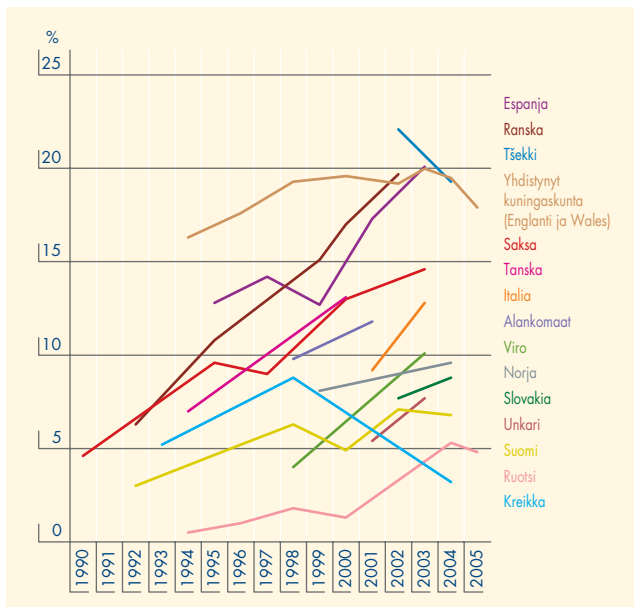
vaikka joissakin tapauksissa on nähtävissä merkkejä sen pysähtymisestä tai jopa vähenemisestä.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa kannabista äskettäin käyttäneiden nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) osuus oli 1990-luvun alussa Euroopan korkein, mutta se laski vähitellen vuodesta 1998 vuosiin 2004 ja 2005. <sup>(67)</sup> Espanjassa ja Ranskassa osuudet ovat hiljattain (vuonna 2002 tai 2003) kohonneet Yhdistyneen kuningaskunnan tasolle (kaavio 3). Yhtä korkeita levinneisyyslukuja raportoidaan Tšekistä.

Käyttö on vähäisempää Tanskassa, Saksassa, Virossa, Italiassa, Alankomaissa ja Slovakiassa, mutta nämä maat ovat raportoineet käytön lisääntyneen viime vuonna nuorten aikuisten keskuudessa. Sama suuntaus havaittiin Unkarissa, joskin lievempänä. On huomattava, että Tanskan (vuosi 2000) ja Alankomaiden (vuosi 2001) tiedot ovat jo vanhentuneita, joten nykytilanteesta ei saada täysin selkeää kuvaa.

Suomen ja Ruotsin arviot käytön levinneisyydestä ovat melko alhaisia, mutta käyttö näyttää lisääntyvän; Ruotsissa vuosien 2000 (1,3 %) ja 2004 (5,3 %) lukujen välillä havaittua eroa

**Kaavio 3:** Suuntaukset kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa



*Huom.* Tiedot ovat kunkin maan tuoreimmasta väestötutkimuksesta raportointihetkellä. Lisätietoja, katso taulukko GPS-4 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

*Lähteet:* Reitoxin kansalliset raportit (2005), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista.

on kuitenkin vaikea tulkita, koska menetelmissä on tapahtunut muutoksia. <sup>(68)</sup>

Arviot kannabista viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneiden määrästä kasvoivat yleisesti viime vuosikymmenellä, vaikka selvää kasvua tapahtui vain Belgiassa ja Espanjassa. Yhdistynyt kuningaskunta raportoi äskettäin viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneiden osuuden laskeneen, vaikka sen luvut ovat 1990-luvun alusta lähtien olleet Euroopan korkeimmat. Myös Slovakia raportoi lukujen laskeneen vuosien 2002 ja 2004 välillä. Tšekin ja Ranskan suuntauksia ei voitu arvioida.

Koululaiskyselyissä saadaan nuoremman väestön huumeidenkäytöstä arvokasta tietoa, jonka avulla voidaan ennakoida tulevia suuntauksia nuorten aikuisten keskuudessa. Useimmissa maissa niiden koululaisten osuus, jotka ovat joskus kokeilleet kannabista, on kasvanut tasaisesti vuodesta 1995 lähtien. Eri maiden välillä on kuitenkin suuria eroja. EU:n maat voidaan luokitella kolmeen maantieteelliseen ryhmään 15- ja 16-vuotiaiden koululaisten kannabiksen käytön suuntausten perusteella. Ainakin kerran käyttäneiden osuus on yleensä ollut korkea Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joissa kannabiksen käytöllä on pitkät perinteet, mutta se on viime vuosikymmenen ajan pysynyt samalla tasolla (noin 37–39 %). Itä- ja Keski-Euroopan valtioissa samoin kuin Tanskassa, Espanjassa, Ranskassa, Italiassa ja Portugalissa kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuus oli vuonna 2003 huomattavasti korkeampi kuin vuonna 1995. Kolmannessa ryhmässä (pohjoisessa Suomi ja Ruotsi ja etelässä Kreikka, Kypros ja Malta) sekä Norjassa arviot kannabista ainakin kerran kokeilleiden määrästä koululaisten keskuudessa ovat pysyneet melko alhaisina (enintään 10 %). <sup>(69)</sup>

## Hoidontarvetta koskevat tiedot <sup>(70)</sup>

Yhteensä noin 380 000:sta hoitoon hakeutumisesta vuonna 2004 kannabis on ilmoitettu pääasialliseksi huumeeksi noin 15 prosentissa tapauksista, mikä tekee siitä toiseksi yleisimmän ilmoitetun huumeen heroinin jälkeen (tietoja saatiin 19 maasta). <sup>(71)</sup>

Yleisesti katsoen kannabis on heroinin jälkeen myös toiseksi useimmin mainittu huume ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvia asiakkaita koskevissa raporteissa. Kannabisasiakkaiden osuus kaikista hoitoon hakeutuneista uusista asiakkaista oli 27 prosenttia vuonna 2004, vaikkakin

<sup>(67)</sup> Vuodesta 1994 lähtien, ja tämä on ensimmäinen vuosi, jota koskevat tiedot perustuvat Englannissa ja Walesissa tehtyyn British Crime Surveyhin.

<sup>(68)</sup> Katso kaaviot GPS-4 ja GPS-14 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(69)</sup> Katso taulukko EYE-5 (osa i) ja kaavio EYE-1 (osa ii) vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(70)</sup> Analyysi perustuu yleisen jakauman ja suuntausten osalta kaikkiin hoitokeskuksista hoitoa hakeneisiin asiakkaisiin, asiakkaiden profiiliin ja käyttötapojen osalta avohoitokeskuksista hoitoa hakeneisiin asiakkaisiin. Sukupuolijakaumaa on analysoitu EMCDDA:n vuoden 2006 vuosiraportin liitteenä olevassa erityiskysymyksessä.

<sup>(71)</sup> Katso kaavio TDI-2 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

maiden välillä on huomattavia eroja. Kannabiksen mainitsee vain alle viisi prosenttia uusista asiakkaista Liettuassa, Maltassa ja Romaniassa, mutta yli 40 prosenttia uusista asiakkaista Tanskassa, Saksassa, Unkarissa ja Suomessa. <sup>(72)</sup> Vuosina 1999–2004 kannabiksen takia hoitoon hakeutuneiden osuus kaikista uusista asiakkaista kasvoi useimmissa maissa, joista saatiin tietoa. <sup>(73)</sup>

Kaikissa maissa, joista tietoja on saatavilla, kannabiksen käytön takia hoitoon hakeutuvien asiakkaiden osuus on korkeampi uusien asiakkaiden joukossa kuin kaikkien asiakkaiden joukossa lukuun ottamatta muutamaa poikkeusta, joissa nämä osuudet ovat lähes samat. <sup>(74)</sup> Kannabikseen liittyvä hoidon kysyntä on suurin avohoidossa. <sup>(75)</sup>

Kannabikseen liittyvän hoidon kysynnän kasvuun vaikuttaa useita tekijöitä, ja se vaatii yhä lisää tutkimusta. Kasvun mahdollisia syitä ovat kannabiksen runsaan käytön ja siihen liittyvien ongelmien nopea lisääntyminen väestössä, kannabiksen käyttöön liittyvien riskien parempi tajuminen, rikosoikeudellisen järjestelmän kautta tapahtuvan hoitoonohjauksen – joka on muutamissa maissa selvästi merkittävää – määrän kasvu sekä raportointijärjestelmässä ja/tai sen kattavuudessa tapahtuneet muutokset. <sup>(76)</sup>

Kannabisasiakkaat voidaan jakaa kolmeen ryhmään: satunnaisesti käyttäviin (34 %), kerran tai useampia kertoja viikossa käyttäviin (32 %) ja päivittäin käyttäviin (34 %) asiakkaisiin. Maiden välillä on suuria eroja siinä, kuinka usein uudet asiakkaat käyttävät kannabista. Kannabista päivittäin käyttävien osuus uusista kannabiksen käyttäjistä on suurin Alankomaissa ja Tanskassa, ja satunnaisten käyttäjien tai sellaisten henkilöiden osuus, jotka eivät ole käyttäneet kannabista hoitoa edeltäneen kuukauden aikana, on suurin Saksassa, Kreikassa ja Unkarissa. Tämä todennäköisesti heijastaa eroja hoitoon ohjaamisessa (esimerkiksi rikosoikeudellisen järjestelmän tai sosiaaliverkoston välityksellä tapahtuvien hoitoonohjausten lisääntyminen). <sup>(77)</sup>

Olisi tärkeää selvittää, miltä osin hoidossa olevat kannabiksen käyttäjät täyttävät huumeriippuvuuden tai haitallisen huumeidenkäytön diagnostiset kriteerit. Tällä alueella tarvitaan nyt jatkotutkimusta. Koska

hoitoonohjauksen käytännöt ovat eri maissa erilaiset, kannabiksen takia hoitoa saavien asiakkaiden vaihtelevat kliiniset ominaisuudet on syytä todentaa tutkimuksin.

Joillakin hoitoon hakeutuvilla asiakkailla on kannabiksen käytön ohella muitakin huume- tai alkoholi-ongelmia, ja toisinaan hoidontarpeeseen liittyy yleisempiä ongelmia, esimerkiksi nuorilla käyttäytymishäiriöitä. Joidenkin äskettäisten tutkimusten mukaan yhä useammalla kannabiksen käytön takia hoitoon hakeutuvalla nuorella on samanaikaisia mielenterveysongelmia, mikä voi olla tärkeä hoidontarpeeseen vaikuttava tekijä. <sup>(78)</sup>

Olisi myös osattava hahmottaa paremmin kannabiksen käyttäjien tarpeet suhteessa koko väestöön. EMCDDA:n arvion mukaan noin 3 miljoonaa henkilöä EU:ssa käyttää kannabista runsaasti (päivittäin tai lähes päivittäin). Vaikka hoitoa hakeneiden osuutta tästä määrästä ei tiedetä tarkasti, tähän lukuun verrattuna kannabikseen liittyvää hoitoa hakeneiden määrä on melko pieni.

Saatavilla olevien tietojen mukaan avohoitokeskuksissa kannabisongelmien takia hoidettavat asiakkaat ovat yleensä melko nuoria; lähes kaikki hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvat kannabisasiakkaat ovat alle 30-vuotiaita. Erikoistuneessa huumehoitossa olevilla teini-ikäisillä nuorilla on muiden ikäryhmien asiakkaita todennäköisemmin ensisijaisesti kannabisongelma, jonka osuus 15-vuotiaiden hoidon kysynnästä on 75 prosenttia ja 15–19-vuotiaiden hoidon kysynnästä 63 prosenttia. <sup>(79)</sup> Useimmat asiakkaista ilmoittavat kokeilleensa kannabista ensimmäisen kerran kuullessaan kaikkein nuorimpiin ikäryhmiin: 36,8 prosenttia on aloittanut sen käytön alle 15-vuotiaana. Juuri kukaan hoitoon hakeutuneista ei ilmoittanut käyttäneensä kannabista ensimmäisen kerran vasta 29 vuotta täytettyään. <sup>(80)</sup>

## Ehkäisytyö

Tehokkaasti toteutetuilla yleisillä ehkäisevän huumeiden ohjelmilla pystytään viivyttämään päihteiden, kuten tupakan, alkoholin ja kannabiksen, käytön aloittamista tai vähentämään sitä nuorten keskuudessa. Tämä on hyvin tärkeä tavoite, sillä tutkimustulosten mukaan päihteiden käytön varhain (esimurrosikäisenä ja murrosikäisenä)

<sup>(72)</sup> Katso taulukko TDI-4 (osa ii) vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(73)</sup> Katso kaavio TDI-1 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(74)</sup> Katso taulukot TDI-3 (osa iii) ja TDI-4 (osa iii) vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(75)</sup> Katso taulukko TDI-25 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(76)</sup> EMCDDA aikoo vuonna 2007 julkaista kannabiksesta tieteellisen monografian; kolmessa sen luvussa tarkastellaan kannabikseen liittyvän hoidontarpeen kasvua.

<sup>(77)</sup> Katso taulukko TDI-18 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(78)</sup> <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>.

<sup>(79)</sup> Katso taulukko TDI-10 (osa i) ja (osa ii) vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(80)</sup> Katso taulukko TDI-11 (osa ii) ja (osa ix) vuoden 2006 tilastotiedotteesta.



aloittaneilla huumeongelmien riski, myös riippuvuuden kehittymisen riski, on huomattavasti suurempi kuin muilla (Von Sydow *et al.*, 2002; Chen *et al.*, 2005). Nuoret ovat myös aikuisia herkempiä kannabiksen toksisuudelle, ja tämä onkin toinen syy, miksi kannabiksen käytön aloittamista pitäisi pyrkiä ehkäisemään tai ainakin viivyttämään.

Nuorten kannabista käyttävien profiili ei ainakaan kulutuksen varhaisissa vaiheissa juuri eroa nuorten alkoholinkäyttäjien tai tupakoitsijoiden profiilista. Tämä puoltaa näkemystä siitä, että nuorten keskuudessa tehtävää ehkäisevää huumetyötä ei tulisi kohdistaa pelkästään kannabikseen, vaan sen ohella olisi pyrittävä ehkäisemään myös alkoholin ja tupakan käyttöä.

Sukupuoli on tärkeä näkökohta kannabiksen käyttöä ehkäisevässä työssä (katso sukupuolinäkökulmaa koskeva erityiskysymys). Pojat ovat tyttöjä suuremmissa vaaroissa ajautua runsaaseen käyttöön luultavasti siksi, että tytöt ovat poikia herkempiä vanhempien paheksunnalle ja että tytöt valitsevat seuransa tarkemmin. Tilanne on kuitenkin muuttumassa, kun miesten ja naisten perinteinen roolijako murtuu nyky-yhteiskunnassa. Useissa Euroopan maissa on toteutettu hankkeita, joilla pyritään ehkäisemään kannabiksen ja alkoholin käyttöä (Bagmaendene, Tanska; Beer-Group, Saksa; Risflecting, Itävalta) parantamalla poikien puutteellisia vuorovaikutustaitoja. Pojilla alkoholin ja kannabiksen runsaan käytön tiedetään johtuvan ainakin osittain siitä, että he kokevat vaikeaksi lähestyä tyttöjä. Siksi hankkeissa tarjotaankin pojille valmennusta flirttailussa.

Kouluissa tehtävässä valikoivassa ehkäisevässä huumetyössä keskitytään huumeidenkäyttöön liittyviin riskitekijöihin, kuten koulunkäynnin keskeyttämiseen, epäsosiaaliseen käytökseen, koulumenestyksen heikkenemiseen, syrjäytymiseen, poissaoloihin koulusta ja huumeidenkäytöstä johtuviin oppimisvaikeuksiin.

Saksalaisen Stoned at School -hankkeen tavoitteena on valmentaa opettajia huumeidenkäytön mahdollisimman varhaiseen havaitsemiseen ja pysäyttämiseen, ehkäistä kannabiksen käyttöä ja luoda yhteyksiä koulujen ja huumeneuvontakeskusten välille. Hanke on itävaltalaisen esikuvan mukaan rakennettu kymmenen moduulin koulutusohjelma, jossa lisätään opettajien tietoisuutta kannabiksen kulutuksesta ja koulutetaan heitä tunnistamaan riskiryhmään kuuluvat oppilaat.

Saksassa, Ranskassa ja Alankomaissa on paljon huumeneuvontaan erikoistuneita keskuksia. Eri puolille Ranskaa on tammikuusta 2005 lähtien perustettu yli 250 ”kannabisneuvontaklinikkaa”. Ne tarjoavat nimettömiä, ilmaisia ja kaikille avoimia palveluja kannabiksen tai

muiden huumeiden käytön takia vaikeuksiin joutuneille nuorille ja heidän vanhemmilleen. Keskuksat on sijoitettu Ranskan suurimpiin kaupunkeihin, jotta ne olisivat helposti asiakkaiden ulottuvilla. Niissä työskentelevät neuvojat ovat ammattilaisia, jotka on koulutettu käyttämään arviointivälineitä ja antamaan lyhythoittoa riippuvuusongelmiin. Neuvojat voivat myös ohjata psykiatristen, sosiaali- tai lääkäripalvelujen piiriin asiakkaat, jotka tarvitsevat erikoishoitoa. Tästä uudentyyppisestä palvelumallista aiotaan laatia seurantatutkimus. Hankkeen ensimmäisiltä kahdelta tai kolmelta toimintakuukaudelta saatujen alustavien lukujen mukaan keskuksissa käy kuukausittain noin 3 500–4 000 henkilöä, joista 2 000–2 500 on kannabiksen käyttäjiä (muut kävijät ovat vanhempia, sukulaisia ja nuorisotyöntekijöitä). Vaihtoehtoisista strategioista voidaan mainita käyttäjille tarjotut lyhyet mutta jäsenennetyt kurssit, jotka koostuvat noin kymmenestä ryhmäistunnosta (Tanska, Saksa, Alankomaat, Itävalta). Hollantilais-saksalaisessa EUREGIO-hankkeessa on julkaistu kurssiin liittyvä käsikirja, SKOLL (self-control training, itsehillinnän opettelu).

Kannabikseen liittyvien ”valmennuskurssien” lähtökohtana on usein se, että kannabiksen käyttö tai hallussapito on laitonta, ja osallistujat ohjataan kurssille rikosoikeudellisen järjestelmän kautta. Motivaatio kurssille osallistumiseen tulee pääasiassa siitä, että se kuuluu pakollisena rikostuomioon. Tämänkaltaisilla menetelmillä saadaan kuitenkin luotua yhteydet ainakin osaan riskiryhmästä.

Euroopassa tehtävässä valikoivassa ehkäisevässä huumetyössä painotetaan monesti kannabiksen vaaroista tiedottamista. Sen lisäksi on olemassa useita muitakin näyttöön pohjautuvia lähestymistapoja, kuten normien uudelleenjärjestely (eli sen oppiminen, että useimmat ikätoverit paheksuvat huumeidenkäyttöä), itsevarmuuden kehittäminen, motivointi ja tavoitteiden asettaminen sekä myyttien oikaiseminen (kannabikseen liitettävien arvojen muuttaminen), jotka eivät vielä ole täysin vakiintuneet osaksi kannabiksen käyttöä ehkäiseviä ohjelmia. Haavoittuvassa asemassa olevia nuoria koskevista ehkäisyohjelmista öskettäin laaditussa meta-analyysissä (Roe ja Becker, 2005) havaittiin, että tietopohjaisilla ohjelmilla on vähän tai niillä ei ole lainkaan vaikutusta kulutuskäyttäytymiseen tai -asenteisiin, olipa kyse yleisestä tai valikoivasta ehkäisytyöstä. Samat tutkijat havaitsivat, että laajoilla sosiaalisen vaikuttamisen ohjelmilla on merkittävä vaikutus haavoittuvassa asemassa oleviin nuoriin.

Kannabista koskevista valikoivan ehkäisevän huumetyön hankkeista on tehty Euroopassa muutamia arvioiteja (FRED, Way-Out, Sports for Immigrants jne.; katso edellä mainitut

ja EDDRA osoitteesta <http://eddra.emcdda.europa.eu>); yksi niissä esille tulleista tärkeistä seikoista on laajaan sosiaaliseen vaikuttamiseen perustuvien tekniikoiden tehokkuus. Näillä tekniikoilla saavutettuja myönteisiä

vaikutuksia ovat muun muassa kulutuksen lasku, ongelmakäytön parempi tiedostaminen, pahimpien riskitekijöiden ja niihin liittyvien ongelmien väheneminen sekä itsehillinnän ja motivaation paraneminen.

### Lyhyt interventio kannabiksen käyttäjille

Lyhyen intervention tarkoituksena on saada henkilö pohtimaan omaa huumeidenkäyttöään ja tarjota hänelle välineitä sen hallintaan. Käsite perustuu pitkälti kannustavaan haastatteluun, jossa vältetään vastakkainasettelua ja jossa henkilöä ei tuomita, kun hänen arvojaan, tavoitteitaan ja käytön itsearviointiaan tarkastellaan ja hänen omakuvansa ja tositiilanteen välisiä eroja tuodaan esiin.

Lyhyt interventio toteutetaan yleensä henkilön alkoholin- tai huumeidenkäytön varhaisessa vaiheessa vakavien päihdeongelmien kehittymisen ehkäisemiseksi. Lyhyen intervention on osoitettu tehoavan alkoholin ja tupakan väärinkäytön ehkäisemisessä, ja tämän lähestymistavan noudattaminen muiden aineiden yhteydessä herättää yhä enemmän kiinnostusta.

Lyhyt interventio on todettu hyödylliseksi valikoivissa ehkäisytoimissa, joiden kohteena ovat sellaiset kannabiksen käyttäjät, jotka eivät tavallisesti olisi yhteydessä hoitopalveluihin. Koulutusohjelmat, joissa painotetaan pidättyvyyttä, eivät välttämättä tehoa henkilöihin, jotka käyttävät runsaasti kannabista.

Lyhyet interventiot ovat kustannustehokkaita, ja ne voivat soveltua erityisen hyvin kannabiksen käyttäjille, sillä niiden on todettu tehoavan huumeidenkäyttäjiiin,

- joilla on vain vähän huumeidenkäyttöön liittyviä ongelmia
- jotka eivät ole voimakkaasti riippuvaisia
- jotka eivät ole käyttäneet huumeita vielä kauan
- joilla on vakaa tausta (sosiaalisesti sekä opintojen ja perheen osalta)
- jotka eivät ole varmoja huumeidenkäyttönsä muuttamisesta.

Tätä lähestymistapaa käytetään nykyään monissa maissa, muun muassa Saksassa, Alankomaissa, Itävallassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joissa interventiot voivat olla muodoltaan neuvontaa, ”kannabiskursseja” tai jopa verkkosivustoja. Esimerkiksi Saksan verkkosivustopohjainen neuvontaohjelma Quit the Shit (<http://www.drugcom.de>) on innovatiivinen telematiikkaa hyödyntävä lähestymistapa niille kannabiksen käyttäjille, jotka haluavat lopettaa huumeidenkäytön tai vähentää sitä. Samankaltaisia verkkosivustoja, joilta käyttäjät voivat itse hakea apua, ovat muun muassa Jellinekin (<http://www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html>) (Alankomaat) ja HIT:n (<http://www.knowcannabis.org.uk/>) (Yhdistynyt kuningaskunta).





## Luku 4

# Amfetamiinit, ekstaasi ja muut psykotrooppiset huumeet

Toiseksi käytetyin laiton huumausaine on monissa Euroopan maissa jokin synteettinen huume. Näiden aineiden käyttö on kokonaisväestössä tyypillisesti vähäistä, mutta niiden levinneisyys nuorten ikäryhmien keskuudessa on huomattavasti korkeampi, ja se voi olla erityisen korkea tietyissä sosiaalisissa ympäristöissä tai alakulttuuriryhmissä. Synteettisistä huumeista levinneimpiä maailmassa ovat amfetamiinit (amfetamiini ja metamfetamiini) ja ekstaasi.

Amfetamiini ja metamfetamiini kuuluvat keskushermostoa stimuloiviin huumeisiin. Näistä amfetamiini on selvästi yleisempi Euroopassa. Metamfetamiinin käyttö on lisääntymässä maailmanlaajuisesti; tämä on erittäin huolestuttavaa, sillä aineeseen liittyy useita vakavia terveysongelmia. Toistaiseksi vaikuttaa siltä, että Euroopassa metamfetamiinia käytetään merkittävässä määrin vain Tšekissä.

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 jne.). Näitä huumeita kutsutaan toisinaan entaktogeeneiksi niiden erikoisten mielialavaikutusten vuoksi. Joskus niillä on vaikutuksia, jotka ovat tyypillisempiä hallusinogeeneille.

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

EU:ssa on perustettu nopea tiedonvaihtojärjestelmä Euroopan huumemarkkinoille ilmestyvien uusien huumausaineiden havaitsemiseksi. Niiden lisäksi järjestelmässä tarkkaillaan myös psykoaktiivisten aineiden käyttöön liittyviä uusia, mahdollisesti haitallisia suuntauksia.

## Tarjonta ja saatavuus <sup>(81)</sup>

Amfetamiinien ja ekstaasin tuotannon määrää on vaikea selvittää, koska ”niitä tehdään vaivattomasti saatavilla olevista kemikaaleista helposti kätkevässä laboratorioissa” (UNODC, 2003a). Viimeisimmän arvion mukaan amfetamiinien ja ekstaasin maailmanlaajuinen vuosituotanto on kuitenkin noin 520 tonnia (UNODC, 2003b). Näiden aineiden takavarikot ylsivät 46 tonniin koko maailmassa vuonna 2000, ja vuosina 2001 ja 2002 tapahtuneen laskun jälkeen ne kasvoivat jälleen 34 tonniin vuonna 2003 ja alenivat lievästi 29 tonniin vuonna 2004. Metamfetamiinin osuus amfetamiinien ja ekstaasin takavarikoista koko maailmassa laski (vuoden 2003 66 prosentista) 38 prosenttiin vuonna 2004; ekstaasin osuus oli 29 prosenttia ja amfetamiinin 20 prosenttia (CND, 2006).

## Amfetamiini

Maailmanlaajuinen amfetamiinin tuotanto keskittyy edelleen Länsi- ja Keski-Eurooppaan ja eritoten Belgiaan, Alankomaihin ja Puolaan. Tämän alueen eri maissa vuonna 2004 lakkautettujen laboratorioiden määrän perusteella myös Virossa, Liettuassa ja Bulgariassa sekä vähemmässä määrin Saksassa, Espanjassa ja Norjassa harjoitettiin merkittävää amfetamiinin laitonta tuotantoa (UNODC, 2006). <sup>(82)</sup> Euroopan ulkopuolella amfetamiinia valmistetaan pääasiassa Pohjois-Amerikassa ja Oseaniassa (CND, 2006). Vuonna 2004 amfetamiinin kauppa oli yhä pääasiallisesti alueen sisäistä. Suurin osa EU:n laittomilta markkinoilta löytyneestä amfetamiinista oli lähtöisin Belgiasta, Alankomaista ja Puolasta ja niiden jälkeen Virossa ja Liettuasta (Pohjoismaissa) (Reitoxin kansalliset raportit, 2005; WCO, 2005).

Maailmassa takavarikoitiin vuonna 2004 yhteensä kuusi tonnia amfetamiinia, josta noin 97 prosenttia Euroopassa, lähinnä Länsi- ja Keski-Euroopan maissa (67 % maailmassa

<sup>(81)</sup> Katso ”Takavarikkojen ja muiden markkinatietojen tulkinta”, s. 37.

<sup>(82)</sup> Eri maista ilmoitetut lakkautettujen laboratorioiden lukumäärät kertovat tuotantolaitosten lukumäärän lisäksi maan lainvalvontaviranomaisten toiminnasta ja painopisteistä samoin kuin myös niiden raportointikäytännöistä.

takavarikoidusta määrästä) sekä Kaakkois-Euroopassa (26 %) (CND, 2006).

EU:ssa tehtiin vuonna 2004 arviolta 33 000 amfetamiinitakavarikkoa, joissa saatiin haltuun 5,2 tonnia ja 9,6 miljoonaa yksikköä amfetamiinia. Takavarikkojen lukumäärän ja takavarikoidun amfetamiinin painon perusteella eniten amfetamiinia takavarikoitiin jälleen Yhdistyneessä kuningaskunnassa. <sup>(83)</sup> Turkki ilmoitti ottaneensa haltuun 9,5 miljoonaa amfetamiinisyksikköä vuonna 2004. EU:n tasolla sekä amfetamiinitakavarikkojen lukumäärä <sup>(84)</sup> että takavarikoidut määrät <sup>(85)</sup> ovat kasvaneet vuodesta 1999 lähtien lievistä vaihteluista huolimatta, ja tietoja toimittaneiden maiden havaintojen perusteella tämä noususuuntaus näyttää jatkuneen vuonna 2004.

Vuonna 2004 amfetamiinin keskimääräinen hinta katukaupassa vaihteli Slovenian 4 eurosta grammalta Maltaan 64 euroon grammalta. <sup>(86)</sup> Vuosina 1999–2004 amfetamiinin inflaatiokorjatut hinnat <sup>(87)</sup> laskivat yleisesti Saksassa, Espanjassa, Irlannissa, Latviassa, Liettuassa, Ruotsissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa, Bulgariassa, Turkissa ja Norjassa. <sup>(88)</sup>

Amfetamiinin keskimääräinen puhtaus katukaupassa vuonna 2004 vaihteli Bulgarian 5–6 prosentista Norjan 44 prosenttiin. <sup>(89)</sup> Vuosilta 1999–2004 saatavilla olevien tietojen perusteella <sup>(90)</sup> amfetamiinin keskimääräinen puhtaus laski yleisesti Latviassa, Liettuassa, Luxemburgissa, Suomessa ja Norjassa mutta nousi Belgiassa, Saksassa, Ranskassa, Italiassa, Unkarissa ja Itävallassa.

### Metamfetamiini

Valmistettujen ja salakuljetettujen määrien perusteella metamfetamiini on yhä amfetamiinia ja ekstaasia merkittävämpi huume maailmassa, vaikka sen osuus koko maailman takavarikoista laskikin vuonna 2004. Sitä

valmistetaan edelleen eniten Itä- ja Kaakkois-Aasiassa (Kiina, Filippiinit, Myanmar, Thaimaa) ja seuraavaksi eniten Pohjois- ja Keski-Amerikassa (Yhdysvallat, Kanada, Meksiko). Maailmanlaajuisesti metamfetamiinia takavarikoitiin vuonna 2004 yhteensä 11 tonnia, joista 59 prosenttia Itä- ja Kaakkois-Aasiassa ja 37 prosenttia Pohjois-Amerikassa (CND, 2006). Euroopassa metamfetamiinin tuotanto on rajoittunut lähinnä Tšekkiin, jossa sitä on valmistettu 1980-luvulta lähtien paikallisesti ”pervitiinin” nimellä. Vuonna 2004 tuotannosta ilmoittivat kuitenkin myös Slovakia ja Bulgaria, joissa oli lakkautettu laboratorioita (Reitoxin kansalliset raportit, 2005; UNODC, 2006). Suurin osa metamfetamiinin tuotannosta Tšekissä on tarkoitettu paikallisille markkinoille, mutta osa siitä salakuljetetaan Saksaan, Itävaltaan ja Slovakiaan (Reitoxin kansalliset raportit, 2005). Vuonna 2004 metamfetamiinitakavarikoista raportoivat Belgia, Tšekki, Tanska, Viro, Kreikka, Ranska, Latvia, Liettua, Unkari, Itävalta, Slovakia, Ruotsi, Romania ja Norja, jossa sekä takavarikkojen lukumäärä että takavarikoidut määrät olivat kaikkein suurimmat. <sup>(91)</sup>

Vuonna 2004 metamfetamiinin vähittäishinnan <sup>(92)</sup> ilmoitettiin vaihdelleen Tšekissä 12:sta 63 euroon grammalta. Sen keskimääräinen puhtaus <sup>(93)</sup> vaihteli Slovakian 43 prosentista Tšekin 50 prosenttiin.

### Ekstaasi

Eurooppa on maailmanlaajuisesti tärkein ekstaasin tuotannon keskus, vaikka sen suhteellinen merkitys onkin vähenemässä ekstaasin valmistuksen levittyä viime vuosina muualle maailmaan, varsinkin Pohjois-Amerikkaan (Yhdysvallat, Kanada) sekä Itä- ja Kaakkois-Aasiaan (Kiina, Indonesia, Hongkong) (CND, 2006; UNODC, 2006). Vaikka Alankomaat oli vuonna 2004 edelleen Euroopan ja koko maailman suurin ekstaasin tuottaja, ekstaasilaboratorioita paljastettiin myös Belgiassa, Virossa, Espanjassa ja Norjassa

<sup>(83)</sup> Tämä on tarkistettava, sitten kun Yhdistyneen kuningaskunnan vuoden 2004 tiedot saadaan. Tiedot amfetamiinitakavarikkojen lukumäärästä ja takavarikoidun amfetamiinin määrästä vuonna 2004 puuttuivat Irlannin ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta; tiedot takavarikoidun amfetamiinin määrästä vuonna 2004 puuttuivat Slovenian osalta; tiedot amfetamiinitakavarikkojen lukumäärästä vuonna 2004 puuttuivat Alankomaiden osalta. Arvioinnissa käytettiin vuodelta 2004 puuttuvien tietojen sijasta vuoden 2003 tietoja. Alankomaiden tiedot vuonna 2004 takavarikoiduista määrästä olivat arvioita, eikä niitä voitu käyttää vuoden 2004 suuntauksien analysoinnissa.

<sup>(84)</sup> Katso taulukko SZR-11 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(85)</sup> Katso taulukko SZR-12 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(86)</sup> Katso taulukko PPP-4 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(87)</sup> Vuotta 1999 on käytetty rahan arvon vertailuvuotena kaikissa maissa.

<sup>(88)</sup> Vuosilta 1999–2004 on saatavilla tietoja amfetamiinin hinnoista vähintään kolmena perättäisenä vuonna Belgiasta, Saksasta, Espanjasta, Ranskasta, Irlannista, Latviasta, Liettuasta, Puolasta, Ruotsista, Yhdistyneestä kuningaskunnasta, Bulgariasta, Turkista ja Norjasta.

<sup>(89)</sup> Katso taulukko PPP-8 vuoden 2006 tilastotiedotteessa. Amfetamiinin keskimääräisen puhtauden osalta on huomattava, että analysoitujen näytteiden puhtaudessa voi olla suuriakin eroja.

<sup>(90)</sup> Vuosilta 1999–2004 on saatavilla tietoja amfetamiinin puhtaudesta vähintään kolmena perättäisenä vuonna Belgiasta, Saksasta, Virossa, Ranskasta, Italiasta, Latviasta, Liettuasta, Luxemburgista, Unkarista, Alankomaista, Puolasta, Portugalista, Suomesta, Yhdistyneestä kuningaskunnasta, Turkista ja Norjasta.

<sup>(91)</sup> Saksan, Italian, Luxemburgin ja Alankomaiden toimittamissa tiedoissa vuodelta 2004 metamfetamiini- ja amfetamiinitakavarikoita ei ole eroteltu. Irlanti ja Yhdistynyt kuningaskunta eivät toimittaneet lainkaan tietoja huumeetakavarikoista vuodelta 2004. Sen vuoksi on vaikea arvioida, onko näissä kuudessa maassa suoritettu lainkaan metamfetamiinitakavarikoita vuonna 2004.

<sup>(92)</sup> Katso taulukko PPP-4 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(93)</sup> Katso taulukko PPP-8 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

(Reitoxin kansalliset raportit, 2005; UNODC, 2006). EU:ssa takavarikoitu ekstaasi on ilmoitusten mukaan lähtöisin pääasiassa Alankomaista ja Belgiasta ja toiseksi useimmin Puolasta ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta (Reitoxin kansalliset raportit, 2005).

Ekstaasin kauppa keskittyy edelleen vahvasti Länsi-Eurooppaan, mutta se on tuotannon tavoin levinnyt viime vuosina kaikkialle maailmaan. Maailmassa vuonna 2004 takavarikoituista 8,5 tonnista ekstaasia (painoekvivalenttina) Länsi- ja Keski-Euroopan osuus oli 50 prosenttia, Pohjois-Amerikan osuus 16 prosenttia ja Oseanian osuus 23 prosenttia (CND, 2006).

EU:ssa tehtiin vuonna 2004 arviolta 24 000 takavarikkoa, joissa otettiin haltuun noin 28,3 miljoonaa ekstaasitablettia. Vuoteen 2003 asti suurimmat ekstaasimäärät takavarikoitiin Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja sen jälkeen Saksassa, Ranskassa ja Alankomaissa. <sup>(94)</sup>

Vuosien 1999–2001 nopean kasvun jälkeen ekstaasitakavarikkojen lukumäärä <sup>(95)</sup> EU:ssa laski vuosina 2002 ja 2003; tietoja toimittaneet maat ovat kuitenkin raportoineet takavarikkojen lisääntymisestä vuonna 2004. Takavarikoidun ekstaasin määrät <sup>(96)</sup> kasvoivat vuosina 1999–2002; kasvu hidastui selvästi vuonna 2003, mutta vuodelta 2004 saatujen tietojen perusteella luvut ovat nyt palanneet vuoden 2002 tasolle.

Vuonna 2004 ekstaasitablettien keskimääräinen hinta katukaupassa vaihteli Liettuan ja Puolan alle kolmesta eurosta Kreikan ja Italian 15–25 euroon. <sup>(97)</sup> Vuosina 1999–2004 ekstaasin inflaatiokorjatut keskihinnat katukaupassa <sup>(98)</sup> laskivat useimmissa niistä maista, joista saatiin tietoa. <sup>(99)</sup>

Euroopassa useimpien ekstaasina myytyjen tablettien todettiin analyysissä sisältäneen psykoaktiivisina aineina

ainoastaan MDMA:ta tai muita ekstaasin kaltaisia aineita (MDEA, MDA). Tšekissä, Kreikassa, Latviassa, Liettuaissa, Unkarissa, Alankomaissa, Slovakiassa, Suomessa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa yli 95 prosenttia analysoiduista tableteista sisälsi näitä aineita vuonna 2004. Bulgaria ilmoitti kuitenkin, että suuri osa (61 %) analysoiduista tableteista sisälsi amfetamiinia ja/tai metamfetamiinia ainoana psykoaktiivisina aineina. Ekstaasitablettien MDMA-pitoisuus vaihtelee suuresti erien välillä (jopa samalla logolla varustetuissa tableteissa) sekä maiden sisällä että välillä. Vuonna 2004 ekstaasitablettien keskimääräinen MDMA-määrä oli 30–82 mg <sup>(100)</sup> (Reitoxin kansalliset raportit, 2005).

## LSD

LSD:tä valmistetaan ja salakuljetetaan selvästi vähemmän kuin muita synteettisiä huumeita. EU:ssa tehtiin vuonna 2004 noin 700 LSD-takavarikkoa, joissa otettiin haltuun yhteensä 220 000 LSD-yksikköä. Vuodesta 2002 lähtien eniten LSD:tä on vuosittain takavarikoitu Saksassa ja sen jälkeen Yhdistyneessä kuningaskunnassa. <sup>(101)</sup> Sekä LSD-takavarikkojen määrä <sup>(102)</sup> että takavarikoidut määrät <sup>(103)</sup> laskivat EU:ssa tasaisesti vuosina 1999–2002. Vuosina 2003 ja 2004 sekä LSD-takavarikkojen lukumäärä että takavarikoidut määrät kuitenkin kasvoivat ensimmäisen kerran yhdeksään vuoteen. Saksassa, Ranskassa, Liettuaissa, Alankomaissa ja Puolassa takavarikoitiin varsin suuria määriä vuonna 2004.

LSD-yksikön keskihinta käyttäjille vaihteli vuonna 2004 Portugalin 2,5 eurosta Maltaan 11,6 euroon. <sup>(104)</sup> LSD:n inflaatiokorjatut keskihinnat <sup>(105)</sup> laskivat yleisesti <sup>(106)</sup> vuosina 1999–2004 Tšekissä, Irlannissa, Puolassa, Sloveniassa ja Ruotsissa, mutta ne nousivat Saksassa ja Ranskassa.

<sup>(94)</sup> Tämä on tarkistettava, sitten kun Yhdistyneen kuningaskunnan vuoden 2004 tiedot saadaan. Tiedot ekstaasitakavarikkojen lukumäärästä ja takavarikoidun ekstaasin määrästä vuonna 2004 puuttuivat Irlannin ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta; tiedot ekstaasitakavarikkojen määrästä vuonna 2004 puuttuivat Alankomaiden osalta. Arvioinnissa käytettiin vuodelta 2004 puuttuvien tietojen sijasta vuoden 2003 tietoja. Alankomaiden tiedot vuonna 2004 takavarikoiduista määristä olivat arvioita, eikä niitä voitu käyttää vuoden 2004 suuntauksien analysoinnissa.

<sup>(95)</sup> Katso taulukko SZR-13 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(96)</sup> Katso taulukko SZR-14 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(97)</sup> Katso taulukko PPP-4 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(98)</sup> Vuotta 1999 on käytetty rahan arvon vertailuvuotena kaikissa maissa.

<sup>(99)</sup> Vuosilta 1999–2004 on saatavilla tietoja ekstaasin hinnoista vähintään kolmena perättäisenä vuonna Belgiasta, Tšekistä, Saksasta, Espanjasta, Ranskasta, Irlannista, Kyproksesta, Latviasta, Liettuaista, Luxemburgista, Puolasta, Portugalista, Sloveniasta, Ruotsista, Yhdistyneestä kuningaskunnasta, Bulgariasta, Turkista ja Norjasta.

<sup>(100)</sup> Tämä vaihteluväli perustuu vain muutamasta maasta (Tanskasta, Saksasta, Ranskasta, Luxemburgista ja Alankomaista) toimitettuihin tietoihin.

<sup>(101)</sup> Tämä on tarkistettava, sitten kun Yhdistyneen kuningaskunnan vuoden 2004 tiedot saadaan. Tiedot LSD-takavarikkojen lukumäärästä ja takavarikoidun LSD:n määrästä vuonna 2004 puuttuivat Irlannin ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta; tiedot LSD-takavarikkojen määrästä puuttuivat Kyproksen, Alankomaiden, Puolan ja Bulgarian osalta. Arvioinnissa käytettiin vuodelta 2004 puuttuvien tietojen sijasta vuoden 2003 tietoja. Alankomaiden tiedot vuonna 2004 takavarikoiduista määristä olivat arvioita, eikä niitä voitu käyttää vuoden 2004 suuntauksien analysoinnissa.

<sup>(102)</sup> Katso taulukko SZR-15 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(103)</sup> Katso taulukko SZR-16 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(104)</sup> Katso taulukko PPP-4 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(105)</sup> Vuotta 1999 on käytetty rahan arvon vertailuvuotena kaikissa maissa.

<sup>(106)</sup> Vuosilta 1999–2004 on saatavilla tietoja LSD:n hinnoista vähintään kolmena perättäisenä vuonna Tšekistä, Saksasta, Espanjasta, Ranskasta, Irlannista, Liettuaista, Puolasta, Portugalista, Sloveniasta, Ruotsista, Yhdistyneestä kuningaskunnasta, Romaniasta ja Norjasta.

## Kansainvälinen toiminta amfetamiinien ja ekstaasin tuotantoa ja salakuljetusta vastaan

Europolin käynnistämä synteettisiä huumeita koskeva Synergy-hanke on jatkunut joulukuusta 2004 lähtien. <sup>(107)</sup> Hankkeessa on mukana 20 jäsenvaltiota ja joitakin EU:n ulkopuolisia maita, ja siihen kuuluu analyysitietokanta, jonka puitteissa toteutetaan pienempiä operatiivisia hankkeita useissa maissa eri puolilla EU:ta. Lisäksi hankkeeseen kuuluu erilaisia analyttisiin ja strategiaan tarkoituksiin käytettäviä välineitä, kuten Europolin ekstaasilogojärjestelmä (Europol Ecstasy Logo System, EELS) ja siihen sisältyvä ekstaasilogoluettelo sekä Europolin laittomien laboratorioden vertailujärjestelmä (Europol Illicit Laboratory Comparison System, EILCS). Europol tukee edelleen amfetamiinin profilointia koskevassa CHAIN-hankkeessa <sup>(108)</sup> sekä huumausaineiden lähtöaineita käsittelevässä eurooppalaisessa yksikössä (EJUP) tehtävää työtä. Laittomien synteettisten huumeiden tuotannon paljastamiseksi kentällä annetun asiantuntija-avun ohella hankkeissa on keskitytty lakkautettujen laboratorioden vertailuun, kemikaalien kaatopaikkojen esiin kaivamiseen tutkinnan lähtökohtina, tablettikoneiden jäljitykseen ja EU-maihin suuntautuvan lähtöainekaupan tutkimiseen.

Prism-hanke on kansainvälinen aloite, jonka tavoitteena on ehkäistä synteettisten huumeiden lähtöaineina käytettävien kemikaalien kulkeutuminen laittomiin tarkoituksiin tekemällä laillisesta kaupasta vientiä edeltävä ilmoitus kansainväliselle huumausainevalvontalautakunnalle (INCB) sekä ilmoittamalla epäilyksiä herättäneiden liiketoimien yhteydessä pysäytetyistä toimituksista ja tehdyistä takavarikoista.

Metamfetamiinin tärkeimpiä lähtöaineita ovat efedriini ja pseudoefedriini, kun taas 1-fenyli-2-propanonia (P-2-P) käytetään myös amfetamiinin valmistukseen; 3,4-metyleenidoksyfenyyli-2-propanonia (3,4-MDP-2-P), safrolia ja safrolipitoisia öljyjä puolestaan käytetään MDMA:n laittomassa tuotannossa ja piperonaalia myös MDA:n synteettisessä valmistuksessa. <sup>(109)</sup>

Efedriinin laillinen kauppa oli 526 tonnia ja pseudoefedriinin 1 207 tonnia vuonna 2004. Ilmoitusten perusteella näitä kemikaaleja takavarikoitiin suurimmat määrät Pohjois-Amerikassa ja Kaakkois-Aasiassa, mutta takavarikkojen pelätään nyt levinneen kaikille alueille. Efedriiniä ja pseudoefedriiniä salakuljetetaan Eurooppaan pääasiassa Länsi-Aasiasta. Euroopassa takavarikoitiin 2,6 tonnia efedriiniä ja yksi kilo pseudoefedriiniä vuonna 2004 <sup>(110)</sup>;

takavarikoidut määrät olivat enimmäkseen hyvin pieniä ja peräisin monesta eri laboratoriodesta, joista suurin osa sijaitsi Tšekissä, tosin Kreikassa takavarikoitiin suuri erä Pakistanista tullutta efedriiniä.

Prism-hankkeessa Euroopassa toiminta on keskittynyt 3,4-MDP-2-P:n ja P-2-P:n salakuljetuksen estämiseksi MDMA:n ja amfetamiinin laittomaan tuotantoon EU:ssa. Maailmanlaajuisesti 3,4-MDP-2-P:n ja P-2-P:n takavarikot olivat vuonna 2004 suurempia kuin koskaan aikaisemmin. Suurimmat määrät 3,4-MDP-2-P:tä takavarikoitiin Euroopassa ja suurimmat määrät P-2-P:tä Yhdysvalloissa. Euroopassa takavarikoitiin vuonna 2004 yhteensä 10 161 litraa 3,4-MDP-2-P:tä (pääasiassa Alankomaissa ja Belgiassa) ja 9 297 litraa P-2-P:tä (pääasiassa Puolassa ja Alankomaissa). <sup>(111)</sup>

Monien laillisten käyttötarkoitusten ohella piperonaalia voidaan käyttää myös lähtöaineena 3,4-MDP-2-P:n, MDA:n tai MDMA:n valmistuksessa (INCB, 2006b). Marraskuun 2004 ja lokakuun 2005 välisenä aikana INCB:lle ilmoitettiin yli 150 näiden aineiden toimitusta, joiden määrä oli yhteensä 3 800 tonnia (2006b). Vuonna 2004 suurimmat takavarikoidut piperonaalimäärät ilmoitti Kiina (13 tonnia); Euroopassa piperonaalia takavarikoitiin 2,4 tonnia, joista suurin osa Romaniassa. <sup>(112)</sup>

Safrolitakavarikkoihin liittyviä ilmoituksia tulee kaikkialta maailmasta, mutta määrät ovat edelleen pieniä muualla paitsi Kiinassa, joka ilmoittaa yli sadan kilon takavarikoista. Euroopassa takavarikoitiin 122 litraa safrolia vuonna 2004, lähinnä Latviassa mutta myös Liettuassa.

## Levinneisyys ja käyttötavat

Väestötutkimuksissa on perinteisesti ilmennyt, että amfetamiinit ja ekstaasi ovat kannabiksen jälkeen tavallisimmin käytettyjä laittomia huumausaineita, vaikka niiden yleinen levinneisyys on selvästi suppeampi. Ekstaasin suosio alkoi 1990-luvulla, kun taas amfetamiinin historia on paljon pidempi. EU:n jäsenvaltioista amfetamiinien <sup>(113)</sup> ja ekstaasin käyttö näyttää olevan runsasta vain muutamassa maassa, nimittäin Tšekissä, Virossa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Viimeaikaisten tutkimusten mukaan amfetamiinia ainakin kerran käyttäneiden aikuisten (15–64-vuotiaat) osuus vaihtelee EU:n jäsenvaltioissa 0,1:stä 5,9 prosenttiin paitsi Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Englanti ja Wales), jossa

<sup>(107)</sup> Synergy-hankkeessa yhdistettiin vuonna 2002 alkaneet CASE- ja Genesis-hankkeet.

<sup>(108)</sup> CHAIN (Collaborative Harmonised Amphetamine INitiative) on rikosteknistä profilointia koskeva aloite, joka korvasi CASE-pilottihankkeen.

<sup>(109)</sup> Kaikki ovat vuoden 1988 yleissopimuksen taulukkoon I luokiteltuja aineita.

<sup>(110)</sup> Takavarikkoja koskeviin tietoihin ei ole laskettu mukaan pysäytettyihin toimituksiin kuuluvia määriä.

<sup>(111)</sup> Takavarikkoja koskeviin tietoihin ei ole laskettu mukaan pysäytettyihin toimituksiin kuuluvia määriä.

<sup>(112)</sup> Takavarikkoja koskeviin tietoihin ei ole laskettu mukaan pysäytettyihin toimituksiin kuuluvia määriä.

<sup>(113)</sup> Väestötutkimuksissa ”amfetamiinin käyttöä” koskeviin tietoihin sisältyvät sekä amfetamiini että metamfetamiini, jotka luokitellaan samaan ryhmään kuuluviksi.

luku on niinkin korkea kuin 11,2 prosenttia. Euroopassa keskimäärin 3,1 prosenttia aikuisista on käyttänyt amfetamiinia ainakin kerran. Yhdistyneen kuningaskunnan jälkeen korkeimmat luvut ilmoitettiin Tanskasta (5,9 %), Norjasta (3,6 %) ja Saksasta (3,4 %). Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä on paljon vähemmän: keskimäärin 0,6 prosenttia (vaihteluväli 0–1,4 %). Yleisten väestötutkimusten perusteella on arvioitu, että amfetamiinia on joskus kokeillut lähes 10 miljoonaa eurooppalaista, ja yli 2 miljoonaa on käyttänyt sitä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. <sup>(114)</sup>

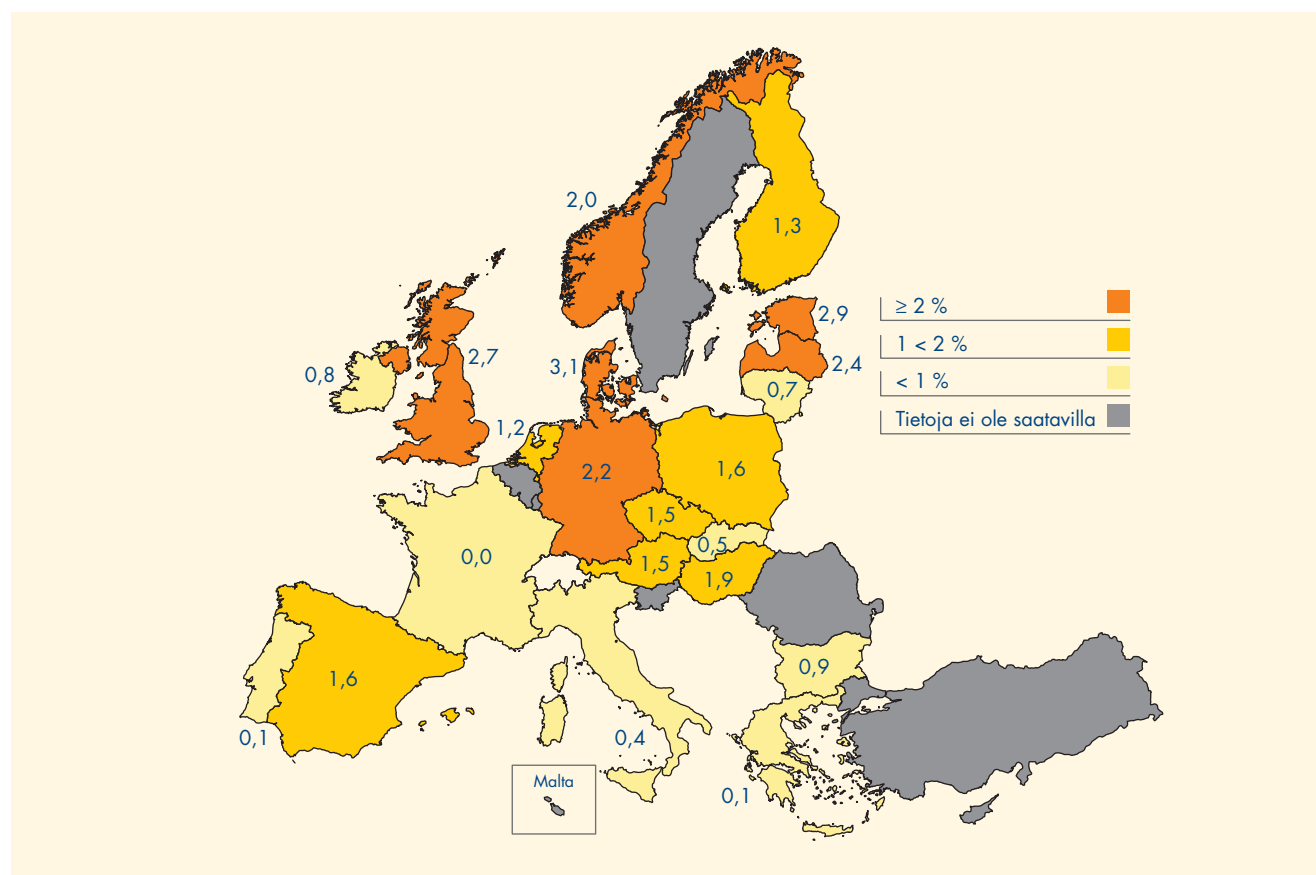
Nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) ryhmässä amfetamiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus vaihtelee 0,1:stä 9,6 prosenttiin, ja tämä osuus oli Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Englanti ja Wales) 16,5 prosenttia (mikä voi kertoa historiallisesta ilmiöstä, katso jäljempänä). Puolet tietoja toimittaneista maista on sellaisia, joissa käytön levinneisyys on alle neljä prosenttia, ja Yhdistyneen kuningaskunnan jälkeen korkeimmat luvut löytyivät Tanskasta (9,6 %), Norjasta (5,9 %) ja Saksasta (5,4 %). Euroopassa keskimäärin 4,8 prosenttia nuorista on kokeillut

amfetamiinia. Suurimman osuuden käytöstä viimeksi kuluneen vuoden aikana ilmoittivat Tanska (3,1 %) ja Viro (2,9 %). <sup>(115)</sup> Viimeksi kuluneen vuoden aikana amfetamiinia on käyttänyt keskimäärin 1,4 prosenttia nuorista (katso myös kaavio 4).

Ekstaasia on kokeillut 0,2–7,1 prosenttia aikuisista (keskiarvo 2,6 %). Puolessa maista levinneisyysaste oli 1,8 prosenttia tai alempi. Korkeimman levinneisyyden ilmoittivat Tšekki (7,1 %) ja Yhdistynyt kuningaskunta (6,7 %). Ekstaasia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden osuus vaihtelee 0,2:sta 3,5 prosenttiin, mutta puolet maista ilmoitti levinneisyydeksi 0,5 prosenttia tai vähemmän. Euroopassa lähes 8,5 miljoonaa aikuista on joskus kokeillut ekstaasia, ja lähes 3 miljoonaa ilmoitti käyttäneensä sitä viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Euroopan maissa keskimäärin 5,2 prosenttia nuorista aikuisista on käyttänyt ekstaasia ainakin kerran. Osuudet vaihtelevat 0,5:stä 14,6 prosenttiin, vaikkakin puolet maista ilmoittaa ainakin kerran käyttäneiden osuudeksi alle 3,6 prosenttia. Ilmoitusten perusteella levinneisyys on suurin

**Kaavio 4:** Amfetamiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneet nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)



*Huom.* Tiedot ovat kunkin maan tuoreimmasta väestötutkimuksesta raportointitietokannalla. Lisätietoja, katso taulukot GPS-8 ja GPS-11 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.  
*Lähteet:* Reitoxin kansalliset raportit (2005), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista.

<sup>(114)</sup> Laskentamenetelmä, katso alaviite 53.

<sup>(115)</sup> Katso kaaviot GPS-15 ja GPS-16 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.





viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä 2,2 prosenttia (Euroopassa 5,2 % ja 1,9 %). <sup>(119)</sup>

LSD:tä oli käyttänyt ainakin kerran 0,2–5,9 prosenttia aikuisista, ja kahdessa kolmasosassa maista levinneisyys oli 0,4–1,7 prosenttia. Nuorten aikuisten ryhmässä (15–34-vuotiaat) LSD:tä ainakin kerran käyttäneiden osuus vaihteli 0,3:sta yhdeksään prosenttiin, ja 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä se oli enintään 4,5 prosenttia. Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden osuus ylitti 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä yhden prosentin vain Tšekissä, Virossa, Latviassa, Unkarissa, Puolassa ja Bulgariassa.

### Suuntaukset

Uusimpien väestötutkimusten perusteella amfetamiinin ja ekstaasin kulutus, jossa on viime vuosina havaittu noususuuntausta, on vakaantunut tai jopa laskenut. Yhdistyneestä kuningaskunnasta samoin kuin niistä kahdesta muusta jäsenvaltiosta, joissa näiden huumeiden kulutus on ollut varsin runsasta (Tšekki ja Espanja), amfetamiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten aikuisten määrän ilmoitetaan nyt pysyneen ennallaan tai jopa vähentyneen. <sup>(120)</sup> Samoin ekstaasin käyttö on tasoittunut tai vähentynyt Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joissa levinneisyys on tavallisesti ollut korkein, mutta ei kuitenkaan Tšekissä. <sup>(121)</sup>

## Hoidon kysyntää koskevat tiedot – amfetamiinit ja ekstaasi <sup>(122)</sup>

Vaikka amfetamiineihin ja ekstaasiin liittyvä hoidon kysyntä kasvaa jatkuvasti, useimmissa maissa niiden käyttö on harvoin pääasiallinen syy huumehoitoon hakeutumiselle. <sup>(123)</sup> Tähän on kuitenkin poikkeuksia: muutamassa maassa huomattava osa ilmoitetusta hoidon kysynnästä liittyy amfetamiinin tai metamfetamiinin käyttöön. Tšekissä, Slovakiassa, Suomessa ja Ruotsissa näiden aineiden takia hoitoon hakeutuvien osuus vaihtelee 25:stä noin 50 prosenttiin. <sup>(124)</sup> Tšekissä ja Slovakiassa suuri osa ilmoitetusta hoidon kysynnästä liittyy ensisijaisesti metamfetamiiniongelmiaan (katso metamfetamiinia koskeva laatikko). Niissä maissa, joissa merkittävä osuus hoitoon hakeutuneista on amfetamiinin käyttäjiä, yksi

### Metamfetamiinin käyttö ja siihen liittyvät ongelmat

Merkittäviä metamfetamiinin käyttöön liittyviä ongelmia on raportoitu eri puolilla maailmaa, muun muassa Yhdysvalloissa, Kaakkois-Aasiassa, Tyynenmeren maissa ja Afrikassa (UNODC, 2006). Metamfetamiinin käyttö voi johtaa vakaviin terveysongelmiin, kuten psykoosiin ja riippuvuuteen, ja siihen voi liittyä riskikäyttäytymistä, myös sellaista, joka voi johtaa HIV:n leviämiseen.

Euroopassa metamfetamiinin käyttö on aikaisemmin keskittynyt Tšekkiin, jossa arvioidaan olevan kaksi kertaa enemmän metamfetamiinin (pervitiinin) ongelmakäyttäjiä (20 300) kuin opioidien ongelmakäyttäjiä (9 700). Viime vuosina metamfetamiini on yleistynyt ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien päähumeena Slovakiassa, ja joissakin väestöryhmissä on todettu korkeita metamfetamiinin käyttöasteita Unkarissa. Vuoden 2005 Reitox-raporteissa seitsemän muuta maata (Tanska, Ranska, Latvia, Slovenia, Yhdistynyt kuningaskunta, Bulgaria ja Norja) ilmoitti kyseisen huumeen takavarikkojen ja/tai käytön lisääntyneen pääasiallisesti yökerhoissa ja juhlissa usein käyvien henkilöiden keskuudessa. Saatavilla olevien tietojen perusteella ei voida tehdä vankkoja päätelmiä metamfetamiinin käytön suuntauksista näissä maissa. Tällä alalla on kuitenkin pysyttävä valppaana, kun otetaan huomioon metamfetamiinin yleistymisen muualla maailmassa ja se, että tämä huume voi aiheuttaa vakavia terveysongelmia.

kolmasosa tai kaksi kolmasosaa asiakkaista käyttää sitä suonensisäisesti. <sup>(125)</sup>

Useimmissa maissa ekstaasin osuus kaikesta hoidon kysynnästä on alle yhden prosentin. Vain Irlannissa, Kyproksessa, Unkarissa ja Turkissa ekstaasi-asiakkaiden osuus on 4–6 prosenttia kaikista hoitoon hakeutuneista asiakkaista.

### Huumeidenkäytön uudet suuntaukset

Uusien huumeiden levinneisyydestä esitetyt arviot ovat paljon alhaisempia kuin vakiintuneempia laittomia huumeita koskevat arviot. Huumeidenkäytön uusia muotoja esiintyy aluksi vain muutaman henkilön kesken, pienissä alaryhmissä tai rajoitetuilla maantieteellisillä alueilla tai ympäristöissä. Näin ollen huumausaineisiin liittyvien uusien suuntauksien havaitsemisessa ja seurannassa on

<sup>(119)</sup> Lähde: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004, National Survey on Drug Use ja Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>).

Huom. Yhdysvaltojen kyselyssä ikäryhmä "kaikki aikuiset" (12 vuotta täyttäneet) on laajempi kuin EU:n tutkimuksissa käytetty ikäryhmä (15–64-vuotiaat). EMCDDA on laskenut uudelleen Yhdysvaltojen kyselyssä "nuorista aikuisista" (16–34-vuotiaat) ilmoitetut luvut.

<sup>(120)</sup> Katso kaaviot GPS-6 ja GPS-17 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(121)</sup> Katso kaaviot GPS-8, GPS-18 ja GPS-30 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(122)</sup> Katso alaviite 70.

<sup>(123)</sup> Katso kaavio TDI-1 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(124)</sup> Katso taulukko TDI-5 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(125)</sup> Katso taulukko TDI-17 (osa iii) vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

käytettävä erilaista lähestymistapaa kuin pääasiallisten käyttötapojen seurannassa.

### Hallusinogeeniset sienet: tapaustutkimus uudesta suuntauksesta

LSD on aivan viime aikoihin asti ollut kaikkein yleisimmin käytetty hallusinogeeninen aine, mutta ei ehkä enää kauan, sillä hallusinogeenisten sienien käytöstä <sup>(126)</sup> saadaan nyt yhä enemmän ilmoituksia. Sienien saatavuus näyttää lisääntyneen tasaisesti 1990-luvun loppupuolelta lähtien, jolloin niitä alettiin markkinoida ”smart shopeissa” muiden ”luonnontuotteiden” rinnalla niin Alankomaissa kuin muuallakin. <sup>(127)</sup> Esimerkiksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa hallusinogeenisia sieniä myyvien kauppojen määrä alkoi lisääntyä 2000-luvun alussa, ja vuoteen 2005 mennessä sieniä oli myynnissä noin 300 kaupassa ja kojussa eri puolilla maata. Sitten niitä alettiin myydä myös Internetissä, jossa tuoreita sieniä, sienenkasvatusvälineitä ja itiöprinttejä on tarjolla pääasiassa hollantilaisilla sivustoilla. Hallusinogeenisten sienien sähköistä kauppaa käydään eri kielillä, lähinnä kuitenkin englanniksi, ranskaksi ja saksaksi, joten asiakaskanta lienee varsin laaja ja kansainvälinen.

EU:ssa äskettäin tehdyissä aikuis- ja koululaiskyselyissä havaittiin, että 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä 1–8 prosenttia nuorista oli käyttänyt hallusinogeenisia sieniä ainakin kerran. <sup>(128)</sup> Yhdeksässä EU:n jäsenvaltiossa laadittujen arvioiden mukaan 15–16-vuotiaiden ikäryhmässä on yhtä paljon tai enemmän hallusinogeenisia sieniä kuin ekstaasia ainakin kerran käyttäneitä (Hibell *et al.*, 2004). Vaikuttaa kuitenkin siltä, että käytön jatkamisaste on alhaisempi kuin muissa huumeissa. Tämä on hallusinogeenisten huumeiden käytölle tyypillinen piirre; nuorilla tämänkaltaisten huumeiden käyttö jää yleensä kokeiluksi, ja huumeita aletaan harvoin käyttää säännöllisesti.

Hallusinogeenisten sienien osalta tulee vain vähän ilmoituksia sellaisista akuuteista tai kroonisista terveysongelmista, jotka vaatisivat lääkärinhoitoa. Muutamissa maissa on kuitenkin tehty joitakin lakimuutoksia hallusinogeenisten aineiden käytön rajoittamiseksi nuorten keskuudessa. Sienien psykoaktiivisia ainesosia, psilosybiinia ja psilosiinia, valvotaan jo nyt kansainvälisesti vuonna 1971 tehdyn psykotrooppisia aineita koskevan YK:n yleissopimuksen mukaisesti. Viime aikoihin asti syyttäjäviranomaiset ovat

usein joutuneet tulkitsemaan tapauskohtaisesti, ovatko nämä aineet kiellettyjä, silloin kun ne ovat sisällä sienessä, jotta vältettäisiin rankaisemasta maanomistajia, joiden mailla näitä sieniä kasvaa luonnossa. Viiden viime vuoden aikana hallusinogeenisia sieniä koskevaa lainsäädäntöä on tiukennettu kuudessa maassa (Tanska, Saksa, Viro, Irlanti, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta). Näissä maissa tehdyillä lakimuutoksilla hallusinogeeniset sienet luokiteltiin kiellettyihin aineisiin, joskaan lakisäätöinen valvonta ei kaikkialla kohdistu täysin samoihin sieniin tai samoihin valmistusvaiheisiin.

Vuonna 2004 hallusinogeenisten sienien takavarikoista raportoivat Tšekki, Saksa, Viro, Kreikka, Liettua, Unkari, Alankomaat, Puola, Portugali, Slovenia, Slovakia, Ruotsi ja Norja. <sup>(129)</sup> Hallusinogeenisten sienien osalta lainvalvontaviranomaisten suorittamien takavarikoiden lukumäärä ja takavarikoidut määrät ovat yleensä pieniä, eikä niitä koskevista luvuista erotu mitään selkeitä suuntauksia.

### GHB ja ketamiini

Sekä gammahydroksibutyraatti (GHB) että ketamiini asetettiin valvontaan, sen jälkeen kun EU ilmaisi vuonna 2000 huolensa näiden huumeiden väärinkäytöstä viihdeympäristöissä. <sup>(130)</sup> YK:n huumevalvontajärjestelmässä GHB lisättiin kansainvälisesti valvottujen huumeiden luetteloon maaliskuussa 2001, minkä seurauksena kaikki EU:n jäsenvaltiot ovat päivittäneet tätä ainetta koskevaa lainsäädäntöään. Sitten maaliskuussa 2006 INCB suositteli, että WHO jouduttaisi lausuntoaan siitä, tulisiko ketamiinikin asettaa kansainväliseen valvontaan (INCB, 2006a). Kansallisella tasolla ketamiinin valvonta perustuu lähes puolessa EU:n jäsenvaltioista huumelainsäädäntöön eikä lääkelainsäädäntöön.

GHB:stä ja ketamiinista saatavilla olevien levinneisyystietojen vähäisyys viittaa näiden aineiden käytön vakiintumiseen alhaiselle tasolle useimmissa maissa. Huumeita paljon käytävissä ryhmissä tehtyjen tutkimusten mukaan kummankin aineen käyttö on jopa säännöllisten viihdekäyttäjien keskuudessa harvinaisempaa kuin muiden aineiden käyttö, esimerkiksi amfetamiinien, ekstaasin, LSD:n ja hallusinogeenisten sienien käyttö.

GHB- ja ketamiinikuolemat sekä GHB:n ja ketamiinin käytöstä aiheutuvat muut kuin kuolemaan johtaneet

<sup>(126)</sup> Tässä raportissa ”hallusinogeenisillä sienillä” tarkoitetaan ainoastaan psilosybiinia ja psilosiinia sisältäviä huumesieniä. Muita psykoaktiivisia aineita sisältävien sienilajien käyttö on harvinaisempaa. Lisätietoja: katso EMCDDA:n aihekohtainen asiakirja hallusinogeenisista sienistä (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400>).

<sup>(127)</sup> Näissä myymälöissä myydään laillisia tuotteita, jotka ovat pääasiassa luonnontuotteita, hallusinogeeniset sienet mukaan lukien.

<sup>(128)</sup> EMCDDA:n tiedot ovat peräisin eurooppalaisesta mallikyselylomakkeesta. Hallusinogeenisista sienistä saatiin tietoja 11 jäsenvaltiosta (Tšekki, Tanska, Saksa, Ranska, Irlanti, Liettua, Unkari, Alankomaat, Puola, Suomi ja Yhdistynyt kuningaskunta).

<sup>(129)</sup> Reitoxin kansalliset raportit (Saksa, Viro, Alankomaat, Norja) ja EMCDDA:n neopean tiedonvaihtojärjestelmän verkkokysely (Tšekki, Kreikka, Unkari, Puola, Portugali, Slovakia, Slovenia, Ruotsi).

<sup>(130)</sup> Yhteisestä toiminnasta laadittu riskiarvioraportti vuodelta 2000.



hätätapaukset ovat hyvin harvinaisia. Tietoja on saatavilla vähän, koska näiden aineiden käyttöön liittyvien kuolemien ja muiden hätätapausten kirjaamiseksi ei ole tarkkoja eikä vertailukelpoisia järjestelmiä. GHB-kuolemia on ilmoitettu kahdesta maasta, ja yleensä niihin on liittynyt muitakin huumeita. Amsterdamin kaupungin terveysviranomaiset ilmoittivat GHB:n käytöstä aiheutuvien muiden kuin kuolemaan johtaneiden hätätapausten määrän kasvaneen vuosittain 25 tapauksesta vuonna 2000 yhteensä 98 tapaukseen vuonna 2004, mikä oli enemmän kuin ekstaasin, amfetamiinin, LSD:n tai hallusinogeenisten sienien käytöstä johtuvien hätätapausten määrä. Ruotsissa GHB-havainnot (tai sen lähtöaineina käytettäviä GBL:ää ja 1,4-BD:tä koskevat havainnot) kehon nesteistä otetuissa näytteissä lisääntyivät 24 tapauksesta vuonna 1997 yhteensä 367 tapaukseen vuonna 2004. GHB-kuolemia ilmoitettiin myös Ruotsista: vuosina 1996–2004 aine aiheutti 36 huumekuolemaa, joista yhdeksän vuonna 2004. Englannissa ja Walesissa GHB mainittiin vuonna 2003 kolmessa kuolinsyyraportissa, joista yhdessä GHB mainittiin ainoana huumeena (ONS, 2006). Eräästä suuren sairaanhoitopiirin sairaalasta Yhdistyneestä kuningaskunnasta toimitettujen toksikologisten tietojen mukaan GHB:tä oli kuitenkin havaittu viidessä huumekuolemassa toukokuun ja joulukuun 2005 välisenä aikana. <sup>(131)</sup>

GHB on veteen ja alkoholiin liukeneva aine, jolla voi olla lamauttava vaikutus, ja usein sen käytöstä seuraa muistinmenetys; GHB:n käytön liittyminen seksuaaliseen väkivaltaan (niin sanotut treffiraiskaukset) onkin herättänyt huolta. Ilmiön laajuudesta ei kuitenkaan ole varsinaista näyttöä, koska tapauksia saatetaan jättää ilmoittamatta ja koska näitä rikoksia on niukan rikosteknisen näytön takia vaikea todistaa. Tämän huolestuttavan suuntauksen luonteen ja laajuuden määrittämiseksi tarvitaan jatkotutkimuksia.

## Uusiin huumeisiin liittyvät toimet

Tietojenvaihdossa siirryttiin sujuvasti uuteen vaiheeseen, kun neuvosto teki vuonna 2005 uuden päätöksen (2005/387/YOS), joka oli jatkoa vuonna 1997 hyväksytylle yhteiselle toiminnalle. EMCDDA ja Europol saivat ensimmäiset viralliset ilmoitukset yhteensä 14 uudesta psykoaktiivisesta aineesta. Kaikki olivat psykotrooppisia (synteettisiä) huumeita, samankaltaisia kuin ne, jotka mainitaan vuonna 1971 tehdyn psykotrooppisia aineita koskevan YK:n yleissopimuksen luetteloissa I ja II. Ilmoitetut aineet kuuluivat kolmeen pääasialliseen kemikaaliryhmään – fenetyyliamiineihin, tryptamiineihin ja piperatsiineihin.

Muutamia näihin ryhmiin kuuluvia aineita on ilmoitettu aikaisemmin nopean tiedonvaihtojärjestelmän kautta, jonka puitteissa niitä nykyisin seurataan. <sup>(132)</sup>

Vuonna 2005 tapahtui merkittävä muutos, kun markkinoille ilmaantui uusi psykoaktiivinen aine, 1-(3-kloorifenyyl)-piperatsiini (mCPP), jonka käyttö levisi nopeasti. Tämä mCPP on aryyli-substituoitu piperatsiini, kuten bentsyyli-piperatsiinin (BZP), jota tiedonvaihtojärjestelmässä on seurattu jo vuodesta 1999 lähtien. Ensimmäiset viralliset ilmoitukset mCPP-havainnoista saapuivat EMCDDA:lle ja Europolille helmi- ja maaliskuussa 2005, ja ne

### Neuvoston päätös uusista psykoaktiivisista aineista

Uusia psykoaktiivisia aineita koskevasta tietojenvaihdosta, riskinarvioinnista ja valvonnasta 10. päivänä toukokuuta 2005 tehdyllä neuvoston päätöksellä 2005/387/YOS <sup>(1)</sup> perustetaan järjestelmä, jossa vaihdetaan nopeasti tietoja kansanterveyttä ja yhteiskuntaa mahdollisesti uhkaavista uusista psykoaktiivisista aineista siten, että EU:n toimielimet ja jäsenvaltiot voivat ryhtyä toimiin Euroopan huumeepiireihin ilmaantuvien uusien huumeusaineiden ja uusien psykotrooppisten huumeusaineiden osalta. EMCDDA:lla ja Europolilla, jotka tekevät tiivistä yhteistyötä verkostojensa – Reitoxin kansallisten seurantakeskusten ja Europolin kansallisten yksiköiden – kanssa, on keskeinen rooli uusien psykoaktiivisten aineiden havaitsemisessa ja ilmoittamisessa. Päätös edellyttää myös tällaisiin uusiin psykoaktiivisiin aineisiin liittyvien riskien arviointia, jotta jäsenvaltioissa sovellettavia huumeusaineiden ja psykotrooppisten aineiden valvontatoimenpiteitä <sup>(2)</sup> voidaan soveltaa myös uusiin psykoaktiivisiin aineisiin. Päätöksellä laajennetaan vuonna 1997 hyväksytyn, yksinomaan uusia synteettisiä huumeita koskeneen yhteisen toiminnan <sup>(3)</sup> soveltamisalaa ja korvataan se. Päätöksessä säilytetään kuitenkin yhteisessä toiminnassa käyttöön otettu kolmivaiheinen lähestymistapa: tiedonvaihto/ varhaisvaroitus, riskien arviointi ja päätöksenteko.

<sup>(1)</sup> Neuvoston päätös 2005/387/YOS uusia psykoaktiivisia aineita koskevasta tietojenvaihdosta, riskinarvioinnista ja valvonnasta julkaistiin *Euroopan unionin virallisessa lehdessä* 20.5.2005 (L 127, s. 32–37), ja se tuli voimaan 21.5.2005. Päätöstä sovelletaan aineisiin, joita ei ole lueteltu vuonna 1961 eikä vuonna 1971 tehdyissä Yhdistyneiden Kansakuntien huumeusaineita koskevissa yleissopimuksissa.

<sup>(2)</sup> Vuonna 1961 tehdyn Yhdistyneiden Kansakuntien huumeusaineyleissopimuksen ja vuonna 1971 tehdyn psykotrooppisia aineita koskevan Yhdistyneiden Kansakuntien yleissopimuksen määräysten mukaisesti.

<sup>(3)</sup> Uusia synteettisiä huumeusaineita koskevasta tiedonvaihdosta, riskien arvioinnista ja valvonnasta 16. päivänä kesäkuuta 1997 hyväksytty yhteinen toiminta (EYVLL 167, 25.6.1997).

<sup>(131)</sup> Nopeasta tiedonvaihtojärjestelmästä saatua tietoa. Kyseisessä ilmoituksessa mainittujen GHB-kuolemien suurehko määrä on todennäköisesti osoitus sairaalan laboratorion tutkimuksen painopisteistä.

<sup>(132)</sup> Riskinarvioinnin kohteina vuosina 1997–2004 olleista yhdeksästä uudesta synteettisestä huumeesta kuusi otettiin EU:n tason seurantaan, ja ne kaikki olivat fenetyyliamiineja.

koskivat Ranskassa ja Ruotsissa kerättyjä tietoja. Vuoden 2005 loppuun mennessä lainvalvontaviranomaiset olivat takavarikoineet tai löytäneet mCPP:tä sisältäviä tabletteja erilaisten ajanvietetapahtumien yhteydessä (tanssiin tai musiikkiin liittyvistä ulkoilmatapahtumista, yökerhoista jne.) lähes kaikissa jäsenvaltioissa. Tabletit on lähes aina muotoiltu ekstaasin näköisiksi, ja oletettavasti niitä myös markkinoidaan ekstaasina. Huumetta on tarjolla pääasiassa tabletteina, ja mCPP:n subjektiiviset vaikutukset ovat osittain samankaltaiset kuin MDMA:n (Bossong *et al.*, 2005). Lisäksi mCPP:tä tavataan usein MDMA:han yhdistettynä. Kyse tuskin on tahattomasta sekoittumisesta, vaan todennäköisesti mCPP:tä on lisätty tabletteihin tarkoituksellisesti voimistamaan tai muuntamaan MDMA:n vaikutuksia. EU:ssa näyttää olevan vähän kysyntää tai markkinoita mCPP:lle sellaisenaan.

Jäsenvaltioissa mCPP:stä on tehty havaintoja laajemmin kuin mistään muusta uudesta psykoaktiivisesta aineesta, sen jälkeen kun uusia (synteettisiä) huumeita alettiin seurata nopeassa tiedonvaihtojärjestelmässä vuonna 1997. Vuoden sisällä havaintoja on tehty kaikkiaan 20 jäsenvaltiossa sekä Romaniassa ja Norjassa.

Yhteisessä raportissaan EMCDDA ja Europol suosittelivat neuvoston päätöksen mukaisesti, ettei virallista riskinarviointia suoritettaisi, koska mCPP:tä ilmeisesti käytetään ainakin yhden laillisen lääkevalmisteen tuotannossa. Samalla kuitenkin huomautettiin, että vaikka mCPP:hen ei tällä hetkellä näytä liittyvän mitään merkittäviä kansanterveydellisiä tai sosiaalisia riskejä, tähän kysymykseen on lopulta vaikea ottaa kantaa ilman perusteellista tieteellistä riskinarviointia.

### **Huumeidenkäytön kehitys viihdeympäristössä, EMCDDA:n vuosiraportti 2006: erityiskysymykset**

Huumeidenkäyttö ja nuorten vapaa-ajan toiminta ovat usein yhteydessä toisiinsa. Etenkin musiikki- ja tanssitapahtumiin osallistuviin nuoriin kohdistuvissa tutkimuksissa todetaan säännöllisesti huomattavasti korkeampia huumeidenkäytön levinneisyysasteita kuin yleisissä väestötutkimuksissa ja niissä todetaan usein erityisen korkeita piristeiden käyttöasteita. Voidaanko maiden väliset erot selittää kaupallisen yöelämän tarjonnan, musiikkikulttuurin, huumeiden saatavuuden ja käyttövarojen eroilla? Näitä kysymyksiä tarkastellaan tässä erityiskysymyksessä.

Viihdehuumeiden Internetin kautta tapahtuvassa markkinoinnissa ja itse huumeidenkäytössä viihdeympäristössä tapahtuneet muutokset asettavat uusia haasteita politiikan, ehkäisytoiminnan ja riskien vähentämisen alalla. Näitä asioita tarkastellaan tässä erityiskysymyksessä, jossa myös käydään yksityiskohtaisesti läpi innovatiiviset huumeidenkäytön ehkäisy- ja vähentämisalioitteet, joita EU:ssa on toteutettu kymmenen viime vuoden aikana nuorten vapaa-ajan toiminnan ja huumeidenkäytön välisen vuorovaikutuksen monimutkaisen ongelman ratkaisemiseksi.

Tämä erityiskysymys on saatavilla painetussa muodossa ja Internetin kautta ainoastaan englanniksi: "Developments in drug use within recreational settings", *EMCDDA annual report 2006: selected issues* (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## Luku 5

# Kokaiini ja crack-kokaiini

## Kokaiinin tarjonta ja saatavuus <sup>(133)</sup>

### Tuotanto ja kauppa

Kokaiini on maailman kolmanneksi eniten salakuljetettu huumausaine kannabisruohon ja kannabishartsin jälkeen. Takavarikoitujen määrien mukaan – maailmanlaajuisesti 578 tonnia vuonna 2004 – kokaiinia salakuljetettiin myös vuonna 2003 eniten Etelä-Amerikassa (44 %) ja Pohjois-Amerikassa (34 %) ja sen jälkeen Länsi- ja Keski-Euroopassa (15 %) (CND, 2006).

Kolumbia on selvästi merkittävin laittoman kokaiinin lähde maailmassa ennen Perua ja Boliviaa. Maailmanlaajuinen kokaiinin tuotanto vuonna 2004 oli arviolta 687 tonnia, joista 56 prosenttia oli peräisin Kolumbiasta, 28 prosenttia Perusta ja 16 prosenttia Boliviasta (UNODC, 2005). Valtaosa Euroopassa takavarikoidusta kokaiinista tulee suoraan Etelä-Amerikasta (Kolumbiasta) tai Keski-Amerikan ja Karibian valtioiden kautta. EU:hun tuodun kokaiinin kauttakulkumaiksi ilmoitettiin vuonna 2004 Suriname, Brasilia, Argentiina, Venezuela, Ecuador, Curaçao, Jamaika, Meksiko, Guyana ja Panama (Reitoxin kansalliset raportit, 2005; WCO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Kokaiinia kulkeutui EU:hun myös läntisen Afrikan ja Guineanlahden maiden (lähinnä Nigerian), mutta myös itäisen Afrikan (Kenian) ja luoteisen Afrikan, nimittäin Mauritanian ja Senegalin rannikoilla sijaitsevien saarien, kautta (CND, 2006; INCB, 2006a). Tärkeimmät saapumispaikat EU:ssa ovat edelleen Espanja, Alankomaat ja Portugali, mutta myös Belgia, Ranska ja Yhdistynyt kuningaskunta (Reitoxin kansalliset raportit, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Vaikka Espanja ja Alankomaat

ovat yhä tärkeitä EU:hun saapuvan kokaiinin jakelukeskuksia, Espanjan pohjoisrannikolla (Galicia) harjoitettu tehostettu valvonta ja Schipholin lentokentällä (Amsterdam) tietyistä maista saapuville lennoille tehtävät sataprosenttiset tarkastukset <sup>(134)</sup> ovat ehkä osaksi aiheuttaneet sen, että esimerkiksi Afrikkaan, mutta myös Itä- ja Keski-Eurooppaan, on syntynyt yhä enemmän vaihtoehtoisia kauttakulkureittejä ja välikäsiä huumeiden jakelulle Länsi-Eurooppaan (Reitoxin kansalliset raportit, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

### Takavarikot

EU:ssa tehtiin vuonna 2004 arviolta 60 000 kokaiinitakavarikkoa, joissa otettiin haltuun yhteensä 74 tonnia kokaiinia. Suurin osa kokaiinitakavarikkoja koskevista ilmoituksista tuli Länsi-Euroopan maista, etenkin Espanjasta, jonka osuus on yli puolet EU:ssa viiden viime vuoden aikana tehtyjen takavarikkojen lukumäärästä ja takavarikoiduista määristä. <sup>(135)</sup> Ajanjaksolla 1999–2004 kokaiinitakavarikkojen lukumäärä <sup>(136)</sup> EU:ssa kasvoi yleisesti, kun taas takavarikoidut määrät <sup>(137)</sup> vaihtelivat, mutta ne ovat kuitenkin kasvamaan päin. Maiden toimittamien tietojen perusteella määrät ovat kuitenkin supistuneet vuonna 2004, ainakin Espanjassa sitä edeltävänä vuonna takavarikoitun poikkeuksellisen suureen määrään verrattuna.

### Hinta ja puhtaus

Kokaiinin keskihinta katukaupassa vaihteli EU:ssa voimakkaasti vuonna 2004 Belgian 41 eurosta grammalta Kyproksen, Romanian ja Norjan sataan euroon grammalta. <sup>(138)</sup> Kokaiinin inflaatiokorjatut keskihinnat <sup>(139)</sup> putosivat vuosina 1999–2004 yleisesti kaikissa tietoja

<sup>(133)</sup> Katso ”Takavarikkojen ja muiden markkinatietojen tulkinta”, s. 37.

<sup>(134)</sup> Kaikilla lennoilla Alankomaiden Antilleilta, Arubasta, Ecuadorista, Perusta, Surinamesta ja Venezuelasta suoritetaan turvatarkastus jokaiselle matkustajalle; vuonna 2004 tällaisissa tarkastuksissa pidätettiin 3 466 huumehuriiria ja tavanomaisissa tarkastuksissa 620 huumehuriiria (Alankomaiden kansallinen raportti).

<sup>(135)</sup> Tämä on tarkistettava, sitten kun puuttuvat vuoden 2004 tiedot saadaan. Tiedot kokaiinitakavarikkojen lukumäärästä ja takavarikoidun kokaiinin määrästä vuonna 2004 puuttuvat Irlannin ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta; tiedot kokaiinitakavarikkojen määrästä puuttuvat Alankomaiden osalta. Arvioinnissa käytettiin vuodelta 2004 puuttuvien tietojen sijasta vuoden 2003 tietoja. Alankomaiden tiedot vuonna 2004 takavarikoiduista määristä olivat arvioita, eikä niitä voitu käyttää vuoden 2004 suuntauksien analysoinnissa.

<sup>(136)</sup> Katso taulukko SZR-9 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(137)</sup> Katso taulukko SZR-10 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(138)</sup> Katso taulukko PPP-3 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(139)</sup> Vuotta 1999 on käytetty rahan arvon vertailuvuotena kaikissa maissa.

toimittaneissa maissa <sup>(140)</sup> paitsi Luxemburgissa, jossa ne laskivat vuoteen 2002 asti ja kääntyivät sen jälkeen nousuun, ja Norjassa, jossa vuonna 2001 havaittu hintojen voimakas kasvu on sittemmin pysähtynyt.

Kokaiinin keskimääräinen puhtaus käyttäjätasolla on heroisiin verrattuna korkea, ja se vaihteli vuonna 2004 Tanskan 24 prosentista Puolan 80 prosenttiin. Useimmat maat ilmoittivat puhtaudeksi 40–65 prosenttia. <sup>(141)</sup> Vuosilta 1999–2004 toimitettujen tietojen perusteella kokaiinin keskimääräinen puhtaus on laskenut yleisesti useimmissa tietoja toimittaneissa maissa. <sup>(142)</sup> Virossa (vuodesta 2003), Ranskassa ja Liettuassa puhtaus on kuitenkin kasvanut, ja Luxemburgissa ja Itävallassa se on pysynyt ennallaan.

### Kansainvälinen toiminta kokaiinin tuotantoa ja salakuljetusta vastaan

Europolin johtaman COLA-hankkeen tavoitteena on tunnistaa ja pysäyttää pääasiassa kokaiinin salakuljetusta harjoittavia latinalaisamerikkalaisia rikollisryhmiä ja niiden liittolaisia, joiden toiminta suuntautuu ja sijoittuu EU:hun. Hankkeessa pyritään etenkin tarjoamaan operatiivista tukea osanottajamaissa käynnissä oleviin kenttätutkintoihin ja tarkentamaan strategiseen tiedusteluun pohjautuvaa kuvaa. Hanketta täydentää Europolin kokaiinilogojärjestelmä (Cocaine Logo System), vuosittain päivitettävä hakemisto, johon kerätään toimintatapojen kuvauksia, valokuvia ja muuta tietoa kokaiinitakavarikoista sekä huumeissa ja niiden pakkauksissa käytettävistä logoista ja merkinnöistä. Näin autetaan tunnistamaan yhteyksiä eri takavarikkojen välillä sekä edistetään kansainvälistä lainvalvontayhteistyötä ja tietojenvaihtoa (Europol, 2006).

Vuodesta 1999 lähtien jatkuneessa operaatio Purplessa keskitytään estämään kaliumpermanganaatin <sup>(143)</sup> kulkeutumista laillisesta kaupasta kokaiinin laittomaan valmistukseen etenkin Amerikoissa. Kaliumpermanganaatin laillinen kauppa on mittavaa: 30 vientimaata tai -aluetta on toimittanut INCB:lle vuodesta 1999 lähtien yhteensä 4 380 vientiä edeltävää ilmoitusta, jotka ovat kattaneet yli 136 560 tonnia kaliumpermanganaattia. Epäilyksiä herättäneiden tilausten tai käyttötarkoitusten perusteella on vuodesta 1999 lähtien pysäytetty tai takavarikoitu yhteensä 233 toimitusta (14 316 tonnia

kaliumpermanganaattia), ja tapausten yhteydessä on tullut ilmi laittomia käyttötarkoituksia. Euroopassa takavarikoitiin vuonna 2004 noin 1,4 tonnia kaliumpermanganaattia, pääasiassa Venäjän federaatiossa mutta myös Romaniassa ja Ukrainassa <sup>(144)</sup> (INCB, 2006b).

Salakuljettajat näyttävät kehittäneen uusia keinoja kiertää operaatio Purplen puitteissa käyttöön otetut tarkastukset ja seurantajärjestelmät. Vaikka kokaiinin laitonta valmistusta ei yhdistetäkään Aasiaan, salakuljettajien arvellaan nyt olevan siirtymässä tälle alueelle ja pyrkimässä suuntaamaan kaliumpermanganaattia laillisesta kaupasta laittomaan käyttöön. Salakuljettajien on myös pelätty ryhtyvän kuljettamaan kaliumpermanganaattia Karibian kautta Andien alueelle. Vaikka epäilyttävien liiketoimien paljastaminen ja lähetysten pysäyttäminen ovatkin tuoneet menestystä, INCB (2006b) on kehottanut hallituksia kehittämään toimintatapoja käyttää kokaiinilaboratorioissa tehtyjä takavarikkoja koskevia tietoja siten, että voitaisiin jäljittää kemikaalien alkuperäinen lähde, saataisiin selville kauttakulkumaat ja voitaisiin aloittaa tutkimukset kauppa harjoittavissa yrityksissä, jolloin salakuljettajien olisi yhä vaikeampaa siirtää toimintaansa toiseen valtioon.

### Kokaiinin käytön levinneisyys ja käyttötavat

Viimeisimpien kansallisten väestötutkimusten mukaan noin 10 miljoonaa henkilöä <sup>(145)</sup> eli yli kolme prosenttia kaikista aikuisista Euroopassa on käyttänyt kokaiinia ainakin kerran. <sup>(146)</sup> Käyttöä koskevat kansalliset luvut vaihtelevat 0,5:stä kuuteen prosenttiin, ja kärjessä olivat Italia (4,6 %), Espanja (5,9 %) ja Yhdistynyt kuningaskunta (6,1 %). Kokaiinia ilmoittaa viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneensä noin 3,5 miljoonaa henkilöä (noin prosentti kaikista aikuisista). Useimmissa maissa määrä vaihtelee 0,3:sta yhteen prosenttiin, mutta se on selvästi korkeampi Espanjassa (2,7 %) ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (2 %).

Kuten muidenkin laittomien huumeaineiden käyttö, myös kokaiinin käyttö on yleisintä nuorten aikuisten keskuudessa. Kokaiinia ainakin kerran käyttäneitä on eniten 15–34-vuotiaiden ryhmässä, joskin 15–24-vuotiaiden

<sup>(140)</sup> Vuosilta 1999–2004 on saatavilla tietoja kokaiinin hinnoista vähintään kolmena perättäisenä vuonna Belgiasta, Tšekistä, Saksasta, Espanjasta, Ranskasta, Irlannista, Kyproksesta, Latviasta, Liettuasta, Luxemburgista, Puolasta, Portugalista, Sloveniasta, Ruotsista, Yhdistyneestä kuningaskunnasta, Bulgariasta, Turkista ja Norjasta.

<sup>(141)</sup> Katso taulukko PPP-7 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(142)</sup> Vuosilta 1999–2004 on saatavilla tietoja kokaiinin puhtaudesta vähintään kolmena perättäisenä vuonna Belgiasta, Tšekistä, Tanskasta, Saksasta, Virossa, Espanjasta, Ranskasta, Irlannista, Italiasta, Latviasta, Liettuasta, Luxemburgista, Unkarista, Alankomaista, Itävallassa, Portugalista, Slovakiasta, Yhdistyneestä kuningaskunnasta ja Norjasta.

<sup>(143)</sup> Kokaiinin valmistuksessa käytetty ja vuoden 1988 yleissopimuksen taulukkoon I luokiteltu lähtöaine.

<sup>(144)</sup> Näihin tietoihin ei ole laskettu mukaan pysäytettyihin toimituksiin kuuluvia määriä.

<sup>(145)</sup> Perustuu kansallisten lukujen painotettuun keskiarvoon; lisätietoja: katso alaviite 53.

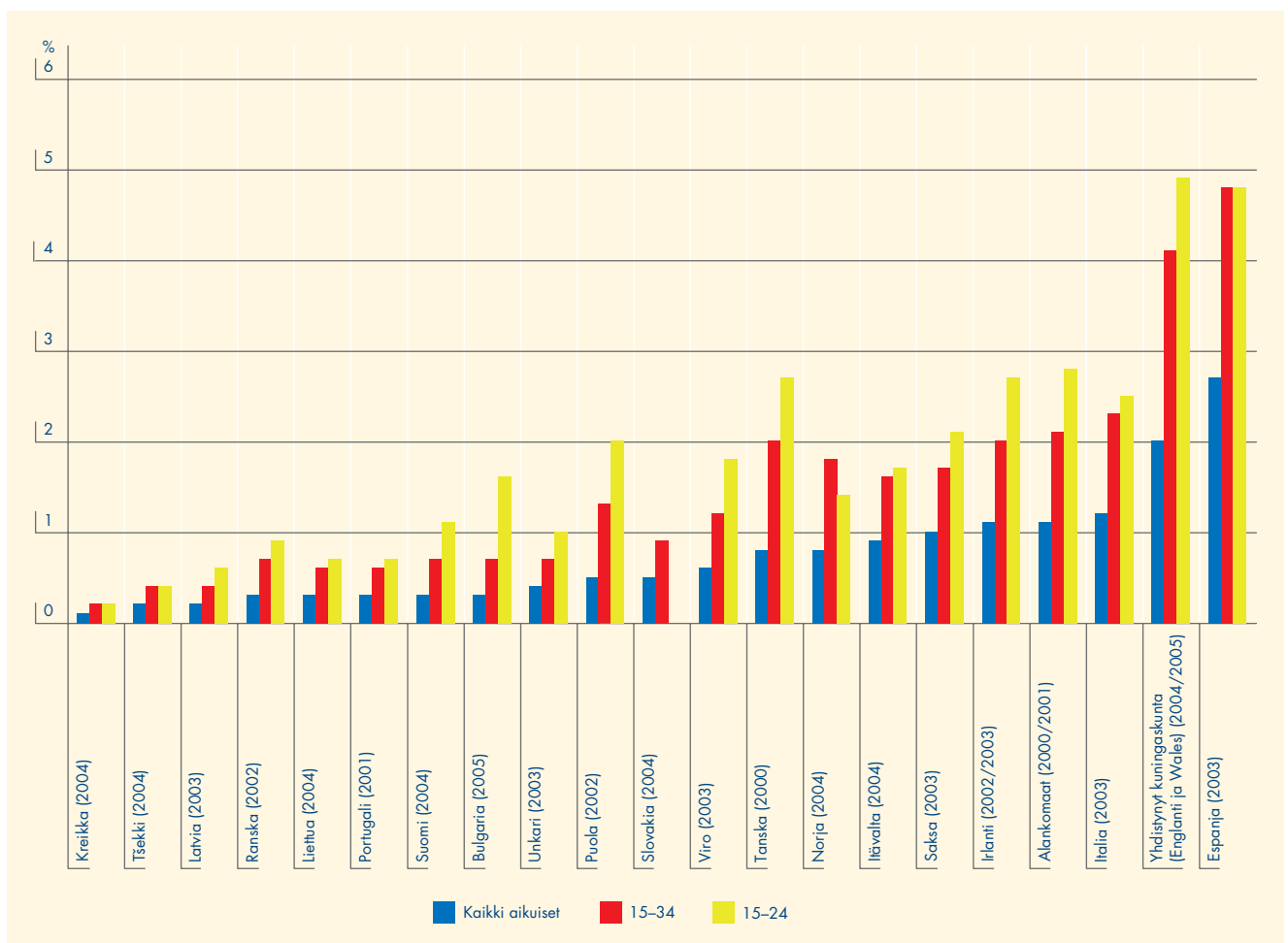
<sup>(146)</sup> Tarkat maakohtaiset luvut, katso taulukko ”Yleiset väestötutkimukset huumeidenkäytöstä” vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

ryhmässä viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä on hieman enemmän. Kokaiini näyttää olevan suosituinta 20 vuotta täyttäneiden ryhmässä, mutta kannabikseen verrattuna sen käyttö on yleensä harvinaisempaa tätä nuorempien keskuudessa. Kokaiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus 15–34-vuotiaiden ryhmässä oli 1–10 prosenttia, ja osuus oli suurin Espanjassa (8,9 %) ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (10,5 %). Kokaiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä oli 0,2–4,8 prosenttia, ja Tanskassa, Irlannissa, Italiassa ja Alankomaissa tämä osuus oli kaksi prosenttia sekä Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa yli neljä prosenttia (kaavio 6). Koululaiskyselyistä saatujen tietojen perusteella kokaiinia ainakin kerran käyttäneiden määrä on erittäin pieni. Osuus vaihteli Kyproksen, Suomen ja Ruotsin nollassa prosentista Espanjan kuuteen prosenttiin, ja crack-kokaiinia ainakin kerran kokeilleiden osuus oli vielä pienempi, 0–3 prosenttia (Hibell *et al.*, 2004).

Yleisintä kokaiinin kulutus on nuorten miesten keskuudessa. Esimerkiksi Tanskassa, Saksassa, Espanjassa, Italiassa, Alankomaissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa 15–34-vuotiaille nuorille miehille tehdyissä kyselyissä havaittiin, että 5–14 prosenttia heistä oli käyttänyt kokaiinia ainakin kerran. Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä oli vähemmän, mutta neljässä maassa osuus ylitti kolme prosenttia, ja Espanja ja Yhdistynyt kuningaskunta ilmoittivat osuudeksi 6–7 prosenttia. <sup>(147)</sup> Tämä tarkoittaa, että näissä maissa noin yksi 15 nuoresta miehestä on äskettäin käyttänyt kokaiinia. Kaupunkialueilla osuus on huomattavasti korkeampi.

Muun väestön keskuudessa kokaiinin käyttö vaikuttaa olevan lähinnä satunnaista, ja se keskittyy lähinnä viikonloppuihin ja viihdeympäristöihin (baareihin ja diskoihin), joissa käyttö saattaa olla hyvinkin yleistä. Äskettäin eri maissa nuorten tanssi- ja musiikkiympäristöissä tehdyissä tutkimuksissa paljastui, että kokaiinin käytön levinneisyys on paljon

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



*Huom.* Tiedot ovat kunkin maan tuoreimmasta väestötutkimuksesta raportointihetkellä. Lisätietoja, katso taulukot GPS-8, GPS-11 ja GPS-18 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.  
*Lähteet:* Reitoxin kansalliset raportit (2005), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista.

<sup>(147)</sup> Katso kaavio GPS-9 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

suurempi nuorten keskuudessa kuin väestössä keskimäärin. Ainakin kerran käyttäneiden osuus vaihteli kymmenestä 75 prosenttiin (katso huumeiden viihdekäyttöä koskeva erityiskysymys). Esimerkiksi vuosina 2004 ja 2005 tehdyn British Crime Surveyn mukaan arviot ”A-luokan” huumeiden levinneisyydestä diskoissa ja yökerhoissa käyvien keskuudessa olivat vähintään kaksinkertaisia muihin ryhmiin verrattuna (Chivite-Matthews *et al.*, 2005) (katso myös huumeiden viihdekäyttöä koskeva erityiskysymys). Keskimäärin joka kolmas kokaiinia ainakin kerran kokeilleista aikuisista Euroopassa on käyttänyt kokaiinia viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana; vain 13 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä sitä viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana. Esimerkiksi Espanjassa, Italiassa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Bulgariassa 2–4 prosenttia 15–24-vuotiaista miehistä <sup>(148)</sup> ilmoittaa käyttäneensä kokaiinia viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana. Aikuisten (15–64-vuotiaiden) ryhmässä kokaiinia äskettäin käyttäneitä on Euroopassa karkeasti arvioituna 1,5 miljoonaa (joista 80 % 15–34-vuotiaiden ikäryhmässä). Tätä voidaan pitää vähimmäisarviona, sillä tapauksia on luultavasti jätetty ilmoittamatta.

Kokaiinin käyttötavat ovat eri käyttäjäryhmissä hyvin erilaisia. Useassa Euroopan kaupungissa hiljattain tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että valtaenemmistö (95 %) yhteiskuntaan sopeutuneiksi määritellyistä käyttäjistä nuuskasi kokaiinia ja että vain murto-osa oli joskus polttanut sitä tai käyttänyt sitä suonensisäisesti, mutta sitä käytettiin yleisesti yhdessä kannabiksen ja alkoholin kanssa (Prinzleve *et al.*, 2004). Injektiokäyttö oli yleistä vieroitushoidossa olevissa tai yhteiskunnasta syrjäytyneissä käyttäjäryhmissä, ja crack-kokaiinin käyttö oli tavallista Hampurissa, Lontoossa ja Pariisissa sekä vähemmässä määrin myös Barcelonassa ja Dublinissa. Muun väestön keskuudessa crack-kokaiinin käyttö on Euroopassa harvinaista. Esimerkiksi crack-kokaiinia ainakin kerran käyttäneiden osuudeksi ilmoitettiin Espanjasta 0,5 prosenttia (vuonna 2003) ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta kahdeksan prosenttia (Chivite-Matthews *et al.*, 2005). Kolmessa maassa tehdyissä yökerhokyselyissä ilmeni, että crack-kokaiinia ainakin kerran käyttäneitä oli vielä vähemmän kuin heroiniä käyttäneitä (Tšekki 2 %, Yhdistynyt kuningaskunta 13 % ja Ranska 21 %). Crack-kokaiinin käyttö syrjäytyneissä ryhmissä tai opioidien käyttäjien keskuudessa on kuitenkin joissakin kaupungeissa kasvanut huolestuttavasti. Esimerkiksi Amsterdamissa 94 naispuolisen katuprostituoidun kohderyhmälle tehdyssä kyselyssä ainakin kerran crack-kokaiinia käyttäneiden

arvioitu osuus oli erittäin korkea, noin 91 prosenttia (Korf, 2005, Alankomaiden kansallinen raportti).

Vertailun vuoksi kerrottakoon, että vuonna 2004 tehdyn Yhdysvaltain kansallisen huumeidenkäyttöä ja terveyttä koskevan kyselyn mukaan 14,2 prosenttia aikuisista (12 vuotta täyttäneistä) oli käyttänyt kokaiinia ainakin kerran, kun taas Euroopassa keskiarvo on kolme prosenttia. Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä oli Yhdysvalloissa 2,4 prosenttia, mutta Euroopassa heitä on keskimäärin yksi prosentti; tosin joistakin EU-maista, esimerkiksi Espanjasta (2,7 %) ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta (2 %), on raportoitu samankaltaisia lukuja kuin Yhdysvalloista. <sup>(149)</sup> Ainakin kerran käyttäneiden ryhmässä Yhdysvaltojen korkeammat luvut saattavat osittain johtua siitä, että kokaiini on levinnyt Yhdysvaltoihin Eurooppaa varhaisemmin.

Nuorten aikuisten ryhmässä (16–34-vuotiaat) ainakin kerran käyttäneitä oli Yhdysvalloissa 14,6 prosenttia, viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä 5,1 prosenttia ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä 1,7 prosenttia, kun taas EU:n vastaavat keskiarvot 15–34-vuotiaiden ryhmässä olivat ainakin kerran käyttäneiden osalta viisi prosenttia, viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden osalta kaksi prosenttia ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneiden osalta yksi prosentti.

### Kokaiinin käytön suuntaukset

Varoituksia kokaiinin käytön lisääntymisestä Euroopassa on jo monena vuonna saatu useista lähteistä (esimerkiksi markkinaandikaattorit, hoidon kysyntä, kuolemat). Vaikka tietojen saanti kokaiinin käytön suuntauksista väestön keskuudessa paranee jatkuvasti yhä useampien maiden suorittaessa perättäisiä tutkimuksia, tiedot ovat edelleen niukkoja. Kokaiinin arviointia vaikeuttavat kokaiinin muihin huumeisiin verrattuna pienempi levinneisyys ja se, että tapauksia on ehkä jätetty ilmoittamatta.

Kokaiinin hiljattainen käyttö (viimeksi kuluneen vuoden aikana) nuorten keskuudessa lisääntyi Yhdistyneessä kuningaskunnassa huomattavasti 1990-luvun puolivälistä vuoteen 2000 ja Espanjassa vuoteen 2001 asti, mutta se on viime vuosina pysynyt melko vakaana. Saksassa kasvu lisääntyi hienoisesti 1990-luvulla, mutta luvut ovat viime vuosina pysyneet ennallaan, ja ne ovat selvästi alhaisemmalla tasolla kuin Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (kaavio 7).

<sup>(148)</sup> Vuoden 2001 kysely. Vuoden 2003 kyselyssä sukupuolijakaumaa ei ilmoitettu kymmenen vuoden jaksoihin jaetuissa ikäryhmissä.

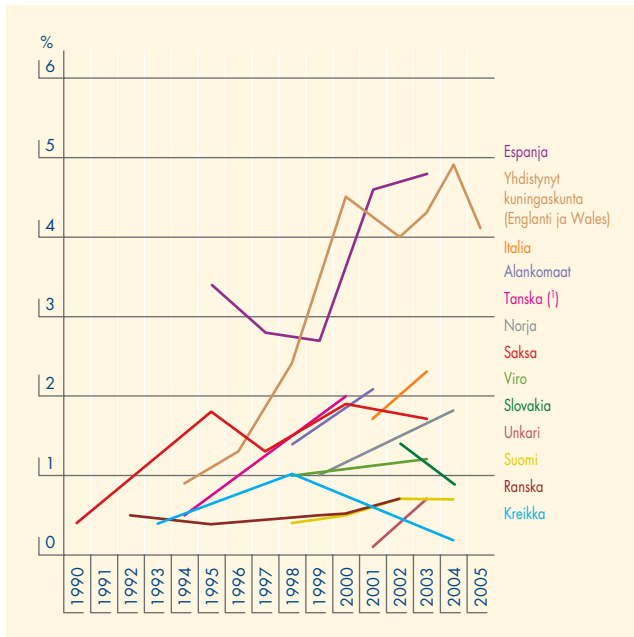
<sup>(149)</sup> Lähde: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004, National Survey on Drug Use ja Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>).

Huom. Yhdysvaltojen kyselyssä ikäryhmä ”kaikki aikuiset” (12 vuotta täyttäneet) on laajempi kuin EU:n tutkimuksissa käytetty ikäryhmä (15–64-vuotiaat).

EMCDDA on laskenut uudelleen Yhdysvaltojen kyselyssä ”nuorista aikuisista” (16–34-vuotiaat) ilmoitetut luvut.



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



(!) Tanskan osalta vuoden 1994 luku koskee "kovia huumeita".  
 Huom. Tiedot ovat kunkin maan tuoreimmasta väestötutkimuksesta raportointitietokannalla. Lisätietoja, katso taulukko GPS-4 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.  
 Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2005), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista.

Lievää kasvua tapahtui viime vuonna Tanskassa (vuoteen 2000 asti), Italiassa, Unkarissa, Alankomaissa (vuoteen 2001 asti) ja Norjassa. Tätä suuntausta on tulkittava varovasti, koska se perustuu kussakin maassa vain kahteen tutkimukseen.

Kokaiinin ja muiden aineiden (esimerkiksi ekstaasin, amfetamiinin, hallusinogeenisten sienien) tapauksessa suuntaukset havaittaisiin ehkä paremmin keskittämällä analyysit niihin ryhmiin, joissa huumeen käyttö on yleisintä, etenkin kaupunkialueilla asuviin nuoriin. Näitä ryhmiä tarkastellaan perusteellisemmin huumeiden viihdekäyttöä koskevassa erityiskysymyksessä. Kyselyistä saatuja tietoja olisi täydennettävä valikoituja nuorisoryhmiä (esimerkiksi yöelämän ympäristöjä) koskevilla tutkimuksilla.

## Hoidon kysyntää koskevat tiedot <sup>(150)</sup>

Kokaiini on opioidien ja kannabiksen jälkeen yleisin huume, joka ilmoitetaan huumehoitoon hakeutumisen yhteydessä pääasialliseksi huumeeksi, ja sen osuus kaikesta hoidon kysynnästä koko EU:ssa oli noin kahdeksan prosenttia vuonna 2004 <sup>(151)</sup>; tosin Espanja, jossa kokaiiniin liittyvät

hoidon kysyntää koskevat luvut ovat yleensä korkeita, ei ole vielä toimitannut tietoja. Kokonaisluku sisältää kuitenkin suurta vaihtelua maiden välillä: useimmissa maissa kokaiiniin käyttöön liittyvä hoidon kysyntä on melko vähäistä, mutta Alankomaissa (37 %) ja perinteisesti myös Espanjassa (26 % vuonna 2002) kokaiinin takia hoitoon hakeutuvien asiakkaiden osuus on paljon suurempi. Viimeisimpien tietojen mukaan yhdessä maaryhmässä kokaiinin käyttäjien osuus kaikista hoitoon hakeutuneista asiakkaista oli 5–10 prosenttia (Tanska, Saksa, Ranska, Irlanti, Italia, Kypros, Malta, Yhdistynyt kuningaskunta ja Turkki), mutta muissa maissa osuudet ovat hyvin pieniä. <sup>(152)</sup> Pääasiallisesti kokaiinin takia hoitoon hakeutuvia on useimmissa maissa enemmän uusien asiakkaiden kuin kaikkien asiakkaiden ryhmässä <sup>(153)</sup>, ja noin 12 prosenttia kaikista hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuneista ilmoittaa syyksi kokaiinin. Lisäksi 12 prosenttia uusista asiakkaista ilmoittaa kokaiinin toissijaiseksi huumeeksi. <sup>(154)</sup>

Edellisinä vuosina raportoitu noususuuntaus kokaiinin käytön vuoksi hoitoon hakeutuvien määrässä jatkuu edelleen; vuosina 1999–2004 tehdyn, puuttuvien tietojen osalta interpoloidun analyysin mukaan kokaiinin takia hoitoon hakeutuneiden uusien asiakkaiden osuus kasvoi tänä ajanjaksona noin kymmenestä 20 prosenttiin (17 EU-maan sekä Bulgarian ja Romanian tiedot). <sup>(155)</sup>

Suurin osa kokaiinista johtuvasta hoidon kysynnästä Euroopassa ei liity crack-kokaiiniin. Noin 80 prosenttia avohoidon uusista kokaiiniasiakkaista käyttää kokaiinihydrokloridia (jauhemaista kokaiinia) ja loput 20 prosenttia käyttää crack-kokaiinia. Crack-kokaiinin käyttäjät voivat kuitenkin olla erityinen haaste hoitopalveluille, koska he ovat tavallisesti sosiaaliselta profiililtaan syrjäytyneempiä kuin kokaiinijauheen käyttäjät. Euroopassa kokaiinin (jauhemainen kokaiini ja crack-kokaiini) käytöstä tehdyssä tutkimuksessa havaittiin yhteys crack-kokaiinin käytön ja sosiaalisten ja mielenterveyteen liittyvien ongelmien välillä; samalla tutkimuksessa kuitenkin ilmeni, ettei crack-kokaiinin käyttö sinänsä riitä ainoaksi selitykseksi sosiaalisille ja mielenterveydellisille ongelmille (Haasen *et al.*, 2005). Hiljattain Skotlannissa tehdyssä 585 kokaiini- ja crack-kokaiiniasiakasta käsittävässä tutkimuksessa ilmeni, että crack-kokaiinin käyttäjillä on muita todennäköisemmin pitkä ongelmakäyttöhistoria ja enemmän rikollisia yhteyksiä (Neale ja Robertson, 2004, Yhdistyneen kuningaskunnan kansallinen raportti).

<sup>(150)</sup> Katso alaviite 70.

<sup>(151)</sup> Katso kaavio TDI-2 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(152)</sup> Katso taulukko TDI-5 vuoden 2006 tilastotiedotteesta; Espanjan osalta tiedot viittaavat raportointivuoteen 2002.

<sup>(153)</sup> Katso taulukko TDI-4 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(154)</sup> Katso taulukko TDI-23 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(155)</sup> Katso kaavio TDI-1 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.



Kun tarkastellaan kokaiiniasiakkaiden profiilia avohoidossa, vaikuttaa siltä, että kokaiinia ensisijaisena huumeena käyttävät hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvat asiakkaat ovat yleensä muita huumeidenkäyttäjää vanhempia: heistä 70 prosenttia on 20–34-vuotiaita, ja pienempi määrä heistä on 35–39-vuotiaiden ryhmässä (13 %).<sup>(156)</sup>

Kokaiinia käytetään usein yhdessä jonkin muun laittoman tai laillisen toissijaisen päihteen kanssa, yleensä kannabiksen (31,6 %), opioidien (28,6 %) tai alkoholin (17,4 %) kanssa.<sup>(157)</sup> Huumeiden injektioikästä tehdyt paikalliset tutkimukset viittaavat siihen, että heroiinin ja kokaiinin yhdistelmä ruiskeena (jota käyttäjät kutsuvat toisinaan ”speedballiksi”) on joillakin alueilla kasvattamassa suosiotaan. Opioidien ja kokaiinin yhdistelmän yleistymisen näkyy nykyisin yhä selvemmin hoitotiedoista. Italiassa 31 prosenttia, Alankomaissa 42 prosenttia ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa 44 prosenttia opioidit ensisijaiseksi huumeeksi ilmoittavista asiakkaista mainitsee käyttävänsä toissijaisesti kokaiinia. Kokaiinin ensisijaiseksi huumeeksi ilmoittavista asiakkaista Italiassa 28 prosenttia ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa 38 prosenttia ilmoittaa käyttävänsä toissijaisesti opioideja.

## Kokaiiniriippuvuuden hoito

Lääkehoidon tehosta kokaiiniriippuvuuteen tai muihin psykoaktiivisiin piristeisiin liittyvään riippuvuuteen ei ole vielä riittävästi näyttöä. Psykoaktiivisten piristeiden käyttäjille annetusta lääkehoidosta laatimassaan kattavassa arviossa Shearer ja Gowing (2004) toteavat, että korvaushoitoa ei toistaiseksi ole testattu riittävän perusteellisesti piristeiden käyttäjillä, vaikka sillä on onnistuttu vähentämään opioidi- ja nikotiiniriippuvuutta ja vaikka se voi lisätä käyttäjien hakeutumista hoitoon ja siihen sitoutumista. EMCDDA onkin julkaissut äskettäin kirjallisuuskatsauksen kokaiinin käyttäjien hoitovasteesta ja hoidon tehosta sekä myös hoidon vaikutuksesta crack-kokaiinin käyttäjien mielenterveyshäiriöihin.<sup>(158)</sup>

Joissakin maissa, esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, on nykyään panostettu merkittävästi immunoterapeuttisten hoitovaihtoehtojen luomiseen kehittämällä vasta-aineita, jotka voivat neutraloida kokaiinin vaikutukset verenkierrossa ennen sen pääsemistä keskushermostoon (katso kokaiiniriippuvaisten immunoterapiaa koskeva laatikko).

Useiden erikoistuneiden psykososiaalisten hoitointerventioiden yhdistelemistä pidetään nykyisin kaikkein lupaavimpana hoitovaihtoehtona kokaiinin ja muiden psykoaktiivisten aineiden käyttäjille. Yhteisöavustushjelma

### Kokaiiniriippuvaisten immunoterapia

Toisin kuin heroiiniriippuvuuteen, jota voidaan hoitaa metadonin kaltaisilla agonisteilla tai naltreksonin kaltaisilla antagonisteilla, kokaiiniriippuvuuteen ei toistaiseksi ole mitään lääkettä. Tämä vaikuttaisi johtuvan mekanismista, jonka kautta kokaiini vaikuttaa aivojen neurotransmittereihin dopamiiniin ja serotoniiniin. Siinä missä heroiini sitoutuu aivojen opioidireseptoreihin, kuten  $\mu$ -reseptoriin, ja jäljittelee siten aivojen omien endorfiinien toimintaa, kokaiini estää dopamiinin (ja serotoniinin) takaisinoton synapseista, sen jälkeen kun se on vaikuttanut, jolloin välittäjäaineet pysyvät pidempään ja huumeen vaikutus pitenee ja voimistuu.

Tämä ei välttämättä tarkoita, ettei kokaiiniriippuvuuteen voitaisi kehittää lääkettä, se saattaa vain olla vaikeampaa, ja se saattaa edellyttää erilaista lähestymistapaa kuin sitä, jota käytetään heroiiniriippuvuuden hoidossa.

Yksi kiinnostava tutkimusala on immunoterapian käyttö eli sellaisen rokotteen kehittäminen, joka neutralois tehokkaasti kokaiinin vaikutukset estämällä huumeetta pääsemästä aivoihin. Perusideaa on testattu vähän. Yhdistyneessä kuningaskunnassa kehitettyä rokotetta testattiin 14 viikon ajan pienellä määrällä kokaiiniriippuvaisia, yhteensä 18:lla. Tutkimuksessa todettiin, että kolme neljäsosaa rokotetuista kokaiiniriippuvaisista pystyi olemaan käyttämättä huumeetta kolmen kuukauden ajan ilman odottamattomia haittavaikutuksia. Lisäksi sekä ne, jotka sortuivat huumeisiin, että ne, jotka eivät sortuneet, ilmoittivat kuusi kuukautta myöhemmin, ettei euforinen tunne ollut enää yhtä voimakas kuin ennen rokotusta. Näiden tulosten perusteella tämä rokote, joka kulkee nimellä lääkeaine-proteiinikonjugaatti TA-CD, on nyt läpikäymässä toisen vaiheen kliinisiä kokeita. Vaihtoehtoiseen immunoterapeuttiseen lähestymistapaan liittyy monoklonaalisten vasta-aineiden kehittäminen kokaiinille, mutta sitä on testattu vasta esiklinisesti.

TA-CD-kokaiinirokotteen mahdollinen hyöty on herättänyt eettisiä huolia rokotteen käytöstä: kenelle sitä annettaisiin, kuka siitä päättäisi ja millä perusteilla jne.

(CRA), jota täydennetään palkitsemiseen ja rajoittamiseen perustuvilla menetelmillä (contingency management), on kokemusten mukaan vähentänyt kokaiinin käyttöä lyhyellä aikavälillä (Higgins *et al.*, 2003; Roozen *et al.*, 2004).

CRA on intensiivinen hoitomenetelmä, jossa perhe, ystävät ja muut asiakkaan sosiaaliseen verkostoon kuuluvat henkilöt ovat alusta loppuun asti mukana hoidossa. Menetelmässä asiakasta valmennetaan sosiaalisten kontaktien luomisessa, itsetunnon parantamisessa, työn etsimisessä ja palkitsevan vapaa-ajan toiminnan löytämisessä toisenlaisen elämäntavan omaksumiseksi (Roozen *et al.*, 2004). Palkitsemiseen ja rajoittamiseen perustuviin menetelmiin – siis menetelmiin, joilla pyritään vaikuttamaan asiakkaan käyttäytymiseen

<sup>(156)</sup> Katso taulukko TDI-10 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(157)</sup> Katso taulukko TDI-24 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(158)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400>.

tarjoamalla mielekkäitä kannustimia, esimerkiksi lahjoja, kuponkeja tai etuoikeuksia kokaiinista puhtaita virtsanäytteitä vastaan – yhdistettynä CRA-ohjelmalla on pystytty vaikuttamaan myönteisesti kokaiiniriippuvaisten avohoitopotilaiden huumeidenkäyttöön ja psykososiaaliseen toimintakykyyn niin hoito- kuin seurantavaiheenkin aikana, vaikkakin vaikutukset kokaiinin käyttöön ovat varsinaisen hoitajakson aikana olleet melko vähäisiä (Higgins *et al.*, 2003).

Kokaiinia ja crack-kokaiinia käyttävien heroisiin käyttäjien erityisen ongelmalliseen ryhmään sovellettavissa uusissa hoitokeinoissa pidetään ensisijaisena tavoitteena haittojen vähentämistä. Niissä metadonikorvaushoitoa tai heroinihoitoa on täydennetty käyttäytymisterapioilla, etenkin palkitsemiseen ja rajoittamiseen perustuvilla malleilla (Schottenfeld *et al.*, 2005; van den Brink, 2005; Poling *et al.*, 2006).

## Haittojen vähentämistä koskevat lähestymistavat

Euroopassa kokaiinin käytön haittojen vähentämiseen pyrkiviä lähestymistapoja on kehitetty vähäisesti. Tilanne voi muuttua, kun tietämyksen kasvu kokaiinin käytön laajuudesta ja siihen liittyvistä ongelmista lisää yhteiskunnan kiinnostusta ratkaisujen kehittämiseksi kokaiinin käyttäjien tarpeisiin. Ehkäisevän huumetyön ja haittojen vähentämistä koskevien lähestymistapojen arvoa kokaiinin käyttöön sisältyvien riskien alentamisessa ei tähän mennessä ole juuri tutkittu, mutta monilla aloilla saattaa olla valmiuksia tämänkaltaisten lähestymistapojen kehittämiseen. Kokaiinin käyttäjille voi olla hyötyä esimerkiksi interventioista, jotka koskevat kokaiinin toksisuuden lisääntymistä alkoholin kanssa käytettynä, mahdollisia yhteyksiä kokaiinin käytön ja sydän- ja verisuonisairauksien välillä tai sellaisia käyttäytymismalleja, jotka altistavat käyttäjät HIV-tartunnan riskille tai tapaturmille ja väkivaltarikoksille. Koska kokaiinin käyttö voi nopeasti riistäytyä käsistä, olisi ehkä hyödyllistä panostaa lyhyisiin interventioihin, jotka voivat havahduttaa käyttäjät oivaltamaan, että huumeidenkäytöstä on alkanut koitua heille haitallisia seurauksia.

Crack-kokaiinin käyttöön liittyvien vakavien terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien takia palvelujen kehittämisestä tälle ryhmälle on enemmän kokemusta, tosin toiminta rajoittuu vain muutamiin Euroopan kaupunkeihin, joissa crack-kokaiiniongelma on merkittävä. Monissa kaupungeissa crack-kokaiinin käyttäjiin on suunnattu kenttätyöohjelmia, joissa pyritään luomaan yhteyksiä tähän vaikeasti lähestyttävään ryhmään. Vaikka työn tuloksista on yleisesti melko vähän näyttöä, muutamat tutkimukset viittaavat siihen, että kenttätyöstä saattaa ajan mittaan olla hyötyä. Esimerkiksi Rotterdamissa toteutettua innovatiivista kenttähoito-ohjelmaa koskevassa tutkimuksessa (Henskens, 2004, Alankomaiden kansallinen raportti) mainittiin joitakin tekijöitä, jotka osoittautuivat hoidon kannalta merkittäviksi tässä asiakasryhmässä, jota on usein vaikea sitouttaa tavanomaisiin huumehoitopalveluihin.

Crack-kokaiinin ja kokaiinin pakonomaisiin käyttötappoihin yhdistyy usein seksuaaliterveydellisen riskinoton lisääntyminen, ja crack-kokaiinia käyttäviin seksityöntekijöihin on kohdennettu joitakin matalan kynnyksen ohjelmia, joissa on annettu valistusta turvallisemmasta seksistä ja huumeidenkäytöstä sekä jaeltu kondomeja ja liukastusaineita (katso sukupuolienäkökulmaa koskeva erityiskysymys).

Muutamissa Euroopan kaupungeissa on omaksuttu hieman kiistanalaisempia lähestymistapoja, kun tavallisesti vain huumeiden piikitykseen varattu turvallisia tiloja on alettu perustaa myös huumeen nuuskaamista varten. Valvottuja nuuskaustiloja on nyt avattu useissa Alankomaiden, Saksan ja Sveitsin kaupungeissa (EMCDDA, 2004c). Vaikka tällaisten palvelujen päätavoitteena onkin valvoa käyttöhygieniää, ne saattavat joidenkin tietojen mukaan myös toimia kanavina muihin hoitovaihtoehtoihin; esimerkiksi Frankfurtissa Saksassa perustetun palvelun seurantatutkimuksessa saatujen tulosten mukaan kuuden kuukauden arviointijakson aikana vuonna 2004 oli yli 1 400 valvotun nuuskauksen lisäksi käyty 332 kontaktikeskustelua, pidetty 40 neuvontatilaisuutta ja kirjoitettu 99 lähetettä muihin huumehoitopalveluihin.



## Luku 6

# Opioidien käyttö ja huumeiden injektioikäyttö

### Heroinin tarjonta ja saatavuus <sup>(159)</sup>

Eurooppaan tuodaan kahdenlaista heroiniä: yleisesti saatavilla olevaa ruskeaa heroiniä (emäksisessä muodossa) ja harvinaisempaa, kalliimpaa valkoista heroiniä (suolan muodossa), joka on yleensä peräisin Kaakkois-Aasiasta. Lisäksi EU:ssa tuotetaan joitakin opioideja, mutta tuotanto rajoittuu pääasiassa suppeaan kotitekoisten unikkotuotteiden (kuten oopiumunikon, murskatuista unikon varsista tai mykeröistä tehdyn unikkotiivisteen) tuotantoon joissakin itäisissä EU-maissa, kuten Liettuassa, jossa unikon varsien ja mykeröiden markkinat vaikuttavat vakiintuneen, ja Puolassa, jossa ”puolalaisen heroinin” tuotanto saattaa olla vähemmän (CND, 2006).

### Tuotanto ja salakuljetus

Euroopassa käytettävä heroini valmistetaan pääasiallisesti Afganistanissa, joka on edelleen maailman johtava laittoman oopiumin tuottaja. Vuonna 2005 Afganistanissa tuotettiin 89 prosenttia maailman laittomasta oopiumista. Toiseksi suurin tuottaja on Myanmar (7 %). Laittoman oopiumin maailmanlaajuinen tuotanto pysyi melko vakaana vuosina 1999–2004 lukuun ottamatta vuotta 2001, jolloin Taliban-hallinnon asettama oopiumiunikon viljelykielto Afganistanissa johti tuotannon jyrkkään mutta lyhytaikaiseen laskuun. Maailmanlaajuisen tuotannon arvellaan vuonna 2005 olleen 4 670 tonnia, mikä on neljä prosenttia vähemmän kuin vuonna 2004 (CND, 2006). Heroinin maailmanlaajuisen tuotannon arvellaan vuonna 2005 olleen 472 tonnia (495 tonnia vuonna 2004) (UNODC, 2006).

Heroini saapuu Eurooppaan kahta merkittävää salakuljetusreittiä pitkin. Historiallisesti tärkeällä Balkanin reitillä on edelleen keskeinen merkitys heroinin salakuljetuksessa. Reitti kulkee Pakistanin, Iranin ja Turkin kautta ja jakautuu sitten eteläiseen haaraan, joka kulkee Kreikan, entisen Jugoslavian tasavallan Makedonian (EJTM), 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. Vuonna 2004 tehdyt heroinin takavarikot viittaavat siihen, että eteläisen haaran kautta salakuljetetaan nykyään yhtä paljon heroiniä kuin pohjoisen haaran kautta (WCO, 2005; INCB, 2006a). Heroiniä on 1990-luvun puolivälistä lähtien salakuljetettu Eurooppaan yhä enemmän (muttei kuitenkaan yhtä paljon kuin Balkanin reitin kautta) niin sanottua ”silkkitietä” pitkin Keski-Aasian (erityisesti Turkmenistanin, Tadžikistanin, Kirgisian ja Uzbekistanin), Kaspianmeren ja Venäjän, Valko-Venäjän tai Ukrainan kautta Viroon, Latviaan, joihinkin Pohjoismaihin ja Saksaan (Reitoxin kansalliset raportit, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Nämä ovat tärkeimmät reitit, mutta Etelä- ja Kaakkois-Aasiasta on kulkeutunut heroiniä Eurooppaan myös joidenkin Arabian niemimaan maiden (Arabiemiirikuntien, Omanin) kautta (INCB, 2006a). Eurooppaan (ja Pohjois-Amerikkaan) tarkoitettua heroiniä takavarikoitiin vuonna 2004 lisäksi Itä- ja Länsi-Afrikan, Karibianmeren sekä Keski- ja Etelä-Amerikan maissa (CND, 2006).

### Takavarikot

Maailmassa takavarikoitiin vuonna 2004 yhteensä 210 tonnia oopiumia (mikä vastaa 21:tä tonnia heroiniä), 39,3 tonnia morfiinia ja 59,2 tonnia heroiniä. Heroiniä takavarikoitiin edelleen eniten Aasiassa (50 %) ja Euroopassa (40 %). Euroopan osuus on kasvamassa erityisesti sen johdosta, että takavarikot Kaakkois-Euroopan maissa (Turkissa) ovat lisääntyneet ja ensimmäisen kerran ylittäneet Länsi- ja Keski-Euroopassa tehtyjen takavarikkojen määrät (CND, 2006).

Raportoineissa maissa tehtiin vuonna 2004 arviolta 46 000 takavarikkoa, joissa otettiin talteen yhteensä noin 19 tonnia heroiniä. Takavarikkoja tehtiin edelleen eniten Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja sen jälkeen Saksassa ja Italiassa, kun taas takavarikoidut määrät olivat suurimmat Turkissa (ja sen jälkeen Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa), jonka osuus vuonna 2004 takavarikoidusta kokonaismäärästä oli lähes puolet. <sup>(160)</sup> Heroiinitakavarikkojen määrät vaihtelivat vuosina

<sup>(159)</sup> Katso ”Takavarikkojen ja muiden markkinatietojen tulkinta”, s. 37.

<sup>(160)</sup> Tämä on tarkistettava, sitten kun puuttuvat vuoden 2004 tiedot saadaan. Tiedot sekä heroiniitakavarikkojen määrästä että takavarikoidun heroinin määrästä vuonna 2004 puuttuivat Irlannin ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta. Tiedot heroiniitakavarikkojen määrästä vuonna 2004 puuttuivat Alankomaiden osalta. Arvioinnissa käytettiin vuodelta 2004 puuttuvien tietojen sijasta vuoden 2003 tietoja. Alankomaiden tiedot vuonna 2004 takavarikoiduista määristä olivat arvioita, eikä niitä voitu käyttää vuoden 2004 suuntauksien analysoinnissa.

1999–2004, ja raportoineilta mailta saatujen tietojen perusteella vaikuttaa siltä, että vuosina 2002–2003 havaittu lasku kääntyi kasvuksi vuonna 2004. <sup>(161)</sup> Takavarikoidut kokonaismäärät kasvoivat tasaisesti vuosina 1999–2004, ja ne nousivat vuonna 2004 ennätyskalliseksi pitkästi siksi, että Turkissa takavarikoitiin vuonna 2004 lähes kaksi kertaa enemmän heroïinia kuin edellisellä vuonna. <sup>(162)</sup>

### Hinta ja puhtaus

Vuonna 2004 ruskean heroïinin keskihinta katukaupassa vaihteli EU:ssa voimakkaasti Turkin 12 eurosta Ruotsin 141 euroon grammalta, kun taas valkoisen heroïinin hinta vaihteli Belgian 31 eurosta Ruotsin 202 euroon grammalta. Määrittelemättömän heroïinin hinta vaihteli Slovenian 35 eurosta Yhdistyneen kuningaskunnan 82 euroon grammalta. <sup>(163)</sup> Vuosilta 1999–2004 saatavilla olevista tiedoista ilmenee, että heroïinin inflaatiokorjattu <sup>(164)</sup> keskihinta on laskenut useimmissa raportoineissa maissa. <sup>(165)</sup>

Vuonna 2004 ruskean heroïinin keskimääräinen puhtausaste katukaupassa vaihteli Bulgarian kymmenestä prosentista Turkin 48 prosenttiin, valkoisen heroïinin puhtausaste vaihteli Saksan 20 prosentista Tanskan 63 prosenttiin, ja määrittelemättömän heroïinin puhtausaste vaihteli Unkarin 16 prosentista Alankomaiden 42–50 prosenttiin. <sup>(166)</sup> <sup>(167)</sup> Heroïinituotteiden keskimääräinen puhtausaste on vaihdellut useimmissa raportoineissa maissa <sup>(168)</sup> vuoden 1999 jälkeen, ja siksi on vaikea tunnistaa yleisiä suuntauksia.

### Kansainvälinen toiminta heroïinin tuotantoa ja salakuljetusta vastaan

Etikkahapponanhydridi <sup>(169)</sup> on tärkeä lähtöaine, jota käytetään heroïinin laittomassa valmistuksessa. Operaatio Topaz on kansainvälinen hanke, jossa seurataan etikkahapponanhydridin laillista kauppaa ja tutkitaan sen levitysmenetelmiä ja -reittejä (INCB, 2006b). Etikkahapponanhydridin laillinen kauppa on mittavaa, mikä vaikeuttaa sen valvontaa. Tätä kuvastaa se, että vuoden 2001 jälkeen 22 vientimaata/-aluetta on toimittanut INCB:lle yhteensä 7 684 vientiä edeltävää ilmoitusta, jotka kattoivat

yli 1 350 000 tonnia etikkahapponanhydridiä. Turkissa tehdyt takavarikot (1 600 litraa vuonna 2004) ovat viime vuosina vähentyneet merkittävästi, mikä saattaa viitata siihen, että salakuljettajat ovat kehittäneet uusia levitysreittejä ja -menetelmiä. Euroopassa (Bulgariassa) takavarikoitiin vuonna 2004 ensimmäisen kerran aineita, jotka olivat peräisin Kaakkois-Aasiasta (INCB, 2006b).

Operaatio Topaz on ollut menestyksellä kansainvälisen kaupan seurannan osalta, mutta etikkahapponanhydridin salakuljetusreittien tunnistamisessa ja pysäyttämisessä Afganistanissa ja sen naapurimaissa on edistytty vain vähän (INCB, 2006b).

Europolin johtamassa Mustard-hankkeessa on tavoitteena tunnistaa ja pysäyttää EU:hun päin ja EU:n sisällä toimivia turkkilaisia rikollisryhmiä ja niiden liittolaisia, jotka salakuljettavat huumeita, pääasiassa heroïinia. Se tarjoaa operatiivista tukea osanottajamaissa käynnissä oleviin tutkintoihin ja tarkentaa strategiaan tiedustelutietoihin pohjautuvaa kuvaa tarjoamalla tietoja turkkilaisten järjestäytyneiden rikollisryhmien ja niiden liittolaisten toiminnasta (Europol, 2006).

### Arviot opioidien ongelmakäytön levinneisyydestä

Tämän osan tiedot perustuvat EMCDDA:n huumeiden ongelmakäytön indikaattoriin, joka kattaa ”huumeiden injektioikäytön tai heroïinin, kokaiinin ja/tai amfetamiinien pitkäaikaisen/säännöllisen käytön”. Huumeiden ongelmakäyttöä koskevat arviot ovat perinteisesti merkinneet lähinnä heroïinin käyttöä, joskin muutamassa maassa amfetamiinin käyttäjät muodostavat siitä merkittävän osan, mitä käsitellään toisaalla tässä raportissa.

Opioidien ongelmakäyttöä koskevien arvioiden tulkinnaassa on syytä pitää mielessä, että käyttötavat ovat monipuolistumassa. Esimerkiksi huumeiden sekakäyttöön liittyvät ongelmat ovat vähitellen lisääntyneet useimmissa maissa, kun taas jotkin maat, joissa opioidiongelmat ovat aikaisemmin olleet merkittävimpiä, ovat nyt raportoineet

<sup>(161)</sup> Katso taulukko SZR-7 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(162)</sup> Katso taulukko SZR-8 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(163)</sup> Katso taulukko PPP-2 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(164)</sup> Vuotta 1999 on käytetty rahan arvon vertailuvuotena kaikissa maissa.

<sup>(165)</sup> Vuosilta 1999–2004 on saatavilla tietoja heroïinin hinnoista vähintään kolmena perättäisenä vuonna seuraavasti: ruskean heroïinin osalta Belgiasta, Tšekistä, Espanjasta, Ranskasta, Irlannista, Luxemburgista, Puolasta, Portugalista, Sloveniasta, Ruotsista, Yhdistyneestä kuningaskunnasta, Bulgariasta, Romaniasta, Turkista ja Norjasta; valkoisen heroïinin osalta Tšekistä, Saksasta, Ranskasta, Latviasta ja Ruotsista; määrittelemättömän heroïinin osalta Liettuasta ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta.

<sup>(166)</sup> Nämä kaksi lukua vastaavat kahdesta eri seurantajärjestelmästä peräisin olevia tietoja (katso taulukko PPP-6 (osa iii) vuoden 2006 tilastotiedotteesta).

Tietoja on tulkittava varoen, sillä 50 prosentin luku perustuu vain yhteen otokseen.

<sup>(167)</sup> Katso taulukko PPP-6 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(168)</sup> Vuosilta 1999–2004 on saatavilla tietoja heroïinin puhtaudesta vähintään kolmena perättäisenä vuonna seuraavasti: ruskean heroïinin osalta Tšekistä, Tanskasta, Espanjasta, Irlannista, Italiasta, Luxemburgista, Itävallasta, Portugalista, Slovakiasta, Yhdistyneestä kuningaskunnasta, Norjasta ja Turkista; valkoisen heroïinin osalta Tanskasta, Saksasta, Virosta, Suomesta ja Norjasta; määrittelemättömän heroïinin osalta Belgiasta, Liettuasta, Unkarista ja Alankomaista.

<sup>(169)</sup> Se kuuluu vuoden 1988 yleissopimuksen taulukkoon 1.

siirtymisestä muihin huumeisiin. Useimpien heroiinin käyttäjien uskotaan nykyään käyttävän opioidien lisäksi piristeitä ja muita huumeita, mutta huumeiden sekakäytöstä on erittäin vaikeaa saada luotettavaa tietoa EU:n tasolla (katso luku 8).

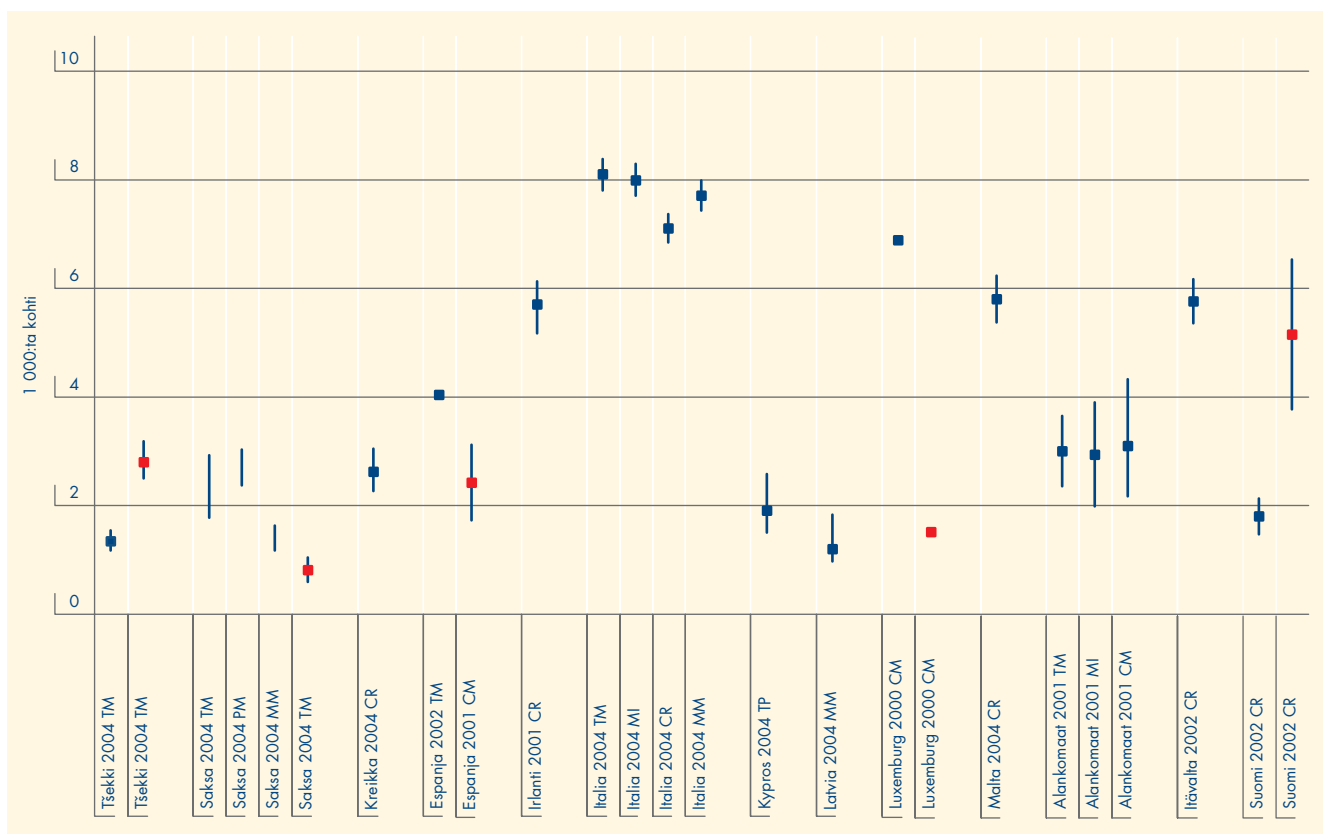
Vaikka ilmiön monipuolistuminen on yleinen suuntaus, huumeiden ongelmakäyttöä koskevat arviot perustuvat monissa maissa yksinomaan sellaiseen ongelmakäyttöön, jossa päähuumeena on heroiini tai jokin muu opioidi. Tämä käy ilmi opioidien ongelmakäytön arvioista (katso kaavio 8), jotka ovat suurimmaksi osaksi hyvin samankaltaisia kuin huumeiden ongelmakäytön arviot. <sup>(170)</sup> On epäselvää, onko toisissa maissa muiden huumeiden kuin opioidien ongelmakäytön levinneisyys lähes merkityksetöntä vai onko se kenties merkittävää, mutta sitä on liian vaikea arvioida.

Opioidien ongelmakäyttäjien määrää on vaikea arvioida, ja levinneisyystietojen selvittäminen saatavilla olevista tietolähteistä edellyttää monimutkaisia analyysejä. Arviot

ovat lisäksi usein paikallisia, ja niiden ekstrapolointi kansallisten arvioiden muodostamiseksi ei välttämättä tuota luotettavaa tietoa.

Opioidien ongelmakäyttäjiä arvioidaan olleen vuosina 2000–2004 kansallisella tasolla 1–8 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti (kun käytetään arvioiden vaihteluvälin keskiarvoa). Opioidien ongelmakäytön levinneisyyttä koskevat arviot vaihtelevat suuresti maiden välillä, mutta tulokset ovat hyvin yhdenmukaisia, silloin kun yhdessä maassa on käytetty useaa menetelmää. Korkeimpia arvioita opioidien ongelmakäytöstä ovat ilmoittaneet Irlanti, Italia, Luxemburg, Malta ja Itävalta (5–8 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti), ja alhaisimpia arvioita ovat ilmoittaneet Tšekki, Saksa, Kreikka, Kypros, Latvia ja Alankomaat (alle neljä tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti) (kaavio 8). Jotkin alhaisimmista nyt saatavilla olevista vahvistetuista arvioista ovat peräisin uusista EU-maista, mutta Malta on ilmoittanut melko korkean levinneisyysasteen

**Kaavio 8:** Arviot opioidien ja piristeiden ongelmakäytön levinneisyydestä vuosina 2000–2004 (osuus tuhannesta 15–64-vuotiaasta)



**Huom.** ■ Punaiset neliot merkitsevät piristeiden käyttöä, muut arviot koskevat opioidien käyttöä.  
 CM = Combined Methods (yhdistetyt menetelmät). CR = Capture-recapture (merkintä-takaisinpyyntömenetelmä). MI = Multivariate Indicator (monimuuttujaindikaattori).  
 MM = Mortality Multiplier (kuolleisuuskerroin). PM = Police Multiplier (poliisikerroin). TM = Treatment Multiplier (hoitokerroin). TP = Truncated Poisson (ty pistetty Poisson-  
 menetelmä). Lisätietoja, katso taulukot PDU-1, PDU-2 ja PDU-3 vuoden 2006 tilastotiedotteessa. Symboli edustaa piste-estimaattia ja viiva epävarmuusväliä, joka voi  
 olla joko 95 prosentin luottamusväli tai herkkyysanalyysiin perustuva väli. Kohderyhmissä voi olla pientä vaihtelua erilaisten menetelmien ja tietolähteiden takia, joten  
 vertailuja on tehtävä varoen.

**Lähteet:** Kansalliset seurantakeskukset.

<sup>(170)</sup> Katso kaavio PDU-1 (osa i) vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

(5,4–6,2 tapausta tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti). Vähäisten tietojen perusteella arvioidaan, että opioidien ongelmakäyttäjii on EU:ssa yleisesti 2–8 tapausta tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti. Arviot eivät kuitenkaan ole läheskään varmoja, ja niitä on tarkennettava sitä mukaa kuin tietoja saadaan lisää.

Opioidien ongelmakäytöstä ei ole saatavilla paikallisia eikä alueellisia arvioita, mutta huumeiden (mukaan lukien piristeet ja muut huumeet) ongelmakäytöstä saatavilla olevat tiedot viittaavat siihen, että levinneisyydessä on suuria eroja kaupunkien ja alueiden välillä. Korkeimmat paikalliset arviot vuosilta 2000–2004 on ilmoitettu Irlannista, Portugalista, Slovakiasta ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta, joissa luvut yltyvät jopa 15–25 tapaukseen tuhatta kohti. <sup>[171]</sup> Maantieteellinen vaihtelevuus on – odotetusti – hyvin paikallista, siten että levinneisyysaste vaihtelee Lontoon eri osissa kuudesta 25 tapaukseen tuhatta kohti. Suuret erot paikallisissa levinneisyysasteissa vaikeuttavat yleistysten tekemistä.

### Huumeidenkäyttäjät vankiloissa

Tiedot vankien huumeidenkäytöstä ovat hajanaisia. Suuri osa Euroopassa saatavilla olevasta tiedosta on peräisin yksittäisistä tutkimuksista, jotka on toisinaan tehty paikallisella tasolla laitoksissa, jotka eivät edusta kansallista vankilajärjestelmää, ja joissa vankien otosten koot vaihtelevat merkittävästi. Tutkimuskohteena olevien ryhmien erilaiset ominaispiirteet rajoittavat tutkimustietojen vertailua – maiden sisällä ja maiden välillä – sekä tulosten ja suuntausanalyysien yleistämistä.

Useimmat Euroopan maat <sup>(1)</sup> toimittivat tietoja vankien huumeidenkäytöstä viiden viime vuoden (1999–2004) ajalta. Niistä ilmenee, että huumeidenkäyttäjät ovat muuhun väestöön nähden yliedustettuna vankiloissa. Niiden vankien osuus, jotka ilmoittavat käyttäneensä ainakin kerran laittomia huumeita, vaihtelee vankiloiden ja säilöönottokeskusten välillä, ja se on alhaisimmillaan enintään kolmasosa Unkarissa ja Bulgariassa ja korkeimmillaan vähintään kaksi kolmasosaa Alankomaissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa. Useat maat (Belgia, Kreikka, Latvia, Portugali, Suomi) ovat ilmoittaneet, että noin 50 prosenttia vangeista on käyttänyt huumeita ainakin kerran. Kannabis on edelleen yleisimmin käytetty laiton huume, ja sitä on käyttänyt ainakin kerran 4–86 prosenttia vangeista, kun vastaava luku on kokaiinin kohdalla 3–57 prosenttia, amfetamiinien kohdalla 2–59 prosenttia ja heroisiin kohdalla 4–60 prosenttia. <sup>(2)</sup>

Vangeista 8–73 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä huumeita säännöllisesti tai olleensa riippuvainen niistä ennen vankilaan joutumista, ja 7–38 prosenttia vangeista on käyttänyt huumeita suonenensisäisesti ainakin kerran elämässään. <sup>(3)</sup>

### Opioidien ongelmakäytön aikasuuntauksia

Luotettavien ja jatkuvien aikasarjojen puuttuminen vaikeuttaa opioidien ongelmakäytön pitkän aikavälin suuntausten arviointia. Saatavilla olevat tiedot viittaavat siihen, että opioidien ongelmakäytön levinneisyys vaihtelee voimakkaasti maiden välillä ja että suuntauksissa on eroja eri puolilla EU:ta. Joidenkin maiden raporteista, joita tukevat muut indikaattoritiedot, voidaan päätellä, että opioidien ongelmakäyttö lisääntyi 1990-luvun puolivälistä vuosituhannen vaihteeseen asti (kaavio 9), mutta se vaikuttaa tasaantuneen tai jopa vähentyneen viime vuosina. Vuosilta 2000–2004 on saatavilla perättäisiä arvioita opioidien ongelmakäytöstä seitsemästä maasta (Tšekistä, Saksasta, Kreikasta, Espanjasta, Irlannista, Italiasta ja Itävaltasta): näistä neljä maata (Tšekki, Saksa, Kreikka, Espanja) ilmoitti opioidien ongelmakäytön vähentyneen ja yksi ilmoitti sen lisääntyneen (Itävalta – tietoa on kuitenkin vaikea tulkita, koska tiedonkeruujärjestelmää muutettiin kyseisen ajanjaksona). Hoitoon hakeutuvista uusista

Suurin osa huumeidenkäyttäjistä vähentää huumeidenkäyttöä tai lopettaa sen vankilaan jouduttuaan, mutta jotkut vangit jatkavat huumeidenkäyttöä, ja toiset taas aloittavat käytön (ja/tai injektioikäytön) vankilassa. Saatavilla olevien tutkimustietojen mukaan 8–51 prosenttia vangeista on käyttänyt huumeita vankilassa, 10–42 prosenttia ilmoittaa käyttävänsä huumeita säännöllisesti ja 1–15 prosenttia on käyttänyt huumeita suonenensisäisesti vankilassa. <sup>(4)</sup> Tämä herättää kysymyksiä tartuntatautien mahdollisesta leviämisestä ja erityisesti steriilien injektiovälineiden saatavuudesta ja injektiovälineiden yhteiskäytöstä vankiloissa.

Tšekissä (1996–2002), Tanskassa (1995–2002), Liettuassa (2003 ja 2004), Unkarissa (1997–2004), Sloveniassa (2003 ja 2004) ja Ruotsissa (1997–2004) tehdyissä toistetuisia kyselyissä on ilmennyt, että huumeidenkäytön erilaiset muodot ovat lisääntyneet vankien keskuudessa, kun taas Ranska (1997 ja 2003) raportoi injektioikäyttäjien osuuden laskeneen merkittävästi vankien keskuudessa. <sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup> Seuraavat maat raportoivat viiden viime vuoden (1999–2004) aikana tehdyistä tutkimuksista ja toimittivat tietoja huumeiden käyttötavoista vankien keskuudessa: Belgia, Tšekki, Tanska, Saksa, Kreikka, Ranska, Irlanti, Italia, Latvia, Liettua, Unkari, Malta, Alankomaat, Itävalta, Portugali, Slovenia, Slovakia, Suomi, Ruotsi, Yhdistynyt kuningaskunta, Bulgaria ja Norja.

<sup>(2)</sup> Katso taulukko DUP-1 ja kaavio DUP-1 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(3)</sup> Katso taulukot DUP-2 ja DUP-5 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

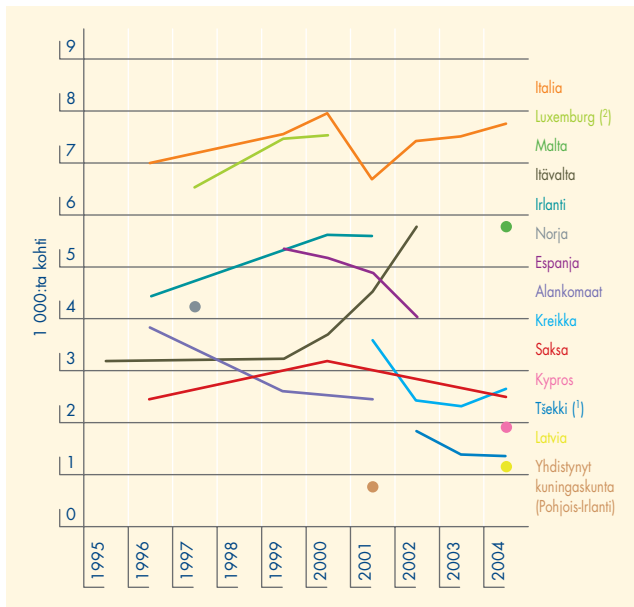
<sup>(4)</sup> Katso taulukot DUP-3 ja DUP-4 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(5)</sup> Katso taulukko DUP-5 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>[171]</sup> Katso kaavio PDU-6 (osa i) vuoden 2006 tilastotiedotteessa.



**Kaavio 9:** Suuntaukset opioidien ongelmakäytön levinneisyydessä vuosina 1995–2004 (osuus tuhannesta 15–64-vuotiaasta)



(1) Arviot koskevat 18–64-vuotiaiden ryhmää.

(2) Laskettu 15–54-vuotiaiden ryhmän tietojen perusteella.

Huom. Aikasarjoja on yhdistetty tapauksissa, joissa menetelmät ovat pysyneet samankaltaisina tarkastelujaksolla. Lisätietoja, katso taulukot PDU-1, PDU-2 ja PDU-3 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

Lähteet: Kansalliset seurantakeskukset.

asiakkaista saatavilla olevat tiedot viittaavat siihen, että opioidien ongelmakäyttö saattaa yleisesti katsoen olla hitaasti vähenemässä, ja siksi levinneisyyslukujen odotetaan laskevan lähitulevaisuudessa.

## Huumeiden injektioikäyttö

Huumeiden injektioikäyttäjillä on erittäin suuri haittavaikutusten riski, kuten vakavien tartuntatauti- tai yliannostuksen riski. Siksi huumeiden injektioikäyttöä on syytä tarkastella erikseen.

Vain muutamat maat tarjoavat kansallisia tai paikallisia arvioita huumeiden injektioikäytöstä sen kansanterveydellisestä tärkeydestä huolimatta. (172) Huumeiden injektioikäyttäjiä ei luokitella tässä osassa päähuumeen mukaan, koska tietoja on saatavilla vain vähän, mutta injektioikäyttäjien osuuden suuntaukset hoidossa olevien heroiinikäyttäjien joukossa (katso jäljempänä) koskevat vain heroiinin injektioikäyttöä.

Useimmat injektioikäytöstä saatavilla olevat arviot perustuvat joko yliannostuskuolemien määrään tai tartuntatauteja (kuten HIV:tä) koskeviin tietoihin. Arviot vaihtelevat suuresti maiden välillä: kansalliset arviot ovat vuodesta 2000 lähtien

vaihdelleet lähinnä yhdestä kuuteen tapaukseen tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti, kun ennen vuotta 2000 esitettiin joitakin korkeampiakin arvioita. Niistä maista, joista arvioita on saatavilla, injektioikäytön levinneisyysaste on ollut vuoden 2000 jälkeen korkein Luxemburgissa ja Itävallassa, jotka ovat ilmoittaneet noin kuusi tapausta tuhatta 16–64-vuotiaasta kohti. Alhaisimmat arviot ovat Kreikasta ja Kyproksesta, jotka ovat ilmoittaneet vain hieman yli yhden tapauksen tuhatta kohti.

Saatavilla olevien aicasuuntauksia koskevien tietojen perusteella ei voida havaita yleistä kaavaa, vaan injektioikäyttö näyttää vähentyneen joissakin maissa ja joillakin alueilla (esimerkiksi Skotlannissa Yhdistyneessä kuningaskunnassa) ja lisääntyneen joissakin muualla. Tästä asiasta on kuitenkin saatavilla niin vähän tietoa, ettei tilanteesta voi laatia selkeää kuvaa.

Seuraamalla injektioikäyttäjien osuutta hoitoon hakeutuvista heroiinikäyttäjistä saadaan tärkeää lisätietoa, joka tukee huumeiden injektioikäytön levinneisyyden seuranta kokonaisväestössä. On kuitenkin tärkeää muistaa, etteivät osuudet välttämättä heijasta suuntauksia kaikkien huumeiden injektioikäytön levinneisyydessä. Esimerkiksi maissa, joissa piristeiden käyttäjien osuus on korkea (Tšekissä, Slovakiassa, Suomessa ja Ruotsissa), injektioikäyttäjien osuus heroiiniä käyttävistä ei välttämättä kuvasta kokonaistilannetta.

Injektioikäyttäjien osuus hoitoon hakeutuvista heroiinikäyttäjistä viittaa siihen, että maiden välillä on suuria eroja injektioikäytön levinneisyydessä ja että suuntauksissa ilmenee vaihtelua. (173) Joissakin maissa (Espanjassa, Alankomaissa ja Portugalissa) vain melko pieni osa hoidossa olevista heroiinikäyttäjistä on injektioikäyttäjiä, kun taas toisissa maissa injektioikäyttö vaikuttaa olevan edelleen heroiinin käytön pääasiallinen muoto. Joissakin tietoja toimittaneissa EU-15:n jäsenvaltioissa (Tanskassa, Kreikassa, Espanjassa, Ranskassa, Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa) injektioikäyttö on vähentynyt hoidossa olevien heroiinikäyttäjien keskuudessa. Mutta useimmissa uusissa jäsenvaltioissa, ainakin niissä, joista tietoja on saatavilla, suuri osa hoitoon hakeutuvista heroiinikäyttäjistä on injektioikäyttäjiä.

## Hoidon kysyntää koskevat tiedot (174)

Opioidit (lähinnä heroiini) ovat monissa maissa edelleen pääasiallisia huumeita, joiden takia asiakkaat hakeutuvat hoitoon. Kaikista hoidon kysynnän indikaattorin mukaisista vuonna 2004 ilmoitetuista hoitopyynnöistä 60 prosentissa esitettiin opioidit pääasiallisina huumeina – ja hieman yli

(172) Katso kaavio PDU-7 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

(173) Katso kaavio PDU-3 (osa i) vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

(174) Katso alaviite 70.



puolet (53 %) näistä asiakkaista oli injektioikäyttäjiä. <sup>(175)</sup> On syytä tuoda esiin, ettei hoidon kysynnän indikaattori kata kaikkia opioidihoidossa olevia henkilöitä, joita on huomattavasti enemmän, vaan ainoastaan asiakkaat, jotka ovat hakeutuneet hoitoon raportointivuonna.

Heroiinin käytön takia hoitoon hakeutuvien asiakkaiden osuus vaihtelee maiden välillä. Tuoreimpien saatavilla olevien tietojen perusteella maat voidaan jakaa kolmeen ryhmään sen mukaan, kuinka suurella osuudella hoitoon hakeutuvista huumeidenkäyttäjistä on heroiiniongelmia:

- alle 50 prosenttia: Tšekki, Tanska, Unkari, Alankomaat, Puola, Slovakia, Suomi, Ruotsi
- 50–70 prosenttia: Saksa, Espanja, Ranska, Irlanti, Kypros, Latvia, Portugali, Yhdistynyt kuningaskunta, Romania
- yli 70 prosenttia: Kreikka, Italia, Liettua, Luxemburg, Malta, Slovenia, Bulgaria. <sup>(176)</sup>

Maihin, joissa merkittävä osa opioidiasiakkaista käyttää muita aineita kuin heroiinia, kuuluvat Unkari, jossa kotitekoisten oopiumunikkotuotteiden käyttö on yleistä, ja Suomi, jossa suurin osa opioidiasiakkaista on buprenorfiinin väärinkäyttäjiä. <sup>(177)</sup>

Opioidien käyttäjät – samoin kuin muidenkin huumeiden käyttäjät – suosivat avohoitoa, mutta opioidiasiakkaista hoidetaan kokaiini- ja kannabisasiakkaisiin verrattuna suurempi osuus laitoshoidossa.

Useimmat maat, joissa on joka vuosi merkittävä määrä uusia heroiiniasiakkaita (paitsi Saksa, jossa raportointipohjaa on laajennettu), raportoivat määrän laskeneen viimeisten 4–5 vuoden aikana, joskaan lasku ei koske asiakkaita, jotka ovat olleet aikaisemmin hoidossa. Hoitoon uudelleen hakeutuvien määrä ei yleisesti katsoen ole laskenut, ja useimmissa maissa heroiiniin liittyvien hoitopyyntöjen kokonaismäärä on säilynyt jokseenkin ennallaan. Merkille pantavia poikkeuksia ovat Saksa ja Yhdistynyt kuningaskunta, joissa raportoitujen hoitopyyntöjen kokonaismäärä on kasvanut. Heroiiniin liittyvien hoitopyyntöjen (kaikkien ja uusien pyyntöjen) prosenttiosuus on kuitenkin yleisesti katsoen laskenut; uusien pyyntöjen osalta se on laskenut vuosina 1999–2004 noin kahdesta

kolmasosasta noin 40 prosenttiin, kun taas kannabikseen ja kokaiiniin liittyvät hoitopyynnöt ovat lisääntyneet. <sup>(178)</sup>

Aiemmin on raportoitu, että opioidien käytön takia hoitoon hakeutuvat asiakkaat ovat ikääntymässä, ja tämä suuntaus säilyi ennallaan vuonna 2004. Lähes kaikki hoitoon hakeutuvat opioidien käyttäjät ovat yli 20-vuotiaita, ja lähes puolet heistä on yli 30-vuotiaita. Euroopan tasolla saatavilla olevista tiedoista ilmenee, että vain pieni osa opioidien käyttäjistä (alle 7 %) on alle 20-vuotiaita, kun he hakeutuvat hoitoon ensimmäisen kerran. <sup>(179)</sup> Erittäin nuorista (alle 15-vuotiaista) heroiinin takia hoitoon hakeutuvista henkilöistä raportoidaan satunnaisesti <sup>(180)</sup>, esimerkiksi Sofiassa Bulgariassa on raportoitu 11- ja 12-vuotiaista lapsista, mutta yleisesti katsoen vaikuttaa siltä, että heroiiniin liittyvä hoidon kysyntä on harvinaista nuorten keskuudessa.

Raporttien mukaan opioidiasiakkaat ovat syrjäytyneitä, he ovat heikosti koulutettuja, heidän työttömyysasteensa on korkea ja heidän asuinolonsa ovat usein epävakaa. Espanja raportoiti, että 17–18 prosenttia opioidiasiakkaista on kodittomia.

Useimmat opioidiasiakkaat ilmoittavat käyttäneensä kyseisiä huumeita ensimmäisen kerran 15–24-vuotiaana, ja heistä noin 50 prosenttia on käyttänyt niitä ensimmäisen kerran alle 20-vuotiaana. <sup>(181)</sup> Kun otetaan huomioon, että ensimmäisen käyttökerran ja ensimmäisen hoitoon hakeutumisen välinen viive on yleensä 5–10 vuotta ja että ensimmäisen kokeilun ja säännöllisen käytön välinen viive on noin 1,5–2,5 vuotta (Suomen kansallinen raportti), voidaan päätellä, että opioidiasiakkaat yleensä käyttävät huumetta säännöllisesti 3–7 vuotta, ennen kuin he hakeutuvat hoitoon ensimmäisen kerran.

Euroopan tasolla hieman yli puolet avohoitoon hakeutuvista uusista opioidiasiakkaista, joiden käyttötapa tunnetaan, käyttää huumetta suonensisäisesti. Injektioikäytön aste on yleisesti katsoen korkeampi niiden opioidien käyttäjien joukossa, jotka hakeutuvat hoitoon uusissa jäsenvaltioissa (yli 60 %), verrattuna EU-15-jäsenvaltioihin (alle 60 %) lukuun ottamatta Italiaa, jossa opioidien injektioikäyttäjien osuus asiakkaista on 74 prosenttia, ja Suomea, jossa heidän osuutensa on 79,3 prosenttia. Injektioikäyttäjien osuus opioidien käyttäjistä on alhaisin Alankomaissa (13 %) ja korkein Latviassa (86 %). <sup>(182)</sup>

<sup>(175)</sup> Katso kaavio TDI-2 ja taulukko TDI-5 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(176)</sup> Katso taulukko TDI-5 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(177)</sup> Katso taulukko TDI-26 vuoden 2006 tilastotiedotteessa; Reitoxin kansalliset raportit.

<sup>(178)</sup> Katso kaavio TDI-1 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(179)</sup> Katso taulukko TDI-10 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(180)</sup> <http://www.communitycare.co.uk>.

<sup>(181)</sup> Katso taulukko TDI-11 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(182)</sup> Katso taulukko TDI-17 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

## Opioidiriippuvuuden hoito

Vuosiksi 2005–2012 laaditussa EU:n huumausainestrategiassa asetetaan etusijalle hoidon saatavuuden ja hoitopäätöksen parantaminen ja siinä kehoitetaan jäsenvaltioita tarjoamaan kattava valikoima tehokkaita hoitomuotoja. Opioidien ongelmakäyttäjää on perinteisesti hoidettu paljon laitospäätöksissä. Hoitovaihtoehtojen monipuolistuminen ja etenkin korvaushoidon huomattava yleistyminen ovat kuitenkin johtaneet laitoshoidon suhteellisen osuuden vähenemiseen.

Opioidiongelmiin erilaisten hoitomuotojen suhteellisesta saatavuudesta Euroopassa on tällä hetkellä vain vähän tietoa. EMCDDA:n kyselylomakkeeseen toimittamisensa vastauksissa useimpien jäsenvaltioiden (16:n) asiantuntijat ilmoittivat pääasialliseksi hoitomuodoksi korvaushoidon. Neljä maata (Tšekki, Unkari, Puola ja Slovakia) ilmoitti kuitenkin lääkkeettömän hoidon yleisemmäksi, ja kaksi maata (Espanja ja Ruotsi) ilmoitti lääkeshoidon ja lääkkeettömän hoidon olevan yhtä yleisiä.

Opioidiriippuvuuteen tarjotaan korvaushoitoa (pääasiallisesti metadonilla tai buprenorfiinilla) kaikissa EU:n jäsenvaltioissa<sup>(183)</sup> sekä Bulgariassa, Romaniassa ja Norjassa, ja Euroopassa vallitsee nykyään laaja yksimielisyys siitä, että korvaushoito on hyödyllinen ratkaisu opioidien ongelmakäyttäjien hoidossa, mutta aihe on edelleen arka joissakin maissa (katso luku 2). Korvaushoidon kiistanalaisuus on vähenemässä kansainvälisellä tasolla; YK ilmaisi vuonna 2004 yhteisen kannan korvaushoidosta (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004), ja WHO sisällytti kesäkuussa 2006 sekä metadonin että buprenorfiinin välttämättömien lääkkeiden malliluettelonsa.

Metadonin tai buprenorfiinin kaltaisilla lääkkeillä annettavan korvaushoidon arvosta on nykyään vankkaa näyttöä. Tutkimuksissa on osoitettu, että korvaushoito vähentää laittomien huumausaineiden käyttöä, injektioikäyttöä sekä HIV:n ja muiden tartuntatautiin leviämisen riskiä lisäävää käyttäytymistä, kuten välineiden jakamista, ja että se parantaa sosiaalista toimintakykyä ja yleistä terveydentilaa. Tutkimustulokset viittaavat myös rikollisen toiminnan mahdolliseen vähenemiseen ja siihen, että riittävän korvaushoidon tarjoaminen saattaa vaikuttaa huumekuolemien määrään. Hoidon onnistuminen edellyttää hoidon varhaista aloittamista, sen riittävän pitkää kestoa ja yhtäjaksoisuutta sekä lääkkeiden oikeaa annostelua.

Metadoni on edelleen yleisin korvaushoito Euroopassa, mutta hoitovaihtoehtojen valikoima on laajenemassa, ja buprenorfiinia on nykyään saatavilla 19 EU-maassa,

Norjassa ja Bulgariassa, joskin on epäselvää, onko se hyväksytty virallisesti korvaushoitoon kaikissa niissä maissa, joissa sitä ilmoitetaan käytettävän. Kun otetaan huomioon, että buprenorfiinihoito aloitettiin Euroopassa vasta kymmenen vuotta sitten, lääkkeen suosio hoitovaihtoehtona on kasvanut huomattavan nopeasti (katso kaavio 1).<sup>(184)</sup>

Opioidilääkehoitoa ei anneta yksinomaan pitkäkestoiseen korvaushoitoon. Metadonia ja buprenorfiinia käytetään myös opioidivieroitushoitoon, silloin kun hoidolla pyritään auttamaan henkilöä pääsemään eroon huumeista antamalla tietyinä ajanjaksona pienenevä annos vieroituksen aiheuttamien oireiden lievittämiseksi. Opioidiriippuvuuden aversiivista lääkeshoitovaihtoehtoa, opioidiantagonisti naltreksonia, käytetään toisinaan uudelleen sortumisen ehkäisemiseen, sillä se estää heroiinia vaikuttamasta, mutta tämän lääkkeen käyttöä koskeva tietopohja ei ole vielä riittävän vankka.

Joissakin maissa (Saksassa, Espanjassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa) on myös heroiinin valvotun määräämisen ohjelmia, mutta tällaista hoitoa saavien potilaiden määrä on hyvin pieni verrattuna muihin lääkekorvaushoidon muotoihin (todennäköisesti alle prosentti kokonaismäärästä). Tämä hoitomuoto on yhä kiistanalainen, ja sitä tarjotaan yleensä tieteellisten kokeiden osana pitkäaikaisille käyttäjille, joilla muut hoitovaihtoehdot ovat epäonnistuneet.

Hiljattain tehdyssä tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin huumeiden tehokkuutta HIV:n leviämisen ehkäisemisessä, todettiin, että käyttäytymiseen kohdistuvilla toimilla voidaan tehostaa korvaushoidon myönteistä vaikutusta HIV:n torjuntaan, kun taas psyykinen hoito yksinään tehoa vaihtelevasti. Pidättäytymiseen pohjautuva hoito on tuottanut hyviä tuloksia HIV:n torjunnassa henkilöillä, jotka pysyvät hoidossa vähintään kolme kuukautta (Farrell *et al.*, 2005).

### Metadonin käytön seuranta

Metadoni on vuoden 1961 huumausaineyleissopimuksen I luettelon mukainen valvottu huumausaine, ja INCB seuraa sen kansallista kulutusta vuositasolla.

EMCDDA arvioi, että viime vuonna vähintään 500 000 potilasta sai korvaushoitoa EU:n jäsenvaltioissa, Bulgariassa, Romaniassa ja Norjassa (katso taulukko 4 vuoden 2005 vuosikertomuksesta). Metadonia käytetään yli 90 prosentissa hoidoista kaikissa muissa maissa paitsi Tšekissä ja Ranskassa, joissa buprenorfiinihoito on yleisin vaihtoehto.

EU-maiden ja Yhdysvaltojen yhteenlaskettu osuus metadonin kulutuksesta maailmassa on 85 prosenttia, ja metadonin

<sup>(183)</sup> Kypros on ilmoittanut aloittaneensa vuonna 2004 metadonin käytön vieroituslaitoshoidossa ja käynnistäneensä metadonikorvaushoidon pilotihankkeen, mutta se ei ole raportoinut yhtään hoitotapausta. Turkissa metadoni on rekisteröity virallisesti opioidiriippuvuuden hoitoon, mutta yhtään hoitotapausta ei ole raportoitu.

<sup>(184)</sup> Katso buprenorfiinia koskeva erityiskysymys vuoden 2005 vuosiraportista.

kulutus on kasvanut näissä maissa tasaisesti viime vuosikymmenellä. Kulutetut määrät vakiintuivat EU:ssa ja Yhdysvalloissa vuosina 1997–2000, mutta kulutus on sittemmin kasvanut voimakkaasti Yhdysvalloissa. EU:ssa käytetään nykyään noin puolet vähemmän metadonia kuin Yhdysvalloissa. <sup>(185)</sup>

Yleensä metadonin kulutus kasvaa maassa voimakkaasti, sen jälkeen kun tämä hoitovaihtoehto on otettu käyttöön.

Esimerkiksi Ranskassa metadonikorvaushoidon laaja käyttöönotto vuonna 1995 johti kulutuksen nopeaan kasvuun 31 kilosta 446 kiloon vuosina 1995–2004.

Metadonin kulutuksen vakiintumisesta on ollut viime aikoina merkkejä tilastoissa Tanskassa, Espanjassa, Maltassa, Alankomaissa ja mahdollisesti Saksassa. Tämä vastaa hoidossa olevien asiakkaiden määrissä havaittuja suuntauksia (katso luku 2).

---

<sup>(185)</sup> Katso kaavio NSP-2 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.



## Luku 7

# Huumeisiin liittyvät tartuntataudit ja huumekuolemat

## Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

Yksi huumeidenkäytön ja erityisesti huumeiden injektioikäytön vakavimmista terveysvaikutuksista on HIV:n ja muiden tartuntatautiin, erityisesti C- ja B-hepatiitin, leviäminen. Huumeiden injektioikäytön ja tartunnan saamisen välinen yhteys on osoitettu selkeästi. Huumeiden injektioikäytön ja injektiovälineiden jakamisen vähentämisestä onkin tullut kansanterveystoimien ensisijainen tavoite tällä alalla. Tutkimuksissa on myös ilmennyt, että huumeidenkäytön ja riskialttiin seksuaalisen toiminnan välillä on yhteys, joten on entistä tärkeämpää kytkeä toisiinsa huumeidenkäyttöön liittyvät toimet ja sukupuoliterveyttä koskevat kansanterveysstrategiat. Euroopan tason seurannassa tartuntatauteja koskevia tietoja kerätään tavallisista ilmoituslähteistä, joissa huumeidenkäyttö saatetaan kirjata riskitekijäksi, ja erityistutkimuksista, jotka kohdistuvat erilaisiin huumeita käyttäviin väestöryhmiin.

### HIV ja aids

#### Viimeaikaiset suuntaukset ilmoitetuissa uusissa HIV-tapauksissa

Nykyään useimmat maat ilmoittavat alhaisia määriä uusia diagnosoituja HIV-tartuntoja, jotka johtuvat huumeiden injektioikäytöstä. Maat, joissa HIV-tartuntojen määrä huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa on ollut pitkään alhainen, tarjoavat mahdollisuuden tarkastella ilmiön syitä. Tähän halutaan vastaus nykyisessä EU:n huumausainestrategiassa ja siihen keskitytään meneillään olevassa EMCDDA:n koordinoimassa tutkimuksessa. Ei ole kuitenkaan syytä olla liian optimistinen, sillä Espanja ja Italia, joissa huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa on ilmennyt HIV-epidemioita, eivät ole toimittaneet kansallisia tietoja HIV-tapauksista, ja tällä on merkittävä kielteinen vaikutus EU:n kokonaistilannetta koskevien tietojen arvoon. Lisäksi joidenkin maiden toimittamat tiedot herättävät huolta HIV-tartuntojen mahdollisesta lisääntymisestä ainakin tietyissä injektioikäyttäjien ryhmissä.

Ranskassa, jossa HIV-tapaukset on kirjattu vasta vuodesta 2003 lähtien, HIV on yleistynyt injektioikäyttäjien keskuudessa (joskin alhaiselta tasolta) vuosina 2003–2004

arviolta 2,3 tapauksesta 2,9 tapaukseen miljoonaa henkilöä kohti. Vaikka luvut ovatkin yleisesti katsoen yhdenmukaisia saatavilla olevien tutkimustietojen kanssa (katso jäljempänä), on syytä muistaa, että uudet raportointijärjestelmät ovat yleensä aluksi epävarmoja. Portugalissa aiemmin ilmoitettu uusien diagnosoitujen HIV-tapausten väheneminen injektioikäyttäjien keskuudessa kyseenalaistuu, kun otetaan huomioon vuoden 2004 tiedot, joiden mukaan maassa on todettu 98,5 HIV-tartuntaa miljoonaa henkilöä kohti. Luku on EU:n korkein. <sup>(186)</sup> Yhdistyneessä kuningaskunnassa HIV-tartuntojen määrä injektioikäyttäjien keskuudessa on laskenut hitaasti ja vakiintunut hieman alle 2,5 tapaukseen vuodessa miljoonaa henkilöä kohti. Irlannissa tartuntojen määrä kasvoi 1990-luvun lopulla. Se saavutti vuonna 2000 huipun, joka oli 18,3 tapauksia vuodessa miljoonaa henkilöä kohti, laski 9,8 tapaukseen miljoonaa kohti vuonna 2001 ja nousi vuonna 2004 jälleen 17,8 tapaukseen miljoonaa kohti.

Huumeiden injektioikäyttöön liittyviä HIV-epidemioita on puhjennut viimeksi vuonna 2001 Virossa ja Latviassa ja vuonna 2002 Liettuassa. Tartuntojen määrät ovat sittemmin vähentyneet voimakkaasti; ilmoitettujen uusien tapausten määrä vähenee odotetusti epidemian alkuvaiheen jälkeen, kun tartuntojen endeeminen taso vakiintuu (katso jäljempänä).

#### HIV:n levinneisyys testattujen injektioikäyttäjien keskuudessa

Tieto HIV:n levinneisyydestä injektioikäyttäjien keskuudessa (tartunnan saaneiden osuus injektioikäyttäjistä) on tärkeä täydennys HIV-tapauksia koskeviin tietoihin. Toistuvat levinneisyystutkimukset ja diagnosointitesien tulosten rutiininomainen seuranta voivat tukea tapausten ilmoitustiedoista tehtäviä johtopäätöksiä ja tarjota yksityiskohtaista tietoa tietyiltä alueilta ja tietyistä ympäristöistä. Levinneisyystiedot ovat kuitenkin peräisin useista lähteistä, joita voi toisinaan olla vaikea verrata keskenään, ja niitä on siksi tulkittava varoen.

Saatavilla olevat levinneisyystiedot vahvistavat useimmiten joidenkin maiden ilmoittaman HIV-tapausten viimeaikaisen

<sup>(186)</sup> Katso kaaviot INF-2 (osa i) ja INF-5 (osa iv) vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

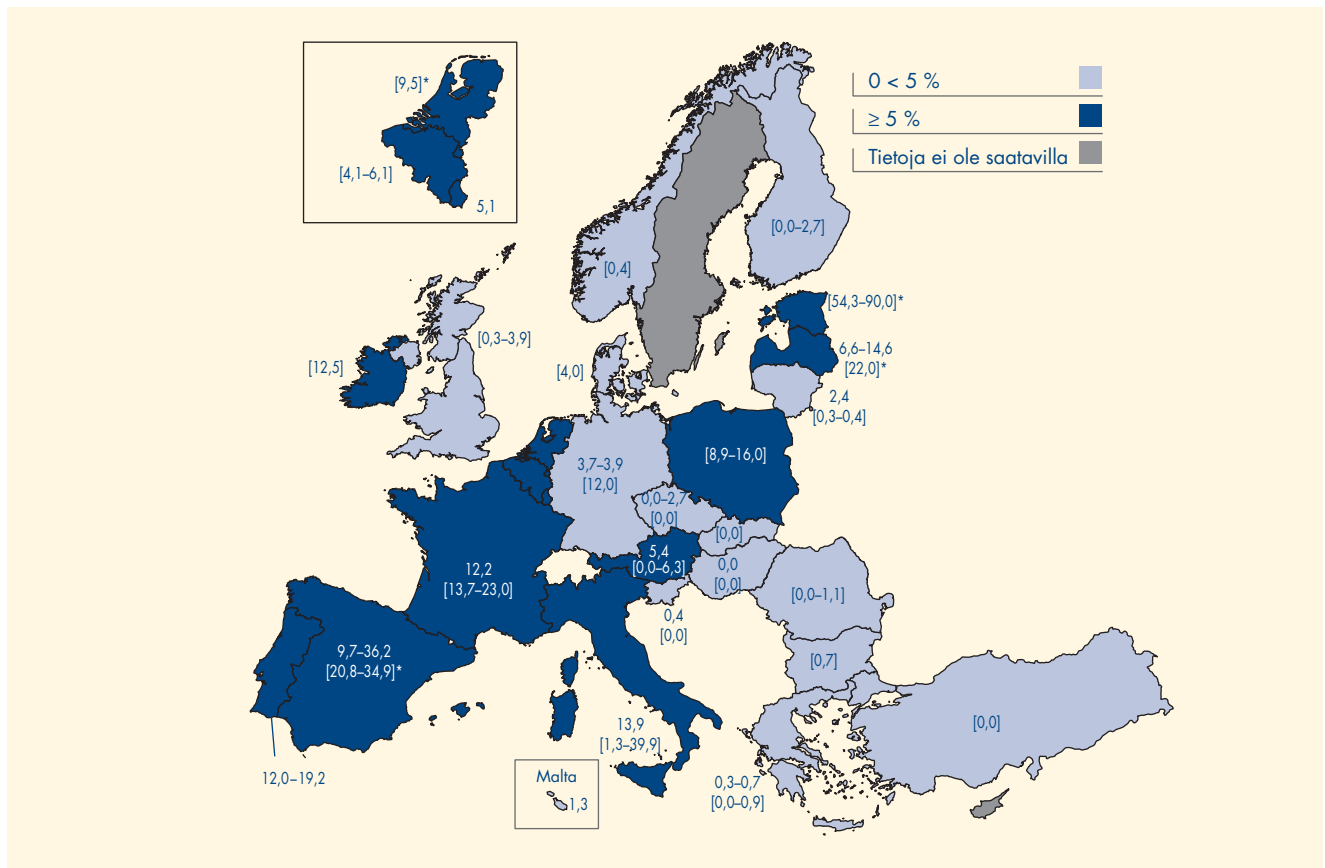
lisääntymisen, joskin ne myös viittaavat siihen, etteivät kyseiset maat ole ainoita, joissa valppautta on lisäävä.

Saatavilla olevat levinneisyystiedot osoittavat, että injektiokäyttäjien tartunnat eivät ehkä vieläkään ole hallinnassa Baltian maissa (kaavio 10). Virossa hiljattain tehty tutkimus viittaa siihen, että levinneisyys on kasvamassa yhdellä alueella (Tallinnassa 41 prosenttia 964 henkilön otoksessa vuonna 2001 ja 54 prosenttia 350 henkilön otoksessa vuonna 2005) ja että se on poikkeuksellisen korkea yhdellä toisella alueella (Kohtla-Järvellä 90 % sadan henkilön otoksessa). Latviassa injektiokäyttäjien HIV-tartuntojen levinneisyystietojen kaksi aikasarjaa osoittaa, että tartunnat ovat lisääntyneet vuosiin 2002 ja 2003 asti, mutta kolmannen aikasarjan mukaan ne olisivat vähentyneet vuoden 2001 huipun jälkeen. Liettuassa vuoden 2003 tiedot viittaavat siihen, että HIV on yleistynyt huumehoidossa, ruiskujen vaihto-ohjelmissa ja sairaaloissa testattujen injektiokäyttäjien keskuudessa siten, että tartunnan oli saanut 1,0–1,7 prosenttia vuosina 1997–2002 ja 2,4 prosenttia (27 tapausta 1 112 henkilön otoksessa) vuonna 2003.

Maissa, joissa HIV-tartuntojen määrä on perinteisesti ollut korkea injektiokäyttäjien keskuudessa (Espanjassa, Ranskassa, Italiassa, Puolassa ja Portugalissa), on ilmennyt uusia merkkejä siitä, että tartuntojen määrä säilyy ennallaan kansallisella tasolla tai tietyillä alueilla tai tietyissä injektiokäyttäjien alaryhmissä. <sup>(187)</sup> Näissä maissa on tärkeää panna merkille, että aiempi korkea levinneisyysaste, joka on johtunut 1980- ja 1990-luvun laajoista epidemioista, lisää riskikäyttäytymisestä seuraavien tartuntojen todennäköisyyttä.

Espanjasta ja Italiasta ei ole saatavilla kansallisia ilmoitustietoja. Rutiinomaisten diagnostitietojen tietoja on vaikea tulkitä, koska valintojen erilaiset painotukset voivat vaikuttaa niihin. Kyseisissä maissa on kuitenkin aiheutta huoleen. Espanjassa HIV:n levinneisyys pysyi nuorten (alle 25-vuotiaiden) huumehoidossa testattujen injektiokäyttäjien keskuudessa vuoteen 2002 asti vakaana yli 12 prosentissa, ja se kasvoi uusien injektiokäyttäjien (injektiokäyttö kestänyt alle kaksi vuotta) keskuudessa 15 prosentista 21 prosenttiin vuosina 2000–2001, eli tartuntojen määrä on ollut korkea vuoteen 2002 asti. Italiassa injektiokäyttäjien HIV-tartuntojen

**Kaavio 10:** HIV:n levinneisyys testattujen injektiokäyttäjien keskuudessa vuosina 2003 ja 2004



*Huom.* Luvut [suluisissa] ovat paikallisia tietoja. Värit osoittavat kansallisten tietojen keskipistettä, tai jos niitä ei ole saatavilla, paikallisten tietojen keskipistettä. Italian ja Portugalin tietoihin sisältyy muitakin kuin injektiokäyttäjia, ja niissä todennäköisesti aliarvioidaan levinneisyyttä injektiokäyttäjien keskuudessa.  
 (\*) Tiedot ovat osittain tai kokonaan ajalta ennen vuotta 2003 (Espanja 2002–2003; Ranska 2002–2003; Latvia 2002–2003; Alankomaat 2002) tai vuodelta 2005 (Viro).  
*Lähteet:* Reitoxin kansalliset seurantakeskukset. Lisätietoja pääasiallisista lähteistä, tutkimuksista ja vuotta 2003 edeltävistä tai vuoden 2004 jälkeisistä tiedoista, katso taulukko INF-8 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(187)</sup> Katso kaavio INF-5 (osa ii) ja (osa vi) vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

suuntauksissa on suuria eroja alueiden välillä, ja joillakin alueilla (Bolzanossa, Liguriassa, Molisessa, Toscanassa ja Umbriassa) tartunnat ovat lisääntyneet voimakkaasti vielä viime aikoina.

Puolassa paikalliset tutkimukset viittaavat siihen, että HIV:n leviäminen on jatkunut ainakin viime aikoihin asti, ja levinneisyysaste on korkea nuorten injektioikäyttäjien keskuudessa (15 % vuonna 2002 yhdellä alueella, 4–11 % kahdella muulla alueella vuonna 2004). Vuonna 2002 tehdyssä tutkimuksessa raportoitiin neljä (9 %) HIV-tapausta otoksena olleiden 45 uuden injektioikäyttäjän keskuudessa, mutta vuonna 2004 tehdyssä tutkimuksessa ei ilmennyt yhtään tapausta otoksena olleiden 20 uuden injektioikäyttäjän keskuudessa.

Joissakin maissa, joissa ei ole koskaan esiintynyt laajamittaista epidemiaa injektioikäyttäjien keskuudessa, tuoreet levinneisyystiedot viittaavat siihen, että on syytä pysyä valppaana. Näin vaikuttaisi olevan Luxemburgissa, Itävallassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joskin tartuntojen määrän kasvu on pysynyt vähäisenä, eikä sitä voida vahvistaa tapausten ilmoitustietojen perusteella.

#### **Maat, joissa HIV:n levinneisyysaste on alhainen**

HIV:n levinneisyys testattujen injektioikäyttäjien keskuudessa vaihtelee edelleen voimakkaasti EU-maiden välillä (kaavio 10). HIV-tartuntojen määrä injektioikäyttäjien keskuudessa on monessa maassa kasvanut viime aikoina tai pysynyt korkeana jo monta vuotta. Monessa muussa maassa taas HIV-tartuntojen määrä injektioikäyttäjien keskuudessa pysyi alhaisena vuosina 2003 ja 2004: HIV:n levinneisyys oli enintään yksi prosentti Tšekissä, Kreikassa, Unkarissa, Maltassa, Sloveniassa (kansallisten otosten perusteella), Slovakiassa, Bulgariassa, Romaniassa, Turkissa ja Norjassa (paikallisten otosten perusteella). Osassa näistä maista (esimerkiksi Unkarissa) sekä HIV:n että C-hepatiittiviruksen levinneisyysasteet ovat Euroopan alhaisimpia, mikä viittaa injektioikäytön alhaiseen asteeseen (katso "B- ja C-hepatiitti"), mutta joissakin maissa (esimerkiksi Romaniassa) on merkkejä C-hepatiitin leviämisestä.

#### **Sukupuolierot HIV:n levinneisyydessä testattujen injektioikäyttäjien keskuudessa**

HIV:n levinneisyydestä vuosilta 2003 ja 2004 saatavilla olevat tiedot paljastavat eroja miespuolisten ja naispuolisten testattujen injektioikäyttäjien välillä. <sup>(188)</sup> Belgian, Viron (2005), Espanjan (2002), Ranskan, Italian, Luxemburgin, Itävallan, Puolan ja Portugalin tietojen yhdistämisestä saatiin kokonaisotos, jossa oli 124 337 miestä ja 20 640 naista, jotka oli testattu pääasiallisesti huumehoitokeskuksissa tai muissa huumepalveluja tarjoavissa paikoissa.

Kokonaislevinneisyys oli 13,6 prosenttia miesten keskuudessa ja 21,5 prosenttia naisten keskuudessa. Maiden välillä on merkittäviä eroja: naisten suhde miehiin verrattuna oli korkein Virossa, Espanjassa, Italiassa, Luxemburgissa ja Portugalissa, kun taas Belgiassa suuntaus oli päinvastainen ja levinneisyysaste oli korkeampi miesten keskuudessa.

#### **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. Ne kertovat kuitenkin oireita aiheuttavan sairauden yleisestä taakasta, ja ne ovat lisäksi tärkeä indikaattori HAART-hoidon saatavuudesta ja kattavuudesta injektioikäyttäjien keskuudessa.

WHO arvioi, että HAART-hoidon kattavuus hoitoa tarvitsevien potilaiden osalta oli vuonna 2003 korkea Länsi-Euroopan maissa (yli 70 %) mutta vähäisempi useimmissa Itä-Euroopan maissa, kuten Virossa, Latviassa ja Liettuassa. <sup>(189)</sup> HAART-hoidon kattavuudesta saatavilla olevat tuoreimmat tiedot viittaavat siihen, että tilanne on parantunut merkittävästi ja että kattavuus on nykyään vähintään 75 prosenttia kaikissa EU-maissa ja ehdokasvaltioissa. HAART-hoidon saatavuudesta injektioikäyttäjien keskuudessa ei ole tarkkoja tietoja, mutta nähtäväksi jää, johtaako kattavuuden paraneminen aidsin esiintyvyyden vähenemiseen injektioikäyttäjien keskuudessa Virossa ja Latviassa.

Kaikissa aidsista eniten kärsivissä neljässä Länsi-Euroopan maassa eli Espanjassa, Ranskassa, Italiassa ja Portugalissa esiintyvyys on vähentynyt: kolmessa ensin mainitussa maassa vuodesta 1996 lähtien, mutta Portugalissa vasta vuodesta 1999 lähtien. Injektioikäyttöön liittyvän aidsin esiintyvyys on edelleen korkein Portugalissa, jossa todettiin 31 tapausta miljoonaa asukasta kohti vuonna 2004. Esiintyvyys on lähes yhtä korkea Latviassa, jossa todettiin 30 tapausta miljoonaa kohti.

EuroHIV-tiedot vuoteen 2004 asti (raportointiviiveiden johdosta korjattuina) viittaavat siihen, että injektioikäyttöön liittyvän aidsin esiintyvyys on lisääntymässä sekä Virossa että Latviassa. <sup>(190)</sup>

#### **B- ja C-hepatiitti**

##### **C-hepatiitti**

C-hepatiittiviruksen (HCV) vasta-aineiden esiintyvyys on injektioikäyttäjillä yleisesti ottaen erittäin korkea, joskin maiden sisällä ja maiden välillä on voimakasta vaihtelua.

<sup>(188)</sup> Katso kaavio INF-3 (osa v) vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(189)</sup> Katso kaavio INF-14 (osa iii) ja (osa iv) vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(190)</sup> Katso kaavio INF-1 (osa i) vuoden 2006 tilastotiedotteesta.



Belgia, Tanska, Saksa, Kreikka, Espanja, Irlanti, Italia, Puola, Portugali, Yhdistynyt kuningaskunta, Norja ja Romania ovat ilmoittaneet C-hepatiitin yli 60 prosentin levinneisyysasteesta erilaisissa vuosina 2003 ja 2004 testattujen huumeiden injektioikäyttäjien otoksissa, ja alle 40 prosentin levinneisyysasteesta otoksissa ovat ilmoittaneet Belgia, Tšekki, Kreikka, Kypros, Unkari, Malta, Itävalta, Slovenia, Suomi ja Yhdistynyt kuningaskunta. <sup>(191)</sup>

HCV-vasta-aineiden esiintyvyydestä nuorten (alle 25-vuotiaiden) injektioikäyttäjien keskuudessa on saatavilla tietoja 14 maasta, mutta jotkin otokset ovat pieniä. Tuloksissa on suuria eroja, ja jotkin maat ovat ilmoittaneet sekä korkeita että alhaisia lukuja erilaisista otoksista. Esiintyvyyssaste oli korkein (yli 40 %) nuorten injektioikäyttäjien keskuudessa vuosina 2003 ja 2004 Belgian, Kreikan, Itävallan, Puolan, Portugalin, Slovakian ja Yhdistyneen kuningaskunnan otoksissa ja alhaisin (alle 20 %) Belgian, Kreikan, Kyproksen, Unkarin, Maltan, Itävallan, Slovenian, Suomen, Yhdistyneen kuningaskunnan ja Turkin otoksissa. Kun tarkastellaan vain koko valtion kattavia nuoriin injektioikäyttäjiin kohdistuneita tutkimuksia, esiintyvyyssaste on korkein (yli 60 %) Portugalissa ja alhaisin (alle 40 %) Kyproksessa, Unkarissa, Maltassa, Itävallassa ja Sloveniassa. Vaikka otantamenetelmät saattavat johtaa kroonisen ryhmän painottumiseen, HCV-vasta-aineiden korkea esiintyvyyssaste Portugalin kansallisessa otoksessa (67 % 108:sta alle 25-vuotiaasta injektioikäyttäjästä) on huolestuttava, ja se saattaa viitata riskikäyttäytymisen jatkumiseen nuorten injektioikäyttäjien keskuudessa (katso myös ”Viimeaikaiset suuntaukset ilmoitetuissa uusissa HIV-tapauksissa”, s. 75).

HCV-vasta-aineiden esiintyvyydestä uusilla injektioikäyttäjillä (joilla injektioikäyttö on kestänyt alle kaksi vuotta) on saatavilla vain vähän tietoa, ja siinäkin on haittana otosten pieni koko, mutta tämä tieto saattaa kertoa enemmän tuoreista esiintyvyyssasteista kuin nuoria injektioikäyttäjiä koskeva tieto. Vuosilta 2003 ja 2004 saatavilla olevat tiedot osoittavat, että esiintyvyyssaste oli uusien injektioikäyttäjien keskuudessa korkein (yli 40 %) Kreikan, Puolan, Yhdistyneen kuningaskunnan ja Turkin otoksissa ja alhaisin (alle 20 %) Belgian, Tšekin, Kreikan, Kyproksen ja Slovenian otoksissa. Alhaisia esiintyvyyssasteita on todettu uusien injektioikäyttäjien pienissä mutta kansallisissa otoksissa Kyproksessa (HCV-vasta-aineiden testin tulos oli positiivinen vain kahdella injektioikäyttäjällä 23:sta eli yhdeksällä prosentilla) ja Sloveniassa (testin tulos oli positiivinen kahdella 32:sta eli kuudella prosentilla).

### B-hepatiitti

Myös B-hepatiittiviruksen (HBV) markkerien esiintyvyydessä on suuria eroja maiden sisällä ja maiden välillä.

Kattavimmat tiedot koskevat anti-HBc:tä, joka osoittaa aiemman tartunnan. Vuosina 2003–2004 Italia ja Puola ilmoittivat esiintyvyyssasteeksi injektioikäyttäjien otoksissa yli 60 prosenttia, kun taas Belgia, Irlanti, Kypros, Itävalta, Portugali, Slovenia, Slovakia ja Yhdistynyt kuningaskunta kirjasivat esiintyvyyssasteeksi otoksissa alle 20 prosenttia. Tietoja toimittaneiden maiden vuosia 1992–2004 koskevista B-hepatiitti-ilmoituksista saaduista tiedoista syntyy erittäin kirjava kuva. <sup>(192)</sup> Pohjois-Euroopassa suurin osa ilmoitetuista akuuteista B-hepatiittitapauksista on todettu injektioikäyttäjillä, ja useissa maissa B-hepatiittiepidemiat ovat puhjenneet samaan aikaan kun injektioikäyttö on lisääntynyt. Esimerkiksi Norjan tiedot viittaavat siihen, että B-hepatiittitartunnat lisääntyivät injektioikäyttäjien keskuudessa suuresti vuosina 1992 ja 1998 ja että ne ovat sen jälkeen vähentyneet. Suomessa injektioikäyttäjien B-hepatiittitartunnat ovat vähentyneet voimakkaasti viime vuosina, mikä saattaa olla seurausta rokotusohjelmista ja kattavasta neulojen ja ruiskujen vaihtojärjestelmästä.

## Tartuntatautien ehkäisy

### Tehokkaat vastatoimet

Monilla kansanterveystoimilla voidaan todistetusti vähentää tartuntatautien leviämistä huumeidenkäyttäjien keskuudessa, ja yhä yleisemmän näkemyksen mukaan menestyä voidaan varmimmin saavuttaa noudattamalla alan palvelujen tarjoamisessa kattavaa lähestymistapaa. Keskusteluissa on tähän saakka keskitytty pitkälti HIV-tartuntojen ehkäisyyn injektioikäyttäjien keskuudessa, mutta tehokkaiden toimien tarve hepatiitin leviämisen ehkäisemiseksi tunnustetaan yhä laajemmin samoin kuin tarve ehkäistä tartuntatautien leviämistä niiden huumeidenkäyttäjien keskuudessa, jotka eivät ole injektioikäyttäjiä.

On syytä tuoda esiin, että tehokkuuden osalta näyttö on vahvinta injektioikäyttäjien HIV-tartuntojen ehkäisyssä. On vankkaa näyttöä siitä, että interventiot voivat olla tehokkaita ja että kaikenlaisen hoidon saanti tarjoaa suojaa (Farrell *et al.*, 2005; WHO, 2005). Euroopassa on 1990-luvun puolivälistä lähtien panostettu huumeriippuvuushoidon tarjonnan lisäämiseen (katso luku 2), mikä näyttää yleisesti ottaen vaikuttaneen siihen, että Euroopan tilanne on nykyään melko rohkaiseva HIV:n epideemisen leviämisen osalta injektioikäyttäjien keskuudessa.

Hoito on vain osa kattavaa lähestymistapaa HIV:n ehkäisyyn. Muita tekijöitä ovat laaja valikoima tiedotus-, koulutus- ja viestintätekniikoita, tartuntatauteja koskeva vapaaehtoinen neuvonta ja testaus, rokottaminen sekä steriilien

<sup>(191)</sup> Katso kaavio INF-6 (osa i) vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(192)</sup> Katso kaavio INF-12 (osa i) vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

injektiovälineiden ja muiden suojavälineiden jakaminen. Näillä toimenpiteillä sekä tarjoamalla lääkintähoitopalveluja matalan kynnyksen keskuksissa tai toisinaan jopa katutasolla voidaan päästä yhteyteen aktiivisten huumeidenkäyttäjien ja heidän seksipartneriensä kanssa tai parantaa yhteydenpitoa heidän kanssaan sekä tiedottaa heille huumeidenkäytön terveysriskeistä ja niiden ehkäisemisestä.

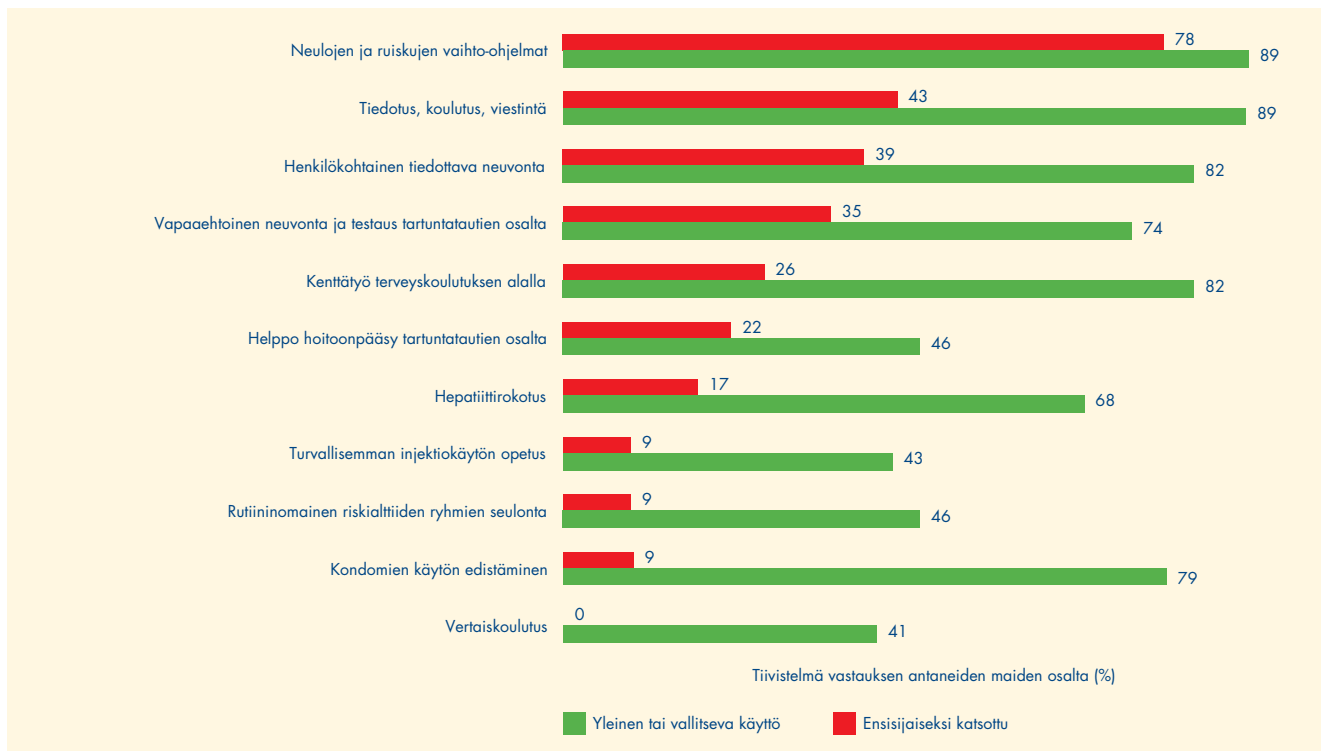
Yleinen sitoutuminen kattavaan lähestymistapaan ei tarkoita, että kaikkia näitä palveluja kehitettäisiin ja tuettaisiin samalla tavalla kansallisella tasolla. Niistä on kuitenkin muodostumassa jonkinasteinen yksimielisyys. Kansallisten seurantakeskusten parissa tehdyssä tutkimuksessa kolme neljäsosaa vastaajista ilmoitti, että neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat yhdistettyinä neuvontaan ovat kansallisen politiikan painopistealueena pyrittäessä ehkäisemään tartuntatautiin leviämistä injektioikäyttäjien keskuudessa (kaavio 11). Se, että niin monet maat ovat selkeästi tunnustaneet HIV:n ehkäisystrategioissaan, kuinka tärkeää on tarjota puhtaita injektiovälineitä, osoittaa, että tällainen palvelu on yleistynyt suurimmassa osassa Eurooppaa ja ettei sitä enää pidetä useimmissa maissa kiistanalaisena

kysymyksenä. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että tällaisen palvelun eduista oltaisiin yksimielisiä. Esimerkiksi Kreikassa ja Ruotsissa se ei ole politiikan painopistealue, mutta yleisesti katsoen tämän alan interventioita toteutetaan EU:ssa melko yhdenmukaisella tavalla <sup>(193)</sup>, ja Kyprosta lukuun ottamatta kaikki maat ovat ilmoittaneet toteuttavansa steriilien neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmia. <sup>(194)</sup>

### Erilaiset neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat Euroopan maissa

Useimmat Euroopan maat jakavat nykyään steriilejä injektiovälineitä, mutta palvelun luonne ja laajuus vaihtelevat maiden välillä. Yleisin malli on palvelun tarjoaminen tietyssä paikassa, yleensä huumehoitokeskuksessa, mutta tätä palvelua täydennetään usein liikkuvilla palveluilla, joilla pyritään tavoittamaan huumeidenkäyttäjät yhteisössä. Neulojen ja ruiskujen vaihtopalveluja täydennetään kahdeksassa maassa myös ruiskujen vaihto- tai myyntiautomaateilla. <sup>(195)</sup> Niitä vaikuttaa kuitenkin olevan vain muutamassa paikassa lukuun ottamatta Saksaa ja Ranskaa, jotka ovat ilmoittaneet laajamittaisesta toiminnasta (Saksassa on noin 200 ja Ranskassa noin 250 automaattia).

**Kaavio 11:** Valikoitujen toimenpiteiden priorisointi ja niiden käytön laajuus tartuntatautiin ehkäisemiseksi huumeidenkäyttäjillä kansallisten asiantuntijoiden käsityksen mukaan



*Huom.* Prioriteettisijat 23 jäsenvaltiosta sekä Bulgariasta ja Norjasta. Irlanti, Kypros, Liettua ja Alankomaat eivät toimittaneet näitä tietoja.

Tiedot toimien käytön laajuudesta saatiin kaikkien 25 jäsenvaltion asiantuntijoilta sekä Bulgariasta ja Norjasta. Belgian ranskan- ja flaaminkielinen alue toimittivat omat tietonsa erikseen, joten vastauksia saatiin kaikkiaan 28.

*Lähde:* Kansallisten seurantakeskusten asiantuntijakyselytutkimus, SQ 23 (2004), kysymys 5.

<sup>(193)</sup> Katso kaavio NSP-3 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(194)</sup> Vuoden 2005 vuosiraportissa on lyhyt tiivistelmä todisteena neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien tehokkuudesta (s. 71).

<sup>(195)</sup> Katso taulukko NSP-2 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

Espanja on ainoa EU-maa, jossa neuloja ja ruiskuja vaihdetaan yleisesti vankiloissa: vuonna 2003 niitä vaihdettiin 27 vankilassa. Ainoa toinen EU-maa, joka on ilmoittanut tällaisesta toiminnasta, on Saksa, jossa palvelua tarjotaan vain yhdessä vankilassa.

Apteekkien kautta tarjottavat vaihtopalvelut auttavat laajentamaan maantieteellistä kattavuutta, ja lisäksi puhtaiden ruiskujen myynti apteekkeissa saattaa lisätä niiden saatavuutta. Ruiskuja voidaan myydä ilman reseptiä kaikissa EU-maissa paitsi Ruotsissa, mutta jotkut apteekarit suhtautuvat siihen vastahakoisesti – jotkut jopa kääntäytyvät huumeidenkäyttäjien tiloistaan. Apteekkien virallisia ruiskujen vaihto- tai jakeluverkostoja on yhdeksässä Euroopan maassa (Belgiassa, Tanskassa, Saksassa, Espanjassa, Ranskassa, Alankomaissa, Portugalissa, Sloveniassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa), mutta niihin osallistumisessa on suurta vaihtelua, siten että niihin kuuluu enimmillään lähes puolet apteekkeista (45 %) Portugalissa ja vähimmillään alle prosentti apteekkeista Belgiassa. Pohjois-Irlannissa neulojen ja ruiskujen vaihto on järjestetty nykyään yksinomaan apteekkien kautta.

Ruiskujen ostaminen apteekkeista saattaa olla joillekin injektioikäyttäjille tärkein väylä yhteydenpitoon terveydenhuoltopalvelujen kanssa, ja sitä voitaisiin hyödyntää muiden palvelujen tarjoamisessa. Apteekkien roolia voitaisiin kasvattaa kannustamalla apteekkeita kehittämään huumeidenkäyttäjille tarjottavia palveluja ja tukemalla heitä siinä, mutta nykyisin ainoastaan Ranska, Portugali ja Yhdistynyt kuningaskunta näyttävät tekevän merkittäviä investointeja siihen suuntaan.

## Kuolleisuus ja huumekuolemat

### Huumeiden ongelmakäyttäjien kuolleisuus

Huumeiden ongelmakäyttäjien kuolleisuustiedot koskevat Euroopassa useimmiten opioidien käyttäjiä. Muihin huumeidenkäytön muotoihin liittyvästä kuolleisuudesta ei ole yhtä paljon tietoa, mutta se on silti tärkeä kansanterveydellinen kysymys.

EMCDDA:n hankkeen yhteydessä aloitetussa yhteistyötutkimuksessa tarkasteltiin kuolleisuutta hoidossa olleiden opioidienkäyttäjien keskuudessa kahdeksassa eurooppalaisessa kohteessa <sup>(196)</sup>. Tutkimuksessa todettiin, että opioidien käyttäjien kuolleisuus oli hyvin korkea heidän ikätovereihinsa verrattuna: miehillä 6–20 kertaa korkeampi ja naisilla 10–50 kertaa korkeampi. Kuudessa kohteessa (Amsterdamissa, Barcelonassa, Dublinissa, Lontoossa, Roomassa ja Wienissä) arvioitiin, että 15–49-vuotiaiden kuolemista 10–23 prosenttia johtui opioidien käytöstä, pääasiassa yliannostuksesta, aidsista ja ulkoisista syistä

### Ruiskujen vaihto-ohjelmien kattavuus Euroopassa: onko se riittävä?

Lähes kaikki jäsenvaltiot ilmoittavat jonkinasteisesta neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien saatavuudesta, mutta tällaisen intervention tehokkuus riippuu siitä, riittääkö tarjonta kattamaan injektioikäyttäjien tarpeet.

Tuoreita arvioita injektioikäyttäjien määrästä ja vaihto-ohjelmien kautta jaettavien ruiskujen määrästä on saatavilla yhdeksästä Euroopan maasta. Näiden tietojen pohjalta voidaan esittää karkea arvio kutakin injektioikäyttäjää kohti vuosittain saatavilla olevien ruiskujen määrästä. <sup>(1)</sup> Tuoreimpien saatavilla olevien tietojen perusteella neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien kattavuus vaihtelee voimakkaasti siten, että Kreikassa jaetaan vuosittain arviolta 2–3 ruiskua injektioikäyttäjää kohti, Tšekissä, Latviassa, Itävallassa ja Portugalissa niitä jaetaan 60–90, Suomessa noin 110, Maltassa 210 sekä Luxemburgissa ja Norjassa yli 250. Ruiskuja on lisäksi saatavilla myös apteekkeissa, ja Tšekin ja Suomen tietojen perusteella voidaan arvioida ruiskujen kokonaissaatavuus. Yhdistettyjen jakelu- ja myyntitietojen perusteella injektioikäyttäjät saavat vuosittain keskimäärin 125 ruiskua Tšekissä ja 140 ruiskua Suomessa.

Useiden tekijöiden tiedetään vaikuttavan injektioikäytön tiheyteen huumeidenkäyttäjien keskuudessa. Niitä ovat muun muassa käyttötavat, riippuvuusaste ja käytettävä huume. HIV:n levinneisyyden ja ruiskujen jakeluohjelmien kattavuuden välisestä suhteesta hiljattain tehty tutkimus viittaa siihen, että käyttäytymistekijät, kuten injektioikäytön tiheys ja ruiskujen henkilökohtainen uudelleenkäyttö, vaikuttavat voimakkaasti siihen, kuinka paljon ruiskuja on jaettava, jotta HIV:n levinneisyysastetta voidaan laskea huomattavasti (Vickerman *et al.*, 2006).

Ruiskujen saatavuuden mittaaminen on tärkeää, jotta voidaan ymmärtää niiden jakelun todennäköiset vaikutukset tautien ehkäisyyn ja arvioida täyttämätön tarve. Näiden tietojen tulkinnaissa on kuitenkin tärkeää ottaa huomioon myös ruiskujen myynti apteekkeissa (hinnat, apteekkiverkon tiheys) sekä huumeidenkäyttäjien käyttäytymistavat ja ympäristötekijät. Tätä kysymystä käsitellään tarkemmin vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(1)</sup> Katso tekniset huomautukset vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

(onnettomuuksista, itsemurhista). Noin kolmasosa näistä huumekuolemista johtui yliannostuksesta, joskin niiden osuus oli korkeampi kaupungeissa, joissa HIV-tartuntojen määrä injektioikäyttäjien keskuudessa oli alhainen, ja se todennäköisesti kasvaa, kun HAART-hoidon saatavuus lisääntyy.

Tšekissä tehdyssä kuolleisuuden kohorttitutkimuksessa todettiin, että piristeiden käyttäjien kuolleisuus oli 4–6 kertaa korkeampi (vakioitu kuolleisuussuhde) kuin kokonaisväestössä, kun taas opioidien käyttäjien

<sup>(196)</sup> Amsterdam, Barcelona, Dublin, Lissabon, Lontoo, Rooma, Tanska ja Wien. Väestön kuolleisuutta koskevissa arvioissa Lissabon ja Tanska eivät ole mukana. Katso EMCDDA (2002b).

kuolleisuus oli 9–12 kertaa korkeampi. 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 kuolleisuus kokonaisväestössä mutta että suuntaus oli laskeva.

Opioidien käyttäjien ikääntyessä kroonisista sairauksista (kirroosista, syövästä, hengityselinsairauksista, sydämen sisäkalvon tulehduksesta, aidsista) johtuva kuolleisuus tulee sen kuolleisuuden lisäksi, joka aiheutuu muista ulkoisista syistä kuin yliannostuksesta eli esimerkiksi itsemurhasta ja väkivallasta (Alankomaiden kansalliset raportit vuosilta 2004 ja 2005, GGD Amsterdam, Amsterdamin terveydenhuoltopalvelut). Myös huumeidenkäyttäjien elinolot (esimerkiksi kodittomuus, mielenterveyssairaudet, väkivalta, huono ravitsemus jne.) saattavat vaikuttaa huomattavassa määrin tämän ryhmän korkeaan kuolleisuuteen.

Suonensisäiseen huumeidenkäyttöön liittyvä aids aiheutti lisäksi 1 528 kuolemaa vuonna 2002<sup>(197)</sup>, ja tämä luku on todennäköisesti aliarvioitu. Huumeikuolemien muita syitä, kuten sairauksia (esimerkiksi hepatiittia), väkivaltaa ja onnettomuuksia, on vaikeampaa arvioida, mutta ne todennäköisesti aiheuttavat merkittävän määrän kuolemia. Arviolta 10–20 prosenttia nuorten aikuisten kuolemista Euroopan kaupungeissa johtuu opioidien käytöstä (ks. edellä). Tähän lukuun on vielä lisättävä muihin huumeidenkäytön muotoihin liittyvä kuolleisuus, mutta sen määrää on erittäin vaikea täsmentää.

## Huumeikuolemat

Huumeikuolema on monimutkainen käsite. Joissakin raporteissa sillä tarkoitetaan vain psykoaktiivisten aineiden suoraan aiheuttamia kuolemia, kun taas toisissa siihen sisältyvät myös kuolemat, joihin huumeidenkäyttö on vaikuttanut välillisesti tai toissijaisesti (liikennekuolemat, väkivalta, tartuntataudit). Tuoreessa tutkimuksessa, jossa analysoitiin laittomien huumeiden käytön aiheuttamia erityyppisiä haittoja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, arvioitiin, että huumeikuolemat ovat pääasiallinen huumeidenkäyttöön liittyvä haitta (MacDonald *et al.*, 2005).

Tässä vuosiraportin osassa ja EMCDDA:n määritelmässä huumeikuolemilla 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 huumeikuolema”.<sup>(198)</sup>

EU-maat ilmoittivat vuosina 1990–2003 joka vuosi 6 500:sta yli 9 000:een huumeikuolemaa, ja näitä kuolemia oli kyseisellä ajanjaksolla yhteensä yli 113 000. Lukuja voidaan pitää vähimmäisarvioina, sillä todennäköisesti osa kuolemista jää useimmissa maissa kirjaamatta.<sup>(199)</sup>

Huumeikuolleisuus vaihteli Euroopan maiden välillä voimakkaasti 0,2:sta yli 50 kuolemaan miljoonaa asukasta kohti (keskimäärin 13). Useimmissa maissa luku on 7–30 kuolemaa miljoonaa asukasta kohti, ja se on yli 25 Tanskassa, Virossa, Luxemburgissa, Suomessa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa. Huumeikuolleisuus on 15–39-vuotiaiden miesten keskuudessa tavallisesti kolme kertaa korkeampi (keskimäärin 40 kuolemaa miljoonaa kohti), ja se on seitsemässä maassa yli 80 kuolemaa miljoonaa kohti. Vuosina 2003 ja 2004 huumeikuolemien osuus kaikista 15–38-vuotiaiden eurooppalaisten kuolemista oli kolme prosenttia, ja se oli yli seitsemän prosenttia Tanskassa, Kreikassa, Luxemburgissa, Maltassa, Itävallassa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa. Lukuja on pidettävä vähimmäisarvioina, ja on myös syytä ottaa huomioon, että parannuksista huolimatta raportoinnin laadussa on edelleen huomattavia eroja maiden välillä, joten suoria vertailuja on tehtävä varoen.<sup>(200)</sup>

## Opioidikuolemat

Opioidit ovat EU:ssa osallisina useimmissa laittomien aineiden aiheuttamissa äkillisissä huumeikuolemista, joskin monissa tapauksissa havaitaan toksikologisessa tutkimuksessa myös muita aineita, erityisesti alkoholia, bentsodiatsepiineja ja joissakin maissa kokaiinia. Euroopassa useimmat opioidikuolemat liittyvät heroiiniin, mutta niitä aiheuttavat muutkin opioidit (katso jäljempänä).<sup>(201)</sup>

Opioidien yliannostus on yksi Euroopan nuorten yleisimmistä kuolinsyistä etenkin kaupungeissa asuvien miesten keskuudessa. Yliannostus on nykyään myös opioidien käyttäjien yleisin kuolinsyy koko Euroopassa, etenkin maissa,

<sup>(197)</sup> Katso EuroHIV (2005). Luku viittaa WHO:n Euroopan aluetuomiston läntisiin ja keskisiin alueisiin, joihin kuuluu joitakin EU:n ulkopuolisia maita, sekä Viron, Latvian ja Liettuan kokonaiskuolleisuuteen (itäinen alue).

<sup>(198)</sup> Tämä on EMCDDA:n kansallisten asiantuntijoiden ryhmän sopima määritelmä. Useimmissa maissa on nykyään kansallinen määritelmä, joka on sama tai samankaltainen kuin EMCDDA:n määritelmä, joskin jotkin maat sisällyttävät huumeikuolemiin sellaiset kuolemat, jotka aiheutuvat psykoaktiivisista lääkkeistä tai joihin ei liity yliannostusta ja jotka muodostavat yleensä vain pienen osan kaikista huumeikuolemista (katso menetelmiä koskeva huomautus ”Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues” vuoden 2006 tilastotiedotteessa, osa 1: EMCDDA:n määritelmä ja osa 2: kansalliset määritelmät sekä ”DRD Standard Protocol, version 3.0”).

<sup>(199)</sup> Katso taulukot DRD-2 (osa i), DRD-3, DRD-4 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(200)</sup> Katso taulukko DRD-1 (osa iii) ja (osa iv) vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(201)</sup> Katso kaavio DRD-1 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

joissa HIV-tartuntojen määrä injektioikäikäisten keskuudessa on alhainen (katso ”Huumeiden ongelmakäyttäjien kuolleisuus”, s. 80).

Suurin osa yliannostukseen kuolleista huumeidenkäyttäjistä on miehiä <sup>(202)</sup>, joiden osuus kaikista tapauksista on 65–100 prosenttia, ja useimmissa maissa heidän osuutensa vaihtelee 75:stä 90 prosenttiin. Naisten osuus on korkein Tšekissä, Puolassa ja Suomessa ja alhaisin Kreikassa, Italiassa ja Kyproksessa. Näiden tulosten tulkinnassa on otettava huomioon, että opioidien käytön ja injektioikäikäisten yleisyys on erilainen miesten ja naisten keskuudessa.

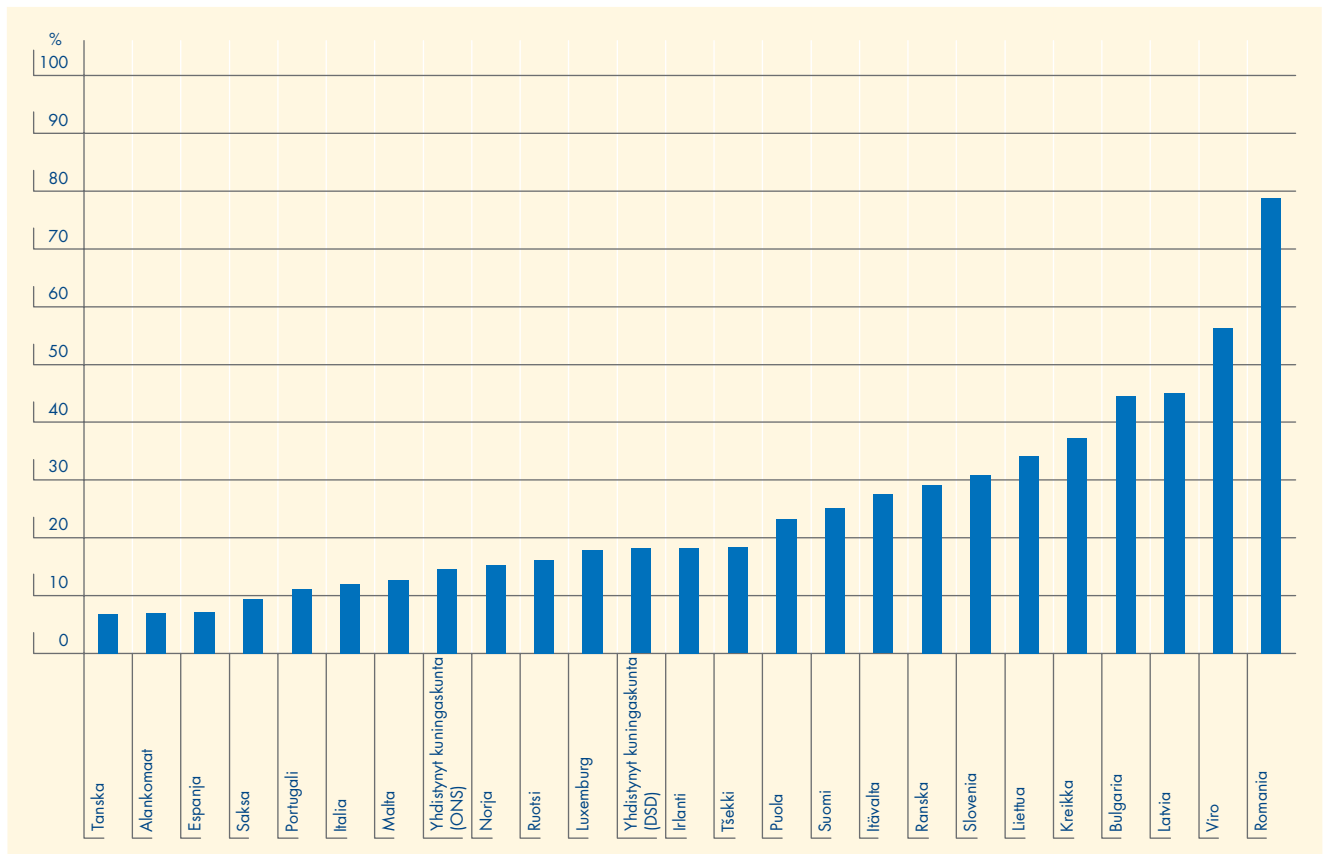
Useimmat yliannostuksen uhrit ovat 20–40-vuotiaita, ja heidän keski-ikänsä on useimmissa maissa noin 35 (vaihteluväli on kuitenkin 20–44 vuotta). Yliannostuksen uhrien keski-ikä on alhaisin Virossa, Sloveniassa, Bulgariassa ja Romaniassa ja korkein Tšekissä, Alankomaissa, Puolassa ja Suomessa. Alle 15-vuotiaiden yliannostuskuolemia on ilmoitettu vain hyvin vähän (kaikkien maiden tuoreimpien

tietojen mukaan 17 tapausta 7 516 kuolemantapauksesta), mutta tämän ikäluokan huumekuolemia ei välttämättä aina raportoida. EMCDDA:n lukuihin sisältyy muutama yli 65-vuotiaan huumekuolema, ja ainoastaan seitsemän maata on ilmoittanut, että yli viisi prosenttia tapauksista kuuluu tähän ikäluokkaan. <sup>(203)</sup>

Monissa uusissa jäsenvaltioissa sekä jäsenehdokasmaissa kuolleiden keski-ikä on melko alhainen (Virossa, Kyproksessa, Latviassa, Slovakiassa, Bulgariassa ja Romaniassa) ja alle 25-vuotiaiden osuus yliannostustapauksissa on korkea, mikä saattaa viitata siihen, että heroiinin käyttäjät ovat näissä maissa nuorempia kuin muualla. Tšekin korkea keski-ikä liittyy siihen, että lukuun on sisällytetty useita psykoaktiivisten lääkkeiden aiheuttamia kuolemia (kaavio 12).

Yliannostuksen uhrien ikä on useissa jäsenvaltioissa nousemassa, mikä viittaa siihen, että yhä harvempi nuori aloittaa heroiinin käytön. Tämä suuntaus vallitsee kaikissa EU-15:n jäsenvaltioissa, ja se on ollut havaittavissa

**Kaavio 12:** Äkillisten huumekuolemien osuus alle 25-vuotiaiden keskuudessa vuonna 2002



*Huom.* ONS = kansallinen tilastokeskus – DSD = huumestrategian määritelmä

Vuosi 2002 on valittu viitevuodeksi, koska siltä on saatavissa tietoja useimmista maista.

*Lähteet:* Reitoxin kansalliset raportit (2005), tiedot on saatu kansallisista kuolleisuusrekistereistä tai erikoisrekistereistä (oikeuslääketieteellisistä tai poliisin rekistereistä), ja ne perustuvat kansallisiin määritelmiin, sellaisina kuin ne esitetään huumekuolemia koskeissa metodologisissa huomautuksissa vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(202)</sup> Suurin osa EMCDDA:lle ilmoitetuista tapauksista on opioidien yliannostuksia, joten opioideihin liittyvien tapausten kuvailussa käytetään äkillisten huumekuolemien yleisiä ominaispiirteitä.

<sup>(203)</sup> Katso taulukko DRD-1 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

1990-luvun alusta lähtien, joskin Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa heikompana kuin muualla. Uusissa jäsenvaltioissa suuntaus ei ole yhtä selkeä, ja monissa tapauksissa on jopa havaittu keski-ään laskua. <sup>(204)</sup>

### Metadonikuolemat

Useat maat ilmoittivat vuoden 2005 Reitoxin kansallisissa raporteissa, että huomattavassa osassa huumekuolemista havaittiin metadonia. Termistö ei ole yhdenmukaista maiden välillä, ja joissakin tapauksissa on vaikea arvioida, mikä osa metadonilla on ollut kuolemassa.

Tanska ilmoitti, että metadoni oli myrkytyksen syynä (yksin tai osaksi) 44 prosentissa kuolemista (95 tapauksessa 214:stä vuonna 2004). Osuus on suunnilleen sama kuin vuonna 2003 mutta huomattavasti suurempi kuin vuonna 1997. Saksa ilmoitti, että 345 tapaukseen liittyi ”korvaushoitolääkkeitä” (yksin 46 tapauksessa ja muiden huumeaineiden kanssa 299 tapauksessa vuonna 2004), mikä on selkeästi vähemmän kuin vuonna 2002. Yhdistynyt kuningaskunta taas ilmoitti 216 tapausta, joissa ”mainittiin” metadoni (Englannissa ja Walesissa vuonna 2003), mikä myös on selkeästi vähemmän kuin vuonna 2002. Espanja ilmoitti, että vain harvaan yliannostukseen liittyi yksinomaan metadonia (2 %:iin tapauksista) mutta että sitä esiintyi usein opioidikuolemista (42 %:ssa tapauksista) ja kokaiinikuolemista. Muut maat eivät ole ilmoittaneet opioidikuolemia, tai niiden ilmoittamat luvut ovat olleet hyvin alhaisia. Erojen taustalla olevat tekijät ovat epäselviä, eikä ole varmuutta siitäkään, kattavatko joidenkin maiden ilmoitukset kaikki tapaukset. <sup>(205)</sup>

Vaikka korvaushoidon onkin tutkimuksissa osoitettu vähentävän yliannostuskuoleman riskiä, metadoniin liittyvien kuolemantapausten määrää ja niitä ympäröiviä olosuhteita (aineen lähde, sen käyttö muiden aineiden kanssa, hoitoprosessin vaihe, jossa myrkytys tapahtui) on tärkeää seurata osana korvaushoito-ohjelmien laadunvalvontaa.

### Buprenorfiini- ja fentanyylikuolemat

Buprenorfiinimyrkytyksestä johtuvia kuolemia vaikuttaisi 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 vuoden 2005 kansallisessa raportissaan tähän aineeseen liittyviä kuolemia. Suomessa buprenorfiinia esiintyi 73 huumekuolemassa vuonna 2004 samoin kuin vuonna 2003, ja sitä oli yleensä käytetty yhdessä bentsodiatsepiinien, rauhoittavien lääkkeiden tai

alkoholin kanssa. Korkeat luvut vastaavat buprenorfiinihoidon lisääntymistä Suomessa, joskin hoidettavien määrä on paljon alhaisempi kuin Ranskassa, jossa buprenorfiinia saa arviolta 70 000–85 000 henkilöä. Onkin mielenkiintoista, että Ranska ilmoitti vuonna 2004 vain neljä buprenorfiinin yliannostusta (kun vuonna 2003 niitä oli kahdeksan). Vaikka Ranska ei olisikaan ilmoittanut kaikkia myrkytyksiä, ero on valtava. Ranskan ja Suomen lisäksi kolme maata ilmoitti buprenorfiiniin liittyviä kuolemantapauksia (kukin kaksi tai kolme), mutta niillä ei ollut näyttöä siitä, että kyseinen aine olisi ollut kuoleman pääasiallinen aiheuttaja.

Itämeren ympärillä olevat maat ovat aiempina vuosina ilmoittaneet fentanyyliin liittyviä kuolemia, mutta vuoden 2005 kansallisissa raporteissa sellaisia ei ilmoitettu.

### Äkillisten huumekuolemien suuntauksia

Huumekuolemien kansalliset suuntauksukset tarjoavat tietoa huumeiden ongelmakäytön kehittymisestä kussakin maassa, ne kertovat muun muassa heroini-epidemiosta ja riskikäyttäytymisestä (esimerkiksi injektioikäytöstä) sekä hoidon tarjonnasta ja jopa eroista heroinin saatavuudessa. Ne voivat tieteenkin myös heijastaa ensiapupalveluihin liittyvän politiikan onnistumista yliannostuskuolemien ehkäisyssä. <sup>(206)</sup>

EU:sta saatavilla olevista tiedoista ilmenee joitakin yleisiä suuntauksia huumekuolemista. Huumekuolemat lisääntyivät EU-15:n jäsenvaltioissa voimakkaasti 1980-luvulla ja 1990-luvun alussa, mikä saattoi heijastaa heroinin käytön ja injektioikäytön lisääntymistä. Vuosina 1990–2000 huumekuolemien kasvusuuntaus jatkui mutta heikkeni (kaavio 13). Tietoja toimittaneissa maissa (eli useimmissa vanhoissa ja uusissa jäsenvaltioissa) huumekuolemien vuotuinen kokonaismäärä kasvoi vuosina 1995–2000 14 prosenttia 8 054:stä 9 392:een.

Vuoden 2000 jälkeen useat EU-maat ovat ilmoittaneet huumekuolemien vähentyneen, mikä saattaa johtua hoidon tarjonnan ja haittojen vähentämiseen liittyvien aloitteiden lisääntymisestä, mutta myös huumeidenkäytön levinneisyysasteen laskulla saattaa olla merkitystä. Huumekuolemien määrä väheni Euroopassa kuusi prosenttia vuonna 2001, 13 prosenttia vuonna 2002 ja seitsemän prosenttia vuonna 2003. Näistä parannuksista huolimatta vuonna 2003 ilmoitettiin vielä lähes 7 000 huumekuolemaa (Belgian, Espanjan ja Irlannin tiedot puuttuvat). Tietoja vuonna 2004 toimittaneissa maissa (19 maassa) huumekuolemien kokonaismäärä kuitenkin kasvoi kolme

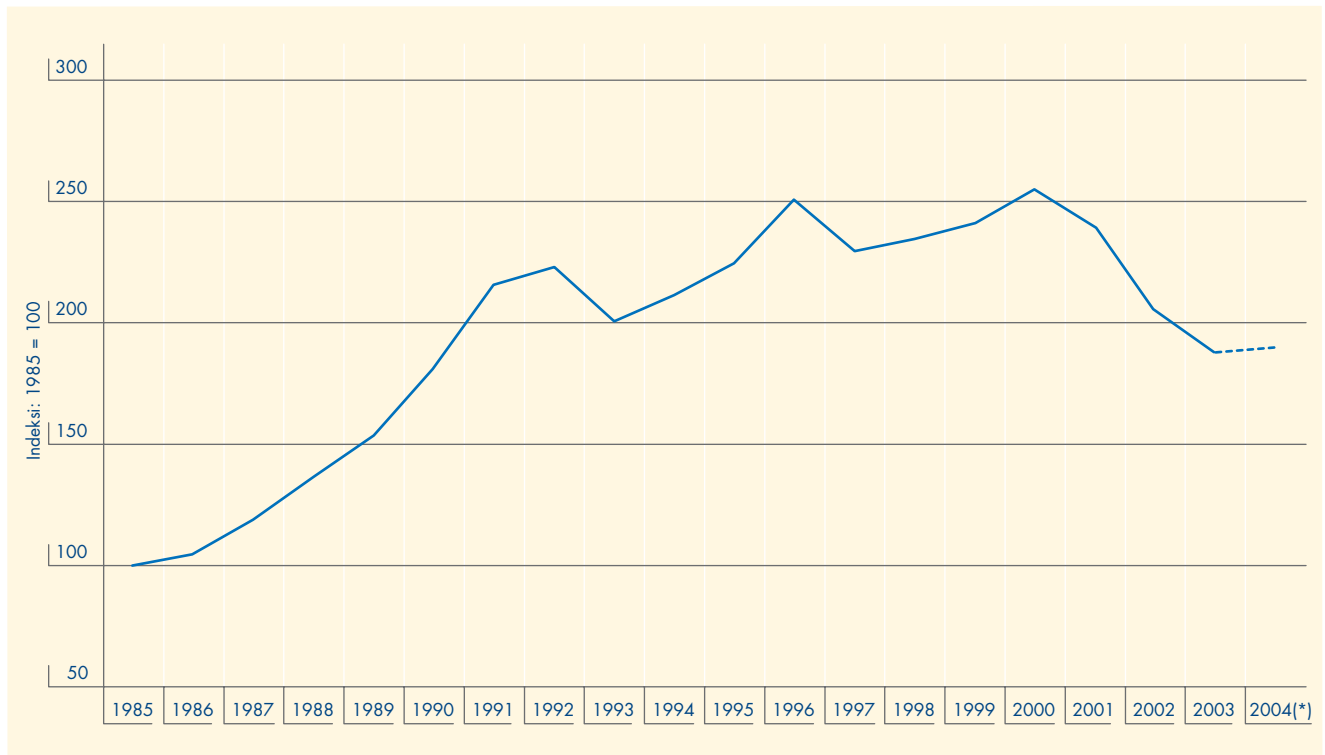
<sup>(204)</sup> Katso kaaviot DRD-3 ja DRD-4 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.

<sup>(205)</sup> Meneillään olevassa EMCDDA:n kentäkokeilussa pyritään parantamaan huumekuolemiin liittyvistä aineista, myös korvaushoitolääkkeistä, toimitettavien tietojen laatua.

<sup>(206)</sup> Katso kaavio DRD-7 vuoden 2006 tilastotiedotteesta.



**Kaavio 13:** Pitkän aikavälin suuntaus äkillisissä huumekuolemissa vuosina 1985–2004



(\*) Kymmenen maata toimitti tiedot vuodelta 2004, ja kuusi maata ei toimittanut niitä. Näin ollen vuoden 2004 luku on väliaikainen, ja se perustuu vuosien 2003 ja 2004 väliseen vertailuun vain niiden maiden osalta, jotka ovat toimittaneet tietoja kummaltakin vuodelta.

Huom. Uusia jäsenvaltioita ja ehdokasvaltioita ei ole sisällytetty tähän kaavioon, koska useimpien osalta ei ole saatavilla takautuvia tietoja.

Kuolemantapausten määrä kussakin maassa ja metodologiset huomautukset, katso taulukko DRD-2 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2005), tiedot on saatu kansallisista kuolleisuusrekistereistä tai erikoisrekistereistä (oikeuslääketieteellisistä tai poliisin rekistereistä).

prosenttia. Vaikka päätelmiä vuodesta 2004 onkin tehtävä varoen, 13 maata 19:stä ilmoitti jonkinasteisesta kasvusta.

Vanhoiden ja uusien jäsenvaltioiden välillä on suuria eroja alle 25-vuotiaiden huumekuolemien suuntauksissa. EU-15:n jäsenvaltioissa suuntaus on ollut tasaisesti laskeva vuodesta 1996 lähtien, mikä viittaa nuorten opioidienkäyttäjien määrän vähenemiseen, kun taas uusissa jäsenvaltioissa kasvu oli voimakasta vuosiin 2000–2002 asti, ja suuntaus kääntyi laskuun vasta vuonna 2003. <sup>(207)</sup>

Myös sukupuolten välillä on eroja. Miesten kuolemat lisääntyivät jatkuvasti vuosina 1990–2000, minkä jälkeen ne vähenivät selkeästi (30 %:n lasku vuonna 2003), kun taas naisten kuolemat pysyivät vuosina 1990–2000 karkeasti ottaen samalla tasolla eli 1 700–2 000 tapauksessa vuodessa, ja ne ovat vähentyneet sen jälkeen vain 15 prosenttia. Tämä saattaa johtua monesta tekijästä, kuten interventioiden erilaisesta tehokkuudesta tai riskitekijöiden eroista sukupuolten välillä. <sup>(208)</sup>

Maissa, joista on saatavilla pidempi aikasarja, voidaan havaita erilaisia suuntauksia. Joissakin maissa

huumekuolemien määrä saavutti huippunsa 1990-luvun alussa, ja se on tämän jälkeen laskenut. Näin on tapahtunut esimerkiksi Saksassa, jossa huumekuolemien määrä oli huipussaan vuosina 1991 ja 1992, Espanjassa (1991), Ranskassa (1994) ja Italiassa (1991). Toisissa maissa, kuten Kreikassa, Irlannissa, Portugalissa, Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa, huumekuolemien määrä oli huipussaan myöhemmin vuosina 1998–2001, ja se on tämän jälkeen laskenut. Muissa maissa suuntaus on ollut epäselvempi tai määrät ovat pysyneet vakaina. Vaikka tulkintoja on tehtävä varoen, koska huumekuolemien määrä on joissakin maissa melko alhainen, nämä suuntauksukset saattavat liittyä heroiniin injektioikäytön suuntauksiin. <sup>(209)</sup>

### Ekstaasi- ja amfetamiinikuolemat

Ekstaasikuolemia alettiin ilmoittaa Euroopassa 1990-luvulla, kun huumeen suosio alkoi kasvaa. Ekstaasikuolemat ovat erittäin huolestuttavia, koska ne tapahtuvat usein odottamatta yhteiskuntaan sopeutuneille nuorille ihmisille.

Ekstaasikuolemista on saatavilla vain vähän tietoa, mutta vuoden 2005 Reitoxin kansalliset raportit viittaavat

<sup>(207)</sup> Katso kaavio DRD-5 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(208)</sup> Katso kaavio DRD-6 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.

<sup>(209)</sup> Katso kaavio DRD-7 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.



siihen, että ekstaasikuolemat ovat edelleen melko harvinaisia opioidikuolemiin verrattuna, mutta niiden määrä on joissakin maissa huomionarvoinen. Euroopassa ilmoitettiin yhteensä 77 tällaista kuolemaa, ja luku on pidettävä vähimmäisarviona. <sup>(210)</sup> Tapauksia ilmoittivat Tanska (2), Saksa (20), Ranska (4), Unkari (3) ja Yhdistynyt kuningaskunta (48 tapausta, joissa mainittiin ekstaasi – 33 tapausta Englannissa ja Walesissa), joissa raportointi on todennäköisesti tehokkaampaa kuin muissa maissa. Espanjassa ekstaasia havaittiin 2,5 prosentissa huumemyrkytyksistä.

Ekstaasin käytön vaaroista on keskusteltu paljon. Kun pidetään mielessä virhemarginaali tutkimuspohjaisissa levinneisyysarvioissa ja huumekuolemien raportointivaikeudet ja kun vuotuiset kuolemantapaukset jaetaan käyttäjien määrällä <sup>(211)</sup> (vaarassa olevat henkilöt), saadaan tulokseksi 5–8 ja 2–5 tapausta 100 000:ta käyttäjää kohti niissä kahdessa maassa, joissa tällainen laskelma on tehty.

Myös amfetamiinikuolemia ilmoitetaan harvoin, joskin vuonna 2004 Tšekissä kirjattiin 16 tapauksessa kuoleman aiheuttajaksi pervitiini (metamfetamiini). Luku on lähes kaksi kertaa suurempi kuin vuonna 2003, ja kasvu vastaa pervitiinin ongelmakäyttäjien määrän ja siihen liittyvän hoidontarpeen arvioitua kasvua. GHB:tä käsitellään luvussa 4.

### Kokaiinikuolemat

Huoli kokaiinin käytön terveysriskeistä on kasvanut, kun joissakin maissa on havaittu viihdekäytön lisääntyneen nuorten, huumehoitoasiakkaiden ja syrjäytyneen väestön keskuudessa.

Kokaiinin käyttö on yleistä opioidien käyttäjien keskuudessa, ja opioidien yliannostustapausten toksikologisissa analyyseissä löydetään usein kokaiinia muiden aineiden, kuten alkoholin ja bentsodiatsepiinien, lisäksi. Kokaiinia käytetään usein alkoholin kanssa, mikä saattaa lisätä sen toksisuutta.

Euroopasta on saatavilla vain vähän tilastotietoa, ja kokaiinikuolemien määrittelyssä käytettävät perusteet vaihtelevat, joten luvut eivät ole vertailukelpoisia. Lisäksi joitain kokaiinikuolemia saattaa jäädä tunnistamatta tai kirjaamatta, joten ilmoitukset eivät välttämättä kata kaikkia tapauksia. Saatavilla olevista tiedoista ilmenee, että kokaiiniin liittyviin kuolemantapauksiin liittyy usein myös opioideja.

Tietoja toimittaneissa maissa kirjattiin vuoden 2005 kansallisiin raportteihin yhteensä yli 400 kokaiinikuolemaa, ja luku on vähimmäisarvio. Useimmissa näistä tapauksista

kokaiini näyttää aiheuttaneen kuoleman, vaikka tämä ei tulekaan selkeästi ilmi raporteissa. Yhdeksän maata ei maininnut erikseen kokaiinikuolemia. Kokaiini aiheutti 0–20 prosenttia kaikista raportoiduista äkillisistä huumekuolemista ja 10–20 prosenttia huumekuolemista Saksassa, Espanjassa, Ranskassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Kokaiinin (yksin tai osaksi) aiheuttamia kuolemia ilmoittivat Saksa (166), Espanja (53), Ranska (14), Alankomaat (20) ja Yhdistynyt kuningaskunta (142 tapausta, joissa mainittiin kokaiini – 113 tapausta Englannissa ja Walesissa). Yhdeksän muuta maata ilmoitti 0–2 tapausta. Lisäksi joissakin maissa kokaiinia havaitaan usein opioidien yliannostustapausten toksikologisissa analyyseissä. Saatavilla olevista vähäisistä tiedoista on vaikea tunnistaa suuntauksia, mutta suuntaus vaikuttaa olevan kasvava kaikissa maissa, joissa tapauksia on paljon, eli Saksassa, Espanjassa, Ranskassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joskin Alankomaissa kasvu on pysähtynyt kahden viime vuoden aikana.

Kokaiini voi lisäksi olla osatekijänä sydän- ja verisuoniongelmiin (rytmihäiriöiden, sydäninfarktien, aivoverenvuotojen) aiheuttamisessa kuolemissa varsinkin käyttäjillä, joilla on niihin altistavia sairauksia tai riskitekijöitä (tupakointi, korkea verenpaine, suonikasvaimet) tai korkea ikä. Monet näistä tapauksista saattavat jäädä huomaamatta tiedon puuttumisen takia. Tutkimusta on vielä jatkettava tällä alalla.

## Huumekuolemien vähentäminen

### Tehokkaat vastatoimet

Hoitamattomien huumeidenkäyttäjien tavoittaminen ja yhteydenpitokanavien muodostaminen ovat edellytyksiä riskeistä valistamiselle ja niiden hallinnalle sekä ohjaamiselle palveluihin, kuten hoitoon.

Yliannostusten olosuhteiden tutkimus on tukenut sellaisten interventioiden kehittämistä, joiden kohteena ovat riskialttiit tilanteet tai henkilöt. Tällaisilla toimenpiteillä voidaan merkittävästi vähentää huumeidenkäytön välittömistä vaikutuksista johtuvia kuolemia. EMCDDA:n tuoreessa selonteossa esitetään tiivistetysti erilaisten interventioiden rooli huumeisiin liittyvien äkillisten yliannostuskuolemien vähentämisessä (EMCDDA, 2004d).

Heroiini liittyy Euroopassa useimpiin yliannostuskuolemiin, joten hoidossa olevien heroiinikäyttäjien osuuden lisäämistä voidaan pitää yliannostusten ehkäisytoimenpiteenä. Joissakin jäsenvaltioissa havaittuun yliannostuskuolemien suuntauksen vähäiseen laskuun voi olla useita syitä. Näitä ovat levinneisyysasteen lasku, injektioikäntön väheneminen,

<sup>(210)</sup> Luvut viittaavat maasta riippuen vuoteen 2003 tai 2004 ekstaasin ja kokaiinin osalta.

<sup>(211)</sup> Väestötutkimuksissa: käyttö viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana.

ehkäisytöiden tehostaminen, hoidon saatavuuden, tarjonnan ja jatkuvuuden paraneminen sekä mahdollisesti riskikäyttäytymisen väheneminen.

### Vastatoimien profiili

Useimmissa maissa asiantuntijat pitävät yliannostuskuolemien vähentämiseen tarkoitettuista erilaisista interventiostrategioista hyödyllisimpänä opioidikorvaushoitoa. <sup>(212)</sup> Unkarissa ja Ruotsissa tällaista hoitoa ei pidetä huumekuolemien vähentämisen keinona, vaikka sitä onkin saatavilla. Virossa ja Puolassa taas korvaushoidon vähäinen tarjonta tarkoittaa, ettei metadonikorvaushoitoa pidetä nykyään merkittävänä ratkaisuna yliannostuskuolemien vähentämisessä.

Tiedotus-, koulutus- ja viestintäpohjaiset ratkaisut ovat tärkeässä asemassa useimmissa Euroopan maissa. Riskejä koskevan valistuksen ja yliannostusten hallintaa koskevien ohjeiden levittäminen erityisten painotuotteiden tai muiden välineiden (lehtisten, verkkosivustojen, joukkotiedotusvälineiden kampanjoiden) kautta on yleistä tai pääasiallista toimintaa 19 maassa. Tällaiset toimenpiteet ovat kuitenkin harvinaisia seitsemässä maassa (Virossa, Ranskassa, Irlannissa, Latviassa, Unkarissa, Maltassa ja Suomessa), ja yhdessä maassa (Ruotsissa) niitä ei käytetä lainkaan.

Kansallisten seurantakeskusten mukaan yksilöllisen riskinarvioinnin järjestelmällinen sisällyttäminen neuvonta- ja hoitokäytäntöihin sekä riskejä ja niiden torjuntaa käsittelevien ryhmätilaisuuksien järjestäminen huumeidenkäyttäjille ovat harvinaisempia.

Laaja valikoima toimia voidaan määritellä ”vankilasta vapauttamista edeltäviksi interventioiksi”. Ne vaihtelevat yksinkertaisesta tiedon levittämisestä ja yliannostusriskiä ja yliannostuksen ehkäisyä koskevasta neuvonnasta aina korvaushoidon aloittamiseen tai jatkamiseen vankilassa. Tähän ratkaisujen sarjaan kuuluvat toimet olivat kuitenkin harvinaisia 13 maassa, eikä niitä käytetty lainkaan viidessä maassa (Latviassa, Unkarissa, Puolassa, Ruotsissa ja Romaniassa). Vankiloissa toteutettavat interventiot kuuluvat Espanjassa, Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa tärkeimpiin välineisiin, joilla pyritään vähentämään äkillisiä huumekuolemia.

Julkisen injektioikäytön ympäristölle aiheuttamat riskit ovat johtaneet ammattilaisten valvomien piikitystilojen avaamiseen neljässä EU-maassa ja Norjassa. <sup>(213)</sup> Niiden kohderyhmänä ovat erittäin syrjäytyneet ja riskialttiit injektioikäyttäjät, jotka piikittävät julkisissa tiloissa (EMCDDA, 2004c).

<sup>(212)</sup> Tulokset perustuvat 27 kansallisen seurantakeskuksen kautta vuonna 2004 tehtyyn kyselytutkimukseen. Asiakirjan voi ladata osoitteesta <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>.

<sup>(213)</sup> EU-maat ovat Saksa, Espanja, Luxemburg ja Alankomaat.



## Luku 8

# Huumeiden ongelma- ja sekakäytön seurannan parantaminen

Huumeriippuvuus, huumeiden väärinkäyttö, haitallinen käyttö, ongelmakäyttö: EMCDDA:n huumeiden ongelmakäytön indikaattoriin liittyy useita käsitteitä, joista jokainen eroaa hieman muista lääketieteellisestä tai sosiaalisesta näkökulmasta. EMCDDA:n huumeiden ongelmakäytön indikaattorilla seurataan ”injektiökäyttöä tai heroisiin, kokaiiniin ja/tai amfetamiinien pitkäaikaista/säännöllistä käyttöä”. Määritelmä kattaa myös muiden opioidien, kuten metadonin, käytön.

Tämä huumeiden ongelmakäytön määritelmä on puhtaasti käyttäytymistä kuvaava, se perustuu huumeidenkäyttötapoihin, eikä sillä varsinaisesti mitata minkäänlaisia ongelmia. Se on kuitenkin yhteydessä riippuvuuden erilaisiin käsitteisiin siten, että henkilön, joka käyttäytyy mainitulla tavalla, tiedetään kuuluvan todennäköisesti ongelmakäyttäjän laajemman käsitteen piiriin. Tässä yhteydessä on tärkeää tuoda esiin, että huumeiden ongelmakäytön indikaattorilla arvioidaan vain niiden henkilöiden merkittävää alaryhmää, joilla voidaan katsoa olevan jonkinlainen huumeongelma. Tällä lähestymistavalla on kuitenkin arvoa; käyttäytymistä kuvaavana käsitteenä sillä on seuraavat edut:

- Se mahdollistaa seurannan sitoutumatta riippuvuuden, haitan ja ongelman määritelmiin.
- Sitä on melko helppo soveltaa tutkimustoiminnassa.
- Se kokoaa erilaiset huumeet ja käyttötavat yhteen ryhmään vaihtoehtoina erottelematta niitä.

EMCDDA:n seurantaindikaattori oli jälkeenpäin katsottuna aikansa lapsi – 1980-luvulla ja pitkälti myös 1990-luvulla heroisiin käyttöä ja injektiökäyttöä pidettiin arviointia vaatineen huumeongelman keskeisinä osina. Lisäksi näitä huumeidenkäytön muotoja ei voitu mitata luotettavasti kyselytekniikoilla. Amfetamiinien lisääminen määritelmään teki siitä tarkoituksenmukaisen tietyissä Pohjoismaissa, joissa amfetamiinien injektiökäyttö oli huomattavan yleistä, ja vaikka määritelmään sisällytettiin kokaiini, se on harvoin ollut merkittävässä asemassa missään arvioissa. Vaikka huumeiden ongelmakäytön indikaattori tarjoaakin edelleen hyödyllistä tietoa yhdestä huumeongelman tärkeästä näkökohdasta, on yhä

selvempää, että sitä on kehitettävä vastaamaan Euroopan entistä hajanaisemman huumeetilanteen seurannan tarpeita. Kroonisten huumeongelmien tilanne Euroopassa on yhä monimuotoisempi. Jotta seurannan merkitys säilyisi laittomien huumeiden muuttuvassa maailmassa, sitä on kehitettävä kattamaan laajempi valikoima huumeita ja niiden käyttö yksityiskohtaisemmin kuin tähän asti.

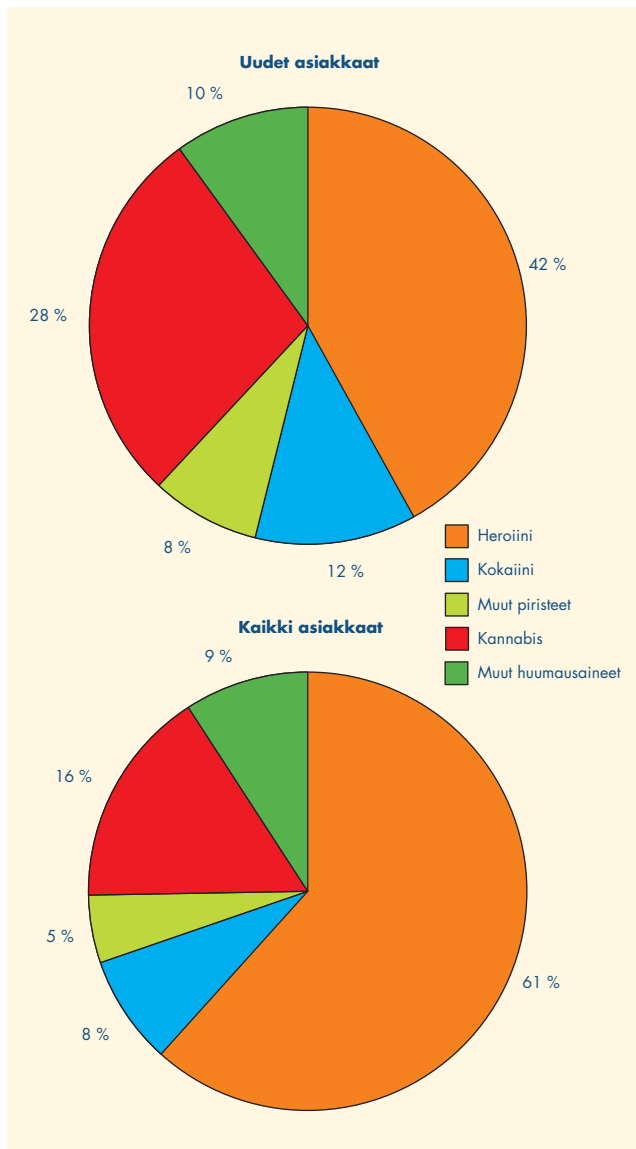
EU:n laajentuminen on tuonut mukaan uusia sosiaalisen käyttäytymisen muotoja, eikä laittomien huumeiden käyttö ole tässä poikkeuksena. Huumeekulttuurin kehitys, synteettisten huumeiden ja laittomasti käytettyjen lääkkeiden yleistymisen, kokaiinin merkityksen kasvu ja kannabiksen käytön yleisesti korkea levinneisyysaste on otettava huomioon, kun yritetään ymmärtää niiden henkilöiden tarpeita, joilla on huumeidenkäyttöön liittyviä ongelmia. Tässä raportissa on jo aiemmin tuotu esiin, että vaikka heroisiin käyttäjät ovat edelleen huumehoitopalvelujen pääasiassa asiakkaita, tilanne on muuttumassa hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvien osalta, joiden keskuudessa kannabis- ja piristeongelmat ovat lisääntyneet (kaavio 14).

Tämän muutoksen tarkastelussa on otettava huomioon, että hoidon tarjonta opioidiongelmissa kärsiville on lisääntynyt suuresti ja että hoitopalvelujen raportoinnin kattavuus on parantunut. Erityisesti opioidikorvaushoidossa, joka sitoo asiakkaat pitkäaikaiseen jatkuvaan hoitoon (tämä ei näy asiaa koskevissa kaavioissa, joissa esitetään vain hoitoon tänä vuonna hakeutuneet asiakkaat), opioidien asema korostuu hoidossa nykyisin olevien asiakkaiden keskuudessa verrattuna niihin henkilöihin, jotka tulevat hoitoon ensimmäistä kertaa. Monessa maassa vaikuttaisi kuitenkin siltä, että henkilöt, joille on kehittymässä huumeongelma, muodostavat todennäköisesti ainakin käyttämänsä aineen puolesta Euroopassa epäyhtenäisemmän joukon kuin aiemmin.

## Huumeiden ongelmakäytön indikaattori ja huumeidenkäyttäjien näkymättömien ryhmien laskenta

Huumeiden ongelmakäyttöön nykyisin sovellettava lähestymistapa on osoittautunut arvokkaaksi keinoksi saada tarkempia arvioita siitä huumeidenkäyttäjien

**Kaavio 14:** Hoitoon hakeutuvien ”uusien” ja ”kaikkien” asiakkaiden jakautuminen heidän pääasiallisen huumeensa mukaan



*Huom.* Kaavio perustuu tietoihin Tšekistä, Tanskasta, Saksasta, Kreikasta, Italiasta, Kyproksesta, Unkarista, Maltasta, Alankomaista, Sloveniasta, Slovakiasta, Suomesta, Ruotsista, Yhdistyneestä kuningaskunnasta, Bulgariasta, Romaniasta ja Turkista.

*Lähteet:* Reitoxin kansalliset seurantakeskukset.

tärkeästä ryhmästä, jota Euroopan huumehoitopalvelujen pääasialliset käyttäjät edustavat. Lähestymistapa on edistänyt monenlaisten toimintatapojen ja tilastomenetelmien kehittämistä tämän pitkälti näkymättömän väestöryhmän määrän arviointiin. Kaikissa lähestymistavoissa mittaus perustuu siihen lähtöajatukseseen, että tietty osuus huumeiden ongelmakäyttäjistä on ”hallinnollisesti näkyvä”, sillä se on yhteydessä erilaisiin hoito-, oikeus-, hätä- ja sosiaalipalveluihin, ja jos tämän näkyvän vähemmistön osuus tiedetään, siitä voidaan päätellä koko ryhmän määrä. Tällaisilla epäsuorilla tilastomenetelmillä täydennetään väestötutkimustyötä, joka soveltuu useista metodologisista ja

käytännön syistä huonosti huumeidenkäytön levinneisyyden arviointiin harvalukuisen, leimautuneen ja pitkälti näkymättömän väestöryhmän keskuudessa.

Huumeiden ongelmakäytön indikaattoria käytetään EU:ssa nykyään siten, että maat ovat mukauttaneet määritelmän kattamaan paikallisen tilanteen käytännön olot, joten se on epäyhtenäinen. Yhdeksän maata noudattaa pääasiallisesti EMCDDA:n määritelmää sellaisenaan, 11 maata arvioi ainoastaan opioidien (heroiinin) käyttäjiä, ja neljä maata laskee mukaan kannabiksen ongelmakäyttäjät, vaikka heidän osuutensa arvioissa on yleensä hyvin pieni (kannabiksen käyttäjien sisällytysperusteet ovat hyvin tiukat, ja ne kattavat vain riippuvuuden tai erittäin runsaan käytön).

Kokaiinin, crack-kokaiinin ja yleisesti piristeiden käytön yleistyminen sekä huumeongelmien päällekkäisyys alkoholiin ja reseptilääkkeisiin liittyvien ongelmien kanssa aiheuttavat sen, että arvioiden kattaman huumeidenkäytön kirjo on entistä laajempi ja että seuraukset ja ongelmat voivat olla entistä monimuotoisempia, vaikka indikaattoria käytetään yhtenäisesti. Huumeiden ongelmakäytön yleisen laajuuden seurannan lisäksi onkin syytä seurata erikseen huumeiden ongelmakäytön indikaattorin kattamia käyttäytymistapoja eli injektioikäyttöä ja jokaista määritelmään sisältyvää huumelajia. Erityisen tärkeäksi tämän tekee joistakin maista saatu näyttö kokaiinin käytön ja amfetamiinin käyttötapojen lisääntymisestä samoin kuin tarve mahdollistaa opioidien käytön suuntausten entistä yksityiskohtaisempi seuranta. Jos kaikki nämä käyttäytymistavat ilmoitetaan kokonaislukuina, tärkeät muutokset saattavat jäädä piiloon ja menetetään mahdollisuus ymmärtää paremmin suuntauksia.

Tässä raportissa on esitetty ensimmäisen kerran erilliset arviot heroiinin käytöstä ja injektioikäytöstä Euroopassa. Lisäksi on havaittu opioidiongelmiensa hoidon saatavuuden lisääntyneen, ja Euroopassa arvioidaan olevan yli puoli miljoonaa henkilöä opioidikorvaushoidossa. Tämä viittaa siihen, että hoitopalveluihin yhteydessä olevien tai olleiden heroiininkäyttäjien ja injektioikäyttäjien osuus saattaa olla melko korkea useissa maissa. EMCDDA tutkii parhaillaan kansallisten teknisten ryhmien kanssa, toisiko hoidon kysyntää, hoidon saatavuutta sekä heroiinin käytön ja injektioikäytön arvioita koskevien tietojen kokoaminen yhteen jotakin lisäarvoa.

### Huumeiden ongelmakäytön indikaattorin kehittäminen

Euroopan huumeongelmaa voidaan ymmärtää paremmin tutkimalla, missä määrin seurannalla voidaan kattaa runsas huumeidenkäyttö huumeiden ongelmakäytön seurannan lisäksi. Runsaan huumeidenkäytön – miten ikinä se määritelläänkin – yhteyttä riippuvuuteen sekä ongelmien vakavuusasteeseen ja muotoihin on käsiteltävä tarkemmin, ja esimerkiksi Kandel ja Davis (1992) arvioivat,

että Yhdysvalloissa noin kolmasosaa kannabiksen käyttäjistä voidaan pitää riippuvaisina. Ennen kuin tässä voidaan edetä, on kannabiksen ja muiden laittomien huumeiden toistuvan tai runsaan käytön käsite vahvistettava virallisesti erityisenä seurantakohteena. Toistuvaa tai runsasta käyttöä voidaan mitata tutkimuksissa siitä epäsuorilla tilastomenetelmillä tehtyjen arvioiden täydentämiseksi. Tutkimustiedot tarjoavat nykyään hyödyllistä tietoa kannabiksen erilaisista käyttötavoista, mutta ne ovat hyvin rajallisia käyttäytymisen ja käyttöiheyden mittareita. Tutkimustiedot ovat todennäköisesti tärkeitä, kun halutaan vankkoja arvioita kannabiksen kaltaisten huumeiden sellaisten käyttäjien määrästä, joita voidaan pitää riippuvaisina käyttäjinä tai haittakäyttäjinä ainakin heidän omien ilmoitustensa perusteella.

Siirtyminen monien huumeiden osalta toistuvan runsaan käytön viralliseen määritelmään tukisi myös sellaisten tutkimusvälineiden kehittämistä, joilla arvioidaan kannabiksen kulutuksen eri asteisiin ja muotoihin liittyvien ongelmien sekä riippuvuuden astetta. Useat Euroopan maat ovat kehittämässä metodologisia välineitä runsaan käytön sekä riippuvuuden ja ongelmien asteen mittaamiseen, ja EMCDDA edistää yhteistyötä tällä alalla.

Vaikeutena runsaan käytön määrittelemisessä sellaisten henkilöiden indikaattoriksi, joilla on suurin riski kehittää riippuvuus tai kohdata ongelmia, on se, että runsaan käytön käsite on jossain määrin huumeikohtainen. Vaikka opioidien ongelmakäytölle on ominaista huumeen päivittäinen käyttö, sama ei usein koske piristeitä. Niitä käytetään yleensä paljon lyhyen ajan sisällä ja sen jälkeen vähemmän, ja niiden käyttäjät lievittävät usein vieroitusoireita muilla huumeilla tai alkoholilla. Sekä farmakologiset tekijät että ympäristötekijät saattavat vaikuttaa merkittävästi runsaan huumeidenkäytön muotoihin, mutta runsaan käytön käyttäytymisen mittareissa on selkeästi otettava huomioon erilaisiin huumeisiin liittyvät erilaiset käyttötavat.

### **Sekakäyttöongelmien raportoinnin haaste**

Käytännön ja metodologisista syistä huumeidenkäyttöä koskevassa raportoinnissa ilmoitetaan useimmiten kukin aine erikseen. Tällä tavalla saadaan tarvittava käsitteellinen selkeys käyttäytymismittareihin perustuvan raportoinnin helpottamiseksi, mutta siinä sivuutetaan se seikka, että yksittäiset huumeidenkäyttäjät ovat usein käyttäneet tai käyttävät monenlaisia sekä laittomia että laillisia aineita ja että näillä käyttäjillä voi olla ongelmia useamman kuin yhden päihteen kanssa. He saattavat korvata yhden huumeen toisella, vaihtaa pääasiallista huumetta ajan mittaan tai käyttää useita huumeita samanaikaisesti.

Tällainen monimuotoisuus asettaa seurantajärjestelmälle suuria haasteita, vaikka analysointi rajoitettaisiinkin huumeidenkäytön käyttäytymistapoihin eri ajanjaksoina. Jos ongelmakäytön ja riippuvuuden käsitteet otetaan mukaan, asia käy yhä monimutkaisemmaksi, ja Euroopassa on vain vähän vankkaa tietoa, joka mahdollistaa tarkan analysoinnin. Joissakin maissa on kuitenkin todennäköisesti paljon kroonisia huumeiden ongelmakäyttäjiä, joita on vaikea luokitella pääasiallisen huumeen mukaan tai joilla voi olla sekä laillisten että laittomien päihteen käyttöön liittyviä ongelmia. Tämän ongelman käsittely edellyttää huumeiden sekakäytön muotojen yhä parempaa ymmärtämistä ja sen soveltamista kansallisen ja Euroopan tason raportoinnin parantamiseksi.

### **Huumeen korvaaminen toisella**

Monien huumeiden yleinen käytön käsite kattaa useita termin erityismerkityksiä. Yhdessä ääripäässä on monien aineiden runsas ja kaoottinen käyttö samanaikaisesti tai perättäin, ja usein huume korvataan toisella sen mukaan, mitä on saatavilla. Tämä koskee esimerkiksi ongelmakäyttäjiä, jotka käyttävät erilaisia opioideja sekä lääkkeitä, kokaiinia, amfetamiineja ja alkoholia.

Tätä käyttötappaa vaikuttaisi esiintyvän joidenkin kroonisten käyttäjien keskuudessa ja mahdollisesti myös syrjäytyneiden ryhmien ja psyykkisistä sairauksista kärsivien henkilöiden keskuudessa. Monissa Euroopan kirjausjärjestelmissä nämä tapaukset yhdistetään opioideihin.

Tällaiset henkilöt kuuluvat huumeiden ongelmakäyttäjien määritelmän ja seurannan piiriin. Vielä on kuitenkin ratkaisematta kysymys siitä, voidaanko tällaista huumeiden runsasta ja kaoottista käyttöä pitää omana kokonaiskäsitteenään – täsmentämättömiin päihteisiin liittyvä riippuvuus, joka edellyttää kohdennettuja epidemiologisia toimenpiteitä ja hoitoa, tukea tai haittojen vähentämistä erityisen vaikeassa tilanteessa. Tällöin kaikkeen huumeiden ongelmakäytön osa-alueiden seurantaan olisi sisällytettävä huumeiden sekakäyttö yhtenä erikseen mitattavana osa-alueena.

### **Huumeiden yhdistelmät**

Toinen käyttäjäryhmä haluaa saada aikaan huumeiden yhdistetyn vaikutuksen ottamalla useita aineita järjestelmällisesti samanaikaisesti esimerkiksi yhdistettynä heroïini- ja kokaiiniruiskeena eli "speedballina".

Toiminnallisesta tai farmakologisesta syystä valittua toissijaista huumetta ei käytetä yksinomaan samanaikaisesti, vaan sitä käytetään myös korvaavana tai täydentävänä huumeena. Esimerkiksi bentsodiatsepiinia voidaan käyttää vieroitusoireiden lieventämiseen, kun opioideja ei ole

saatavilla. Toissijaista huumetta voidaan myös käyttää sen kompensoivan vaikutuksen takia: esimerkiksi opioidien nukuttavaa vaikutusta muutetaan käyttämällä kokaiinia ja kokaiinin tai amfetamiinin ahdistavaa vaikutusta lievennetään opioideilla tai muilla rauhoittavilla aineilla.

### Kohonneet riskit huumeiden sekakäytössä

Yhden huumausaineen toista ainetta vahvistava vaikutus on joskus huomattava, ja tässä yhteydessä on tarkasteltava valvottujen psykoaktiivisten aineiden ohella laillisia päihteitä ja lääkkeitä – kuten alkoholia, nikotiinia ja masennuslääkkeitä. Riskin taso riippuu kunkin aineen annoksesta. Useat farmakologiset yhdistelmät ovat huolestuttavia: alkoholin ja kokaiinin yhdistelmä on vaarallinen sydämelle ja verisuonille, alkoholin tai masennuslääkkeiden yhdistäminen opioideihin kasvattaa yliannostuksen riskiä, ja opioidien tai kokaiinin yhdistäminen ekstaasiin tai amfetamiineihin lisää akuuttia toksisuutta.

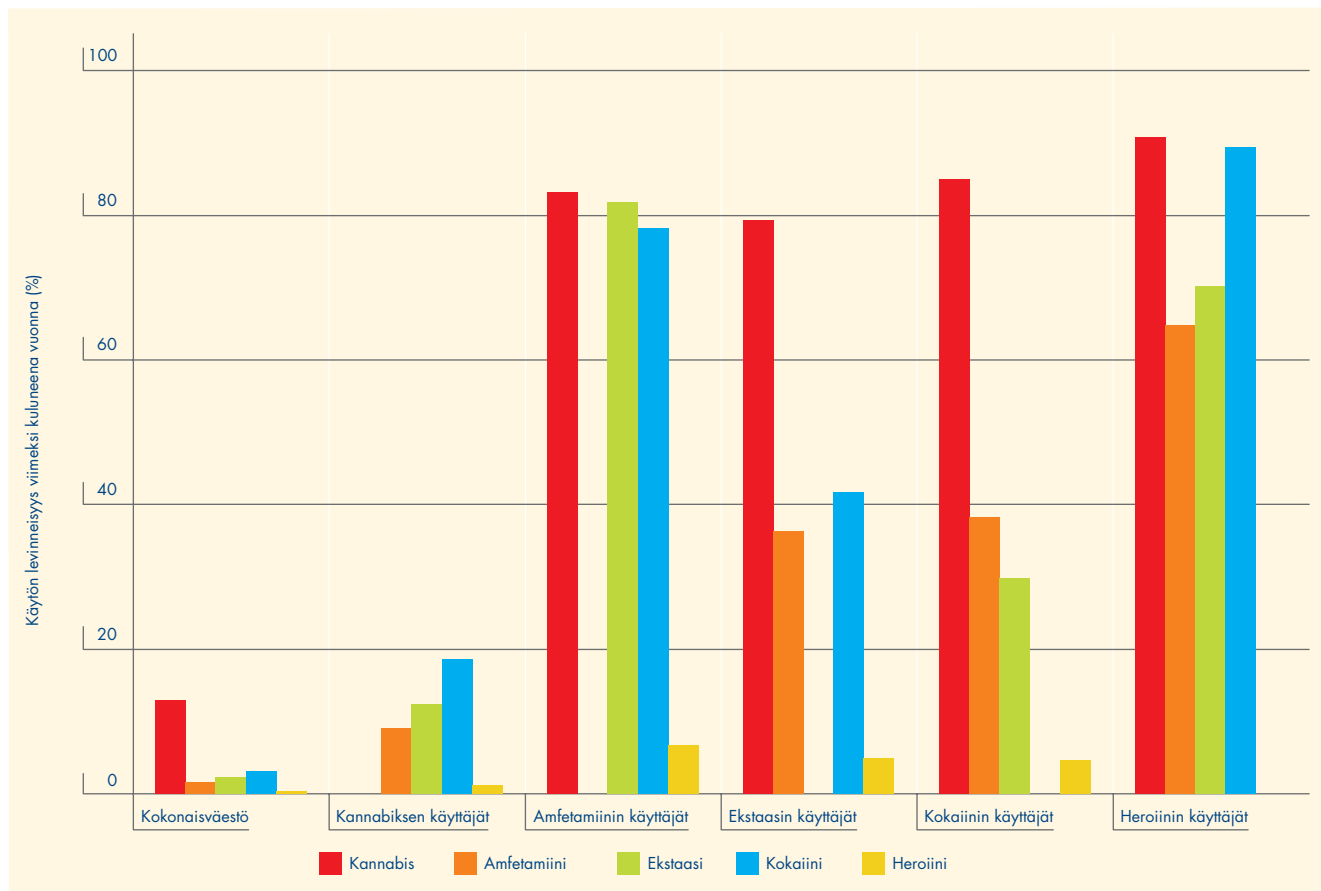
### Huumeiden sekakäytöstä saatavien tietojen vähyys

Saatavilla olevien tietojen puutteellisuus rajoittaa raportointia huumeiden sekakäytön monista näkökohdista.

Tietoja on saatavilla huumeiden yliannostusten toksikologisista raporteista ja hoitopalvelujen käyttäjien omista ilmoituksista. Nämä lähteet valaisevat jonkin verran huumeiden sekakäyttöä, mutta tiedot ovat usein vähäisiä, ja niiden edustavuuteen on kiinnitettävä huomiota.

Tutkimustuloksista ilmenee useamman kuin kahden huumausaineen merkittävä käyttö samalla ajanjaksolla. Niissä kuitenkin esitetään usein heikosti tietyt huumeidenkäytön muodot, ja silloinkin kun tietoja esitetään, vertailukelpoisia raportointistandardeja on vielä kehitettävä. EMCDDA:n tuoreessa teknisessä raportissa (2005b) esitetään esimerkki huumeiden sekakäytöstä väestötutkimuksista saatavien tietojen laajuudessa. Kaaviossa 15 esitetään Espanjan toimittamien tietojen pohjalta, että kokonaisväestöön verrattuna yhden huumausaineen käyttö lisää toisen aineen käytön todennäköisyyttä ja että tämä vaihtelee huumausaineen mukaan. Esimerkiksi heroinin käyttäjien keskuudessa kokaiinin käyttö on melko tavallista, mutta muiden huumeiden käyttö ei ole kokaiinin käyttäjillä yhtä ilmeistä.

**Kaavio 15:** Huumeidenkäyttö viimeksi kuluneen vuoden aikana 15–34-vuotiaiden ikäryhmässä



Huom. Espanjaa koskevat tiedot ovat vuodelta 1999. Katso lisätietoja kaaviosta GPS-34 vuoden 2006 tilastotiedotteessa.  
Lähde: EMCDDA (2005b).



### **Huumeiden sekakäytön toimivan määritelmän kehittäminen: ajoituskysymyskö?**

Huumeiden sekakäytön arviointiin ja raportointiin valittavia ajanjaksoja on syytä harkita. Ainakin kerran käyttäneiden osuus ei yleensä ole kansanterveyden näkökulmasta kovin hyödyllinen tai merkityksellinen tieto hiljattaisen käytön mittareihin verrattuna.

Huumeiden sekakäyttö olisi hyödyllistä määritellä useamman kuin yhden aineen toistuvaksi käyttämiseksi tietyn vähimmäisajan, esimerkiksi yhden kuukauden sisällä. Tässä määritelmässä ei erotella edellä kuvailtuja erilaisia käyttötapoja, mutta se antaa kokonaiskuvan mahdollisesta riskiryhmästä. Huumeiden sekakäyttöä ainakin kerran kokeilleiden osuus olisi kuitenkin hyödyllistä selvittää, kun tarkastellaan erittäin nuoria henkilöitä – koululaisia tai opiskelijoita –, koska heidän kohdallaan sekakäytön kokeileminen saattaa muita selkeämmin heijastaa nykyistä käyttöä. Esimerkiksi ESPAD-kyselystä saadut tiedot viittaavat siihen, että opiskelijoiden keskuudessa poikkeavat/harvinaiset huumeiden käyttömuodot (ekstaasi, amfetamiini, hallusinogeenit, kokaiini, heroini) keskittyvät muutamaan henkilöön.

### **Euroopan huumeongelman seurannan ja huumeiden sekakäytön havaitsemisen parantaminen**

Yksi EMCDDA:n tärkeimmistä tehtävistä on lisätä Euroopan huumeongelman luonteen ja laajuuden ymmärtämistä. Huumeidenkäyttö on kuitenkin monimutkainen asia, joka kattaa erilaisia käyttäytymistapoja, jotka liittyvät eri tavoin moniin tärkeisiin kansanterveydellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin. Huumeidenkäyttäjillä voi olla ongelmia tai riski kohdata ongelmia. Huumeiden käyttötavat vaihtelevat kokeilevasta, jaksoittaisesta ja satunnaisesta käytöstä säännölliseen, runsaseen ja hallitsemattomaan käyttöön.

Huumeidenkäyttäjät voidaan luokitella kliinisen määritelmän mukaan niihin, joilla on huumeongelma tai jotka ovat riippuvaisia huumeista, ja tutkimuksen kannalta molemmat näistä ryhmistä voidaan muodostaa jatkumoksi. Asiaa mutkistaa lisäksi se, että huumeidenkäyttäjät käyttävät usein monenlaisia aineita ja muuttavat käyttötappaa ajan mittaan. Tätä monimuotoisuutta ei voida kattaa kunnolla millään yksittäisellä raportointivälillä. EMCDDA:n noudattamalla usean indikaattorin lähestymistavalla on käytännössä tarkoitus valaista huumeilmiön erilaisia näkökohtia.

Huumeiden ongelmakäytön indikaattori, joka keskittyy tiettyihin käyttäytymismuotoihin, tarjoaa arvokasta tietoa joistakin huumeidenkäytön haitallisimmista ja kalleimmista muodoista. Se on tärkeä tekijä, joka auttaa ymmärtämään Euroopan huumeongelman kokonaistilannetta. Huumeiden ongelmakäytön indikaattorin tarjoamia kokonaisarvioita on kuitenkin selvästi täydennettävä ainekohtaisilla arvioilla Euroopan yhä hajanaisemman huumeongelman käsittelemiseksi.

Monet käytettävissä olevat tiedonlähteet perustuvat huumeidenkäytön käyttäytymispainotteisiin raportteihin, joten toistuvan tai runsaan käytön käsite on määriteltävä tältä pohjalta. Näin huumeongelman seuranta voidaan laajentaa huumeiden ongelmakäytön indikaattorin ulkopuolelle. Huumeiden ongelmakäytön indikaattorin tarjoamien tietojen asettaminen tämän laajemman tietosarjan rinnalle auttaa myös parantamaan Euroopan huumeongelman luonteen ja laajuuden ymmärtämistä EMCDDA:n tavoitteen mukaisesti. Samanaikaisesti on kehitettävä raportointistandardeja, joilla huumeiden sekakäytön muotoja voidaan kuvata nykyistä paremmin Euroopan tasolla. Ensimmäisiä askelia tähän suuntaan ovat tarkemman käsitekehityksen kehittäminen huumeiden sekakäytön eri muotojen tarkasteluun – mihin sisältyy tarkoituksenmukaisten aikakehysten käyttöönotto – ja sopivien tiedonlähteiden löytäminen.





## Lähteet

- ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, Lontoo.
- Bossong, M. G., Van Dijk, J. P. ja Niesink, R. J. M. (2005), "Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?", *Addiction biology*, nide 10 (4), s. 321–323.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. et al. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M. S. ja Anthony, J. C. (2005), "Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001", *Drug and alcohol dependence*, nide 79, s. 11–22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. et al. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05, sisäministeriö, Lontoo (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, huumausainetoimikunta, Yhdistyneiden Kansakuntien talous- ja sosiaalineuvosto, Wien.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, huumausainetoimikunta, Yhdistyneiden Kansakuntien talous- ja sosiaalineuvosto, Wien.
- EMCDDA (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2002b), "Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs", projekti CT.00.EP.13, Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2004a), *Vuosiraportti 2004: Huumeongelma Euroopan unionissa ja Norjassa*, Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights nro 6, Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2004c), *European report on drug consumption rooms*, Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2004d), "Huumeiden yliannostus – merkittävä vältettävissä oleva nuorten kuolinsyy", *Teemana huumeet* nro 13, Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2005a), *Vuosiraportti 2005: Huumeongelma Euroopassa*, Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2005b), "Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use", loppuraportti, projekti CT.03.P1.200, Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2005c), "Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU", loppuraportti, projekti CT.04.P2.329, Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice, nro 71.
- Europol (2006), "Drugs 2006" (tiedonanto EMCDDA:lle, 16.1.2006, asiakirja nro 158448), Europol, Haag.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. et al. (2005), "Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention", *International journal of drug policy*, nide 16S, s. 67–75.
- Haasen, C., Prinzeve, M., Gossop, M. et al. (2005), "Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users", *World psychiatry*, 4 (3), s. 173–176.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) ja Euroopan neuvosto, Pömpidou-ryhmä.
- Higgins, S. T., Sigmon, S. C., Wong, C. J. et al. (2003), "Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients", *Archives of general psychiatry*, nide 60, s. 1043–1052.
- INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Yhdistyneiden Kansakuntien kansainvälinen huumausainetoimikunta, New York.
- INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Yhdistyneiden Kansakuntien kansainvälinen huumausainetoimikunta, New York.
- Kandel, D. ja Davis, M. (1992), "Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use", teoksessa: Glantz, M. ja Pickens, R. (toim.), *Vulnerability to Drug Abuse*, s. 211–253, American Psychological Association, Washington.
- Kumpfer, K. L., Molgaard, V. ja Spoth, R. (1996), "The Strengthening Families Program for prevention of delinquency

and drug use in special populations”, teoksessa: Peters, R. ja McMahon, R. J. (toim.), *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.

MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, sisäministeriön online-raportti 24/05, sisäministeriö, Lontoo (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).

Naber, D. ja Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hampuri, Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).

ONS (2006), *Health Statistics Quarterly*, nide 29, Office for National Statistics, Lontoo.

Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. et al. (2006), “Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population”, *Archives of general psychiatry*, nide 63, s. 219–228.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), “Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European addiction research*, nide 10, s. 147–155.

Reitoxin kansalliset raportit (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).

Roe, E. ja Becker, J. (2005), “Drug prevention with vulnerable young people: a review”, *Drugs: education, prevention and policy*, nide 12 (2), s. 85–99.

Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W. et al. (2004), “A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction”, *Drug and alcohol dependence*, nide 74, s. 1–13.

Schäfer, C. ja Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berliini.

Schottenfeld, R. S., Chawarski, M. C., Pakes, J. R. et al. (2005), “Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence”, *American journal of psychiatry*, nide 162, s. 340–349.

Shearer, J. ja Gowing, L. R. (2004), “Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research”, *Drug and alcohol review*, nide 23, s. 203–211.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden vastainen yksikkö, Wien.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden vastainen yksikkö, Wien.

UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden vastainen yksikkö, Wien.

UNODC (2006), *2006 world drug report*, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden vastainen yksikkö, Wien.

UNODC ja Marokon hallitus (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden vastainen yksikkö, Wien.

Van den Brink, W. (2005), “Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment”, *Sucht*, nide 51 (4), s. 196–198.

Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. ja Watts, C. (2006), “Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (painossa).

Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. et al. (2002), “What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults”, *Drug and alcohol dependence*, nide 68 (1), s. 49–64.

WCO (2005), *Customs and drugs 2004*, Maaailman tullijärjestö, Bryssel.

WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Maaailman terveysjärjestö, Geneve.

WHO/UNODC/UNAIDS (2004), “Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention”, kannanotto, Maaailman terveysjärjestö, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden vastainen yksikkö, UNAIDS ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html)).







Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus

**Vuosiraportti 2006: Huumeongelma Euroopassa**

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto

2006 – 96 s. – 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-268-3



## **MYYN TI JA TILAUKSET**

Julkaisutoimiston toimittamat maksulliset julkaisut ovat saatavissa myyntiedustajiltamme kautta maailman. Osoittakaa tilauksenne yhdelle myyntiedustajista, joista löydätte luettelon

- joko julkaisutoimiston Internet-sivustosta osoitteesta <http://publications.europa.eu/>
- tai pyytämällä sitä faksitse numerosta (352) 29 29-42758.

## EMCDDA:sta

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) on yksi Euroopan unionin erillisvirastoista. Lissabonissa sijaitseva keskus perustettiin vuonna 1993, ja se on Euroopassa huumausaineiden ja niiden väärinkäyttöä koskevien monipuolisten tietojen keskeinen lähde.

EMCDDA kerää, tutkii ja levittää puolueettomia, luotettavia ja vertailukelpoisia tietoja huumausaineista ja niiden väärinkäytöstä. Näin se pyrkii antamaan julkisuuteen tosiasioihin perustuvan kokonaiskuvan huumausaineiden käytöstä Euroopassa.

Keskuksen julkaisut ovat ensisijainen tietolähde useille eri kohderyhmille, kuten poliitikoille ja heidän neuvonantajilleen, huumeasioiden parissa työskenteleville ammattilaisille sekä laajemmasta näkökulmasta tiedotusvälineille ja suurelle yleisölle.

Vuosiraportissa EMCDDA esittää vuotuisen katsauksen huumausaineiden käytön ja tarjonnan tilanteeseen EU:ssa. Siten vuosiraportti on keskeinen hakuteos niille, jotka tarvitsevat ajantasaista tietoa huumeista Euroopassa.