Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus

FI

ISSN 2314-9213

Euroopan huume-raportti

Suuntauksia ja muutoksia

2016

Euroopan huumausaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

Euroopan huume-raportti

Suuntauksia ja muutoksia

2016

Oikeudellinen huomautus

Tällä Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen (EMCDDA) julkaisulla on tekijänoikeussuoja. EMCDDA ei ota vastuuta tämä asiakirjan sisältämien tietojen käytön seurauksista. Tämän julkaisun sisältö ei välttämättä vastaa EMCDDA:n yhteistyökumppaneiden, EU:n jäsenvaltioiden tai minkään Euroopan unionin toimielimen tai viraston virallisia näkemyksiä.

Europe Direct -palvelu auttaa sinua löytämään vastaukset Euroopan unioniin liittyviin kysymyksiisi.

Maksuton palvelunumero (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Saat pyytämäsi tiedot maksutta. Myös useimmat puhelut ovat maksuttomia, joskin jotkin operaattorit, puhelinkioskit tai hotellit voivat periä puheluista maksun.

Suuri määrä muuta tietoa Euroopan unionista on käytettävissä internetissä Europa-palvelimen kautta (http://europa.eu).

Tämä julkaisu on saatavana seuraavilla kielillä: bulgaria, englanti, espanja, hollanti, italia, kreikka, kroaatti, latvia, liettua, malta, norja, portugali, puola, ranska, romania, ruotsi, saksa, slovakki, sloveeni, suomi, tanska, tšekki, turkki, unkari ja viro. Kaikki käännökset ovat Euroopan unionin elinten käännöskeskuksen tekemiä.

Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto, 2016.

ISBN: 978-92-9168-863-0
doi:10.2810/8867

© Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2016
Tekstin jäljentäminen on sallittua, kunhan lähde mainitaan.

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (2016), *Euroopan huumeraportti 2016: Suuntauksia ja muutoksia*, Euroopan unionin julkaisutoimisto, Luxemburg.

Printed in Belgium

Painettu kloorivalkaisemattomalle paperille (ECF)

Euroopan huumausaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, Portugali
Tel. +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu
twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

Sisällysluettelo

5 Esipuhe

9 Alkuhuomautukset ja kiitokset

11 YHTEENVETO
Lisääntyviä merkkejä Euroopan huumemarkkinoiden joustavuudesta

17 LUKU 1
Huumausaineiden tarjonta ja markkinat

37 LUKU 2
Huumeidenkäytön yleisyys ja suuntaukset

53 LUKU 3
Huumehaitat ja ehkäisevät toimet

71 LIITE
Kansalliset tiedot taulukkomuodossa

Esipuhe

Olemme iloisia voidessamme esittää EMCDDA:n Euroopan huumausainetilanteen 21:sen vuotuisen analyysin. Tämä on EMCDDA:n vastavalitun johtajan ja hallintoneuvoston puheenjohtajan ensimmäinen analyysi. Aiempien vuosien tavoin Euroopan huumeraportissa 2016 esitetään ajankohtainen katsaus Euroopan huumausainetilanteen viimeisimmistä suuntauksista ja muutoksista kokonaisena multimediapakettina. Tässä ainutlaatuisessa raportissa esitetään ajantasainen ja ensiluokkainen yleiskatsaus huumeidenkäytöstä, huumeongelmista ja huumemarkkinoista ja sisällytetään tämä tilanneanalyysi huumepolitiikkaa ja -käytäntöä koskeviin tietoihin.

Tämän vuoden analyysissä painotetaan jälleen kerran Euroopassa vallitsevaa yhä monimutkaisempaa huumeongelmaa, jossa piristeillä, uusilla psykoaktiivisilla aineilla, lääkkeiden väärinkäytöllä ja kannabiksen ongelmakäytöllä on suuri merkitys. Tässä raportissa muistutetaan myös, että jotkin aiemmat ongelmat ovat yhä ratkaisematta, vaikka niiden nyt politiikkaan ja käytäntöön tuomat haasteet muuttuvat. Euroopan opioidiongelma on yhä keskeinen kysymys vuoden 2016 analyysissä, mikä kuvaa näiden huumeiden merkitsevää vaikutusta sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Heroiinin ja synteettisten opioidien käytön välinen suhde on entistä monimutkaisempi, ja opioideihin liittyvien kuolemantapausten määrää koskevat arviot ovat nousseet huolestuttavasti. Euroopan hoitopalvelujen on nyt myös vastattava ikääntyvien heroiininkäyttäjien moninaisiin terveyttä koskeviin tarpeisiin, ja poliittisten päättäjien on ratkaistava vaikea kysymys siitä, mikä on tarkoituksenmukaisin pitkän aikavälin hoitotavoite tälle ryhmälle. Samaan aikaan muualla maailmalla havaitut uudet heroiiniepidemiat muistuttavat meitä siitä, että tämä ala vaatii valppautta ja että jatkuva valvonta on edelleen välttämätöntä.

Raporttimme on suurelta osin tehty yhteisvoimin, ja meidän on tässä yhteydessä kiitettävä kaikkia niitä, jotka omalla panoksellaan auttoivat tämän raportin laatimisessa. Entiseen tapaan Reitoxin kansallisilta yhteyspisteiltä ja kansallisilta asiantuntijoilta saadut tiedot ovat tässä esitetyn analyysin perustana. Meidän on myös kiitettävä tiedoista, joita olemme saaneet Euroopan tason institutionaalisilta kumppaneiltamme, erityisesti Euroopan komissiolta, Europolilta, Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskukselta ja Euroopan lääkevirastolta. Voimme myös tyytyväisinä todeta, että tämän vuoden raportissa on Euroopan tutkimusverkoilta saatuja kaupunkeihin liittyviä tietoja. Niillä täydennetään kansallisia tietoja jätevesianalyysistä ja huumeisiin liittyvistä ensiapukäynneistä ja lisätään tietämystä huumeidenkäyttötavoista ja huumeidenkäytön haitoista eri puolilla Eurooppaa.

Lopuksi todettakoon, että tämä raportti julkaistaan huumepolitiikan kehityksen kannalta tärkeänä ajankohtana Euroopassa ja maailmalla. Euroopassa arvioidaan nykyisen huumausaineita koskevan toimintasuunnitelman saavutuksia ja käynnistetään keskustelut tarvittavista toimenpiteistä, joilla kehitetään Euroopan huumausainestrategiaa tulevina vuosina. Euroopan maat ovat myös olleet aktiivisia New Yorkissa tämän vuoden huhtikuussa pidetyssä Yhdistyneiden kansakuntien yleiskokouksen erityisistunnossa käydyissä kansainvälisissä keskusteluissa. Euroopan kannassa painotettiin tasapainoista ja todisteisiin perustuvaa lähestymistapaa, jossa kunnioitetaan ihmisoikeuksia. Mielestämme yksi syy siihen, että Euroopalla on painoarvoa tässä keskustelussa, on se, että pyrimme ymmärtämään ongelmien muuttuvaa luonnetta ja arvioimaan kriittisesti toimivia ratkaisuja. Olemme ylpeitä siitä, että tässä raportissa ja EMCDDA:n ja sen kansallisten yhteistyökumppaneiden toimilla edistetään edelleen tämän asian ymmärtämistä, ja olemme vakuuttuneita siitä, että luotettavat tiedot ovat tämän alan järkevän politiikan ja toiminnan edellytys.

Laura d'Arrigo
Puheenjohtaja, EMCDDA:n hallintoneuvosto

Alexis Goosdeel
Johtaja, EMCDDA

Alkuhuomautukset ja kiitokset

Tämä raportti perustuu tietoihin, joita Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) on saanut kansallisena raporttipakettina EU:n jäsenvaltioilta, ehdokasvaltio Turkilta sekä Norjalta.

Nykyisen raportin tarkoituksena on esittää yleiskatsaus ja tiivistelmä Euroopan huumausainetilanteesta ja siihen liittyvistä toimista. Raportissa esitetyt tilastotiedot koskevat vuotta 2014 (tai viimeisintä vuotta, jolta tietoja on saatavana). Suuntauksia koskevat tiedot perustuvat ainoastaan niihin maihin, jotka ovat toimittaneet kyseiseltä ajanjaksolta riittävästi tietoja muutosten kuvaamiseksi. Tilastollinen merkitsevyys testataan 0,05:n tasolla, jollei toisin mainita. Lukijan on myös hyvä tietää, että huumeiden käytön kaltaisen piilevän ja leimaavan käyttäytymisen mallien ja suuntauksien seuranta on käytännössä ja metodologisesti haastavaa. Tästä syystä tämän raportin analyysissä käytetään monia eri tietolähteitä. Vaikka voidaan havaita merkittäviä parannuksia sekä kansallisella tasolla että sen osalta, mitä on mahdollista saavuttaa Euroopan tason analyysissä, tätä alaa koskevat metodologiset vaikeudet on myönnettävä. Tulkinnassa on näin ollen oltava varovainen erityisesti, kun valtioita verrataan minkä tahansa yksittäisen toimenpiteen perusteella. Tietoihin liittyvät varaumat ja rajoitukset esitetään tämän raportin verkkoversiossa ja tilastotiedotteessa (Statistical Bulletin). Niissä annetaan tietoa menetelmistä ja esitetään analyysiä koskevia rajoituksia sekä huomautuksia saatavana olevien tietojen rajoituksista. Siellä on myös tietoa eurooppalaisissa arvioissa käytetyistä menetelmistä ja tiedoista, joissa voidaan käyttää interpolointia.

EMCDDA kiittää seuraavia yhteistyökumppaneitaan avusta tämän raportin laatimisessa:

- Reitoxin kansallisten yhteyspisteiden johtajat ja henkilöstö
- jäsenvaltioiden yksiköt ja asiantuntijat, jotka ovat koonneet raakadataa raporttia varten
- EMCDDA:n hallintoneuvoston ja tieteellisen komitean jäsenet
- Euroopan parlamentti, Euroopan unionin neuvosto – etenkin sen horisontaalinen huumausainetyöryhmä – ja Euroopan komissio
- Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskus (ECDC), Euroopan lääkevirasto (EMA) ja Europol
- Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä, Yhdistyneiden kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden torjunnan toimisto, WHO:n Euroopan aluetoimisto, Interpol, Maailman tullijärjestö, ESPAD-hanke (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), Euroopan jätevesiä analysoiva SCORE-ryhmä (Sewage Analysis Core Group Europe), European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) ja Ruotsin Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN)
- Euroopan unionin elinten käännöskeskus, Missing Element Designers, Nigel Hawtin ja Composiciones Rali.

Reitoxin kansalliset yhteyspisteet

Reitox on huumeiden ja huumeriippuvuuden alan eurooppalainen tietoverkko. Se muodostuu kansallisista yhteyspisteistä EU:n jäsenvaltioissa, ehdokasvaltio Turkissa, Norjassa ja Euroopan komissiossa. Yhteyspisteet ovat kansallisia viranomaisia, joista maan hallitus vastaa ja jotka toimittavat EMCDDA:lle tietoja huumausaineista. Kansallisten yhteyspisteiden yhteystiedot ovat EMCDDA:n verkkosivustolla.

Yhteenveto

Euroopan huumepolitiikkaa koskevaan keskusteluun on sisällytettävä laajempia ja monitahoisempia poliittisia kysymyksiä

Lisääntyviä merkkejä Euroopan huumemarkkinoiden joustavuudesta

Tässä esitetty analyysi kuvaa Euroopan huumemarkkinoita, jotka ovat yhä joustavia ja joilla on merkkejä erityisesti kannabiksen ja stimulanttien kasvusta. Kaiken kaikkiaan tarjontaa koskevista tiedoista käy ilmi, että useimpien laittomien huumeiden puhtaus tai voimakkuus on suuri tai lisääntyy. Suurin osa esiintyvyyttä koskevista tuoreista tutkimustiedoista osoittaa myös, että yleisemmin käytettyjen huumeiden arvioitu käyttö on hieman lisääntynyt. Huumeiden markkinapaikat ovat myös monimutkaisempia, ja uusia aineita on kuluttajien saatavilla vakiintuneiden huumeiden lisäksi. On olemassa merkkejä siitä, että lääkkeiden merkitys on kasvussa ja sekakäyttötavat ovat vallitsevia niillä käyttäjillä, joilla on huumeongelmia. Torjuntatoimenpiteet ovat haastavia, koska kannabista, synteettisiä huumeita ja myös joitakin opioideja ja uusia psykoaktiivisia aineita tuotetaan Euroopassa lähellä kuluttajamarkkinoita. Tässä uudessa analyysissä otetaan kaikki tämä huomioon ja korostetaan, että Euroopan huumepolitiikkaa koskevaan keskusteluun on sisällytettävä entistä laajempia ja monitahoisempia poliittisia kysymyksiä.

MDMA:n uusi nousu

MDMA:n paluu nuorten yleisesti käyttämäksi stimulantiksi kuvaa nykyisten huumemarkkinoiden uusia haasteita. Elpymisen taustalla ovat lähtökemikaalien innovatiivinen hankinta, uudet tuotantotekniikat ja verkkotarjonta markkinoilla, joille on ominaista tuotteiden monipuolisuus. Saatavana on suuriannoksisia jauheita, kiteitä ja tabletteja, joissa on erilaisia logoja, värejä ja muotoja, ja on olemassa todisteita tilauksiin perustuvasta tuotannosta ja kehittyneestä ja kohdennetusta markkinoinnista. Tämä voi olla tuottajien harkittu strategia, jolla pyritään parantamaan mielikuvaa huumeesta pitkän jakson jälkeen, jonka aikana huonolaatuinen ja laimennettu huume oli vähentänyt käyttöä. On olemassa merkkejä siitä, että tämä saattaa onnistua ja että MDMA:sta on tulossa suositumpi sekä vakiintuneiden stimulanttien käyttäjien että nuorten käyttäjien uuden sukupolven keskuudessa. Tämä tarkoittaa, että tarvitaan ennaltaehkäisytoimenpiteitä ja haittojen vähentämiseen tähtääviä toimenpiteitä, jotka kohdistetaan uusiin käyttäjiin, jotka saattavat käyttää suuriannoksisia tuotteita mutta eivät ymmärrä niihin liittyviä riskejä.

Uusissa tiedoissa korostetaan stimulanttien alueellisia käyttötapoja ja haittoja

Tässä raportissa osoitetaan, että stimulanttien paikallisten käyttötapojen ja niihin liittyvien haittojen tunnistaminen ja torjunta on asetettava etusijalle. Jätevesianalyysin viimeaikaisissa tuloksissa sekä samanaikaisissa takavarikko- ja tutkimustiedoissa korostetaan alueellisia eroja stimulanttien käyttötavoissa eri puolilla Eurooppaa. Kokaiinin käyttö näyttää olevan yleisempää Länsi- ja Etelä-Euroopan maissa, kun taas amfetamiinit ovat suositumpia Pohjois- ja Itä-Euroopassa. Sekä kokaiinin että amfetamiinin puhtaus on lisääntynyt keskipitkällä aikavälillä, ja hinnat ovat pysyneet pitkälti vakaina. Stimulantteihin liittyvät ongelmat havaitaan entistä paremmin. Amfetamiinien takia hoitoon tulevien uusien asiakkaiden määrän kasvaminen aiheuttaa huolta joissakin maissa, ja lähes puolet ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvista ilmoittaa käyttävänsä huumeita suonensisäisesti. Hiljattain puhjenneisiin HIV-epidemioihin on liitetty stimulanttien suonensisäistä käyttöä joissakin syrjäytyneissä väestöryhmissä. Stimulanttien suonensisäinen käyttö ja siihen liittyvä merkittävä seksuaalinen riskikäyttäytyminen aiheuttavat myös yhä enemmän huolta. Tätä on havaittu joissakin Euroopan kaupungeissa pienissä ryhmissä, joihin kuuluu homoseksuaalisia miehiä. Tämän vuoksi tarvitaan enemmän yhteistyötä ja huumehoitopalvelujen ja seksiin liittyvien terveyspalvelujen yhteisiä torjuntatoimia.

Kannabis on yhä keskeinen haaste eurooppalaiselle huumepolitiikalle

Maailmalla ja Euroopassa käydään parhaillaan paljon julkista ja poliittista keskustelua kannabispolitiikan eri vaihtoehtojen kustannuksista ja hyödyistä. Tässä raportissa esitetyt tiedot toimivat keskustelun perustana kuvaamalla joitakin monimutkaisia kysymyksiä, jotka on otettava huomioon. Tämä aihe on tärkeä, koska kannabiksen käyttö ei näytä vähenevän ja voi jopa olla kasvussa joissakin väestöryhmissä. Maista, joissa on hiljattain laadittu tutkimukseen perustuva arvio (vuodesta 2013), suurin osa on ilmoittanut tämän huumeen käytön lisääntyneen.

Uusien arvioiden mukaan Euroopan laittomien huumeiden markkinoilla kannabiksen osuus on suurin arvon perusteella laskettuna. Kannabiksen tuotannosta on tullut merkittävä tulonlähde järjestäytyneelle rikollisuudelle. Kannabiksen tuonti monista eri lähdemaista ja kotimaisen tuotannon kasvu Euroopassa on suuri haaste lainvalvonnalle ja rasittaa jo ennestään kuormitettuja poliisin ja tullin voimavaroja. Kaikista huumeisiin liittyvistä rikoksista kannabisrikosten osuus on noin kolme neljäsosaa, ja suurin osa kannabisrikoksista koskee käyttöä tai hallussapitoa henkilökohtaiseen käyttöön.

Kannabiksen käytöstä aiheutuvia terveys- ja sosiaalikustannuksia ymmärretään myös entistä paremmin. Nämä näkyvät selkeimmin tiheämmin käyttävillä ja pitkäaikaisilla käyttäjillä, ja on arvioitu, että noin 1 prosentti eurooppalaisista aikuisista käyttää kannabista päivittäin tai melkein päivittäin. Kannabishartsin ja kannabisruohon voimakkuus on korkea historiallisesti tarkasteltuna, ja tämä on huolestuttavaa, sillä se voi lisätä käyttäjien akuuttien ja kroonisten terveysongelmien riskiä. Suurin osa ensimmäistä kertaa hoitoon tulleista ilmoitti käyttävänsä kannabista, vaikka hoitoon tulevien tietoja on tarkasteltava hoitoonohjausmenetelmien ja tämän väestöryhmän hoitoa koskevien erilaisten määritelmien kautta. Tämän alan poliittisissa toimissa on myös otettava huomioon, että Euroopassa, toisin kuin muualla maailmalla, kannabista poltetaan tupakan kanssa, jolloin kannabiksen valvonnan ja tupakan valvonnan välinen yhteisvaikutus tärkeää.

Uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikoista suurin osa synteettisten kannabinoidien takavarikkoja

Yhtä haastava aihe kansainväliselle ja eurooppalaiselle huumepolitiikalle on se, miten torjua tehokkaasti uusien huumeiden dynaamisia ja jatkuvasti muuttuvia markkinoita. Saatavilla on vain vähän tietoa uusien psykoaktiivisten aineiden käytöstä, mutta jonkinlaisen käsityksen näiden aineiden suhteellisesta saatavuudesta antaa se, että vuonna 2014 ilmoitettiin 50 000 psykoaktiivisten aineiden takavarikkoa. Synteettisten kannabinoidien osuus näistä oli yli 60 prosenttia, ja tämä huumeluokka on yleinen niiden 98 uuden aineen joukossa, jotka havaittiin ensimmäistä kertaa vuonna 2015 ja joista ilmoitettiin uusia psykoaktiivisia aineita koskevaan EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään. Näistä 24 oli synteettisiä kannabinoideja – huumeita, jotka vaikuttavat samoihin aivojen reseptoreihin kuin THC, joka on yksi niistä keskeisistä yhdisteistä, joita esiintyy luonnonkannabiksessa. Terveysnäkökulmasta katsottuna

Euroopan laittomien huumeiden markkinoilla kannabiksen osuus on suurin arvon perusteella laskettuna

PIKAKATSAUS — ARVIOITA HUUMEIDENKÄYTÖSTÄ EUROOPAN UNIONISSA

Kannabis

Käyttänyt:

Aikuiset (15–64-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana: **22,1 miljoonaa** — 6,6 %

Käyttänyt joskus elämänsä aikana: **83,2 miljoonaa** — 24,8 %

Nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana: **16,6 miljoonaa** — 13,3 %

Korkein 23,9 %

Alhaisin 3,2 %

Kansalliset arviot viime vuonna käyttäneistä

Kokaiini

Käyttänyt:

Aikuiset (15–64-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana: **3,6 miljoonaa** — 1,1 %

Käyttänyt joskus elämänsä aikana: **17,1 miljoonaa** — 5,1 %

Nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana: **2,4 miljoonaa** — 1,9 %

Korkein 4,2 %

Alhaisin 0,2 %

Kansalliset arviot viime vuonna käyttäneistä

MDMA

Käyttänyt:

Aikuiset (15–64-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana: **2,5 miljoonaa** — 0,8 %

Käyttänyt joskus elämänsä aikana: **13,0 miljoonaa** — 3,9 %

Nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana: **2,1 miljoonaa** — 1,7 %

Korkein 5,5 %

Alhaisin 0,3 %

Kansalliset arviot viime vuonna käyttäneistä

Amfetamiinit

Käyttänyt:

Aikuiset (15–64-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana: **1,6 miljoonaa** — 0,5 %

Käyttänyt joskus elämänsä aikana: **12,0 miljoonaa** — 3,6 %

Nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana: **1,3 miljoonaa** — 1,0 %

Korkein 2,9 %

Alhaisin 0,1 %

Kansalliset arviot viime vuonna käyttäneistä

Opioidit

Opioidien suuren riskin käyttäjiä

1,3 miljoonaa

Kuolemaan johtaneet yliannostukset

82 %

Opioideja tavataan **82** prosentissa kuolemaan johtaneista yliannostuksista

Hoitopyynnöt

Opioidit ovat päähuume noin **40** prosentissa kaikista hoitopyynnöistä Euroopan unionissa

40 %

Vuonna 2014 opioidikorvaushoitoa annettiin

644 000

käyttäjälle.

Uudet psykoaktiiviset aineet

Käyttänyt:

Nuoret aikuiset (15–24-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana: 3,0 %

Käyttänyt joskus elämänsä aikana: 8,0 %

Lähde: 2014 Flash Eurobarometer on young people and drugs

Huom. Kattavammat tilasto- ja menetelmätiedot esitetään Statistical Bulletin -verkkosivustolla.

monet synteettiset kannabinoidit ovat kuitenkin paljon myrkyllisempiä, ja joukkomyrkytyksistä ja jopa kuolemista on ilmoitettu. Näiden aineiden aiheuttamaa uhkaa korostettiin EMCDDA:n helmikuussa 2016 antamassa varoituksessa, joka koski synteettistä kannabinoidia MDMB-CHMICA – huumetta, joka on liitetty 13 kuolemantapaukseen ja 23 myrkytystapaukseen, jotka eivät johtaneet kuolemaan. Tämä kemikaali havaittiin yli 20 eri tupakkasekoituksessa, ja kuolemantapauksia tai myrkytyksiä on havaittu kahdeksassa maassa ja mahdollisesti myös muissa maissa. Näiden tuotteiden kuluttajat eivät yleensä tunne tuotteiden sisältämiä kemikaaleja.

Varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoitettuihin sääntelemättömiin stimulantteihin ja opioideihin on liitetty haittatapahtumia. Tuntemattomien kemikaalien – joista osa on todettu myöhemmin erittäin myrkyllisiksi – myynnin tehokas ja nopea torjunta on yksi keskeisistä tämän alan poliittisista haasteista Nuoret kuluttajat voivat tietämättään toimia inhimiskoekaniineina aineille, joiden mahdolliset terveysriskit ovat pitkälti tuntemattomia. Esimerkkinä mainittakoon synteettinen katinoni alfa-PVP, johon liittyvät riskit arvioitiin marraskuussa 2015. Tämä voimakas psykostimulantti on liitetty melkein 200 akuuttiin myrkytykseen ja yli 100 kuolemantapaukseen Euroopassa.

Uusien psykoaktiivisten aineiden tuottajien kohteena näyttävät yhä enemmän olevan huumemarkkinoiden kroonisemmat ja ongelmallisemmat ryhmät. Saatavana on esimerkiksi fentanyyleihin kuuluvia valvomattomia synteettisiä opioideja. Nämä huumeet voivat olla erityisen haitallisia. Esimerkkinä mainittakoon tässä asetyylifentanyyli, jonka riskit EMCDDA ja Europol arvioivat vuonna 2015. Uusia psykoaktiivisia aineita on myös havaittu tuotteissa, joita myydään korvikkeina bentsodiatsepiinien kaltaisille lääkkeille – lääkkeille, joiden väärinkäyttö on osa joidenkin maiden huumeongelmaa.

Yliannostuskuolemien lisääntyminen: huomio jälleen heroiiniin

Tämän vuoden analyysissä korostetaan myös uusia heroiinin ja muiden opioidien yliannostusten lisääntymiseen liittyviä huolenaiheita. Heroiinin osuus näkyy selvästi kuolemaan johtaneissa yliannostuksia koskevissa tiedoissa, ja se on yleisin ilmoitettu laiton huume uusissa eurooppalaisten kaupunkien ensiapukäyntejä koskevissa tiedoissa. Aineet, jotka aiheuttavat huumeisiin liittyviä ensiaputilanteita, vaihtelevat huomattavasti eri kaupungeissa; kannabis, kokaiini ja muut stimulantit ovat myös yleisiä joillakin paikkakunnilla. Nykyisin akuutteja huumeongelmia koskevia tietoja ei kerätä järjestelmällisesti Euroopassa. Kaupungeissa tehty pilottitutkimus osoittaa, että rutiininomainen seuranta tällä alalla auttaisi ymmärtämään ja selvittämään kehittyvien huumeongelmien vaikutuksia.

Monet, lähinnä Pohjois-Euroopan maat, joilla on ratkaisemattomia opioidiongelmia, ovat ilmoittaneet opioideihin liittyvien kuolemantapausten viimeaikaisesta kasvusta. Tämän alan suuntausten taustatekijöiden ymmärtäminen on kuitenkin monimutkaista. Mahdollisiin selityksiin kuuluvat heroiinin saatavuuden lisääntyminen, puhtauden lisääntyminen, ikääntyvät ja haavoittuvammat käyttäjät sekä muuttuvat huumeidenkäyttötavat (myös synteettisten opioidien ja lääkkeiden käyttö). Raportointikäytäntöjen muutokset voivat myös olla tärkeitä. Tarjontaa koskevat tiedot, mukaan lukien heroiinin tuotannon arvioitu kasvu Afganistanissa, heroiinitakavarikkojen määrän lisääntyminen ja puhtauden lisääntyminen, viittaavat kaikki saatavuuden mahdolliseen lisääntymiseen. Tällä hetkellä ei kuitenkaan ole vahvaa näyttöä heroiinin käytön lisääntymisestä, heroiinin vuoksi hoitoon tulevien määrä on vähenemässä tai vakaa ja yliannostukset keskittyvät lähinnä ikääntyneidelle opioidien käyttäjille. Joissakin maissa yliannostuskuolemien on kuitenkin havaittu hieman lisääntyneen nuoremmilla käyttäjillä, ja tätä on tarpeen tutkia tarkemmin.

Synteettisten opioidien käyttö huolestuttaa

Synteettisillä opioideilla ja lääkkeillä näyttää myös olevan suuri merkitys huumekuolemissa osassa Eurooppaa. Hoitopalvelujen tarjoajilta tai luvattomista lähteistä saatujen bentsodiatsepiinien ja muiden lääkkeiden väärinkäyttö huolestuttaa, mutta näiden huumeiden merkitystä Euroopan yliannostuskuolemissa ymmärretään huonosti. Synteettisistä opioideista on saatavilla enemmän tietoa. Synteettiset opioidit, joita käytetään lähinnä mutta ei ainoastaan korvaushoidossa, näkyvät selvästi huumekuolemia koskevissa tiedoissa joissakin maissa, ja näihin aineisiin liittyvä hoitokysyntä on myös lisääntynyt. Kun otetaan huomioon Pohjois-Amerikassa ja muualla esiintyvät vakavat kansanterveysongelmat lääkkeinä käytettävien opioidien väärinkäytön yhteydessä, valvontaa on lisättävä, jotta voidaan havaita tämän alan mahdolliset kasvavat ongelmat Euroopassa. Kuten tämän raportin sisältöosassa on todettu, säädöksillä ja hoito-ohjeilla voidaan osaltaan vähentää riskiä siitä, että lääkkeitä käytetään muuhun kuin asianmukaiseen hoitotarkoitukseen.

Uudet farmakologiset vaihtoehdot huumehaittojen vähentämiseksi

Tulevina vuosina saadaan todennäköisesti käyttöön monia uusia farmakologisia vaihtoehtoja, joilla voidaan lisätä mahdollisuuksia vähentää joitakin huumeidenkäyttöön liittyviä ongelmia. Tässä raportissa korostetaan kahta alaa, joilla otetaan käyttöön uusia hoitomuotoja ja innovatiivisia toteutusmenetelmiä. Monissa EU-maissa on hankkeita, joissa opioidien käyttäjille annetaan naloksonia yliannostustilanteita varten tai vankilasta vapautuville huumeidenkäyttäjille yliannostuskuolemien vähentämiseksi. Kotiin vietävän naloksonin käytön laajentaminen Euroopassa voi olla näköpiirissä, kun kehitetään nenän kautta otettavia naloksonivalmisteita. Esimerkkinä valmiste, joka sai äskettäin myyntiluvan Yhdysvalloissa. Saataville tulee myös uusia lääkkeitä, joiden avulla on paremmat mahdollisuudet hoitaa huumeita suonensisäisesti käyttävien, myös huumehoitoa saavien, C-hepatiittiviruksen aiheuttamia infektioita. Uusilla hoitomuodoilla voidaan saada aikaan merkittävää terveyshyötyä huumealalla, mutta haasteena on vähentää niiden käyttöönoton esteitä ja varmistaa, että käytettävissä on riittävästi resursseja hoitotarpeiden täyttämiseksi.

Internetin huumemarkkinoiden uudet uhat ja mahdollisuudet

Huumepolitiikan merkittävänä uutena haasteena on, miten vastata internetin rooliin viestintävälineenä ja kasvavana huumeiden tarjonnan lähteenä. Erityisesti on kiinnitetty huomiota pimeän verkon huumemarkkinoiden aiheuttamiin uhkiin. On myös välttämätöntä ymmärtää pinta-WWW:n kasvava merkitys erityisesti väärennettyjen lääkkeiden ja uusien psykoaktiivisten aineiden tarjonnassa sekä vertaistiedonvaihtoon liittyvien sosiaalisen median sovellusten kasvava merkitys. Verkkofoorumeissa voidaan myös ennaltaehkäistä, hoitaa ja torjua haittoja, vaikka nämä jätetään usein huomiotta.

Verkkolähteiden kautta tapahtuva huumeiden tarjonta näyttää olevan kasvussa, vaikka lähtötaso on alhainen, ja huumeiden verkkotarjonnan lisääntymisen mahdollisuudet näyttävät olevan merkittäviä. Lisäksi alan nopea muutostahti – jota edistää internetin lisääntyvä käyttö, uusien maksutekniikoiden käyttöönotto, salakirjoitusalan innovaatiot ja hajautettujen verkkomarkkinapaikkojen luomisen uudet vaihtoehdot – vaikeuttaa yhteiskunnallisten toimien pysymistä ajan tasalla. Miten parhaiten torjua näitä uhkaavia asioita ja miten parhaiten hyödyntää tämän välineen tarjoamia mahdollisuuksia huumeongelmien vähentämiseksi? Nämä ovat todennäköisesti erittäin tärkeitä kysymyksiä tulevassa Euroopan toimintaohjelmassa.

1

Euroopassa tuotetaan myös kannabista ja synteettisiä huumeita

Huumausaineiden tarjonta ja markkinat

Maailmanlaajuisesti Eurooppa on tärkeä huumeiden markkina-alue, jota sekä kotimainen tuotanto että maailman muilta alueilta salakuljetetut huumeet tukevat. Suuri osa Eurooppaan tulevista laittomista huumeista on peräisin Etelä-Amerikasta, Länsi-Aasiasta ja Pohjois-Amerikasta, kun taas uudet psykoaktiiviset aineet ovat peräisin Kiinasta ja Intiasta. Joitakin huumeita ja lähtökemikaaleja kuljetetaan Euroopan kautta muille mantereille. Euroopassa tuotetaan myös kannabista ja synteettisiä huumeita. Kannabis on tarkoitettu lähinnä paikalliseen kulutukseen, kun taas joitakin synteettisiä huumeita valmistetaan myös maailman muihin osiin vietäväksi.

Monissa Euroopan maissa on ollut merkittävät markkinat kannabikselle, heroiinille ja amfetamiineille 1970- ja 1980-luvulta lähtien. Ajan myötä myös muut aineet ovat vakiinnuttaneet asemansa — mukaan lukien MDMA 1990-luvulla ja kokaiini 2000-luvulla. Euroopan markkinat kehittyvät edelleen, ja kymmenen viime vuoden aikana on ilmaantunut joukko uusia psykoaktiivisia aineita. Laittomien huumeiden markkinoilla tapahtuneisiin viimeaikaisiin muutoksiin, jotka liittyvät lähinnä globalisaatioon ja uuteen tekniikkaan, kuuluvat huumausaineiden tuotannossa tapahtuva innovointi, salakuljetusmenetelmät ja uusien salakuljetusreittien luominen.

Huumeiden tarjonnan torjuntaan tähtääviin toimiin liittyy monia julkisen vallan ja lainvalvontaviranomaisten toimia, jotka ovat usein riippuvaisia kansainvälisestä yhteistyöstä. EU:ssa toimia yhteensovitetaan EU:n huumausainestrategian, EU:n toimintasuunnitelmien ja järjestäytynyttä ja vakavaa kansainvälistä rikollisuutta koskevan EU:n toimintapoliittisen syklin avulla. Maiden omaksuma lähestymistapa heijastuu myös niiden kansallisissa huumausainestrategioissa ja -laeissa. Pidätyksiä ja takavarikkoja koskevat tiedot ovat nykyään parhaiten dokumentoituja indikaattoreita huumetarjonnan estämisestä.

Huumausainemarkkinat: taloudellisen arvon arvioiminen

Laittomien huumeiden markkinat ovat monimutkaisia tuotanto- ja jakelujärjestelmiä, joissa on kyse suurista rahamääristä eri tasoilla. Varovaisen arvion mukaan laittomien huumeiden vähittäismarkkinoiden arvo Euroopan unionissa oli 24,3 miljardia euroa vuonna 2013

Huumausaineiden markkinoiden, tarjonnan ja lainsäädännön seuranta

Tässä luvussa esitetty analyysi perustuu ilmoitettuihin huumausainetakavarikkoja, huumeiden lähtökemikaalien takavarikkoja, pysäytettyjä toimituksia, huumausaineiden tuotantotilojen hajottamista, huumausainerikoksia, huumausaineiden vähittäismyyntihintoja sekä huumausaineiden puhtautta ja voimakkuutta koskeviin tietoihin. Joissakin tapauksissa suuntausten analysointi on vaikeaa joidenkin keskeisten maiden takavarikkotietojen puuttumisen takia. Täydelliset tiedot ja kuvaukset käytetyistä menetelmistä on esitetty verkossa tilastotiedotteessa (Statistical Bulletin). On huomattava, että suuntauksiin voivat vaikuttaa monenlaiset tekijät, esimerkiksi käyttäjien tavat ja mieltymykset, tuotannossa ja salakuljetuksissa tapahtuneet muutokset, lainvalvontaviranomaisten aktiivisuus ja torjuntatoimenpiteiden tehokkuus.

Tässä esitetään myös ilmoituksia koskevat tiedot sekä EMCDDA:n kansallisten kumppaneiden ja Europolin EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoittamia uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikkoja koskevat tiedot. Koska nämä tiedot ovat peräisin pikemminkin tapauksia koskevista tiedoista kuin rutiinivalvontajärjestelmistä, takavarikkoja koskevat arviot ovat vähimmäisarvioita. Tietoihin vaikuttavat esimerkiksi lisääntynyt tietoisuus näistä aineista, niiden muuttuva oikeudellinen asema ja lainvalvontaviranomaisten ilmoituskäytännöt. EU:n varhaisvaroitusjärjestelmää kuvataan kattavasti EMCDDA:n verkkosivuilla kohdassa Action on new drugs.

Lisätietoja Euroopan huumausainelaeista ja -politiikasta saa EMCDDA:n verkkosivuilta.

(todennäköisesti 21–31 miljardia euroa). Euroopan laittomien huumeiden markkinoilla kannabistuotteiden osuus on suurin. Niiden arvioitu vähittäismyyntiarvo on 9,3 miljardia euroa (todennäköisesti 8,4–12,9 miljardia euroa), ja niiden osuus on 38 prosenttia kokonaismyynnistä. Seuraavaksi suurimmat osuudet ovat heroiinilla, jonka osuudeksi on arvioitu 6,8 miljardia euroa (6,0–7,8 miljardia euroa; 28 prosenttia), ja kokaiinilla, jonka osuudeksi on arvioitu 5,7 miljardia euroa (4,5–7,0 miljardia euroa; 24 prosenttia). Amfetamiinien markkinaosuus on pienempi, arviolta 1,8 miljardia euroa (1,2–2,5 miljardia euroa; 8 prosenttia) ja MDMA:n lähes 0,7 miljardia euroa (0,51–0,72 miljardia euroa; 3 prosenttia). Nämä arviot perustuvat erittäin vähäisiin tietoihin, joiden takia on pitänyt tehdä yleisluonteisia oletuksia, ja siksi niitä on pidettävä alustavina vähimmäisarvioina, joita on tarkistettava tulevaisuudessa, kun niiden perustana olevat tiedot tarkentuvat.

Uudet tarjontamenetelmät: verkossa toimivat huumemarkkinat

Vaikka laittomien huumeiden markkinat ovat aiemmin sijainneet fyysisissä paikoissa, kymmenen viime vuoden aikana on ilmestynyt uusia internettekniikoita, jotka ovat helpottaneet verkkomarkkinapaikkojen kehittämistä. Huumemarkkinat voivat toimia pinta-WWW:ssä, jossa myydään yleensä valvomattomia lähtökemikaaleja, uusia psykoaktiivisia aineita tai väärennettyjä lääkkeitä. Ne voivat toimia myös syvä-WWW:ssä, pimeässä verkossa tai kryptomarkkinoilla, kuten AlphaBayssä tai nyt lopetetussa Silk Roadissa. Kannabistuotteet ja MDMA ovat laittomia tuotteita, joita tarjotaan useimmiten myytäväksi pimeän verkon markkinoilla monien lääkkeiden ohella.

Pimeän verkon markkinat on verkossa toimiva myyntifoorumi tai markkinapaikka, jota tukee yksityisyyttä suojaava tekniikka ja jossa myyjät kokoontuvat myydäkseen laittomia tuotteita tai palveluja. Näillä markkinoilla on monia samankaltaisia piirteitä kuin eBayn ja Amazonin kaltaisilla markkinapaikoilla, ja asiakkaat voivat etsiä ja vertailla tuotteita ja myyjiä. Käytössä on erilaisia strategioita liiketoimien ja palvelinten fyysisen sijainnin kätkemiseksi. Näihin kuuluvat anonymisointipalvelut, kuten Tor (The Onion Router), jotka piilottavat tietokoneen internetprotokollan (IP) osoitteen; hajautetut kryptovaluutat, joita ei pystytä jäljittämään, kuten bitcoin ja litecoin, joita käytetään maksuvälineinä; ja salattu viestintä markkinatoimijoiden välillä. Mainejärjestelmät vaikuttavat myös myyjien käyttäytymiseen markkinoilla. Viimeaikaisiin toimiin kuuluvat turvallisuuden parantaminen myyjien huijausten estämiseksi, myös kehittyneiden varajärjestelmien käyttöönotto ja markkinapaikkojen hajauttaminen lainvalvontaan liittyvien uhkien torjumiseksi. Tällä hetkellä näiden markkinoiden osuutta pidetään pienenä laittomien huumeiden kaupassa, ja monet liiketoimet tehdään kuluttajan tasolla. Huumeiden verkkokaupan lisääntyminen on kuitenkin mahdollista.

Laittomien huumeiden markkinoilla kannabistuotteiden osuus on suurin

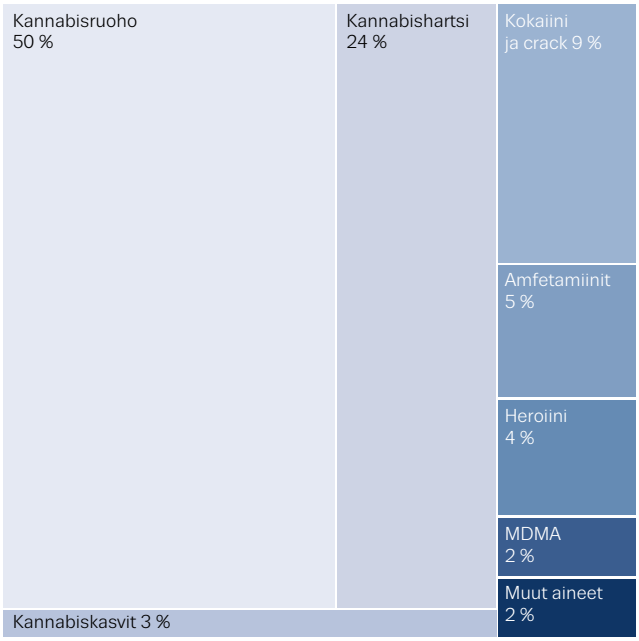
Huumetakavarikoista suurin osa kannabistakavarikkoja

Raporttien mukaan Euroopassa tehdään vuosittain yli miljoona laittomien huumausaineiden takavarikkoa. Useimmissa tapauksissa huumeita takavarikoidaan käyttäjiltä pieniä määriä, mutta takavarikoitujen huumeiden kokonaismäärissä ovat mukana myös salakuljettajilta ja tuottajilta takavarikoidut monen kilon erät.

Kannabis on yleisin takavarikoitu huume, ja Euroopassa tehdyistä takavarikoista yli kolme neljäsosaa (78 prosenttia) on kannabistakavarikkoja (kuva 1.1), mikä vastaa aineen suhteellisen yleistä käyttöä. Kokaiini on kokonaisluvuissa toisena (9 prosenttia). Amfetamiinien (5 prosenttia), heroiinin (4 prosenttia) ja MDMA:n (2 prosenttia) takavarikkoja on vähemmän.

KUVA 1.1

Ilmoitettujen takavarikkojen määrä vuonna 2014, jakauma huumeittain



KANNABIS

Hartsi

Takavarikkojen määrä

229 000 EU

243 000 EU + 2

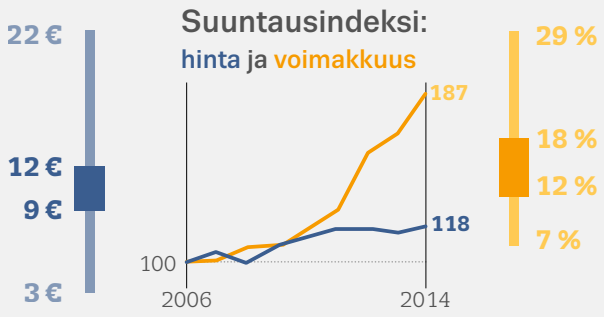
Takavarikoitu määrä

574 tonnia (EU)

606 tonnia (EU + 2)

Hinta (EUR/g)

Voimakkuus (THC-pitoisuus, %)



Ruoho

Takavarikkojen määrä

453 000 EU

501 000 EU + 2

Takavarikoitu määrä

139 tonnia (EU)

232 tonnia (EU + 2)

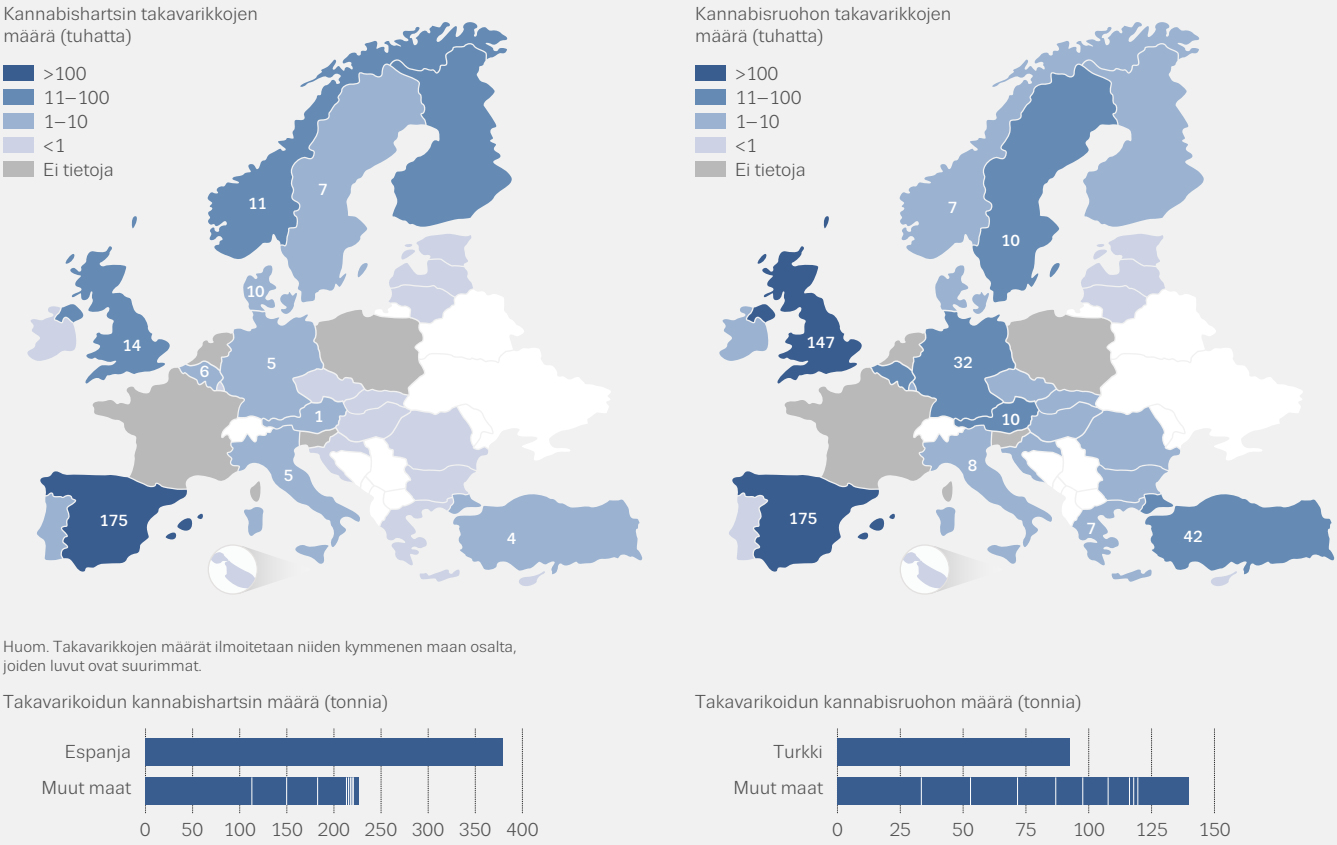
Hinta (EUR/g)

Voimakkuus (THC-pitoisuus, %)

EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkkia ja Norjaa. Kannabistuotteiden hinta ja voimakkuus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan.

KUVA 1.2

Kannabishartsin ja kannabisruohon takavarikot, vuosi 2014 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana



Vuonna 2014 noin 60 prosenttia kaikista Euroopan unionin takavarikkoja koskevista ilmoituksista tuli kahdesta maasta, Espanjasta ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta, vaikka Belgia, Saksa ja Italia ilmoittivat myös suurista takavarikkomääristä. On myös huomattava, että tuoreita tietoja takavarikkojen määristä ei ole saatu Ranskasta ja Alankomaista (jotka ovat aikaisemmin ilmoittaneet huomattavista takavarikoista) eikä Suomesta ja Puolasta. Näiden tietojen puuttuminen lisää tässä esitetyn analyysin epävarmuutta. Lisäksi Turkki on huumetakavarikkojen kannalta merkittävä maa. Osa siellä takavarikoiduista huumeista oli tarkoitettu käytettäväksi muissa maissa – sekä Euroopassa että Lähi-idässä – sekä paikalliseen kulutukseen.

Kannabistuotteiden monipuolisuus

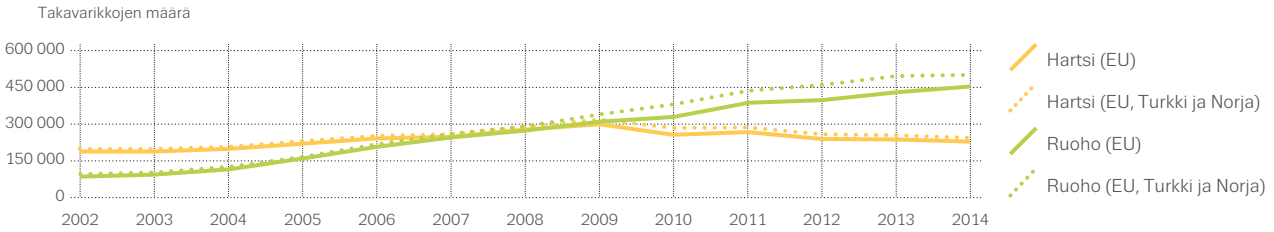
Euroopan huumemarkkinoilla tavataan yleisesti kahta keskeistä kannabistuotetta: kannabisruohoa (marihuana) ja kannabishartsia (hasis). Euroopassa käytetään sekä kotona kasvatettua että ulkomailta salakuljetettua kannabisruohoa. Euroopassa tuotettua kannabisruohoa kasvatetaan pääasiassa sisätiloissa. Suuri osa kannabishartsista tuodaan meri- tai ilmateitse Marokosta.

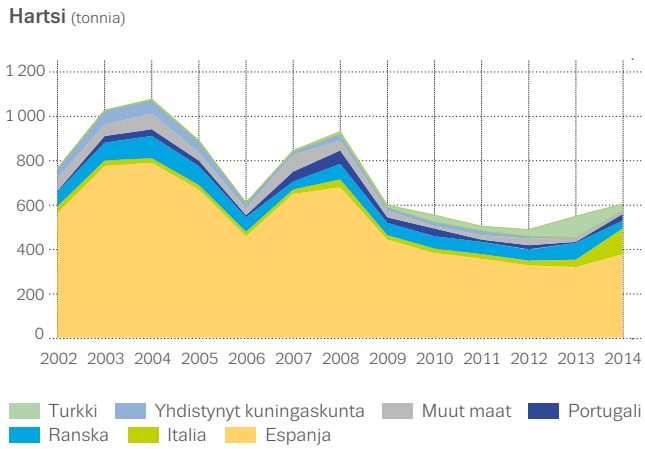
Vuonna 2014 Euroopan unionissa ilmoitettiin noin 682 000 kannabistakavarikkoa (453 000 kannabisruohotakavarikkoa ja 229 000 kannabishartsitakavarikkoa). Lisäksi takavarikoitiin 33 000 kannabiskasvia. Euroopan unionissa takavarikoidun kannabishartsin määrä (574 tonnia) ylittää kuitenkin edelleen selvästi kannabisruohon määrän (139 tonnia). Tämä johtuu osittain siitä, että kannabishartsia kuljetetaan suurina määrinä pitkiä matkoja ja kansallisten rajojen yli, minkä vuoksi se päätyy todennäköisemmin takavarikoitavaksi. Takavarikoituja kannabismääriä analysoitaessa havaitaan, että muutamassa maassa takavarikoidaan suhteettoman suuria määriä. Tämä johtuu siitä, että nämä maat sijaitsevat merkittävien kannabiksen salakuljetusreittien varrella. Esimerkiksi Espanjan osuus Euroopassa vuonna 2014 takavarikoidun kannabishartsin kokonaismäärästä oli noin kaksi kolmasosaa, sillä se on tärkeä saapumispaikka Marokossa tuotetulle kannabikselle (ks. kuva 1.2). Turkki on viime vuosina ilmoittanut suuremmista kannabisruohon takavarikkomääristä kuin mikään muu Euroopan maa.

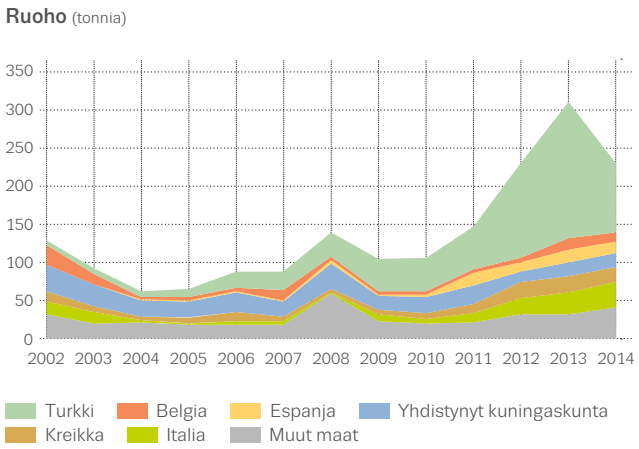
Euroopan unionissa tehtiin myös muita kannabistuotteiden takavarikkoja, muun muassa noin 200 kannabisöljytakavarikkoa.

KUVA 1.3

Kannabistakavarikkojen määrää ja takavarikoitua kannabismäärää koskevat suuntaukset: hartsi ja ruoho







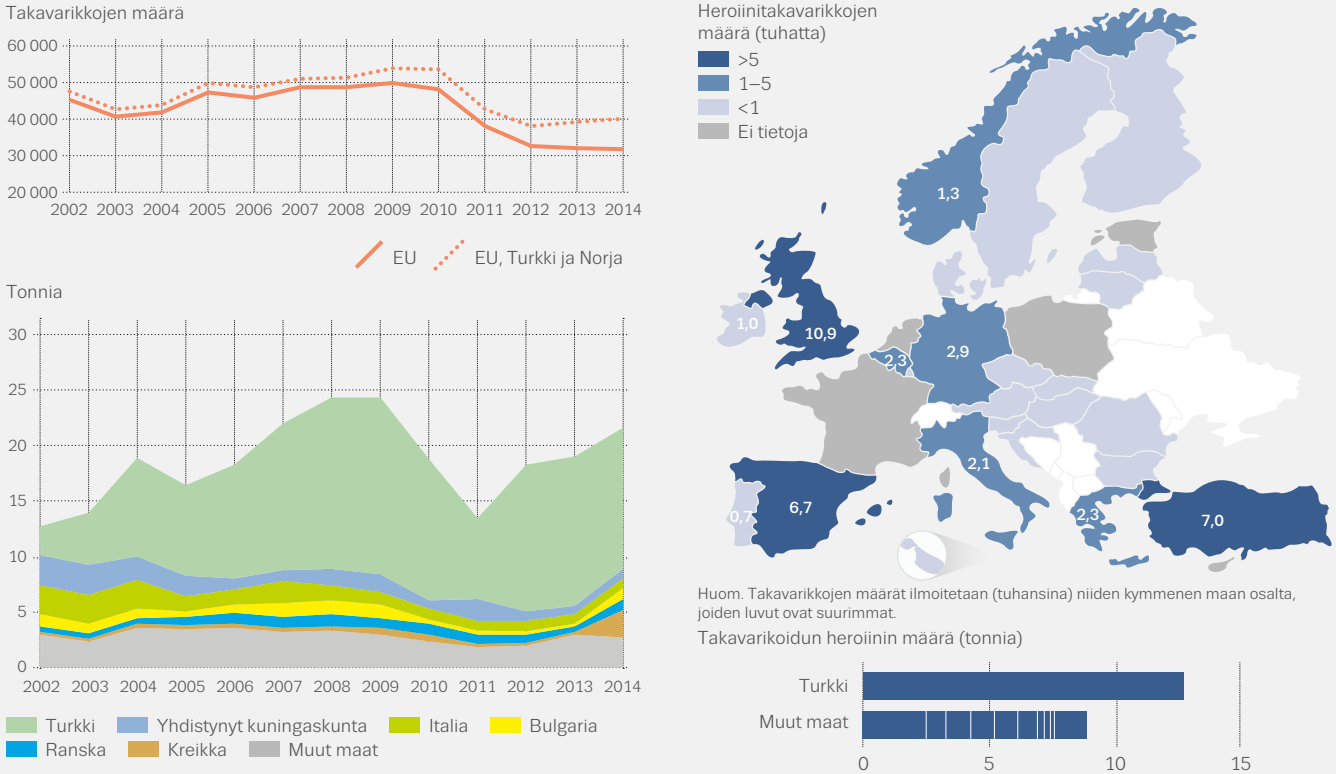
Kannabisruohon takavarikkojen määrä ohitti vuonna 2009 kannabishartsin takavarikkojen määrän Euroopassa, ja niiden ero kasvaa edelleen (kuva 1.3). Samaan aikaan takavarikoidun kannabisruohon määrä on edelleen kasvanut Euroopan unionissa. Tuoreimpien tietojen mukaan takavarikoidun hartsin määrä on kasvanut Euroopan unionissa, kun taas takavarikoidun kannabisruohon määrä on laskenut jyrkästi Turkissa.

Kannabiskasvien takavarikkotietojen voidaan katsoa toimivan indikaattorina huumeen maassa tapahtuvasta kasvatuksesta. Metodologiset ongelmat tarkoittavat, että kannabiskasvien takavarikkotietoihin on suhtauduttava varovaisesti. Takavarikoitujen kasvien määrä yli kaksinkertaistui 1,5 miljoonasta vuonna 2002 aina 3,4 miljoonaan vuonna 2014.

Säännöllisesti raportoivien maiden suuntausindeksin analyysi osoittaa, että kannabisruohon ja kannabishartsin voimakkuus (tetrahydrokannabinolin eli THC:n pitoisuus) on kasvanut merkittävästi vuodesta 2006 vuoteen 2014. Voimakkuuden kasvuun vaikuttaviin tekijöihin voi sisältyä intensiivisen tuotantotekniikan käyttöönotto Euroopassa ja viime aikoina voimakkaiden kasvien käyttöönotto Marokossa.

KUVA 1.4

Heroiinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun heroiinin määrä: suuntaukset ja vuosi 2014 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana



Opioidit: markkinoiden muutokset?

Heroiini on yleisin opioidi Euroopan huumemarkkinoilla. Tuontiheroiinia on perinteisesti ollut saatavana Euroopassa kahdessa muodossa: yleisempi on (kemiallisessa perusmuodossaan oleva) ruskea heroiini, jota tuodaan pääasiassa Afganistanista. Huomattavasti harvinaisempaa on valkoinen heroiini (suola), jota on tuotu perinteisesti Kaakkois-Aasiasta mutta jota saatetaan nykyisin tuottaa myös Afganistanissa tai sen naapurimaissa. Lainvalvontaviranomaisten vuonna 2014 Euroopassa takavarikoimia muita opioideja olivat oopiumi, lääkemorfiini, metadoni, buprenorfiini, tramadoli ja fentanyyli. Joitakin lääkeopioideja voidaan saada lääkevalmisteista, kun taas joitakin valmistetaan nimenomaisesti laittomia markkinoita varten.

Afganistan on edelleen maailman suurin laiton oopiumintuottaja. Arvioiden mukaan Euroopassa tavatusta heroiinista suurin osa valmistetaan Afganistanissa tai sen naapurimaissa Iranissa ja Pakistanissa. Opioidien tuotanto Euroopassa on perinteisesti liittynyt kotitekoisten unikkotuotteiden tuotantoon joissakin Itä-Euroopan maissa. Havainnot kahdesta laboratoriosta, jotka muuttivat morfiinia heroiiniksi Espanjassa, ja yhdestä Tšekin tasavallassa vuosina 2013–2014, osoittavat kuitenkin, että heroiinia saatetaan nyt valmistaa myös Euroopassa.

Heroiini saapuu Eurooppaan neljää eri reittejä. Kaksi tärkeintä ovat ”Balkanin reitti” ja ”eteläinen reitti”. Ensimmäinen näistä kulkee Turkin ja Balkanin maiden (Bulgarian, Romanian tai Kreikan) kautta aina Keski-, Etelä- ja Länsi-Eurooppaan. Viime aikoina Balkanin reitille on päässyt myös Syyrian ja Irakin kautta. Eteläisen reitin merkitys näyttää viime vuosina kasvaneen. Heroiinikuljetukset Iranista ja Pakistanista saapuvat Eurooppaan ilma- tai meriteitse joko suoraan tai Länsi-, Etelä- ja Itä-Afrikan maiden kautta. Muita, tällä hetkellä vähemmän tärkeitä reittejä ovat ”pohjoinen reitti” ja uusi heroiinireitti, joka näyttää kulkevan Etelä-Kaukasian ja Mustanmeren kautta.

Suhteellisen vakaan vuosikymmenen jälkeen heroiinin saatavuus väheni vuosina 2010–2011 usean Euroopan maan markkinoilla. Tämä ilmenee heroiinin takavarikkotiedoista: heroiinitakavarikkojen määrä laski Euroopan unionissa vuosina 2009–2014 noin 50 000:sta 32 000:een. Takavarikoidun heroiinin määrä on laskenut EU:ssa pitkällä aikavälillä, vuosina 2002–2012 noin 10 tonnista 5 tonniin, mutta tämän jälkeen määrä nousi selvästi 8,9 tonniin vuonna 2014. Tämä suuntauksen muutos johtuu suurten takavarikkojen (yli 100 kg) lisääntymisestä, ja useat maat ilmoittivat ennätyksellisistä heroiinitakavarikoista vuosina 2013–2014. Tuoreimmista tiedoista ilmenee, että Kreikassa ja pienemmässä määrin Bulgariassa heroiinitakavarikkojen määrä on kasvanut

merkittävästi. Turkki on vuodesta 2003 takavarikoinut enemmän heroiinia kuin mikään muu EU:n maa, noin 13 tonnia vuonna 2014 (kuva 1.4).

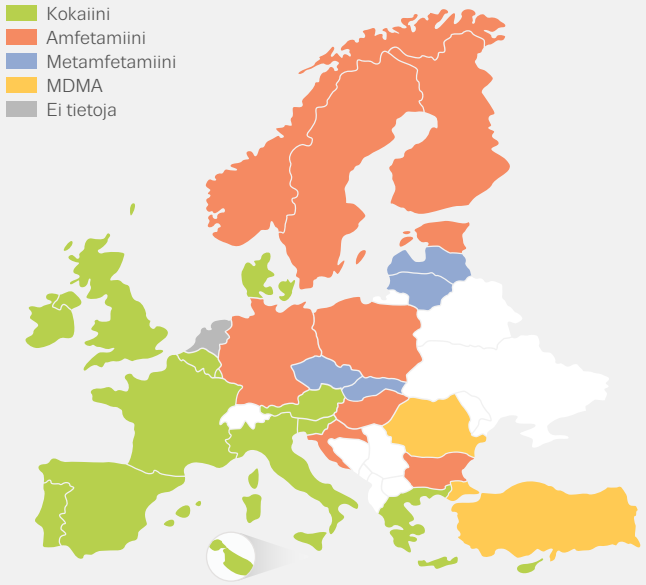
Säännöllisesti raportoivien maiden suuntausindeksi osoittaa, että heroiinin puhtaus lisääntyi Euroopassa vuonna 2014. Tämä yhdessä takavarikoitujen määrien kasvun ja muiden kehityssuuntien kanssa osoittaa, että on mahdollista, että tämän huumeen saatavuus lisääntyy.

Euroopan stimulanttimarkkinat: maantieteellinen jakauma

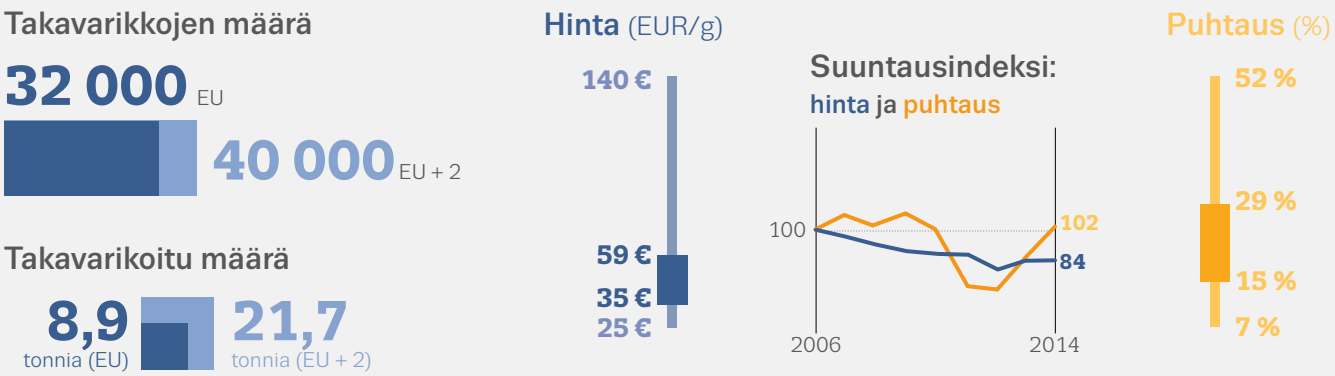
EU:n huumemarkkinoilla on saatavilla monia laittomia stimulantteja, ja alueellisia eroja esiintyy sen suhteen, mikä stimulantti on yleisimmin takavarikoitu (kuva 1.5). Nämä selittyvät pitkälti suurten tuotantolaitosten sijaintien sekä saapumissatamien ja salakuljetusreittien perusteella. Kokaiini esimerkiksi on useimmiten takavarikoitu stimulantti monissa Länsi- ja Etelä-Euroopan maissa, ja nämä vastaavat paikkoja, joiden kautta huume saapuu Eurooppaan. Amfetamiinitakavarikkoja on eniten Pohjois- ja Keski-Euroopassa, ja metamfetamiini on yleisin takavarikoitu stimulantti Tšekin tasavallassa, Slovakiassa, Latviassa ja Liettuassa. MDMA on yleisin takavarikoitu stimulantti Romaniassa ja Turkissa.

KUVA 1.5

Yleisin takavarikoitu stimulantti Euroopassa, 2014 tai tuoreimmat tiedot



HEROIINI



EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkkia ja Norjaa. Ruskean heroiinin hinta ja puhtaus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan.

Kokaiini: vakautuneet markkinat

Euroopassa on saatavana kokaiinia kahdessa muodossa, joista jauhemainen kokaiini (kokaiinihydrokloridi) on yleisempää. Crack-kokaiini on kokaiinin poltettava muoto (vapaa kokaiiniemäs), ja sen saatavuus on heikompaa. Kokaiinia valmistetaan kokapensaan lehdistä. Sitä tuotetaan miltei yksinomaan Boliviassa, Kolumbiassa ja Perussa, ja kokaiinia kuljetetaan Eurooppaan sekä ilma- että meriteitse. Kokaiinin kuljetusmenetelmät Eurooppaan ovat moninaisia. Niihin kuuluvat ilmakuljetukset kaupallisilla lennoilla, kaupalliset lentorahdit, nopeat pakkaus- ja postipalvelut ja yksityiset lentoalukset. Kokaiini voidaan salakuljettaa meritse suurissa erissä käyttämällä yksityisiä aluksia ja merikontteja. Espanjan, Belgian, Alankomaiden (vuoden 2012 tietojen perusteella), Ranskan ja Italian yhteenlaskettu osuus vuonna 2014 takavarikoidusta arvioidusta 61,6 tonnista on 84 prosenttia (kuva 1.6).

Vuonna 2014 Euroopan unionissa tehtiin noin 78 000 kokaiinitakavarikkoa. Tilanne on ollut suhteellisen vakaa vuodesta 2010, vaikka sekä takavarikkojen lukumäärä että takavarikoidun kokaiinin määrä ovat huomattavasti alhaisemmat kuin ennätysvuosina (kuva 1.6). Vaikka Espanjassa tehdään edelleen eniten kokaiinitakavarikkoja, on olemassa merkkejä siitä, että salakuljetusreitit Eurooppaan ovat monipuolistumassa, ja viime aikoina on ilmoitettu huumeen takavarikoista itäisen Välimeren, Itämeren ja Mustanmeren satamissa. Kaiken kaikkiaan suuntausindeksi osoittaa, että viime vuosina havaittu kokaiinin puhtauden lisääntyminen on nyt tasaantunut.

Lähtökemikaalit: sääntelemättömien aineiden lisääntynyt käyttö

Lähtökemikaalit ovat välttämättömiä synteettisten stimulanttien ja muiden huumeiden valmistuksessa. Niiden saatavuudella on suuri vaikutus markkinoihin sekä laittomissa laboratorioissa käytettyihin tuotantomenetelmiin. Koska monilla lähtökemikaaleilla on laillisia käyttötapoja, EU:n säädöksissä säännellään tiettyjä kemikaaleja, ja niiden kauppaa valvotaan tarkasti. Synteettisten huumeiden tuottajat pyrkivät minimoimaan valvonnan vaikutuksia käyttämällä sääntelemättömiä kemikaaleja lähtökemikaalien tuotannossa. Tämä toimintatapa voi kuitenkin myös lisätä havaitsemisriskiä, koska tarvitaan enemmän kemikaaleja ja enemmän jätettä muodostuu.

EU:n jäsenvaltioiden huumeiden lähtökemikaalien takavarikkoja ja pysäytettyjä toimituksia koskevissa tiedoissa vahvistetaan, että säänneltyjä ja sääntelemättömiä aineita käytetään Euroopan unionissa edelleen laittomien huumeiden, erityisesti amfetamiinien ja MDMA:n, tuotannossa (taulukko 1.1). Vuonna 2014 takavarikoitiin 6 062 kilogrammaa BMK:n lähtökemikaalin esiainetta alfa-fenyyliasetoasetonitriiliä (APAAN), vuonna 2013 määrä oli 48 802 kilogrammaa. Tämä jyrkkä lasku johtuu luultavasti tämän aineen luokittelusta lähtökemikaaliksi EU:n lainsäädännössä joulukuussa 2013. MDMA:n jatkuva saatavuus markkinoilla yhdistettynä MDMA:n lähtökemikaalin safrolin takavarikkomäärien laskuun – 13 837 litrasta vuonna 2013 nollaan litraan vuonna 2014 – osoittaa, että vaihtoehtoisia

KOKAIINI

Takavarikkojen määrä

78 000 EU

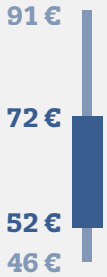
80 000 EU + 2

Takavarikoitu määrä

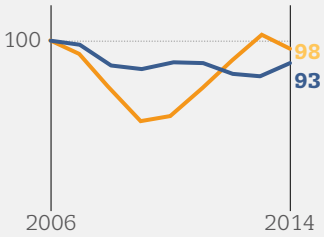
61,6 tonnia (EU)

62,1 tonnia (EU + 2)

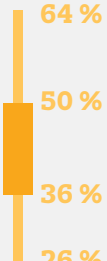
Hinta (EUR/g)



Suuntausindeksi: hinta ja puhtaus



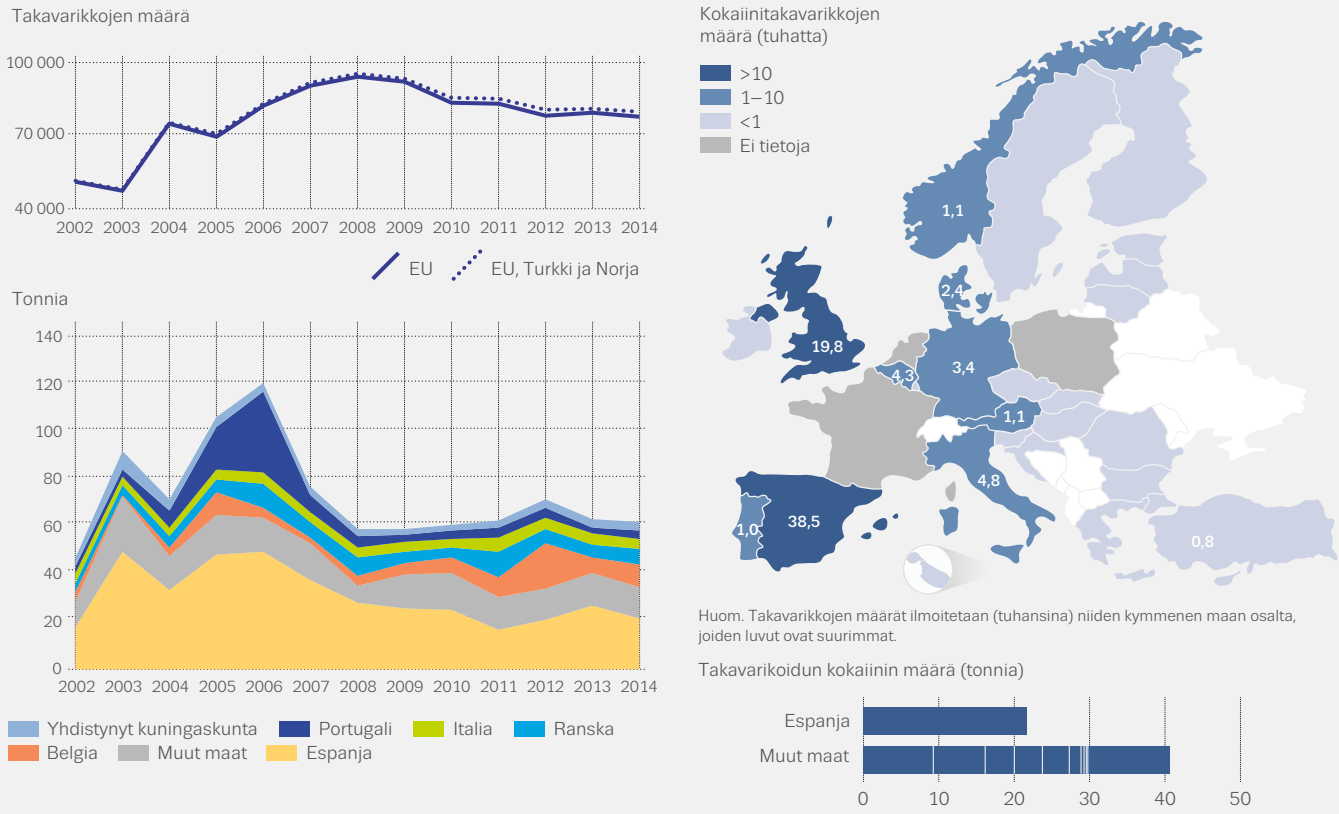
Puhtaus (%)



EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkkia ja Norjaa. Kokaiinin hinta ja puhtaus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan.

KUVA 1.6

Kokaiinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun kokaiinin määrä: suuntaukset ja vuosi 2014 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana



TAULUKKO 1.1

Yhteenveto Euroopassa valmistettujen tiettyjen synteettisten huumeiden lähtökemikaalien takavarikoista ja pysäytetyistä toimituksista vuonna 2014

	Takavarikot		Pysäytetyt toimitukset ([1])		YHTEENSÄ	
Lähtökemikaali / *lähtökemikaalin esiaine*	**Tapauksia**	**Määrä**	**Tapauksia**	**Määrä**	**Tapauksia**	**Määrä**
MDMA tai sitä muistuttavat aineet						
PMK (litraa)	1	5	0	0	**1**	**5**
Safroli (litraa)	0	0	2	1 050	**2**	**1 050**
Piperonaali (kg)	3	5	4	2 835	**7**	**2 840**
***PMK:n glysidijohdannaiset* (kg)**	6	5 575	1	1 250	**7**	**6 825**
Amfetamiini ja metamfetamiini						
BMK (litraa)	14	2 353	0	0	**14**	**2 353**
PAA, fenyylietikkahappo (kg)	1	100	2	190	**3**	**290**
Efedriini, irtotavarana (kg)	19	31	1	500	**20**	**531**
Pseudoefedriini, irtotavarana (kg)	8	12	0	0	**8**	**12**
***APAAN* (kg)**	18	6 062	1	5 000	**19**	**11 062**

([1]) Pysäytetyllä toimituksella tarkoitetaan toimitusta, jonka viejä on estänyt tai vapaaehtoisesti peruuttanut tai jota hän on lykännyt, koska aineiden epäillään kulkeutuvan laittomille markkinoille.

lähtökemikaaleja käytetään. Sääntelemättömien MDMA:n lähtökemikaalien esiaineiden, erityisesti PMK-glysidaten, takavarikot lisääntyivät vuonna 2014.

Amfetamiini ja metamfetamiini

Amfetamiini ja metamfetamiini ovat kaksi toisilleen läheistä sukua olevaa synteettistä stimulanttia, joista käytetään yleisnimitystä ”amfetamiinit”, ja joissakin tietosarjoissa näitä on vaikea erottaa toisistaan. Näistä kahdesta aineesta amfetamiini on ollut Euroopassa aina yleisempi, mutta viime vuosina metamfetamiinin saatavuuden lisääntymistä koskevien ilmoitusten määrä on kasvanut.

Molempia huumeita valmistetaan Euroopassa kotikäyttöön. Joitakin amfetamiineja ja metamfetamiineja valmistetaan myös vientiin, erityisesti Lähi-itään, jossa on markkinat Captagon-tableteille (joiden on ilmoitettu sisältävän amfetamiinia) Kaukoitään ja Oseaniaan. Eurooppa on myös kauttakulkukeskus Länsi-Afrikasta ja Iranista Lähi-idän markkinoille salakuljetettavalle metamfetamiinille. Amfetamiinia valmistetaan lähinnä Belgiassa, Alankomaissa, Puolassa, Saksassa ja pienemmässä määrin Baltian maissa. Viime aikoina tuotannon loppuvaiheet ovat siirtyneet, ja useista maista on saatu ilmoituksia, että amfetamiiniemäs muunnetaan amfetamiinisulfaatiksi niiden alueella.

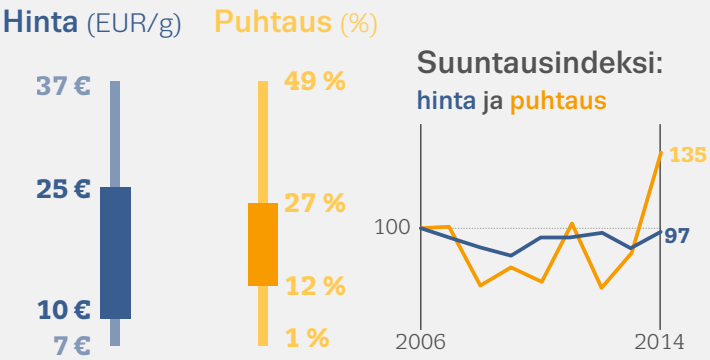
Suuri osa Euroopan metamfetamiinista tuotetaan Tšekin tasavallassa ja sen lähellä. Myös Alankomaissa ja Liettuassa on jonkin verran tuotantoa, kun taas Bulgariassa purettujen laboratorioiden määrä on lisääntynyt.

AMFETAMIINIT

Amfetamiini

Takavarikkojen määrä

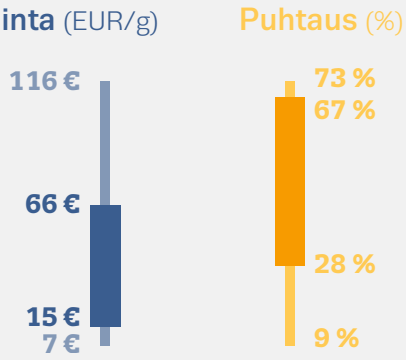
Takavarikoitu määrä



Metamfetamiini

Takavarikkojen määrä

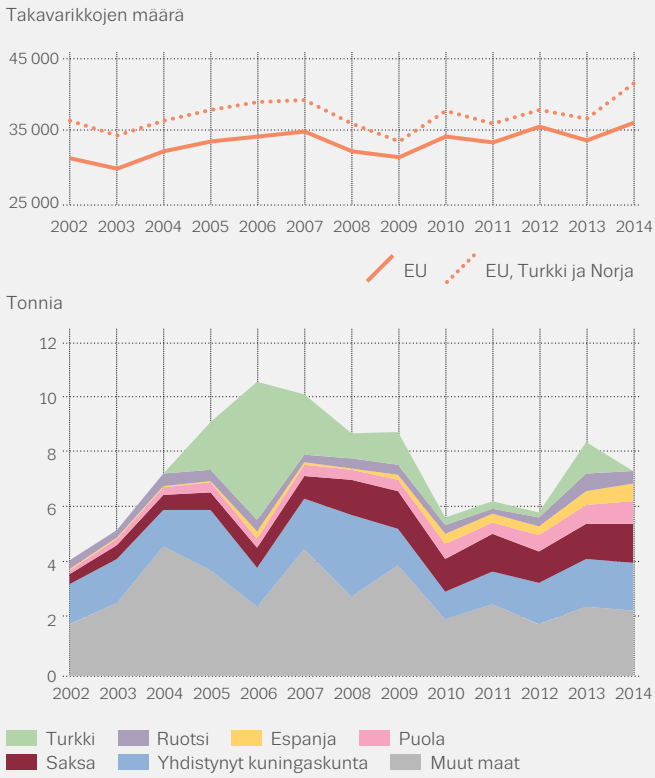
Takavarikoitu määrä

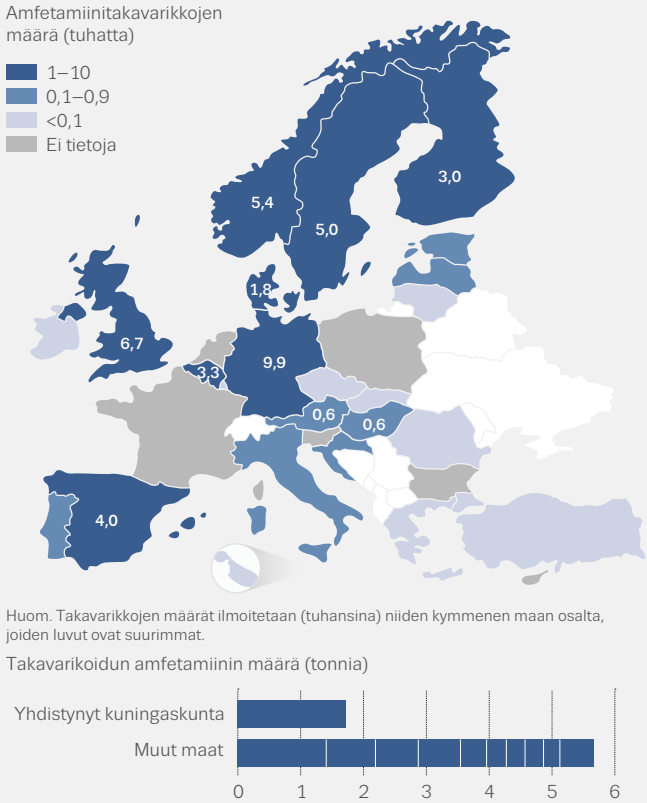


EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkkia ja Norjaa. Amfetamiinien hinta ja puhtaus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan. Metamfetamiinin osalta ei ole saatavilla suuntausindeksiä.

KUVA 1.7

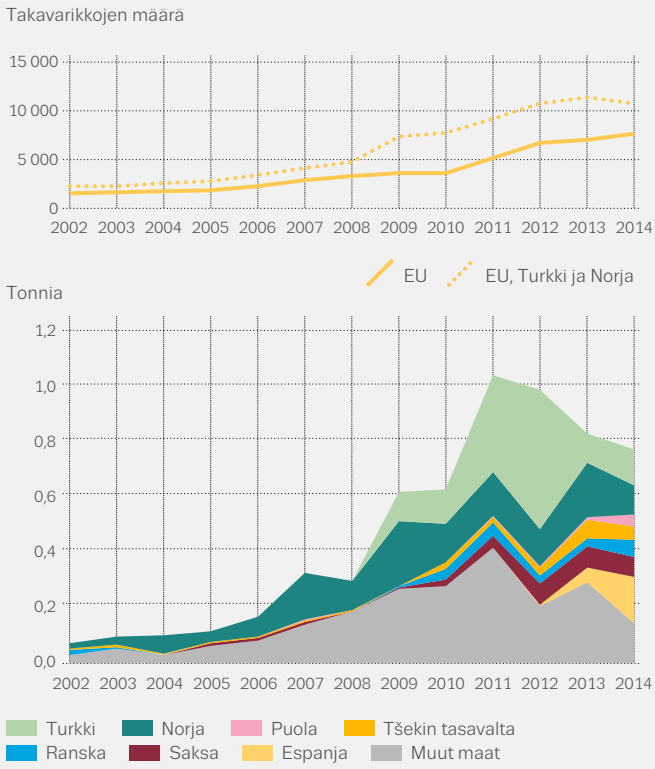
Amfetamiinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun amfetamiinin määrä: suuntaukset ja vuosi 2014 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

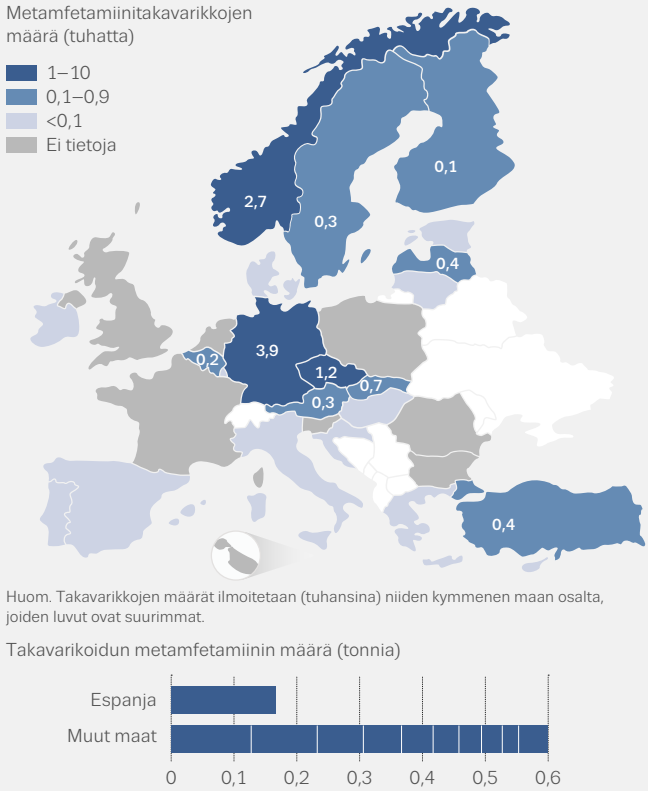




KUVA 1.8

Metamfetamiinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun metamfetamiinin määrä: suuntaukset ja vuosi 2014 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana





Liettua ja Bulgaria ovat ilmoittaneet metamfetamiinin tuotannosta, jossa käytetään bentsyylimetyyliketonia (BMK), kun taas Tšekin tasavallassa ja sen lähettyvillä käytetään efedriiniä ja pseudoefedriiniä. Tšekin tasavallassa metamfetamiinia on tuotettu lähinnä pienissä tiloissa käyttäjien omaan tai paikalliseen käyttöön. Tämä näkyy tuotantolaitosten suurena määränä tässä maassa (261 laitosta purettu vuonna 2013 Euroopan 294 laitoksesta). Viime aikoina tuotantomäärät ovat kuitenkin olleet nousussa ja uusia lähtökemikaalien esiaineita on käytetty. Järjestäytyneiden rikollisryhmien on ilmoitettu valmistavan tätä huumetta sekä kotimaisille markkinoille että vientiin.

Vuonna 2014 EU:n jäsenvaltiot tekivät 36 000 amfetamiinitakavarikkoa, joissa otettiin talteen 7,1 tonnia amfetamiinia. Kaiken kaikkiaan takavarikoidun amfetamiinin määrä Euroopan unionissa on noussut vuodesta 2002 (kuva 1.7). Metamfetamiinitakavarikkojen määrä on paljon pienempi. Vuonna 2014 niiden osuus oli noin viidesosa kaikista amfetamiinitakavarikoista. Euroopan unionissa tehtiin 7 600 metamfetamiinitakavarikkoa, joissa otettiin talteen 0,5 tonnia metamfetamiinia (kuva 1.8). Metamfetamiinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun metamfetamiinin määrä on ollut nousussa vuodesta 2002.

Metamfetamiinin ilmoitettu keskimääräinen puhtaus on yleensä korkeampi kuin amfetamiiniotosten. Vaikka suuntausindeksi osoittaa, että amfetamiinin puhtaus on lisääntynyt tuoreimpien tietojen mukaan, tämän huumeen keskimääräinen puhtaus on edelleen suhteellisen alhainen.

MDMA: suuriannoksisten tuotteiden lisääntyminen

Synteettinen aine MDMA (3,4-metyleenidioksi-metamfetamiini) muistuttaa kemiallisesti amfetamiineja, mutta sen vaikutus on erilainen. Ekstaasitabletit ovat perinteisesti olleet pääasiallinen MDMA-tuote markkinoilla, vaikka ne ovat usein sisältäneet monenlaisia MDMA:n kaltaisia aineita ja täysin muita kemikaaleja. Ilmoitusten mukaan suurin osa Euroopassa ekstaasina myydyistä tableteista sisälsi vähäisiä MDMA-pitoisuuksia tai ei lainkaan MDMA:ta. Tuoreen näytön perusteella tämä on kuitenkin muuttunut. Ilmoitusten mukaan suuriannoksisten MDMA-tablettien sekä MDMA-jauheen ja MDMA-kristallien saatavuus on lisääntynyt.

Euroopassa MDMA:n tuotanto näyttää keskittyvän Alankomaihin, joka on perinteisesti ilmoittanut suurimmat huumeen tuotantolaitosten lukumäärät. Näytön mukaan MDMA:n tuotanto väheni viime vuosikymmenen lopussa. Tätä kuvaavat Alankomaissa ja Belgiassa annetut ilmoitukset suurten tuotantolaitosten äskettäisestä purkamisesta. Nyt on kuitenkin ollut merkkejä uudesta noususta.

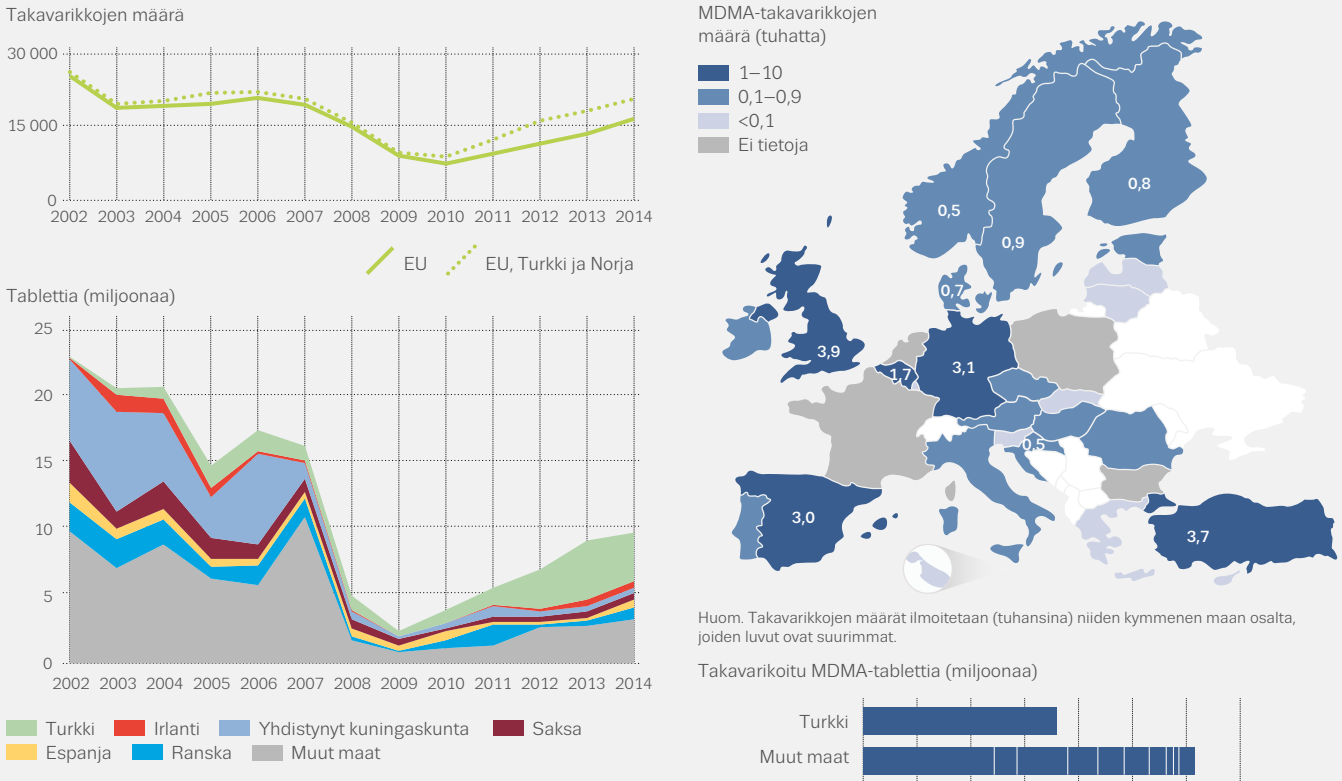
MDMA-takavarikkojen viimeaikaisten suuntausten arvioiminen on vaikeaa, koska maista, joilla on todennäköisesti suuri merkitys kokonaismäärään, ei ole käytettävissä tietoja. Vuonna 2014 tietoja ei ollut saatavilla Alankomaista, ja takavarikkojen lukumäärää koskevia tietoja ei ollut saatavilla Suomesta, Ranskasta, Puolasta ja Sloveniasta. Alankomaat ilmoitti takavarikoineensa 2,4 miljoonaa MDMA-tablettia vuonna 2012, ja jos vuoden 2014 luku on samanlainen, arvioidaan, että noin 6,1 miljoonaa MDMA-tablettia takavarikoitiin Euroopan unionissa kyseisenä vuonna. Tämä olisi yli kaksinkertainen määrä verrattuna vuonna 2009 takavarikoituun määrään. Vuonna 2014 takavarikoitiin lisäksi 0,2 tonnia MDMA-jauhetta. Turkissa takavarikoitiin myös suuria määriä MDMA:ta, yhteensä 3,6 miljoonaa MDMA-tablettia vuonna 2014 (kuva 1.9).

Säännöllisesti raportoivien maiden keskuudessa suuntausindeksi osoittaa myös MDMA-pitoisuuden lisääntyneen vuodesta 2010, ja vuonna 2012 Europol ja EMCDDA antoivat yhteisiä hälytyksiä sellaisten tuotteiden saatavuudesta, joiden MDMA-pitoisuus on suuri.

Europol ja EMCDDA antoivat yhteisiä hälytyksiä sellaisten tuotteiden saatavuudesta, joiden MDMA-pitoisuus on suuri

KUVA 1.9

MDMA-takavarikkojen määrä ja takavarikoidun MDMA:n määrä: suuntaukset ja vuosi 2014 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana



MDMA

Takavarikkojen määrä

17 000 EU

21 000 EU + 2

Takavarikoitu määrä

6,1 miljoonaa tablettia (EU)

9,8 miljoonaa tablettia (EU + 2)

Hinta
(EUR/tabletti)

16 €
9 €
5 €
3 €

Suuntausindeksi:
hinta ja puhtaus

100
204
85
2006
2014

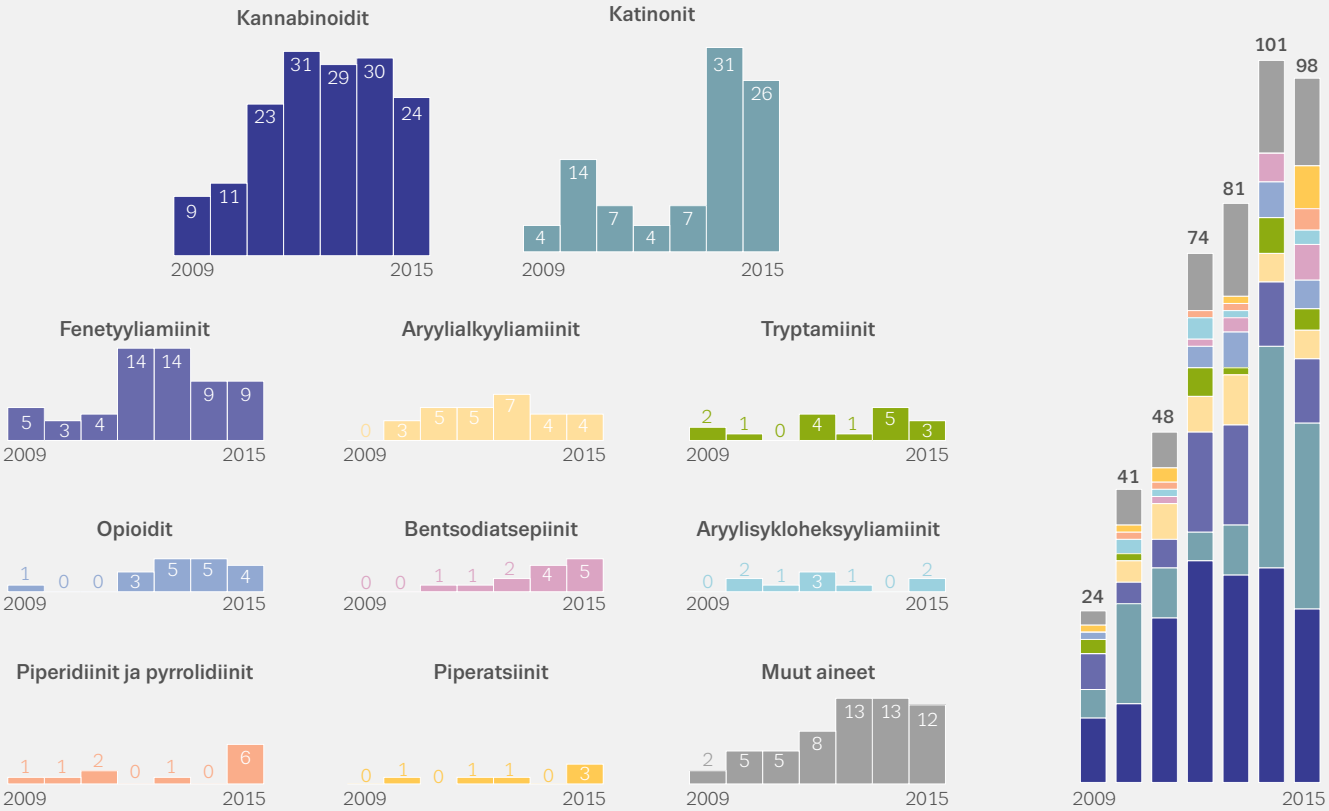
Puhtaus
(mg MDMA:ta / tabletti)

131
95
68
18

EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkkia ja Norjaa. MDMA:n hinta ja puhtaus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan.

KUVA 1.10

EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ensimmäistä kertaa ilmoitettujen uusien psykoaktiivisten aineiden määrä ja ryhmät vuosina 2009–2015



LSD:n, GHB:n, ketamiinin ja mefedronin takavarikot

Euroopan unionissa on takavarikoitu monia muita laittomia huumeita. Vuonna 2014 tehtiin muun muassa 1 700 LSD-takavarikkoa, joista olisi saatu 156 000 annosta. Lisäksi Belgiassa takavarikoitiin 3 kilogrammaa LSD:tä, suurin Belgiassa koskaan takavarikoitu määrä. Useimpien muiden huumeiden osalta eri maiden välinen vertailu tai suuntausten analyysi ei ole mahdollista epätäydellisten tietojen vuoksi. Vuonna 2014 GHB:n tai GBL:n takavarikkoja koskevat ilmoitukset tulivat 18 maasta. Takavarikkoja tehtiin yhteensä 1 243, ja niissä otettiin talteen 176 kilogrammaa ja 544 litraa huumetta. Näistä takavarikoista Belgian (40 prosenttia) että Norjan (34 prosenttia) osuus oli yli kolmasosa. Yksitoista maata ilmoitti 793 ketamiinitakavarikkoa, joissa otettiin talteen 246 kilogrammaa ketamiinia. Yli puolet näistä takavarikoista tehtiin Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Kymmenessä maassa tehtiin 1 645 mefedronitakavarikkoa, joissa otettiin talteen 203 kilogrammaa mefedronia. Melkein kaikki mefedronin takavarikkoa koskevat ilmoitukset tulivat Yhdistyneestä kuningaskunnasta (101 kilogrammaa) ja Kyproksesta (99 kilogrammaa).

Uudet psykoaktiiviset aineet: markkinoiden monipuolistuminen

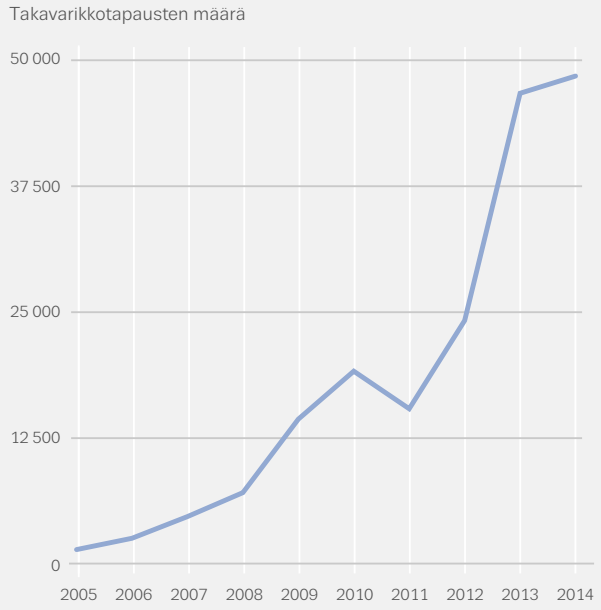
EMCDDA seuraa monia uusia psykoaktiivisia aineita. Näihin kuuluvat synteettiset kannabinoidit, synteettiset katinonit, fenetyyliamiinit, opioidit, tryptamiinit, bentsodiatsepiinit, aryylialkyyliamiinit ja monet muut aineet. Vuonna 2015 havaittiin 98 uutta ainetta, joten seurattavien aineiden määrä nousi yli 560:een, joista 380 (70 prosenttia) havaittiin viiden viime vuoden aikana (kuva 1.10).

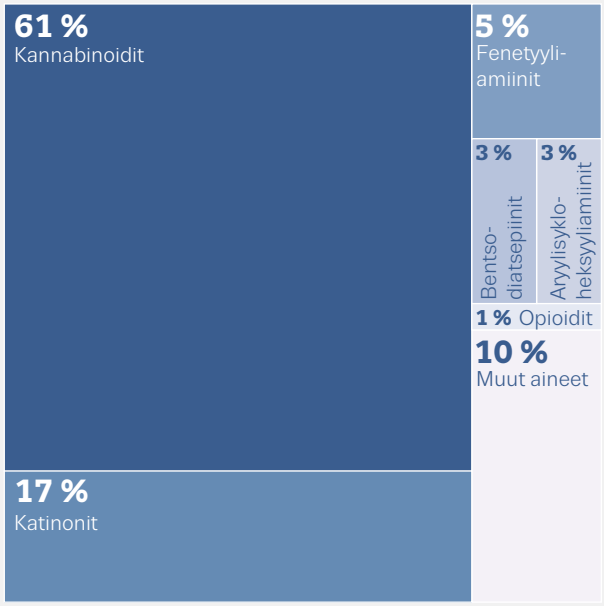
Vuodesta 2008 on havaittu 160 synteettistä kannabinoidia monissa eri tuotteissa – myös 24 uutta kannabinoidia, jotka havaittiin vuonna 2015. Synteettisiä kannabinoidia myydään kannabiksen "laillisina" korvikkeina, ja niitä saatetaan mainostaa "eksoottisina suitsukeseoksina", joita "ei ole tarkoitettu ihmisten käyttöön" kuluttajansuoja- ja lääkelainsäädännön kiertämiseksi. Tämä on suurin uusien huumeiden ryhmä, jota EMCDDA seuraa, ja se kuvaa kannabiksen suurta kysyntää Euroopassa ja valmistajien kykyä saattaa uusia kannabinoideja markkinoille, kun olemassa oleviin kannabinoideihin kohdistetaan valvontatoimia.

EMCDDA:n seuraamista aineryhmistä synteettiset katinonit ovat toiseksi suurin. Nämä havaittiin ensimmäistä

KUVA 1.11

EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoitettujen uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikkojen määrät: vuonna 2014 ryhmien mukaan jaoteltuina ja suuntaukset





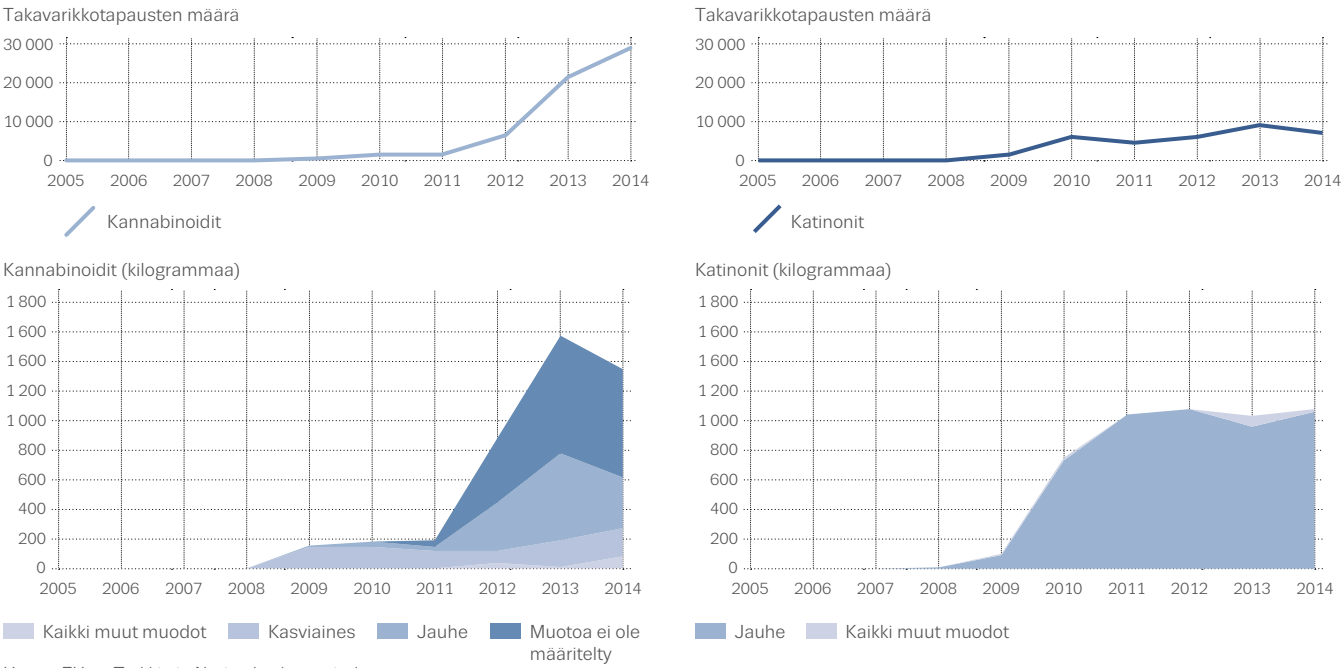
Huom. EU:n jäsenvaltioita, Turkkia ja Norjaa koskevat tiedot.

kertaa Euroopassa vuonna 2004, ja sen jälkeen on havaittu 103 uutta katinonia, 26 vuonna 2015. Synteettisiä katinoneja myydään yleensä stimulanttien, kuten amfetamiinin, MDMA:n ja kokaiinin, ”laillisina” korvikkeina.

EMCDDA seuraa tällä hetkellä 14:ää uutta ja valvomatonta bentodiatsepiinia. Väärentäjät käyttävät näitä joskus valmistaakseen väärennettyjä lääkkeitä, joita myydään Eurooppaan. Esimerkkejä tästä käytännöstä ovat

KUVA 1.12

EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoitetut synteettisten kannabinoidien ja katinonien takavarikot: takavarikkojen määrää ja takavarikoitua määrää koskevat suuntaukset



Huom. EU:ta, Turkkia ja Norjaa koskevat tiedot.

väärennetyt alpratsolaamitabletit, jotka takavarikoitiin vuonna 2015 ja joiden havaittiin sisältävän flubromatsolaamia, ja väärennetyt diatsepaamitabletit, jotka sisälsivät fenatsepaamia. Joissakin Euroopan maissa näistä väärennetyistä lääkkeistä on tullut tärkeä osa laittomista huumemarkkinoista.

Uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikkojen lisääntyminen

EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoitetut tapauskohtaiset takavarikkotiedot osoittavat, että uudet huumemarkkinat kasvavat jatkuvasti. Vuonna 2014 eri puolilla Eurooppaa tehtiin melkein 50 000 uuden aineen takavarikkoa, ja ne painoivat lähes 4 tonnia (kuva 1.11). Suurin osa näistä koski synteettisiä kannabinoideja, melkein 30 000 takavarikkoa, ja ne painoivat yli 1,3 tonnia (kuva 1.12). Synteettiset katinonit olivat toiseksi suurin takavarikkoryhmä, yli 8 000 takavarikkoa, ja ne painoivat yli tonnin. Synteettisten kannabinoidien ja katinonien osuus oli yhteensä lähes 80 prosenttia takavarikkojen kokonaismäärästä ja yli 60 prosenttia vuonna 2014 takavarikoidusta määrästä. Muita ryhmiä olivat valvomattomat bentsodiatsepiinit ja voimakkaat huumaavat kipulääkkeet, kuten fentanyylit, joita saatetaan myydä heroiinina.

Vuonna 2014 tehdyistä uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikoista suurin osa koski synteettisiä kannabinoideja, joiden osuus oli yli 60 prosenttia takavarikkojen kokonaismäärästä ja melkein 35 prosenttia takavarikoidusta määrästä (kuva 1.11). Useimmat olivat jauhetakavarikkoja, usein irtotavarana. Loput oli yleensä takavarikoitu kasviaineksena, johon ainetta oli ruiskutettu. Jauheita käytetään "laillisina huumeina" myytyjen tuotteiden valmistuksessa, ja takavarikot vastaavat miljoonia annoksia. Viisi yleisintä kannabinoidia, joita takavarikoitiin jauheena vuonna 2014, olivat AM-2201 (70 kilogrammaa), MDMB-CHMICA (40 kilogrammaa), AB-FUBINACA (35 kilogrammaa), MAM-2201 (27 kilogrammaa) ja XLR-11 (5F-UR-144) (26 kilogrammaa).

Vuonna 2014 synteettisten kannabinoidien osuus oli yli 15 prosenttia uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikkomääristä ja melkein 35 prosenttia takavarikoidusta kokonaismäärästä (kuva 1.11). Viisi yleisintä katinonia olivat mefedroni (222 kilogrammaa) ja sen isomeerit 3-MMC (388 kilogrammaa) ja 2-MMC (55 kilogrammaa) sekä pentedroni (136 kilogrammaa) ja alpha-PVP (135 kilogrammaa).

Huumemarkkinat: poliittiset toimet

Laittomien huumeiden tarjonnan ja salakuljetuksen maailmanlaajuisen luonteen vuoksi vastatoimien toteuttaminen on monimutkaista. Päätöksentekijöiden käytettävissä on runsaasti eri vaihtoehtoja tarjonnan vähentämiseksi, mukaan lukien huumausainestrategiat ja oikeudelliset keinot sekä sääntely- ja lainvalvontatoimet. Monet EU:n toimielimet yhteensovittavat eurooppalaisia tarjonnan vähentämiseen tähtääviä aloitteita. Tässä prosessissa käytetään useita strategisia suunnitteluvälineitä: EU:n huumausainestrategia 2013–2020 ja sen nykyinen toimintasuunnitelma 2013–2016, vakavaa kansainvälistä rikollisuutta koskeva EU:n toimintapoliittinen sykli ja EU:n turvallisuusstrategiat. Huumekauppaan liittyvän lainvalvonnan haasteiden laajuus ja järjestäytyneiden rikollisryhmien kasvava erikoistuminen käyvät selvästi ilmi strategioiden kattamista eri poliittisista aloista. Näihin kuuluvat esimerkiksi turvallisuus-, meri-, maahanmuutto- ja kehityspolitiikka. Niihin kuuluvat toimet, joilla edistetään tiedusteluun perustuvaa poliisitoimintaa, merivalvontaa ja -kuljetuksia, laittomien rahavirtojen havaitsemista ja torjumista, rajavalvontaa, teollisuuskemikaalien siirtoja ja vaihtoehtoisia kehittämistoimia. Euroopan unioni tekee myös yhteistyötä monien kansainvälisten kumppaneiden kanssa tarjonnan vähentämistoimien toteuttamiseksi.

Kansallisella tasolla jäsenvaltioiden on käsiteltävä huumemarkkinoiden monimutkaista dynamiikkaa, ja useimmilla on kansallisia turvallisuusstrategioita ja poliittisia strategioita, joilla vähennetään huumeiden tarjontaa. Kaikki maat – kahta lukuun ottamatta – ovat esittäneet huumausainepolitiikkansa kansallisissa huumausainestrategioissa, joihin sisältyy usein tarjonnan ja kysynnän vähentämisaloitteita. Poikkeukset ovat Itävalta, jolla on alueellisia huumausainestrategioita, ja Tanska, jonka kansallinen huumausainepolitiikka on esitetty eri strategisissa asiakirjoissa, lainsäädännössä ja konkreettisissa toimissa. Huumausainestrategiat ovat yleensä määräaikaisia asiakirjoja, joissa esitetään yleensä tavoitteet ja painopisteet sekä erityistoimet ja niiden toteutuksesta vastaavat tahot. Huumausainepolitiikasta on viime vuosina tullut entistä monimutkaisempi. Tämä näkyy

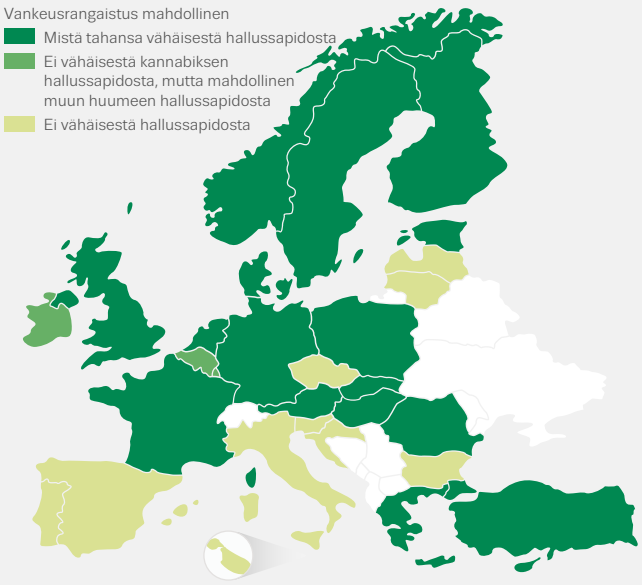
Maat ovat esittäneet huumausainepolitiikkansa kansallisissa huumausainestrategioissa

KUVA 1.13

Kansalliset huumausainestrategiat ja toimintasuunnitelmat: saatavuus ja laajuus

KUVA 1.14

Laissa säädetyt seuraamukset: huumeiden hallussapidosta henkilökohtaiseen käyttöön voidaan määrätä vankeutta (vähäiset rikokset)



tilanteesta, jossa EU:n jäsenvaltioiden kansallisten strategioiden soveltamisalaa on laajennettu, lähes kolmasosa strategioista kattaa laittomien huumeiden lisäksi lailliset huumeet ja joissakin tapauksissa päihderiippuvuuden (kuva 1.13).

Oikeudelliset ratkaisut huumeiden tarjontaan ja hallussapitoon

Jäsenvaltiot toteuttavat toimia laittomien huumeiden tarjonnan ehkäisemiseksi kolmen Yhdistyneiden kansakuntien yleissopimuksen perusteella. Nämä tarjoavat kansainvälisen kehyksen 240 psykoaktiivisen aineen tuotannon, kaupan ja hallussapidon valvonnalle. Kukin maa on velvollinen käsittelemään laitonta huumausainekauppaa rikoksena, mutta laissa määrätyt rangaistukset vaihtelevat valtioittain. Joissakin maissa huumeiden tarjontarikoksista määrätään vain yhdenlaisia seuraamuksia laajaa ankaruusasteikkoa soveltaen, kun taas joissakin maissa tehdään ero lievien ja törkeiden tarjontarikosten välille ja seuraamukset vaihtelevat vastaavasti.

Kunkin maan on myös käsiteltävä huumeiden hallussapitoa henkilökohtaista käyttöä varten rikoksena, ellei maan perustuslaillisista periaatteista ja sen oikeusjärjestelmän peruskäsitteistä muuta johdu. Tätä sopimuskohtaa ei ole tulkittu yhtenäisesti, mikä näkyy erilaisina oikeudellisina lähestymistapoina Euroopan maissa ja muualla. Eri puolella Eurooppaa on noin vuodesta 2000 lähtien vallinnut yleinen suuntaus, jonka myötä huumeiden henkilökohtaiseen käyttöön liittyvistä lievistä rikoksista saa entistä epätodennäköisemmin vankeusrangaistuksen. Joissakin maissa on menty niin pitkälle, että hallussapidosta henkilökohtaiseen käyttöön voi saada vain muun kuin rikosoikeudellisen seuraamuksen, useimmiten sakon (kuva 1.14).

Huumausainerikokset: määrä kasvanut pitkällä aikavälillä

Huumeiden tarjonnan ja käytön estämiseen tarkoitettujen lakien täytäntöönpanoa valvotaan huumerikoksia koskevien tietojen avulla. Vuonna 2014 Euroopan unionissa ilmoitettiin arviolta 1,6 miljoonaa rikosta (useimmat liittyivät kannabikseen, 57 prosenttia), joihin osallistui noin 1 miljoonaa rikoksentekijää. Vuosina 2006–2014 ilmoitettujen rikosten määrä lisääntyi lähes kolmanneksella (34 prosenttia).

Useimmissa Euroopan maissa suurin osa ilmoitetuista huumausainerikoksista liittyy huumausaineen käyttöön tai sen hallussapitoon käyttöä varten. Euroopassa näitä oli vuonna 2014 kaikkiaan arviolta yli miljoona. Tämä luku on kasvanut 24 prosenttia vuodesta 2006. Ilmoitetuista hallussapitoon liittyvistä huumausainerikoksista yli kolmessa neljäsosassa oli kyse kannabiksesta. Kannabiksen, amfetamiinin ja MDMA:n hallussapitoon liittyvien rikosten lisääntyminen on jatkunut vuonna 2014 (kuva 1.15).

Kaiken kaikkiaan ilmoitukset huumeiden tarjontarikoksista ovat lisääntyneet 10 prosenttia vuodesta 2006: vuonna 2014 tapauksia oli arviolta yli 214 000. Useimmissa tarjontarikoksissa kyse oli kannabiksesta, aivan kuten hallussapitorikostenkin kohdalla. Kokaiinin, heroiinin ja amfetamiinien osuus tarjontarikoksista oli kuitenkin suurempi kuin hallussapitorikoksista henkilökohtaiseen käyttöön. Heroiinin ja kokaiinin tarjontarikosten väheneminen ei ole jatkunut vuoteen 2014, ja ilmoitukset MDMA:n tarjontarikoksista ovat lisääntyneet jyrkästi (kuva 1.15).

Korvaushoitolääkkeiden laittomille markkinoille kulkeutumisen estäminen

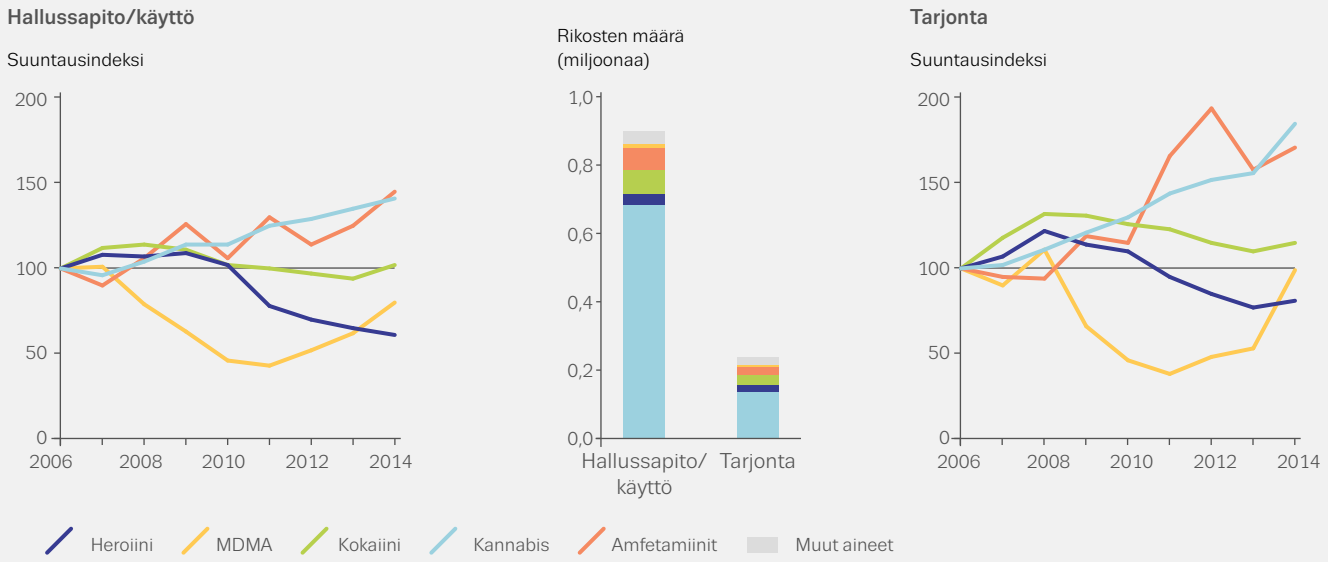
Opioidikorvaushoitolääkkeiden käyttö muuhun kuin niiden suunniteltuun käyttötarkoitukseen ja myyminen laittomilla huumemarkkinoilla aiheuttaa huolta. Laittomille markkinoille kulkeutumisella tarkoitetaan reseptilääkkeiden jakamista, myymistä, kauppaa tai pois antamista. Tämä voi tapahtua vapaaehtoisesti (tahallinen tarjoaminen toiselle henkilölle) tai tahattomasti (tahaton tarjoaminen, kuten annosten katoaminen tai varkaus).

Kansallisella tasolla pannaan täytäntöön eri strategioita, joilla estetään korvaushoitolääkkeiden kulkeutuminen laittomille markkinoille. Näihin kuuluvat koulutuksen tarjoaminen klinikoille ja potilaille; strategioiden täytäntöönpano hoidon noudattamisen varmistamiseksi tarkoituksenmukaisilla lääkemääräyksillä ja annostuksen valvonnalla; lääkkeiden annostelu väärinkäytön estämiseksi; sähköisten lääkeannostelijoiden käyttö ja valvontatoimien käyttö, kuten potilaiden myrkytystestit, pillereiden laskeminen ja ennalta ilmoittamaton valvonta. Järjestelmätason sääntely voi tapahtua apteekkien liiketoimia koskevien rekistereiden avulla ja käyttämällä kurinpitotoimia epäasianmukaisten lääkemääräysten ehkäisemiseksi.

Hiljattain tehdyssä eurooppalaisessa selvityksessä osoitetaan, että monilla näistä toimenpiteistä voidaan vähentää kulkeutumista laittomille markkinoille, vaikkakin toimien mahdollisista tahattomista vaikutuksista raportoidaan harvoin. Tällä hetkellä haasteena on varmistaa, että korvaushoitolääkkeet ovat helposti potilaiden saatavilla ja samalla luoda asianmukaisia ennaltaehkäisy- ja sääntelytoimenpiteitä, joilla vähennetään näiden lääkkeiden kulkeutumista laittomille markkinoille.

KUVA 1.15

Euroopan huumausainerikokset liittyvät huumeiden käyttöön tai hallussapitoon käyttöä varten tai huumeiden tarjontaan: suuntausindeksi ja ilmoitetut rikokset vuonna 2014



LISÄTIETOJA

EMCDDA:n julkaisuja

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

Strategies to prevent diversion of Opioid Substitution Treatment, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Opioid trafficking routes, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Technical reports.

The Internet and drug markets, Technical reports.

2014

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Perspectives on Drugs.

Drug policy profiles – Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles – Poland, EMCDDA Papers.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

The new EU drugs strategy (2013–20), Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Drug policy profiles: Portugal

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Trendspotter meeting reports.

Uusien psykoaktiivisten aineiden haasteisiin vastaaminen. Teemana huumeet.

EMCDDA:n ja Europolin yhteisiä julkaisuja

2016

EU Drug markets report: in-depth analysis.

EU Drug markets report: a strategic overview.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α-PVP), Joint Reports.

EMCDDA–Europol 2014 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Kaikki julkaisut ovat saatavana osoitteesta www.emcdda.europa.eu/publications

2

Euroopassa huumeidenkäyttö kattaa nyt entistä laajemman valikoiman aineita

Huumeidenkäytön yleisyys ja suuntaukset

Euroopassa huumeidenkäyttö kattaa nyt entistä laajemman valikoiman aineita. Huumeidenkäyttäjillä huumeiden sekakäyttö on yleistä ja yksilölliset käyttötavat vaihtelevat kokeilukäytöstä säännölliseen käyttöön ja riippuvuuskäyttöön. Yleisesti huumeiden käyttö on yleisempää miehillä kuin naisilla, ja eroa korostavat usein myös runsaampi tai säännöllisempi käyttö. Kannabiksen käyttö on viisinkertaista muihin aineisiin verrattuna. Vaikka heroiinin ja muiden opioidien käyttö on yhä suhteellisen harvinaista, nämä huumeet liitetään edelleen useimmiten haitallisempiin käyttötapoihin, muun muassa suonensisäiseen käyttöön.

Huumeidenkäytön seuranta

EMCDDA kerää ja ylläpitää tietoja, jotka kattavat huumeidenkäytön ja huumeiden käyttötavat Euroopassa.

Yleisistä väestötutkimuksista saatavat tiedot voivat antaa yleiskuvan huumeiden viihdekäytön yleisyydestä. Näitä tutkimustuloksia voidaan täydentää yhdyskuntajätevesien huumejäämien yhteisötason analyyseillä, joita suoritetaan kaupungeissa eri puolella Eurooppaa.

Tutkimuksilla, joissa esitetään arvioita suuren riskin huumeidenkäytöstä, voidaan auttaa tunnistamaan huumeidenkäyttöön liittyvien ongelmien laajuutta, kun taas huumehoitoon hakeutuvia asiakkaita koskevilla tiedoilla – kun niitä tarkastellaan yhdessä muiden indikaattoreiden kanssa – voidaan lisätä tietämystä suuren riskin huumeidenkäytön luonteesta ja suuntauksista.

Neljännes eurooppalaisista on kokeillut laittomia huumeita

Arviolta vähän yli neljäsosa Euroopan unionin 15–64-vuotiaista eli yli 88 miljoonaa aikuista on kokeillut jossakin vaiheessa elämäänsä jotakin laitonta huumausainetta. Miesten (54,3 miljoonaa) huumeiden käyttö on yleisempää kuin naisten (34,8 miljoonaa). Yleisimmin käytetty huume on kannabis (51,5 miljoonaa miestä ja 32,4 miljoonaa naista), kun taas muita aineita ainakin kerran kokeilleita on paljon vähemmän (kokaiini: 11,9 miljoonaa miestä ja 5,3 miljoonaa naista; MDMA:

9,1 miljoonaa miestä ja 3,9 miljoonaa naista; amfetamiinit: 8,3 miljoonaa miestä ja 3,8 miljoonaa naista). Kannabista ainakin kerran elämässään käyttäneiden aikuisten määrä vaihtelee suuresti eri maissa: Ranskassa tähän ryhmään kuuluu kaksi viidesosaa aikuisista, Tanskassa ja Italiassa kolmasosa aikuisista ja Bulgariassa, Maltalla, Romaniassa ja Turkissa alle kymmenesosa aikuisista.

Huumeidenkäytöstä viime vuoden aikana saa hyvän mittarin viimeaikaisesta huumeidenkäytöstä, ja huumeita käyttävät lähinnä nuoret (15–34-vuotiaat). Viime vuonna arviolta 17,8 miljoonaa nuorta aikuista on käyttänyt huumeita, miesten osuus oli kaksinkertainen naisiin verrattuna.

Kannabiksen käytössä kansallista vaihtelua

Kaikki ikäryhmät käyttävät laittomista huumeista todennäköisimmin kannabista. Kannabista käytetään yleensä polttamalla, ja Euroopassa se sekoitetaan usein tupakkaan. Kannabiksen käyttötavat vaihtelevat satunnaisesta käytöstä säännölliseen käyttöön ja riippuvuuskäyttöön.

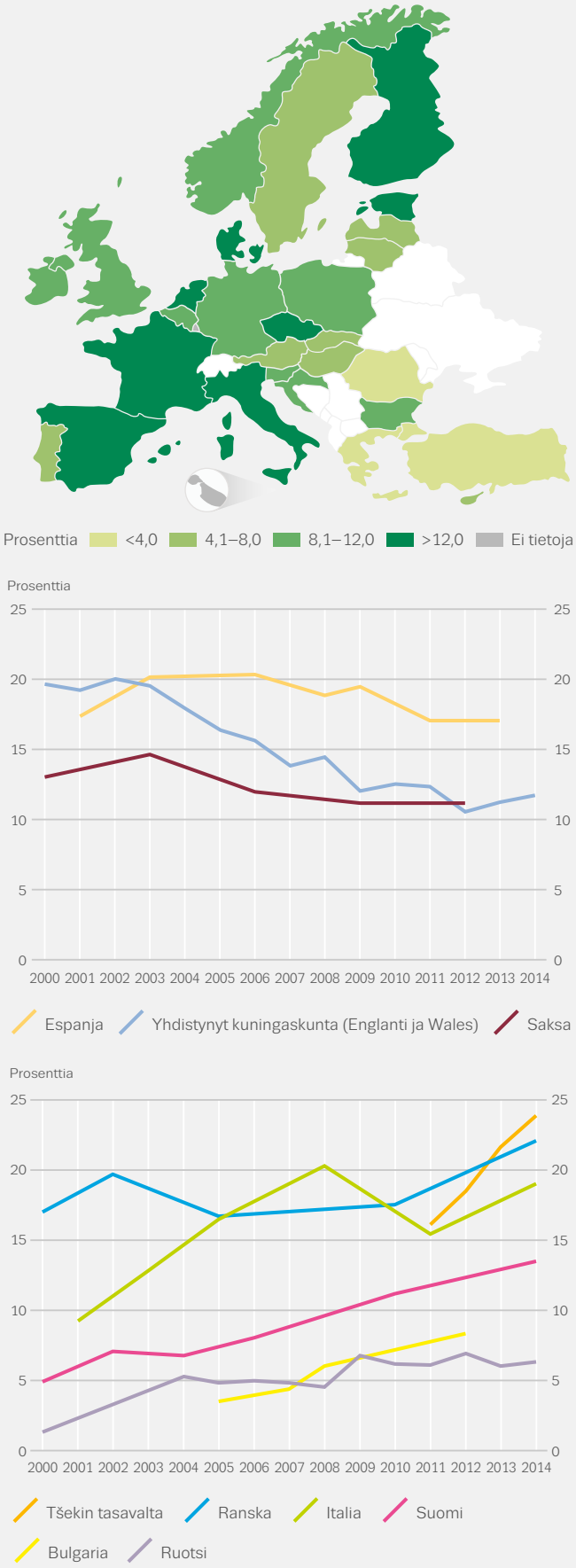
Viime vuonna kannabista käytti arviolta 16,6 miljoonaa nuorta (15–34-vuotiasta) eurooppalaista eli 13,3 prosenttia tästä ikäryhmästä, ja 9,6 miljoonaa (16,4 prosenttia tästä ikäryhmästä) heistä oli 15–24-vuotiaita. Kannabista viime vuonna käyttäneiden nuorten keskuudessa miesten ja naisten välinen suhde oli 2:1.

Tuoreimmat tutkimustulokset osoittavat, että eri maissa kannabiksen käyttötavat edelleen vaihtelivat viime vuoden aikana (kuva 2.1). Niistä maista, joissa on tehty tutkimuksia vuoden 2013 jälkeen, kahdeksan ilmoitti korkeampia arvioita, neljä ilmoitti käytön tasaantuneen ja yksi ilmoitti alhaisemman arvion edelliseen vastaavaan tutkimukseen verrattuna.

Vain joillakin mailla on riittävästi tutkimustietoa, jonka pohjalta voidaan analysoida tilastollisesti nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) kannabiksen käytössä viime vuoden aikana ilmenneitä keskipitkän ja pitkän aikavälin suuntauksia. Saksan, Espanjan ja Yhdistyneen kuningaskunnan kaltaisissa maissa kannabiksen käyttö on suhteellisen yleistä, ja niissä tehdyissä tutkimuksissa on havaittu kannabiksen käytön vähentyneen tai pysyneen vakaana kymmenen viime vuoden aikana, kun taas Ranskassa käytön on havaittu lisääntyneen vuoden 2010 jälkeen. Maista, joissa kannabiksen käyttö on perinteisesti ollut vähäistä, Suomi on jatkuvasti ilmoittanut käytön lisääntyneen pitkällä aikavälillä ja käyttö on kasvanut alhaisesta tasosta eurooppalaiselle keskitasolle, kun taas Ruotsissa käyttö on edelleen alhaista ja tiedot osoittavat

KUVA 2.1

Kannabiksen käytön yleisyys viime vuoden aikana nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa: tuoreimmat tiedot (ylhäällä) ja tilastollisesti merkitsevät suuntaukset (keskellä ja alhaalla)



vähäistä kasvua kymmenen viime vuoden aikana. Maista, joissa on vähemmän vertailukelpoisia tietoja, Bulgarian tiedot osoittavat käytön lisääntyneen vuoteen 2012 saakka, kun taas Tšekin tasavallassa tehdyssä vuotuisessa tutkimuksessa havaittiin käytön lisääntyneen vuodesta 2011 vuoteen 2014.

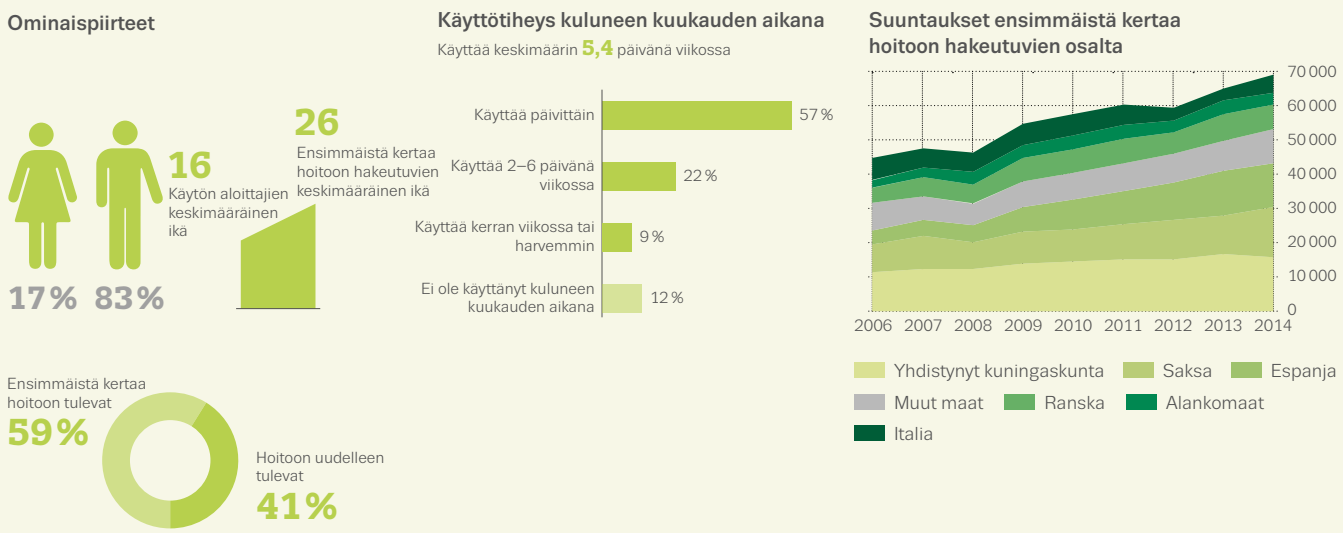
Euroopan koululaisten alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä tarkastelevan tutkimuksen (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) vuonna 2011 tehdyn uusimman kierroksen mukaan kannabis oli käytetyin laiton huumausaine 15–16-vuotiaiden oppilaiden keskuudessa. Tuoreempia tietoja koululaisista, tässä tapauksessa 15-vuotiaista, annetaan koululaisten terveyskäyttäytymistä koskevassa tutkimuksessa (Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study). Vuoden 2013–2014 HBSC-tutkimuksessa kannabista ainakin kerran elämässään käyttäneiden määrä vaihteli tytöillä Ruotsin 5 prosentista Ranskan 26 prosenttiin ja pojilla Ruotsin 7 prosentista Ranskan 30 prosenttiin.

Kannabiskäyttäjien hoito: kysyntä on lisääntynyt

Koko väestöä koskevan tutkimuksen perusteella on arvioitu, että lähes prosentti eurooppalaisista aikuisista käyttää kannabista päivittäin tai lähes päivittäin – tosin sanoen he ovat käyttäneet kannabista vähintään 20 päivää viime kuussa. Noin 60 prosenttia heistä on 15–34-vuotiaita, ja yli kolme neljäsosaa on miehiä.

Kannabisongelmien vuoksi hoitoon hakeutuvia koskevilla tiedoilla, kun niitä tarkastellaan yhdessä muiden indikaattoreiden kanssa, voidaan lisätä ymmärrystä suuren riskin kannabiksenkäytön luonteesta ja laajuudesta Euroopassa. Kannabisongelmien vuoksi ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien määrä nousi Euroopassa 45 000:sta 69 000:een vuosina 2006–2014. Tästä ryhmästä niiden määrä, jotka ilmoittivat kannabiksen päivittäisestä käytöstä, nousi 46 prosentista 54 prosenttiin vuosina 2006–2014. Hoitoon hakeutuvien määrän kasvun syyt ovat epäselvät, mutta ne voivat liittyä kannabiksen käytön yleisyyden muutoksiin ja runsaaseen käyttöön ja muihin tekijöihin, kuten haitallisempien ja voimakkaampien tuotteiden saatavuuteen, kannabishoidon saatavuuden lisääntymiseen ja muuttuviin hoitoonohjauskäytäntöihin.

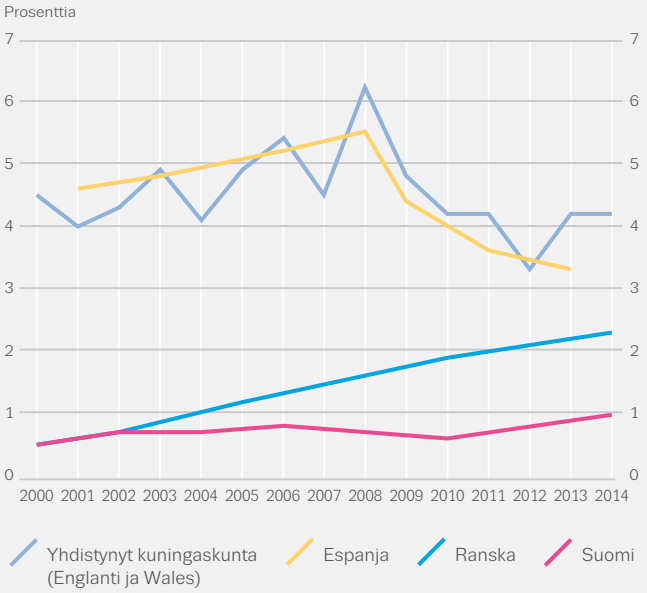
HOITOON TULEVAT KANNABIKSENKÄYTTÄJÄT

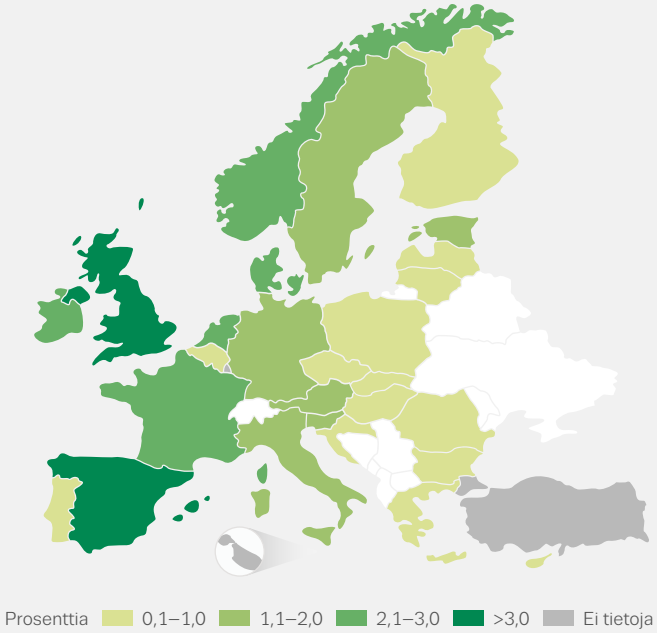


Huom. Ominaispiirteet koskevat kaikkia hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti kannabista. Kansallisessa tiedonkulussa tapahtuneiden muutosten vuoksi Italiaa koskevat vuoden 2014 tiedot eivät ole suoraan vertailukelpoisia edellisten vuosien tietojen kanssa.

KUVA 2.2

Kokaiinin käytön yleisyys viime vuoden aikana nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa: tilastollisesti merkitsevät suuntaukset ja tuoreimmat tiedot





Kokaiinin käytön yleisyyden muutos

Kokaiini on Euroopassa eniten käytetty laiton stimulantti. Sitä käytetään kuitenkin enemmän Euroopan etelä- ja länsiosissa. Jauhemaista kokaiinia (kokaiinihydrokloridi) käytetään ensisijaisesti nuuskaamalla (nenän kautta), mutta joskus sitä käytetään myös suonensisäisesti. Crack-kokaiinia (kokaiiniemäs) tavanomaisesti poltetaan.

Viime vuonna kokaiinia käytti arviolta 2,4 miljoonaa nuorta aikuista (15–34-vuotiasta) eli 1,9 prosenttia tästä ikäryhmästä. Monet kokaiininkäyttäjät käyttävät ainetta viihdetarkoituksessa, jolloin käyttö on suurinta viikonloppuisin ja lomien aikana. Kokaiinia säännöllisesti käyttävät henkilöt voidaan jakaa karkeasti käyttäjiin, jotka osallistuvat yhteiskunnan toimintaan ja käyttävät jauhemaista kokaiinia nuuskaamalla, sekä syrjäytyneempiin käyttäjiin, jotka käyttävät kokaiinia suonensisäisesti ja polttavat crackia opioidien käytön lisäksi.

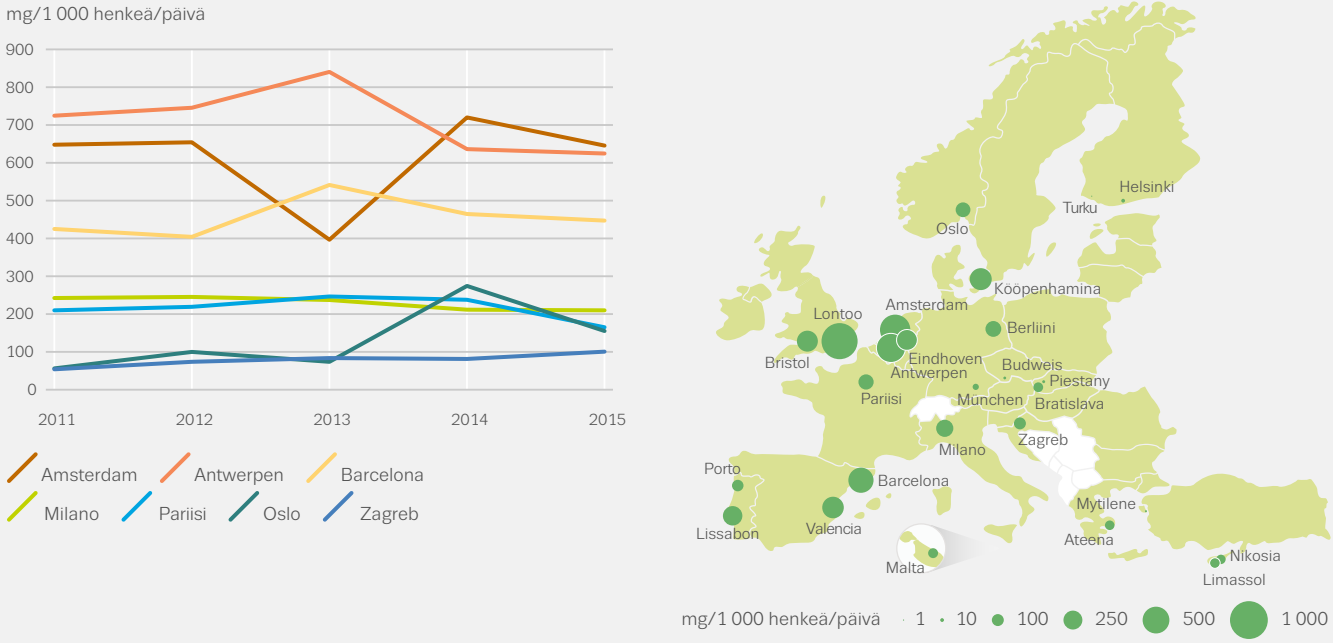
Vain Espanja, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta ovat ilmoittaneet, että viime vuonna kokaiinia käytti vähintään 3 prosenttia nuorista aikuisista. Viime vuosina havaittua kokaiinin käytön vähenemistä ei ole havaittu tuoreimmissa tutkimuksissa. Niistä maista, joissa on tehty tutkimuksia vuoden 2013 jälkeen, kuusi ilmoitti korkeampia arvioita, kaksi ilmoitti käytön pysyneen vakaana ja neljä ilmoitti alhaisempia arvioita edelliseen vastaavaan tutkimukseen verrattuna.

Vain muutamalla maalla on mahdollista analysoida tilastollisesti nuorten aikuisten kokaiinin käytössä viime vuonna ilmenneitä pitkän aikavälin suuntauksia. Espanja ja Yhdistynyt kuningaskunta ilmoittivat käytön lisääntyneen vuoteen 2008 saakka, jonka jälkeen käyttö pysyi vakaana tai väheni. Yhdistyneen kuningaskunnan antamista ilmoituksista käy ilmi, että tämä käytön väheneminen koskee nuorempia aikuisia (16–24-vuotiaita) ja vanhemmissa ikäryhmissä käyttö pysyy vakaana tai lisääntyy. Ranskassa käyttö on lisääntynyt yli 2 prosenttiin vuonna 2014. Suomessa käyttö on lisääntynyt mutta käyttömäärät pysyvät kokonaisuudessaan alhaisina. Käyttö nousi ensimmäistä kertaa 1 prosenttiin vuonna 2014.

Monta kaupunkia kattanut yhdyskuntajätevesien kokaiinijäämiä koskeva tutkimus täydentää väestötutkimusten tuloksia. Tutkimuksen tuloksissa esitetään huumejäämien määrät (pitoisuudet) 1000:ta asukasta kohti päivässä. Vuoden 2015 analyysissä suurimmat bentsoyyliekgoniinin – kokaiinin tärkein metaboliitti – pitoisuudet havaittiin Belgiassa, Espanjassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa sijaitsevissa kaupungeissa (kuva 2.3). Vuonna 2015 havaitut yleiset mallit ovat samanlaiset kuin aikaisempina vuosina, ja useimmissa kaupungeissa käyttö on joko vähentynyt tai pysynyt vakaana vuosina 2011–2015.

KUVA 2.3

Kokaiinijäämät valittujen Euroopan kaupunkien jätevesissä: suuntaukset ja tuoreimmat tiedot

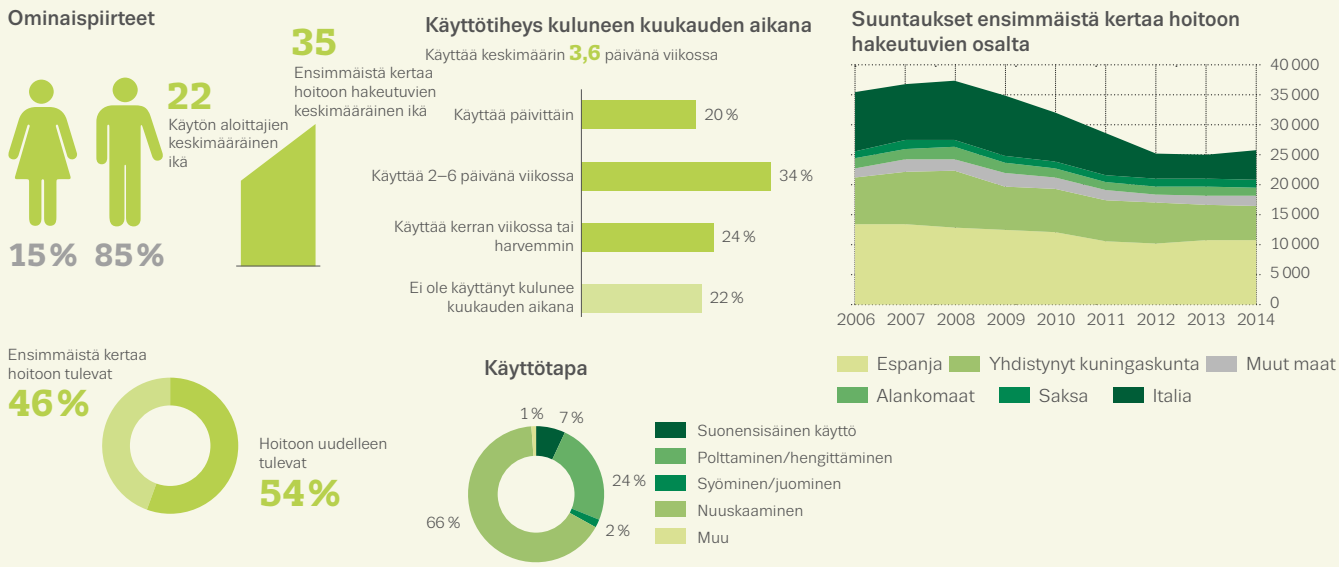


Huom. Kokaiinin päivittäiset keskimäärät milligrammoina tuhatta asukasta kohti. Kartta: Näytteet otettiin valituissa Euroopan kaupungeissa vuonna 2015 yhden viikon aikana.
Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Kokaiinin käytön vuoksi annettava hoito: kysyntä vakaa

Erityisen ongelmallisen kokaiininkäytön yleisyyttä Euroopassa on vaikea arvioida, sillä vain viidessä maassa on tuoreita arvioita, ja niissä on käytetty erilaisia määritelmiä ja menetelmiä. Vuonna 2012 Saksassa arvioitiin, että 0,20 prosenttia maan aikuisväestöstä kärsi kokaiiniriippuvuudesta. Vuonna 2014 Italiassa arvioitiin, että 0,64 prosenttia maan aikuisväestöstä tarvitsi hoitoa

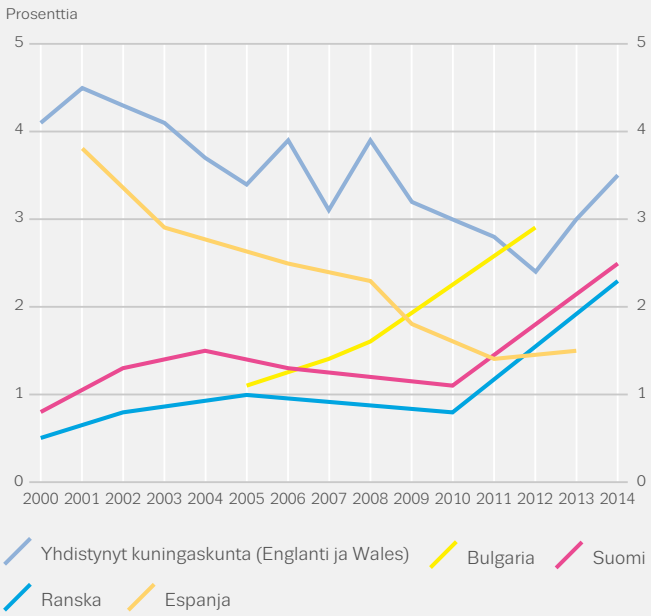
HOITOON TULEVAT KOKAIININKÄYTTÄJÄT

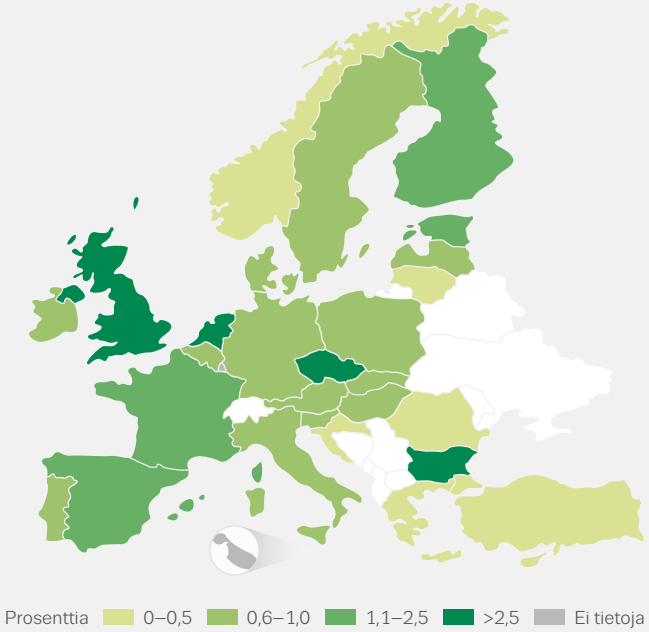


Huom. Ominaispiirteet koskevat kaikkia hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti kokaiinia tai crackia. Kansallisessa tiedonkulussa tapahtuneiden muutosten vuoksi Italiaa koskevat vuoden 2014 tiedot eivät ole suoraan vertailukelpoisia edellisten vuosien tietojen kanssa.

KUVA 2.4

MDMA:n käytön yleisyys viime vuoden aikana nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa: tilastollisesti merkitsevät suuntaukset ja tuoreimmat tiedot





kokaiinin käytön vuoksi. Vuonna 2013 Espanjassa arvioitiin, että 0,29 prosenttia maan aikuisväestöstä käytti kokaiinia erittäin riskialttiilla tavalla. Vuosina 2011–2012 Yhdistyneessä kuningaskunnassa arvioitiin, että crack-kokaiinia käytti 0,48 prosenttia Englannin aikuisväestöstä, joskin enemmistö tästä ryhmästä käytti myös opioideja. Portugalissa arvioitiin, että 0,62 prosenttia aikuisväestöstä käytti kokaiinia erittäin riskialttiilla tavalla viime vuonna ilmoitetun käytön perusteella.

Kaikista kokaiinin vuoksi hoitoon tulevista asiakkaista Euroopassa noin 74 prosenttia hakeutui hoitoon Espanjassa, Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Vuonna 2014 hoitoon tulleista asiakkaista 60 000 käyttäjää mainitsi kokaiinin ensisijaiseksi huumeekseen ja ensimmäistä kertaa hoitoon tulleista 27 000 käyttäjää. Käytön vähentymisen jälkeen kokaiinin vuoksi hoitoon ensimmäistä kertaa tulevien kokonaismäärä on ollut vakaa vuodesta 2012.

Vuonna 2014 Euroopassa hoitoon tulleista asiakkaista melkein 5 500 käyttäjää ilmoitti ensisijaiseksi huumeekseen crack-kokaiinin. Heistä yli puolet hakeutui hoitoon Yhdistyneessä kuningaskunnassa (3 000) ja lopuista suurin osa Espanjassa, Ranskassa ja Alankomaissa (2 000).

MDMA: suuntausten muuttuminen ja käytön lisääntyminen

MDMA:ta (3,4-metyleenidioksimetamfetamiini) käytetään useimmiten tabletteina, mutta sitä on yhä enemmän saatavana myös kiteinä ja jauheena. Tabletit yleensä niellään, mutta jauhemuotoista MDMA:ta käytetään myös nuuskaamalla (nenän kautta).

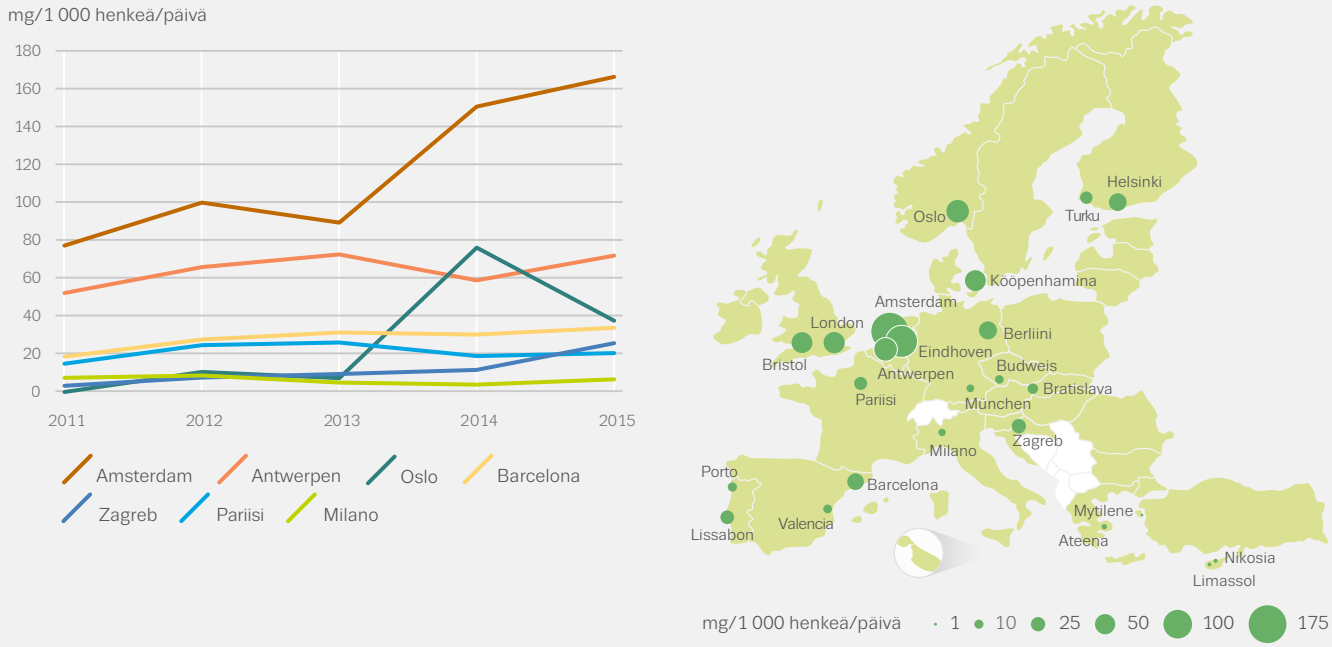
Viime vuosina eri maissa sijaitsevissa valvontalähteissä on havaittu muutoksia Euroopan MDMA-markkinoilla, muun muassa käytön lisääntymistä.

Useimmissa eurooppalaisissa tutkimuksissa on perinteisesti kerätty tietoa ennemminkin ekstaasin kuin MDMA:n käytöstä, vaikka tämä on nyt muuttumassa. Viimeksi kuluneena vuonna MDMA:ta/ekstaasia käytti arviolta 2,1 miljoonaa nuorta aikuista (15–34-vuotiasta, 1,7 prosenttia tästä ikäryhmästä), ja kansalliset arviot vaihtelevat 0,3 prosentista 5,5 prosenttiin. MDMA:ta viime vuonna käyttäneiden nuorten keskuudessa miesten ja naisten välinen suhde oli 2,4:1.

Viime aikoihin asti MDMA:n käyttö on vähentynyt monissa maissa 2000-luvun alun ja puolivälin ennätysluvuista. Tämä näyttää nyt muuttuvan. Niissä maissa, joissa on tehty uusia tutkimuksia vuoden 2013 jälkeen, tulokset osoittavat käytön lisääntyvän Euroopassa: yhdeksän ilmoitti korkeampia arvioita ja kolme ilmoitti alhaisempia arvioita

KUVA 2.5

MDMA-jäämät valittujen Euroopan kaupunkien jätevesissä: suuntaukset ja tuoreimmat tiedot



Huom. MDMA:n päivittäiset keskimäärät milligrammoina tuhatta asukasta kohti. Kartta: Näytteet otettiin valituissa Euroopan kaupungeissa vuonna 2015 yhden viikon aikana.
Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

edelliseen vastaavaan tutkimukseen verrattuna. Mikäli saatavilla on riittävästi tietoja, joiden avulla voidaan analysoida perusteellisemmin nuorten aikuisten MDMA:n käytössä kuluneena vuonna ilmenneitä suuntauksia, käytön voidaan havaita lisääntyneen joissakin maissa vuodesta 2010. Bulgariassa, Suomessa ja Ranskassa jatkuu pitkän aikavälin kasvusuuntaus tällä ajanjaksolla, kun taas Yhdistyneessä kuningaskunnassa vuosien 2011–2012 laskusuuntausta seurasi tilastollisesti merkitsevä kasvu (kuva 2.4). Alankomaat ilmoitti, että MDMA:n käytön esiintyvyys on 5,5 prosenttia vuonna 2014, mutta tätä ei voida suoraan verrata edellisiin tutkimuksiin.

Vuonna 2015 tehdyssä monia kaupunkia kattaneessa analyysissä belgialaisten ja hollantilaisten kaupunkien jätevesissä havaittiin korkeimmat MDMA-pitoisuudet (kuva 2.5). Useimmissa kaupungeissa jätevesien MDMA-pitoisuudet olivat korkeammat vuonna 2015 kuin vuonna 2011. Joissakin kaupungeissa havaittiin jyrkkiä nousuja, jotka voivat liittyä MDMA:n puhtauden lisääntymiseen tai saatavuuden ja käytön lisääntymiseen.

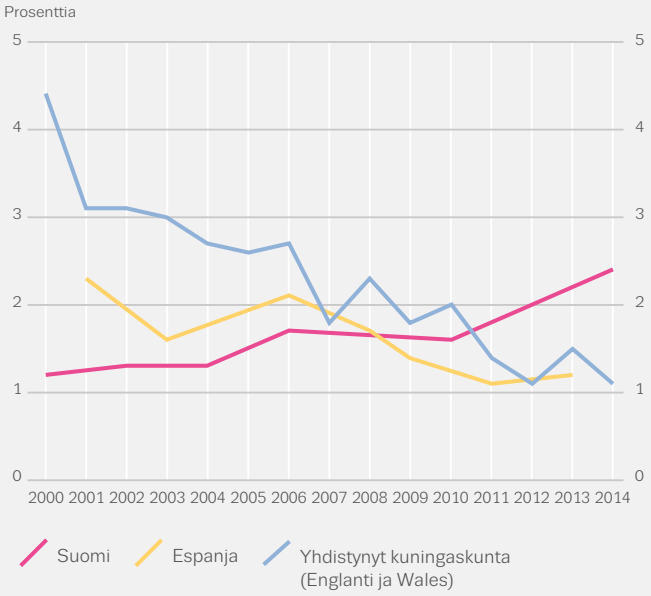
MDMA:ta käytetään usein yhdessä muiden aineiden, myös alkoholin, kanssa. Tutkimuksissa, jotka koskevat yöelämän tapahtumiin säännöllisesti osallistuvia nuoria, osoitetaan, että huumeiden käyttö on yleisempää näiden nuorten kuin koko väestön keskuudessa. Tämä koskee erityisesti MDMA:ta, joka on perinteisesti liitetty yöelämään ja erityisesti elektroniseen tanssimusiikkiin. Nykyiset merkit osoittavat, että maissa, joissa MDMA:n käyttö on yleistä, se ei enää ole erikoishuume tai alakulttuuriin liittyvä huume. Sitä ei käytetä vain tanssiklubeissa ja juhlissa, vaan monet nuoret käyttävät sitä yöelämässä, esimerkiksi baareissa ja kutsuilla.

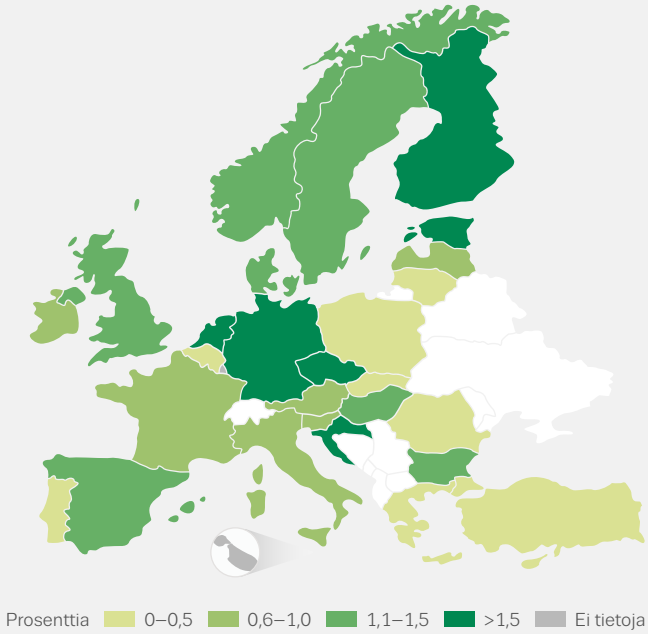
Huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuvat ilmoittavat harvoin syyksi MDMA:n. Vuonna 2014 Euroopassa ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvista alle prosentti (lähes 800 tapausta) ilmoitti MDMA:n ensisijaiseksi huumeekseen.

MDMA:ta käytetään usein yhdessä muiden aineiden kanssa

KUVA 2.6

Amfetamiinien käytön yleisyys viime vuoden aikana nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa: tilastollisesti merkitsevät suuntaukset ja tuoreimmat tiedot





Amfetamiinien käyttö: kansallisissa suuntauksissa eroja

Amfetamiini ja metamfetamiini ovat kaksi toisilleen läheistä sukua olevaa stimulanttia. Niitä molempia käytetään Euroopassa, joskin amfetamiinin käyttö on paljon yleisempää. Metamfetamiinia on käytetty aiemmin vain Tšekin tasavallassa ja sittemmin myös Slovakiassa, mutta viime vuosina metamfetamiinin käyttö on lisääntynyt muissa maissa. Joissakin tietoaineistoissa näitä kahta ainetta ei ole mahdollista erottaa toisistaan. Niissä tapauksissa käytetään yleisnimitystä "amfetamiinit".

Molempia huumeita voidaan ottaa suun tai nenän kautta, ja lisäksi suonensisäinen käyttö on yleistä suuren riskin käyttäjien keskuudessa joissakin maissa. Metamfetamiinia voidaan myös käyttää polttamalla, mutta tämä käyttötapa ei ole yleinen Euroopassa.

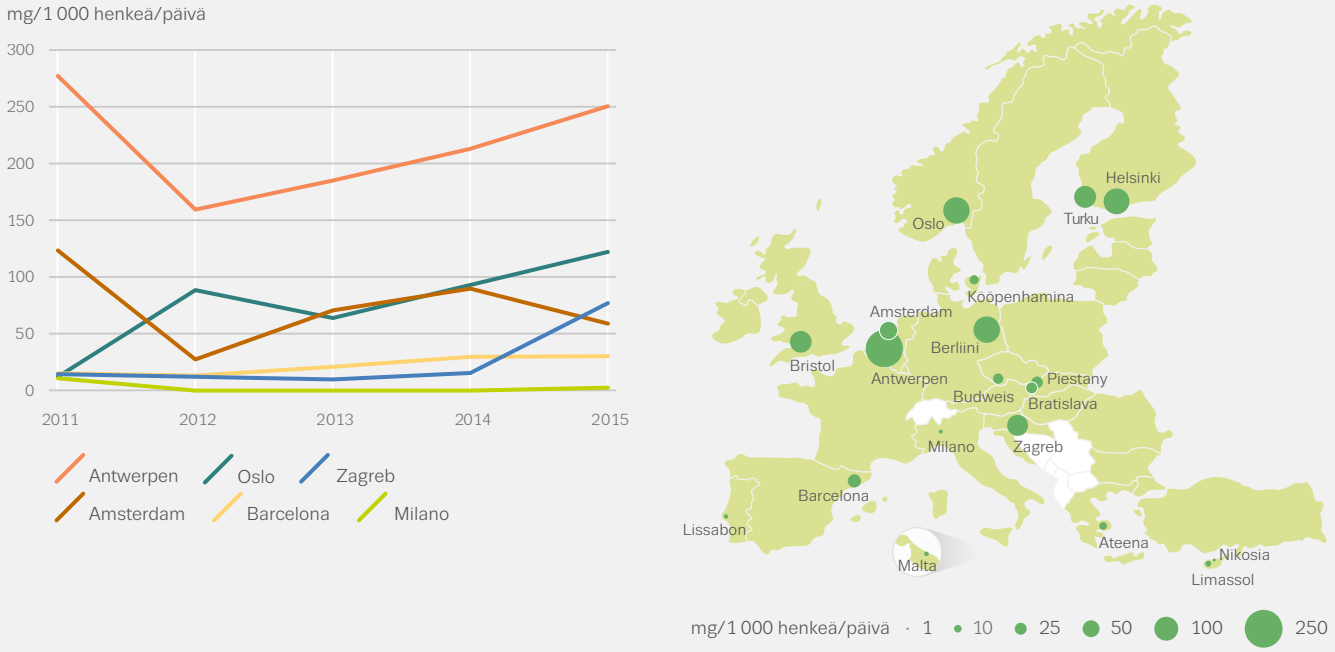
Viime vuonna amfetamiineja käytti arviolta 1,3 miljoonaa nuorta (15–34-vuotiasta) aikuista (1,0 prosenttia), ja tuoreimmat kansalliset esiintyvyysarviot vaihtelevat 0,1 prosentista 2,9 prosenttiin. Saatavilla olevat tiedot osoittavat, että useimmissa Euroopan maissa käyttö on ollut suhteellisen vakaata noin vuodesta 2000. Niistä maista, joissa on tehty tutkimuksia vuoden 2013 jälkeen, seitsemän ilmoitti korkeampia arvioita, yksi ilmoitti käytön tasaantuneen ja neljä ilmoitti alhaisemman arvion edelliseen vastaavaan tutkimukseen verrattuna. Alankomaat on hiljattain ilmoittanut, että nuorista aikuisista amfetamiineja käyttää 2,9 prosenttia, mutta tätä ei voida verrata edellisiin tutkimuksiin.

Niissä muutamissa maissa, joissa on mahdollista analysoida pitkän aikavälin tilastollisesti merkitseviä suuntauksia, sekä Espanjassa että Yhdistyneessä kuningaskunnassa voidaan havaita käytön laskeneen vuodesta 2000 (kuva 2.6). Sitä vastoin Suomessa käytön on havaittu lisääntyneen tasaisesti samalla ajanjaksolla, ja nyt käyttöä kuvaavat luvut kuuluvat Euroopan korkeimpiin.

Vuonna 2015 tehdyssä yhdyskuntajätevesianalyysissä havaittiin merkittäviä määriä amfetamiineja eurooppalaisissa kaupungeissa. Amfetamiinipitoisuudet vaihtelivat merkittävästi, ja korkeimmat pitoisuudet havaittiin Pohjois-Euroopan kaupungeissa (kuva 2.7). Amfetamiinipitoisuudet olivat paljon alhaisemmat Etelä-Euroopan kaupungeissa. Korkeimmat metamfetamiinipitoisuudet havaittiin Tšekin tasavallassa, Slovakiassa ja Norjassa. Vuosien 2011–2015 tiedot osoittavat suuntausten olevan suhteellisen vakaita molempien huumeiden osalta.

KUVA 2.7

Amfetamiinijäämät valittujen Euroopan kaupunkien jätevesissä: suuntaukset ja tuoreimmat tiedot



Huom. Amfetamiinin päivittäiset keskimäärät milligrammoina tuhatta asukasta kohti. Kartta: Näytteet otettiin valituissa Euroopan kaupungeissa vuonna 2015 yhden viikon aikana.
Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Amfetamiinin käyttäjien hoito: kysyntä lisääntyy

Pitkäaikaiseen, krooniseen ja suonensisäiseen amfetamiinin käyttöön liittyviä ongelmia on perinteisesti ollut lähinnä Pohjois-Euroopan maissa. Sitä vastoin pitkäaikaisia metamfetamiiniongelmia on selvästi havaittavissa Tšekin tasavallassa ja Slovakiassa. Tuoreet arviot metamfetamiinin suuren riskin käytöstä ovat saatavilla Tšekin tasavallan ja Kyproksen osalta. Tšekin tasavallassa metamfetamiinin suuren riskin käytön arvioitiin olevan aikuisväestössä (15–64-vuotiaista) noin 0,51 prosenttia vuonna 2014, ja käytön, lähinnä suonensisäisen käytön, havaittiin lisääntyneen huomattavasti vuosina 2007–2014 (noin 20 000 käyttäjästä yli 36 000 käyttäjään). Kyproksen osalta arvio on 0,02 prosenttia tai 127 käyttäjää vuonna 2014. Norjassa amfetamiinin ja metamfetamiinin suuren riskin käytön arvio on 0,33 prosenttia tai 11 200 aikuista. Amfetamiinien käyttäjien osuus on todennäköisesti suurin Latvian arvioidusta 2 177:stä (0,17 prosenttia) suuren riskin stimulanttien käyttäjästä. Määrä on laskenut vuonna 2010 ilmoitetusta 6 540 käyttäjästä (0,46 prosenttia).

Monissa maissa on ilmoitettu, että pienissä ryhmissä, joihin kuuluu homoseksuaalisia miehiä, käytetään edelleen metamfetamiinia suonensisäisesti yhdessä muiden stimulanttien ja GHB:n (gamma-hydroksivoihappo) kanssa. Nämä niin kutsutut slamming practices -käyttötavat herättävät huolta, koska niihin liittyy sekä huumeiden käyttöön että seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä riskejä.

Euroopassa vuonna 2014 huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneista asiakkaista noin 32 000 ilmoitti amfetamiinit ensisijaiseksi huumeekseen, ja näistä 13 000 hakeutui hoitoon ensimmäistä kertaa elämässään. Bulgariassa, Saksassa, Latviassa, Unkarissa, Puolassa ja Suomessa ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvista asiakkaista suuri osa käyttää ensisijaisesti amfetamiinia. Ensisijaisesti metamfetamiinia käyttäviä hoitoon hakeutuvia asiakkaita on lähinnä Tšekin tasavallassa ja Slovakiassa. Näiden osuus on yhteensä lähes 95 prosenttia Euroopan 8 700 metamfetamiiniasiakkaasta. Ensisijaisesti amfetamiinia käyttävien ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien asiakkaiden määrä on kasvanut Euroopassa 50 prosenttia, mikä johtuu lähinnä kasvusta Saksassa ja pienemmässä määrin Tšekin tasavallassa.

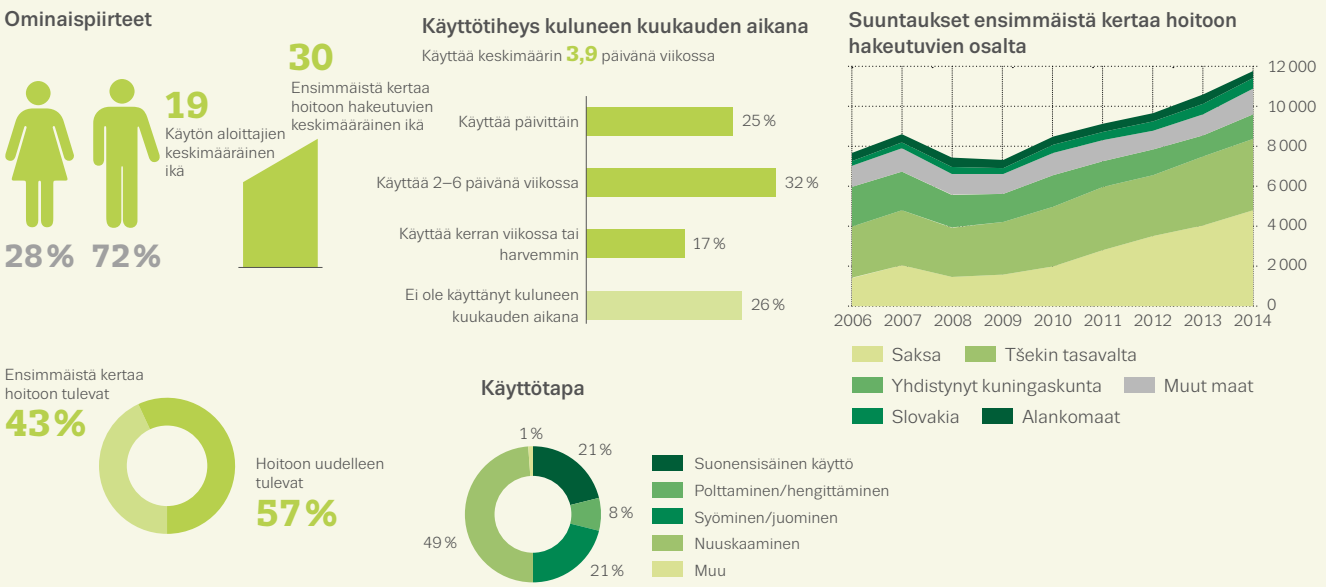
Ketamiinin, GHB:n ja hallusinogeenien käyttö

Euroopassa käytetään monia muita aineita, joilla on hallusinogeenisia, anesteettisia, dissosiatiivisia ja rauhoittavia vaikutuksia. Näihin kuuluvat LSD (lysergihapon dietyyliamidi), hallusinogeeniset sienet, ketamiini ja GHB (gammahydroksivoihappo).

Ketamiinin ja GHB:n (myös sen lähtökemikaalin GBL:n, gammabutyrolaktonin) viihdekäytöstä tietyissä huumeidenkäyttäjien alaryhmissä on raportoitu Euroopassa kahden viime vuosikymmenen aikana. Sikäli kuin kansallisia arvioita on tehty, niiden mukaan GHB:n ja ketamiinin käyttö on edelleen vähäistä sekä aikuisten että koululaisten keskuudessa. Tuoreimpien tutkimusten mukaan Alankomaissa GHB:tä käytti viime vuonna 0,4 prosenttia aikuisista (15–64-vuotiaista) ja Norjassa 0,1 prosenttia (16–64-vuotiaista) ja Romaniassa 0,5 prosenttia nuorista aikuisista (15–34-vuotiaista). Joissakin maissa, muun muassa Alankomaissa, Norjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, on ilmoitettu, että GHB:n käyttö ja siihen liittyviä ongelmat ovat yleisempiä kaupunkien tietyissä yhteiskuntaryhmissä ja paikallisella tasolla. Tanskassa ja Espanjassa ketamiinia käytti viime vuonna arviolta 0,3 prosenttia nuorista aikuisista (15–34-vuotiaista), kun taas Yhdistyneessä kuningaskunnassa ketamiinia käytti viime vuonna 1,6 prosenttia 16–24-vuotiaista. Suuntaus on pysynyt vakaana vuodesta 2008.

LSD:n ja hallusinogeenisten sienten yleinen kulutus on ollut Euroopassa kokonaisuudessaan vähäistä, ja se on pysynyt vakaana monen vuoden ajan. Kansallisissa raporteissa arvioidaan, että viime vuonna alle 1 prosentti nuorista aikuisista (15–34-vuotiaista) käytti LSD:tä ja hallusinogeenisia sieniä. Poikkeuksena ovat Suomi, jossa LSD:tä käyttäneitä oli 1,3 prosenttia, ja hallusinogeenisten sienien osalta Yhdistynyt kuningaskunta (1 prosenttia), Alankomaat (1,3 prosenttia), Suomi (1,9 prosenttia) ja Tšekin tasavalta (2,3 prosenttia).

HOITOON TULEVAT AMFETAMIININKÄYTTÄJÄT



Huom. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan. Ominaispiirteet koskevat kaikkia hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti amfetamiineja.

Uusien huumeiden käyttö

Tietoja uusien huumeiden käytöstä esitetään vuonna 2014 tehdyssä nuoria ja huumeita koskevassa Flash Eurobarometri -tutkimuksessa. Tähän kyselytutkimukseen osallistui 13 128 nuorta aikuista (15–24-vuotiasta) 28:sta EU:n jäsenvaltiosta. Vaikka Eurobarometrissä tutkitaan lähinnä asennetta, siinä esitettiin sellaisten aineiden käyttöä koskeva kysymys, jotka jäljittelevät laittomien huumeiden vaikutuksia. Tällä hetkellä nämä tiedot ovat ainut EU:n laajuinen tietolähde tästä aiheesta, vaikka metodologisista syistä tulosten tulkinnassa on oltava varovainen. Vastaajista 8 prosenttia ilmoitti käyttäneensä tällaisia aineita ainakin kerran ja 3 prosenttia ilmoitti käyttäneensä niitä viime vuoden aikana. Tämä merkitsee kasvua, sillä vuonna 2011 tehdyssä vastaavassa tutkimuksessa ainakin kerran käyttäneitä oli 5 prosenttia. Niistä, jotka ilmoittivat käytöstä viime vuonna, 68 prosenttia sai aineen ystävältä.

Yhä useammat maat sisällyttävät uudet psykoaktiiviset aineet yleisiin väestötutkimuksiin, vaikka käytettyjen menetelmien ja kysymysten erot rajoittavat eri maiden tulosten vertailtavuutta. Vuodesta 2011 lähtien 11 Euroopan maata on ilmoittanut kansalliset arviot uusien psykoaktiivisten aineiden (paitsi ketamiinin ja GHB:n) käytöstä. Viime vuoden aikana näiden aineiden käytön yleisyys vaihteli Flash Eurobarometri -tutkimukseen kuuluvien nuorten aikuisten (15–24-vuotiaiden) keskuudessa Puolan 0,0 prosentista Irlannin 9,7 prosenttiin. Yhdistynyttä kuningaskuntaa (Englanti ja Wales) koskevia tutkimustietoja on saatavilla mefedronin käytöstä. Tuoreimmassa tutkimuksessa (2014–2015) arvioitiin, että viime vuonna mefedronia käytti 1,9 prosenttia 16–24-vuotiaista nuorista. Määrä on pysynyt samana kuin edellisessä tutkimuksessa mutta vähentynyt verrattuna vuosiin 2010–2011 (4,4 prosenttia), jolloin valvontatoimia ei ollut vielä toteutettu. Vuonna 2014 Suomessa tehdyssä tutkimuksessa arvioitiin, että viime vuonna synteettisiä katinoneja käytti 0,2 prosenttia 15–24-vuotiaista nuorista, kun taas Ranskassa arvioitiin, että 4 prosenttia 18–34-vuotiaista oli joskus käyttänyt synteettisiä kannabinoideja.

Heroiinin käyttäjät: merkkejä vakaasta hoitokysynnästä

Euroopassa eniten käytetty laiton opioidi on heroiini, jota voidaan käyttää polttamalla, nuuskaamalla tai suonensisäisesti. Myös monia muita synteettisiä opioideja, kuten metadonia, buprenorfiinia ja fentanyylia, käytetään väärin.

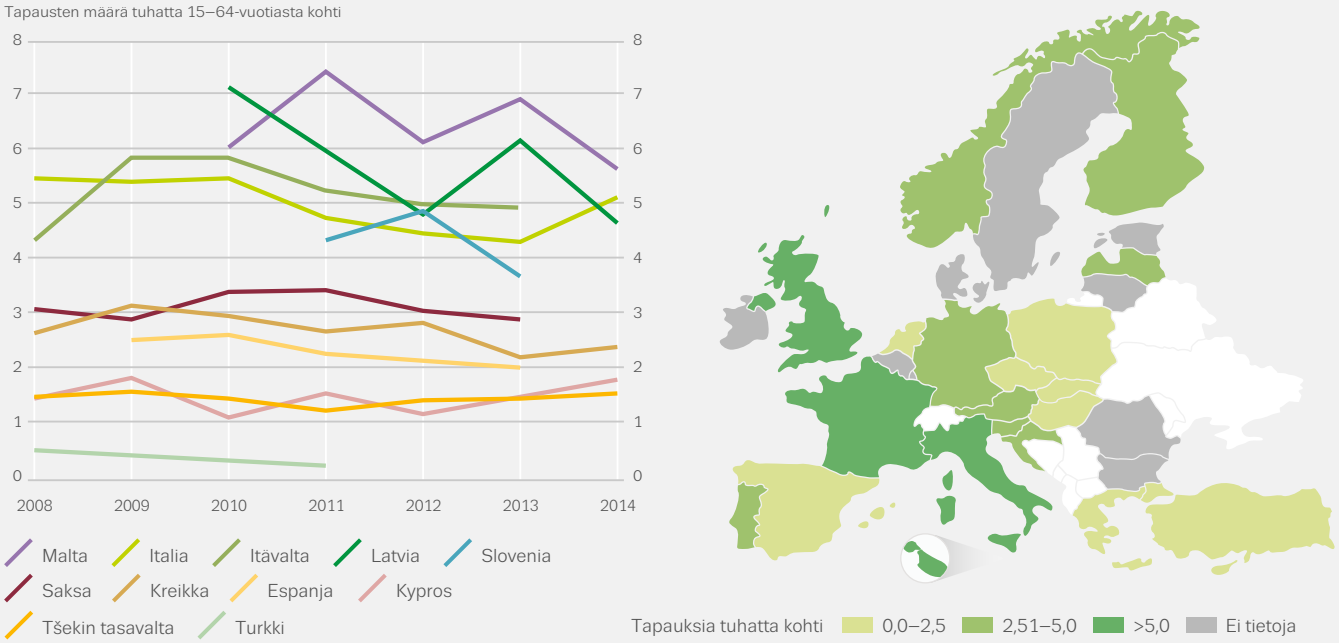
Opioidien suuren riskin käytön esiintyvyyden vuotuinen keskiarvo on aikuisväestössä (15–64-vuotiaat) arviolta 0,4 prosenttia. Toisin sanoen Euroopassa oli vuonna 2014 noin 1,3 miljoonaa suuren riskin opioidienkäyttäjää. Kansallisesti opioidien suuren riskin käytön yleisyyttä koskevat arviot vaihtelevat alle yhdestä noin kahdeksaan tapaukseen tuhatta 15–64-vuotiasta kohti (kuva 2.8). Noin 75 prosenttia arvioiduista suuren riskin opioidienkäyttäjistä Euroopan unionissa on Yhdistyneessä kuningaskunnassa, Ranskassa, Italiassa, Saksassa ja Espanjassa. Niistä 11 maasta, joissa opioidien suuren riskin käyttöarviot toistuvat vuosina 2008–2014, Espanjassa ja Turkissa arviot osoittavat tilastollisesti merkitsevää kasvua, ja muissa maissa suuntaukset ovat suhteellisen vakaita (kuva 2.8).

Euroopassa heroiiniriippuvuutta on esiintynyt aalloittain. Niistä ensimmäinen alkoi monissa Länsi-Euroopan maissa 1970-luvun puolivälissä, ja toinen aalto koettiin etenkin Keski- ja Itä-Euroopan maissa 1990-luvun loppupuolella. Myöhemmin käyttö on levinnyt kaupunkien keskuksista maaseutualueille ja pienempiin kaupunkeihin joissakin maissa. Vuosina 2010–2011 monien maiden indikaattorit osoittivat, että heroiinin käytön aloittavien määrä vähenee ja suuren riskin opioidienkäyttäjät, joista monet saivat korvaushoitoa, ikääntyvät. Tuoreimmissa tiedoissa osoitetaan, että uusien hoitoon hakeutuvien määrän lasku voi olla tasaantumassa.

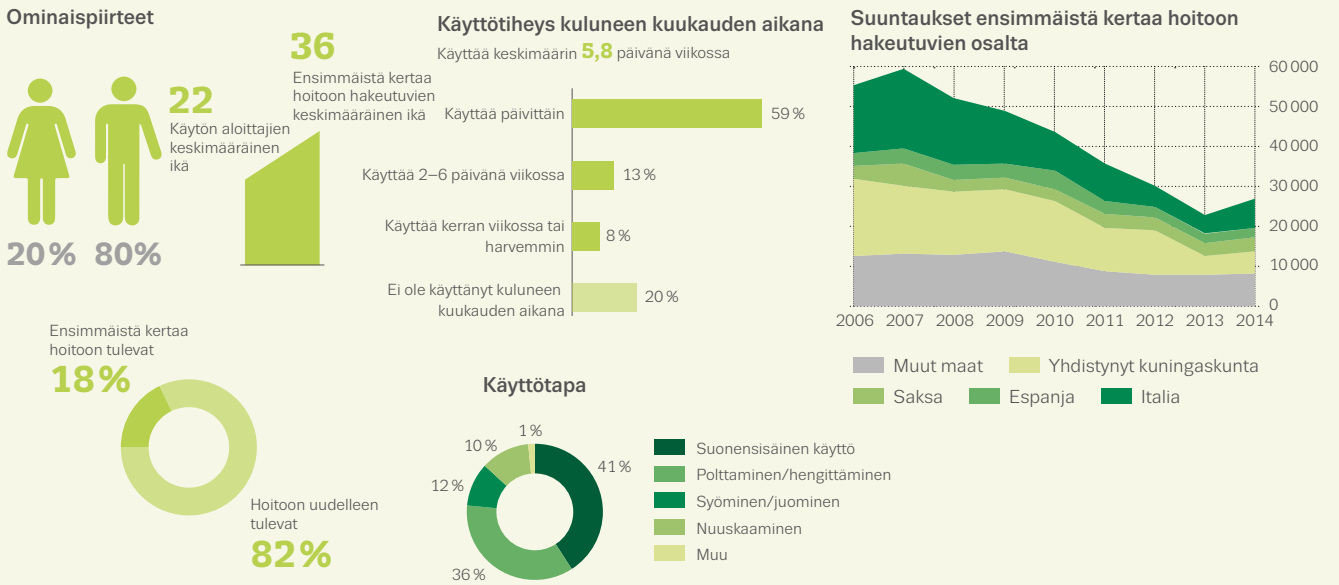
Euroopassa eniten käytetty laiton opioidi on heroiini

KUVA 2.8

Kansalliset arviot opioidien suuren riskin käytön yleisyydestä viime vuoden aikana: valikoidut suuntaukset ja tuoreimmat tiedot



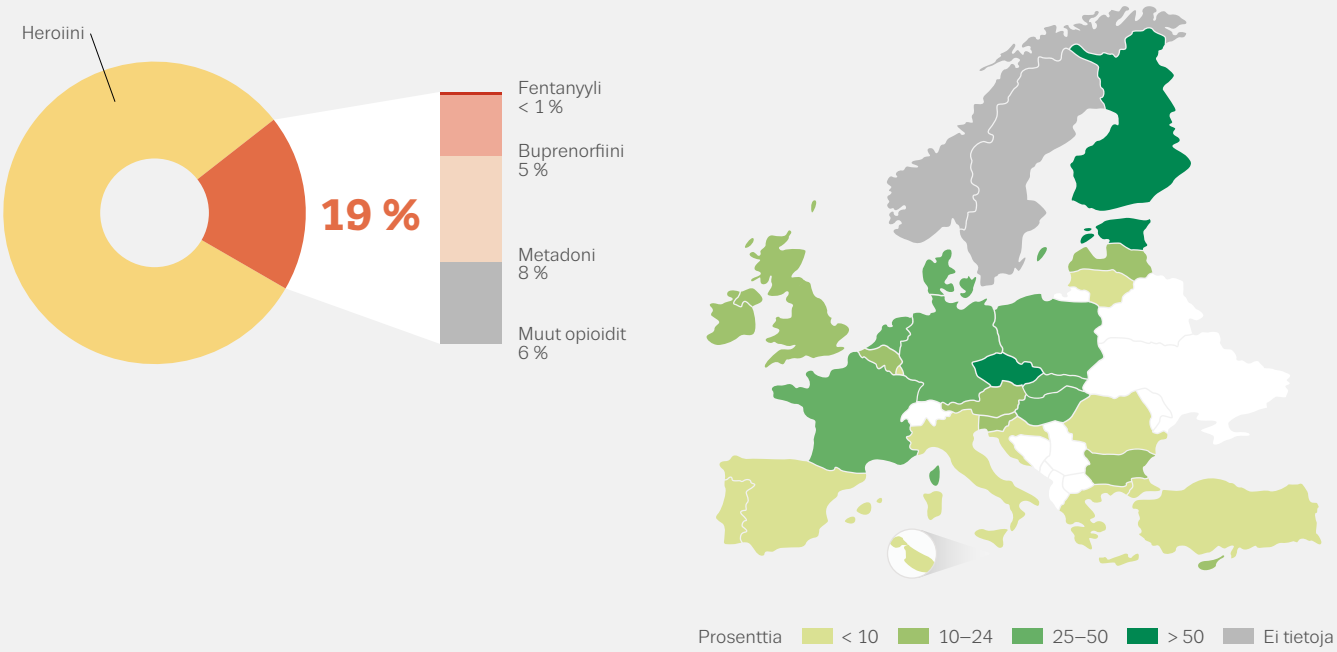
HOITOON TULEVAT HEROIININKÄYTTÄJÄT



Huom. Ominaispiirteet koskevat kaikkia hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti heroiinia. Kansallisessa tiedonkulussa tapahtuneiden muutosten vuoksi Italiaa koskevat vuoden 2014 tiedot eivät ole suoraan vertailukelpoisia edellisten vuosien tietojen kanssa.

KUVA 2.9

Ensisijaisesti opioidien vuoksi hoitoon tulleet: opioidilajin mukaan eriteltynä ja muita opioideja kuin heroiinia käyttävien osuus



Opioidit ensisijaiseksi huumeekseen ilmoittaneesta hoitoon tulleesta 185 000 asiakkaasta Euroopassa 34 000 hakeutui ensimmäistä kertaa hoitoon. Heroiinia käyttävien uusien asiakkaiden määrä enemmän kuin puolittui vuoden 2007 huippulukemasta (59 000, 36 prosenttia uusista asiakkaista) vuoteen 2013 mennessä (23 000, 16 prosenttia uusista asiakkaista). Tämä suuntaus näyttää tasaantuneen. Tuoreimpien tietojen mukaan 17 maata ilmoitti, että uusien heroiiniasiakkaiden määrä pysyy vakaana tai vähenee, kun taas yhdeksän maata ilmoitti määrän kasvavan.

Synteettisiä opioideja väärinkäytetään yhä yleisemmin

Synteettiset opioidit: yhä suurempi huolenaihe

Vaikka heroiini on yleisimmin käytetty opioidi, synteettisten opioidien väärinkäyttö on yhä yleisempää. Vuonna 2014 18 Euroopan maata ilmoitti, että yli 10 prosenttia kaikista hoitoon ensi kertaa tulleista opioideja käyttävistä asiakkaista sai hoitoa muihin opioideihin kuin heroiiniin liittyviin ongelmiin; vuonna 2013 näitä maita oli 11 (kuva 2.9). Hoitoon tulevat ilmoittivat käyttävänsä muun muassa seuraavia opioideja: metadoni, buprenorfiini, fentanyyli, kodeiini, morfiini, tramadoli ja oksikodoni. Joissakin maissa muut opioidit kuin heroiini ovat nyt tavallisimmin käytettyjä opioideja hoitoon tulleiden keskuudessa. Esimerkiksi Virossa suurin osa huumeen vuoksi hoitoon tulleista, jotka ilmoittivat opioidit ensisijaiseksi huumeekseen, käytti fentanyyliä, kun taas Suomessa ja Tšekin tasavallassa buprenorfiini on yleisin väärinkäytetty muu opioidi kuin heroiini.

Huumeiden suonensisäinen käyttö: heroiini vähenemässä

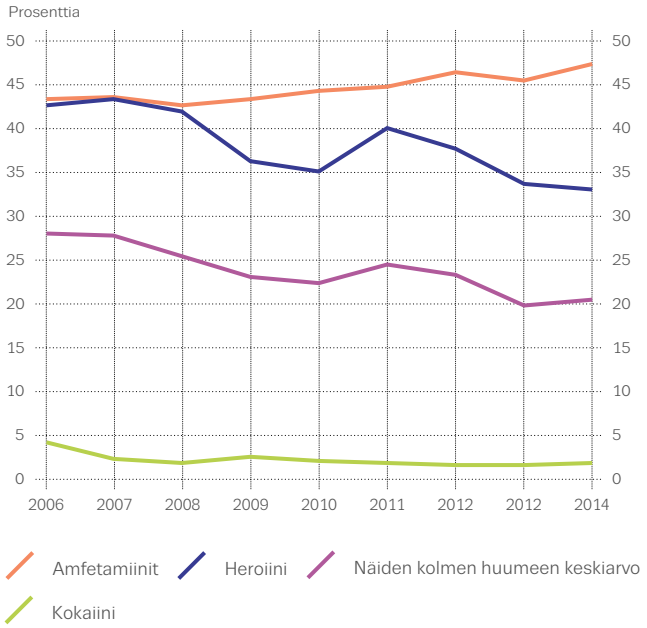
Suonensisäinen käyttö liitetään useimmiten opioideihin, mutta muutamassa maassa suurena ongelmana on amfetamiinien tai kokaiinin kaltaisten stimulanttien suonensisäinen käyttö. Synteettisten katinonien suonensisäistä käyttöä, vaikka sitä ei tapahdukaan laajalti, on havaittu eri ryhmien, kuten opioideja suonensisäisesti käyttävien, huumehoidossa olevien asiakkaiden ja pienten homoseksuaalisten miesryhmien keskuudessa. Huumeiden suonensisäisen käytön yleisyyttä koskevat tuoreet arviot ovat saatavilla 16 maasta, ja ne vaihtelevat alle yhdestä yli yhdeksään tapaukseen tuhatta 15–64-vuotiasta kohti.

Heroiinin ensisijaiseksi huumeekseen vuonna 2014 ilmoittaneista ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneilla suonensisäinen käyttö ensisijaisena käyttötapana väheni 43 prosentista (vuonna 2006) 33 prosenttiin (kuva 2.10). Tässä ryhmässä suonensisäinen käyttö vaihtelee maittain Espanjan 11 prosentista Latvian ja Romanian 90 prosenttiin. Amfetamiinin ensisijaiseksi huumeekseen ilmoittaneista ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneista 47 prosenttia ilmoitti suonensisäisen käytön ensisijaiseksi käyttötavakseen; tässä on tapahtunut vähäistä laskua vuodesta 2006. Yli 70 prosenttia tästä ryhmästä on Tšekin tasavallasta ja metamfetamiinin käyttäjiä. Kun otetaan huomioon kolme ensisijaisesti suonensisäisesti käytettyä huumetta, suonensisäisen käytön ensisijaiseksi käyttötavakseen ilmoittaneiden Euroopassa ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneiden määrä on vähentynyt 28 prosentista (vuonna 2006) 20 prosenttiin (vuonna 2014).

Suonensisäinen käyttö liitetään useimmiten opioideihin

KUVA 2.10

Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneet, jotka ilmoittivat suonensisäisen käytön ensisijaisen huumeensa käyttötavaksi



LISÄTIETOJA

EMCDDA:n julkaisuja

2016

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Insights.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communication.

2015

Misuse of benzodiazepines among high-risk drug users, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

2012

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Thematic paper.

Fentanyl in Europe. EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected issue.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Selected issue.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part I: Epidemiology, and Part II: Health effects of cannabis use, Monographs.

EMCDDA:n ja ESPAD:n yhteisiä julkaisuja

2012

Yhteenveto ESPAD-raportista 2011.

Kaikki julkaisut ovat saatavana osoitteesta www.emcdda.europa.eu/publications

3

Laittomien huumeiden käytön tiedetään lisäävän tauteja maailmanlaajuisesti

Huumehaitat ja ehkäisevät toimet

Laittomien huumeiden käytön tiedetään lisäävän tauteja maailmanlaajuisesti. Laittomien huumeiden käyttöön liitetään krooniset ja akuutit terveysongelmat, joita pahentavat eri tekijät, kuten käyttötapa, yksilöllinen alttius ja sosiaalinen ympäristö, jossa huumeita käytetään. Kroonisiin ongelmiin kuuluvat riippuvuus ja huumeisiin liittyvät tartuntataudit sekä jotkin akuutit haitat, joista osa riippuu käytetystä huumeesta. Näistä huumeiden yliannostus on parhaiten dokumentoitu. Vaikka opioidien käyttö onkin suhteellisen harvinaista, niiden käyttö aiheuttaa edelleen suuren osan huumeista johtuvasta sairastavuudesta ja kuolleisuudesta. Huumeiden suonensisäinen käyttö lisää riskejä. Vaikka kannabikseen käyttöön liittyviä terveysongelmia on selvästi vähemmän, kannabiksen käytön yleisyydellä voi olla vaikutuksia kansanterveyteen. On vaikea tehdä päätelmiä uusien psykoaktiivisten aineiden käyttöön liittyvistä haitoista tähän ryhmään kuuluvien aineiden suuren määrän ja niitä koskevien tietojen puuttumisen takia.

Huumeisiin liittyvien haittojen ja ehköisevän työn seuranta

EMCDDA seuraa järjestelmällisesti huumeisiin liittyviä tartuntatauteja ja huumeiden käytöstä johtuvaa sairastavuutta ja kuolleisuutta. Niitä täydennetään huumeisiin liittyviä akuutteja ensiapukäyntejä koskevilla rajallisilla tiedoilla ja EU:n varhaisvaroitusjärjestelmästä saatavilla tiedoilla. Tässä järjestelmässä seurataan uusiin psykoaktiivisiin aineisiin liittyviä haittoja. Lisätietoja on saatavilla verkosta Key epidemiological indicators -sivustolta, Statistical Bulletin -sivustolta ja varhaisvaroitusjärjestelmästä.

Reitoxin kansalliset yhteyspisteet ja kansalliset asiantuntijaryhmät antavat EMCDDA:lle tietoa terveys- ja sosiaalialan toimista, joilla torjutaan huumeiden käyttöä ja siihen liittyviä haittoja. Asiantuntija-arvioissa annetaan lisätietoa toimien saatavuudesta siltä osin kuin virallisia tietoja ei ole saatavilla. Tämä luku perustuu myös tieteellisiin tutkimuksiin kansanterveydellisten toimien tehokkuudesta. Lisätietoja saa EMCDDA:n verkkosivuilta kohdista Health and social responses profiles ja Best practice portal.

Huumeiden ehkäisymenetelmien ja varhaisen puuttumisen menetelmien tarkoituksena on estää huumeiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat, kun taas huumehoidolla, myös psykososiaalisilla ja farmakologisilla menetelmillä, pyritään ensisijaisesti hoitamaan riippuvuutta.
Opioidikorvaushoidon ja ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmien kaltaisia keskeisiä toimenpiteitä kehitettiin osittain opioidien suonensisäisen käytön ja siihen liittyvien ongelmien, erityisesti tartuntatautien leviämisen ja yliannostuskuolemien, estämiseksi.

Kannabiksen haitat: uutta tutkimustietoa

Vaikka tutkimuksissa korostetaan usein huumeiden käytön ja eri haittojen välistä yhteyttä, syy-seuraussuhdetta on vaikea osoittaa. Euroopan yleisimmän huumeen eli kannabiksen käyttöön liittyvillä haitoilla voi olla väestötason vaikutuksia. Tuoreessa kansainvälisessä (WHO) tutkimuksessa analysoitiin kannabikseen liittyviä haittoja koskevaa näyttöä. Siinä todettiin, että vaikka kannabiksen käytön ja terveydellisten ja sosiaalisten seurausten välistä yhteyttä on vaikea vahvistaa, joitakin yhteyksiä voidaan vahvistaa havaintotutkimusten perusteella. Kroonisen kannabiksen käytön haittavaikutusten osalta säännöllisillä ja pitkäaikaisilla kannabiksen käyttäjillä havaittiin olevan kaksinkertainen riski saada psykoottisia oireita tai häiriöitä ja suurempi riski saada hengityselinvaivoja. Krooninen käyttö voi myös aiheuttaa riippuvuusoireyhtymän. Nuorten säännölliseen kannabiksen käyttöön liitettiin lisääntynyt riski sairastua skitsofreniaan, ja jos käyttö jatkuu koko varhaisaikuisiän, siihen näytti liittyvän älyllisiä kehityshäiriöitä. Aikaisemmilla somaattisilla ja mielenterveyshäiriöillä ja muilla tekijöillä saattaa olla merkitystä, ja tästä aiheesta tarvitaan lisätutkimusta.

Ennaltaehkäisy: perhekeskeiset ohjelmat

Euroopan ennaltaehkäisystrategioissa keskitytään muun muassa nuorten kannabiksen käyttöön. Sitä käytetään usein yhdessä alkoholin ja tupakan kanssa. Nuorten huumeidenkäytön ja huumeisiin liittyvien ongelmien ehkäisemistä voi lähestyä monella tavalla. Ympäristöön vaikuttavat ja yleiset strategiat kohdistuvat koko väestöön, kun taas valikoiva ennaltaehkäisytyö kohdistuu haavoittuviin ryhmiin, joilla huumeiden ongelmakäytön riski voi olla keskimääräistä suurempi. Kohdennettu ennaltaehkäisytyö keskittyy puolestaan riskiryhmiin.

Kouluissa tehdään paljon ehkäisevää huumetyötä, ja joistakin menetelmistä on olemassa suhteellisen vankkaa näyttöä. Vastaavasti perheisiin kohdistuvia toimenpiteitä on arvioitu myönteisesti erilaisten ongelmakäyttäytymisten, myös huumeidenkäytön, ehkäisemisessä.

Perhekeskeisissä ennaltaehkäisyohjelmissa vanhempia koulutetaan tukemaan lapsiaan saavuttamaan ikäryhmille soveltuvia kehitystavoitteita (joita ovat impulsiivisuuden hallinta, sosiaaliset taidot ja tarpeiden tyydyttämisen lykkääminen), jotka liitetään päihteiden käytön ja muun ongelmakäyttäytymisen riskin vähentymiseen. Perhekeskeinen yleinen ennaltaehkäisytyö kohdistuu kaikkiin perheisiin, ja toimenpiteitä kohdistetaan lapsen kehityksen eri vaiheisiin, kun taas valikoivissa ohjelmissa keskitytään syrjäytyneisiin ja haavoittuviin perheisiin, myös niihin, joissa vanhemmilla on päihdeongelmia. Vaikka haavoittuviin perheisiin kohdistuvia ennaltaehkäisytoimia toteutetaan useimmissa maissa, vuoden 2013 asiantuntija-arvioissa osoitetaan, että niiden kattavuus on usein rajallinen.

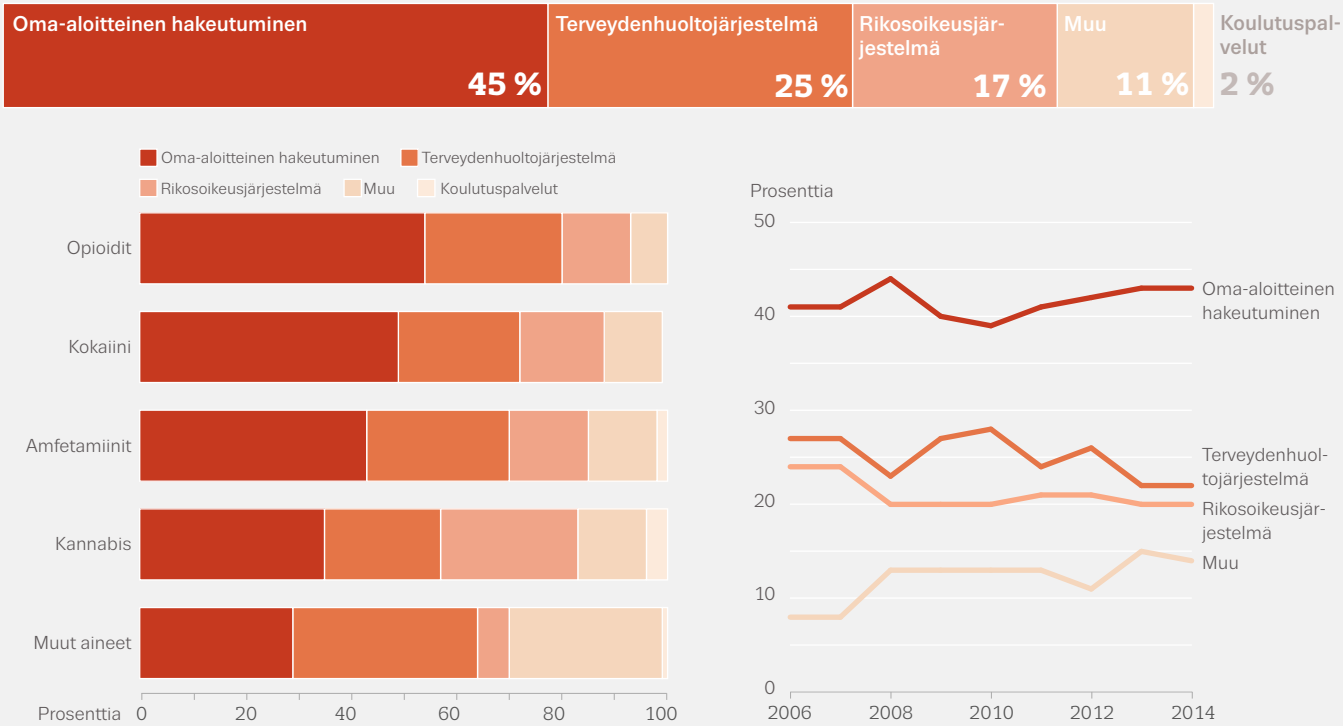
Monien perhekeskeisten toimenpiteiden sisällöstä tiedetään suhteellisen vähän. Poikkeuksena mainittakoon Strengthening Families Programme -ohjelma, jossa annetaan koulutusta vanhemmuustaidoissa ja joka on toteutettu 13:ssa Euroopan maassa. Tässä kansainvälisesti suositellussa ohjelmassa pyritään myös poistamaan haavoittuvien vanhempien osallistumisen esteitä tarjoamalla kuljetus- ja lastenhoitopalveluja.

On myös kehitetty uusia määräaikaisia menetelmiä, joiden toteutuksessa tarvitaan vähemmän resursseja. Esimerkiksi EFFEKT-ohjelma, joka sisältää muutamia lyhyitä jaksoja, on osoittanut, että Alankomaissa ja Ruotsissa vanhempien valvonnan parantaminen ja sääntöjen asettaminen voivat tehokkaasti vähentää alkoholin käyttöä ja parantaa impulsiivisuuden hallintaa nuorten keskuudessa.

Kouluissa tehdään paljon ehkäisevää huumetyötä

KUVA 3.1

Vuonna 2014 huumeiden vuoksi Euroopassa hoitoon tulleiden asiakkaiden hoitoon ohjaava taho



"Rikosoikeusjärjestelmällä" tarkoitetaan tuomioistuinta, poliisia ja kriminaalihuoltoa; "terveydenhuoltojärjestelmällä" tarkoitetaan yleislääkäreitä, muita huumehoitokeskuksia sekä terveys-, lääkäri- ja sosiaalipalveluja; "oma-aloitteisella hakeutumisella" tarkoitetaan asiakasta, perhettä ja ystäviä. Suuntauksia koskevassa kaaviossa hoitoon ohjautuminen koulutuspalvelujen kautta on sisällytetty kohtaan "muut".

Huumehoito: hoitoonohjausmenetelmät

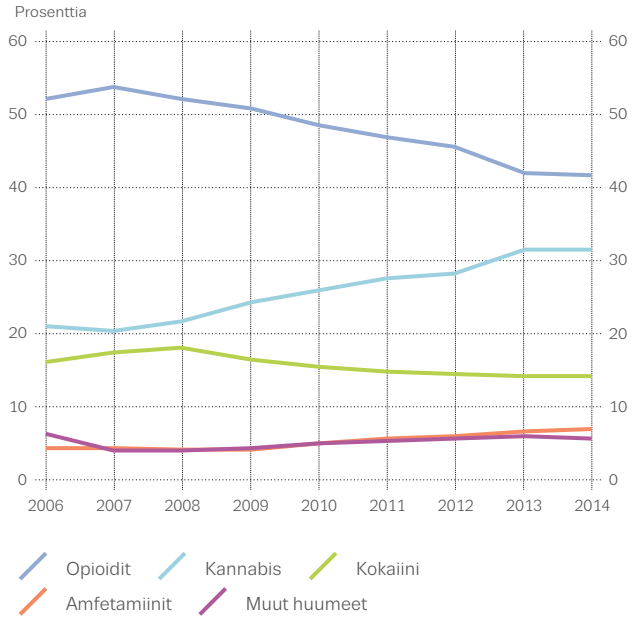
Huumehoitoa annetaan suhteellisen pienelle mutta kuitenkin merkittävälle määrälle henkilöitä, joilla on huumeidenkäyttöön liittyviä ongelmia, kuten huumeriippuvuutta. Asianmukaisten hoitopalvelujen hyvän saatavuuden varmistaminen on keskeinen poliittinen tavoite.

Tietoa eri hoitoonhakeutumisen tavoista voi saada hoitoon ohjaavalta taholta. Vuonna 2014 huumehoitoon tulleista asiakkaista Euroopassa 45 prosenttia tuli hoitoon joko oma-aloitteisesti tai perheenjäsenen ohjaamana, vaikka tämä vaihteli huumeen (kuva 3.1) tai maan mukaan. Neljäsosa hoitoon tulleista ohjautui hoitoon terveydenhoitopalvelujen kautta ja 17 prosenttia rikosoikeusjärjestelmän kautta. Kaikista hoitoon hakeutuvista asiakkaista kannabisasiakkaat ohjautuvat todennäköisimmin hoitoon rikosoikeusjärjestelmän kautta. Unkarissa noin kolme neljäsosaa (74 prosenttia) kannabisasiakkaista ohjautuu hoitoon rikosoikeusjärjestelmän kautta. Hoitoon ohjaavia tahoja koskevat yleiset suuntaukset ovat pysyneet melko vakaina vuosina 2006–2014.

Monissa maissa on käytössä järjestelmiä, joilla huumerikoksiin syyllistyneet siirretään rikosoikeusjärjestelmästä huumehoito-ohjelmiin. Tämä voi edellyttää tuomioistuimen antamaa hoitoonohjausmääräystä tai ehdollista tuomiota, jonka edellytyksenä on hoidon aloittaminen, mutta joissakin maissa siirto on mahdollinen myös varhaisemmassa vaiheessa.

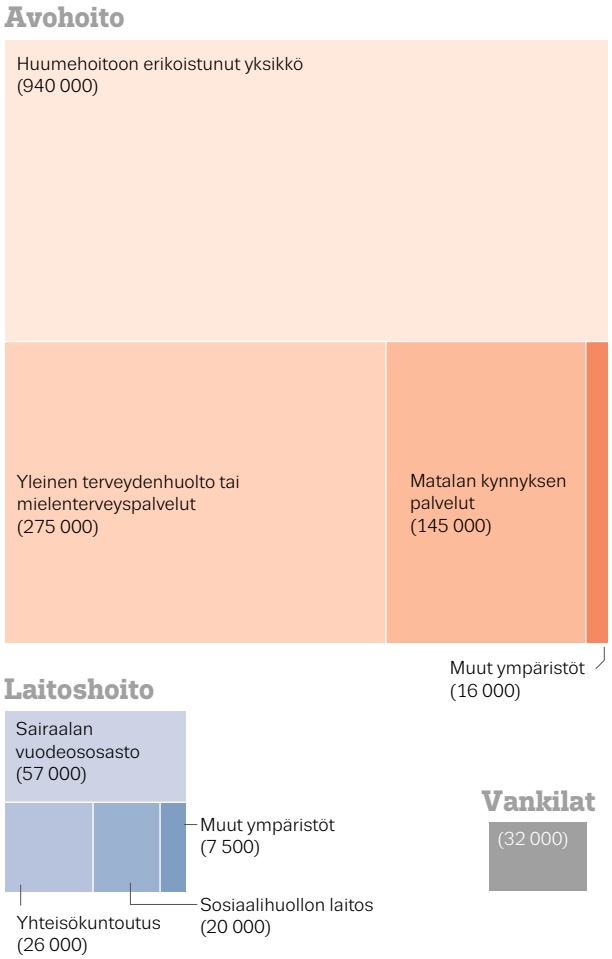
KUVA 3.2

Huumeiden vuoksi hoitoon tulleiden asiakkaiden ensisijaisesti käyttämä huume: suuntaukset



KUVA 3.3

Huumehoitoa saavien määrä Euroopassa vuonna 2014 ympäristön mukaan eriteltynä



Huumehoitoa annetaan useimmiten avohoitona

Euroopan unionissa arviolta 1,2 miljoonaa ihmistä sai hoitoa laittomien huumeiden käytön vuoksi vuonna 2014 (1,5 miljoonaa, kun Norjan ja Turkin tiedot otetaan huomioon). Opioidienkäyttäjät muodostavat suurimman huumeiden vuoksi hoitoon tulijoiden ryhmän, ja he kuluttavat suurimman osan saatavilla olevista hoitoresursseista, lähinnä korvaushoidon muodossa. Kannabiksen- ja kokaiininkäyttäjät muodostavat huumehoitoon tulijoiden toiseksi ja kolmanneksi suurimman ryhmän (kuva 3.2), ja psykososiaaliset toimenpiteet ovat näiden asiakkaiden tärkein hoitomuoto. Maiden väliset erot voivat kuitenkin olla erittäin suuria. Joissakin maissa opioidienkäyttäjien osuus hoitoon tulijoista voi olla jopa 88 prosenttia ja toisissa taas alle 10 prosenttia.

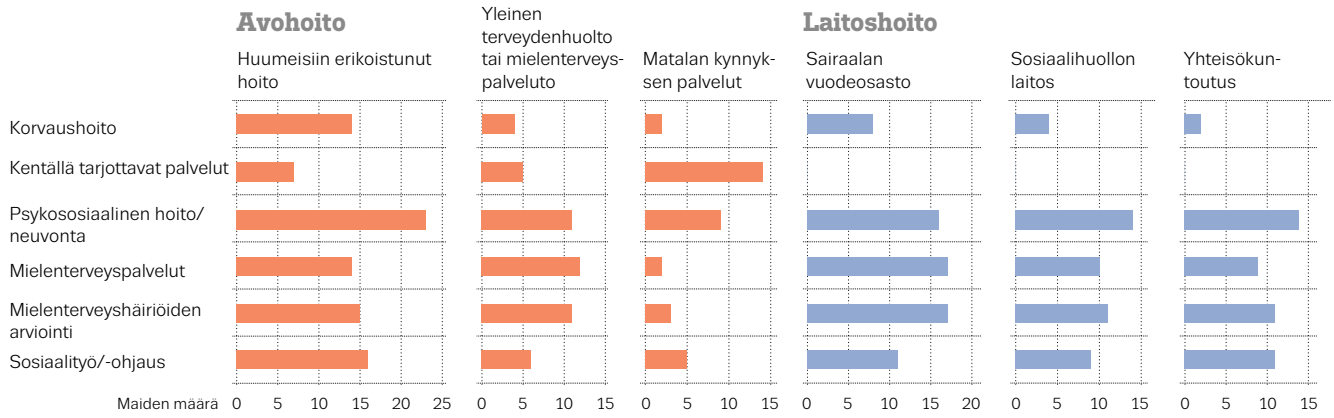
Suurin osa huumehoidosta Euroopassa annetaan avohoitona, ja avohoitoon erikoistuneet keskukset tarjoavat eniten hoitoa huumeidenkäyttäjien määrän perusteella (kuva 3.3). Toiseksi eniten hoitoa antavat terveyskeskukset. Tähän ryhmään kuuluvat myös yleislääkäreiden vastaanotot, sillä joissakin suurissa maissa, kuten Saksassa ja Ranskassa, ne voivat määrätä opioidien korvaushoitoa. Muualla, esimerkiksi Sloveniassa ja Suomessa, mielenterveyslaitoksilla on keskeinen rooli avohoidon tarjonnassa.

Pienempi osa Euroopassa huumeiden vuoksi annettavasta hoidosta tapahtuu laitosympäristössä, kuten sairaaloiden yhteydessä toimivissa laitoksissa (esim. psykiatriset sairaalat), kuntoutushoitoyhteisöissä ja vieroitushoitokeskuksissa, joissa potilaat asuvat. Avohoidon ja laitoshoidon tarjonnan suhteellinen merkitys kansallisessa hoitojärjestelmässä vaihtelee suuresti eri maissa. Asiantuntijat voivat laatia katsauksen valittujen toimenpiteiden saatavuudesta eri hoitoympäristöissä Euroopassa (kuva 3.4).

Verkossa on tarjolla entistä laajempi valikoima huumeiden ehkäisy- ja hoitotoimenpiteitä. Internetpohjaisilla toimenpiteillä voidaan laajentaa hoito-ohjelmien saatavuutta ja maantieteellistä kattavuutta ja niiden avulla voidaan tavoittaa huumeongelmista kärsiviä ihmisiä, jotka eivät ehkä muuten saa huumehoitopalveluja.

KUVA 3.4

Katsaus valittujen toimenpiteiden hyvästä saatavuudesta (>75 prosenttia) ympäristön mukaan eriteltynä (asiantuntija-arviot)



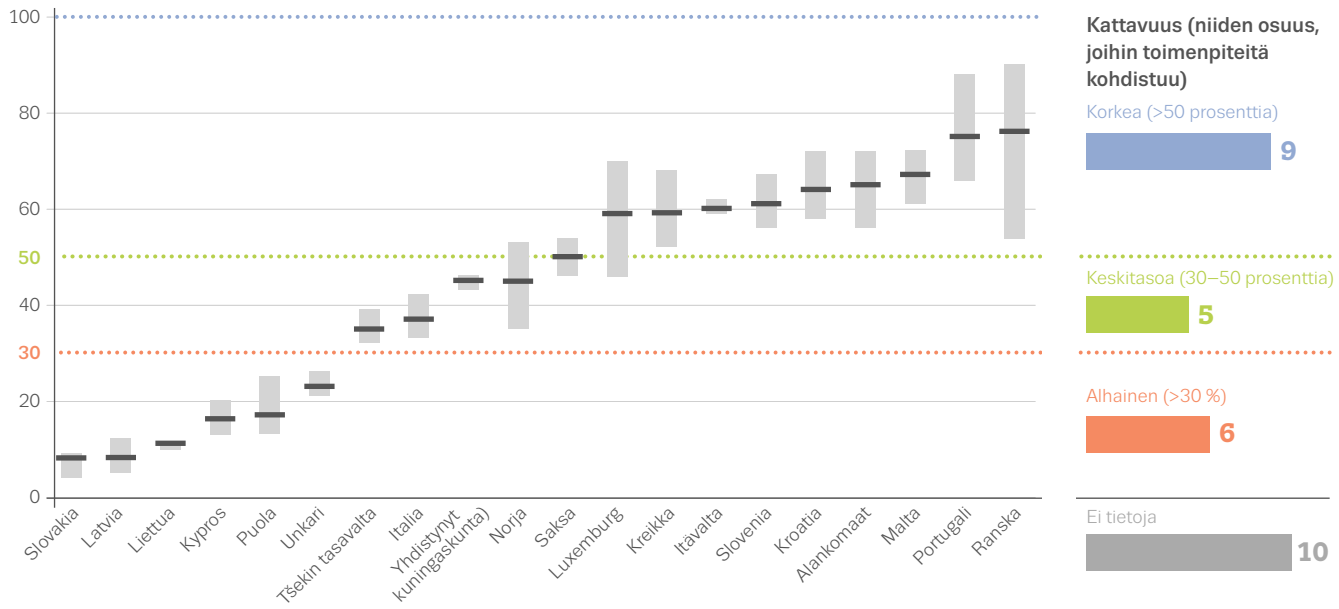
Opioidien korvaushoito

Korvaushoito, johon yhdistetään usein psykososiaalisia toimenpiteitä, on yleisin opioidiriippuvuuden hoitomuoto. Saatavilla oleva näyttö tukee tätä menetelmää, ja sen on havaittu tuottavan myönteisiä tuloksia hoidossa pysymisen, laittoman opioidinkäytön, riskikäyttäytymisen sekä huumehaittojen ja huumeista johtuva kuolleisuuden osalta.

Vuonna 2014 arviolta 644 000 opioidienkäyttäjää sai korvaushoitoa Euroopan unionissa (680 000, kun Norjan ja Turkin tiedot otetaan huomioon). Määrä on laskenut 50 000:lla vuodesta 2010. Opioidienkäyttäjiä koskevat arviot osoittavat, että vähintään 50 prosenttia käyttäjistä saa korvaushoitoa. Tähän arvioon on kuitenkin suhtauduttava varauksellisesti metodologisista syistä, ja arviot vaihtelevat suuresti maittain (kuva 3.5).

KUVA 3.5

Korvaushoitoa saavien suuren riskin opioidienkäyttäjien osuus (arvio)



Huom. Tiedot esitetty piste-estimaatteina ja epävarmuusväleinä.

KUVA 3.6

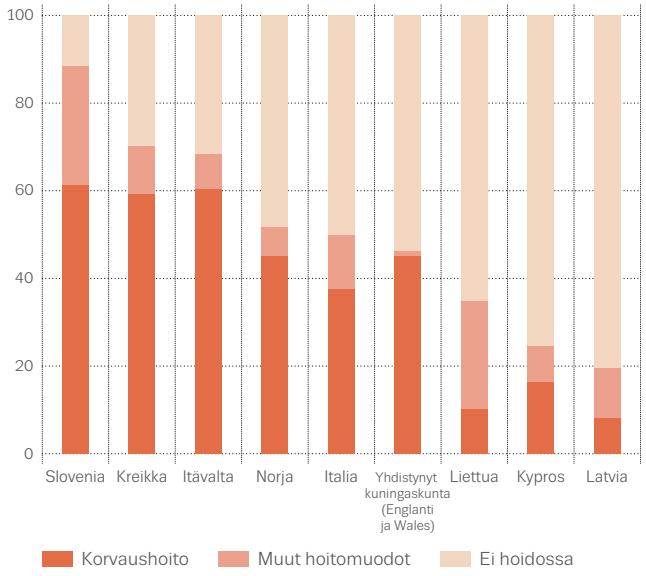
Metadoni on yleisimmin määrätty opioidin korvaushoitolääke

Metadoni on yleisimmin määrätty opioidin korvaushoitolääke, ja sitä saa yli kaksi kolmannesta (61 prosenttia) korvaushoitoasiakkaista. Asiakkaista 37 prosentille määrätään buprenorfiinipohjaista lääkettä, joka on ensisijainen korvaushoitolääke seitsemässä maassa (kuva 3.6). Muita aineita, kuten hitaasti vapautuvaa morfiinia tai diasetyylimorfiinia (heroiinia), joita määrätään harvemmin, saa arviolta 2 prosenttia korvaushoitoasiakkaista Euroopassa.

Opioidienkäyttäjille on kaikissa Euroopan maissa tarjolla vaihtoehtoisia hoitoja, vaikka ne ovatkin harvinaisempia kuin korvaushoito. Yhdeksässä maassa, joissa tietoja on saatavilla, 2–30 prosenttia kaikista hoidossa olevista opioidienkäyttäjistä saavat hoitoa, johon ei liity opioidikorvaushoitoa (kuva 3.7).

KUVA 3.7

Huumehoitoa saavien suuren riskin opioidienkäyttäjien osuus (arvio)



Tarjolla olevan hoidon ja asiakkaiden tarpeiden kohtaaminen

Asiakkailla, jotka hakeutuvat hoitoon Euroopassa, on erilaisia tarpeita, ja he tarvitsevat usein hoitoa, jossa on otettava huomioon monia eri ongelmia. Tämän alan tehokkaisiin toimiin kuuluu keskeisesti huumehoitopalvelujen ja muiden terveys- ja sosiaalipalvelujen tarjoajien välinen yhteistyön varmistaminen.

Koska useimmat hoitoon tulevista käyttävät useaa psykoaktiivista ainetta ja joillekin sekakäyttö aiheuttaa ongelmia, on tärkeää, että sekakäyttö otetaan huomioon huumehoitopalvelujen arvioinnissa ja hoitosuunnitelmissa. Tässä yhteydessä on myös otettava huomioon, että joidenkin aineiden yhdistelmiä on erityisen tärkeä havaita niiden aiheuttaman suuren riskin, myös suuremman yliannostusriskin, takia. Yksi esimerkki tästä on opioidien käyttö yhdessä bentsodiatsepiinien kanssa. Analyysien mukaan kolme neljästä huumeidenkäyttöön liittyvien ongelmien vuoksi hoitoon tulevasta asiakkaasta käyttää monia eri aineita, ja ensisijaisesti opioideja, kokaiinia ja amfetamiinia käyttävät ilmoittavat usein kannabiksen ja alkoholin toiseksi päihteeksi. Lisäksi monet ensisijaisesti opioideja käyttävät ilmoittavat käyttävänsä myös kokaiinia.

Samanaikaisilla päihteiden käytön häiriöillä ja mielenterveyshäiriöillä viitataan kahden kliinisen tilan samanaikaiseen esiintymiseen samassa yksilössä. Joidenkin mielenterveyshäiriöiden ja päihteiden käytön häiriöiden välillä on myös yhteys. Samanaikaiset sairaudet ovat näin ollen haaste sekä huumehoito- että mielenterveyspalveluille. Tuoreesta selvityksestä ilmenee, että yleisimmät samanaikaiset psykiatriset sairaudet laittomien aineiden käyttäjillä olivat vakava masennus, ahdistushäiriöt (lähinnä paniikki- ja traumaperäiset stressireaktiot) ja persoonallisuushäiriöt (lähinnä epäsosiaalinen ja epävakaa persoonallisuus). Tämän aiheen tärkeydestä huolimatta ongelman laajuuden määrittäminen on vaikeaa, koska saatavilla olevat tiedot ovat rajalliset ja heterogeeniset.

On olemassa merkkejä siitä, että huumehoidossa olevilla naisilla saattaa olla monimutkaisempia tarpeita, erityisesti samanaikaisten sairauksien ja lastenhoitovelvollisuuksien osalta, ja he tarvitsevat kohdennettuja ja sukupuolen huomioon ottavia palveluja. Vaikka naisten osuus on vain 20 prosenttia huumehoitoon tulevista (miesten ja naisten välinen suhde 4:1) – tämä suhde vaihtelee maittain 5 prosentista 34 prosenttiin – ero ei ole niin jyrkkä ensimmäistä kertaa hoitoon tulevilla. Syyt sille, että huumehoitoon tulevien naisten määrä on pienempi, vaihtelevat, ja niihin voi kuulua sukupuolten väliset erot ongelmakäytön yleisyydessä ja ongelmakäytön ilmoittamisen todennäköisyys sekä tarjolla olevien palvelujen saatavuus ja tarkoituksenmukaisuus.

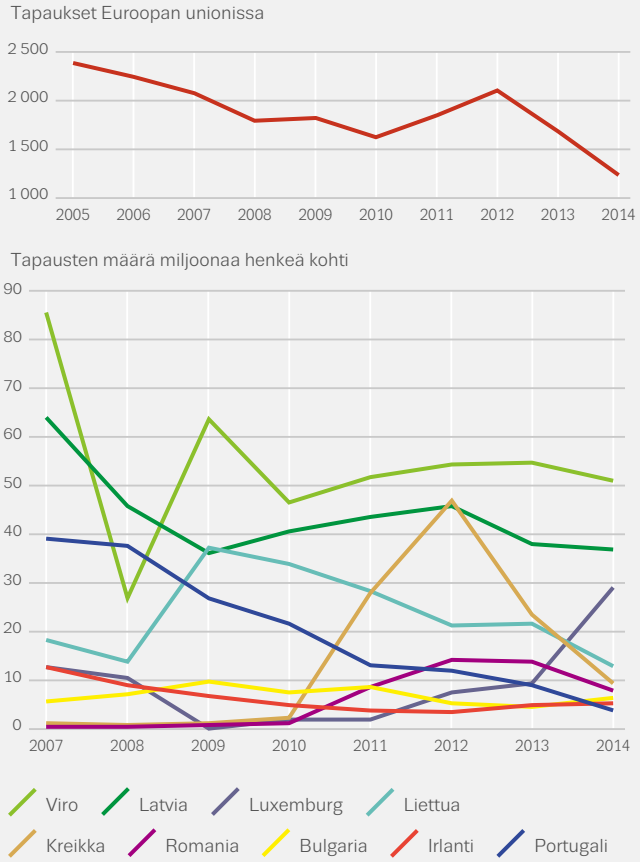
HIV-epidemiat: stimulantteja suonensisäisesti käyttävät

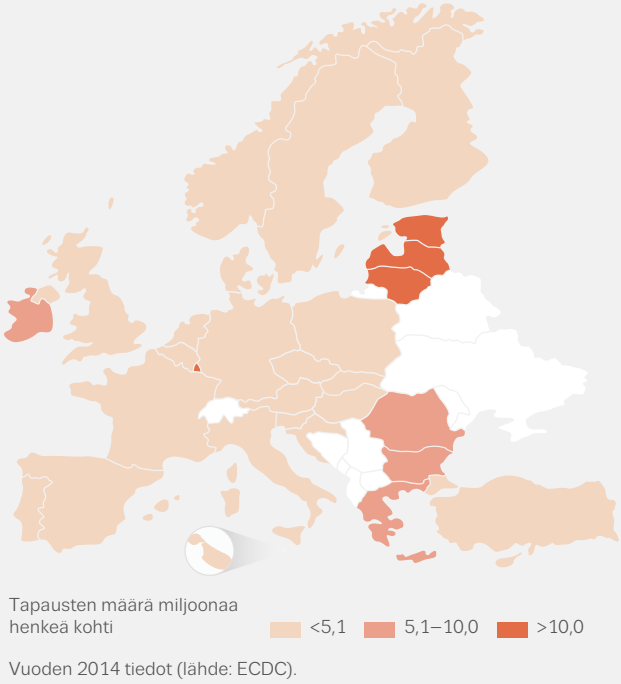
Huumeiden käyttäjät, varsinkin huumeita suonensisäisesti käyttävät, ovat vaarassa saada tartuntatauteja käyttäessään yhteisiä välineitä ja harrastaessaan suojaamatonta seksiä. Huumeiden suonensisäinen käyttö on edelleen veren välityksellä leviävien infektioiden, kuten hepatiitti C:n (HCV) sekä joissakin maissa ihmisen immuunikatoviruksen (HIV), keskeinen leviämismekanismi. Kaikissa Euroopassa ilmoitetuissa HIV-tapauksissa, joissa

Huumehoidossa olevilla naisilla saattaa olla monitahoisempia tarpeita

KUVA 3.8

Huumeiden suonensisäiseen käyttöön liittyvät uudet HIV-diagnoosit: yleiset ja valikoidut suuntaukset ja tuoreimmat tiedot





leviämisreitti tiedetään, huumeiden suonensisäisen käytön osuus on pysynyt vähäisenä ja vakaana (kymmenen viime vuoden aikana alle 8 prosenttia). Korkeampia lukuja on kuitenkin ilmoitettu Liettuassa (32 prosenttia), Latviassa (31 prosenttia), Virossa (28 prosenttia) ja Romaniassa (25 prosenttia).

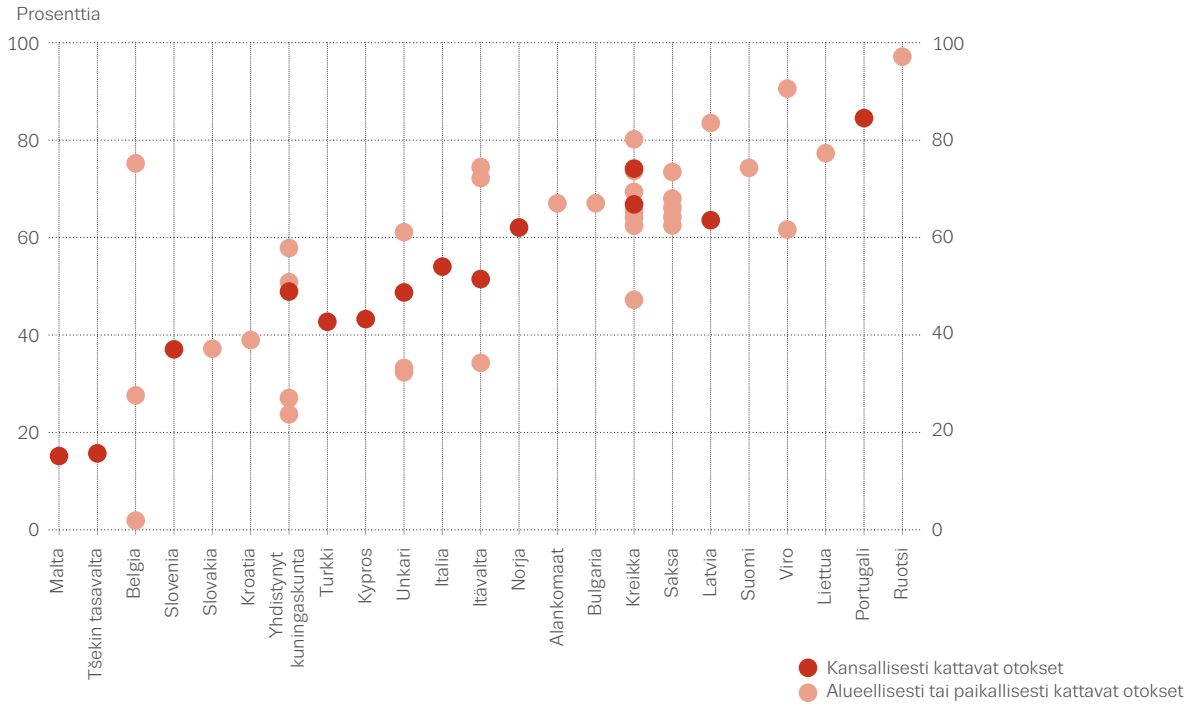
Tuoreimmat tiedot osoittavat, että suonensisäisillä huumeidenkäyttäjillä uusien HIV-diagnoosien määrä on laskenut Euroopan unionissa pitkällä aikavälillä. Vuonna 2014 huumeiden suonensisäiseen käyttöön liitettyjen uusien HIV-diagnoosien määrä oli keskimäärin 2,4 tapausta miljoonaa henkeä kohti, mikä on alle puolet vuoden 2005 määrästä (5,6 tapausta miljoonaa henkeä kohti). Monissa maissa, erityisesti Virossa ja Latviassa, ilmoitettiin kuitenkin korkeampia lukuja. Kreikassa ja Romaniassa eli maissa, joissa oli aiemmin paikallisia epidemioita, uusien diagnoosien määrä on vähentynyt vuodesta 2012 (kuva 3.8).

Vuonna 2014 Euroopan unionissa oli 1 236 uutta huumeiden suonensisäiseen käyttöön liittyvää HIV-diagnoosia. Tämä oli alhaisin määrä yli kymmeneen vuoteen. Tästä huolimatta huumeita suonensisäisesti käyttävien keskuudessa on vuonna 2015 havaittu uusia paikallisia HIV-epidemioita Irlannissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Skotlanti) ja Luxemburgissa. Huumeidenkäyttötapojen muutokset, erityisesti stimulanttien suonensisäisen käytön lisääntyminen, ja syrjäytymisen lisääntyminen, ovat olleet yhteisiä tekijöitä monissa hiljattain puhjenneissa HIV-epidemioissa.

Uusista aids-tapauksista Euroopassa 15 prosenttia johtui huumeiden suonensisäisestä käytöstä vuonna 2014, ja 590 ilmoitusta oli vähän yli neljäsosa kymmenen vuotta sitten ilmoitetusta määrästä. Varhainen diagnoosi on tärkeä, jotta estetään HIV-tartunnan kehittyminen aidsiksi, ja tämä on erityisen tärkeää huumeita suonensisäisesti käyttäville, joiden osuus terveydenhoitopalveluista on suurin tartunnan loppuvaiheessa (61 prosenttia). Joissakin maissa, kuten Kreikassa, Latviassa ja Romaniassa, joissa uusien aids-diagnoosien määrä on edelleen korkea, HIV-testausta ja hoitotoimenpiteitä on ehkä vahvistettava.

KUVA 3.9

HCV-vasta-aineiden esiintyvyys huumeita suonensisäisesti käyttävillä vuosina 2013–2014



Suonensisäisestä käytöstä aiheutuvat haitat: tärkeimmät sairaudet

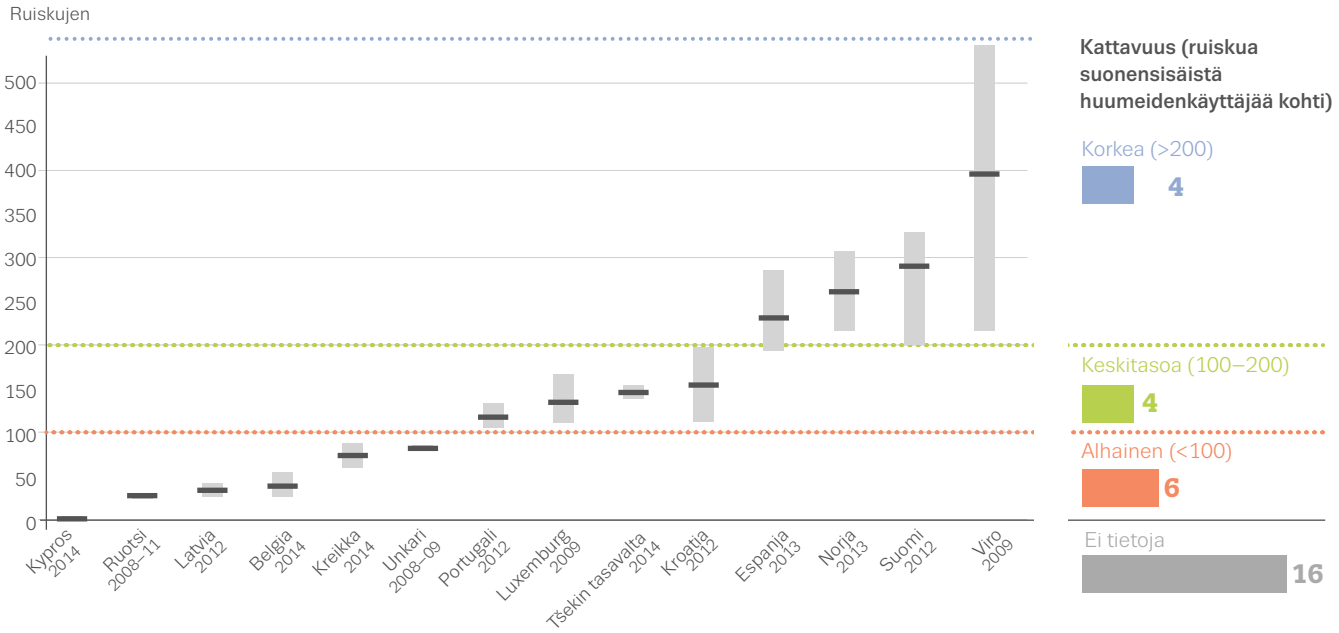
Virushepatiitti, erityisesti C-hepatiittiviruksen (HCV) aiheuttama infektio, on hyvin yleinen suonensisäisillä huumeidenkäyttäjillä eri puolilla Eurooppaa. Tällä voi olla tärkeitä pitkän aikavälin seurauksia, sillä HCV-infektio, jota runsas alkoholinkäyttö usein pahentaa, on todennäköisesti syy ikääntyvien suuren riskin huumeidenkäyttäjien lisääntyneisiin maksasairauksiin, muun muassa kirroosiin ja maksasyöpään.

HCV-vasta-aineet ovat merkki olemassa olevasta tai aiemmasta tartunnasta, ja niiden esiintyvyys kansallisissa huumeita suonensisäisesti käyttävien otoksissa vuosina 2013–2014 vaihteli 15 prosentista 84 prosenttiin, ja kansallisia tietoja toimittaneista 13 maasta kuusi ilmoitti yli 50 prosentin määristä (kuva 3.9). Niistä maista, jotka toimittivat tietoja vuosien 2006–2014 kansallisista suuntauksista, HCV-vasta-aineiden esiintyvyys huumeita suonensisäisesti käyttävillä väheni viidessä maassa mutta lisääntyi Maltalla ja Norjassa.

Huumeiden suonensisäinen käyttö altistaa myös muille tartuntataudeille, kuten B-hepatiitille, jäykkäkouristukselle ja botulismille. Euroopassa, myös Norjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, on satunnaisesti raportoitu huumeita suonensisäisesti käyttävien haavabotulismitapauksista vuosina 2013–2015. Injektiokohdan bakteeritulehdukset ovat myös yleisiä, ja Skotlannissa raportoitiin vuonna 2015 laajasta pehmytkudostulehdusepidemiasta.

KUVA 3.10

Erikoisohjelmien kautta jaettujen ruiskujen määrä yhtä suonensisäistä huumeidenkäyttäjää kohti (arvio)



Huom. Tiedot esitetty piste-estimaatteina ja epävarmuusväleinä.

Tartuntataudit: ennaltaehkäisytoimet

Päämenetelmät huumeisiin liittyvien tartuntatautien vähentämiseksi huumeita suonensisäisesti käyttävillä ovat opioidikorvaushoidon tarjonta, injektiovälineiden tarjonta, testaus, hepatiitti C:n hoito ja HIV:n antiretrovirushoito.

Opioidia suonensisäisesti käyttävien osallistuminen korvaushoitoon vähentää merkitsevästi infektioriskiä, ja joissakin analyyseissä on havaittu, että suojaava vaikutus kasvaa, kun kattavaan hoitoon yhdistetään ruiskujen runsas tarjonta.

Todisteiden mukaan ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmilla voidaan vähentää suonensisäiseen käyttöön liittyvää riskikäyttämistä ja näin ollen vähentää HIV:n leviämistä huumeita suonensisäisesti käyttävien keskuudessa. Lähes kaikissa maissa tarjotaan maksutta puhtaita injektiovälineitä jakamiseen erikoistuneista toimipisteistä. Ruiskujen jakelupisteiden maantieteellinen jakautuminen sekä jaettujen ruiskujen arvioitu määrä vaihtelevat merkittävästi eri maissa (kuva 3.10). Erityisohjelmien kautta jaettavien ruiskujen tarjontaa koskevia tietoja on saatavilla 23 maasta, jotka ovat ilmoittaneet jakaneensa yhteensä noin 36 miljoonaa ruiskua vuonna 2014. Tämä luku on arvio, sillä useat suuret maat, kuten Ranska, Saksa ja Yhdistynyt kuningaskunta, eivät anna täydellisiä tietoja ruiskujen tarjonnasta.

Tarttuvien tautien testaus ja hoito voivat auttaa vähentämään infektioiden esiintyvyyttä huumeiden käyttäjien keskuudessa. Testaus voi sekä lisätä henkilöiden tietoisuutta infektiotilasta että tukea varhaisempaa hoitoon hakeutumista. Mielikuvat ja syrjäytyminen sekä vähäiset tiedot testaus- ja hoitovaihtoehdoista ovat kuitenkin edelleen hoitoon hakeutumisen esteitä. Kliiniset tiedot tukevat antiretrovirushoidon aloittamista heti HIV-tartuntaa koskevan diagnoosin jälkeen immuunijärjestelmän heikkenemisen estämiseksi.

Kohdennetut haittojen torjuntatoimet ja seksiin liittyvät terveyspalvelut ovat myös tärkeitä, kun tarkastellaan uusia suonensisäisen käytön malleja ja seksuaalista käyttäytymistä pienissä ryhmissä, joihin kuuluu homoseksuaalisia miehiä. Huumehoitopalvelujen ja seksiin liittyvien terveyspalvelujen välisen yhteyksien luominen voi olla erityisen tärkeää, kuten myös terveysvalistuksen antaminen, puhtaiden injektiovälineiden tarjoaminen ja joissakin tapauksissa ennalta ehkäisevien antiretrovirusläkkeiden tarjoaminen.

Hepatiitti C:n uudet hoitomuodot

C-hepatiittiviruksen torjuntaan tähtäävät ennaltaehkäisytoimet ovat samankaltaisia kuin toimet, joilla torjutaan HIV-tartuntoja. Koska HCV-infektiot ovat hyvin yleisiä huumeita suonensisäisesti käyttävillä, infektiota mahdollisesti levittävien henkilöiden määrän vähentäminen HCV-hoitoa tarjoamalla on olennainen osa kattavaa ennaltaehkäisytyötä. Uusissa eurooppalaisissa ohjeissa suositellaan HCV-hoidon tarjoamista huumeidenkäyttäjille tapauskohtaisesti ja hoidon antamista monitieteellisessä ympäristössä. Vuodesta 2013 saatavilla on ollut suun kautta otettavia interferonivapaita lääkkeitä, joissa on antivirusaineita, ja niistä on tulossa pääasiallinen lääke HCV-infektioiden hoitoon. Nämä lääkkeet ovat erittäin tehokkaita, niiden käyttöaika on lyhyempi ja niillä on vähemmän sivuvaikutuksia kuin vanhemmilla lääkkeillä. Näiden lääkkeiden avulla huumehoitoa voidaan antaa yhteisössä, mikä voi lisätä hoitoon hakeutumista ja hoidon saatavuutta.

Uudet anti-HCV-lääkkeet ovat kalliita verrattuna vanhoihin lääkkeisiin. Vuonna 2015 tehdyssä 21 maata kattavassa tutkimuksessa EMCDDA havaitsi, että kolmen kuukauden hoito uudella lääkkeellä maksoi keskimäärin 60 000 euroa, kun taas hoito edellisen sukupolven lääkkeillä maksoi 17 000–26 000 euroa. Kun otetaan huomioon HCV-infektion yleisyys huumeita suonensisäisesti käyttävillä, lupaavien uusien lääkkeiden optimaalisen saatavuuden varmistaminen on keskeinen haaste päätöksentekijöille.

Vankien terveydenhuolto: tarvitaan kokonaisvaltaisia ratkaisuja

Ainakin kerran huumeita käyttäneiden määrä on suurempi vankien keskuudessa kuin yleisväestössä, ja vankien huumeidenkäyttötavat ovat myös haitallisempia. Asia käy ilmi viimeaikaisista tutkimuksista, joiden mukaan 6–48 prosenttia vangeista on ainakin kerran elämässään käyttänyt huumeita suonensisäisesti. Ainakin kerran huumeita käyttäneiden suuri määrä vangeilla tarkoittaa sitä, että heillä on moninaisia terveydenhoitotarpeita ja että vangin terveyden perusteellinen arviointi hänen tullessaan vankilaan on tärkeää. WHO suosittelee, että vankien saatavilla on joukko ennaltaehkäisytoimenpiteitä, joihin kuuluu tarttuvien tautien maksuton ja vapaaehtoinen testaus, kondomien ja steriilien injektiovälineiden jakelu, tarttuvien tautien hoito ja huumeriippuvuuden hoito.

Monissa maissa vankiloiden terveydenhuolto ja muun yhteiskunnan terveydenhuolto tekevät nykyisin keskenään yhteistyötä. Näin varmistetaan terveysvalistuksen ja hoidon tarjonta vankiloissa ja hoidon jatkuminen vangin tullessa vankilaan ja vapautuessa sieltä. EMCDDA seuraa 30:tä maata, joista 27 maan vankiloissa on saatavana opioidikorvaushoitoa. Kaiken kaikkiaan näyttää siltä, että yhä suurempi osa vangeista voi saada korvaushoitoa, mikä kuvaa hoidon laajaa saatavuutta yhteisössä. Puhtaiden injektiovälineiden tarjonta on heikompaa: vain kolmessa maassa on ruiskujen vaihto-ohjelmia tässä ympäristössä.

Ensiapukäynnit: tietoa akuuteista haitoista

Ensiapukäyntejä koskevista tiedoista saadaan ainutlaatuista tietoa akuuteista terveyshaitoista. European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) -verkosto seuraa huumeisiin liittyviä ensiaputilanteita 16 valitussa (akuutti) sairaalassa 10:ssä Euroopan maassa. Sen vuonna 2014 tekemässä tutkimuksessa havaittiin, että suurin osa raportoidusta 5 409 ensiaputilanteesta koski miehiä (76 prosenttia) ja nuoria aikuisia (miesten keski-ikä 32 vuotta ja naisten 28 vuotta). Ensiaputilanteista 24 prosenttia koski heroiinia, 17 prosenttia kokaiinia ja 16 prosenttia kannabista.

Monessa ensiaputilanteessa havaittiin useampi kuin yksi huume, 5 409 ensiaputilanteessa tunnistettiin 8 358 huumetta (kuva 3.11). Kaksi kolmasosaa tilanteista liittyi vakiintuneiden huumeiden, kuten heroiinin, kokaiinin, kannabiksen, amfetamiinin ja MDMA:n, käyttöön; yksi neljäsosa liittyi reseptilääkkeisiin tai reseptittä saataviin lääkkeisiin (useimmiten opioideihin ja bentsodiatsepiineihin) ja 6 prosenttia liittyi uusiin psykoaktiivisiin aineisiin. Heroiini oli kaikkein yleisimmin ilmoitettu huume ja yleisin opioidi (67 prosenttia ilmoitetuista opioideista), sen jälkeen tulivat metadoni (12 prosenttia) ja buprenorfiini (5 prosenttia), ja käyttötavat vaihtelivat paikkakunnittain. Uusiin psykoaktiivisiin aineisiin liittyvistä tilanteista yli kolme neljäsosaa koski katinonia, ja kaksi kolmasosaa näistä koski mefedronia.

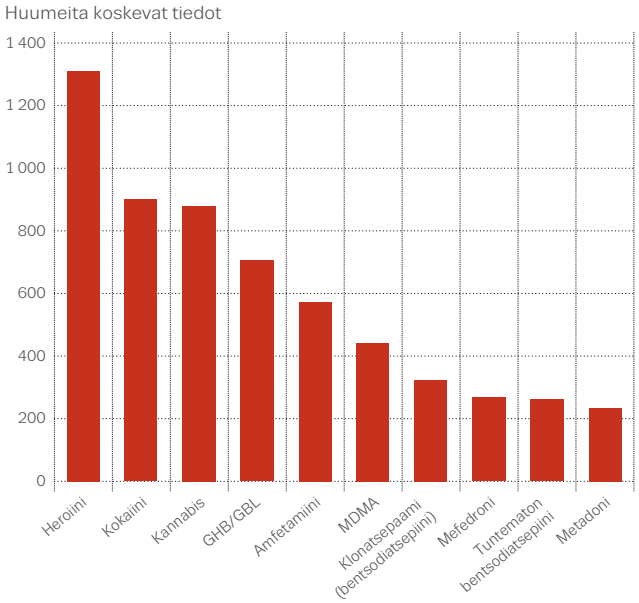
Ensiaputilanteisiin liittyvät huumeet vaihtelivat paikkakunnittain, mikä näkyi paikallisissa riskikäyttötavoissa. Esimerkiksi heroiinin ja amfetamiiniin liittyvät ensiaputilanteet olivat yleisimmät Oslossa, kun taas GHB:hen/GBL:ään, kokaiiniin, mefedroniin ja MDMA:han liittyvät tilanteet olivat yleisimmät Lontoossa, ja nämä vastasivat paikallisia käyttötapoja, jotka liittyivät viihdekäyttöön yöelämässä.

Suurin osa (79 prosenttia) niistä, joilla oli huumeisiin liittyvä ongelma, kotoutettiin sairaalasta 12 tunnin kuluessa. Yhteensä kirjattiin 27 kuolemantapausta (0,5 prosenttia kaikista ensiapukäynneistä), joista useimmat liittyivät opioideihin.

Ensiapukäyntejä koskevista tiedoista saadaan ainutlaatuista tietoa akuuteista terveyshaitoista

KUVA 3.11

Kymmenen yleisimmin ilmoitettua huumetta akuuttisairaaloiden ensiaputilanteissa vuonna 2014



Huom. Tulokset 5 409 ensiaputilanteesta 16 paikkakunnalla 10:ssä Euroopan maassa.
Lähde: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN).

Vain harvalla maalla on käytössä kansallisia seurantajärjestelmiä, joiden avulla voidaan analysoida huumeisiin liittyviä akuutteja myrkytyksiä. Niitä maita koskevat raportit, jotka ovat harjoittaneet seurantaa pitkällä aikavälillä, osoittavat, että heroiiniin liittyvät akuutit hätätilanteet ovat lisääntymässä Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja vähenemässä Tšekin tasavallassa ja Tanskassa. Nämä kaksi maata ovat ilmoittaneet opioideihin liittyvien hätätilanteiden lisääntyneen. Kannabikseen liittyvien akuuttien hätätilanteiden on havaittu kasvavan edelleen Espanjassa, kun taas Alankomaissa MDMA-myrkytysten on havaittu lisääntyneen festivaalien ensiapupisteissä, kuten myös uuteen psykoaktiiviseen aineeseen 4-FA (4-fluoroamfetamiini) liittyvät akuutit myrkytykset.

Uudet huumeet: terveysriskit

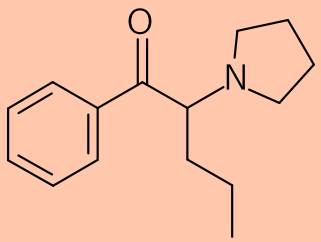
Uusia aineita on Euroopassa liitetty moneen vakavaan haittaan, muun muassa akuutteihin myrkytyksiin ja kuolemantapauksiin. Haittoja on liitetty myös suonensisäiseen käyttöön, erityisesti mefedronin, alfa-PVP:n, MDPV:n ja pentedronin kaltaisten stimulanttien osalta. Massamyrkytykset, vaikka ne ovatkin harvinaisia, voivat asettaa suuria vaatimuksia terveydenhuoltojärjestelmille. Yhdessä tällaisessa tapauksessa, josta ilmoitettiin Puolassa vuonna 2015, synteettiset kannabinoidit liitettiin yli 200 ensiapukäyntiin, jotka tapahtuivat alle viikossa.

Vuoden 2014 alkupuolelta lähtien uuden aineen käyttöön liittyvien vakavien haittojen takia EMCDDA on antanut 34 kansanterveyteen liittyvää hälytystä EU:n varhaisvaroitusjärjestelmän jäsenille. Kyseisenä ajanjaksona tehtiin riskinarvioinnit seitsemästä uudesta aineesta. Huolta ovat hiljattain aiheuttaneet uudet opioidit, kuten asetyylifentanyyli, joka oli EMCDDA:n ja Europolin yhteisen raportin aiheena vuonna 2015, sen jälkeen kun se oli liitetty 32 kuolemantapaukseen. Monet fentanyylit ovat erittäin voimakkaita, ja niitä voidaan myydä heroiinina käyttäjille, mikä aiheuttaa suuren yliannostus- ja kuolemanriskin.

Uusien huumeiden torjunta: keskeiset toimenpiteet

Vakiintuneisiin huumeisiin liittyvien ongelmien nykyisten ennaltaehkäisytoimien, hoitotoimenpiteiden ja haittojen torjuntatoimien katsotaan yleensä olevan riittävät, tai niitä voitaisiin helposti mukauttaa, uusien aineiden käyttäjien tarpeisiin. Uusien psykoaktiivisten aineiden ja muiden huumeiden, kuten GHB:n, ketamiinin ja mefedronin, käyttöön liittyvät ongelmat asettavat erityisiä haasteita eri ympäristöissä, kuten vankiloissa, seksiin liittyvissä terveysklinikoissa ja matalan kynnyksen palveluissa. Näiden aineiden torjuntaan liittyviin haasteisiin kuuluvat yhteyden saaminen vaikeasti tavoitettaviin käyttäjiin (esim. miehet, jotka harjoittavat seksiä miesten kanssa), suonensisäiseen käyttöön liittyvän kaoottisen käyttäytymisen hallinta haavoittuvilla ryhmillä ja uusien huumeiden käyttöön liittyvien akuuttien psykoottisten episodien tukeminen vankien keskuudessa. Näissä erityistapauksissa on erityisen tärkeää kehittää toimenpiteitä, joissa keskitytään etenkin uusien huumeiden käyttöön ja niihin liittyviin terveyshaittoihin. Näihin kuuluvat esimerkiksi kohdennetut haittojen vähentämiseen tähtäävät aineistot ja ohjeet ja erityiset hoito-ohjeet.

Alfa-PVP:n riskinarviointi



Marraskuussa 2015 tehtiin Euroopan laajuinen riskiarviointi alfa-PVP:stä (alfa-pyrrolidiniovalerofenonista). Alfa-PVP on synteettinen katinoni ja voimakas psykostimulantti, ja se on MDPV:n kaltainen. Se on ollut saatavilla Euroopan unionin huumemarkkinoilla ainakin helmikuusta 2011 lähtien, ja sitä on havaittu kaikissa 28 jäsenvaltiossa. Alfa-PVP:tä havaittiin 191 akuutissa myrkytystapauksessa ja 115 kuolemantapauksessa. Alfa-PVP ilmoitettiin kuoleman syyksi 20 prosentissa tapauksista tai sen katsottiin vaikuttaneen siihen. Viidessä näistä tapauksista alfa-PVP oli ainut havaittu aine.

Yliannostuskuolemien viimeaikainen lisääntyminen

Huumeidenkäyttö on tunnustettu Euroopassa aikuisten vältettävissä olevaksi kuolinsyyksi. Suuren riskin huumeidenkäyttäjiä koskevat tutkimukset osoittavat kokonaiskuolleisuusasteen olevan yleensä keskimäärin 1–2 prosenttia vuodessa. Kaiken kaikkiaan opioidienkäyttäjien kuolleisuus on Euroopassa 5–10 kertaa korkeampi kuin muun samanikäisen ja samaa sukupuolta edustavan väestön. Opioidienkäyttäjien lisääntynyt kuolleisuus liittyy lähinnä yliannostuksiin, mutta muut huumeiden käyttöön välillisesti liittyvät kuolinsyyt, kuten infektiot, onnettomuudet, väkivalta ja itsemurhat, ovat myös merkityksellisiä.

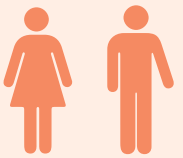
Huumeiden yliannostus on edelleen huumeiden ongelmakäyttäjien yleisin kuolinsyy Euroopassa. Yli kolme neljäsosaa yliannostuksen uhreista on miehiä (78 prosenttia). Useimmissa EU:n maissa yliannostuskuolemat lisääntyivät vuodesta 2003 noin vuosiin 2008–2009, jolloin yleiset määrät kääntyivät ensimmäistä kertaa laskuun. Yliannostustietojen, erityisesti EU:n kokonaismäärän, tulkinnassa on oltava varovainen eri syistä, joihin kuuluvat järjestelmällinen todellisuutta pienempien määrien ilmoittaminen joissakin maissa ja raportointiviiveitä aiheuttavat rekisteröintimenettelyt. Vuotuiset arviot ovat näin ollen alustavia vähimmäisarvioita. Arvioiden mukaan Euroopan unionissa tapahtui vuonna 2014 vähintään 6 800 yliannostuskuolemaa. Tässä on kasvua verrattuna vuoden 2013 tarkistettuun lukuun ja, kuten aikaisempina vuosina, suuri osa yliannostuskuolemista tapahtui Yhdistyneessä kuningaskunnassa (36 prosenttia) ja Saksassa (15 prosenttia). Kuolemien lisääntyminen on ilmeinen monien maiden, joilla on suhteellisen luotettava raportointijärjestelmä, kuten Irlannin, Liettuan ja Yhdistyneen kuningaskunnan esittämien tuoreiden tietojen perusteella. Ruotsissa on myös selvä nouseva suuntaus, vaikka tämä voi osittain johtua siitä, että näihin luetaan tapaukset, jotka koskevat vähintään 50-vuotiaita ja jotka eivät liity laittomien huumeiden käyttöön. Turkissa tapaukset ovat myös lisääntyneet merkittävästi, mutta tämä voi osittain johtua raportointikäytäntöjen parantumisesta.

Yliannostuskuolemien määrä nousi vanhemmissa ikäryhmissä vuosina 2006–2014, mikä kuvaa Euroopan opioideja käyttävän väestön ikääntymistä, kun taas nuorissa ikäryhmissä yliannostuskuolemien määrä väheni. Joissakin maissa yliannostuskuolemien määrä on viime aikoina kuitenkin hieman lisääntynyt alle 25-vuotiaiden keskuudessa.

Opioidienkäyttäjien kuolleisuus on Euroopassa 5–10 kertaa korkeampi kuin vertaisväestön

HUUMEKUOLEMAT

Ominaispiirteet



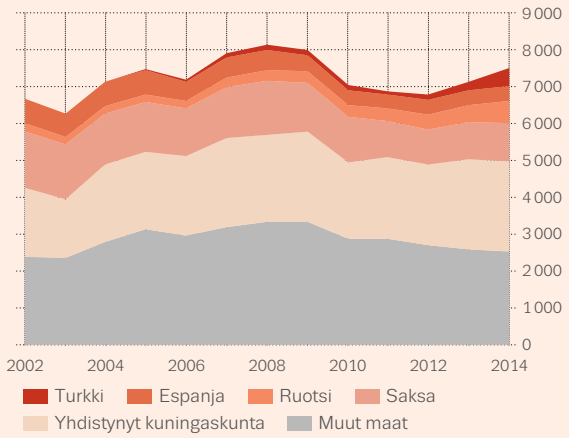
Vainajan keskimääräinen ikä

38

Kuolemat, joihin liittyi opioideja

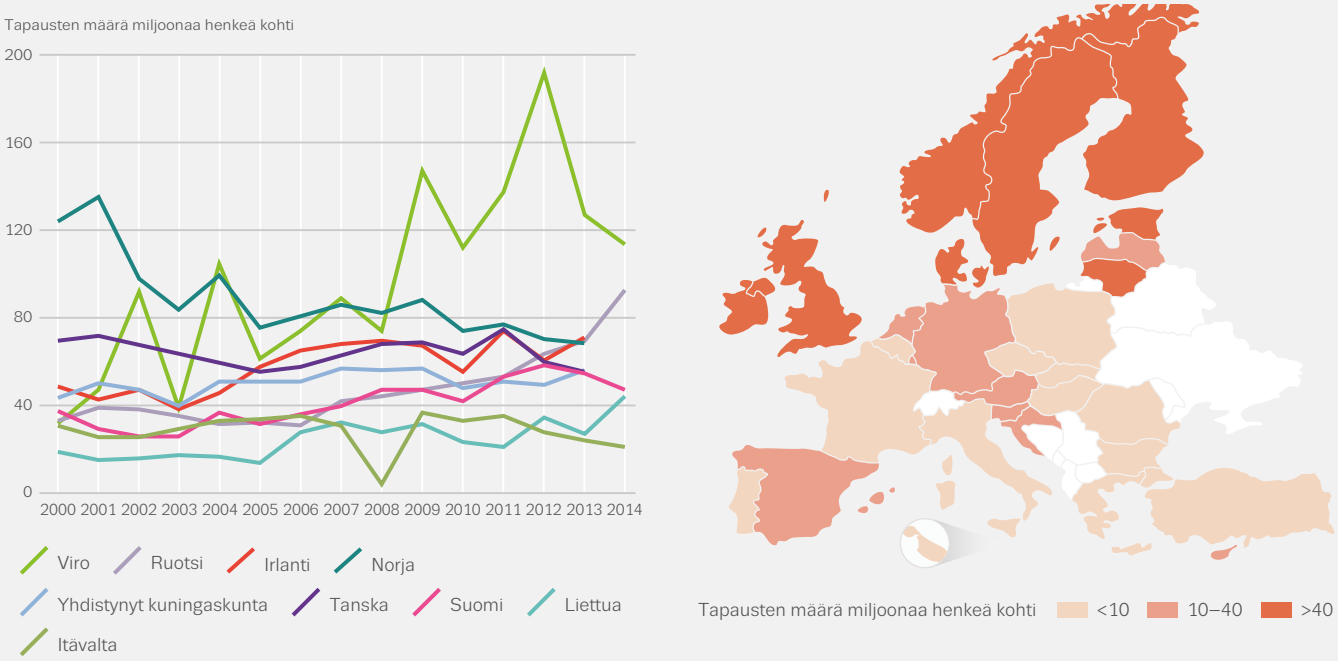
Vainajan ikä

Yliannostuskuolemia koskevat suuntaukset



KUVA 3.12

Huumekuolleisuus aikuisten (15–64-vuotiaat) keskuudessa: valikoidut suuntaukset ja tuoreimmat tiedot



Huom. Suuntaukset Euroopan unionissa ja niissä kahdeksassa maassa, jotka ilmoittivat suurimmat luvut vuonna 2014 tai 2013.

Heroiini tai sen metaboliitit ovat osallisina useimmissa Euroopassa ilmoitetuissa kuolemaan johtaneissa yliannostustapauksissa. Usein niitä on käytetty yhdessä muiden aineiden kanssa. Toksikologisissa raporteissa mainitaan säännöllisesti muita opioideja, kuten metadoni, buprenorfiini, fentanyylit ja tramadoli, ja niiden on todettu aiheuttaneen huomattavan osan yliannostuskuolemista joissakin maissa. Esimerkiksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Englanti ja Wales) vuonna 2014 ilmoitetusta 1 786 kuolemantapauksesta, joissa mainittiin opioidit, metadoni kirjattiin 394 tapauksessa ja tramadoli 240 tapauksessa. Muita maita, joissa kuolemaan johtavissa yliannostustapauksissa havaittiin muita opioideja kuin heroiinia, ovat Ranska ja Irlanti (lähinnä metadoni) ja Suomi, jossa buprenorfiini mainittiin 75 tapauksessa vuonna 2014.

Kokaiinin, amfetamiinien, MDMA:n ja katinonien kaltaiset stimulantit ovat aiheuttaneet muutamia yliannostuskuolemia Euroopassa, vaikka niiden merkitys vaihtelee maittain. Kokaiiniin liittyvät kuolemantapaukset lisääntyivät Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Englanti ja Wales) 169:stä 247:ään vuosina 2013–2014. Espanjassa, jossa kokaiiniin liittyvät kuolemantapaukset ovat pysyneet vakaina muutaman vuoden ajan, kokaiini oli toiseksi yleisin huume yliannostuskuolemissa vuonna 2013 (236 tapausta).

Korkeimmat kuolleisuusluvut Pohjois-Euroopassa

Arvioiden mukaan yliannostus aiheutti vuonna 2014 Euroopassa 18,3 kuolemaa miljoonaa 15–64-vuotiasta kohti. Kansalliset kuolleisuusluvut vaihtelevat huomattavasti, ja niihin vaikuttavat esimerkiksi käytön yleisyys ja käyttötavat sekä menetelmälliset seikat, kuten todellisuutta pienempien määrien ilmoittaminen ja koodauskäytännöt. Kahdeksassa maassa sattui yli 40 kuolemantapausta miljoonaa kohti. Eniten kuolemantapauksia sattui Virossa (113 tapausta miljoonaa kohti), Ruotsissa (93 tapausta miljoonaa kohti) ja Irlannissa (71 tapausta miljoonaa kohti) (kuva 3.12). Tuoreimmat tiedot osoittavat, että suuntaukset vaihtelevat.

Yliannostusten ja huumekuolemien ennaltaehkäisy

Kuolemaan johtavien yliannostusten ja muiden huumausaineisiin liittyvien kuolemantapausten vähentäminen on edelleen Euroopassa tärkeä kansanterveydellinen haaste. Tämän alan toimissa keskitytään joko ehkäisemään yliannostuksia tai lisäämään todennäköisyyttä selviytyä yliannostuksesta. Huumehoito, varsinkin opioidikorvaushoito, ehkäisee yliannostuksia ja pienentää hoitoa saavien huumeidenkäyttäjien kuolleisuusriskiä. Valvottujen huumeidenkäyttölaitosten tarkoituksena on ehkäistä yliannostuksia ja varmistaa ammattiavun saatavuus yliannostustapauksissa. Kuudessa maassa on jo tällaisia tiloja yhteensä noin 70.

Naloksoni on opioidiantagonisti, joka voi estää opioidiyliannostuksen, ja sitä käytetään sairaaloiden ensiapuosastoilla ja ambulansseissa. Viime vuosina kotiin vietävän naloksonin jakaminen opioidienkäyttäjille, heidän kumppaneilleen, vertaisilleen ja perheilleen on lisääntynyt, kuten myös yliannostusten tunnistamista ja yliannostustilanteisiin reagointia koskeva koulutus. Naloksonia on myös annettu huumeidenkäyttäjien kanssa säännöllisesti tekemisiin joutuvan henkilökunnan käyttöön. Hiljattain tehdyssä eurooppalaisessa selvityksessä havaittiin, että kahdeksassa Euroopan maassa naloksonia tarjotaan kotiin vietäväksi. Huumehoito- ja terveyspalvelut tarjoavat yleensä naloksonia esitäytetyissä ruiskuissa, vaikka Norjassa ja Tanskassa naloksonia voidaan antaa myös nenän kautta adaptorin avulla. Äskettäisessä kotiin vietävän naloksonin tehokkuutta koskevassa järjestelmällisessä selvityksessä havaittiin todisteita siitä, että koulutustoimenpiteet ja kotiin vietävän naloksonin tarjonta vähentävät yliannostuskuolemia. Tästä voi olla erityisesti hyötyä joillekin väestöryhmille, joilla on kohonnut yliannostusriski, kuten äskettäin vapautuneille vangeille. Kansallista naloksoniohjelmaa koskevassa tuoreessa skotlantilaisessa arvioinnissa havaittiin, että kuukauden aikana vankilasta vapautumisen jälkeen tapahtuvien opioideihin liittyvien kuolemantapausten määrä väheni 36 prosenttia naloksoniohjelman avulla.

Kysynnän vähentämiseen tarkoitetut palvelut: laatustandardit

Kun kysynnän vähentämispalvelut ovat yleistyneet, yhä enemmän huomiota on kiinnitetty palvelujen laatuun, minkä seurauksena Euroopan unionin neuvosto antoi syyskuussa 2015 huumausaineiden kysynnän vähentämistä Euroopan unionissa koskevat vähimmäislaatuvaatimukset. Ennaltaehkäisyä, hoitoa, haittojen vähentämistä ja yhteiskuntaan sopeutumista koskevassa 16 vaatimuksessa asetetaan vähimmäislaadun viitearvot toimille. Äskettäin hyväksytyt vaatimukset merkitsevät suurta edistysaskelta huumealalla EU:ssa, ja niissä yhdistyvät asiantuntijoiden tietämys ja poliittinen päätöksenteko 28 maassa. Vaatimuksilla vahvistetaan näyttöön perustuvien toimien tarvetta ja tarvetta tarjota henkilöstölle asianmukaista koulutusta. Niillä myös helpotetaan parhaiden käytäntöjen jakamista Euroopan tasolla ja edistetään tietojenvaihtoa.

Huumeisiin liittyvien toimien kustannusten ymmärtäminen

Huumeisiin liittyvien toimien kustannusten ymmärtäminen on tärkeä politiikan arviointiin liittyvä näkökohta. Huumeisiin liittyvistä julkisista menoista on kuitenkin saatavilla vain vähän tietoja Euroopassa sekä paikallisella että kansallisella tasolla, ja tiedot ovat heterogeenisia. Kymmenen viime vuoden aikana arvioita laatineissa 18 maassa huumeisiin liittyvien julkisten menojen on arvioitu olevan 0,01–0,5 prosenttia näiden maiden bruttokansantuotteesta, ja terveysalan toimenpiteiden osuus on 15–53 prosenttia kaikista huumeisiin liittyvistä julkisista menoista.

Hiljattain tehdyssä selvityksessä arvioitiin, että huumeisiin liittyviin terveysongelmiin annettavan sairaalahoidon kustannukset ovat keskimäärin 0,013 prosenttia bruttokansantuotteesta niissä 15 maassa, joissa tietoja oli saatavilla. Tämä osuus vaihteli kuitenkin huomattavasti maittain. Jotta voitaisiin antaa kattavampi arvio huumeisiin liittyviin terveysongelmiin annettavan sairaalahoidon kustannuksista, ensiapukäyntejä koskevat tiedot olisi kirjattava aiempaa järjestelmällisemmin.

LISÄTIETOJA

EMCDDA:n julkaisuja

2016

Comorbidity of substance use and mental disorders, Perspectives on Drugs.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights.

2015

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights.

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, EMCDDA Paper.

Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers.

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption room, Perspectives on Drugs.

Psychosocial interventions, Perspectives on Drugs.

Risk assessments reports
MT-45 [Council Decision 2015/1873/EU].
4,4'-DMAR [Council Decision 2015/1873/EU].

2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

Risk assessment reports
MDPV [Council Decision 2015/1875/EU].
Methoxetamine [Council Decision 2015/1875/EU].
25I-NBOMe [Council Decision 2015/1875/EU].
AH-7921 [Council Decision 2015/1875/EU].
4-methylamphetamine [Council Decision 2015/1875/EU].
5-(2-aminopropyl)indole [Council Decision 2015/1876/EU].

2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Perspectives on Drugs.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspectives on Drugs.

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Thematic papers.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Drug demand reduction: global evidence for local actions, Drugs in focus.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), Manuals.

New heroin-assisted treatment, Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Selected issues.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights.

2011

European drug prevention quality standards, Manuals.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Selected issues.

Risk assessment report Mephedrone [Council Decision 2010/759/EU].

EMCDDA:n ja ECDC:n yhteisiä julkaisuja

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

Kaikki julkaisut ovat saatavana osoitteesta www.emcdda.europa.eu/publications

Liite

Kansalliset arviot huumeiden käytön yleisyydestä, mukaan lukien opioidien suuren riskin käyttö, korvaushoito, hoitoon hakeutuminen, huumeiden suonensisäinen käyttö, huumekuolemat, huumeisiin liittyvät tartuntataudit, ruiskujen jakaminen ja takavarikot. Tiedot ovat osa EMCDDA:n tilastotiedotetta (Statistical bulletin), josta ne ovat peräisin. Samasta tilastotiedotteesta on saatavissa kuvauksia ja metadataa. On mainittu, mitä vuotta tiedot koskevat.

TAULUKKO A1

OPIOIDIT

	Arvio opioidien suuren riskin käytöstä		Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna						Korvaushoidossa olevat asiakkaat
			Opioidien käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista			Niiden asiakkaiden osuus (%), jotka käyttävät opioideja pääasiassa suonensisäisesti			
			Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat	
Maa	Arviointi-vuosi	Tapausten määrä tuhatta kohti	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	määrä
Belgia	–	–	28,9 (3 079)	11,5 (434)	37,5 (2 352)	18,4 (541)	12 (51)	19,3 (431)	17 026
Bulgaria	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 414
Tšekin tasavalta	2014	1,4–1,8	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Tanska	–	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	33,9 (193)	23 (20)	–	2 600
Saksa	2013	2,7–3,2	34,9 (29 655)	13,1 (3 304)	44 (26 351)	34,1 (11 225)	32,2 (1 460)	34,4 (9 765)	77 500
Viro	–	–	90 (253)	89,5 (51)	97,3 (179)	78,8 (197)	64,7 (33)	83,2 (149)	919
Irlanti	–	–	49,8 (4 745)	27,5 (1 036)	65,5 (3 456)	42,2 (1 908)	35,7 (362)	43,6 (1 441)	9 764
Kreikka	2014	2,1–2,8	69,2 (3 250)	55,3 (1 060)	78,9 (2 176)	33,4 (1 078)	27,7 (291)	36,3 (786)	10 226
Espanja	2013	1,6–2,5	24,8 (12 863)	10,9 (3 066)	42,1 (9 515)	15,8 (1 916)	9,9 (282)	17,7 (1 608)	61 954
Ranska	2013–14	4,4–7,4	30,5 (12 634)	13,8 (1 240)	44,5 (8 662)	19,9 (2 119)	13,8 (155)	22 (1 620)	161 388
Kroatia	2010	3,2–4	79,9 (6 241)	19,9 (210)	89 (5 516)	73,3 (4 529)	44,9 (88)	74,3 (4 063)	6 867
Italia	2014	4,6–5,8	56 (28 671)	40,6 (7 416)	64,5 (21 255)	47,2 (13 209)	45,9 (2 992)	58,4 (10 217)	75 964
Kypros	2014	1,5–2,4	25,4 (271)	11,5 (65)	42,2 (204)	56,8 (154)	50,8 (33)	59,3 (121)	178
Latvia	2014	3,4–7,5	46,2 (382)	24,7 (102)	67,8 (280)	91 (343)	87,1 (88)	92,4 (255)	518
Liettua	2007	2,3–2,4	88,2 (1 905)	66,6 (227)	92,6 (1 665)	84,4 (1 607)	84,6 (192)	84,3 (1 402)	585
Luxemburg	2007	5–7,6	53,9 (146)	46,4 (13)	51 (100)	50,3 (72)	15,4 (2)	52 (51)	1 121
Unkari	2010–11	0,4–0,5	4,2 (196)	1,6 (51)	9,5 (118)	60,2 (109)	55,1 (27)	63,5 (73)	745
Malta	2014	5,3–6,2	72,8 (1 277)	27,5 (58)	79 (1 219)	63,4 (786)	47,3 (26)	64,1 (760)	1 013
Alankomaat	2012	1,1–1,5	10,5 (1 113)	5,7 (346)	16,9 (767)	6,5 (44)	9,3 (18)	5,4 (26)	7 569
Itävalta	2013	4,9–5,1	50,8 (1 737)	29,2 (435)	67,3 (1 302)	35,9 (479)	23,1 (79)	40,3 (400)	17 272
Puola	2009	0,4–0,7	14,8 (1 061)	4,7 (162)	25 (877)	61,5 (632)	39,1 (61)	65,1 (555)	2 586
Portugali	2012	4,2–5,5	53,8 (1 538)	26,3 (357)	78,8 (1 180)	18,3 (255)	12,5 (39)	19,9 (216)	16 587
Romania	–	–	41,8 (1 094)	15,1 (211)	74 (852)	92,4 (1 007)	85,7 (180)	94 (799)	593
Slovenia	2013	3,4–4,1	75,9 (318)	55,5 (61)	83,1 (250)	32,3 (101)	20,7 (12)	35,7 (89)	3 190
Slovakia	2008	1–2,5	21,9 (543)	12,7 (147)	30,5 (387)	71,2 (376)	55,9 (81)	76,8 (288)	375
Suomi	2012	3,8–4,5	57,8 (372)	41,9 (111)	68,9 (261)	79,1 (291)	68,2 (75)	83,7 (216)	3 000
Ruotsi	–	–	24,7 (7 737)	14,7 (1 680)	30,2 (5 838)	62,1 (175)	20 (4)	47,4 (27)	3 502
Yhdistynyt kuningaskunta	2010–11	7,9–8,4	52,1 (50 592)	23,2 (7 911)	68 (42 045)	33,3 (15 380)	20,8 (1 217)	35 (13 892)	148 868
Turkki	2011	0,2–0,5	70,3 (7 476)	61,1 (3 420)	80,6 (4 056)	30 (2 243)	20,5 (702)	38 (1 541)	28 656
Norja	2013	2–4,2	23 (1 974)	–	–	–	–	–	7 433
Euroopan unioni	**–**	**–**	**39,2 (175 586)**	**18,6 (30 396)**	**52,6 (139 628)**	**37,8 (60 910)**	**31,4 (8 248)**	**40,4 (50 978)**	**644 324**
EU, Turkki ja Norja	**–**	**–**	**39,6 (185 036)**	**20,0 (33 816)**	**53,2 (143 684)**	**37,4 (63 153)**	**30,2 (8 950)**	**40,3 (52 519)**	**680 413**

Korvaushoidossa olevia asiakkaita koskevat tiedot ovat vuodelta 2014 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana: Tanska ja Suomi vuodelta 2011, Turkki vuodelta 2012, Espanja ja Malta vuodelta 2013, Irlantia koskevat tiedot perustuvat 31. joulukuuta 2013 tehtyyn väestölaskentaan.

TAULUKKO A2

KOKAIINI

	Käyttöä koskevat arviot				Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna					
	Yleisväestö			Koululaiset	Kokaiinin käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista			Niiden asiakkaiden osuus (%), jotka käyttävät kokaiinia pääasiassa suonensisäisesti		
	Tutkimus-vuosi	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, aikuiset (15–64-vuotiaat)	Käyttänyt 12 viime kuukauden aikana, nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, koululaiset (15–16-vuotiaat)	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat	Kaikki asiakkaat	Ensim-mäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat
Maa		%	%	%	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)
Belgia	2013	–	0,9	2	17 (1 809)	16,7 (628)	16,9 (1 058)	4,9 (84)	1,2 (7)	6,1 (60)
Bulgaria	2012	0,9	0,3	4	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Tšekin tasavalta	2014	0,9	0,6	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tanska	2013	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Saksa	2012	3,4	1,6	3	5,9 (4 978)	5,3 (1 340)	6,1 (3 638)	16,9 (2 650)	7,8 (292)	19,8 (2 358)
Viro	2008	–	1,3	2	0,4 (1)	–	–	–	–	–
Irlanti	2011	6,8	2,8	3	8,7 (828)	11,2 (424)	6,8 (358)	1,4 (11)	0,5 (2)	2,6 (9)
Kreikka	2004	0,7	0,2	1	5,1 (239)	5,2 (100)	5 (139)	14,7 (35)	6 (6)	21 (29)
Espanja	2013	10,3	3,3	3	38,2 (19 848)	38 (10 734)	38,6 (8 726)	2,3 (426)	1,2 (128)	3,5 (291)
Ranska	2014	5,4	2,4	4	6,1 (2 530)	5,4 (489)	7,7 (1 508)	9,9 (224)	2,6 (12)	13,7 (186)
Kroatia	2012	2,3	0,9	2	1,7 (132)	3,1 (33)	1,5 (90)	3,1 (4)	3,4 (1)	3,3 (3)
Italia	2014	7,6	1,8	2	23,7 (12 165)	27,4 (5 006)	21,7 (7 159)	6,2 (739)	4,7 (227)	7,4 (512)
Kypros	2012	1,3	0,6	4	10,3 (110)	7,1 (40)	14,1 (68)	9,2 (10)	7,5 (3)	10,4 (7)
Latvia	2011	1,5	0,3	4	0,7 (6)	1,2 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Liettua	2012	0,9	0,3	2	0,2 (5)	0,3 (1)	0,2 (4)	20 (1)	0 (0)	25 (1)
Luxemburg	–	–	–	–	19,9 (54)	25 (7)	18,4 (36)	34,7 (17)	50 (3)	31,4 (11)
Unkari	2007	0,9	0,4	2	1,8 (86)	1,9 (59)	1,9 (23)	5,9 (5)	1,7 (1)	17,4 (4)
Malta	2013	0,5	–	4	15,9 (279)	40,3 (85)	12,6 (194)	21,9 (60)	9,4 (8)	27,5 (52)
Alankomaat	2014	5,1	3,0	2	26,3 (2 791)	22 (1 344)	31,9 (1 447)	0,2 (4)	0,1 (1)	0,3 (3)
Itävalta	2008	2,2	1,2	–	8,4 (288)	9,7 (145)	7,4 (143)	4,2 (10)	1,6 (2)	7,2 (8)
Puola	2014	1,3	0,4	3	1,4 (98)	1,3 (44)	1,5 (51)	1,1 (1)	0 (0)	2,1 (1)
Portugali	2012	1,2	0,4	4	13,5 (385)	17,5 (237)	9,8 (147)	5,7 (20)	2,8 (6)	10,4 (14)
Romania	2013	0,8	0,2	2	0,8 (21)	1,1 (15)	0,5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	1,2	3	6 (25)	5,5 (6)	6,3 (19)	62,5 (15)	16,7 (1)	77,8 (14)
Slovakia	2010	0,6	0,4	1	0,9 (23)	1,4 (16)	0,6 (7)	4,3 (1)	6,3 (1)	0 (0)
Suomi	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Ruotsi	2008	3,3	1,2	1	0,9 (284)	1,6 (189)	0,5 (87)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)
Yhdistynyt kuningaskunta ([1])	2014	9,8	4,2	2	12,6 (12 236)	16,9 (5 752)	10,4 (6 399)	1,4 (161)	0,3 (16)	2,3 (144)
Turkki	–	–	–	–	1,3 (134)	1,2 (66)	1,4 (68)	–	–	–
Norja	2014	5,0	2,3	1	1 (84)	–	–	–	–	–
Euroopan unioni	**–**	**5,1**	**1,9**	**–**	**13,3 (59 470)**	**16,4 (26 816)**	**11,8 (31 430)**	**6,7 (4 498)**	**2,6 (717)**	**9,8 (3 709)**
EU, Turkki ja Norja	**–**	**–**	**–**	**–**	**12,8 (59 688)**	**15,9 (26 882)**	**11,6 (31 498)**	**6,7 (4 498)**	**2,6 (717)**	**9,7 (3 709)**

Koululaisten käyttöä koskevat arviot on saatu kansallisista koulututkimuksista tai ESPAD-hankkeesta.
([1]) Yleisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat ainoastaan Englantia ja Walesia.

TAULUKKO A3

AMFETAMIINIT

	Käyttöä koskevat arviot				Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna					
	Yleisväestö			Koululaiset	Amfetamiinien käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista			Niiden asiakkaiden osuus (%), jotka käyttävät amfetamiineja pääasiassa suonensisäisesti		
	Tutkimus-vuosi	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, aikuiset (15–64-vuotiaat)	Käyttänyt 12 viime kuukauden aikana, nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, koululaiset (15–16-vuotiaat)	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat
Maa		%	%	%	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)
Belgia	2013	–	0,5	2	9,8 (1 047)	9,4 (353)	10,7 (669)	12,6 (128)	5,3 (18)	–
Bulgaria	2012	1,2	1,3	5	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Tšekin tasavalta	2014	2,6	2,3	2	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Tanska	2013	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Saksa	2012	3,1	1,8	4	16,1 (13 664)	19,3 (4 860)	14,7 (8 804)	1,5 (277)	0,9 (55)	1,8 (222)
Viro	2008	–	2,5	3	3,9 (11)	3,5 (2)	1,6 (3)	72,7 (8)	100 (2)	66,7 (2)
Irlanti	2011	4,5	0,8	2	0,6 (55)	0,8 (30)	0,5 (24)	5,5 (3)	3,3 (1)	8,3 (2)
Kreikka	2004	0,1	0,1	2	0,4 (18)	0,7 (13)	0,2 (5)	22,2 (4)	30,8 (4)	0 (0)
Espanja	2013	3,8	1,2	1	1,3 (671)	1,4 (391)	1,2 (261)	1,2 (8)	0,8 (3)	1,6 (4)
Ranska	2014	2,2	0,7	4	0,6 (232)	0,7 (66)	0,5 (96)	8,2 (16)	9,7 (6)	11,4 (9)
Kroatia	2012	2,6	1,6	1	1,2 (96)	2,7 (28)	1 (65)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italia	2014	2,8	0,6	1	0,2 (83)	0,3 (57)	0,1 (26)	6,1 (5)	7,1 (4)	4,3 (1)
Kypros	2012	0,7	0,4	4	4,3 (46)	3,5 (20)	5,4 (26)	4,3 (2)	5 (1)	3,8 (1)
Latvia	2011	2,2	0,6	4	13,9 (115)	15 (62)	12,8 (53)	63,1 (70)	66,7 (40)	58,8 (30)
Liettua	2012	1,2	0,5	3	3,4 (73)	8,2 (28)	2,3 (42)	32,9 (24)	32,1 (9)	35,7 (15)
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Unkari	2007	1,8	1,2	6	12,5 (584)	12,3 (383)	12,4 (154)	13 (74)	9,6 (36)	22,2 (34)
Malta	2013	0,3	–	3	0,2 (4)	–	0,3 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Alankomaat	2014	4,4	2,9	1	6,6 (702)	6,2 (376)	7,2 (326)	0,8 (3)	0 (0)	1,8 (3)
Itävalta	2008	2,5	0,9	–	4,6 (157)	5,9 (88)	3,6 (69)	5,3 (7)	5,2 (4)	5,4 (3)
Puola	2014	1,7	0,4	4	28,1 (2 019)	27,7 (956)	29,5 (1 036)	4,8 (91)	2,3 (21)	7,5 (70)
Portugali	2012	0,5	0,1	3	0 (1)	0,1 (1)	0 (0)	–	0 (0)	–
Romania	2013	0,3	0,1	2	0,2 (4)	0,2 (3)	0,1 (1)	25 (1)	0 (0)	100 (1)
Slovenia	2012	0,9	0,8	2	0,5 (2)	–	0,7 (2)	–	–	–
Slovakia	2010	0,5	0,3	1	42,7 (1 060)	47,8 (553)	38,9 (493)	32,8 (337)	26,1 (140)	40,3 (194)
Suomi	2014	3,4	2,4	–	12,1 (78)	13,2 (35)	11,3 (43)	84,2 (64)	80 (28)	87,8 (36)
Ruotsi	2008	5	1,3	1	0,5 (141)	–	–	–	–	–
Yhdistynyt kuningaskunta (1)	2014	10,3	1,1	1	2,9 (2 830)	3,7 (1 250)	2,5 (1 540)	21,6 (464)	12,2 (101)	27,6 (354)
Turkki	2011	0,1	0,1	2	0,3 (27)	0,4 (21)	0,1 (6)	–	–	–
Norja (2)	2014	4,1	1,1	1	13,4 (1 147)	–	–	–	–	–
Euroopan unioni	**–**	**3,6**	**1**	**–**	**7 (31 168)**	**8,2 (13 305)**	**6,6 (17 411)**	**20,8 (7 139)**	**22,5 (3 059)**	**19,7 (3 950)**
EU, Turkki ja Norja	**–**	**–**	**–**	**–**	**6,9 (32 342)**	**7,9 (13 326)**	**6,5 (17 417)**	**20,8 (7 139)**	**22,4 (3 059)**	**19,7 (3 950)**

Amfetamiineilla tarkoitetaan amfetamiinia ja metamfetamiinia.
Koululaisten käyttöä koskevat arviot on saatu kansallisista koulututkimuksista tai ESPAD-hankkeesta.
(1) Yleisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat ainoastaan Englantia ja Walesia.
(2) Hoitoon tulevilla tarkoitetaan asiakkaita, jotka ilmoittavat käyttävänsä muita stimulantteja kuin kokaiinia, ei pelkästään amfetamiineja.

TAULUKKO A4

MDMA

	Käyttöä koskevat arviot				Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna		
	Yleisväestö			Koululaiset	MDMA:n käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista		
	Tutkimusvuosi	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, aikuiset (15–64-vuotiaat)	Käyttänyt 12 viime kuukauden aikana, nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, koululaiset (15–16-vuotiaat)	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat
Maa		%	%	%	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)
Belgia	2013	–	0,8	2	0,6 (65)	0,9 (34)	0,5 (31)
Bulgaria	2012	2,0	2,9	4	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Tšekin tasavalta	2014	6,0	3,6	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Tanska	2013	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Saksa	2012	2,7	0,9	2	–	–	–
Viro	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irlanti	2011	6,9	0,9	2	0,6 (56)	1 (37)	0,3 (18)
Kreikka	2004	0,4	0,4	2	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (3)
Espanja	2013	4,3	1,5	1	0,4 (201)	0,6 (167)	0,1 (27)
Ranska	2014	4,2	2,3	3	0,4 (148)	0,6 (57)	0,3 (63)
Kroatia	2012	2,5	0,5	2	0,4 (32)	1,3 (14)	0,3 (17)
Italia	2014	3,1	1,0	1	0,3 (147)	0,3 (48)	0,3 (99)
Kypros	2012	0,9	0,3	3	0,1 (1)	–	0,2 (1)
Latvia	2011	2,7	0,8	4	0,4 (3)	0,7 (3)	0 (0)
Liettua	2012	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–
Unkari	2007	2,4	1,0	4	1,7 (82)	1,8 (55)	1,9 (23)
Malta	2013	0,7	–	3	0,9 (16)	–	1 (16)
Alankomaat	2014	7,4	5,5	4	0,4 (45)	0,7 (40)	0,1 (5)
Itävalta	2008	2,3	1,0		0,8 (27)	1,3 (19)	0,4 (8)
Puola	2014	1,6	0,9	2	0,2 (11)	0,1 (5)	0,2 (6)
Portugali	2012	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Romania	2013	0,9	0,3	2	0,5 (14)	1 (14)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovakia	2010	1,9	0,9	1	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Suomi	2014	3,0	2,5	2	0,2 (1)	0 (0)	0,3 (1)
Ruotsi	2008	2,1	1,0	1	–	–	–
Yhdistynyt kuningaskunta ([1])	2014	9,2	3,5	3	0,3 (302)	0,6 (200)	0,2 (97)
Turkki	2011	0,1	0,1	2	1 (103)	1,3 (74)	0,6 (29)
Norja	2014	2,3	0,4	1	–	–	–
Euroopan unioni	**–**	**3,9**	**1,7**	**–**	**0,3 (1 184)**	**0,4 (712)**	**0,2 (424)**
EU, Turkki ja Norja	**–**	**–**	**–**	**–**	**0,3 (1 287)**	**0,5 (786)**	**0,2 (453)**

Koululaisten käyttöä koskevat arviot on saatu kansallisista koulututkimuksista tai ESPAD-hankkeesta.
([1]) Yleisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat Englantia ja Walesia.

TAULUKKO A5

KANNABIS

	Käyttöä koskevat arviot				Hoitoon tulevien määrä vuoden aikana		
	Yleisväestö			Koululaiset	Kannabiksen käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista		
	Tutkimusvuosi	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, aikuiset (15–64-vuotiaat)	Käyttänyt 12 viime kuukauden aikana, nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, koululaiset (15–16-vuotiaat)	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat
Maa		%	%	%	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)
Belgia	2013	15	10,1	21	32,9 (3 501)	52,8 (1 984)	22,4 (1 403)
Bulgaria	2012	7,5	8,3	22	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Tšekin tasavalta	2014	28,7	23,9	42	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Tanska	2013	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Saksa	2012	23,1	11,1	19	37,9 (32 225)	57,5 (14 458)	29,7 (17 767)
Viro	2008	–	13,6	24	3,2 (9)	7 (4)	0,5 (1)
Irlanti	2011	25,3	10,3	18	27,8 (2 645)	44,9 (1 696)	16 (847)
Kreikka	2004	8,9	3,2	8	22,3 (1 046)	36,5 (699)	12,3 (338)
Espanja	2013	30,4	17,0	27	32,6 (16 914)	45,7 (12 912)	15,9 (3 585)
Ranska	2014	40,9	22,1	39	58 (24 003)	76,7 (6 897)	42,3 (8 248)
Kroatia	2012	15,6	10,5	18	14,1 (1 103)	64,4 (679)	6,5 (401)
Italia	2014	31,9	19,0	20	18,2 (9 321)	28,8 (5 267)	12,3 (4 054)
Kypros	2012	9,9	4,2	7	59,4 (634)	77,2 (436)	37,7 (182)
Latvia	2011	12,5	7,3	24	32,6 (269)	50,8 (210)	14,3 (59)
Liettua	2012	10,5	5,1	20	4,3 (92)	14,7 (50)	2,3 (42)
Luxemburg	–	–	–	–	25,5 (69)	28,6 (8)	29,6 (58)
Unkari	2007	8,5	5,7	19	55,5 (2 603)	61,2 (1 910)	43,2 (537)
Malta	2013	4,3	–	10	9 (158)	31,8 (67)	5,9 (91)
Alankomaat	2014	24,1	15,6	27	47,6 (5 061)	56,2 (3 429)	36 (1 632)
Itävalta	2008	14,2	6,6	14	32,2 (1 101)	50,9 (757)	17,8 (344)
Puola	2014	16,2	9,8	23	34,6 (2 483)	44,6 (1 540)	25 (877)
Portugali	2012	9,4	5,1	16	28,4 (812)	50,8 (690)	8,1 (122)
Romania	2013	4,6	3,3	7	37,2 (973)	61,4 (858)	9 (104)
Slovenia	2012	15,8	10,3	23	12,2 (51)	36,4 (40)	3,3 (10)
Slovakia	2010	10,5	7,3	21	20,5 (509)	28,6 (331)	12,5 (159)
Suomi	2014	21,7	13,5	12	20,5 (132)	35,1 (93)	10,3 (39)
Ruotsi	2014	14,4	6,3	6	13,2 (4 141)	20,7 (2 372)	8,9 (1 717)
Yhdistynyt kuningaskunta ([1])	2014	29,2	11,7	19	26 (25 278)	46,6 (15 895)	14,8 (9 137)
Turkki	2011	0,7	0,4	4	9 (955)	11,3 (634)	6,4 (321)
Norja	2014	21,9	8,6	5	22,7 (1 946)	–	–
Euroopan unioni	**–**	**24,8**	**13,3**	**–**	**31 (138 783)**	**46 (75 133)**	**20,1 (53 241)**
EU, Turkki ja Norja	**–**	**–**	**–**	**–**	**30,4 (141 684)**	**44,9 (75 767)**	**19,8 (53 562)**

Koululaisten käyttöä koskevat arviot on saatu kansallisista koulututkimuksista tai ESPAD-hankkeesta.
([1]) Yleisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat Englantia ja Walesia.

TAULUKKO A6

MUUT INDIKAATTORIT

	Huumekuolemat (15–64-vuotiaat)	Suonensisäisten huumeidenkäyttäjien HIV-diagnoosit (ECDC)	Arvio huumeiden suonensisäisestä käytöstä		Eritysohjelmien kautta jaettujen ruiskujen määrä
Maa	Tapauksia miljoonaa henkeä kohti (määrä)	Tapauksia miljoonaa henkeä kohti (määrä)	Arviointi-vuosi	Tapauksia tuhatta henkeä kohti	määrä
Belgia	9 (66)	1 (11)	2014	2,4–4,9	926 391
Bulgaria	3,1 (15)	6,3 (46)	–	–	417 677
Tšekin tasavalta	5,2 (37)	1 (10)	2014	6,1–6,8	6 610 788
Tanska	55,1 (200)	2 (11)	–	–	–
Saksa	18,6 (993)	1,4 (111)	–	–	–
Viro	113,2 (98)	50,9 (67)	2009	4,3–10,8	2 110 527
Irlanti	71,1 (214)	5,4 (25)	–	–	393 275
Kreikka	–	9,3 (102)	2014	0,6–0,9	368 246
Espanja	13 (402)	2,5 (115)	2013	0,2–0,4	2 269 112
Ranska	5,4 (227)	1 (64)	–	–	–
Kroatia	20,8 (59)	0 (0)	2012	0,4–0,6	196 150
Italia	8 (313)	2,3 (141)	–	–	–
Kypros	10 (6)	3,5 (3)	2014	0,4–0,7	382
Latvia	10,6 (14)	37 (74)	2012	7,3–11,7	409 869
Liettua	44,2 (87)	12,9 (38)	–	–	154 889
Luxemburg	21,1 (8)	29,1 (16)	2009	4,5–6,9	253 011
Unkari	3,4 (23)	0,1 (1)	2008–09	0,8	460 977
Malta	6,9 (2)	0 (0)	–	–	314 027
Alankomaat	10,8 (119)	0 (0)	2008	0,2–0,2	–
Itävalta	21,1 (121)	2,5 (21)	–	–	5 157 666
Puola	8,5 (225)	1 (37)	–	–	105 890
Portugali	4,5 (31)	3,8 (40)	2012	1,9–2,5	1 677 329
Romania	2,4 (33)	7,7 (154)	–	–	1 979 259
Slovenia	20 (28)	1 (2)	–	–	494 890
Slovakia	3,1 (12)	0,2 (1)	–	–	274 942
Suomi	47,4 (166)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	4 522 738
Ruotsi	92,9 (569)	0,8 (8)	2008–11	1,3	203 847
Yhdistynyt kuningaskunta ([1])	55,9 (2 332)	2 (131)	2004–11	2,9–3,2	7 199 660
Turkki	9,2 (479)	0,1 (10)	–	–	–
Norja	67,8 (228)	1,4 (7)	2013	2,1–2,9	2 124 180
Euroopan unioni	**19,2 (6 400)**	**2,4 (1 236)**	**–**	**–**	**–**
EU, Turkki ja Norja	**18,3 (7 107)**	**2,1 (1 253)**	**–**	**–**	**–**

Huumekuolemien vertailussa on oltava varovainen eri koodauskäytäntöjen, kattavuuden ja joissakin maissa todellisuutta pienempien määrien ilmoittamisen takia.
([1]) Ruiskuja koskevat tiedot koskevat Walesia ja Skotlantia (2014) ja Pohjois-Irlantia (2013).

TAULUKKO A7

TAKAVARIKOT

	Heroiini		Kokaiini		Amfetamiinit		MDMA	
	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä
Maa	kg	määrä	kg	määrä	kg	määrä	tablettia (kg)	määrä
Belgia	149	2 288	9 293	4 268	208	3 434	44 422 (3)	1 693
Bulgaria	940	137	27	39	216	–	16 845 (148)	–
Tšekin tasavalta	157	65	5	144	51	1 179	1 338 (0,08)	119
Tanska	13	447	90	2 395	295	1 867	54 690 (–)	688
Saksa	780	2 857	1 568	3 395	1 484	13 759	486 852 (–)	3 122
Viro	<0,01	8	3	57	67	319	9 822 (3)	147
Irlanti	61	954	66	405	23	75	465 083 (–)	402
Kreikka	2 528	2 277	297	418	6	64	102 299 (9)	42
Espanja	244	6 671	21 685	38 458	839	4 079	559 221 (–)	3 054
Ranska	990	–	6 876	–	321	–	940 389 (–)	–
Kroatia	47	132	6	231	14	582	– (3)	517
Italia	931	2 123	3 866	4 783	6	184	– (29)	262
Kypros	0	11	32	107	1	73	17 247 (1,1)	28
Latvia	0,8	229	8	44	15	640	119 (0,3)	15
Liettua	7	129	116	13	10	130	– (1,9)	16
Luxemburg	7	150	5	169	0,07	9	247 (–)	4
Unkari	70	31	40	143	17	673	13 020 (0,4)	275
Malta	2	33	5	136	0,01	3	334 (–)	31
Alankomaat	750	–	10 000	–	681	–	2 442 190 (–)	–
Itävalta	56	428	31	1 078	21	930	5 001 (–)	212
Puola	273	–	31	–	824	–	62 028 (–)	–
Portugali	39	690	3 715	1 042	2	77	684 (0,6)	145
Romania	26	218	34	79	4	40	317 966 (0,03)	212
Slovenia	5	289	182	179	22	–	218 (0,1)	–
Slovakia	0,1	78	0,02	17	6	672	419 (–)	44
Suomi	0,09	113	6	205	298	3 149	131 700 (–)	795
Ruotsi	24	514	29	142	439	5 286	6 105 (8)	920
Yhdistynyt kuningaskunta	785	10 913	3 562	19 820	1 730	6 725	423 000 (–)	3 913
Turkki	12 756	7 008	393	784	142	403	3 600 831 (–)	3 706
Norja	44	1 294	149	1 101	420	8 145	54 185 (11)	502
Euroopan unioni	**8 883**	**31 785**	**61 578**	**77 767**	**7 599**	**43 949**	**6 101 249 (209)**	**16 656**
EU, Turkki ja Norja	**21 683**	**40 087**	**62 120**	**79 652**	**8 162**	**52 497**	**9 756 265 (219)**	**20 864**

Amfetamiineilla tarkoitetaan amfetamiinia ja metamfetamiinia.
Kaikki tiedot ovat vuodelta 2014, paitsi Alankomaita (vuodelta 2012), Suomea (takavarikkojen määrä vuodelta 2013) ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa (vuodelta 2013) koskevat tiedot.

TAULUKKO A7

TAKAVARIKOT (jatkuu)

	Kannabishartsi		Kannabisruoho		Kannabiskasvit	
	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä
Maa	kg	määrä	kg	määrä	kasveja (kg)	määrä
Belgia	841	5 554	10 744	28 086	356 388 (–)	1 227
Bulgaria	2	14	1 674	3 516	21 516 (–)	100
Tšekin tasavalta	15	73	570	2 833	77 685 (–)	484
Tanska	2 211	9 988	58	3 000	11 792 (675)	262
Saksa	1 755	5 201	8 515	31 519	132 257 (–)	2 400
Viro	273	31	352	507	– (13)	30
Irlanti	677	258	1 102	1 770	6 309 (–)	340
Kreikka	36	176	19 568	6 985	14 173 (–)	587
Espanja	379 762	174 566	15 174	175 086	270 741 (–)	2 252
Ranska	36 917	–	10 073	–	158 592 (–)	–
Kroatia	2	371	1 640	5 591	3 602 (–)	188
Italia	113 152	5 303	33 441	8 294	121 659 (–)	1 773
Kypros	0,1	12	203	901	487 (–)	44
Latvia	30	38	27	366	– (11)	16
Liettua	841	24	79	341	– (–)	–
Luxemburg	1	78	13	1 015	97 (–)	11
Unkari	8	101	529	2 058	3 288 (–)	146
Malta	42	39	70	176	8 (–)	5
Alankomaat	2 200	–	12 600	–	1 600 000 (–)	–
Itävalta	101	1 380	1 326	10 088	– (281)	408
Puola	99	–	270	–	95 214 (–)	–
Portugali	32 877	3 472	108	555	4 517 (–)	302
Romania	15	154	145	1 967	– (422)	93
Slovenia	2	73	535	3 673	11 067 (–)	212
Slovakia	0,1	12	113	1 061	496 (–)	20
Suomi	52	1 467	313	6 167	21 800 (189)	3 409
Ruotsi	877	6 547	1 041	10 028	– (–)	–
Yhdistynyt kuningaskunta	1 134	14 105	18 705	147 309	484 645 (–)	15 744
Turkki	30 635	3 972	92 481	41 594	– (–)	3 017
Norja	1 919	10 509	505	6 534	– (276)	383
Euroopan unioni	**573 921**	**229 037**	**139 286**	**452 892**	**3 396 333 (1 592)**	**30 053**
EU, Turkki ja Norja	**606 475**	**243 518**	**232 271**	**501 020**	**3 396 333 (1 868)**	**33 453**

Kaikki tiedot ovat vuodelta 2014, paitsi Alankomaita (vuodelta 2012), Suomea (takavarikkojen määrä vuodelta 2013) ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa (vuodelta 2013) koskevat tiedot.

MISTÄ EU:N JULKAISUJA SAA?

Maksuttomat julkaisut

yksi kappale:
EU Bookshopista (http://bookshop.europa.eu)

enemmän kuin yksi kappale tai julisteet/kartat:
Euroopan unionin edustustoista
(http://ec.europa.eu/represent_fi.htm),
muissa kuin EU-maissa sijaitsevista lähetystöistä
(http://eeas.europa.eu/delegations/index_fi.htm),
ottamalla yhteyttä Europe Direct -palveluun
(http://europa.eu/europedirect/index_fi.htm)
tai soittamalla 00 800 6 7 8 9 10 11
(maksuton numero koko EU:n alueella) (*).

(*) Saat pyytämäsi tiedot maksutta. Myös useimmat puhelut ovat maksuttomia, joskin jotkin operaattorit, puhelinkioskit tai hotellit voivat periä puheluista maksun.

Maksulliset julkaisut

EU Bookshopista (http://bookshop.europa.eu)

TD-AT-16-001-FI-N

emcdda

Tietoa tästä raportista

Suuntauksia ja muutoksia -raportissa esitetään analyysi Euroopan huumausainetilanteesta. Se käsittää huumausaineiden tarjonnan ja käytön, kansanterveydelliset ongelmat sekä huumausainepolitiikan ja huumeidenvastaiset toimet. Yhdessä verkkojulkaisujen Statistical Bulletin, Country overviews ja Perspectives on drugs kanssa se muodostaa Euroopan huumeraportiksi 2016 kutsutun paketin.

Tietoa EMCDDA:sta

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) on huumausaineisiin liittyviä ongelmia käsittelevä keskeinen tiedonlähde ja tunnustettu viranomainen. Yli 20 vuoden ajan se on kerännyt, analysoinut ja levittänyt tieteellisesti luotettavaa tietoa huumausaineista ja huumausaineriippuvuudesta sekä niiden seurauksista. Näin se on tarjonnut yleisölleen näyttöön perustuvan kuvan huumausainetilanteesta Euroopassa.

EMCDDA:n julkaisut ovat tärkein tiedonlähde hyvin monenlaisille kohderyhmille, esimerkiksi päätöksentekijöille ja heidän neuvonantajilleen, huumeiden alalla työskenteleville ammattilaisille ja tutkijoille sekä tiedotusvälineille ja laajalle yleisölle. EMCDDA:n toimipaikka on Lissabonissa, ja se on yksi Euroopan unionin erillisvirastoista.

Julkaisutoimisto

ISBN 978-92-9168-863-0