Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus

ISSN 1609-6193

VUOSIRAPORTTI 2004

HUUMEONGELMA EUROOPAN UNIONISSA JA NORJASSA

FI

Euroopan huumausaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

VUOSIRAPORTTI 2004

HUUMEONGELMA EUROOPAN UNIONISSA JA NORJASSA

Oikeudellinen huomautus

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

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

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

Yhteinen maksuton palvelunumero:
00 800 6 7 8 9 10 11

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

Luettelointitiedot ovat teoksen lopussa.

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto, 2004

ISBN 92-9168-204-7

© Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2004
Jäljentäminen on sallittua, mikäli lähde mainitaan.

Printed in Belgium

PAINETTU KLOORIVALKAISEMATTOMALLE PAPERILLE

Euroopan huumausaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

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

Sisällys

Esipuhe 5

Kiitokset 7

Alkuhuomautukset 7

Yhteenveto – yleiskatsaus Euroopan huumausainetilanteeseen 9

Luku 1
Viimeaikainen kehitys politiikassa ja lainsäädännössä 15

Luku 2
Ehkäisevä huumetyö – yhteisöissä tehtävä työ ja riskiryhmien tavoittaminen 24

Luku 3
Kannabis 28

Luku 4
Amfetamiinin kaltaiset piristeet, LSD ja muut synteettiset huumeet 34

Luku 5
Kokaiini ja crack-kokaiini 44

Luku 6
Heroiini ja suonensisäinen huumeidenkäyttö 50

Luku 7
Hoito – ongelmakäyttäjien tarpeisiin vastaaminen 63

Luku 8
Rikollisuuteen ja vankiloihin liittyvät kysymykset 70

Erityiskysymys 1
Euroopan "kansallisten huumausainestrategioiden" arviointi 75

Erityiskysymys 2
Kannabisongelman taustaa – miksi hoidontarve kasvaa Euroopassa? 82

Erityiskysymys 3
Sairauksien yhteisesiintyminen 94

Lähteet 105

Reitoxin kansalliset seurantakeskukset 111

Esipuhe

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen (EMCDDA) tämänvuotinen vuosiraportti sisältää tietoja Euroopan unionin 25 jäsenvaltiosta ja Norjasta. Tiedon paljous auttaa meitä ymmärtämään paremmin, miten laajasti huumeongelmat vaikuttavat Euroopan kansalaisiin ja heidän asuinyhteisöihinsä. Lisäksi voimme näiden tietojen perusteella tutustua niihin toimintalinjoihin ja toimenpiteisiin, joita jäsenvaltiot ovat kehittäneet vastatakseen huumeiden käytön monimutkaiseen ja monitahoiseen haasteeseen.

Ne, jotka ovat tutustuneet aikaisempiin EMCDDA:n raportteihin Euroopan huumetilanteesta, saattavat hämmästyä havaitessaan ne huomattavat erot, joita on syntynyt tämän laajentuneen näkökulman vuoksi. Monia huumeongelman suuntausten luonnetta ja suuntaa koskevia oletuksia on tarkistettava ja mukautettava vastaamaan Euroopan tämänhetkistä tilannetta, joka on monimutkaisempi, dynaamisempi ja monenlaisempi.

Kaikki maat eivät voi antaa tietoja kaikilta osa-alueilta, eikä kaikkia saatavissa olevia tietoja voida vertailla suoraan. Tästä syystä mukana on metodologiaa koskevia huomautuksia, ja kehotamme lukijoita olemaan varovaisia johtopäätösten tekemisessä. Euroopan huumetilanteesta nyt saatavilla oleva tieto on kuitenkin merkittävää ja entistä vankempaa. Aiomme tarjota tulevina vuosina entistä kattavampaa tietoa, kun jäsenvaltioiden parhaillaan toteuttama panostus asiaan kantaa hedelmää. Enemmän numerotiedosta kiinnostuneet tai ne, jotka haluavat yksityiskohtaisempia tietoja jostakin tämän raportin osasta, voivat tarkastella taulukoita, jotka sisältyvät liitteenä olevaan tilastolehtiseen ja tämän julkaisun laajennettuun online-versioon. Niille, jotka haluavat vain tiiviin katsauksen tapahtumiin, osa "Yhteenveto – yleiskatsaus Euroopan huumausainetilanteeseen" tarjoaa tiivistelmän tärkeimmistä tapahtumista, joita tarkastellaan sitten perusteellisemmin muualla raportissa.

Tämän raportin sisältämä tieto on kumppaniemme kanssa tehdyn yhteistyön tulosta. Kiitämme Reitox-verkoston kumppaneitamme ja tieteellisiä asiantuntijoita, jotka ovat osallistuneet kansallisiin ja EU-tason työryhmiin. Raporttia laadittaessa olemme saaneet myös tietoa ja hyötyneet Euroopan komission kanssa meneillään olevasta työstä, joka liittyy Euroopan unionin huumausaineita koskevan toimintasuunnitelman (2000–2004) arviointiin.

Jotkut korostavat niitä vaikeuksia, joita Euroopan laajentuminen voi aiheuttaa. Varsinkin järjestäytynyt rikollisuus voi hyötyä rajojen avautumisesta ja tavaroiden ja henkilöiden vapaasta liikkuvuudesta. Raportissa ei jätetä huomiotta näitä haasteita, mutta myös toisenlainen viesti on löydettävissä. Eurooppalaisina meillä on yhä enemmän yhteisiä huumeiden käytöstä johtuvia ongelmia, mutta tuomme keskusteluun myös erilaisia historiallisia kokemuksia ja näkökulmia. Tämän raportin sisältämät tiedot edustavat jäsenvaltioiden yhteistä sitoutumista keräämään vertailukelpoista tietoa ja käyttämään sitä tehokkaampien ja paremmin kohdennettujen toimintalinjojen ja toimenpiteiden kehittämiseksi. Euroopan unionin laajentuminen tarjoaa meille uuden tilaisuuden jakaa kokemuksia siitä, mikä toimii, ja tehdä tiiviimpää yhteistyötä paremmin koordinoitujen toimenpiteiden kehittämiseksi. Tässä pyrkimyksessä EMCDDA sitoutuu tekemään oman osansa jäsenvaltioiden kanssa koottaessa korkealaatuista tietoa, jota tarvitaan tietoon perustuvan keskustelun tueksi.

Marcel Reimen
EMCDDA:n hallintoneuvoston puheenjohtaja

Georges Estievenart
EMCDDA:n johtaja

Kiitokset

EMCDDA kiittää seuraavia yhteistyökumppaneitaan avusta tämän raportin laatimisessa:

- Reitoxin kansallisten seurantakeskusten johtajat ja henkilöstö
- jäsenvaltioiden elimet, jotka kokosivat aineiston raporttia varten
- EMCDDA:n hallintoneuvoston ja tieteellisen komitean jäsenet
- Euroopan parlamentti, Euroopan unionin neuvosto – etenkin sen horisontaalinen huumausainetyöryhmä – ja Euroopan komissio
- Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden torjunnan toimisto, Maailman terveysjärjestö, Europol, Interpol, Maailman tullijärjestö, Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN) ja Euroopan aidsin epidemiologinen seurantakeskus (EuroHIV)
- Euroopan unionin elinten käännöskeskus ja Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto
- Prepress Projects Ltd
- eLg Language Integration.

Alkuhuomautukset

Vuosiraportti on laadittu Euroopan unionin jäsenvaltioiden ja Norjan (joka on osallistunut EMCDDA:n toimintaan vuodesta 2001 lähtien) kansallisissa raporteissaan EMCDDA:lle antamien tietojen pohjalta. Tämän julkaisun tilastotiedot koskevat vuotta 2002 (tai viimeisintä vuotta). Huumeiden käytön vastaisia toimia ja erityiskysymyksiä käsittelevissä osioissa voidaan viitata tätä uudempiin tietoihin.

Reitoxin seurantakeskusten kansalliset raportit ovat saatavissa EMCDDA:n www-sivuilla (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Vuosiraportista on olemassa 20 kielellä julkaistu laajennettu online-versio www-osoitteessa http://annualreport.emcdda.eu.int. Maininnat oheismateriaalista alaviitteissä tunnisteen OL kanssa on saatavissa ainoastaan online-muodossa. Englanniksi on saatavissa runsaasti lisää kaavioita, taulukoita ja tausta-aineistoa.

EMCDDA:n vuoden 2004 Tilastotiedote sisältää kaikki tilastoanalyysin pohjana käytetyt lähdetaulukot (http://statistics.emcdda.eu.int). Siinä on lisäksi tarkemmat tiedot käytetyistä menetelmistä.

Yhteenveto – yleiskatsaus Euroopan huumausainetilanteeseen

Tässä yleiskatsauksessa tuodaan esiin joitakin keskeisiä kehityssuuntauksia, joita käsiteltiin Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen (EMCDDA) Euroopan huumausaineongelman tilannetta koskevassa vuoden 2004 vuosiraportissa. Aihetta on käsitelty laajemmin raportin varsinaisessa tekstissä.

Politiikat ja oikeudellinen kehys

Yksi raportissa merkille pannuista merkittävistä poliittisista edistysaskelista on toimintaohjelman väliarviointi, josta päätettiin Yhdistyneiden Kansakuntien yleiskokouksen huumausaineongelmaa koskevassa erityisistunnossa (UNGASS) vuonna 1998. Lisäksi EMCDDA osallistuu EU:n huumausaineita koskevan vuosien 2000–2004 toimintasuunnitelman arviointiin, joka valmistuu vuonna 2004.

Kesäkuussa 2003 ministerineuvosto antoi suosituksen huumausaineiden väärinkäyttöön liittyvien terveysongelmien ehkäisemisestä ja vähentämisestä. Suosituksen keskeisiä aloja ovat muun muassa terveyden suojelu ja riskien vähentäminen, veren välityksellä tarttuvien tautien (HIV, C-hepatiitti ja tuberkuloosi) esiintyvyyden vähentäminen huumeidenkäyttäjillä, huumekuolemien vähentäminen ja asianmukaisten arviointimekanismien luominen. Vuonna 2003 ministerineuvosto pääsi myös poliittiseen yhteisymmärrykseen huumausainekaupan puitepäätöksestä. Tässä sopimuksessa keskityttiin rangaistusten yhdenmukaistamiseen sekä toiminnan ulottamiseen niihin rikollis- ja terroristijärjestöihin, jotka saavat tuloja huumausainekaupasta.

Vuonna 2003 uusien synteettisten huumausaineiden valvontatyö Euroopan unionissa jatkui; ministerineuvosto hyväksyi päätöksen, jota sovelletaan 2C-I:n, 2C-T-2:n, 2C-T-7:n ja TMA-2:n valvontatoimenpiteisiin.

Niiden maiden määrä, joiden huumausainepolitiikka perustuu yleiseen kansalliseen strategiaan, kasvoi vuonna 2003, kun Tanska, Saksa, Liettua ja Slovenia hyväksyivät huumausaineita koskevat suunnitelmat. Viron ja Ranskan on tarkoitus seurata perässä vuonna 2004, ja silloin yli kaksi kolmasosaa kaikista EU:n jäsenvaltioista on hyväksynyt tämän lähestymistavan. Kansallisiin strategioihin sisältyviä yleisiä teemoja ovat sitoutuminen kysyntä- ja tarjontapuolen toimintaa koskevaan tasapainoiseen lähestymistapaan sekä koordinoinnin tärkeyden selkeä tunnustaminen.

Huumausainepolitiikkaa koskevista arvioinneista voidaan oppia paljon tulevaa silmällä pitäen. Aloja, joita koskevasta valvonnasta tai arvioinneista jäsenvaltiot raportoivat vuonna 2003, olivat uuden huumausainelainsäädännön vaikutus; omaan käyttöön tarkoitettujen huumausaineiden, erityisesti kannabiksen, hallussapitoa koskevien oikeussäännösten muutosten vaikutus; toimet, joilla sallitaan paikallisviranomaisten ryhtyä toimiin sellaisten tilojen osalta, joissa harjoitetaan huumausainekauppaa tai joissa esiintyy yleistä häiriötä; mallit, joilla huumausaineongelmista kärsivät pyritään ohjaamaan rikosoikeusjärjestelmän ulkopuolisiin järjestelmiin; ja huumausainekaupan ja rahanpesun vastaiset toimet. Jäsenvaltioiden kansallisten huumausainestrategioiden arvioinnissa käyttämiä lähestymistapoja esitellään arviointia koskevan erityiskysymyksen yhteydessä.

Kaksi maata (Belgia ja Yhdistynyt kuningaskunta) raportoivat muutoksista kannabiksen oikeudellisessa luokituksessa. Kummassakin näistä maista kannabiksen ongelmakäyttöön puututtiin nimenomaisesti laeilla tai suuntaviivoilla, ja hyväksytyillä oikeudellisilla muutoksilla on monia tärkeitä ulottuvuuksia, jotka ovat toisinaan jääneet huomiotta tiedotusvälineiden näitä toimenpiteitä koskevassa uutisoinnissa.

Tulevan toiminnan sekä kansainvälisen yhteistyön kannalta on entistä tärkeämpää varmistaa tarvittavat valtuudet huumekauppiaiden ja rikollisjengien omaisuuden takavarikoimiseen. Niin Espanja, Ranska, Irlanti kuin Yhdistynyt kuningaskuntakin raportoivat uusista toimista tällä alalla.

Autoilu huumausaineiden vaikutuksen alaisena ja siihen puuttuminen on yhä merkittävä huolenaihe monissa jäsenvaltioissa. Vuonna 2003 kolme maata (Ranska, Itävalta ja Suomi) tekivät merkittäviä muutoksia aihetta koskevan lainsäädäntönsä selkeyttämiseksi tai vahvistamiseksi.

Ehkäisevä huumetyö

Euroopassa tehtävä ehkäisevä huumetyö voidaan luokitella koko yhteisöön kohdistuvaksi (yleinen ehkäisevä huumetyö) tai suurimmassa vaarassa oleviin kohdistuvaksi joko ryhmätasolla (valikoivasti) tai yksilötasolla (kohdennetusti). Kehittyneimmät yleisen ehkäisevän huumetyön mallit ovat koululaisiin kohdennettuja ohjelmia, joista on saatavilla

melko paljon näyttöön perustuvaa tietoa ohjelman sisällön ja toteutuksen tueksi. Monet maat raportoivat rohkaisevasta kehityksestä koulujen ehkäisyohjelmien kattavuuden ja toteutuksen osalta. Yleisen ehkäisevän työn sekä kattavuudessa että laadussa on kuitenkin monissa maissa yhä paljon parannettavaa. Myös muut kuin kouluissa toteutettavat yleiset ehkäisevät toimet tarjoavat merkittäviä mahdollisuuksia, mutta tällä hetkellä lähestymistapaa toteutetaan vain muutamissa maissa.

Vaikka kaikkein suurimmassa vaarassa oleviin suuntautuvan ehkäisevän työn kehittämisen tarve tunnustetaan yhä laajemmin, tällaiseen kohdennettuun ehkäisevään työhön on vielä investoitava huomattavasti.

Kannabis

Kannabis on yhä kaikkein yleisimmin käytetty laiton huumausaine EU:ssa, vaikka maiden välillä onkin huomattavaa vaihtelua. Viimeaikaiset tutkimukset 15-vuotiaista koululaisista osoittavat, että kerran käyttäneiden määrä vaihtelee alle 10 prosentista yli 30 prosenttiin, ja suurimmat ilmoitetut luvut saatiin Yhdistyneessä kuningaskunnassa asuvien poikien käytön osalta (42,5 prosenttia). Pieni, mutta merkittävä osuus (noin 15 prosenttia) 15-vuotiaista koululaisista, jotka ovat käyttäneet kannabista viimeisen vuoden aikana, ilmoittaa käyttäneensä sitä 40 kertaa tai useammin. Tällainen kannabiksen suurkäyttö ja varsinkin tälle ryhmälle mahdollisesti koituvat haittavaikutukset ovat huolestuttavia. Tätä aihetta sekä sitä, että kannabishoidon tarpeen raportoidaan kasvaneen Euroopassa, käsitellään yksityiskohtaisemmin aihetta koskevan erityiskysymyksen yhteydessä. Hiljattain (viimeisen vuoden aikana) kannabista käyttäneitä on eniten nuorissa aikuisissa (15–34-vuotiaissa), useimmissa maissa 5–20 prosenttia. Vaikuttaa siltä, että kannabiksen käyttö lisääntyi useimmissa maissa merkittävästi 1990-luvulla, mutta ainakin joissakin maissa se on nyt vakiintunut.

Euroopassa takavarikoidun kannabiksen alkuperämaana on mainittu yli 30 maata, mikä kuvastaa kannabiksen tuotannon maailmanlaajuista luonnetta. Euroopassa on maailman suurimmat markkinat kannabishartsille, josta pääosa on peräisin Marokosta, maailman tämän hetken merkittävimmästä kannabiksen alkuperämaasta. Kannabista kasvatetaan myös nykyään useimmissa Euroopan maissa, vaikka kaikissa maissa Alankomaita lukuun ottamatta pääosa kannabistuotteista on yhä tuotua. Eurooppaan tuodun kannabiksen vahvuus näyttää pysyneen melko samalla tasolla useiden vuosien ajan. EU:ssa tehomenetelmillä viljelty kannabis on yleensä vahvempaa, mutta näiden tuotteiden välillä on huomattavia päällekkäisyyksiä.

Amfetamiinin kaltaiset piristeet, LSD ja muut synteettiset huumausaineet

Amfetamiini on kautta aikojen ollut kannabiksen jälkeen Euroopassa yleisimmin käytetty huumausaine. Tilanne näyttää olevan muuttumassa monissa maissa, kuten Saksassa, Espanjassa, Alankomaissa, Suomessa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joissa tuoreet tutkimustulokset osoittavat ekstaasin käytön olevan yhtä yleistä ellei yleisempää kuin amfetamiinin käyttö. Tästä ekstaasin käytön yleistymisestä huolimatta vuonna 2002 suurin osa Euroopassa takavarikoiduista huumausaineista oli edelleen amfetamiinia (86 prosenttia takavarikoidusta määrästä). Ekstaasia kerran käyttäneitä on aikuisväestössä yleensä 0,5–7 prosenttia, joskin luvut ovat korkeampia nuorten miesten keskuudessa. Esimerkiksi Tšekissä, Espanjassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa kerran käyttäneitä 15–24-vuotiaissa miehissä ilmoitettiin olevan 11–17 prosenttia. Yleisesti ottaen 1990-luvulla todettu ekstaasin käytön lisääntyminen näyttää nyt vakiintuneen, ja vain jotkin maat raportoivat yhä kasvusuuntauksesta. Tutkimukset tietyistä väestönosista osoittavat kerta toisensa jälkeen, että ekstaasin käyttö on yleisempää nuorilla, jotka käyvät ns. ”tanssitapahtumissa/-bileissä”, joskin on tuoretta näyttöä siitä, että tämä kytkös saattaa olla heikkenemässä.

Ekstaasiin liittyvät kuolemantapaukset ovat harvinaisia verrattuna opiaattikuolemiin, mutta ne herättävät yleistä huolta. Määrittely- ja mittausongelmat vaikeuttavat tämän aiheen analysointia. EMCDDA:lle ilmoitettiin alle 100 ekstaasikuolemaa viimeiseltä vuodelta, jota koskevat tiedot olivat saatavilla. Tähän lukuun on kuitenkin suhtauduttava varauksella, koska jotkin maat eivät ilmoittaneet tietoja lainkaan, ja silloinkin kun toksikologiset tiedot olivat saatavilla, tapauksiin liittyi usein myös muita aineita. Noin kaksi kolmasosaa kaikista EMCDDA:lle ekstaasikuolemista annetuista ilmoituksista saatiin Yhdistyneestä kuningaskunnasta, jossa tapaukset ovat lisääntymässä. Epäselvää on, missä määrin tämä tulos heijastaa ekstaasin käytön yleisyyttä ja missä määrin ilmoituskäytäntöjen välisiä eroja.

Jäsenvaltioissa puututaan edelleen piristeiden viihdekäyttöön erilaisilla ehkäisevillä ja haittojen vähentämiseen pyrkivillä ohjelmilla, ja kaikkein näkyvimpiä toimet ovat joissakin uusissa jäsenvaltioissa. Amfetamiinin kaltaisten piristeiden käyttö huumehoitoon hakeutumisen ensisijaisena perusteena on harvinaista muualla paitsi Ruotsissa ja Suomessa, joissa amfetamiinin krooniseen käyttöön liittyvillä ongelmilla on pitkä historia, ja Tšekissä, jossa on jo jonkin aikaa esiintynyt paikallisesti tuotettavaan metamfetamiiniin, ”pervitiiniin”, liittyviä ongelmia.

Vaikka metamfetamiinin käyttö on maailmanlaajuisesti kasvava ongelma, Euroopassa tämän huumeen käyttö on tähän asti rajoittunut Tšekkiin. Useista muista Euroopan maista saadaan kuitenkin nykyään satunnaisia ilmoituksia metamfetamiinin käytöstä, mikä nostaa esille huolen tämän erityisen vahingollisen huumeen laajemman yleistymisen mahdollisuudesta.

Kokaiini

Tuoreet tutkimukset osoittavat, että 0,5–6 prosenttia aikuisista on joskus käyttänyt kokaiinia (kerran käyttäneiden määrä). Nuorissa aikuisissa (15–34-vuotiaiden) kerran käyttäneitä on yleensä 1–10 prosenttia. Yleensä noin puolet niistä, jotka ilmoittavat joskus käyttäneensä kokaiinia, ilmoittaa käyttäneensä sitä viimeisen vuoden aikana. Käyttöluvut ovat korkeampia Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa – kummassakin maassa hiljattain (viimeisen vuoden aikana) käyttäneitä nuorissa aikuisissa on yli 2 prosenttia, kun se muissa maissa oli alle 1 prosentti. Tämä tarkoittaa sitä, että kokaiinia hiljattain käyttäneiden määrä Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on nykyään samalla tasolla kuin USA:ssa, vaikka kerran käyttäneiden määrät ovat yhä alhaisempia. Kokaiinin käytön suuntauksia on vaikea selvittää kansallisella tasolla, mutta saatavilla olevat tiedot viittaavat siihen, että hiljattain kokaiinia käyttäneiden nuorten määrä on lisääntynyt jonkin verran Tanskassa, Saksassa, Espanjassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, ja myös Kreikka, Irlanti, Italia ja Itävalta ovat raportoineet käytön lisääntymisestä paikallisten tai laadullisten lähteiden pohjalta.

Takavarikoidut kokaiinimäärät kasvoivat vuosina 1997–2002 kaikissa maissa paitsi Saksassa ja Italiassa. Käytettävissä olevista tiedoista pääteltävissä olevat suuntaukset viittaavat siihen, että sitten kun täydellinen analyysi on mahdollista, se näyttää EU-tasolla takavarikoitujen määrien nousseen jälleen vuonna 2002. Useimmissa maissa kokaiinin hinnan ilmoitettiin myös laskeneen tänä aikana.

Crack-kokaiinin (kokaiinijohdannaisen) poltto rajoittuu yhä joihinkin Euroopan suurimpiin kaupunkeihin, joissa sen käyttö näyttää olevan yleisintä marginaaliryhmissä. Esimerkiksi piikitystilojen käyttäjistä tehdyistä tutkimuksista saadut tiedot osoittavat, että kokaiinin polttajia on erityisen paljon naispuolisissa seksityöläisissä. Vaikka kokaiininpoltto onkin koko väestössä harvinaista, siihen liittyy erityisen suuri terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien riski.

Toksikologinen analyysi osoittaa, että joissakin maissa huumekuolemissa kokaiinia löytyy yleensä yhdessä opiaattien kanssa. Kokaiinista aiheutuvat kuolemat, joihin ei liity opiaattien käyttöä, ovat harvinaisia, mutta saattavat olla lisääntymässä. Yhdistyneessä kuningaskunnassa kokaiinia koskevien mainintojen määrä kuolinsyytodistuksissa kahdeksankertaistui vuosina 1993–2001, ja Alankomaissa pelkästään kokaiinista aiheutuvien kuolemantapausten määrä nousi vuoden 1994 2 tapauksesta 26 tapaukseen vuonna 2001. Kokaiini saattaa myös olla osatekijänä sydän- ja verisuonitaudeista aiheutuvissa kuolemantapauksissa, mutta nämä tapaukset eivät välttämättä näy tilastoissa.

Vaikuttaa siltä, että kokaiiniongelmasta kärsiville tarjotaan useimmiten yleisiä hoitovaihtoehtoja, joihin ei yleensä liity farmakologista komponenttia. Farmakologisten hoitomuotojen tehokkuutta pyritään parantamaan, mutta jos ei oteta huomioon oireiden helpottamiseen tarkoitetun lääkkeen määräämistä, ei ole selkeää yhteisymmärrystä siitä, mikä on hyvä käytäntö tällä alalla. Erityisesti crack-kokaiinin käyttäjien hoito tarjoaa usein haasteita hoitokeskuksille.

Huumeiden ongelmakäyttö, heroiinin käyttö ja suonensisäinen huumeidenkäyttö

Heroiinin käyttö ja suonensisäinen huumeidenkäyttö ovat EMCDDA:n ongelmakäyttöä koskevan indikaattorin tärkein elementti. Tämä indikaattori on yhdistelmämittari, jonka avulla pyritään arvioimaan suurelta osin piilossa olevan kroonisen huumeongelman laajuutta. Huumeiden ongelmakäyttöä koskevat arviot vaihtelevat välillä 2–10 tapausta tuhatta aikuista kohden väestössä. Huumeongelmaisen väestön laajuutta koskevat arviot vaihtelevat maittain ja maiden sisällä. Melko korkeita lukuja ovat ilmoittaneet Tanska, Italia, Luxemburg, Portugali ja Yhdistynyt kuningaskunta.

Euroopan ongelmakäyttäjistä näyttää olevan muodostumassa entistä heterogeenisempi ryhmä. Monissa maissa tyypillinen ongelmakäyttäjä on perinteisesti ollut heroiinin käyttäjä, mutta huumausaineiden sekakäyttö sekä piristeiden käyttö on yleistymässä. Vaikka arviointi on vaikeaa, vaikuttaa siltä, että heroiinin käyttö on pysynyt monissa maissa melko vakaalla tasolla, ja uusien käyttäjien määrät ovat laskeneet 1990-luvun tilanteeseen verrattuna. Tämä analyysi ei välttämättä päde EU:n uusiin jäsenmaihin.

Euroopan osuus maailman kaikesta takavarikoidusta heroiinista on vähän yli neljäsosa. EU:ssa takavarikoidun heroiinin määrissä ei ole havaittavissa mitään selkeää suuntausta, ja kaiken kaikkiaan määrät näyttävät pysyvän melko vakaina. Sekä takavarikoitujen määrien että takavarikkojen lukumäärien osalta suurimmat luvut ilmoitti Yhdistynyt kuningaskunta, ja perässä tuli Espanja.

Euroopan maissa tuotetaan vain vähän opiaatteja, ja tuotanto rajoittuu lähinnä paikallisesti käytettäviin unikonkorsituotteisiin. Viimeaikaisten tietojen pohjalta ei ole havaittavissa selkeitä suuntauksia sen paremmin heroiinin puhtaudessa kuin sen katukauppahinnassakaan.

Opiaatit ovat yhä merkittävin laittomiin huumausaineisiin liittyvä kuolinsyy Euroopassa. Joka vuosi ilmoitetaan 8 000–9 000 kuolemaan johtanutta yliannostapausta, mutta todellinen luku on melko varmasti suurempi. Useimmat uhrit ovat 25–30-vuotiaita tai 30–35-vuotiaita nuoria miehiä, joskin kuoliniät näyttävät olevan nousemassa. Vaikka maiden sisällä esiintyy merkittävää vaihtelua, yleisesti ottaen huumausaineisiin liittyvät kuolemat lisääntyivät tasaisesti koko EU:ssa 1980- ja 1990-luvuilla. Vuosina 2000 ja 2001 monet maat ilmoittivat huumausaineista aiheutuvien kuolemantapausten määrien laskeneen, minkä seurauksena EU:n tasolla ilmoitetuissa kuolemantapauksissa tapahtui pieni, mutta tilastollisesti merkittävä lasku tapausten määrän laskiessa 8 838:sta 8 306:een. Kuolemantapausten määrä on kuitenkin yhä pidemmällä aikavälillä tarkasteltuna korkea.

Huolestuttava piirre viimeaikaisessa kehityksessä on ollut fentanyylikauppa. Fentanyyli on heroiinia sata kertaa voimakkaampi synteettinen opiaatti. Ilmoitusten mukaan sitä on takavarikoitu viime aikoina monissa Itämeren valtioissa ja Venäjän federaatiossa. Virossa fentanyyli ilmestyi huumausainemarkkinoille heroiinin korvikkeena vuoden 2001 lopussa, ja Suomessa takavarikoitiin vuonna 2002 huomattava metyylifentanyylierä.

Hoitoon hakeutuneista heroiininkäyttäjistä tehtyjen tutkimusten perusteella eri maiden välillä on merkittäviä eroja siinä, missä määrin ainetta käytetään suonensisäisesti ja missä määrin polttamalla. Uusista hoitoon hakeutuvista heroiininkäyttäjistä alle puolet ilmoittaa käyttävänsä ainetta suonensisäisesti, ja joissakin maissa suonensisäisen käytön suosio näyttää laskevan. Muissa maissa, ja erityisesti mutta ei ainoastaan uusissa jäsenvaltioissa, heroiininkäyttäjät käyttävät yhä ainetta pääasiassa suonensisäisesti. Kokonaisarviot suonensisäisen käytön yleisyydestä ovat 2–6 tapausta tuhatta aikuista kohden.

HIV-epidemia leviää joissakin EU:n uusissa jäsenvaltioissa ja naapurimaissa, vaikka yleisyys eri EU-maissa vaihtelee suuresti. Länsi-Euroopassa HIV:n levinneisyys näyttää vakiintuneen tai laskeneen, mutta huolta aiheuttavat jotkin 1990-luvun puolivälin jälkeen todetut uudet paikalliset esiintymät sekä joissakin väestönosissa havaittavat korkeat tartuntamäärät.

C-hepatiitin (HCV) tartuntamäärät ovat yhä korkeat Euroopassa suonensisäisten huumausaineiden käyttäjillä, ja tutkimukset osoittavat, että tutkituista suonensisäisten huumausaineiden käyttäjistä vähintään neljäsosalla ja joissakin tapauksissa lähes kaikilla oli viruksen vasta-aineita kehossaan. Joissakin tapauksissa C-hepatiitin ja HIV:n tartuntamäärien välillä voitiin havaita suora korrelaatio. Myös B-hepatiitti on yhä yleinen suonensisäisten huumausaineiden käyttäjillä Euroopassa, vaikka rokote onkin saatavilla. Joitakin Baltian maita ehkä lukuun ottamatta tuberkuloosin yleisyys suonensisäisten huumausaineiden käyttäjillä on EU-maissa yhä alhainen, mutta joissakin EU:n naapurimaissa tartuntamäärät ovat korkeat.

Yleisesti ottaen investoinnit suonensisäisten huumausaineiden käyttäjille suunnattuihin neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmiin ovat lisääntyneet kaikkialla EU:ssa. Viro ja Latvia ovat nopeasti lisänneet tämän alan palvelujaan, ja joitakin vaihto-ohjelmia on otettu käyttöön myös Pohjois-Irlannissa ja Flanderissa (Belgiassa). Joissakin maissa, joissa on jo vakiintuneita neulojen- ja ruiskujenvaihto-ohjelmia, jaettujen ruiskujen määrä on kuitenkin laskenut, mikä saattaa johtua suonensisäisen käytön yleisyyden laskusta. Tärkeimpiä suuntauksia matalan kynnyksen palveluiden kehittämisessä ovat parempi integrointi muihin henkiinjäämiseen tähtääviin palveluihin, kuten ensisuojiin ja perusterveydenhuoltopalveluihin, ja joustavammat aukioloajat. Kolmessa jäsenvaltiossa tarjotaan piikitystiloja, ja vuonna 2004 EMCDDA julkaisi näitä tiloja koskevan yksityiskohtaisen tutkimuksen.

Huumehoito

Useimmissa jäsenvaltioissa huumausaineisiin liittyvä hoito on pääasiassa opiaattien käyttöön tai opiaattien lisäksi useamman huumausaineen käyttöön liittyvää hoitoa. Jonkinlainen korvaushoito on yhä yleisin tämän ryhmän terapiavaihtoehto, vaikka uusissa jäsenvaltioissa korvaushoitoa on saatavilla rajoitetusti ja huumeettomat hoitojärjestelmät ovat yhä yleisiä. On myös huomautettava, että Tšekissä, Suomessa ja Ruotsissa merkittävä osa huumehoitojen saajista on amfetamiinien suonensisäisiä käyttäjiä.

Huumehoitoon hakeutuvia koskevat tiedot viittaavat siihen, että apua tarvitsevien kirjo on nyt aiempaa suurempi. Ilmoitukset sisältävät tietoja heroiinin sekä suonensisäisestä että muunlaisesta käytöstä ja erilaisista sekakäyttöön sekä piristeiden ja kannabiksen käyttöön liittyvistä ongelmista. Vuonna 2002 EMCDDA:n hoitoon hakeutumiseen perustuva indikaattori osoitti, että niissä 11 maassa, joista tietoja oli saatavilla, kannabis syrjäytti ensimmäisen kerran opiaatit huumeena, jonka vuoksi suurin määrä uusia potilaita ohjattiin hoitoon erikoispoliklinikoille. Sitä, missä määrin tämä johtuu ilmoituskäytännön muutoksista, laajentuneesta palvelutarjonnasta tai muutoksista hoidon tarvitsijoiden

profiilissa, käsitellään yksityiskohtaisemmin kannabisongelmia koskevan erityiskysymyksen yhteydessä.

Yhä laajemmin on tunnustettu, että huumepalvelut on integroitava muuhun terveydenhuoltotarjontaan, erityisesti syrjäytyneille ja sosiaalisesti heikommassa asemassa oleville ryhmille suunnattuihin palveluihin. Erityinen haaste on sellaisten henkilöiden hoitaminen, jotka kärsivät sekä huumeongelmasta että mielenterveysongelmista. Tätä aihetta käsitellään psykiatristen sairauksien yhteisesiintymistä käsittelevän erityiskysymyksen yhteydessä.

Vankilakysymykset

Huumausaineiden käyttäjät ovat muuhun väestöön nähden yliedustettuina vankiloissa. Arviot kerran käyttäneiden määristä vaihtelevat 22:n ja 86:n prosentin välillä vankiaineksen, rangaistuslaitoksen ja maan mukaan. Koska huumausaineiden suonensisäinen käyttö on vankiloissa melko yleistä, ne ovat ympäristöjä, jossa tartuntatautien leviämisriski on suuri. Tätä on pyritty torjumaan muun muassa järjestämällä vankiloissa korvaushoitoa ja neulojen- ja ruiskujenvaihto-ohjelmia. Kansallisissa terveys- ja sosiaalijärjestelmissä on alettu entistä enemmän käsitellä vankiloissa tapahtuvan huumausaineiden käytön terveysvaikutuksia. Asiaan liittyy palvelujen rajoitettu saatavuus sekä se, että vankilan terveydenhuoltopalvelut toimivat erillään tavanomaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä. Rikosoikeuspoliittisten muutosten myötä käyttöön otetuilla vaihtoehtoisilla rangaistusmuodoilla ohjataan huumausaineiden käyttäjiä käytännössä lähes pakolliseen hoitoon tai yhdyskuntapalveluun, koska näiden toimien oletetaan palvelevan paremmin heidän tarpeitaan.

Luku 1

Viimeaikainen kehitys politiikassa ja lainsäädännössä

Tässä luvussa kuvataan huumepolitiikan kehitystä koko EU:ssa ja yksittäisissä jäsenvaltioissa. Useimmiten tiedot perustuvat muutoksiin vuonna 2003, jolloin alkoi EU:n huumausaineita koskevan toimintasuunnitelman (2000–2004) toinen puolisko. Lisäksi kansallisten viranomaisten piti vuoteen 2003 mennessä toteuttaa väliarviointi, joka koskee niiden edistymistä kansallisen huumevalvontastrategian kehittämisessä ja toteuttamisessa, kuten vuonna 1998 maailman huumeongelmaa käsitelleessä Yhdistyneiden Kansakuntien yleiskokouksen erityisistunnossa (UNGASS) ([1]) huumeiden kysynnän vähentämisen periaatteista annetussa julistuksessa todetaan. EU:n toimintasuunnitelman (vuosiksi 2000–2004) päätteeksi on paikallaan pohtia edistymistä, jota on tapahtunut toiminnan arvioinnissa. EMCDDA osallistuu täysimääräisesti ja aktiivisesti tähän prosessiin, joka toivottavasti helpottaa järkevää päätöksentekoa huumausaineiden alalla. Strategioita ja lainsäädännön kehitystä tarkastellaan pääasiassa tästä näkökulmasta sekä kansallisella tasolla että EU:n tasolla.

Kehitys EU:ssa

Yhteisön tasolla annettiin vuonna 2003 kaksi uutta säännöstä huumeongelman torjumiseksi. Toinen niistä koskee kansanterveyttä ja toinen laitonta huumausainekauppaa. Muut EU:n tasolla vuonna 2003 käsitellyt kysymykset liittyivät uusia synteettisiä huumeita koskeviin toimiin, koordinointitoimien ja -välineiden täytäntöönpanoon sekä EMCDDA:n rooliin.

Kansanterveys

Euroopan parlamentti ja neuvosto hyväksyivät 23. syyskuuta 2002 uuden kansanterveysalan toimintaohjelman (2003–2008), jonka perustana on kolme yleistä tavoitetta: terveyttä koskevat tiedot, terveysuhkiin liittyvä nopea toiminta ja terveyden edistäminen puuttumalla terveyteen vaikuttaviin tekijöihin. Toimet, jotka liittyvät terveyttä koskeviin tietoihin ja terveyden edistämisen standardeihin, ovat erityisen merkittäviä huumeiden torjunnan alalla.

Ministerineuvosto antoi kesäkuussa 2003 suosituksen "huumausaineiden väärinkäyttöön liittyvien terveyshaittojen ehkäisemisestä ja vähentämisestä" Euroopan komission toukokuussa 2002 tekemän aloitteen perusteella. Tämä teksti on merkittävä saavutus ja ensimmäinen huumeita koskeva EY:n suositus kansanterveyden alalla. Erityisesti sillä pyritään vähentämään huumausaineriippuvuuteen liittyviä terveyshaittoja ([2]). Monet jäsenvaltiot ovat jo liittäneet tämän asiakirjan sisällön kansallisiin huumausainestrategioihinsa.

Asiakirjassa suositellaan seuraavaa:

- Jäsenvaltioiden olisi terveyden suojelun korkean tason turvaamiseksi asetettava kansanterveyden alalla tavoitteeksi huumausaineiden väärinkäytön ehkäiseminen ja siihen liittyvien riskien vähentäminen sekä laadittava ja toteutettava asianmukaisia kattavia strategioita.

- Jäsenvaltioiden olisi osana kaikkea yleistä huumausaineiden väärinkäytön ehkäisyyn ja huumausaineiden käyttäjien hoitoon liittyvää politiikkaansa otettava käyttöön lukuisia erityyppisiä – erityisesti riskien vähentämiseen tähtääviä – toimia vähentääkseen tuntuvasti huumausaineiden aiheuttamia terveyshaittoja (kuten HIV, B- ja C-hepatiitti sekä tuberkuloosi) ja huumausaineiden aiheuttamia kuolemantapauksia.

- Jäsenvaltioiden olisi harkittava eriteltyä toimenpideluetteloa, jotta voitaisiin kehittää asianmukaista arviointia huumeiden ehkäisemisen vaikuttavuuden ja tehokkuuden lisäämiseksi sekä huumausaineisiin liittyvien terveysriskien vähentämiseksi.

Jäsenvaltioiden pitäisi raportoida komissiolle tämän suosituksen täytäntöönpanosta kahden vuoden kuluessa sen antamisesta ja myöhemmin komission pyynnöstä. Tämä mahdollistaa suosituksen täytäntöönpanon seurannan yhteisön tasolla ja sittemmin asianmukaisten toimien toteuttamisen EU:n huumausaineita koskevan toimintasuunnitelman tavoitteiden saavuttamiseksi.

([1]) http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm.

([2]) Yleiskatsaukseksi haittojen vähentämisen politiikan rooliin ks. taulukko 1 OL: Haittojen vähentämisen rooli.

Lisäksi suosituksessa esitetään, että EMCDDA antaisi teknistä tukea Euroopan komissiolle raportin valmistelemista varten EU:n huumausaineita koskevan toimintasuunnitelman mukaisesti ottaen huomioon kyseisen suosituksen tarkastus ja päivitys.

Huumausainekauppa

Tampereella vuonna 1999 pidetyn Eurooppa-neuvoston erityiskokouksen päätelmien mukaisesti sekä EU:n huumausainestrategian ja huumausaineita koskevan toimintasuunnitelman perusteella Euroopan komissio teki neuvostolle ja Euroopan parlamentille ehdotuksen puitepäätökseksi "laittoman huumausainekaupan rikostunnusmerkistöjen ja seuraamusten vähimmäissäännöksistä". Ministerineuvosto pääsi marraskuussa 2003 poliittiseen sopimukseen tästä ensimmäisestä huumausainekauppaa koskevasta puitepäätöksestä. Tätä puitepäätöstä pidetään keskeisenä välineenä huumausainekaupan torjumisessa, sillä huumausainekauppaa koskevista rikoksista jäsenvaltioissa määrättävien seuraamusten lähentämisen merkitys korostuu entisestään laajentuneessa EU:ssa.

Puitepäätöksen periaatteena on, että jäsenvaltioiden olisi säädettävä rangaistavaksi paitsi huumausainekauppa myös sen yritys tai yllytys tai avunanto siihen. Puitepäätöksen toimenpiteet kohdennetaan huumausainekauppiaisiin sekä rikollis- ja terroristijärjestöihin, jotka saavat huumausainekaupasta tuloja laittoman toimintansa rahoittamiseen.

Tässä puitepäätöksessä määrätään seuraamuksia niille, jotka osallistuvat Yhdistyneiden Kansakuntien yleissopimusten ja EY:n päätösten soveltamisalaan kuuluvien aineiden kaupan mihin tahansa vaiheeseen: tuotantoon, myyntiin tarjoamiseen, kuljetukseen, jakeluun ja hallussapitoon tai ostamiseen kauppaa varten. Siinä pyydetään maita varmistamaan, että "rikoksista voidaan määrätä rikosoikeudellisia seuraamuksia, jotka enimmillään ovat vähintään yhdestä kolmeen vuotta vankeutta" tai viidestä kymmeneen vuotta vankeutta, kun rikos koskee suuria huumausainemääriä tai terveydelle kaikkein haitallisimpia huumausaineita. Puitepäätöksessä annetaan yhteinen määritelmä huumausainekaupasta EU:n tasolla ja vahvistetaan suositeltavat seuraamukset tästä rikoksesta EU:ssa. Yhteisymmärrykseen pääseminen jäsenvaltioiden kesken edellytti henkilökohtaisen käytön määritelmässä olevien kansallisten erojen ratkaisemista. Siksi jäsenvaltioiden kansallisessa lainsäädännössä määritetyt huumausaineiden henkilökohtaiseen käyttöön liittyvät rikokset on jätetty pois puitepäätöksestä.

Puitepäätös tulee voimaan sinä päivänä, jona se julkaistaan *Euroopan unionin virallisessa lehdessä*, ja jäsenvaltioilla on 18 kuukautta aikaa ryhtyä tarvittaviin toimenpiteisiin tämän säädöksen noudattamiseksi.

Uudet synteettiset huumausaineet

Uusien synteettisten huumausaineiden valvontaa koskevassa tehtävässään neuvosto teki marraskuussa 2003 päätöksen uusia synteettisiä huumausaineita 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 ja TMA-2 koskevista valvontatoimenpiteistä ja rikosoikeudellisista seuraamuksista. Nämä aineet, joita ei ole merkitty vuonna 1971 tehdyn psykotrooppisia aineita koskevan Yhdistyneiden Kansakuntien yleissopimuksen luetteloihin, saatetaan nyt jäsenvaltioissa valvontatoimenpiteiden ja rikosoikeudellisten seuraamusten piiriin.

Lokakuussa 2003 komissio esitti luonnoksen komission päätökseksi korvaamaan vuonna 1997 hyväksytyn yhteisen toiminnan tietojenvaihdosta, riskiarvioinnista ja uusien synteettisten huumausaineiden valvomisesta ([3]). Tämä aloite liittyy suoraan tulokseen yhteisen toiminnan ulkoisesta arvioinnista, jonka komissio teki huumausaineiden torjuntaa koskevan Euroopan unionin toimintasuunnitelman (2000–2004) määräysten mukaan. Ehdotettu uusi oikeudellinen väline pyrkii selventämään määritelmiä ja ulottumaan kaikkiin uusiin synteettisin huumausaineisiin ja kaikkiin uusiin vastaaviin narkoottisiin aineisiin.

Koordinointi

Komissio antoi niin ikään marraskuussa 2003 tiedonannon koordinointitoimista ja -välineistä huumeiden alalla EU:ssa. Tiedonanto perustuu EMCDDA:n yhteistyössä komission kanssa toteuttamaan tutkimukseen, joka koski jäsenvaltioissa sovellettavia koordinointisäännöksiä ja -mekanismeja ([4]). Tiedonannossa vahvistetaan, että koordinointi on välttämätöntä, jotta EU:ssa voitaisiin vastata tehokkaasti monimutkaiseen huumeilmiöön ja sen vaikutuksiin.

EMCDDA:n rooli

Joulukuussa 2003 komissio ehdotti EMCDDA:ta koskevan asetuksen uudelleenlaatimista. Ehdotusta käsitellään neuvostossa vuonna 2004. Se kattaa useita alueita, kuten muutokset perusasetukseen, muutokset, joiden tavoitteena on vahvistaa EMCDDA:n roolia uusien huumeidenkäyttömuotojen ja EU:n laajentumisen yhteydessä, sekä muutokset, joilla otetaan huomioon EMCDDA:n rooli EU:n huumausaineita koskevan toimintasuunnitelman arvioinnissa.

([3]) EYVL C L 167, 25.6.1997, s.1–3.

([4]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356.

Kansalliset politiikat

"Huumausainestrategiat" ([5])

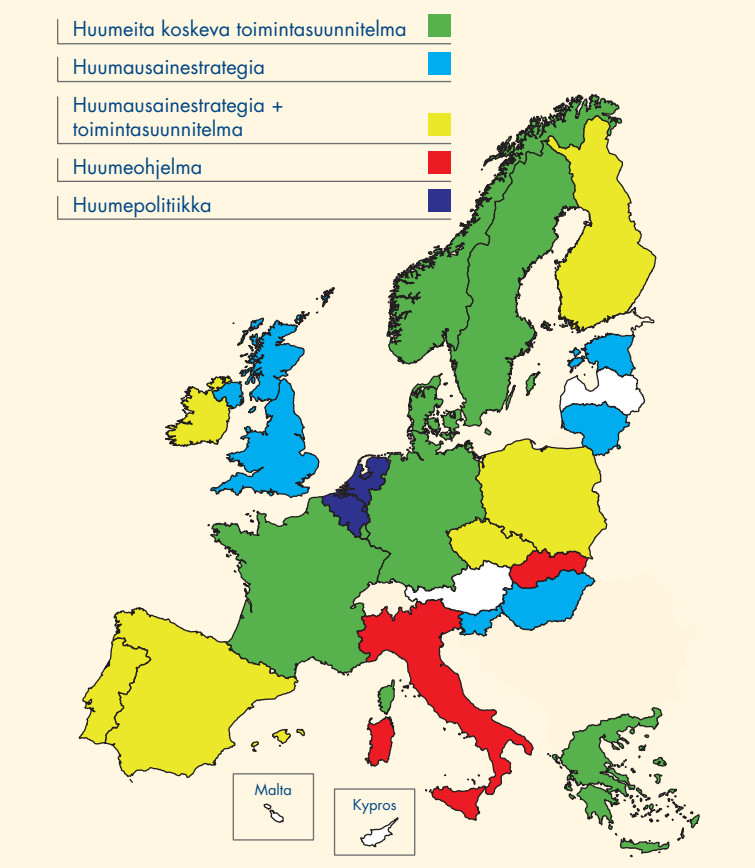
Kuten viimevuotisessa vuosiraportissa todettiin, "kansallisen huumausainestrategian" hyväksyminen jäsenvaltioissa oli EU:n huumepolitiikan kulmakivi, ja tämä suuntaus jatkui vuonna 2003 (kaavio 1). Huumausaineita koskevia suunnitelmia ja ohjelmia hyväksyttiin vuonna 2003 Tanskassa, Saksassa, Liettuassa ja Sloveniassa ja vuonna 2004 Virossa, Ranskan ([6]) on tarkoitus seurata perässä. Tuolloin huumepolitiikkaa harjoitetaan kattavan kansallisen huumausainestrategian puitteissa yhteensä 21:ssä 25 jäsenvaltiosta (22:ssa 26 maasta, jos Norja lasketaan mukaan) ([7]) ([8]).

Koska "kansallisia huumausainestrategioita" on pantu täytäntöön niin laajalti varsin lyhyellä aikavälillä (1997–2004) ([9]) ja tarkasti määritetyllä maantieteellisellä alueella, on mahdollista vertailla ilmiötä eri jäsenvaltioissa ja saada siihen EU:n laajuinen näkökulma.

Ensiksikin huumepolitiikkaan omaksutaan yhä useammin kokonaisvaltainen lähestymistapa, joka kattaa sekä kysyntää että tarjontaa vähentävät toimenpiteet, toisin sanoen "tasapainotettu lähestymistapa" ([10]). Kaikissa tutkituissa asiakirjoissa on tämä piirre. Toiseksi koordinoinnin merkitys on korostunut. Kansallisia huumausainestrategioita koordinoidaan yhä enemmän keskitetysti (useimmissa EU-maissa on kansallisia koordinointiviranomaisia ja kansallisia koordinaattoreita ([11])), tosin tiiviissä yhteistyössä alueellisten ja paikallisten viranomaisten kanssa. Kolmanneksi toimenpiteiden toteuttamiseen paikan päällä sekä täytäntöönpanon seurantaan ja arviointiin kiinnitetään entistä enemmän huomiota, koska näin voidaan varmistaa päättäjien vastuuvelvollisuus (ks. arviointia käsittelevä erityiskysymys s. 75).

Sekä "kansallisten huumausainestrategioiden" rakenteessa että niiden sisällössä on kuitenkin merkittäviä eroja. Esimerkiksi niiden yksityiskohtaisuus sekä toimien ja tavoitteiden painotus vaihtelevat huomattavasti. Jotkin asiakirjat on jäsennetty siten, että esitettyjä toimia ja yleistä täytäntöönpanoa on mahdollista seurata; toiset asiakirjat eivät ole näin yksityiskohtaisia, vaan niissä esitetään yleisiä tavoitteita sitomatta niitä toiminnallisiin tavoitteisiin,

Kaavio 1: Erilaisia "kansallisia huumausainestrategioita"



Huom. Teoreettinen ero huumepolitiikan, kansallisen huumausainestrategian (jossa tulisi määritellä yleiset periaatteet, puitteet ja suunta) ja toimintasuunnitelman (jossa strategia siirretään toimintaan esittämällä tarkoin määriteltyjä toimia) välillä ei tule aina esiin erilaisissa kansallisissa asiakirjoissa. Maiden välillä vallitsevien erojen takia kuvailemme kansalliset strategia-asiakirjat siten kuin ne on virallisesti esitetty, emmekä yritä yhtenäistää määritelmiä tai tehdä vertailuja.

Lähde: Jäsenvaltioiden kansalliset strategiat.

([5]) Koska kansallisten huumausainestrategioiden rakenne ja sisältö vaihtelevat suuresti eri maissa, tässä raportissa ei pyritä yhdenmukaistamaan määritelmiä ja käsitteitä. Näin ollen ilmauksella "kansallinen huumausainestrategia" (lainausmerkeissä) tarkoitetaan mitä tahansa hallituksen hyväksymää virallista asiakirjaa, jossa selvitetään yleiset periaatteet ja erityiset toimenpiteet tai tavoitteet (tietyllä aikavälillä) huumausaineiden alalla, olipa kyse sitten virallisesta huumausainestrategiasta tai toimintasuunnitelmasta, poliittisista asiakirjoista tms. Lisätietoja: ks. EMCDDA:n raportti *National strategies and coordination mechanisms* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

([6]) Ks. laatikko 1 OL: Äskettäin hyväksytyt "kansalliset huumausainestrategiat".

([7]) Norja ei ole EU:n jäsenvaltio, mutta se on EMCDDA:n jäsen. EU:n 25 jäsenvaltiosta ainoastaan neljä ei (vielä) raportoi ns. kansallisesta huumausainestrategiasta: Kypros, Latvia, Malta ja Itävalta. Kyproksessa ja Latviassa valmistellaan huumausainestrategiaa. Itävallassa kullakin osavaltiolla on oma suunnitelmansa, mutta liittovaltiokohtainen huumausainestrategia puuttuu.

([8]) Ks. taulukko 2 OL: Nykyiset "kansalliset huumausainestrategiat" huumausaineiden alalla EU-maissa.

([9]) Mukaan lukien tällä aikavälillä Alankomaat, joka dokumentoi huumausainepolitiikkaansa toimintalinjamuistiossa *Drug policy in the Netherlands: continuity and change* (1995) ja erilaisissa seuranta-asiakirjoissa (XTC 2001, Cocaine 2002, Cannabis 2004).

([10]) Tasapainotetun lähestymistavan periaate hyväksyttiin UNGASS:n vuonna 1998 antamassa julistuksessa. Sen mukaan kysynnän vähentämisen ja tarjonnan vähentämisen välillä otetaan käyttöön tasapainotettu lähestymistapa siten, että kumpikin vahvistaa toinen toistaan huumeongelman ratkaisemista koskevan yhtenäisen lähestymistavan mukaisesti. Tässä luvussa ei pyritä arvioimaan, missä määrin jäsenvaltiot ovat omaksuneet "tasapainotetun lähestymistavan", vaan siinä lähinnä vain todetaan, että tällaiseen lähestymistapaan kiinnitetään yhä enemmän huomiota.

([11]) Lisätietoja: ks. http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360.

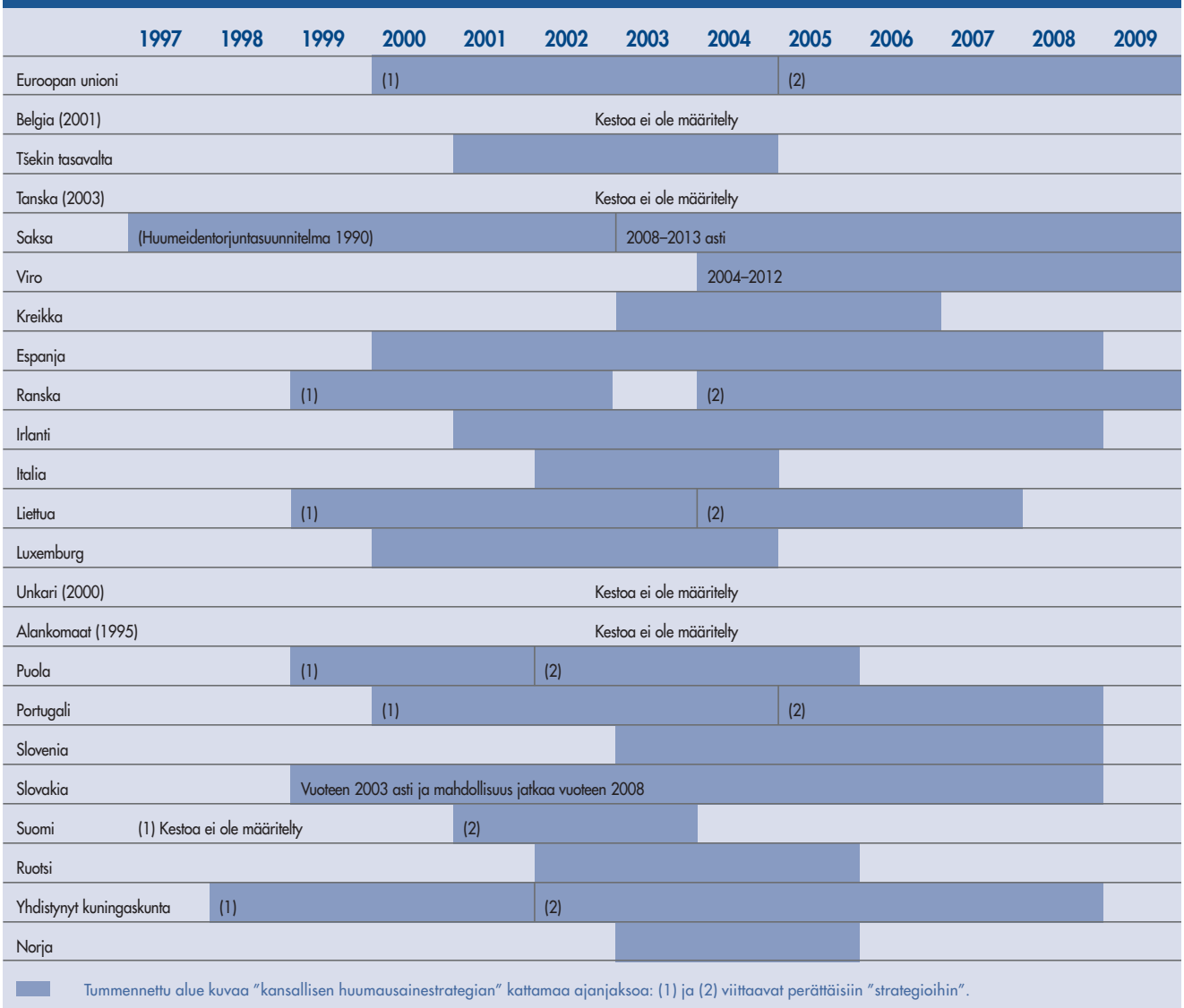
päämääriin tai tulosindikaattoreihin. Myös huumepolitiikkaa koskevissa asiakirjoissa käytetty terminologia vaihtelee: joissakin maissa on hyväksytty toimintasuunnitelmia, joissakin on strategioita ja joissakin on pantu täytäntöön ohjelmia. Itse asiassa erilaiset poliittiset tavoitteet ja ohjelmat voivat määrittää laajan kuvan, jossa melko vaihtelevat skenaariot kuvataan "kansallisen huumausainestrategian" alla (kaavio 1). Vaikka termejä toimintasuunnitelma, ohjelma ja strategia voidaan käyttää sekaisin ([12]), ne eivät kuitenkaan välttämättä heijasta eroja poliittisissa tavoitteissa tai päämäärissä.

Myös kansallisten huumausainestrategioiden kestot vaihtelevat jäsenvaltioittain. Useimmissa maissa strategian kesto on 3–5 vuotta; joissakin maissa strategia kattaa kuitenkin 8–10 vuoden ajanjakson, ja joissakin maissa ei ole lainkaan määritelty sen kestoa (taulukko 1). Tältä osin olisikin pohdittava "kansallisten huumausainestrategioiden" ja EU:n huumausaineita koskevan toimintasuunnitelman välistä yhteyttä.

Sisältöerot voivat perustua erilaisiin poliittisiin tavoitteisiin tai huumeilmiön kansallisten piirteiden eroihin. Seuraavassa käsitellään kahta oleellisinta eroa: strategioiden piiriin kuuluvia huumausaineita ja niiden päätavoitetta.

Kansallisissa huumausainestrategioissa keskitytään yleensä luokiteltuihin huumeisiin, mutta monessa asiakirjassa käsitellään myös ns. laillisia huumeita, pääasiassa alkoholia ja tupakkaa, varsinkin valistuksen, ehkäisevän työn ja hoidon kannalta (taulukko 2). Joissakin maissa toteutetaan jopa erityistoimia ja -hankkeita, kun taas muissa maissa

Taulukko 1: "Kansallisten huumausainestrategioiden" kesto



([12]) Huumausainestrategia voidaan määritellä "yhteiseksi aiheeksi, toimintakehykseksi, yhtenäisyydeksi ja suunnaksi" ja toimintasuunnitelma "yksityiskohtaisia erityistoimia sisältäväksi hankkeeksi tai ohjelmaksi" (*Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review*, marraskuu 2002: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

Taulukko 2: "Lailliset huumeet" kansallisissa huumausainestrategioissa

Maa	Alkoholi	Tupakka	Alkoholia koskeva toimintasuunnitelma ([1])
Belgia	●	●	Ei
Tšekin tasavalta	●	●	Ei
Tanska	tes	tes	Kyllä
Saksa	●	●	Kyllä
Viro	○	○	Kyllä
Kreikka	●	tes	tes
Espanja	●	●	Ei
Ranska	●	●	Kyllä
Irlanti	●	○	Kyllä
Italia	○	tes	Kyllä
Liettua	tes	tes	Kyllä
Luxemburg	tes	tes	Ei
Unkari	●	○	Kyllä
Alankomaat	●	●	Kyllä
Puola	○	○	Kyllä
Portugali	●	○	Kyllä
Slovenia	○	○	Ei
Slovakia	●	●	Ei
Suomi	tes	tes	Kyllä
Ruotsi	tes	tes	Kyllä
Yhdistynyt kuningaskunta	○	○	Kyllä
Norja	●	●	Kyllä

● Toimintaa suunniteltu; ○ aine mainittu; tes: tietoja ei ole saatavilla.

([1]) WHO:n alkoholitietokanta (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs).

"lailliset huumeet" mainitaan vain ohimennen. Monessa niistä maista, joiden "huumausainestrategiaan" sisältyy alkoholi, on myös alkoholia koskeva kansallinen toimintasuunnitelma.

Vaikka kaikilla mailla on samat yleiset tavoitteet (kysynnän vähentäminen, tarjonnan vähentäminen jne.) ja vaikka EU:n toimintasuunnitelmassa vuosiksi 2000–2004 asetetaan kuusi yhteistä tavoitetta ([13]), näiden tavoitteiden saavuttamisessa käytettävät keinot vaihtelevat huumepolitiikan yleisen päämäärän mukaan. Suurin ero on siinä, että joissakin maissa päämääränä on "huumeeton yhteiskunta", kun taas muissa maissa päätavoitteena on vähentää huumausaineiden kielteisiä seurauksia sekä yksittäisille ihmisille että yhteiskunnalle. Tilanne ei kuitenkaan ole selvärajainen: useimmissa "kansallisissa huumausainestrategioissa" yhdistetään nämä kaksi päämäärää (tai jopa muita päämääriä) painottamalla niistä jompaakumpaa. Valittu päämäärä (sekä se, missä määrin sen saavuttamista painotetaan) lyö leimansa "kansallisten huumausainestrategioiden" perusteella toteutettaviin toimiin.

Eroja tarvitaan, jotta voidaan ottaa huomioon erityiset poliittiset päämäärät sekä paikalliset ominaispiirteet ja kulttuurit, mutta koordinointipyrkimykset ovat olleet merkittäviä Euroopan tasolla. Huumausaineita koskevaa koordinoitua EU:n lähestymistapaa (EU:n huumausainestrategia ja EU:n toimintasuunnitelma vuosiksi 2000–2004) on lujitettu ja jäsennetty viime vuosina, ja sitä on tarkoitus jatkaa tulevaisuudessa.

Huumepolitiikan tuleva suunta laajentuneessa EU:ssa sekä se, tuodaanko 25 erillistä kansallista huumausainestrategiaa (ottamatta huomioon alueellisia ja paikallisia strategioita) lopulta EU:n strategian alaisuuteen, jäävät avoimiksi kysymyksiksi. EU:n jäsenvaltioissa voitaisiin kuitenkin keskustella kollegiaalisesti kysymyksistä, kuten välinetyypeistä, joita jäsenvaltiot voisivat harkita (strategia, ohjelma, toimintasuunnitelma), samoin niiden kestosta, olennaisista periaatteista ja kriteereistä sekä tärkeimmistä tavoitteista ja päämääristä.

Kansalliset politiikat: lainsäädännön arviointi ([14])

Viime vuosina yleistyneen suuntauksen mukaisesti on pyritty arvioimaan uutta lainsäädäntöä tai raportoimaan sen arvioinnista (sen täytäntöönpanosta ja/tai sen vaikutuksista). Huumausaineiden alalla saatetaan seurata tai arvioida huumausaineiden valvontalakien monia eri osa-alueita, kuten käytön tai hallussapidon kieltävää peruslainsäädäntöä, huumerikosten vastaisia toimia sekä huumausainekaupan ja rahanpesun torjuntaa. Joissakin maissa toteutetaan ja arvioidaan koehankkeita, ennen kuin malli laajennetaan koko maahan.

Esimerkiksi vuodesta 1999 lähtien Belgia, Tšekin tasavalta, Saksa, Unkari, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta ovat kaikki raportoineet peruslainsäädännön määräysten eri näkökohtien seurannan tai arvioinnin jostakin muodosta käsitellen huumeiden käyttö- tai hallussapitorikollisuutta.

([13]) Tavoitteena on 1) vähentää viiden vuoden aikana huomattavasti huumausaineiden käyttöä ja uusien käyttäjien houkuttelemista, erityisesti alle 18-vuotiaiden nuorten keskuudessa, 2) vähentää viiden vuoden aikana merkittävästi huumausaineisiin liittyvien terveyshaittojen (HIV, hepatiitti, tuberkuloosi jne.) esiintymistä ja huumausaineisiin liittyvien kuolemantapausten määrää, 3) lisätä viiden vuoden aikana merkittävästi onnistuneesti hoidettujen huumausaineiden väärinkäyttäjien määrää, 4) vähentää viiden vuoden aikana merkittävästi laittomien huumausaineiden saatavuutta, 5) vähentää viiden vuoden aikana merkittävästi huumausaineisiin liittyvien rikosten määrää sekä 6) vähentää viiden vuoden aikana merkittävästi rahanpesua ja lähtöaineiden laitonta kauppaa.

([14]) Laajemmin tästä: ks. laatikko 2 OL: Kansalliset politiikat: lainsäädännön arviointi.

Tämä on johtanut keskeisiin muutoksiin Belgian, Unkarin ja Yhdistyneen kuningaskunnan huumelainsäädännössä.

Kriminalisoinnin vaikutuksen arvioiminen on ollut keskustelun ja arvioinnin keskipisteessä. Arviointialoitteissa valotamme kahta ilmeisen samanlaista tilannetta, jotka ovat johtaneet erilaisiin tuloksiin. Sekä Unkari että Ruotsi ovat viime aikoina arvioineet huumeidenkäytön kriminalisoinnin vaikutuksia. Maaliskuussa 1999 Unkarin rikoslakia muutettiin niin, että huumeidenkäytöstä tuli rikos, ja mahdollisuutta vaatia rikoksentekijöitä menemään terapiaan rajoitettiin riippuvuussuhteessa oleviin käyttäjiin. Myöhemmissä tieteellisissä tutkimuksissa kuitenkin havaittiin, että tavoitteeseen vähentää narkoottisten aineiden käyttöä, kulutusta ja kierrätystä ei päästy. Huumeita kokeilevien ihmisten, rekisteröityjen rikosten ja rikollisten määrä jatkoi kasvua. Lisäksi muutos laissa teki huumeiden oikeudellisen luokittelun vaikeammaksi, hankaloitti oikeustoimia ja vaikutti kielteisesti huumemarkkinoilla toimivien henkilöiden ohjaamiseen. Tutkimuksen tekijät päättelivät, että rangaistukset olivat liian tiukkoja ja epäonnistuivat sen tosiasian huomioon ottamisessa, että nuorista ei tule huumeidenkäyttäjiä heidän rikollisen luonteensa, vaan heidän olojensa takia. Tämän seurauksena 1. maaliskuuta 2003 toteutettiin uusi muutos, joka muuttaa tehokkaasti suuntaa ja ottaa huomioon tutkimustulokset.

Ruotsissa vuonna 2000 kansallinen rikoksentorjuntaneuvosto tutki vuoden 1988 asetuksen vaikutuksia (vahvistettu 1993). Asetuksen mukaan pelkkä huumeidenkäyttö oli rikos. Tutkimus paljasti, että asetuksen täytäntöönpano johti vähäisistä huumerikoksista pidätettyjen määrässä selvään kasvupiikkiin. Vaikka monet pidätetyistä olivat hyvin tunnettuja huumeidenkäyttäjiä, jotkut heistä olivat nuoria, entuudestaan tuntemattomia käyttäjiä. Tärkeä syy asetuksen antamiselle oli tunnistaa nuoret varhaisessa huumeidenkäytön vaiheessa, ja raportissa tehdyn johtopäätöksen mukaan tämä oli saavutettu. Raportissa pohditaan myös asetuksen vaikutusta huumemarkkinoihin (jotka ovat laajenneet asteittain). Johtopäätöksenä oli, että ei ole selvää osoitusta huumeidenkäytön kriminalisoinnin pelotevaikutuksesta nuoriin.

Mitä tulee muihin vastatoimiin, Yhdistyneessä kuningaskunnassa tehdään tai on tehty arvioita useista huumerikollisia käsittelevistä oikeudellisista välineistä. Sellaisia ovat esimerkiksi huumetestit oheisrikosten jälkeen, huumeoikeusistuimet ja hoitoonohjausmallit pidätyksen yhteydessä. Muita huumerikollisiin kohdistuvia menetelmiä arvioidaan Saksassa (hoito rangaistuksen sijaan), Irlannissa (hoitoonohjaus pidätyksen yhteydessä) ja Alankomaissa (pakkohoito).

Alankomaissa käytetään myös arviointitekniikoita tarkastelemaan uusien sellaisten lakien tehokkuutta, jotka on tarkoitettu torjumaan huumekauppaa (kuriirien pidätykset) ja rahanpesua (julkiset sopimukset). Ruotsissa valtion viranomaisten ohjeissa vaaditaan erityisesti valtiota arvioimaan poliisin organisaatiota ja toimintaa huumeiden torjunnassa. Arviointitekniikoita on käytetty myös parantamaan paikallisen huumetorjunnan ja yleisen häiriön vastaisia toimia, esimerkiksi Irlannissa paikallisten vastatoimien koordinointia, Alankomaissa toimivaltuuksia tilojen sulkemiseksi ja Saksassa mahdollisuuksia määrätä uusimaan ajokoe.

Arviointi on selvästi tunnustettu yhä merkittävämmäksi välineeksi käsiteltäessä kaikkia huumeongelmaan liittyviä näkökohtia. Kyseisissä lakiarvioissa voidaan arvioida lakien täytäntöönpanoa, tehokkuutta tai vaikutusta. Yleensä arviot, joista on raportoitu, ovat tukeneet pohdittavien poliittisten toimenpiteiden arvoa. Kuitenkin halukkuus tällä hetkellä vaihtaa toimintalinjaa pois arviointituloksiin perustuvasta mallista, kuten Unkarissa on ilmennyt, osoittaa uutta luottamusta näyttöön perustuvaan tutkimukseen, jota on ollut vähän. Tämä tervetullut suuntaus arvioinnissa muodostaa osan yleisemmästä suuntauksesta julkisen hallinnon osalta olla enemmän vastuuvelvollinen ja luottaa entistä enemmän perinteisiin yksityisen sektorin konsepteihin, kuten suoritustavoitteisiin ja kustannustehokkuuteen.

Kansallisen lainsäädännön kehitys

Kannabista koskeva lainsäädäntö

Kannabiksen luokittelua on viime vuonna muutettu kahdessa maassa. Kumpikin tapaus sai paljon huomiota tiedotusvälineissä, mutta tiedot eivät aina pitäneet paikkaansa. Belgiassa kahden lain, yhden asetuksen ja syyttäjäviranomaisten ohjeen muodostamassa paketissa tehtiin lainsäädäntöön useita muutoksia, joista kenties olennaisin oli kannabistuotteiden sijoittaminen muista huumeista erilliseen oikeudelliseen ryhmään. Luotiin uusia määritelmiä rikoksista, joten aikuinen, joka syyllistyy ensimmäisen tai toisen kerran hallussapitoon omaa käyttöä varten, saa ainoastaan sakkoa ja joutuu ilmoittautumaan poliisille, ellei häiriöstä tai ongelmakäytöstä ole merkkejä. Syyttäjäviranomaisten ohjeessa tulkitaan omaan käyttöön luokiteltavaksi kannabiksen määräksi enintään 3 grammaa tai yksi kasvi. Häiriöstä voidaan kuitenkin määrätä kolmesta kuukaudesta yhteen vuoteen vankeutta ja/tai 5 000–500 000 euron sakko, ja rangaistusta koventavat raskauttavat asianhaarat, kuten hallussapito alaikäisten läsnä ollessa.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa kannabis muutettiin B-luokan huumeesta ja sen johdannaiset A-luokan huumeesta C-luokan huumeiksi maan luokittelujärjestelmässä. Siksi hallussapidosta omaa käyttöä varten määrättävää enimmäisrangaistusta lyhennettiin viidestä vuodesta kahteen vuoteen vankeutta, mutta kaikenlainen kannabiksen hallussapito on edelleen rikos. Kaksi toisiinsa liittyvää tekijää, nimittäin enimmäisrangaistus hallussapidosta myyntiä varten ja kannabiksen hallussapidon määritteleminen rikokseksi, josta voidaan antaa vähintään viiden vuoden vankeusrangaistus, pysyi käytännössä ennallaan rinnakkaisen lainsäädäntötoimen takia. Poliisipäälliköiden yhdistyksen (Association of Chief Police Officers) laatimissa ohjeissa suositellaan kuitenkin, että poliisi tekisi pidätyksiä hallussapidosta ainoastaan joissakin tilanteissa, joita ovat esimerkiksi polttaminen julkisella paikalla tai alaikäisten läheisyydessä. Alle 18-vuotiaat pitäisi edelleen pidättää, jotta heidät voitaisiin ohjata hoitoon.

Sekä Belgiassa että Yhdistyneessä kuningaskunnassa kannabiksen ongelmakäyttöä käsitellään lainsäädännössä tai suuntaviivoissa. Tätä käsitellään tuonnempana tässä raportissa.

Omaisuuden menetetyksi tuomitseminen

Viime vuonna useissa maissa muutettiin lainsäädäntöä, joka koskee huumekauppiaiden omaisuuden menetetyksi tuomitsemista tai tällaisen omaisuuden avulla muodostettujen varojen hoitoa. Irlannissa CAB:n (Criminal Assets Bureau) aloitteeseen sisältyy työskenteleminen yhdessä GNDU:n (Garda National Drugs Unit) kanssa paikallisten huumeiden välittäjien tunnistamiseksi ja heidän omaisuutensa jäljittämiseksi. Yhdistyneessä kuningaskunnassa rikoksen tuottamasta hyödystä annetulla lailla (2003) perustettiin omaisuuden takaisinsaannista vastaava viranomainen, ja poliisit ja tullivirkailijat saivat uuden lainsäädännön nojalla valtuudet rahojen takavarikointiin ja etsimiseen. Laki sisältää toimenpiteitä, joiden avulla tutkijat voivat jäljittää rikoksen tuottaman hyödyn ja tutkia rahanpesua. Skotlannissa on lujitettu lainvalvonta- ja syyttäjäviranomaisten valtuuksia, jotta nämä voivat parantaa perintää sekä rikos- että riita-asioissa.

Espanjassa vuonna 1995 annettu laki kumottiin vuonna 2003 säädetyllä uudella lailla, jolla säännellään huumekaupasta peräisin olevaa takavarikoitua omaisuutta. Uudessa laissa pyritään nopeuttamaan takavarikoitujen tavaroiden selvittämisessä ja paikantamisessa tarvittavien asiakirjojen siirtoa samoin kuin laajennetaan varojen edunsaajien määritelmää kansainvälisiin ja monikansallisiin yhteisöihin sekä ulkomaisiin hallituksiin. Alankomaissa tutkittiin menetetyksi tuomitsemista koskevaa lainsäädäntöä 10 vuotta sen voimaantulon jälkeen. Tutkimuksessa selvitettiin 52:n kyseisenä ajanjaksona oikeuteen haastetun suuren rikollisjärjestön varojen lajia ja määrää. Sen mukaan ainoastaan 10 prosenttia laittomasti hankituiksi arvioiduista rahoista saatiin tuomittua menetetyksi, mutta on vaikea näyttää täsmällisesti toteen, miten suuri osa rahoista on hankittu laittomasti. Tutkijat suosittelevat lisäämään asiantuntemusta talousrikosten tutkinnassa. Ranskassa rikosasioista ja armahduksista vastaavan osaston vuonna 2002 antamassa ohjeessa vahvistetaan täsmälliset menettelysäännöt ja jäsennetään huumekaupasta tai rahanpesusta peräisin olevien takavarikoitujen varojen seurantaa, sillä vuonna 1995 perustettu huumepolitiikan rahasto ei ole saanut tarpeeksi määrärahoja.

Rahanpesun torjuminen

Huumekaupan maailmanlaajuisista tuotoista on tällä hetkellä vaikea esittää tarkkaa arviota, sillä siitä ei ole luotettavia tietoja. Europol (2002) on kuitenkin ilmoittanut "yleisenä näkemyksenä" luvuksi 2–5 prosenttia maailman bruttokansantuotteesta. Huumekauppa näyttäisi olevan yhä rahanpesuun menevien varojen suurin yksittäinen lähde. Kansainväliseen rahanpesuun liittyy väistämättä pääoman tai hyödykkeiden, kuten kullan, platinan tai timanttien, laitonta tai poikkeuksellista liikkumista rajojen yli (WCO, 2003c).

Rahanpesua koskevaan neuvoston direktiiviin 91/308 tehdyissä muutoksissa on laajennettu rahanpesun määritelmää laajentamalla esirikosten joukkoa ja ulottamalla ilmoitusvelvollisuus itsenäisiin lakimiesammattien harjoittajiin.

Europolin toimivaltuuksia on laajennettu tammikuusta 2002 lähtien siten, että sen toimivaltaan kuuluvat kaikki rahanpesun vastaiset toimet, joiden esirikokset on lueteltu Europol-yleissopimuksen liitteessä 2 (Europol, 2002).

Interpol on perustanut kaikki jäsenvaltiot kattavan asiantuntijoiden yhteysverkoston, joka nopeuttaa ja tehostaa rahanpesua koskevaa tiedonvaihtoa (Interpol, 2002). Tullivalvonnan tietoverkko CEN (Customs Enforcement Network) on Maailman tullijärjestön kehittämä sähköinen tieto- ja viestintäjärjestelmä, joka otettiin käyttöön kesäkuussa 2000. Kesäkuussa 2003 siinä oli yli 700 käyttäjää 130 maassa, ja sen yhteydessä on raportoitu yli 700:sta valuutan takavarikosta. Rahanpesunvastainen toimintaryhmä FATF (Financial Action Task Force on Money Laundering) edistyi vuosina 2002 ja 2003 merkittävästi rahanpesun torjunnassa. FATF on saattanut onnistuneesti päätökseen 40 suosituksen tarkistuksen (FATF, 2003a). Erityistä huomiota kiinnitettiin vaihtoehtoisten maksujärjestelmien väärinkäytön torjuntaan (FATF, 2003b).

Huumausaineet ja ajoneuvon kuljettaminen

Kolmessa EU-maassa tehtiin merkittäviä muutoksia lainsäädäntöön, joka koskee ajoneuvon kuljettamista huumausaineiden vaikutuksen alaisena. Itävallassa tuli vuonna 2003 voimaan tieliikennelain 21. muutos, jonka nojalla poliisi voi pyytää kuljettajaa antamaan testausta varten verinäytteen, jos tämän ajokyvyn epäillään alentuneen huumausaineiden vaikutuksesta. Positiivisen testituloksen seuraamukset ja testistä kieltäytymisen seuraukset ovat samat kuin autoilussa alkoholin vaikutuksen alaisena. Lisäksi positiivinen testitulos ei lain nojalla johda poliisiraporttiin huumausainelain rikkomisesta, vaan siitä ainoastaan ilmoitetaan paikallisille terveysviranomaisille.

Ranskassa helmikuussa 2003 annetun lain nojalla ajoneuvon kuljettaminen huumausaineiksi luokiteltujen aineiden tai kasvien käytön jälkeen on rikos, ja kaikkien kuolemaan johtaneeseen liikenneonnettomuuteen osallisena olleiden kuljettajien testaaminen on pakollista. Rangaistukset ovat paljon ankarammat, jos huumeiden lisäksi on nautittu alkoholia. Myös henkilövahinkoon johtaneeseen liikenneonnettomuuteen osallisina olleet kuljettajat on yleensä testattava, jos on aihetta epäillä, että he ovat käyttäneet huumausaineita. Lisäksi santarmit ja poliisi saavat testata kuljettajia satunnaisesti.

Suomen rikoslain muutetussa 23 luvussa todetaan, että rattijuopumuksesta tuomitaan se, joka kuljettaa ajoneuvoa niin, että hänen veressään on huumausaineen vaikuttavaa ainetta tai sen aineenvaihduntatuotetta, ellei aine ole lääkärin määräämä. Jos ajokyky on huonontunut, ajoneuvon kuljettaja tuomitaan rattijuopumuksesta siihen katsomatta, onko aine lääkärin määräämä vai ei. Jos ajokyky on huonontunut niin, että se vaarantaa muiden turvallisuuden, törkeästä rattijuopumuksesta voidaan tuomita vähintään 60 päiväsakkoon tai vankeuteen enintään kahdeksi vuodeksi.

Euroopan huumausaineita koskevassa oikeustietokannassa (European Legal Database on Drugs, ELDD) julkaistiin kesäkuussa 2003 vertaileva tutkimus ([15]) huumausaineita ja ajoneuvon kuljettamista koskevasta oikeudellisesta tilanteesta 16 maassa. Siinä todettiin, että vaikka ajoneuvon kuljettaminen huumausaineiden vaikutuksen alaisena oli rikos kaikissa maissa, kuljettajien testausta koskevissa poliisin valtuuksissa, asianomaisissa aineissa ja käytettävissä olevissa seuraamuksissa oli suuria eroja. EMCDDA esitteli tutkimuksen tieliikennettä ja psykoaktiivisia aineita käsitelleessä Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmän seminaarissa kesäkuussa 2003.

([15]) http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf.

Luku 2

Ehkäisevä huumetyö – yhteisöissä tehtävä työ ja riskiryhmien tavoittaminen

Ehkäisevän huumetyön tavoitteena on vähentää huumausaineiden käytön aloittavien määrää tai ennemminkin lykätä huumausaineiden käyttöä myöhempään ikään ja vähentää näin huumeongelman laajuutta (Rhodes et al., 2003). Ehkäisevä huumetyö sisältää muutakin kuin huumevalistusta ja huumeiden vaaroista varoittamista. Itse asiassa tämä on vain pieni osa ehkäisevää huumetyötä. Tehokkaissa strategioissa yhdistetään huumausaineita koskeva tiedotus sekä valikoidut behavioraaliset ja kognitiiviset (normatiiviset uskomukset) tekniikat, jotka vaikuttavat ehkäisevästi huumeiden käyttöön (Flay, 2000).

Ehkäisevä huumetyö luokitellaan kohderyhmän mukaan. Yleisen ehkäisevän huumetyön kohteena ovat yleiset väestöryhmät (yleensä nuoret) esimerkiksi kouluissa, eikä siinä oteta huomioon erityisiä riskiryhmiä, kun taas valikoiva ehkäisevä huumetyö on tarkoitettu haavoittuvassa asemassa oleville ryhmille ja kohdennettu ehkäisevä huumetyö haavoittuvassa asemassa oleville yksilöille. Vaikka kouluissa tehtävä ehkäisevä työ on usein poliittisesti tärkeää, on kiistanalaista, onko se todellisuudessa ehkäisevän huumetyön keskeinen osatekijä. Koska ehkäisevän huumetyön määrärahat ovat rajalliset ja koska ne ovat vähentyneet joissakin maissa (esimerkiksi Ranskassa ehkäisevän huumetyön määrärahat (valtion subventoinnit) supistuivat 15 miljoonasta eurosta vuonna 2001 aina 11 miljoonaan euroon vuonna 2002), on entistäkin tärkeämpää, että ehkäisevä huumetyö on laadukasta ja että sitä tukee vankka näyttöperusta. Parhaimmillaan kansanterveydellisistä lähtökohdista suunniteltua ja toteutettua ehkäisypolitiikkaa, jonka tavoitteena on perustasoinen ja kustannustehokas yleinen ehkäisevä huumetyö (prêt-a-porter) suurelle kohderyhmälle, täydennetään etenkin haavoittuvassa asemassa oleville ryhmille ja yksittäisille ihmisille tarkoitetuilla intensiivisillä ja räätälöidyillä toimilla ([16]).

Yleinen ehkäisevä huumetyö

Ehkäisevää huumetyötä koskevien nykyaikaisten strategioiden ja erityisesti kouluissa tehtävää yleistä ehkäisevää huumetyötä koskevien ohjelmien periaatteet ja sisältö perustuvat näyttöön. Vaikka mitattavat pitkäaikaisvaikutukset olisivat pieniä (Stothard ja Ashton, 2000), hyöty on huomattava suurissa väestöryhmissä. Perusperiaatteet eli se, mitkä keinot ovat tehokkaita ja mitkä ovat tehottomia, tunnetaan hyvin. Tehokkaita keinoja ovat vuorovaikutteinen opetus (vertaisryhmissä) (Tobler ja Stratton, 1997), normatiivisten uskomusten oikaiseminen (Flay, 2000), sosiaalisten taitojen voimakas painottaminen sekä suppea määrä huumausaineita koskevia tietoja, joiden on oltava tasapainotettuja ja olennaisia nuorten maailmassa (Hansen, 1992; Dusenbury ja Falco, 1995; Paglia ja Room, 1999; Tobler et al., 2000; Tobler, 2001). Käytännössä päättäjät ja ammattilaiset suosivat useassa jäsenvaltiossa edelleen tehottomiksi osoittautuneita lähestymistapoja, kuten tunnepohjaista valistusta (kuten omanarvontunnon kohottamista), tiedotusta (tietoisuuden lisäämistä) ja pohdiskelua.

Myös kouluissa tehtävän ehkäisevän huumetyön onnistunutta toteutusta ([17]) edistävät tekijät tunnetaan: pitäytyminen sovitussa opetusohjelmassa ja opettajien saama asianmukainen koulutus, selkeästi määritelty sisältö sekä käsikirjojen ja aineistojen tarjoaminen. Ehkäisevän huumetyön olisi oltava osa huumausaineiden torjumista ja terveyden edistämistä koskevaa koulun kokonaisvaltaista politiikkaa (Paglia ja Room, 1999; Chinman et al., 2004). Käytännössä voidaan kuitenkin havaita kolme erillistä strategiaa, jotka yhdistetään vain harvoin. Ensimmäisessä strategiassa ehkäisevää huumetyötä tehdään laajoissa kansallisissa ohjelmissa (Tšekki, Irlanti, Liettua, Alankomaat) tai hyväksyttyjen ohjelmien muodostamassa kokonaisuudessa (Kreikka, Espanja, Unkari, Ruotsi). Toisessa lähestymistavassa painopisteenä on opettajien koulutus (Belgian ranskankieliset osat, osittain Saksa, Itävalta, Yhdistynyt kuningaskunta). Siinä oletetaan, että opettajat sisällyttävät ehkäisevän huumetyön sanoman jokapäiväiseen koulutyöhön. Lopuksi joissakin maissa (kuten Portugalissa ja Suomessa) on perustettu terveyttä edistävien koulujen verkostoja. Ainoastaan Irlannissa ja Espanjassa sovelletaan näitä kolmea lähestymistapaa yhtenäisesti koko maassa ([18]).

Kouluympäristön ulkopuolella tehtävässä yleisessä ehkäisevässä huumetyössä ([19]) pyritään yleensä tavoittamaan nuoret kolmella tavalla: tarjoamalla

([16]) Ks. kaavio 1 OL: Kansalliset suunnitelmat, jotka keskittyvät ehkäiseviin kysymyksiin ja strategioihin.
([17]) Ks. kaavio 2 OL: Kouluissa tehtävän ehkäisevän huumetyön toteutustavat.
([18]) Ks. taulukko 3 OL: Yhteenveto kouluissa tehtävän ehkäisevän huumetyön parametreista.
([19]) Ks. kaavio 3 OL: Ehkäisevä huumetyö nuorille koulujen ulkopuolella.

vaihtoehtoisia vapaa-ajan harrastuksia, esimerkiksi nuorisotyön, retkitoiminnan ja luovan toiminnan avulla (Kreikka, Espanja, Latvia, Luxemburg, Yhdistynyt kuningaskunta); urheiluun ja urheiluseuroihin liittyvän nuorisotyön avulla, jotta nuoret omaksuisivat suojaavia ryhmänormeja, käyttäytymismalleja ja asenteita (Saksa, Italia, Suomi); kenttätyön avulla (Tanska, Itävalta, Puola, Portugali, Norja). Koulujen ulkopuolella tehtävässä ehkäisevässä huumetyössä voidaan yksilöidä riskiryhmässä olevat nuoret ja tavoittaa haavoittuvassa asemassa olevia ryhmiä, mutta näitä mahdollisuuksia hyödynnetään vain harvassa jäsenvaltiossa (Irlanti, Unkari, Alankomaat, Itävalta, Yhdistynyt kuningaskunta).

Valikoiva ehkäisevä huumetyö

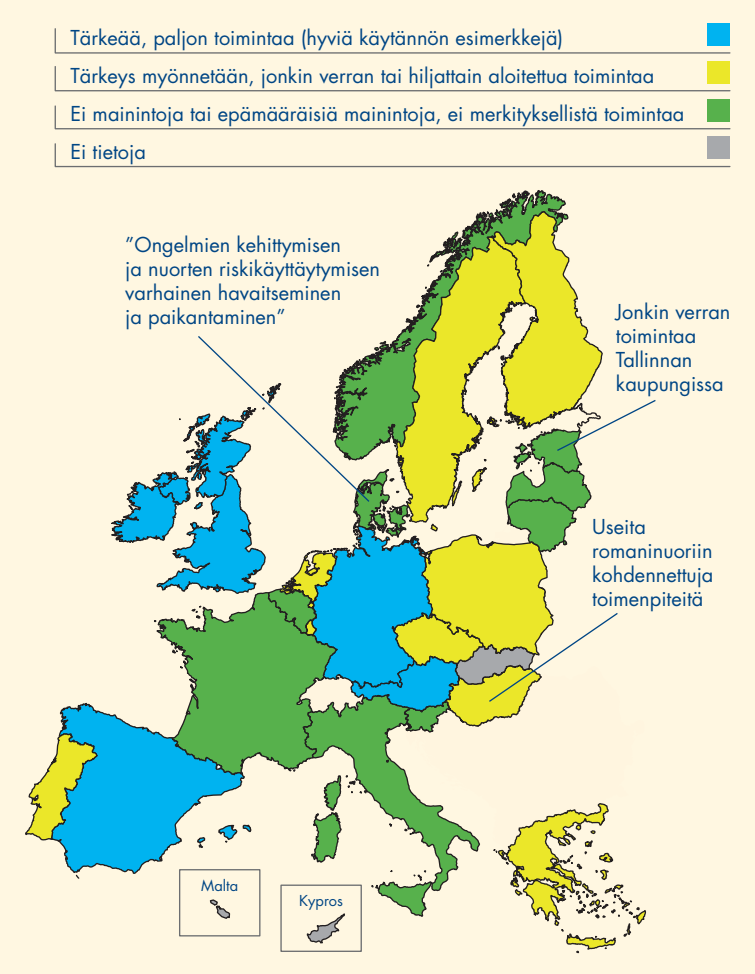
Toisin kuin laajamittainen ja intensiteetiltään vähäinen yleinen ehkäisevä huumetyö, valikoiva ehkäisevä huumetyö kohdistuu haavoittuviin yksilöihin tai ryhmiin. Valikoivassa ehkäisevässä huumetyössä hyödynnetään riskitekijöistä, haavoittuvassa asemassa olevista ryhmistä ja ongelmallisesta naapurustosta saatua (mieluiten paikallista) tutkimusta sekä kohdennetaan toimet sinne, missä riski huumeongelmiin ajautumisesta on suurin. Valikoivaan ehkäisevään huumetyöhön on kiinnitetty entistä enemmän huomiota joissakin maissa, kuten Suomessa ja Ruotsissa, kannabiksen ja alkoholin viihdekäytön lisäännyttyä (ks. luku 3), mutta se rajoittuu yhä muutamaan jäsenvaltioon (kaavio 2), lähinnä niihin maihin, joissa on jo yleistä ehkäisevää huumetyötä koskevia strategisia toimintalinjoja. Tarvitaan vankkaa teoriapohjaa ja arviointia, jotta tutkimustiedot tukisivat kohderyhmien tai -alueiden valintaa ja jotta toimien tavoitteet voitaisiin määrittää ja liittää toisiinsa. Esimerkiksi Unkarissa useissa toimissa keskitytään romaniväestöön ja käytetään vertaisryhmiin perustuvia lähestymistapoja. Luvussa 4 kuvataan viihdeympäristöissä tehtävää ehkäisevää huumetyötä, joka on valikoivan ehkäisevän huumetyön yksi osa-alue.

Edistyminen laajentuneessa Euroopan unionissa viime aikoina

Kreikan, Portugalin ja Ruotsin ehkäisevää huumetyötä koskevassa politiikassa on uudenaikaistettu käsitteitä ja selkiytetty rakenteita, ja esimerkiksi kouluissa tehtävä ehkäisevä huumetyö on määritetty entistä paremmin. Lastentarhassa ja peruskoulussa oleville lapsille suunnattuja ohjelmia on laajennettu etenkin Kreikassa ja Itävallassa.

Jäsenvaltioissa laadunvalvontajärjestelmien alaiset ehkäisevää huumetyötä koskevat politiikat (kaavio 3) ovat yleensä myös muita jäsennetympiä (ne esimerkiksi toteutetaan yksityiskohtaisissa ohjelmissa ([20]), ja niissä

Kaavio 2: Jäsenvaltiot, joissa valikoiva ehkäisevä huumetyö (ts. jonka kohteena ovat haavoittuvassa asemassa olevat väestöt tai alueet) mainitaan strategioissa ja pannaan täytäntöön



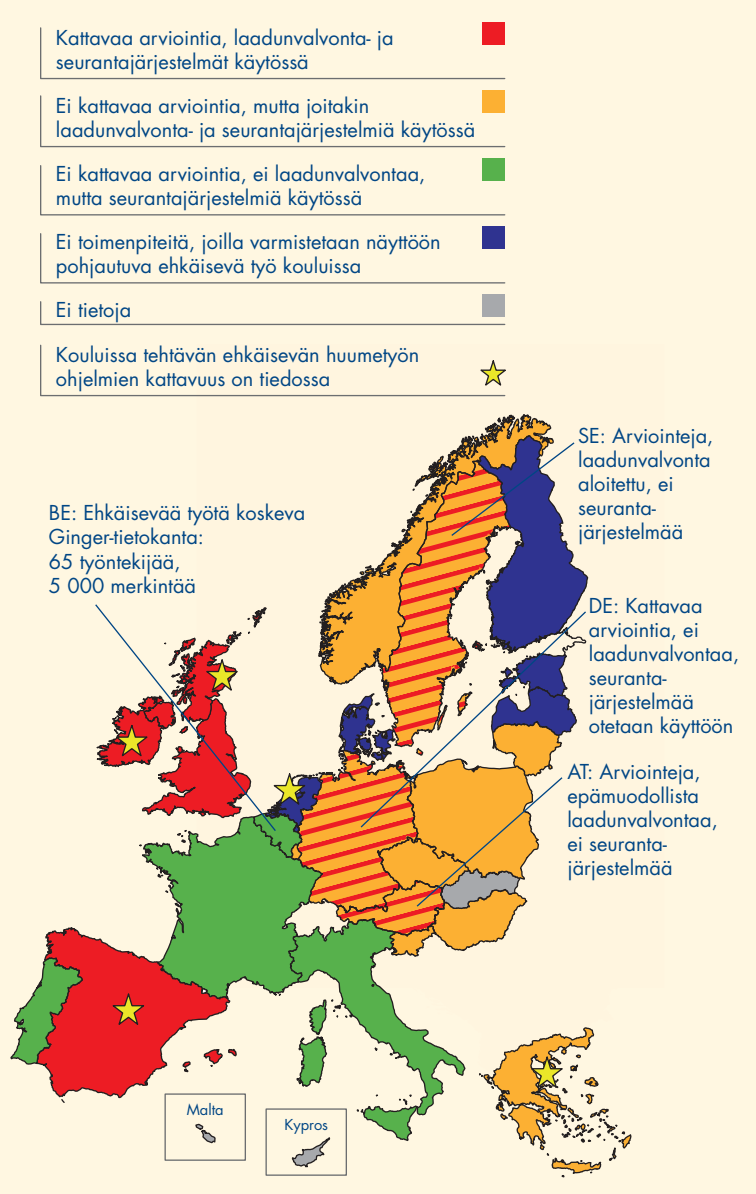
Lähde: Reitoxin kansalliset raportit ja *Report on selective prevention in the EU* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1569).

kiinnitetään keskimääräistä enemmän huomiota valikoivaan ehkäisevään huumetyöhön (ks. kaavio 2). Ehkäisevää huumetyötä koskevien eurooppalaisten politiikkojen vertailussa keskeisiä tekijöitä ovat laatu (käsitteiden taustalla oleva näyttö), rakenne (toteutustapa ja toteuttaja) ja kattavuus (tavoitettu väestömäärä).

Tšekissä, Liettuassa, Sloveniassa ja Ruotsissa on laadunvalvontaa koskevia järjestelmiä ja normeja, kun taas Saksassa ja Portugalissa on nyt käytössä tai kehitteillä uusia järjestelmiä ehkäisevän huumetyön seurantaa varten. Kansallisissa strategioissa määritetään ja suositellaan yhä useammin ehkäisevän huumetyön konkreettisia osatekijöitä, kuten sosiaalisten taitojen ja päätöksentekotaitojen edistämistä sekä omanarvontunnon kohottamista Liettuassa ja Ruotsissa.

([20]) Ks. kaavio 1 OL: Ehkäisevää huumetyötä koskevat kansalliset suunnitelmat.

Kaavio 3: Jäsenvaltiot, joissa kouluissa tehtävän ehkäisevän työn laadunvalvontaa, seurantaa ja arviointia pidetään tärkeänä ja toteutetaan



Lähde: Reitoxin kansalliset raportit.

Kouluissa tehtävän ehkäisevän huumetyön kattavuutta, joka ilmaistaan yleisen ehkäisevän huumetyön tavoittamien oppilaiden osuutena, voidaan mitata ainoastaan ohjelmiin perustuvassa ehkäisevässä huumetyössä. Laaja kattavuus on tavoite joissakin strategioissa (Espanja, Irlanti, Yhdistynyt kuningaskunta). Kaikilla Espanjan autonomisilla alueilla hyväksyttyjen ja suositeltujen ehkäisevää huumetyötä koskevien ohjelmien tavoittamien koululaisten osuus on kasvanut entisestään, ja muissa jäsenvaltioissa (Tšekki, Kreikka, Norja) on äskettäin arvioitu kattavuutta. Siksi monissa jäsenvaltioissa on pystytty asteittain parantamaan ehkäisevää huumetyötä, jolle aiemmin olivat ominaisia ”vähäinen kohdentaminen (lähinnä epämääräiset toimet ja asianmukaisen aineiston vähyys), vähäinen tavoitteellisuus (alan ammattilaisten alhainen koulutustaso), vähäinen ehkäisevyys ja arviointi (tutkimusten vähyys ja arviointimenettelyjen puuttuminen), vähäinen jatkuvuus (useat tilapäiset toimet) sekä vähäinen koordinointi ja osallistuminen (toteutettujen toimien koordinoinnin puuttuminen)” (Portugalin kansallinen raportti).

... ja vähäistä edistymistä

Joissakin jäsenvaltioissa edistyminen on hidasta, ja vallalla ovat edelleen muut kuin näyttöön perustuvat konseptit. Tähän ovat syynä hitaus, lääketieteellisten ja riippuvuuskeskeisten lähestymistapojen liika painottaminen, sosiaalisten vaikutteiden merkityksen sivuuttaminen sekä henkilökohtaisten muuttujien korostaminen. Lisäksi normit puuttuvat joistakin maista: ehkäisevää huumetyötä tekevät yksinomaan paikalliset terveydenhoidon ammattilaiset tai opettajat, joiden tiedot näyttöön perustuvasta ehkäisevästä huumetyöstä ovat usein vähäiset. Silloin ehkäisevä huumetyö jää yleisesti vallitsevien käsitysten ja uskomusten tasolle. Joissakin jäsenvaltioissa (esimerkiksi Tanska, Viro, Ranska ja Latvia sekä osittain Belgia, Saksa ja Italia) kouluissa tehtävä ehkäisevä huumetyö perustuu yhä enimmäkseen kirjasten, satunnaisten seminaarien, teemapäivien ja näyttelyjen, tapaamisten, luentojen tai asiantuntijavierailujen kautta tapahtuvaan tiedotukseen.

On saatu näyttöä – tosin rajallista (Flay, 2000) – siitä, että kouluissa tehtävä onnistunut ehkäisevä huumetyö on liitettävä terveyden edistämistä koskevaan opetusohjelmaan ja huumausaineiden torjumista koskevaan koulun politiikkaan ja että siinä on käsiteltävä sosiaaliseen elämään ja yhteisöön liittyviä näkökohtia (Paglia ja Room, 1999). Sellaisia ilmaisuja kuin ”terveellisen elämäntavan edistäminen”, ”kokonaisvaltaiset lähestymistavat” ja ”kattava ehkäisevä huumetyö” toistetaan usein kyllästymiseen asti, mutta ehkäisevältä huumetyöltä voi puuttua vankka perusta, eikä näyttöön perustuvaan ehkäisevään huumetyöhön ole välttämättä sitouduttu riittävästi. Perheissä tehtävässä ehkäisevässä huumetyössä ei ole tapahtunut näkyvää edistymistä. Tämä yleisen ehkäisevän huumetyön osana perhelähtöinen ehkäisy rajoittuu edelleen vanhempainiltoihin tai -ryhmiin (esimerkiksi Saksa, Kreikka, Ruotsi), ja se on osa valikoivaa (esimerkiksi riskiperheisiin keskittyvää) ehkäisevää huumetyötä ainoastaan Espanjassa, Irlannissa, Puolassa, Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa ([21]).

([21]) Ks. taulukko 4 OL: Yhteenveto ehkäisevän huumetyön keskeisistä parametreista.

Luku 3
Kannabis

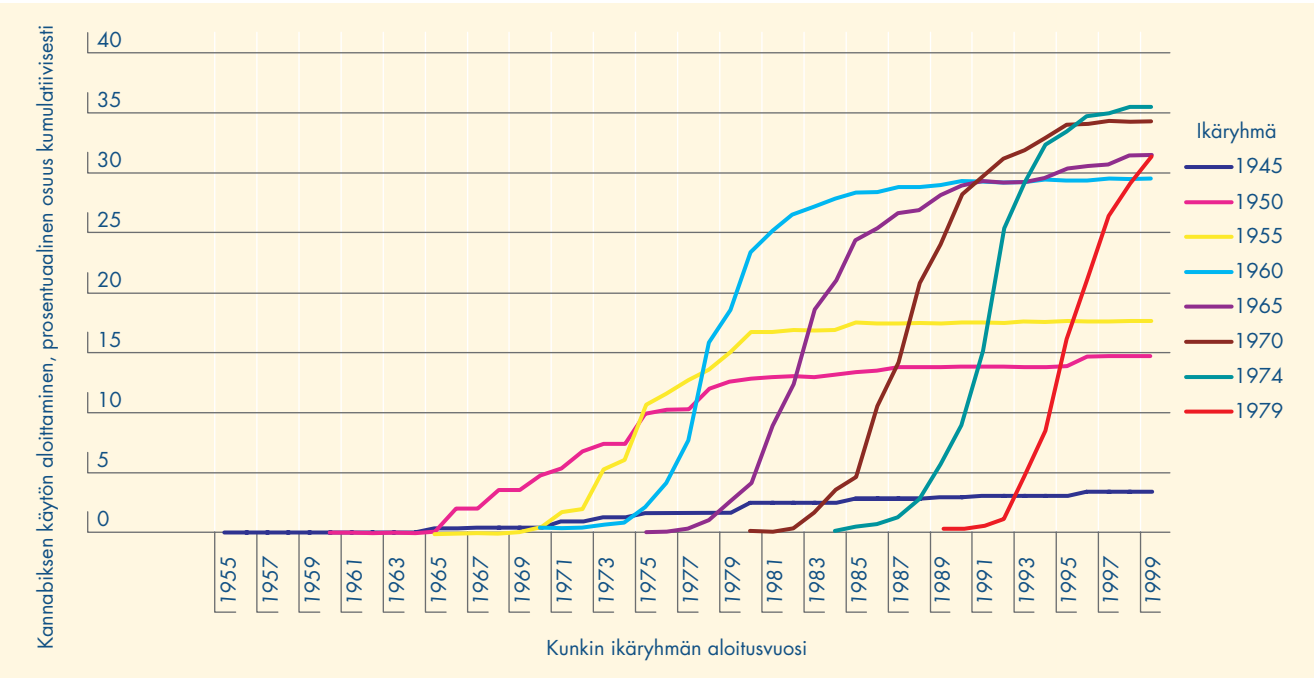
Kannabis on kaikissa EU-maissa yleisimmin käytetty laiton huumausaine, vaikka maiden välillä onkin huomattavaa vaihtelua. Kannabiksen käyttö nuorilla yleistyi muutamissa Euroopan maissa 1970-luvulla, ja se levisi muihin EU-maihin 1970- ja 1980-luvuilla (kaavio 4, esimerkki Espanjasta). Laajamittainen huumeidenkäyttö on tätä uudempi ilmiö uusissa EU-maissa.

Levinneisyys ja käyttötavat

Huumeidenkäyttöä yleensä väestössä arvioidaan tutkimusten avulla, joissa käyttöä arvioidaan pienemmän väestönosan tietyn ajanjakson huumeidenkäytön perustella ([22]). Viimeaikaisten väestötutkimusten mukaan merkittävä osa Euroopan aikuisväestöstä (15–64-vuotiaista) on käyttänyt kannabista ainakin kerran, mutta osuus vaihtelee Belgian, Viron, Unkarin ja Portugalin 5–10 prosentista Tanskan, Espanjan, Ranskan ja Yhdistyneen kuningaskunnan 24–31 prosenttiin. Vertailun vuoksi on hyvä mainita, että Yhdysvalloissa vuonna 2002 kotitalouksissa suoritetun kyselyn mukaan kannabista tai marihuanaa oli käyttänyt ainakin kerran 40 prosenttia aikuisista (12 vuotta täyttäneistä) ja viimeisten 12 kuukauden aikana 11 prosenttia (SAMHSA, 2002) ([23]).

Tutkimusten mukaan kannabista käyttävät etenkin nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat) ja erityisesti 20–30-vuotiaat. Kannabiksen käyttö on miesten keskuudessa selvästi yleisempää kuin naisten keskuudessa. Kansallisten tutkimusten mukaan käyttö on keskimääräistä yleisempää

Kaavio 4: Kannabiksen käytön aloittamisen muuttuvat mallit tietyissä ikäryhmissä – Espanjan esimerkki



Huom. Tiedot perustuvat vuoden 1997 kansalliseen huumetutkimukseen (*n* = 12 515; 15–64-vuotiaat) ja vuoden 1999 kansalliseen huumetutkimukseen (*n* = 12 488; 15–65-vuotiaat).
Syntymäkohortit on valittu vain, jos merkittäviä eroja ei ole tutkimusten ja otosten välillä, joissa on yhdistetty yhden vuoden kohortti.
Lähde: Kraus L ja Augustin R. Analysis of age of first cannabis use in Germany, Greece and Spain. Teoksessa: EMCDDA:n raportti CT.00.EP.14: *Technical implementation and update of the EU Databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected.*

([22]) Ks. metodologiset huomautukset västötutkimuksista vuoden 2004 Tilastotiedotteesta.
([23]) *Huom.* Yhdysvaltojen kyselyssä ikäryhmä ("12 vuotta täyttäneet") on laajempi kuin EMCDDA:n ikäryhmä (15–64-vuotiaat) EU:n tutkimuksissa.

kaupunkialueilla tai taajamissa. Osa kansallisista eroista saattaa perustua eroihin kaupungistumiskehityksen asteissa.

Niitä 15- ja 16-vuotiaita koululaisia, joiden mielestä kannabista on saatavilla helposti tai erittäin helposti, on paljon enemmän kuin kannabista ainakin kerran käyttäneitä ([24]), mutta luvuissa ilmenee sama maantieteellinen vaihtelu. Maiden väliset erot ovat huomattavia. Viimeaikaiset tutkimukset 15-vuotiaiden koululaisten keskuudessa osoittavat, että ainakin kerran kannabista käyttäneiden osuus vaihtelee Kreikan, Maltan, Ruotsin ja Norjan alle 10 prosentista Tšekin, Espanjan, Ranskan ja Yhdistyneen kuningaskunnan yli 30 prosenttiin ([25]). Levinneisyys on korkein poikien keskuudessa Englannissa (42,5 %) ja hieman alempi (38 %) tyttöjen keskuudessa Englannissa. Tyttöjen ja poikien ero kannabiksen käytössä vaihtelee myös maittain, joskaan se ei ole yhtä selvä Pohjois-Euroopassa. Esimerkiksi Ruotsissa ainakin kerran käyttäneistä 7,7 prosenttia on poikia ja 6,6 prosenttia tyttöjä, kun Kreikassa vastaavat luvut ovat 8 prosenttia ja 2,7 prosenttia.

Suuri osa kannabiksen käytöstä on yleensä satunnaista tai käyttö lopetetaan jonkin ajan kuluttua. Useimmissa EU-maissa vain 20–40 prosenttia kaikista kannabista kokeilleista aikuisista oli käyttänyt sitä viimeisten 12 kuukauden aikana ja vain 1–10 prosenttia oli käyttänyt sitä viimeisten 30 päivän aikana.

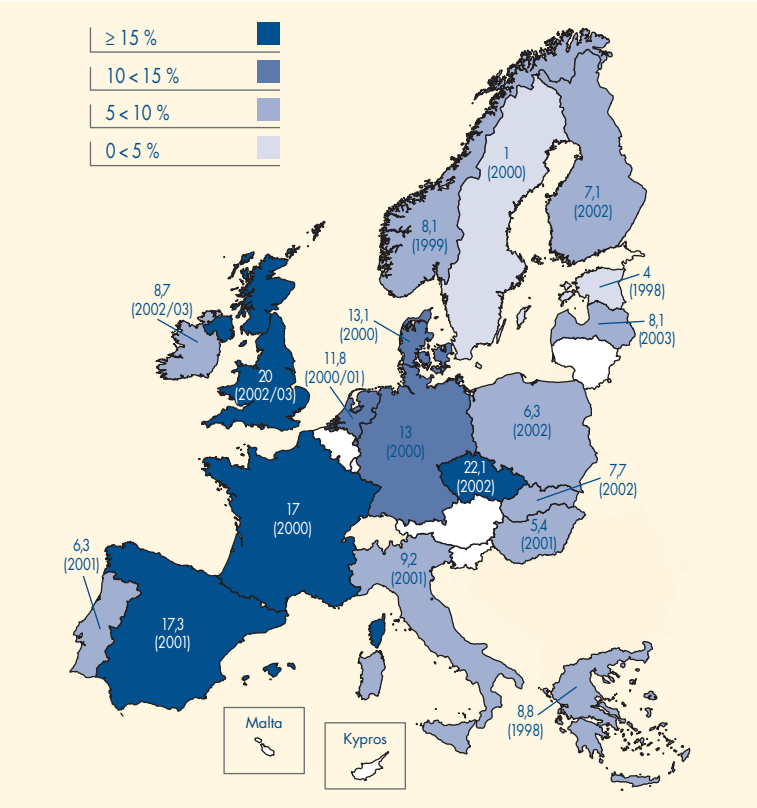
Kannabista viimeisten 12 kuukauden aikana käyttäneitä on nuorissa aikuisissa (15–34-vuotiaissa) enemmän kuin koko aikuisväestössä. Osuus vaihtelee useimmissa maissa 5 prosentista 20 prosenttiin (kaavio 5).

Pieni mutta merkittävä ja pysyvä osuus (noin 15 %) kannabista viimeisen vuoden aikana käyttäneistä EU:n 15-vuotiaista koululaisista oli käyttänyt sitä vähintään 40 kertaa (tätä pidetään "suurkäyttönä"). Kaavio 6 osoittaa, että miesopiskelijat ovat kaksi kertaa naisopiskelijoita useammin suurkäyttäjiä. Miesten keskuudessa "suurkäyttäjien" osuus vaihtelee useimpien Itämeren valtioiden (Viro, Latvia, Liettua, Suomi ja Ruotsi) sekä Maltan alle 1 prosentista Belgian, Saksan, Espanjan, Ranskan, Irlannin, Slovenian ja Yhdistyneen kuningaskunnan 5–10 prosenttiin. Naisopiskelijoilla vaihteluväli on 0 prosentista enintään 4,6 prosenttiin. Kannabiksen "suurkäytön" osuutta terveysongelmissa ja lisääntynyttä hoidontarvetta käsitellään erityiskysymyksessä "Kannabisongelmat käytännössä" (s. 82). ([26])

Suuntaukset

Jatkuvien pitkän aikavälin tutkimussarjojen puuttuminen vaikeuttaa useimmissa EU-maissa huumeidenkäytön suuntausten tunnistamista. Erilaiset tutkimukset (kansalliset ja paikalliset tutkimukset sekä varusmies- ja koululaiskyselyt) ovat kuitenkin osoittaneet, että kannabiksen käyttö lisääntyi selvästi 1990-luvulla melkein kaikissa EU-maissa erityisesti nuorten keskuudessa. Joissakin tapauksissa nousua oli edeltänyt käytön lasku 1980-luvulla ([27]).

Kaavio 5: Nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) hiljattainen kannabiksen käyttö (viimeisen vuoden aikana) kansallisissa väestötutkimuksissa mitattuna

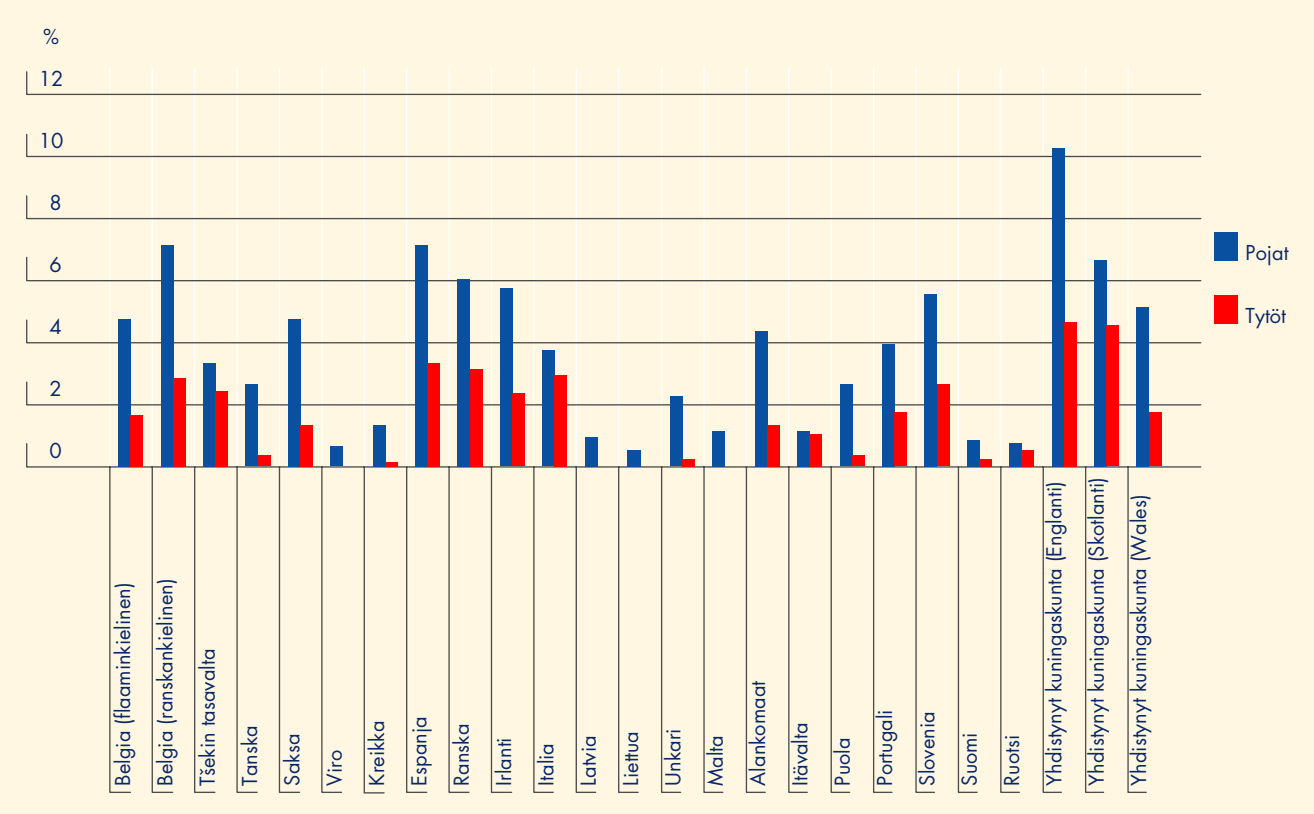


Huom. Tiedot on saatu jokaisen maan viimeisimmästä väestötutkimuksesta, paitsi Ranskan osalta, jossa pieni otoskoko esti vuoden 2002 tutkimuksen käytön, ja tässä käytössä olevat tiedot ovat vuodelta 2000.
Vastaajista esitetään lisätietoja ikäryhmittäin vuoden 2004 Tilastotiedotteessa GPSurvey_Tbl 4.
Kaikki tiedot eivät välttämättä ole tarkasti EMCDDA:n iän vakiomääritelmän mukaisia (Tanskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa 16–34 vuotta; Virossa, Unkarissa ja Saksassa 18–34 vuotta). Ikäjakaumissa esiintyvät erot saattavat vaikuttaa marginaalisesti joihinkin kansallisiin eroihin. Joissakin maissa lukuja laskettiin uudelleen kuvastamaan EMCDDA:n määritelmiä.

Lähde: Reitoxin kansalliset raportit 2003, tiedot on otettu tieteellisistä tutkimusraporteista tai artikkeleista. Ks. myös population surveys tables vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([24]) Ks. Prevalence_Tbl 2 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([25]) Ks. Prevalence_Tbl 2 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([26]) Ks. kaavio 4 OL: Kannabiksen suhteellinen käyttötiheys kannabista viimeisen vuoden aikana käyttäneiden 15-vuotiaiden koululaisten keskuudessa.
([27]) Ks. kaavio 5 OL: Kannabiksen käytön kehitys nuorten keskuudessa joissakin EU-maissa mitattuna väestötutkimuksilla.

Kaavio 6: Kannabiksen "suurkäytön" levinneisyys 15-vuotiaiden koululaisten keskuudessa sukupuolittain vuosina 2001 ja 2002



Huom. Kannabiksen "suurkäyttö" määritellään vähintään 40 käyttökerraksi kuluneen vuoden aikana. Saksassa ainoastaan alueellinen otos. Portugalissa rajoittunut vertailtavuus kokoon ja ikään otokseen liittyvien puutteiden takia.
Lähde: Curie et al. (2004) *HBSC International Report from the 2001/2002 WHO survey.*

Vaikka kannabiksen käyttö on viime vuosina jatkuvasti lisääntynyt monissa maissa, neljässä maassa (Alankomaat, Suomi, Ruotsi ja Norja) käyttö on tasaantunut koululaisten, varusmiesten tai teini-ikäisten keskuudessa viimeisten 2–4 vuoden aikana. Vuoden 2003 ESPAD-koululaistutkimuksen tuloksista saadaan entistä kattavampi kuva suuntauksista EU:n koululaisten keskuudessa ([28]).

Kannabiksen viihdekäyttö ja satunnainen käyttö lisääntyivät siis 1990-luvulla tuntuvasti monessa Euroopan maassa, mutta kasvu saattaa nyt olla tasaantumassa ainakin joissakin maissa. Myös kannabista tällä hetkellä käyttävien määrä on todennäköisesti noussut etenkin nuorilla.

Takavarikot ja markkinatiedot

Kannabis oli myös vuonna 2002 maailmanlaajuisesti eniten tuotettu ja salakuljetettu laiton huumausaine. Koska kannabiksen tuotanto on levinnyt kaikkialle maailmaan ja koska seurantajärjestelmiä ei ole, tuotetun kannabiksen määrää on vaikea arvioida (UNODC, 2003a; CND, 2004).

Takavarikkojen ja markkinatietojen tulkitseminen

Takavarikoitujen huumeiden määrän katsotaan usein ilmaisevan epäsuorasti huumeiden jakelusta ja saatavuudesta maassa, vaikka se viittaa myös lainvalvontaviranomaisten voimavaroihin, ensisijaisina pidettäviin asioihin ja strategioihin samoin kuin kauppiaiden suojattomuuteen pakkotoimien edessä. Takavarikoidut määrät voivat vaihdella paljon vuodesta toiseen, esimerkiksi, jos jonakin vuonna jotkin takavarikot ovat erittäin laajoja. Tämän vuoksi monissa maissa takavarikkojen määrän katsotaan olevan parempi suuntausten indikaattori. Kaikissa maissa takavarikkojen määrä käsittää huomattavan osan pieniä vähittäismyyntitason takavarikkoja. Takavarikoitujen huumeiden alkuperä ja määränpää – jos ne ovat tiedossa – voivat osoittaa kuljetusreitit ja tuotantoalueet. Useimmat jäsenvaltiot ilmoittavat huumausaineen hinnan ja puhtauden vähittäiskaupan tasolla. Tiedot tulevat kuitenkin laajasti eri lähteistä, jotka eivät ole aina vertailukelpoisia tai luotettavia, mikä tekee maiden välisestä tarkasta vertailusta vaikeaa.

([28]) Ks. laatikko 3 OL: Alkoholin ja muiden huumeiden käyttöä koskeva eurooppalainen koululaistutkimus.

Tuotanto ja kauppa

Viime vuosina Marokko on ollut maailmanlaajuisesti tärkein kannabishartsin lähde ennen Afganistania ja Pakistania. Kannabishartsia tulee jonkin verran myös Keski-Aasian maista, Venäjän federaatiosta, Libanonista ja Albaniasta (UNODC, 2003a). Marokko mainittiin myös vuonna 2002 tärkeimmäksi kannabishartsin lähteeksi ennen Albaniaa ja Intiaa, mutta lähteeksi ilmoitettiin lisäksi 31 muuta maata, joten kauppa on laajaa ja lähteitä on paljon (CND, 2004). Vuonna 2003 Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden torjunnan toimisto UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) ja Marokon hallitus tekivät ensimmäisen tutkimuksen kannabiksen tuotannosta Marokossa. Siinä selvisi, että 27:ää prosenttia Rifin alueen viljelyskelpoisesta maasta käytettiin kannabiksen viljelyyn, mikä vastaa tuotantopotentiaalina 3 080 tonnia kannabishartsia vuonna 2003 (UNODC ja Marokon hallitus, 2003). Suurin osa EU:ssa käytettävästä kannabishartsista on lähtöisin Marokosta, josta sitä salakuljetetaan pääasiassa Pyreneiden niemimaan kautta, mutta Alankomaat on tärkeä toissijainen jakelukeskus muihin EU-maihin (Bovenkerk ja Hogewind, 2002, National Reports, 2003).

Kannabisruohoa viljellään ympäri maailmaa. Kuitenkin useimmin mainittuja alkuperämaita maailmanlaajuisesti olivat vuonna 2001 Albania, Kolumbia, Etelä-Afrikka, Venäjän federaatio, Jamaika ja Alankomaat. Eurooppaa lukuun ottamatta suurin osa kannabishartsin kaupasta on alueen sisäistä eli se tuotetaan ja käytetään paikallisesti tai naapurimaissa (UNODC, 2003a). EU:ssa vuonna 2002 takavarikoitu kannabisruoho oli peräisin useasta maasta, pääasiassa Alankomaista ja Albaniasta (CND, 2004; INCB, 2004a) mutta myös Aasiasta (Thaimaa), Afrikasta (Malawi, Etelä-Afrikka, Nigeria, Angola) ja Amerikasta (Meksiko, Jamaika, Yhdysvallat) (Reitoxin kansalliset raportit, 2003).

Useimmissa EU:n jäsenvaltioissa kannabista viljellään ja tuotetaan paikallisesti. Vaikka takavarikoidut kasvit ovat joskus saattaneet olla kauttakulkumatkalla toisesta maasta, kannabiskasvien takavarikkoja EU:ssa (ks. taulukko 3) voidaan pitää merkkinä paikallisesta kannabiksen viljelystä. Belgiassa kannabiksen viljely on viime vuosina yleistynyt koko maassa. Tšekissä ensimmäiset merkit kannabiksen laajamittaisesta vesiviljelystä – joka korvaa kotimaisen avomaaviljelyn "omaa käyttöä" varten – havaittiin vuonna 2002. Virossa löydettyjen kannabisviljelmien määrä kasvoi vuonna 2002, ja siellä oli myös joitakin suuria viljelmiä. Unkarissa kannabisruohoa kasvatetaan tietojen mukaan yhä laajemmalla alueella. Koko EU:ssa kannabiskasveja takavarikoidaan eniten Italiassa ja toiseksi eniten

Taulukko 3: Kannabiskasvien takavarikot EU-maissa ja Norjassa vuonna 2001

Maa	Takavarikkojen määrä	Takavarikoidut määrät: kasvien lukumäärä (kiloissa, jos kasvien lukumäärästä ei ole tietoa)
Belgia	tes	tes
Tšekin tasavalta (1)	tes	343
Tanska (1)	tes	230
Saksa	785	68 696
Viro	24	6 043
Kreikka	tes	18 821
Espanja	tes	(3 907 kg)
Ranska	681	(41 kg)
Irlanti	20	365
Italia	tes	3 219 414
Kypros (1)	tes	274
Latvia (1)	tes	(72,7 kg)
Liettua	tes	tes
Luxemburg	2	11
Unkari	tes	tes
Malta	tes	tes
Alankomaat	tes	884 609
Itävalta	120	(36 kg)
Puola (1)	tes	2 550
Portugali	64	3 807
Slovenia	426	1 925
Slovakia (1)	tes	535
Suomi	612	(16 kg)
Ruotsi	51	(3 kg)
Yhdistynyt kuningaskunta (2)	1 875	71 507
Norja	tes	(17 kg)

tes: tietoja ei ole saatavilla.
Lähde: Reitoxin kansalliset seurantakeskukset; paitsi:
(1) Interpol (2003), *National statistics on illicit drug production traffic and use in 2001*, Interpol, Lyon.
(2) Corkery, J.M. ja Airs, J. (2003), Seizures of drugs in the UK 2001, *Findings no. 202*, RDS-Home Office, Lontoo.

Alankomaissa, missä takavarikoitujen kasvien määrä on kasvanut vuodesta 1998. Tämä on seurausta myös onnistuneesta kiinteästä monen viraston välisestä lähestymistavasta paikallistasolla (eli tiiviistä yhteistyöstä paikallisten viranomaisten, sähköyhtiöiden, veroviranomaisten kesken) Alankomaissa. On arvioitu, että

vaikka noin 50–75 % Alankomaissa käytetystä kannabiksesta on kotona viljeltyä ("nederwiet"), Alankomaiden merkitys muihin maihin vietävän kannabiksen lähteenä on vähentynyt ja sen merkitys ulkomaisen kannabiksen kauttakulkumaana on kasvanut varsinkin viljelyn lisääntyessä muissa EU-maissa.

Takavarikot

Koko maailmassa takavarikoitiin vuonna 2002 yhteensä 1 039 tonnia kannabishartsia ja 3 800 tonnia kannabisruohoa. Suurin osa kannabishartsista takavarikoitiin edelleen Euroopassa (70 %) ja Aasiassa (23 %), kun taas kannabisruohon takavarikot keskittyivät Amerikkaan (70 %) ja Afrikkaan (19 %) (CND, 2004). Kannabis on sekä takavarikkojen määrän että takavarikoitujen määrien osalta eniten takavarikoitu huumausaine kaikissa EU-maissa paitsi Latviassa, jossa on enemmän heroiinitakavarikkoja. Kannabistakavarikkoja tehdään EU:ssa eniten Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja sen jälkeen Espanjassa ja Ranskassa ([29]). Viiden viime vuoden aikana Espanjassa on kuitenkin takavarikoitu yli puolet EU:ssa takavarikoidusta kokonaismäärästä. Kannabistakavarikkojen määrä ([30]) on noussut EU:n tasolla vaihtelevassa määrin vuodesta 1997, kun taas takavarikoidut määrät ([31]) ovat vähentyneet vuodesta 1999. Vuonna 2001 tapahtuneen laskun jälkeen sekä takavarikkojen määrä että takavarikoidut määrät EU:ssa kohosivat jälleen vuonna 2002 niiden maiden suuntausten perusteella, joista saatiin tietoja.

Joissakin maissa on investoitu uusiin teknologiajärjestelmiin kannabiksen salakuljetuksen vastaisten toimien tehostamiseksi. Esimerkiksi Espanjassa kehitettiin äskettäin yhdennetty ulkovalvontajärjestelmä (SIVE), joka toimii nykyisin Algecirasin alueella ja joillakin Kanariansaarista. Sillä pyritään helpottamaan sekä kannabiksen salakuljetuksen että laittoman maahanmuuton reaaliaikaista havaitsemista ([32]).

Hinta ja pitoisuus

Vuonna 2002 kannabishartsin vähittäishinta vaihteli EU:ssa keskimäärin Espanjan 2,7 eurosta Norjan 21,5 euroon grammalta, ja kannabisruohon hinta vaihteli Viron ja Espanjan hieman alle 2 eurosta Latvian 14 euroon grammalta ([33]). Vuosina 1997–2002 kannabishartsin keskihinnat pysyivät vakaina tai laskivat hieman useimmissa EU-maissa lukuun ottamatta Luxemburgia, jossa hinta nousi hieman jakson aikana. Vuonna 2002 vastaava suuntaus havaittiin kaikissa maissa lukuun ottamatta Saksaa, Ranskaa, Latviaa, Liettuaa ja Alankomaita, joissa kannabishartsin katuhinta nousi. Saman viisivuotisjakson aikana myös kannabisruohon hinta pysyi vakaana tai laski useimmissa maissa, mutta Belgiassa, Tšekissä, Liettuassa ja Luxemburgissa oli hienoista nousua. Vuonna 2002 kannabisruohon hinta nousi Saksassa, Liettuassa ja Latviassa, mutta se pysyi vakaana tai laski muissa jäsenvaltioissa.

Kannabistuotteiden teho perustuu Δ^9–tetrahydrokannabinolin (THC), niiden tärkeimmän tehoaineen, pitoisuuteen (EMCDDA, 2004c). Vuonna 2002 niissä maissa, joista saatiin tietoja, kannabistuotteiden – hartsin ([34]) ja ruohon ([35]) – keskimääräinen THC-pitoisuus oli vähittäiskaupassa alle 1–15 %.

([29]) Tämä on tarkistettava sitten, kun puuttuvat vuoden 2002 tiedot saadaan. Tiedot kannabistakavarikkojen määrästä vuonna 2002 puuttuivat Italian, Unkarin, Puolan ja Slovenian osalta; tiedot sekä kannabistakavarikkojen määrästä että takavarikoidun kannabiksen määristä vuonna 2002 puuttuivat Kyproksen, Maltan, Alankomaiden, Slovakian ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.

([30]) Ks. Markets_Tbl 1 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([31]) Ks. Markets_Tbl 2 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([32]) Ks. http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp.

([33]) Ks. Markets_Tbl 14 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([34]) Ks. Markets_Tbl 15 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([35]) Ks. Markets_Tbl 16 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

Luku 4

Amfetamiinin kaltaiset piristeet, LSD ja muut synteettiset huumeet

Tässä luvussa tarkastellaan erilaisten synteettisesti tuotettujen huumausaineiden käyttöä. Joitakin niistä, kuten amfetamiineja, on käytetty Euroopassa jo pitkään. Joitakin, kuten ekstaaseja, on vasta äskettäin alettu käyttää yleisesti niiden psykoaktiivisten ominaisuuksien takia. Tässä luvussa käsitellään myös pyrkimyksiä havaita mahdollisten uusien synteettisten huumausaineiden tulo Eurooppaan.

Amfetamiinit on yleisnimitys amfetamiinille, metamfetamiinille ja joillekin muille, vähemmän tunnetuille aineille, jotka stimuloivat keskushermostoa. Näistä amfetamiini on selvästi yleisin Euroopassa. Maailmanlaajuisesti metamfetamiinin käyttö on lisääntynyt ja aiheuttaa paljon huolta, koska tähän huumeeseen liittyy monenlaisia vakavia terveysongelmia. Toistaiseksi merkittävä metamfetamiinin käyttö Euroopassa rajoittunee Tšekin tasavaltaan, mutta hajanaisten tietojen perusteella on syytä pelätä, että tämä huume on yleistymässä muuallakin.

Ekstaaseja kutsutaan toisinaan entaktogeeneiksi. Nämä synteettiset aineet muistuttavat kemiallisesti amfetamiineja, mutta niiden vaikutus on jossakin määrin erilainen. Ekstaaseista tunnetuin on 3,4-metyleenidioksimetamfetamiini (MDMA), mutta joskus ekstaasitableteissa on muitakin sen kaltaisia aineita.

Ekstaasin, amfetamiinin ja LSD:n käytön levinneisyys väestössä on alhainen, mutta lähempi tarkastelu paljastaa, että käytön levinneisyys on paljon korkeampi nuoremmissa ikäryhmissä, ja näiden huumeiden käyttö saattaa olla erittäin yleistä tietyissä sosiaalisissa ympäristöissä ja/tai joissakin alakulttuuriryhmissä.

Levinneisyys ja käyttötavat

Perinteisesti väestötutkimukset osoittavat, että amfetamiinit ovat olleet kannabiksen jälkeen yleisimmin käytettyjä laittomia huumeita, vaikka niiden yleinen levinneisyys on selvästi suppeampaa (kaavio 7). Monissa maissa, joissa on tehty toistotutkimuksia (esimerkiksi Saksassa, Espanjassa, Alankomaissa, Suomessa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa), on kuitenkin havaittu, että ekstaasin käyttö on viime vuosina saavuttanut tai ylittänyt amfetamiinin käytön ([36]). Myös joissakin muissa maissa (Tšekki, Irlanti, Portugali) viimeaikaiset tutkimukset, jotka eivät tosin ole osa sarjaa, viittaavat ekstaasin käytön olevan suhteellisen yleistä.

Viimeaikaisten tutkimusten mukaan ainakin kerran amfetamiinia käyttäneiden osuus koko aikuisväestöstä (15–64-vuotiaista) on EU:n jäsenvaltioissa 0,5–6 prosenttia, mutta Yhdistyneessä kuningaskunnassa se on peräti 12 prosenttia. Ekstaasia on kokeillut noin 0,5–7 prosenttia väestöstä.

Amfetamiineja tai ekstaasia hiljattain (viimeisten 12 kuukauden aikana) käyttäneitä on yleensä alle 1 prosentti aikuisista, mutta luvut ovat hieman keskimääräistä korkeammat Tšekissä, Espanjassa, Irlannissa (vuoden 1998 tutkimus) ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Amfetamiineja hiljattain käyttäneitä on keskimääräistä enemmän Tanskassa ja ekstaasia hiljattain käyttäneitä on keskimääräistä enemmän Alankomaissa.

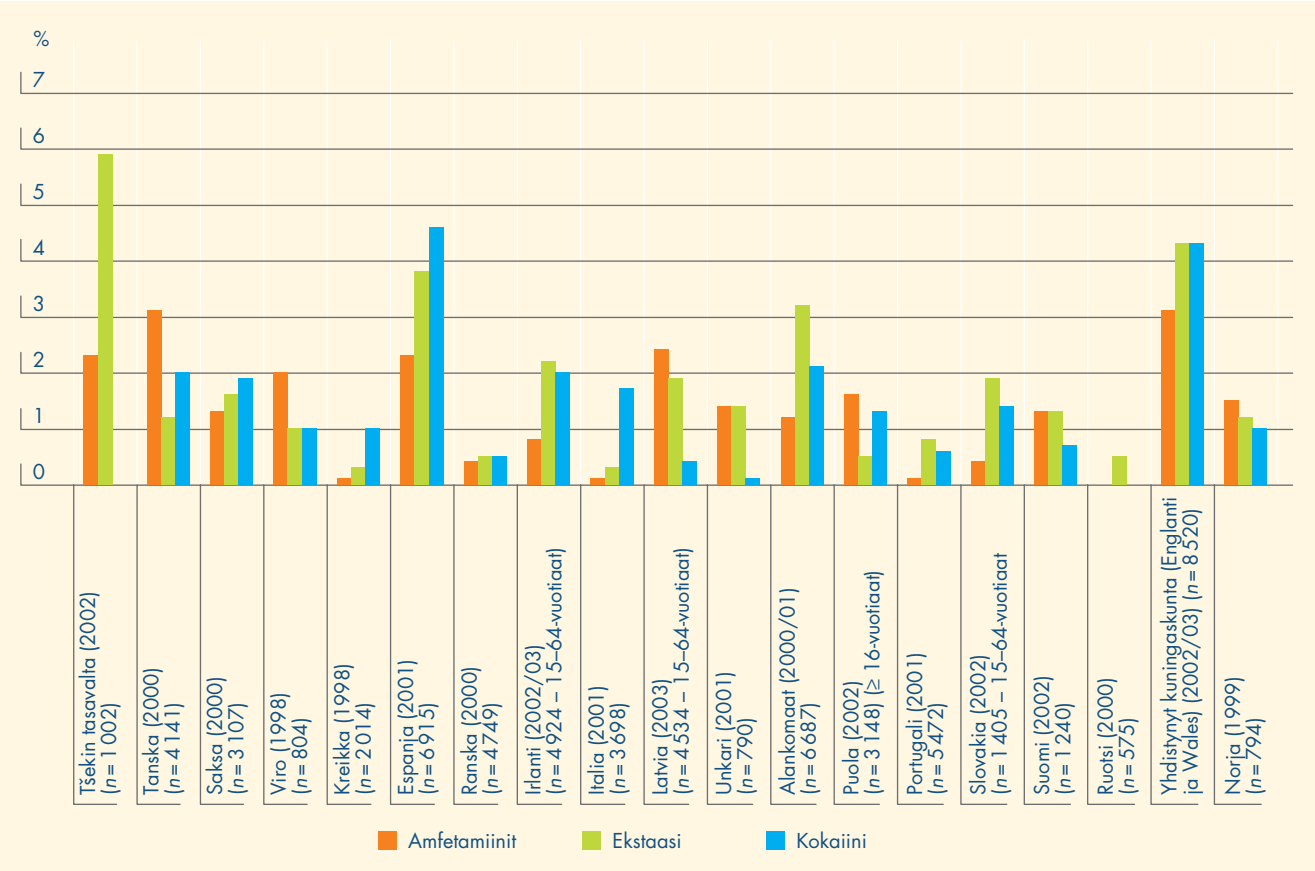
Koko väestössä amfetamiinin ja ekstaasin käyttö on pääasiassa nuoriin liittyvä ilmiö. Ainakin kerran käyttäneiden osuus nuorista aikuisista (15–34-vuotiaista) vaihtelee 2 prosentista 11 prosenttiin ja hiljattain käyttäneiden osuus 0,5 prosentista 6 prosenttiin. Kansallisten tutkimusten mukaan ekstaasia ainakin kerran käyttäneitä on 15–24-vuotiaissa miehissä 11–17 prosenttia Tšekissä, Espanjassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Ekstaasia hiljattain käyttäneitä on 5–13 prosenttia Tšekissä, Espanjassa, Irlannissa (1998), Latviassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Nämä luvut olisivat todennäköisesti vielä korkeampia, jos tarkasteltaisiin vain kaupunkiväestöä (kaavio 8).

Ekstaasin käyttö lisääntyi yleisesti 1990-luvulla. Ekstaasin käyttö saattaa yhä olla nousussa nuorten keskuudessa, mutta sen leviäminen väestössä näyttää olevan rajoittunutta ainakin toistaiseksi.

Vertailun vuoksi on hyvä mainita, että Yhdysvalloissa vuonna 2001 kotitalouksissa suoritetun kyselyn mukaan ekstaasia oli käyttänyt ainakin kerran 4,3 prosenttia aikuisista (12 vuotta täyttäneistä) ja piristeitä oli käyttänyt

([36]) Ks. kaavio 6 OL: Amfetamiineja ja ekstaasia hiljattain (viimeisen vuoden aikana) käyttäneiden osuus nuorissa aikuisissa (15–34-vuotiaista) Yhdistyneessä kuningaskunnassa (British Crime Survey).

Kaavio 7: Amfetamiinien, ekstaasin ja kokaiinin hiljattainen käyttö (viimeisen vuoden aikana) nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa EU-maissa kansallisissa väestötutkimuksissa mitattuna



Huom. Tiedot on saatu jokaisen maan viimeisimmästä väestötutkimuksesta, paitsi Ranskan osalta, jossa pieni otoskoko esti vuoden 2002 tutkimuksen käytön ja tässä käytössä olevat tiedot ovat vuodelta 2000 (ks. GPSurvey_Tbl 4, vuoden 2004 Tilastotiedote).
Otokset (*n*) viittaavat vastaajien määrään ikäryhmässä 15–34-vuotiaat. Otosten ko'oista koko tutkimukseen vastanneiden osalta annetaan lisätietoja vuoden 2004 Tilastotiedotteessa GPSurvey_Tbl 4.
Kaikki tiedot eivät välttämättä ole tarkasti EMCDDA:n iän vakiomääritelmän mukaisia (Tanskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa 16–34 vuotta; Virossa, Unkarissa ja Saksassa 18–34 vuotta). Ikäjakaumissa esiintyvät erot saattavat vaikuttaa marginaalisesti joihinkin kansallisiin eroihin. Joissakin maissa lukuja laskettiin uudelleen kuvastamaan EMCDDA:n määritelmiä.
Lähde: Reitoxin kansalliset raportit 2003, tiedot on otettu tieteellisistä tutkimusraporteista tai artikkeleista. Ks. myös population surveys tables vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

joskus 9 prosenttia (heistä 5,3 prosenttia oli käyttänyt metamfetamiinia). Ekstaasia oli käyttänyt hiljattain (viimeisten 12 kuukauden aikana) 1,3 prosenttia ja piristeitä 1,4 prosenttia (heistä 0,7 prosenttia oli käyttänyt metamfetamiinia) ([37]).

Kyselyt ja tutkimukset nuorista

Vertailukelpoiset tiedot nuorista perustuvat enimmäkseen koululaiskyselyihin, jotka koskevat 15- ja 16-vuotiaita koululaisia.

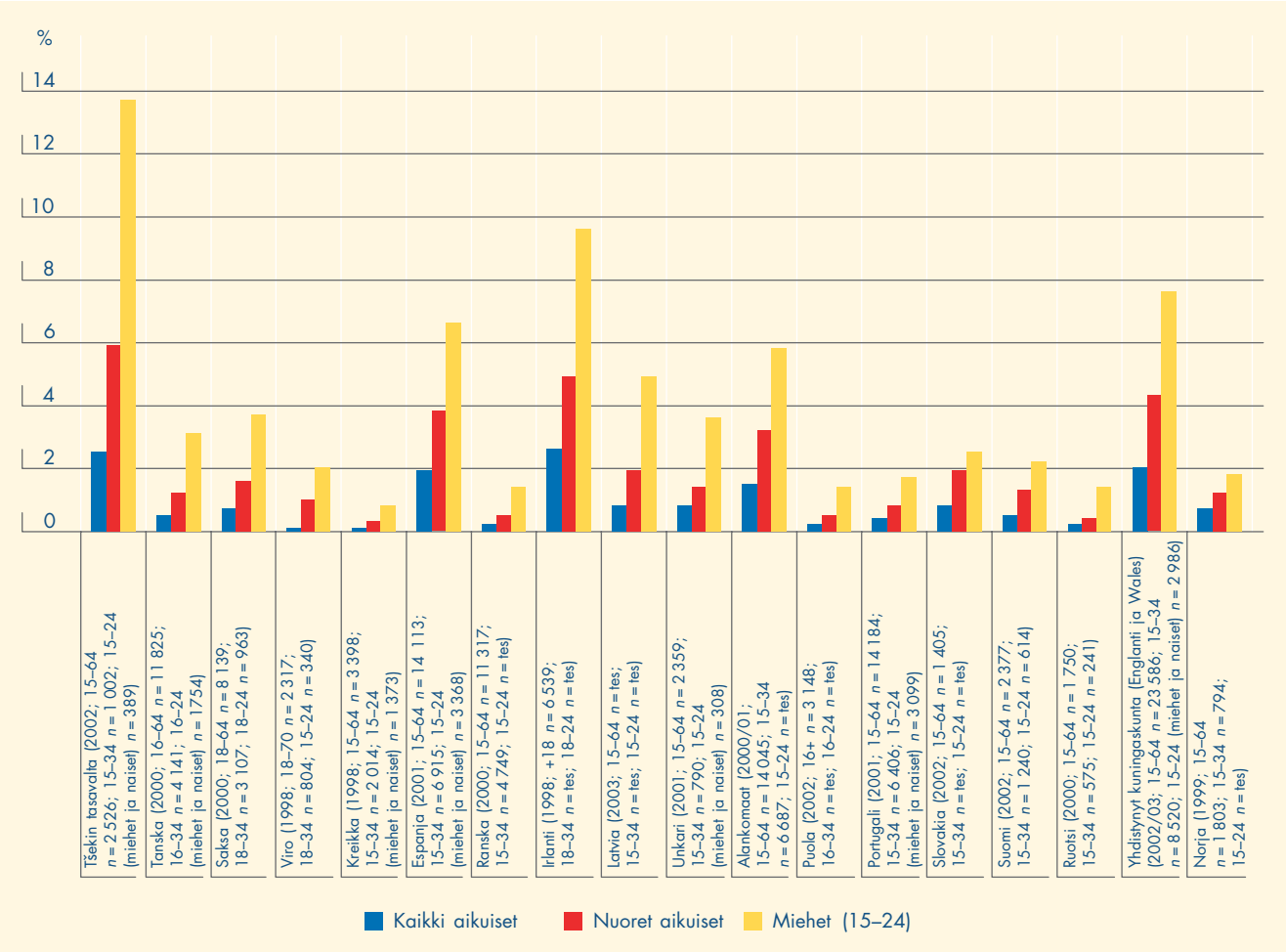
Koululaistutkimuksen tiedot vuosilta 2001–2002 osoittavat, että ekstaasia ainakin kerran käyttäneiden osuus 15–16-vuotiaissa koululaisissa on ennallaan tai laskussa kuudessa jäsenvaltiossa (Belgiassa, Tšekissä, Espanjassa, Italiassa, Unkarissa ja Ruotsissa). Ekstaasia ainakin kerran käyttäneitä oli näissä maissa 1–4,7 prosenttia ([38]).

Prosentin nousu ekstaasia ainakin kerran käyttäneissä 15–16-vuotiaista koululaisissa johtuu noususta Yhdistyneessä kuningaskunnassa (5 %). Tulevassa eurooppalaisen koululaistutkimuksen (ESPAD) raportissa ([39]) annetaan tärkeää tietoa suuntauksista useassa EU:n jäsenvaltiossa vuosista 1995 ja 1999 lähtien.

Unkaria lukuun ottamatta amfetamiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus 15–16-vuotiaissa koululaisissa pysyi

([37]) Vuonna 2002 Yhdysvalloissa huumeidenkäytöstä tehdyn kansallisen tutkimuksen tulokset ja terveydenhoitotilastot (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies). Saatavissa SAMHSA:n www-sivustolla (http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm).
Huom. Yhdysvaltojen kyselyssä ikäryhmä (12 vuotta täyttäneet) on laajempi kuin EMCDDA:n ikäryhmä (15–64-vuotiaat) EU:n tutkimuksissa.
([38]) Ks. Prevalence_Tbl 1 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([39]) Laatikko 3 OL: Alkoholin ja muiden huumeiden käyttöä koskeva eurooppalainen koululaistutkimus.

Kaavio 8: Ekstaasin hiljattainen käyttö (viimeisen vuoden aikana) kaikkien aikuisten (15–64-vuotiaat), nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) ja nuorten miesten (15–24-vuotiaat) keskuudessa kansallisissa väestötutkimuksissa mitattuna



Huom. Tiedot on saatu jokaisen maan viimeisimmästä väestötutkimuksesta, paitsi Ranskan osalta, jossa pieni otoskoko esti vuoden 2002 tutkimuksen käytön ja tässä käytössä olevat tiedot ovat vuodelta 2000.
Kaikki tiedot eivät välttämättä ole tarkasti EMCDDA:n iän vakiomääritelmän mukaisia (Tanskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa 16–34 vuotta; Virossa, Unkarissa ja Saksassa 18–34 vuotta). Ikäjakaumissa esiintyvät erot saattavat vaikuttaa marginaalisesti joihinkin kansallisiin eroihin. Joissakin maissa lukuja laskettiin uudelleen kuvastamaan EMCDDA:n määritelmiä.

Lähde: Reitoxin kansalliset raportit, tiedot on otettu tieteellisistä tutkimusraporteista tai artikkeleista. Ks. GPSurvey_Tbl 3 ja Tbl 4 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

ennallaan tai laski kaikissa maissa, jotka antoivat uusia tietoja vuosilta 2001–2002 ([40]).

Sekä amfetamiinin kaltaisia piristeitä ainakin kerran käyttäneitä että niitä runsaasti käyttäviä on miehissä yleensä enemmän kuin naisissa lukuun ottamatta Tšekkiä, jossa ESPAD:n ja WHO:n koululaistutkimusten mukaan metamfetamiinia (lähinnä "pervitiiniä") ainakin kerran käyttäneitä oli enemmän tytöissä. Tämä vastaa niitä tuloksia, joita on saatu Tšekissä huumehoitokeskuksiin hakeutuneista nuorista: yli puolet piristeiden (lähinnä "pervitiinin") käytöstä johtuvien ongelmien takia hoitoon hakeutuneista teini-ikäisistä asiakkaista on naisia, kun taas 20 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä miesasiakkaita on kaksi kertaa enemmän kuin naisasiakkaita. Tähän ilmiöön ei toistaiseksi ole esitetty mitään selitystä, mutta tilannetta on seurattava tarkkaan naisten ja amfetamiinin kaltaisten piristeiden käytön osalta.

Viimeaikaiset tutkimukset Alankomaista ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta osoittavat, että ekstaasin käyttö on edelleen paljon yleisempää juhlimassa käyvien keskuudessa kuin koko väestössä (Deehan ja Saville, 2003; Ter Bogt ja Engels, 2004). Tiedot ekstaasin käyttötiheydestä ja nautituista määristä ovat rajallisia, mutta saatavilla olevien tietojen mukaan käyttötavat ovat erittäin vaihtelevia. Esimerkiksi vuonna 2001 teknobileissä käyvistä tehty kysely paljasti Alankomaissa, että yli puolet (58 %) oli käyttänyt ekstaasia viimeisen kuukauden aikana. Heistä 17 prosenttia – "tämänhetkiset ekstaasin käyttäjät" – myönsi käyttävänsä

([40]) Ks. Prevalence_Tbl 1 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

ekstaasia ”muutaman kerran viikossa” ja 22 prosenttia viikoittain. Kolmasosa (32 %) käytti ekstaasia ”muutaman kerran kuukaudessa”. Mitä tulee tuleviin suuntauksiin, Espanja on ilmoittanut, että ekstaasin käytön ja tietynlaisen musiikin tai tietynlaisten tapahtumien välinen yhteys saattaa olla heikkenemässä, eikä ekstaasilla välttämättä ole enää yhtä suurta merkitystä erityisryhmien tunnistamisessa.

Piristävät huumeet ja ajoneuvon kuljettaminen ovat suuri huolenaihe, mutta Espanjassa vuonna 2002 tieliikennekuolemista tehdyssä toksikologisessa tutkimuksessa ekstaasia oli käyttänyt vain 0,4 prosenttia 1 441 kuljettajasta.

Ekstaasikuolemat

Ekstaasikuolemat ovat opiaattikuolemiin verrattuna harvinaisia, mutta ne aiheuttavat huolta kansalaisissa luultavasti siksi, että uhrit ovat nuoria ja että kuolemat tulevat täysin odottamatta. Termi ”ekstaasikuolema” on määriteltävä entistä täsmällisemmin. Se voi nykyisin tarkoittaa, että kyseinen aine mainitaan kuolintodistuksessa tai että sitä löydetään toksikologisessa analyysissa (usein yhdessä opiaattien, alkoholin, kokaiinin tai muiden huumeiden kanssa).

Reitoxin vuoden 2003 tietojen mukaan ”ekstaasikuolemat” ovat hyvin harvinaisia useimmissa EU-maissa, ja kuolemat, joissa ekstaasi on ilmeisesti ollut suoraan osallisena, ovat vielä harvinaisempia (Itävallassa kaksi, Ranskassa kaksi, joista yksi johtui yksinomaan ekstaasista, Saksassa 19, joista kahdeksan johtui yksinomaan ekstaasista, Kreikassa yksi ja Amsterdamissa kaksi, joista toinen liittyi alkoholiin). Ilmoituskäytännöt eivät kuitenkaan ole yhtenäisiä. Yhdistyneessä kuningaskunnassa kirjattiin 55 ekstaasikuolemaa vuonna 2001, kun vuonna 1998 niitä oli 16. Myös brittitutkimuksessa, joka perustui huumekuolemia koskevassa kansallisessa ohjelmassa vuosina 1996–2002 ilmoitetun 202 tapauksen sarjaan, todettiin ekstaasikuolemien lisääntyneen vuosina 1996–1997 (12 tapausta) ja vuosina 2001–2002 (72 tapausta), ja ekstaasi mainittiin ainoana huumeena 17 %:ssa tapauksista (Schifano et al., 2003). Ekstaasikuolemien suhteellisen suuri määrä Yhdistyneessä kuningaskunnassa voi selittyä ekstaasin käytön laajemmalla levinneisyydellä mutta myös paremmilla seuranta- ja analysointikäytännöillä.

Myös sairaalahoitoa vaatineista ensiaputapauksista saa käsityksen huumeidenkäyttöön liittyvistä akuuteista terveysongelmista. Ekstaasiin ja amfetamiineihin liittyvät ensiaputapaukset lisääntyivät hieman Espanjassa vuosina 1996–2001 ([41]) ([42]). Muut maat eivät kerää järjestelmällisesti kansallisia tietoja ensiapupaikoista, eikä tähän mennessä vastaavasta kasvusta ole ilmoitettu.

Brittitutkimuksessa, jossa arvioitiin ekstaasikuoleman riskiä ottamalla huomioon käyttäjien määrä, todettiin erittäin suuri vaihteluväli (0,2–5,3 ekstaasikuolemaa 10 000 käyttäjää kohti). Siinä painotettiin, että niin ekstaasikuolemien kuin riskiryhmien määritelmiä on parannettava (Gore, 1999; Schifano et al., 2003).

Jotkin ekstaasikuolemat olisi estettävissä varsin yksinkertaisilla toimenpiteillä, kuten parantamalla tuuletusta, tarjoamalla vettä ja kannustamalla turvalliseen käyttäytymismalliin terveysvalistuksen avulla. Joissakin tapauksissa kuolema näyttäisi johtuvan harvinaisista yliherkkyysreaktioista huumeelle. Tällaiset ennakoimattomat reaktiot ovat vaikeasti estettävissä ja siten muut kuin lääkinnälliset toimenpidemahdollisuudet ovat rajalliset.

Toimenpiteet vapaa-ajan ympäristöissä

Ehkäisevä huumetyö vapaa-ajan ympäristöissä on kenties vakiintunein valikoivan ehkäisevän huumetyön erityismuoto. Tietyissä jäsenvaltioissa ([43]) sen sisältö, suuntaviivat ja tarjottavat palvelut ovat vakiintuneet jo kauan sitten. Ehkäisevä huumetyö on lisääntynyt hieman etenkin uusissa jäsenvaltioissa ([44]).

Toimenpiteet ulottuvat pidättyvyyteen suuntautuvista toimenpiteistä, kuten Ruotsissa kesällä 2003 toteutetusta kampanjasta ”on monta syytä olla kokeilematta huumeita” (kampanjan tavoitteena oli vahvistaa huumeita jo vastustavien päätöstä ja saada kannastaan epävarmat valitsemaan pidättäytymisen), käyttäjien pillereiden testaukseen joissakin maissa (ks. tutkimus jäljempänä) ([45]). Rakenteellisten lähestymistapojen merkitys on kuitenkin korostunut viime aikoina yhä useammassa jäsenvaltiossa, etenkin Pohjoismaissa (lähinnä alkoholin osalta) ja Italiassa. Ne perustuvat yhteistoimintastrategioiden kehittämiseen ravintoloiden, klubien ja baarien, poliisin, ehkäisevän huumetyön yksiköiden, ravintolatyöntekijöiden ammattiliittojen ja hallintoviranomaisten kesken.

([41]) Espanjassa on usean vuoden ajan seurattu psykoaktiivisten aineiden aiheuttamien akuuttien reaktioiden takia sairaalahoitoa vaatineita ensiaputapauksia sairaaloiden otoksessa koko maassa yhden viikon ajan vuodessa. Siinä kirjataan aineita koskevat ”maininnat”. Menetelmiä koskevat lisätiedot: ks. Reitoxin kansallinen raportti 2003 (s. 34–36).

([42]) Ks. kaavio 7 OL: Mainintojen osuus huumeiden aiheuttamien akuuttien reaktioiden takia sairaalahoitoa vaatineissa ensiaputapauksissa Espanjassa vuosina 1996–2001.

([43]) Ks. kaavio 8 OL: Viihdeympäristöissä tehtävän ehkäisevän huumetyön merkitys jäsenvaltioissa.

([44]) Ks. taulukko 5 OL: Tiivistelmä ehkäisevistä tekijöistä vapaa-ajan ympäristöissä.

([45]) Ks. myös kaavio 8 OL: Viihdeympäristöissä tehtävän ehkäisevän huumetyön merkitys jäsenvaltioissa.

Painopisteenä ovat yleensä turvallisuuskysymykset, ensiapu, huumausaineiden valvonta sekä ensiaputapausten ja väkivallan ehkäiseminen. Henkilökunta koulutetaan tunnistamaan riskitilanteet ja puuttumaan niihin ammattimaisesti.

Tanskassa ekstaasia koskevan ehkäisevän huumetyön kehittämishanke kahdessa "malliläänissä" koski ehkäisevää huumetyötä kuntatasolla (paikallisten toimintasuunnitelmien ja huumausaineita koskevien toimintalinjojen laatiminen), kouluissa ja yliopistoissa sekä juhlintaympäristöissä. Toimenpiteisiin kuului huumeita illanviettopaikoissa koskevan "nollatoleranssioppaan" ja tausta-aineistoa sisältävän www-sivuston tuottaminen. Ravintoloiden johto ja henkilökunta saivat koulutusta suhtautumisessa huumeisiin. Alustavien tietojen mukaan joitakin ekstaasin käyttäjille tarkoitettuja palveluja, kuten neuvontapuhelinta ja neuvontapalveluja, käytettiin vähän. Hätäasemille tai hoitolaitoksiin hakeutui vain vähän ekstaasin käyttäjiä.

Alankomaissa, Saksassa ja Itävallassa tehdyssä tuoreessa tutkimuksessa (Benschop et al., 2002) ([46]) analysoitiin pillereiden testauspalvelujen vaikutusta huumeidenkäyttöön ja ekstaasin käyttäjien riskitietoisuuteen kolmessa eurooppalaisessa kaupungissa (Amsterdam, Hannover ja Wien). Vastaajat olivat kaupungeissa huomattavan samankaltaisia: erot pillereiden testauspalveluja käyttävien ja muiden välillä olivat pieniä. Yleisin ekstaasia koskeva tietolähde ovat vertaisryhmät, ja joukkotiedotusvälineillä ja lifestyle-lehdillä on vain vähäinen merkitys. Käyttäjät kertovat ystävilleen testituloksista. Tätä epävirallista tiedotuskanavaa pidetään pillereiden testauksen epäsuorana hyötynä: se laajentaa ehkäisevän huumetyön verkkoa ja madaltaa kynnystä ehkäisevien palvelujen hakemiseen. Näyttää siltä, että käyttäjillä ja muilla on erilliset sosiaaliset verkostot, jotka eivät kohtaa silloinkaan, kun he osallistuvat samoihin tapahtumiin (kuten juhliin). Tutkimuksessa ei saatu viitteitä siitä, että pillereiden testaus kannustaisi ekstaasin käyttöön tai että se laajentaisi ekstaasin käyttäjien piiriä.

Hoito

Amfetamiinin kaltaisten piristeiden käyttö on harvoin ensisijainen syy huumehoitokeskukseen hakeutumisessa. Tähän on kuitenkin joitakin huomattavia poikkeuksia: asiakkaista 52 prosenttia Tšekissä, 35,3 prosenttia Suomessa ja 29 prosenttia Ruotsissa ilmoittaa amfetamiinin kaltaiset piristeet ensisijaiseksi syyksi hoitoon hakeutumiselle. Tšekissä suurin hoidontarve on "pervitinin" ([47]) käyttäjillä, joista noin kolmasosa on teini-ikäisiä (alle 20-vuotiaita), ja yli puolet teini-ikäisistä käyttäjistä on naisia. Sekä Ruotsissa että Suomessa amfetamiineilla on vanhastaan ollut suuri merkitys kansallisen huumeongelman muotoutumisessa, ja tämä pitää tietyssä määrin paikkansa vielä nykyäänkin.

Takavarikot ja markkinatiedot ([48])

Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden torjunnan toimiston mukaan (UNODC, 2003a) amfetamiinin kaltaisten piristeiden – "synteettisten huumeiden, kuten kemiallisesti toisiaan muistuttavien amfetamiinin, metamfetamiinin ja ekstaasin" – tuotannon määrää on vaikea selvittää, koska "niitä tehdään vaivattomasti saatavilla olevista kemikaaleista helposti kätkettävissä laboratorioissa". Amfetamiinin kaltaisten piristeiden maailmanlaajuinen vuosituotanto on kuitenkin arviolta noin 520 tonnia (UNODC, 2003b). Amfetamiinin kaltaisten piristeiden takavarikot ylsivät 46,2 tonniin koko maailmassa vuonna 2000 ja laskivat sittemmin 25,7 tonniin vuonna 2002 (CND, 2004).

Metamfetamiini

Metamfetamiini on valmistettujen ja salakuljetettujen määrien perusteella merkittävin amfetamiinin kaltainen piriste koko maailmassa. Niitä takavarikoidaan eniten Itä- ja Kaakkois-Aasiassa (Thaimaa, Kiina) ja seuraavaksi eniten Pohjois-Amerikassa (UNODC, 2003a). Metamfetamiinin tuotanto Euroopassa on selvästi pienimuotoisempaa: vuosina 2000–2001 vain 2 prosenttia maailmassa lakkautetuista salaisista metamfetamiinilaboratorioista sijaitsi Euroopassa, pääasiassa Tšekissä, Venäjän federaatiossa ja Slovakiassa. EU:n sisällä vähäistä metamfetamiinin tuotantoa on ollut myös Belgiassa, Saksassa, Virossa, Ranskassa, Latviassa, Liettuassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (UNODC, 2003a,b). Tšekissä on ilmoitettu metamfetamiinin tuotannosta 1980-luvun alusta lähtien; suurin osa siitä päätyy paikalliseen käyttöön, mutta osa salakuljetetaan Saksaan ja Itävaltaan (UNODC, 2003a). Vaikka EMCDDA ei ole koonnut järjestelmällisesti tietoja metamfetamiinin takavarikoista, Tšekin tasavalta, Tanska, Viro, Liettua, Norja ja Ruotsi raportoivat tehneensä niitä vuonna 2002.

Vuonna 2002 "pervitinin" vähittäishinta pysyi Tšekissä suhteellisen vakaana eli 32 eurossa grammalta lukuun ottamatta vuoden alussa ollutta jaksoa, jolloin pula sen lähtöaineesta (efedriinistä) nosti hintaa. Keskimääräinen puhtaus vähittäiskaupassa on 40 prosenttia.

([46]) Ks. EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828).

([47]) Pervitin on paikallinen nimitys Tšekissä laittomasti valmistetulle metamfetamiinille. Sen käytöllä on pitkä historia, ja sitä käytetään lähinnä suonensisäisesti. Sen valmistus saattaa olla yhteydessä lailliseen efedriiniteollisuuteen (UNODC Global Survey on Ecstasy and Amphetamines, 2003).

([48]) Ks. luku 3, Takavarikkojen ja markkinatietojen tulkitseminen, s. 30.

Amfetamiini

Lakkautettujen laboratorioiden määrän perusteella maailmanlaajuinen amfetamiinin tuotanto keskittyy edelleen Eurooppaan. Vuonna 2002 amfetamiinilaboratorioita löydettiin Puolassa ja Alankomaissa ja jonkin verran myös Saksassa, Virossa, Ranskassa ja Liettuassa ([49]) (Reitoxin kansalliset raportit, 2003; CND, 2004). EU:ssa vuonna 2002 takavarikoidun amfetamiinin lähtömaita olivat enimmäkseen Alankomaat ja Puola, mutta myös Belgia, Viro ja Liettua.

Useimmat amfetamiinitakavarikot tehdään Länsi-Euroopassa. Siellä takavarikoitiin 86 prosenttia kaikesta maailmassa vuonna 2002 takavarikoidusta amfetamiinista, Itä-Euroopassa takavarikoitiin 10 prosenttia ja Lähi-idän maissa 3 prosenttia (CND, 2004). Viiden viime vuoden aikana eniten amfetamiinitakavarikkoja EU:ssa on tehty Yhdistyneessä kuningaskunnassa ([50]). EU:n tasolla amfetamiinitakavarikkojen määrä ([51]) oli huipussaan vuonna 1998 ja takavarikoidut määrät ([52]) vuonna 1997. Niiden maiden suuntausten perusteella, joista saatiin tietoja, takavarikoidut määrät näyttävät nousseen jälleen vuodesta 2000 lähtien ja takavarikkojen määrä 2001 lähtien ([53]). Vuonna 2002 amfetamiinin hinnat käyttäjätasolla vaihtelivat keskimäärin Unkarin ja Viron 11 eurosta Norjan 37,5 euroon grammalta ([54]). Viiden viime vuoden aikana hinnat ovat pysyneet vakaina tai laskeneet useimmissa maissa, joista saatiin näitä tietoja.

Amfetamiinin keskimääräinen puhtaus vähittäiskaupassa vuonna 2002 vaihteli 10 prosentista (Saksa) enimmillään 52 prosenttiin (Norja), ja puhtausaste oli korkein Itämeren valtioissa – Virossa, Latviassa, Liettuassa ja Suomessa. Huomattavan poikkeuksen muodostaa Portugali, jossa keskimääräinen puhtaus vuonna 2002 jäi alle 1 prosentin. Viiden viime vuoden aikana amfetamiinin puhtaus on pysynyt vakaana tai laskenut kaikissa maissa, mutta se nousi Belgiassa, Virossa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa vuonna 2002.

Ekstaasi

Eurooppa on maailmanlaajuisesti tärkein ekstaasin tuotannon keskus, vaikka sen suhteellinen merkitys onkin vähenemässä ekstaasin valmistuksen levitessä muualle maailmaan, varsinkin Pohjois-Amerikkaan sekä Itä- ja Kaakkois-Aasiaan (UNODC, 2003a; CND, 2004). Euroopassa ekstaasin tuotanto keskittyy Alankomaihin ja Belgiaan. Esimerkiksi vuosina 1999–2001 ekstaasin lähtöaineiden takavarikoista Euroopassa yli 63 prosenttia tehtiin Alankomaissa ja 21 prosenttia Belgiassa, kun taas EU:ssa lakkautetuista ekstaasia tuottavista laboratorioista 75 prosenttia sijaitsi Alankomaissa, 14 prosenttia Belgiassa, 6 prosenttia Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja 4 prosenttia Saksassa. Ekstaasia (ja/tai amfetamiinin kaltaisia piristeitä) tuottavia laboratorioita lakkautettiin myös Virossa, Espanjassa, Latviassa, Liettuassa, Unkarissa, Puolassa ja Norjassa vuosina 1991–2001 (UNODC, 2003a). Vuonna 2002 maailmassa löydettiin 54 ekstaasilaboratoriota, joista 18 sijaitsi Alankomaissa ([55]), kolme Yhdistyneessä kuningaskunnassa sekä yksi Ranskassa ja Virossa (CND, 2004). EU:ssa takavarikoitu ekstaasi on peräisin pääasiassa Belgiasta ja Alankomaista, mutta myös Viro ja Yhdistynyt kuningaskunta mainitaan tuottajamaina useassa raportissa (Reitoxin kansalliset raportit, 2003).

Ekstaasin salakuljetus keskittyy edelleen vahvasti Länsi-Eurooppaan, mutta se on tuotannon tavoin levinnyt viime vuosina kaikkialle maailmaan (UNODC, 2003a). Vuonna 2002 takavarikoiduista osuuksista oli Länsi-Euroopassa 73 % ja Pohjois-Amerikassa 20 % ekstaasia (CND, 2004). Viiden viime vuoden aikana Yhdistyneessä kuningaskunnassa on takavarikoitu kaikista EU:n jäsenvaltioista eniten ekstaasia ([56]).

Ekstaasitakavarikkojen määrä ([57]) EU:n tasolla on kasvanut nopeasti vuonna 1997 tapahtuneen laskun jälkeen. Niiden maiden suuntausten perusteella, joista saatiin tietoja, ekstaasitakavarikkojen määrä näyttää pudonneen vuonna 2002. Tämä on kuitenkin tarkistettava sitten, kun puuttuvat

([49]) Tämä luettelo ei sisällä Yhdistyneessä kuningaskunnassa viime vuosina löydettyjä useita laittomia amfetamiinilaboratorioita. Lisäksi Luxemburgista löydettiin ensimmäisen kerran salainen amfetamiinilaboratorio vuoden 2003 alussa.

([50]) Tämä on tarkistettava sitten, kun Yhdistyneen kuningaskunnan vuoden 2002 tiedot saadaan. Tiedot amfetamiinitakavarikkojen määrästä vuonna 2002 puuttuivat Belgian, Italian, Unkarin, Alankomaiden ja Puolan osalta; tiedot sekä amfetamiinitakavarikkojen määrästä että takavarikoitujen amfetamiinien määristä vuonna 2002 puuttuivat Irlannin, Kyproksen, Unkarin, Maltan, Puolan, Slovakian ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.

([51]) Ks. Markets_Tbl 7 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([52]) Ks. Markets_Tbl 8 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([53]) Tämä on tarkistettava sitten, kun puuttuvat vuoden 2002 tiedot saadaan.

([54]) Ks. Markets_Tbl 14 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([55]) Kaikista Alankomaissa vuonna 2002 löydetystä 43 synteettisten huumeiden tuotantolaitoksesta 18 liittyy nimenomaan MDMA:han.

([56]) Tämä on tarkistettava sitten, kun Yhdistyneen kuningaskunnan vuoden 2002 tiedot saadaan. Tiedot ekstaasitakavarikkojen määrästä vuonna 2002 puuttuivat Belgian, Unkarin, Alankomaiden ja Puolan osalta; tiedot sekä ekstaasitakavarikkojen määrästä että takavarikoidun ekstaasin määristä vuonna 2002 puuttuivat Italian, Kyproksen, Maltan, Slovakian ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.

([57]) Ks. Markets_Tbl 9 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

vuoden 2002 tiedot – etenkin Yhdistyneen kuningaskunnan tiedot – saadaan. Takavarikoidun ekstaasin määrät ([58]) kasvoivat nopeasti vuosina 1997–2000, mutta kasvu tasaantui vuonna 2001. Määrät nousivat jälleen vuonna 2002 useimmissa tietoja antaneissa maissa.

Vuonna 2002 ekstaasitabletti maksoi keskimäärin 6 eurosta (Tšekki) 20–25 euroon (Italia, Suomi) ([59]). Äskettäin (DrugScope, 2004) ekstaasitabletin hinnaksi on kuitenkin paikoitellen Yhdistyneessä kuningaskunnassa ilmoitettu vain 1,5 euroa. Viiden viime vuoden aikana ekstaasitabletit ovat vähitellen halventuneet useimmissa EU-maissa. Suuntaus jatkui vuonna 2002 kaikissa maissa paitsi Virossa, jossa tablettien hinta nousi hieman.

Viiden vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna ekstaasina myytyjen tablettien amfetamiinipitoisuus näyttää laskeneen, ja niistä löytyy yhä enemmän ekstaasia ja ekstaasin kaltaisia aineita. Kaikissa EU-maissa vuonna 2002 ainoat psykoaktiiviset aineet useimmissa ekstaasina myydyissä ja analysoiduissa tableteissa olivat ekstaasi (MDMA) ja ekstaasin kaltaiset aineet (MDEA, MDA). Belgiassa, Tanskassa, Saksassa, Liettuassa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa tällaisia tabletteja oli yli 95 prosenttia analysoitujen ekstaasitablettien kokonaismäärästä. Ekstaasitablettien MDMA-pitoisuus vaihtelee suuresti erissä (jopa samalla logolla varustetuissa tableteissa) maiden sisällä ja välillä. Useimmissa EU-maissa tehoaineen (MDMA) keskimääräinen pitoisuus tabletissa oli 60–80 mg vuonna 2002, mutta vaihteluväli oli tätä suurempi Unkarissa ja Norjassa.

LSD

LSD:tä valmistetaan ja salakuljetetaan selvästi vähemmän kuin muita synteettisiä huumeita, kuten amfetamiinin kaltaisia piristeitä. Maailmassa tehdyt LSD-takavarikot vähenivät 73 prosenttia vuosina 2000–2001. Vuonna 2001 suurin määrä yksikköjä takavarikoitiin Yhdysvalloissa, Espanjassa ja Alankomaissa (UNODC, 2003a). Yhdistyneessä kuningaskunnassa tehtiin kaikista EU-maista eniten LSD-takavarikkoja vuoteen 2000 saakka, mutta Saksa on nyt mennyt sen edelle ([60]). Viiden viime vuoden aikana sekä LSD-takavarikkojen määrä ([61]) että takavarikoidut määrät ([62]) ovat – vuonna 2000 tapahtunutta tasaantumista lukuun ottamatta – laskeneet tasaisesti EU:n tasolla. LSD-yksikön keskihinta käyttäjille vaihteli EU:ssa vuonna 2002 Yhdistyneen kuningaskunnan 5 eurosta Italian yli 20 euroon ([63]).

Kansainvälinen toiminta synteettisten huumeiden salakuljetusta vastaan

Komissio on laatinut yhteistyössä Europolin kanssa joulukuussa 2003 raportin, jossa kuvataan tärkeimpien monenkeskisten hankkeiden nykyistä tilannetta kartoittamalla verkostojen levinneisyys ja saatu kokemus tällä alalla Euroopan unionin tasolla, jäsenvaltioissa ja hakijamaissa. Raportissa esitettyihin keskeisiin hankkeisiin kuuluu laaja synteettisten huumeiden vastainen toimintamalli Euroopassa (Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe, CASE), jossa yhdistyvät Ruotsin valtion rikosteknisen laboratorion SKL:n (Statens Kriminaltekniska Laboratorium) amfetamiinin oikeudellinen profilointi ja Euroopan unionin tasolla kooste lainvalvontatiedoista, jotta tunnistettaisiin synteettisten huumeiden tuotantopaikat ja rikollisjärjestöt, jotka ovat synteettisten huumeiden tuotannossa ja kaupankäynnissä mukana, ja voitaisiin aloittaa rikostutkimukset. Europolin CASE-analyysitiedosto tukee hanketta. Toisessa hankkeessa (EILCS – Europol Illicit Laboratory Comparison System) vertaillaan synteettisten huumeiden tuotantolaitoksista ympäri Eurooppaa saatuja valokuvia ja tietoja, mikä avaa mahdollisuuden tutkia yhteyksiä eri paikkojen, takavarikoitujen välineiden ja välineiden toimittamisen taustalla olevien tekijöiden välillä.

Lisäksi EELS (Europol Ecstasy Logo System) tekee vuotuisen logohakemiston, joka levitetään maailmanlaajuisesti asiaan kuuluville lainvalvontaviranomaisille. EELS on työskennellyt läheisessä yhteistyössä CAPEn (Central Analysis Programme Ecstasy) kanssa, joka toimii Saksan liittovaltion keskusrikospoliisiviraston (BKA) alaisuudessa.

Interpol on käynnistänyt hankkeen synteettisiä huumeita tuottavia ja myyviä järjestäytyneitä rikollisryhmiä vastaan. SYDRUG-hankkeessa kootaan ja yhdistetään operatiivisia tietoja monikansallisia operaatioita varten ([64]). Suuntaukset osoittavat, että ekstaasia salakuljetetaan Länsi-Euroopasta Pohjois-Amerikkaan, Kaakkois-Aasiaan ja Oseaniaan (Interpol, 2002).

On yhä ilmeisempää, että huumeiden salakuljetusverkostojen ja lähtöaineiden salakuljetusverkostojen välillä on yhteyksiä. Tammikuussa 2003 aloitettiin operatiiviset toimet kansainvälisessä

([58]) Ks. Markets_Tbl 10 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([59]) Ks. Markets_Tbl 14 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([60]) Tämä on tarkistettava sitten, kun Yhdistyneen kuningaskunnan vuoden 2002 tiedot saadaan. Tiedot LSD-takavarikkojen määrästä vuonna 2002 puuttuivat Espanjan, Italian, Liettuan, Unkarin ja Alankomaiden osalta; tiedot sekä LSD-takavarikkojen määrästä että takavarikoidun LSD:n määristä vuonna 2002 puuttuivat Belgian, Irlannin, Kyproksen, Maltan, Slovakian ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.
([61]) Ks. Markets_Tbl 11 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([62]) Ks. Markets_Tbl 12 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([63]) Ks. Markets_Tbl 14 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([64]) SYDRUG, synteettisiä huumeita koskeva Interpolin maailmanlaajuinen hanke, Lyon, huhtikuu 2003.

Yhteisen toiminnan puitteissa valvottavat uudet synteettiset huumeet

Viidestä uudesta synteettisestä huumausaineesta on tehty riskiarviointi vuosina 1998–2002 yhteisen toiminnan puitteissa (MBDB, 4-MTA, GHB, ketamiini ja PMMA). EMCDDA:n tieteellinen komitea toteutti vuonna 2003 yhdessä jäsenvaltioiden nimeämien asiantuntijoiden ja Euroopan komission, Europolin ja Euroopan lääkearviointiviraston (EMEA) edustajien kanssa riskinarvioinnin, jonka kohteena oli neljä uutta synteettistä huumetta: 2C-I (2,5-dimetoksi-4-jodifenetyyliamiini), 2C-T-2 (2,5-dimetoksi-4-etyylitiofenetyyliamiini), 2C-T-7 (2,5-dimetoksi-4-(n)-propyylitiofenetyyliamiini) ja TMA-2 (2,4,5-trimetoksiamfetamiini) ([1]). Riskinarvioinnin tuloksena neuvosto päätti 27. marraskuuta 2003 ([2]) saattaa kyseiset neljä yhdistettä valvontatoimenpiteiden ja rikosoikeudellisten seuraamusten piiriin 15 EU-maassa.

Erityisen tieteellisen riskiarvioinnin tekeminen uusista synteettisistä huumeista on äärimmäisen vaikeaa, mikä johtuu rajallisesta määrästä tieteellisiä vertaisarviointeja. Kuitenkin tiedot, jotka perustuvat eläinkokeisiin toksisista vaikutuksista (esim. TMA-2:sta) ja jotka ovat yhdenmukaisia osittain yhteydessä oleviin yhdisteisiin, sekä näyttö muista tietolähteistä, kuten yksittäisistä käyttäjäraporteista, tiedotusvälineistä ja epävirallisista julkaisuista, antavat pohjaa arvioinneille.

([1]) Riskinarviointiraportit esitetään EMCDDA:n Internet-sivustolla (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584).

([2]) Neuvoston päätös 2003/847/YOS, tehty 27 päivänä marraskuuta 2003, uusia synteettisiä huumausaineita 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 ja TMA-2 koskevista valvontatoimenpiteistä ja rikosoikeudellisista seuraamuksista.

aloitteessa, jolla pyritään estämään amfetamiinin kaltaisten piristeiden laittomaan valmistukseen tarvittavien tärkeimpien lähtöaineiden kulkeutuminen laittomiin tarkoituksiin (Project Prism). Salakuljettajat käyttävät lähtöaineina yhä useammin farmaseuttisia valmisteita (INCB, 2004b).

Nopea tiedonvaihtojärjestelmä

Yhteinen toiminta ([65]) ja sen nopea tiedonvaihtojärjestelmä perustettiin, jotta voitaisiin tunnistaa uudet synteettiset huumausaineet ([66]), arvioida niiden riskejä ja luoda päätöksentekoprosessi niiden valvomiseksi. Uusilla synteettisillä huumausaineilla on edelleen vain pieni murto-osa kaikista synteettisten huumausaineiden markkinoista, joita hallitsevat yhä MDMA (ekstaasi), amfetamiinit ja LSD. Vaikka yhteisen toiminnan avulla on pystytty tunnistamaan uusia synteettisiä huumausaineita, on hyvä huomata, että suurin osa uusia yhdisteitä koskevista tiedoista saadaan jäsenvaltioista, joilla on hyvät analyysi- ja ilmoitusvalmiudet sekä oikeuslääketieteellisten ja toksikologisten laboratorioiden että tietojen tarjoajien operatiivisten verkostojen osalta. Siksi seuraava tilannekuvaus saattaa kertoa enemmän uusia synteettisiä huumausaineita koskevien kansallisten tiedonvaihtojärjestelmien toiminnasta kuin Euroopan huumemarkkinoiden nykytilasta.

Nopeassa tiedonvaihtojärjestelmässä seurattavat huumeet

Vuonna 2003 nopeassa tiedonvaihtojärjestelmässä seurattiin säännöllisesti kaikkia riskien arvioinnin piiriin vuodesta 1998 lähtien saatettuja aineita – näitä ovat MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB ja ketamiini – sekä seuraavia fenetylamiineja: 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 ja TMA-2. Lisäksi seurattiin useita aineita, joista EMCDDA on saanut tietoja, kuten tiettyjä tryptamiineja (5-MeO-DMT, 5-MeO-DIPT, AMT, 5-MeO-AMT ja 5-MeO-tryptamiini) ja piperatsiineja (BZP ja TFMPP) ([67]).

Sekä Espanja että Yhdistynyt kuningaskunta ilmoittivat, että poliisi takavarikoi pieniä määriä MBDB:tä vuonna 2003. Vuonna 1999 yhteisen toiminnan perusteella valvonnan alaiseksi saatettu 4-MTA näyttää kadonneen markkinoilta, koska viime vuosina ei ole ilmoitettu takavarikoista. Ruotsissa tehtiin yksi PMMA-takavarikko, ja Tanskassa takavarikoitiin sekä PMMA:ta että PMA:ta sisältäviä tabletteja. Belgiassa yksi laboratorio ilmoitti PMMA:ta sisältäneistä virtsanäytteistä, ja lisäksi erään hätäaseman ilmoittamassa päihtyneen henkilön toksikologisessa analyysissa oli PMA:ta (yhdessä MDA:n ja MDMA:n kanssa). Näyttää siltä, että nämä kolme ainetta – MBDB, 4-MTA ja PMMA – eivät ole enää suosittuja synteettisten huumausaineiden käyttäjien keskuudessa.

Tryptamiineihin lukeutuvia huumausaineita takavarikoitiin eniten Ruotsissa ja Suomessa. Sekä Ranska että Tanska ilmoittivat kuitenkin saaneensa 5MeO-DiPT-näytteitä. Monia tryptamiiniyhdisteitä ei valvota kansainvälisellä tai kansallisella tasolla, joten kaupalliset laboratoriot (pääasiassa yhdysvaltalaisyritykset) voivat tuottaa ja myydä niitä Internetissä "tutkimuskemikaaleina". Lisäksi Internetissä

([65]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346.

([66]) Vuoden 1997 yhteisessä toiminnassa uusia synteettisiä huumausaineita koskevasta tiedonvaihdosta, riskien arvioinnista ja valvonnasta (EYVL L 167, 25.6.1997) määritellään uudet synteettiset huumausaineet synteettisiksi huumausaineiksi, joita ei toistaiseksi ole merkitty psykotrooppisia aineita koskevan yleissopimuksen (Wien 1971) luetteloihin, jotka aiheuttavat yleissopimuksen ensimmäisessä ja toisessa luettelossa mainittuihin aineisiin verrattavan kansanterveyteen kohdistuvan vakavan vaaran ja joiden hoidollinen merkitys on vähäinen. Yhteinen toiminta koskee lopputuotteita erotukseksi lähtöaineista.

([67]) Useimmat luetelluista uusista aineita ovat markkinoilla aivan uusia, eikä niillä ole vielä (katu)nimityksiä.

on runsaasti lähes kaikkien uusien ja "vanhojen" synteettisten huumausaineiden valmistusohjeita.

Ruotsissa on löydetty yhä enemmän BZP:tä, joka esiintyy usein TFMPP:n kanssa, ja sitä on havaittu myös Belgiassa, Espanjassa, Alankomaissa ja Suomessa.

Niistä fenetylamiinista, joista tehtiin riskien arviointi vuonna 2003, usein "i"-logolla varustettuina tabletteina myytävän 2C-I:n suosio näyttää olevan kasvussa; pieniä takavarikkoja tehtiin Suomessa, Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, ja huumetta löydettiin Ranskasta, Espanjasta ja Alankomaista. Lisäksi Suomessa ja Alankomaissa takavarikoitiin suhteellisen suuria määriä 2C-H:ta (tämä yhdiste ei vaikuta ihmisiin, mutta se on 2C-I:n, 2C-C:n ja 2C-B:n lähtöaine), ja on saatu näyttöä siitä, että Alankomaissa aine oli tarkoitettu lähtöaineeksi 2C-I:n tuotannossa.

Synteettiset huumausaineet, jotka saattavat levitä edelleen

Eurooppalaisen nopean tiedonvaihtojärjestelmän ja EMCDDA:n tiedekomitean yhteisen toiminnan mukaisesti tekemän riskien arvioinnin perusteella GHB ja ketamiini ovat sellaisia synteettisiä huumausaineita ([68]), jotka saattavat levitä edelleen merkittävästi viihdeympäristöissä.

GHB

YK:n maaliskuussa 2001 tekemä päätös GHB:n ottamisesta valvonnan piiriin on pantu täytäntöön useimmissa EU:n jäsenvaltioissa. Vuonna 2003 poliisi tai tulliviranomaiset takavarikoivat GHB:tä (yleensä nestemäisessä muodossa) Belgiassa, Tanskassa, Virossa, Espanjassa, Ranskassa, Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa. Suuntaukset olivat GHB:n osalta epätasaisia. Ruotsissa GHB-takavarikot vähenivät vuonna 2003, kun taas Norjassa ne lisääntyivät merkittävästi. Yhdistyneessä kuningaskunnassa ei havaittu muutosta. Alankomaissakaan ei havaittu muutosta huumausainetietojen seurantajärjestelmään (DIMS) toimitettujen GHB-näytteiden määrässä, vaikka Alankomaiden kansallinen myrkytyskeskus ilmoitti GHB:tä koskevien tietopyyntöjen lisääntyneen hieman. Virossa GHB:n saatavuus lisääntyi merkittävästi. Alankomaissa ja Belgiassa saatiin pieniä määriä GHB-näytteitä jauhemaisessa muodossa.

Norjassa ja Ruotsissa GHB:n lähtöaineina toimivien kemikaalien – GBL:n (gammabutyrolaktoni) ja BD:n (1,4-butaanidioli) ([69]) – takavarikot lisääntyivät tuntuvasti. Niitä käytetään paljon erilaisissa teollisuusprosesseissa, joten niitä on runsaasti saatavilla (nautittuna kumpikin muuntuu nopeasti GHB:ksi). Norjassa ja Ruotsissa GHB:n lähtöaineita sai vuonna 2003 laittomilta markkinoilta helpommin kuin aiempina vuosina.

Vapaa-ajan ympäristöissä eli illanviettopaikoissa ja klubeilla tehdyissä huumekyselyissä esitetään yhä useammin GHB:n käyttöä koskevia kysymyksiä. Saksassa GHB:n kulutus on Saksan liittovaltion keskusrikospoliisiviraston (BKA:n) mukaan kasvanut ([70]), kun taas Amsterdamissa Antenna Amsterdamin ([71]) vuonna 2002 tekemän paneelitutkimuksen mukaan "GHB:tä käytettiin edelleen melkein kaikissa klubiverkostoissa; trendien suunnannäyttäjät eivät kuitenkaan käyttäneet huumetta yhtä paljon kuin vuotta aiemmin, ja GHB:n leviäminen näyttää pysähtyneen". Itävallassa havaittiin pillereiden testausta koskevassa tutkimuksessa, että GHB:tä ainakin kerran käyttäneitä oli 12,6 prosenttia Wienissä reiveissä käyneiden 225 nuoren otoksessa (Benschop et al., 2002).

Vuonna 2003 GHB:tä havaittiin ihmisten antamissa näytteissä Belgiassa, Ruotsissa ja Norjassa sekä päihtyneiltä henkilöiltä ja sairaaloiden ensiapupotilailta otetuissa näytteissä Espanjassa (Barcelona) ja Alankomaissa. GHB:hen liittyvien ensiaputapausten määrä Amsterdamissa ei muuttunut vuodesta 2001 vuoteen 2002, vaan kumpanakin vuonna oli hieman yli 60 tapausta.

Ketamiini

Ketamiinia takavarikoitiin ja/tai sitä havaittiin ihmisten antamissa näytteissä vuonna 2003 Belgiassa, Kreikassa, Espanjassa, Ranskassa, Suomessa, Ruotsissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa. Itävallassa (Benschop et al., 2002) havaittiin, että ketamiinia ainakin kerran käyttäneitä oli 11,7 prosenttia Wienissä teknobileissä käyneiden 225 nuoren otoksessa. Ketamiinin leviämistä on vaikea estää, koska se on lisensoitu eläinlääkkeeksi. Sitä on helppo saada laillisen tuotannon kautta.

Uusien käyttötapojen terveysriskit

Vuonna 2003 EU:n jäsenvaltiot vaihtoivat nopeassa tiedonvaihtojärjestelmässä hyödyllistä tietoa joistakin valvotuista aineista, jotka voivat aiheuttaa vakavia terveysriskejä uusien käyttötapojen takia. EU-maat saivat ennakkovaroituksia esimerkiksi suuria pitoisuuksia sisältävistä MDMA-tableteista Belgiasta, Ranskasta ja Europolista tulleiden tietojen perusteella sekä ekstaasina myydyistä mutta muita vaarallisia aineita, kuten DOB:tä (2,5-dimetoksi-4-bromiamfetamiini), sisältäneistä tableteista Irlannin antamien tietojen perusteella.

([68]) Kumpikaan ei varsinaisesti ole vuoden 1997 yhteisen toiminnan määritelmän mukainen uusi synteettinen huumausaine, mutta niitä seurataan riskien arvioinnin perusteella.

([69]) Reitoxin nopean tiedonvaihtojärjestelmän tilanneselvitykset vuodelta 2003.

([70]) Reitoxin nopean tiedonvaihtojärjestelmän tilanneselvitykset vuodelta 2003.

([71]) Antenna Amsterdam on monen menetelmän seurantajärjestelmä, jossa pyritään tunnistamaan ja tulkitsemaan uusia suuntauksia ja muutoksia laillisten ja laittomien huumausaineiden käytössä ja rahapeleissä Amsterdamin nuorten keskuudessa sekä uudistamaan ja parantamaan ehkäisevää huumetyötä.

Luku 5

Kokaiini ja crack-kokaiini

Johdanto

Kokaiininkäyttäjien katsotaan yleensä olevan joko varakkaita, muotitietoisia ja yhteiskuntaan sopeutuneita tai sitten yhteiskunnasta syrjäytyneitä ja vähäosaisia, jolloin kokaiinin polttoon liittyy erityisesti ongelmakäyttö. On tärkeää huomata, että huumeen käytön keskittyminen tiettyihin alaryhmiin ja maantieteellisiin alueisiin merkitsee, että kansalliset tiedot saattavat heijastaa huonosti suuntauksia, jotka voivat olla huomattavia niissä yhteisöissä tai väestöryhmissä, joissa ne esiintyvät. Nyt on kuitenkin heräämässä huoli siitä, että kokaiininkäyttö saattaa olla yleistymässä Euroopassa ja että sen käyttäjiä on yhä useammassa sosiaaliryhmässä.

Kokaiinin käytön levinneisyys

Väestötutkimukset

Tuoreiden kansallisten väestötutkimusten mukaan 0,5–6 prosenttia aikuisväestöstä myöntää kokeilleensa kokaiinia ainakin kerran. Luvut ovat korkeimpia Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Kokaiinia on käyttänyt hiljattain (viimeisten 12 kuukauden aikana) yleensä alle 1 prosentti aikuisista, mutta Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa hiljattain käyttäneitä on yli 2 prosenttia. Nämä luvut ovat selvästi alempia kuin kannabiksen vastaavat luvut, mutta käyttö voi nuorten aikuisten keskuudessa olla huomattavasti yleisempää kuin väestössä keskimäärin.

Nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) keskuudessa kokaiinia ainakin kerran käyttäneitä on 1–10 prosenttia. Yleensä hiljattain käyttäneitä on noin puolet ainakin kerran käyttäneiden määrästä. Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa luku on yli 4 prosenttia.

Väestössä kokaiinin käyttö joko loppuu kokeilujakson jälkeen nuorena aikuisena, tai käyttö on satunnaista ja keskittyy viikonloppuihin ja viihdeympäristöihin (baareihin ja diskoihin).

Tutkimuksissa on havaittu tiettyjä ryhmiä, joissa kokaiinin kulutus on yleisempää kuin koko väestössä. Esimerkiksi tuoreissa tutkimuksissa viidessä maassa (Tanska, Saksa, Espanja, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta) on todettu, että kokaiinia on käyttänyt ainakin kerran 5–13 prosenttia 15–24-vuotiaista miehistä. Hiljattain käyttäneitä voi olla Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa peräti 5–7 prosenttia. Käyttö on todennäköisesti huomattavasti yleisempää kaupunkiympäristöissä. Klubeilla käyviin kohdennetuissa (ei-edustavissa) kyselyissä kokaiinia ainakin kerran käyttäneitä on ollut 40–60 prosenttia (EMCDDA, 2001).

Euroopan ulkopuolella vallitsevasta tilanteesta voidaan todeta, että Yhdysvalloissa vuonna 2002 kotitalouksissa suoritetun kyselyn mukaan kokaiinia oli käyttänyt ainakin kerran 14,4 prosenttia aikuisista (12 vuotta täyttäneistä) eli enemmän kuin missään Euroopan maassa. Kokaiinia oli käyttänyt hiljattain (viimeisten 12 kuukauden aikana) 2,5 prosenttia eli niin ikään enemmän kuin missään Euroopan maassa lukuun ottamatta Espanjaa (2,6 %) ([72]). Vuonna 2002 Yhdysvalloissa 18–25-vuotiaista miehistä 18,1 prosenttia oli käyttänyt kokaiinia ainakin kerran ja 8,4 prosenttia hiljattain.

Kokaiinin käytön suuntauksia

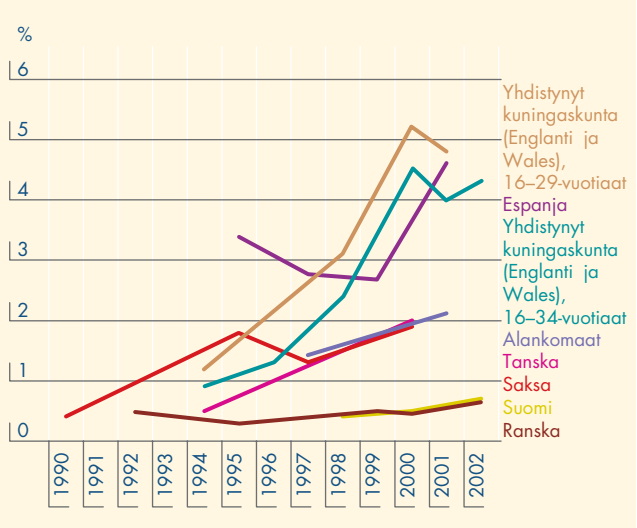
Kokaiinin käytön suuntauksia on vaikea jäljittää kansallisella tasolla, koska jatkuvat kansalliset tutkimussarjat ovat harvinaisia ja koska otoskoot ovat joissakin tapauksissa pieniä. Jatkuvat sarjat helpottavat suuntausten entistä parempaa tunnistamista erityisesti siten, että analyysi ja otanta keskitetään tiettyihin ryhmiin, kuten nuoriin miehiin kaupunkialueilla.

Koko väestö

Kokaiinin hiljattainen käyttö nuorten keskuudessa näyttää lisääntyneen Yhdistyneessä kuningaskunnassa jatkuvasti

([72]) Vuonna 2002 Yhdysvalloissa huumeidenkäytöstä tehdyn kansallisen tutkimuksen tulokset ja terveydenhoitotilastot (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies). Saatavissa SAMHSA:n www-sivustolla (http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm). *Huom.* Yhdysvaltojen kyselyssä ikäryhmä (12 vuotta täyttäneet) on laajempi kuin EMCDDA:n ikäryhmä (15–64-vuotiaat) EU:n tutkimuksissa. Luvut olisivat todennäköisesti korkeammat, jos Yhdysvaltojen tiedot ilmoitettaisiin 15–64-vuotiaiden ikäryhmässä, kuten EU:ssa.

Kaavio 9: Kokaiinin käytön kehitys (viimeisen vuoden aikana) nuorten aikuisten keskuudessa joissakin EU-maissa kansallisissa väestötutkimuksissa mitattuna



Huom. Tiedot on saatu jokaisesta maasta saatavilla olevista väestötutkimuksista. Kunkin väestötutkimuksen luvut ja menetelmät esitetään vuoden 2004 Tilastotiedotteessa GPSurvey_Tbl 4.
EMCDDA määrittelee nuoriksi aikuisiksi 15–34-vuotiaat (Tanskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa alaikärajana on 16 vuotta, Saksassa 18 vuotta, Ranskassa ikäryhmään kuuluivat 25–34-vuotiaat vuonna 1992 ja 18–39-vuotiaat vuonna 1995).
Otosten koot (vastaajien määrät) 15–34-vuotiaiden ryhmässä kussakin maassa ja kunakin vuonna esitetään vuoden 2004 Tilastotiedotteessa GPSurvey_Tbl 4.
Tanskan vuoden 1994 luku koskee "kovia huumeita".

Lähde: Reitoxin kansalliset raportit 2003, tiedot on otettu tieteellisistä tutkimusraporteista tai artikkeleista. Ks. yksittäiset lähteet vuoden 2004 Tilastotiedotteessa, *epidemiological tables on population surveys.*

vuoteen 2002 saakka ([73]) ja mahdollisesti jonkin verran myös Tanskassa, Saksassa, Alankomaissa ja Espanjassa (kaavio 9). Muut maat ovat tuoreissa Reitoxin kansallisissa raporteissaan (2001–2003) ilmoittaneet käytön lisääntymisestä paikallisten tai kvalitatiivisten tietojen perusteella (Kreikka, Irlanti, Italia ja Itävalta).

Koululaiset

Espanja on ainoana jäsenvaltiona antanut uusia tietoja, joiden mukaan kokaiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus on viime aikoina noussut 15–16-vuotiaiden koululaisten keskuudessa. Osuus oli 4,1 prosenttia vuonna 2000 ja 5,9 prosenttia vuonna 2002 ([74]). Vaikka käyttö 15–16-vuotiailla koululaisilla ei kasvanut Italiassa, käytön yleistymistä havaittiin vanhemmissa koululaisissa Italiassa.

Muita indikaattoreita

Kokaiinin käyttöä kuvaavien indikaattoreiden (hoidontarve ([75]), matalan kynnyksen palvelujen käyttö, sairaaloiden ensiaputapausten määrä, poliisin takavarikot, toksikologiset tulokset menehtyneistä) kohoaminen joissakin maissa on herättänyt huolta.

Kokaiiniin liittyvä hoito näyttää olevan lisääntymässä kaikkialla EU:ssa, ja joissakin maissa nousu on erittäin merkittävää. Kokaiini on toiseksi yleisimmin mainittu huumausaine hoitoraporteissa Alankomaissa (35 % hoidontarpeesta) ja Espanjassa (26 % hoidontarpeesta). Euroopassa hoidon tarve näyttää useimmiten liittyvän kokaiinijauheen (yleensä kokaiinihydrokloridin) käyttöön.

Poltettavat kokaiinivalmisteet liittyvät kaikkialla maailmassa erityisesti ongelmakäyttöön. Crack-kokaiinin käyttö mainittiin uutena tai kasvavana ongelmana tietyissä kaupungeissa tai tietyillä alueilla Saksassa, Espanjassa, Ranskassa, Irlannissa, Alankomaissa, Itävallassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Käyttötavat

Yleensä kokaiinin kulutus on vähäistä nuorten viihdekäyttäjien keskuudessa, ja jatkuva käyttö on erittäin harvinaista. Joistakin maista (Saksa, Espanja, Alankomaat, Itävalta ja Yhdistynyt kuningaskunta) saatujen tietojen mukaan kokaiinin ja crackin käyttötavat vaihtelevat paljon asiakkaiden välillä ja ajallisesti jopa huumehoitoa ja matalan kynnyksen palveluja käyttävien ongelmakäyttäjien keskuudessa. Tiedot kokaiinin ja crackin käyttötiheydestä sekä nautituista määristä ovat kuitenkin erittäin rajallisia. Piikitystiloissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että poltettavan kokaiinin käyttö on erityisen yleistä tällaisia palveluja käyttävien naispuolisten seksityöntekijöiden keskuudessa (Stöver, 2001; Zurhold et al., 2001).

Käyttömuodot

Kokaiinin käyttömuodoista tarvitaan yhä enemmän ja parempia tietoja, jotta saadaan entistä selkeämpi käsitys käytön terveysriskeistä ja indikaattoreista. Kokaiinihydrokloridia (kokaiinijauhetta) käytetään tyypillisesti nuuskaamalla ja harvemmin suonensisäisesti, kun taas crackia poltetaan lämmitetyissä piipuissa. Freebase-kokaiinia "poltetaan" hengittämällä höyryjä, joita syntyy, kun huumetta lämmitetään yleensä foliossa liekin päällä. Kokaiinia on kerrottu poltettavan myös savukkeessa.

Huumehoidon työntekijät Yhdistyneestä kuningaskunnasta ovat kuitenkin ilmoittaneet, että crack-kokaiinia käytetään joskus suonensisäisesti, kun se on yhteydessä heroiinin

([73]) Vuosien 2001/2002 kyselyn tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että noususuuntaus on tasaantumassa kaikkien aikuisten ja nuorten aikuisten keskuudessa (ks. kaavio 7). Yhdistyneen kuningaskunnan sisäministeriön mukaan kokaiinin käytön kasvu vuosina 1996–1998 ja vuosina 1998–2000 oli merkittävää eli 5 prosenttia. Vuoden 2000 ja vuosien 2001–2002 välillä ei kuitenkaan ollut merkittävää nousua.

([74]) Ks. Prevalence_Tbl 1 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([75]) Ks. kaavio 20 ja TDI_Tbl 10 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa

käyttöön. "Crack" on ruskean heroiinin tavoin liukenematon, ja se on sekoitettava happoon, ennen kuin se muuntuu aktiiviseen muotoon, liukenevaksi suolaksi ([76]).

Kokaiinin tavanomainen polttaminen joko crack-kokaiinin tai freebase-kokaiinin (eri valmisteita, joita voidaan pitää farmakologisesti vastaavina) muodossa väheni vuonna 2002 vuoteen 2000 verrattuna.

Kokaiinikuolemat

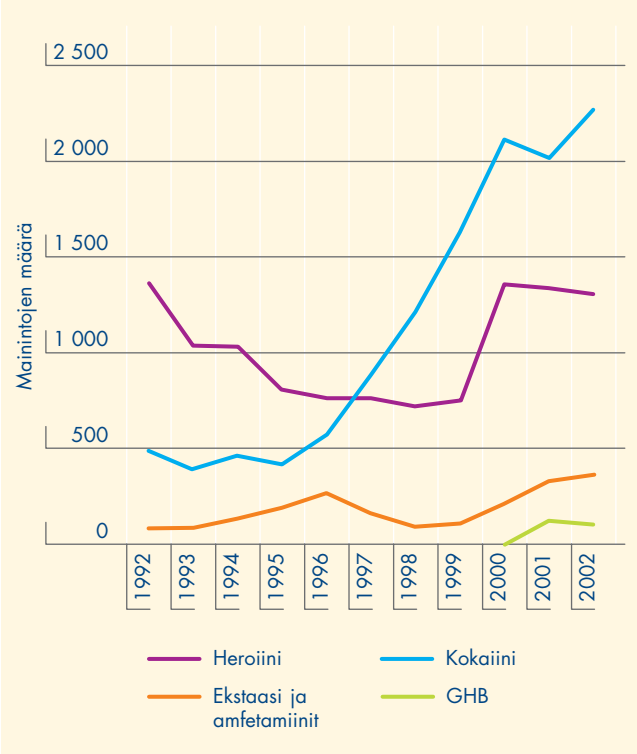
Kokaiinin, amfetamiinin tai ekstaasin aiheuttamasta päihtymystilasta johtuvat kuolemat, joissa ei ole todisteita opiaattien käytöstä, ovat Euroopassa harvinaisia.

On kuitenkin todennäköistä, että nykyisiin tilastoihin kirjataan puutteellisesti kokaiiniin liittyvät kuolemat, ja tiedot ilmoitetaan eri muodoissa. Joissakin maissa kokaiinia löydetään opiaattien kanssa suuressa osassa huumekuolemista (Portugali 22 %, Espanja 46 %). Tämä luku saattaa olla yhtä korkea muissakin maissa, mutta ilmoitusjärjestelmissä kuolemaa pidetään yleensä yksinomaan opiaattien aiheuttamana, kun niitä löytyy verestä. Yhdistyneessä kuningaskunnassa kokaiinia koskevien "mainintojen" määrä kuolintodistuksissa lisääntyi kahdeksankertaiseksi vuosina 1993–2001. Alankomaissa kokaiinin aiheuttamien kuolemien määrä kasvoi kahdesta vuonna 1994 aina 26:een vuonna 2001. Yksinomaan kokaiinin aiheuttamia huumekuolemia, joihin ei liity opiaatteja, on 1–10 prosenttia, mutta absoluuttiset määrät ovat pieniä.

Kokaiini voi olla merkittävä osatekijä sydän- ja verisuoniongelmien (rytmihäiriöt, sydäninfarkti, aivoverenvuodot) aiheuttamissa kuolemissa varsinkin, jos käyttäjillä on niihin altistavia sairauksia (kuten aivovaltimoaneurysma tai piilevät sydänviat). Moni tapaus voi jäädä huomaamatta tiedonpuutteen ja/tai uhrien opiaattien käyttäjiin verrattuna erilaisten sosiaalisten olojen takia.

Kokaiinin käyttöön liittyvät mahdolliset vaarat on havaittu Espanjassa ([77]), jossa kokaiini mainittiin 44–49 prosentissa huumeiden aiheuttamien akuuttien reaktioiden takia sairaalahoitoa vaatineista ensiaputapauksista vuosina 1999–2001. Useimmissa tapauksissa kokaiinia oli poltettu tai käytetty suonensisäisesti. Barcelonassa kerätään tietoja sairaalahoitoa vaatineista ensiaputapauksista kaikissa kaupungin pääsairaaloissa pitkällä aikavälillä vuoden mittaan, jolloin saadaan kattava kuva huumeiden aiheuttamien reaktioiden takia sairaalaan otetuista potilaista (kaavio 10).

Kaavio 10: Huumemainintojen määrä sairaaloiden ensiaputapauksissa huumeen tyypin mukaan, Barcelona, 1992–2002



Huom. Yhteen tehohoitojaksoon saattaa sisältyä maininta useammasta aineesta.
Lähde: Sistema d'Informació de Droges de Barcelona (2003), *La Salut a Barcelona, 2002*, Barcelona: Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.

Suoraan kokaiiniin liittyvien terveyshaittojen lisäksi on yhä suurempi huoli siitä, että jotkin käytetyistä lisäaineista voivat aiheuttaa itsessään lisäriskin terveydelle. Esimerkiksi fenasetiinin on ilmoitettu olevan yleinen lisäaine takavarikoiduissa analyysinäytteissä. Tämä huume on yhdistetty maksan, munuaisten ja veren toiminnan häiriöihin sekä syöpään.

Huumeiden vastaiset toimet

Kokaiinin ongelmakäytön hoito

Kokaiinin ongelmakäyttäjiä hoidetaan yleensä erikoistumattomissa ympäristöissä eli muiden laittomien (tai laillisten) huumausaineiden käytön takia hoidettavien asiakkaiden ohella. Hoitovaihtoehdot rajoittuvat lähinnä muihin kuin farmakologisiin toimenpiteisiin, joilla pyritään muuttamaan riippuvuuskäyttäytymistä huumausaineeseen katsomatta. Näihin toimenpiteisiin kuuluvat alhaisen intensiteetin toimenpiteet, kuten neuvonta ja sairaalahoito,

([76]) Yhdistyneen kuningaskunnan Forensic Science Service Drug Intelligence Unit (2003), *Drug Abuse Trends: Crack Issue* 24, s. 13.
([77]) Espanjassa on seurattu usean vuoden ajan psykoaktiivisten aineiden aiheuttamien akuuttien reaktioiden takia sairaalahoitoa vaatineita ensiaputapauksia koko maan sairaaloista muodostetun otoksen avulla yhden viikon ajalta vuodessa. Siinä kirjataan aineita koskevat "maininnat". Menetelmiä koskevat lisätiedot: ks. Reitoxin kansallinen raportti 2003 (s. 34–36).

sekä intensiiviset toimenpiteet, kuten pitkäaikainen laitoshoito. Voidaan tarjota myös vaihtoehtoisia hoitomuotoja, kuten akupunktiota (Seivewright et al., 2000).

Lääkehoidon osalta kokaiinin ongelmakäyttöön ei ole olemassa vakiintunutta farmakologista hoitoa. Kokaiinin käyttäjien saatavilla on suppea valikoima farmakologisia hoitomuotoja, ja niillä on vain vähän, jos lainkaan, todennettua vaikutusta. Kahdessa järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa havaittiin, ettei mikään näyttö tukenut antikonvulsiivisen karbamatsepiinin eikä masennuslääkkeiden kliinistä käyttöä kokaiiniriippuvuuden hoidossa (Lima et al., 2004a,b).

Nimenomaan kokaiinin ongelmakäyttäjille suunniteltujen hoitotoimenpiteiden suppeaa valikoimaa aiotaan lisätä tälle asiakasryhmälle kohdennetuissa aloitteissa. Alankomaissa on äskettäin avattu www-sivusto kokaiinin käyttäjiä varten, ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa laajennettiin palveluja keväällä 2003 kehittämällä uusia virastoja sekä antamalla uusia ohjeita ja parantamalla koulutusta. Itävallassa hoitoyksiköt pyrkivät mukauttamaan palveluja kokaiinin ongelmakäyttäjien tarpeisiin.

Muita tietoja kokaiiniin liittyvistä hoitopalveluista

Havainnot valvotuissa piikitystiloissa osoittavat, että kokaiiniin liittyvissä hätätilanteissa asiakkaille ovat tyypillisiä erittäin suuri levottomuus ja yleinen vainoharhaisuus, ja henkilökunnan on vaikea tietää, miten pitäisi toimia (EMCDDA, 2004a). Crack-kokaiinin kaupan kasvu on yhdistetty aggressiivisuuden lisääntymiseen asiakkaiden ja myyjien välillä (Stöver, 2001).

On epäselvää, missä määrin ongelmat johtuvat suoraan kokaiinin poltettavien muotojen käytöstä tai missä määrin ne ovat yhteydessä kokaiinin käytön tiheyteen ja määrään tai muihin sosiaalisiin, psykologisiin tai huumeisiin liittyviin ongelmiin. Toimenpiteisiin kuuluvat varta vasten kehitetyt tiedotusaineistot riskeistä ja turvallisemmasta käytöstä, valvotut piikitystilat, jäähdyttelyhuoneet eli ns. "chill out" -tilat ja "suojakodit", joihin käyttäjät voivat vetäytyä rauhoittumaan, sekä avohoito (Stöver, 2001).

Huolta on ollut mahdollisesta riskistä pääasiassa kannabikseen liittyvien ongelmien takia hoitoon hakeutuvien nuorten huumeidenkäyttäjien altistumisesta kokaiinin käyttäjien häiriökäyttäytymiselle ja ongelmille on aiheuttanut huolta (Neale ja Robertson, 2004).

Takavarikot ja markkinatiedot ([78])

Tuotanto ja salakuljetus

Kolumbia on selvästi merkittävin laittoman kokaiinin lähde maailmassa ennen Perua ja Boliviaa (UNODC, 2003a). Maailmanlaajuinen kokaiinin tuotanto vuonna 2002 oli arviolta 800 tonnia, josta 72 prosenttia oli peräisin Kolumbiasta, 20 prosenttia Perusta ja 8 prosenttia Boliviasta. Valtaosa Euroopassa takavarikoidusta kokaiinista tulee suoraan Etelä-Amerikasta (erityisesti Kolumbiasta) tai Keski-Amerikan ja Karibian valtioiden kautta. Vuonna 2002 osa Euroopassa salakuljetetusta kokaiinista kulki kuitenkin Brasilian kautta (ja sieltä Portugaliin) tai Yhdysvaltojen kautta (ja sieltä Italiaan). Tärkeimmät saapumispaikat EU:ssa ovat Espanja, Portugali ja Alankomaat ja jossakin määrin myös Ranska ja Yhdistynyt kuningaskunta (Reitoxin kansalliset raportit, 2003; UNODC, 2003a; INCB, 2004a).

Takavarikot

Huumausainetoimikunnan mukaan (CND, 2004) kokaiini on kolmanneksi eniten salakuljetettu huumausaine maailmassa kannabisruohon ja kannabishartsin jälkeen. Takavarikoitujen määrien osalta kokaiinia salakuljetettiin myös vuonna 2002 eniten Amerikoissa ja Euroopassa. Euroopan osuus maailmassa takavarikoidun kokaiinin määristä oli 13,5 prosenttia (CND, 2004). Euroopassa useimmat kokaiinitakavarikot tehdään läntisissä maissa. Espanjassa tehtiin vuosina 1997–2002 enemmän kokaiinitakavarikkoja kuin missään muussa EU-maassa. Vuosina 2001 ja 2002 ([79]) sen osuus oli yli puolet sekä takavarikkojen määrästä että takavarikoiduista määristä EU:ssa.

Vuosina 1997–2002 kokaiinitakavarikkojen määrä ([80]) kasvoi kaikissa maissa Saksaa ja Italiaa lukuun ottamatta. Niiden maiden suuntausten perusteella, joista saatiin tietoja, kokaiinitakavarikot näyttävät lisääntyneen EU:n tasolla vuonna 2002.

Samalla viiden vuoden jaksolla takavarikoidun kokaiinin määrät ([81]) vaihtelivat, mutta suuntaus oli nouseva. Vuoden 2001 takavarikoitujen ennätysmäisten kokaiinimäärien jälkeen EU:n tasolla takavarikoidun kokaiinin määrät vähenivät tuntuvasti vuonna 2002 ([82]) lähinnä siksi, että Espanjassa (ja Portugalissa) takavarikoitu määrä supistui

([78]) Ks. luku 3, Takavarikkojen ja markkinatietojen tulkitseminen, s. 30.

([79]) Tämä on tarkistettava sitten, kun puuttuvat vuoden 2002 tiedot saadaan. Tiedot kokaiinitakavarikkojen määrästä vuonna 2002 puuttuivat Belgian, Italian, Alankomaiden ja Slovenian osalta; tiedot sekä kokaiinitakavarikkojen määrästä että takavarikoidun kokaiinin määristä vuonna 2002 puuttuivat Irlannin, Kyproksen, Unkarin, Maltan, Puolan, Slovakian ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.

([80]) Ks. Markets_Tbl 5 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([81]) Ks. Markets_Tbl 6 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([82]) Tämä on tarkistettava sitten, kun puuttuvat vuoden 2002 tiedot saadaan.

vuodesta 2001. Joissakin maissa (Saksa, Ranska, Italia, Norja) takavarikoidun kokaiinin määrät kasvoivat kuitenkin selvästi. Espanjassa, Alankomaissa ja Portugalissa takavarikoidun kokaiinin määrien lasku vuonna 2002 sekä Ranskassa, Saksassa ja Italiassa tapahtunut nousu voivat viitata siihen, että kokaiinia Eurooppaan tuovien salakuljettajien perinteisesti käyttämien saapumispaikkojen suhteellinen merkitys on muuttunut (CND, 2004). Tässä yhteydessä on syytä huomata, että vuoden 2002 alussa Alankomaat ryhtyi radikaaleihin toimenpiteisiin hillitäkseen Karibialta Schipholin lentokentälle tulevaa kasvavaa kokaiinikuriirien määrää, mitä on seurannut pidätettyjen kokaiinikuriirien määrän jyrkkä vähentyminen.

Vaikka jotkin EU-maat ovat ilmoittaneet crack-kokaiinin takavarikoista, niitä ei toisinaan pystytä erottamaan kokaiinitakavarikoista. Siksi edellä kuvatut kokaiinitakavarikkojen suuntaukset voivat koskea myös crackia.

Kansainväliset toimet kokaiinin salakuljetusta vastaan

Kolumbialaiset rikollisryhmät hallitsevat edelleen suurelta osin kokaiinin salakuljetusta. Myös Albaniasta ja Afrikasta peräisin olevat ryhmät osallistuvat tämän huumausaineen levittämiseen. Interpolin operaatio Trampoline paljasti kokaiinin salakuljetuksen Venezuelasta ja Kolumbiasta Curaçãoon. Siinä paljastettiin useita merkittäviä salakuljetusorganisaatioita, jotka toimivat Karibialta käsin lähes jokaisella alueella maailmassa (Interpol, 2002). Vuonna 2003 toteutettiin erittäin merkittäviä merioperaatioita kokaiinin salakuljetuksen torjumiseksi Euroopan Atlantin puoleisella rannikolla. Niissä takavarikoitiin 29 tonnia kokaiinia. Espanjan viranomaiset toteuttivat suurimman osan operaatioista.

Operaatio Purple, vuonna 1999 käynnistetty kansainvälinen ohjelma (kokaiinin laittomassa valmistuksessa käytettävän) kaliumpermanganaatin jäljittämiseksi, oli edelleen menestys. Vuonna 2003 estettiin lähes 900 kemikaalitonnin kulkeutuminen laittomien huumeiden tuotantoon.

WCO ja Interpol käynnistivät vuonna 2002 yhteisen aloitteen, operaation Andit. Siinä kansalliset tulli- ja poliisiviranomaiset vaihtavat ja analysoivat tietoja, joiden avulla voidaan tunnistaa lähtöaineina käytettävien kemikaalien laittomia lähetyksiä Chilessä, Boliviassa, Kolumbiassa, Argentiinassa ja Perussa (WCO, 2003).

Hinta ja puhtaus

Kokaiinin keskihinta ([83]) vähittäiskaupassa vuonna 2002 vaihteli EU:ssa paljon, Portugalin 38 eurosta Norjan 175 euroon grammalta. Vuosina 1997–2002 kokaiinin keskimääräinen vähittäishinta pysyi vakaana tai laski kaikissa EU-maissa. Vuonna 2002 saatiin samantapaisia tuloksia, mutta Tšekissä ja Liettuassa hinnat nousivat edelliseen vuoteen verrattuna.

Kokaiinin keskimääräinen puhtaus käyttäjätasolla on heroiiniin verrattuna korkea, ja se vaihteli vuonna 2002 Viron 28 prosentista Tšekin ja Norjan 68 prosenttiin. Vuosina 1997–2002 kokaiinin keskimääräinen puhtaus laski useimmissa ajallisista suuntauksista tietoja antaneissa EU-maissa. Vuonna 2002 kokaiinin puhtaus laski edelleen useimmissa maissa, paitsi niissä maissa, joissa keskimääräinen puhtausaste oli korkein, kuten Belgiassa, Tšekissä, Luxemburgissa ja Norjassa, missä kokaiinin keskimääräinen puhtaus nousi.

([83]) Ks. Markets_Tbl 14 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

Luku 6

Heroiini ja suonensisäinen huumeidenkäyttö

Huumeiden ongelmakäyttö

Heroiinin säännöllinen ja jatkuva käyttö, suonensisäinen huumeidenkäyttö ja joissakin maissa piristeiden runsas käyttö selittävät merkittävän osan huumeisiin liittyvistä terveydellisistä ja sosiaalisista ongelmista Euroopassa. Tällaisten henkilöiden määrä on pieni suhteessa koko väestöön, mutta huumeiden ongelmakäytön vaikutus on huomattava. Jotta saataisiin käsitys ongelman laajuudesta ja jotta voitaisiin seurata ajallisia suuntauksia, EMCDDA pyrkii määrittelemään uudelleen jäsenvaltioiden kanssa "huumeiden ongelmakäytön" käsitteen sekä kehittämään strategioita sen laajuuden ja vaikutusten mittaamiseksi.

Huumeiden ongelmakäytöllä tarkoitetaan käytännössä "suonensisäistä huumeidenkäyttöä tai opiaattien, kokaiinin ja/tai amfetamiinien pitkäaikaista/säännöllistä käyttöä" ([84]). Määritelmällisten erojen ja menetelmiin liittyvän epävarmuuden takia tältä alalta on vaikea saada luotettavia arvioita, ja maiden välisiä tai ajallisia eroja olisi tulkittava varoen.

Levinneisyys

Huumeiden ongelmakäyttäjiä arvioidaan olevan 2–10 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti (kun käytetään arvioiden vaihteluvälin keskiarvoa) tai enintään 1 prosentti aikuisväestöstä ([85]). Huumeiden ongelmakäyttöä esiintyy suhteellisesti eniten tietyillä maantieteellisillä alueilla, kuten köyhissä kaupunginosissa, ja tietyissä erityisryhmissä, varsinkin nuorten miesten keskuudessa, joten ongelmakäyttö voi olla erittäin yleistä tietyissä yhteisöissä. Luvut ovat korkeimmat Tanskassa, Italiassa, Luxemburgissa, Portugalissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (6–10 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta) ja alimmat Saksassa, Kreikassa, Alankomaissa, Puolassa ja Suomessa (alle 4 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti; ks. kaavio 11). Uusista EU-maista todennettuja arvioita on saatu vain Tšekistä, Puolasta ja Sloveniasta, missä luvut vaihtelevat alhaisesta keskitasoon eli Tšekissä 4,9, Puolassa 1,9 ja Sloveniassa 5,3 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti.

Vaikka arviointitekniikat ovat parantuneet tuntuvasti, luotettavien ja jatkuvien aikasarjojen puuttuminen vaikeuttaa huumeiden ongelmakäytön suuntausten arviointia. Arvioiden muutokset joissakin maissa ja muut indikaattoreita koskevat tiedot viittaavat siihen, että huumeiden ongelmakäyttö on lisääntynyt 1990-luvun puolivälistä. Arvioita on saatu 19 maasta, joista 9:ssä huumeiden ongelmakäyttö on lisääntynyt 1990-luvun puolivälistä tai loppupuolelta alkaen: Belgiassa, Tanskassa, Saksassa, Italiassa, Luxemburgissa, Suomessa, Ruotsissa (vuosina 1992–1998), Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa. Kasvu perustuu Belgiassa ja Norjassa arvioihin suonensisäisestä käytöstä. Uusista jäsenvaltioista ei ole saatavilla kansallisten arvioiden aikasarjoja, mutta muiden todisteiden mukaan suuntaukset vaihtelevat. Tšekissä huumeiden ongelmakäyttö on monien indikaattoreiden mukaan tasaantunut 1990-luvun loppupuolelta alkaen, kun taas Virossa on havaittu voimakasta kasvua joissakin huumeiden ongelmakäytön indikaattoreissa. Koska yhteiskunnallisessa ja taloudellisessa siirtymävaiheessa olevat maat voivat olla alttiita huumeongelmille, uusissa jäsenvaltioissa on pikaisesti kehitettävä seurantavalmiuksia.

Käyttötavat ja käytön laajuus

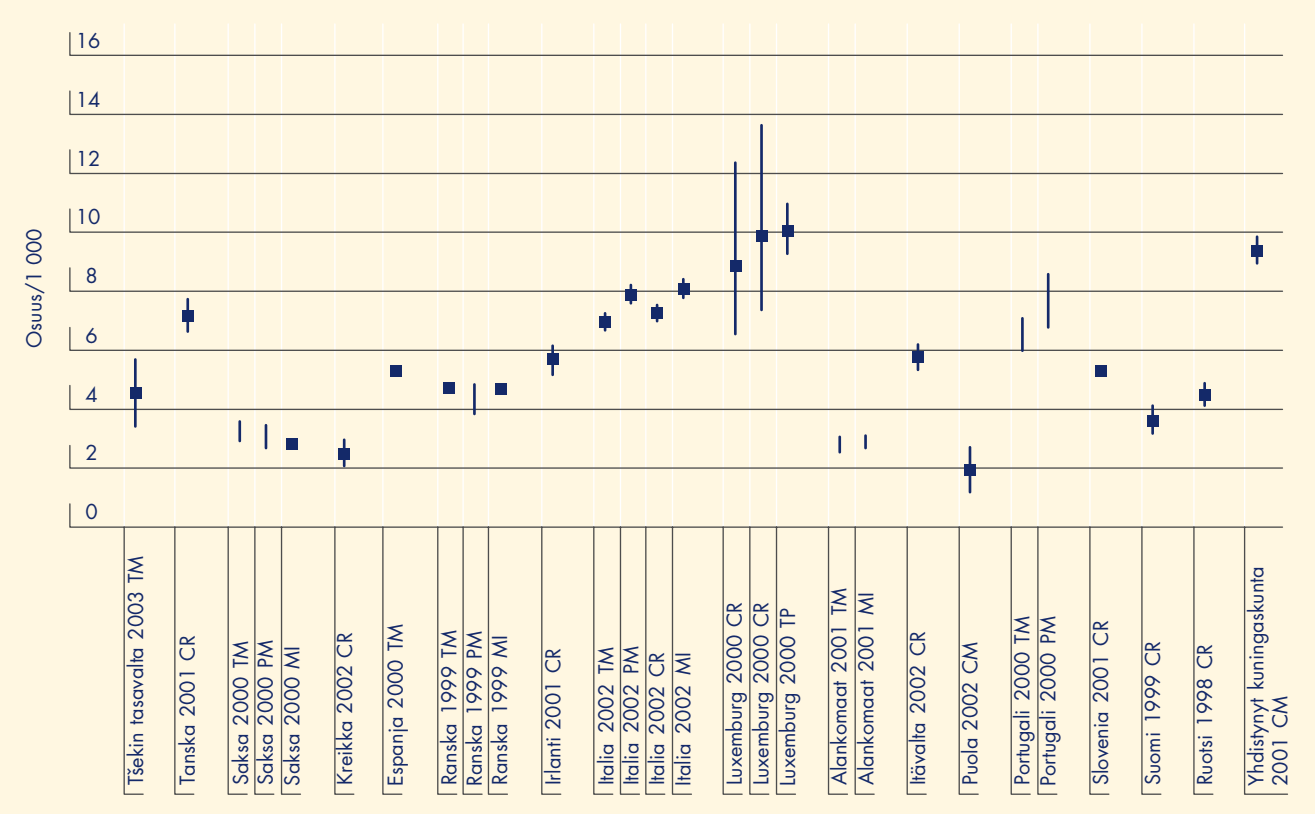
Huumeiden ongelmakäyttö voidaan jakaa merkittäviin alaryhmiin. Yleisesti voidaan erotella heroiinin käyttö, joka on vanhastaan hallinnut huumeiden ongelmakäyttöä useimmissa EU-maissa, ja piristeiden ongelmakäyttö etenkin Suomessa ja Ruotsissa, missä suurin osa huumeiden ongelmakäyttäjistä käyttää päähuumeenaan amfetamiinia. Tšekissä taas metamfetamiinin käyttäjät ovat perinteisesti muodostaneet merkittävän osan huumeiden ongelmakäyttäjistä.

Huumeiden ongelmakäyttö näyttää muuttuvan yhä monimuotoisemmaksi, ja EMCDDA selvittää parhaillaan, onko eurooppalaista toiminnallista määritelmää tarkistettava muuttuneen huumeilmiön perusteella. Esimerkiksi huumeiden sekakäyttöön liittyvät ongelmat ovat vähitellen korostuneet useimmissa maissa, kun taas joissakin maissa, joissa on vanhastaan ollut opiaatteihin liittyviä ongelmia, on nyt siirrytty muihin huumeisiin. Espanjassa arvioidaan opiaattien ongelmakäyttäjien vähenevän, ja havaintojen mukaan kokaiiniin liittyvät huumeongelmat

([84]) Lisätietoja: ks. huumeiden ongelmakäytön menetelmiä koskevat huomautukset vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([85]) Ks. Prevalence_Tbl 3 ja Prevalence_Tbl 4 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

Kaavio 11: Arvio huumeiden ongelmakäytön osuudesta (tuhatta 15–64-vuotiasta kohti)



Huom. CR = Capture-recapture (merkintä-takaisinpyyntimenetelmä), TM = Treatment Multiplier (hoitokerroin); PM = Police Multiplier (poliisikerroin); MI = Multivariate Indicator (monimuuttujaindikaattori); TP = Truncated Poisson; CM = Combined Methods (yhdistetyt menetelmät).
Kohderyhmissä voi olla pientä vaihtelua erilaisten menetelmien ja tietolähteiden takia, joten vertailuja on tehtävä varoen. Lisätietoja annetaan vuoden 2004 Tilastotiedotteessa Prevalence_Tbl 3 ja Tbl 4. Ruotsin arviossa on mukautettu EMCDDA:n määritelmää huumeiden ongelmakäytöstä. Espanjan arvioon ei sisälly kokaiinin ongelmakäyttöä; Tilastotiedotteen taulukoissa Prevalence_Tbl 3 ja Tbl 4 on korkeampi arvio, jossa on otettu huomioon kyseinen ryhmä, mutta joka ei ehkä ole yhtä luotettava.

Lähde: Kansalliset seurantakeskukset. Ks. myös EMCDDA:n hanke *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000*, CT.00.RTX.23, Lissabon, EMCDDA, 2003. Hanketta koordinoi Institut für Therapieforschung, München (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

lisääntyvät. Saatavissa ei kuitenkaan ole luotettavia huumeiden ongelmakäytön aikatrendejä, joihin sisältyisi kokaiinin ongelmakäyttö. Saksassa ja Alankomaissa yhä suurempi osa huumeiden ongelmakäyttäjistä on crack-kokaiinin käyttäjiä, mutta kokonaisarvio huumeiden ongelmakäyttäjistä Alankomaissa on pysynyt ennallaan.

Huumeiden ongelmakäytön painotettu keskiarvo EU:ssa on luultavasti 4–7 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti. EU:ssa on siis laajentumisen jälkeen 1,2–2,1 miljoonaa huumeiden ongelmakäyttäjää, joista injektiokäyttäjien määrä vaihtelee suurin piirtein 850 000:sta 1,3 miljoonaan. Nämä arviot eivät kuitenkaan ole varmoja, vaan niitä on täsmennettävä sitä mukaa kuin uusista jäsenvaltioista saadaan lisätietoja.

Huumeiden injektiokäyttö

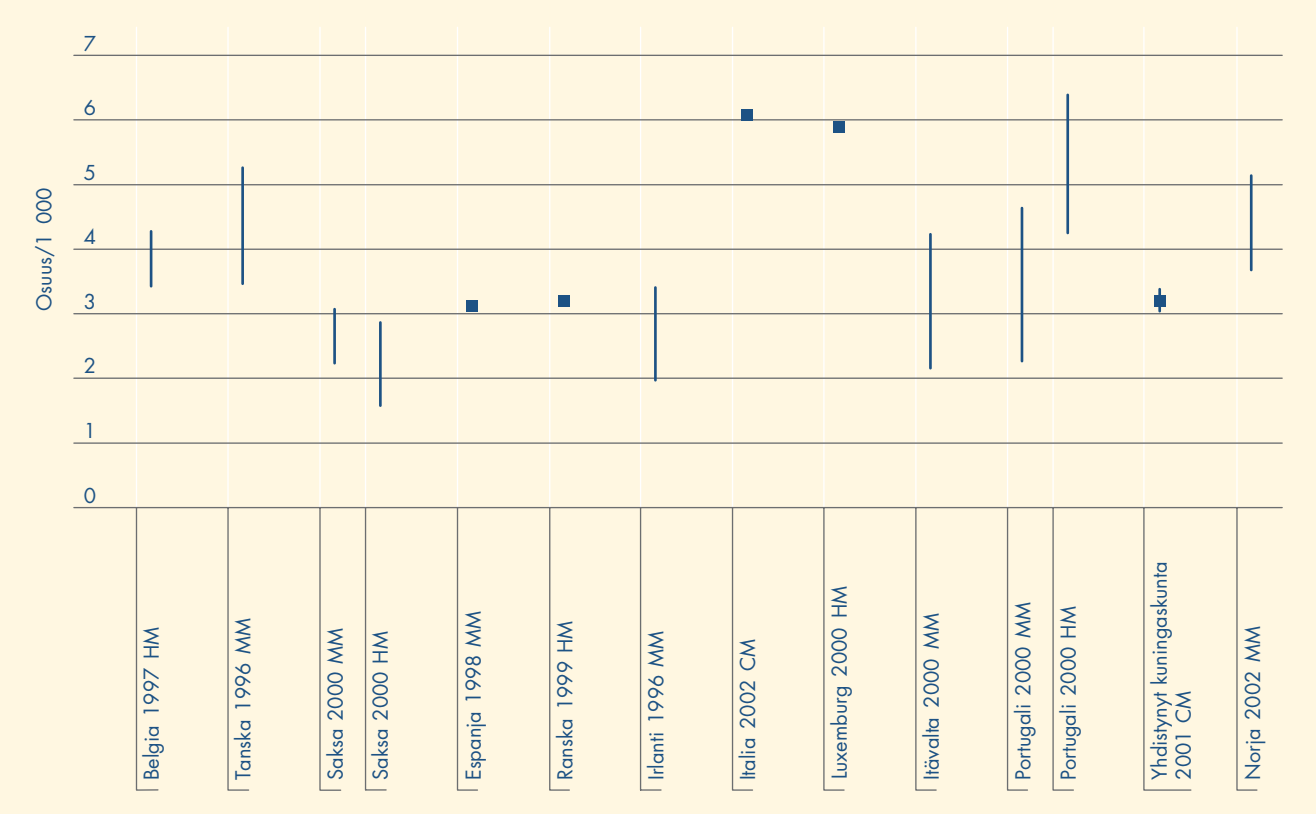
Huumeiden injektiokäyttäjillä on erittäin suuri haittavaikutusten riski, joten suonensisäistä huumeidenkäyttöä on syytä tarkastella erikseen huumeiden ongelmakäytön ydinryhmänä.

Suonensisäistä huumeidenkäyttöä arvioidaan välillisillä menetelmillä (kerroinmenetelmillä), joissa käytetään kuolleisuustietoja tai immuunikatoviruksen (HIV) tai C-hepatiittiviruksen (HCV) tartuntatietoja. Tietojen laatu ja menetelmiin liittyvät kysymykset aiheuttavat jälleen tulkintaongelmia. Arvioissa on esimerkiksi vaikea erotella tällä hetkellä suonensisäisesti huumeita käyttävät ja ainakin kerran suonensisäisesti huumeita käyttäneet, ja maiden välisiä vertailuja olisi tehtävä varoen. Saatavilla olevat kansallisen tason arviot huumeiden injektiokäytöstä ovat 2–6 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti (kaavio 12).

Analyyseissa hoitoon hakeutuneista heroiinin suonensisäisistä käyttäjistä havaittiin selviä eroja suonensisäisen huumeidenkäytön yleisyydessä eri maissa ja ajallisissa suuntauksissa ([86]). Saatavilla olevien tietojen mukaan alle puolet (43 %) ensimmäisen kerran heroiinin

([86]) Ks. kaavio 9 OL: Suonensisäisen huumeidenkäytön suuntauksia.

Kaavio 12: Arvio huumeiden injektiokäytöstä (tuhatta 15–64-vuotiasta kohti)



Huom. MM = Mortality Multiplier (kuolleisuuskerroin); HM = HIV multiplier (HIV-kerroin); CM = Combined Methods for IDU estimation (yhdistetyt menetelmät injektiokäytön arvioimiseksi).
Kohderyhmissä voi olla pientä vaihtelua erilaisten menetelmien ja tietolähteiden takia, joten vertailuja on tehtävä varoen. Kuolleisuus- ja HIV-kerrointen oletetaan tarjoavan arvioita (pääasiassa nykyisestä) huumeiden injektiokäytöstä, mikä on vain osa huumeiden ongelmakäyttöä. Muiden menetelmien oletetaan johtavan huumeiden ongelmakäytön arvioihin. Lisätietoja annetaan vuoden 2004 Tilastotiedotteessa Prevalence_Tbl 3 ja Tbl 4.

Lähteet: Kansalliset seurantakeskukset. Ks. myös EMCDDA:n hanke *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000*, CT.00.RTX.23, Lissabon, EMCDDA, 2003. Hanketta koordinoi Institut für Therapieforschung, München (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

käytön takia hoitoon hakeutuneista käyttää tällä hetkellä huumeita suonensisäisesti, kun heitä on kaksi kolmasosaa (62 %) kaikista hoidetuista (painotetut keskiarvot). Joissakin maissa (Espanja, Alankomaat, Portugali) suhteellisen pieni osa heroiinin käyttäjistä on injektiokäyttäjiä, kun taas muissa maissa (Tšekki, Slovenia, Suomi) heroiinin injektiokäyttö on edelleen vallitseva käytäntö. Monissa vanhoissa EU-maissa, joista saatiin tietoja, suonensisäinen huumeidenkäyttö näyttää vähentyneen 1990-luvulla. On kuitenkin huolestuttavaa, että joissakin muissa maissa (Saksa, Irlanti, Suomi) suonensisäinen huumeidenkäyttö ei näyttäisi vähenevän, vaan olevan jopa kasvussa ja että ainakin niissä uusissa jäsenvaltioissa, joista saatiin tietoja, lähes kaikki heroiinin käyttäjät näyttävät olevan injektiokäyttäjiä.

Takavarikot ja markkinatiedot ([87])

Opiaattien tuotanto, salakuljetus ja takavarikot

Valtaosa maailman laittomasta oopiumista ja heroiinista on peräisin muutamasta maasta (UNODC, 2003a). Maailmanlaajuisen laittoman oopiumin tuotannon arvellaan vuonna 2002 olleen noin 4 500 tonnia, josta Afganistan tuotti 76 prosenttia. Loput olivat peräisin enimmäkseen Kaakkois-Aasiasta, noin 18 prosenttia Myanmarista ja 3 prosenttia Laosista. Maailmanlaajuinen oopiumin tuotanto on pysynyt vakaana viiden viime vuoden aikana lukuun ottamatta vuotta 2001, jolloin Taliban-hallinnon asettama oopiumiunikon viljelykielto Afganistanissa johti tuotannon jyrkkään mutta lyhytaikaiseen laskuun.

EU:ssa käytetty heroiini tuotetaan pääasiassa Afganistanissa tai oopiumin salakuljetusreittien varrella, varsinkin Turkissa (UNODC, 2003a), ja se saapuu Eurooppaan kahta merkittävää salakuljetusreittiä pitkin. Historiallisesti tärkeällä Balkanin reitillä on edelleen keskeinen merkitys heroiinin salakuljetuksessa. Reitti kulkee Pakistanin, Iranin ja Turkin kautta ja jakautuu sitten eteläiseen haaraan, joka kulkee entisen Jugoslavian tasavallan Makedonian (EJTM), Albanian, osittain Italian, Serbia ja Montenegron sekä Bosnia ja Hertsegovinan kautta, sekä pohjoiseen haaraan, joka kulkee Bulgarian,

([87]) Ks. luku 3: Takavarikkojen ja markkinatietojen tulkitseminen, s. 30.

Romanian, Unkarin ja Itävallan kautta. Heroiinia on 1990-puolivälistä lähtien salakuljetettu Eurooppaan yhä enemmän ns. "silkkitietä" pitkin Keski-Aasian, Kaspianmeren ja Venäjän federaation kautta (Reitoxin kansalliset raportit, 2003; UNODC, 2003a; CND, 2004; INCB, 2004a). Nämä ovat tärkeimmät reitit, mutta satunnaisia takavarikkoja on tehty myös muualla, kuten joissakin Afrikan maissa ja Kolumbiassa.

Tuontiheroiinin lisäksi EU:ssa tuotetaan joitakin opiaattihuumeita. Tuotanto rajoittuu pääasiassa suppeaan kotitekoisten unikkotuotteiden (kuten murskatuista unikon varsista tai mykeröistä tehdyn unikkotiivisteen) tuotantoon joissakin itäisissä EU-maissa, kuten Tšekissä, Virossa, Liettuassa ja Puolassa. On saatu jonkin verran näyttöä siitä, että laittomilla markkinoilla tuontiheroiini on korvaamassa kotitekoisia tuotteita.

Aasiassa (52,5 %) ja Euroopassa (28,1 %) takavarikoitiin edelleen määrällisesti suurin osa maailmassa takavarikoidusta heroiinista vuonna 2002 (CND, 2004), ja Euroopan heroiinitakavarikot keskittyivät läntisiin maihin. EU:ssa heroiinitakavarikkojen ja takavarikoidun heroiinin määrä on vuodesta 1998 lähtien ollut suurin Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja toiseksi suurin Espanjassa ([88]). Vuonna 2001 Yhdistyneessä kuningaskunnassa tehtiin kolmasosa kaikista heroiinitakavarikoista ja siellä takavarikoitiin 40 prosenttia takavarikoidun heroiinin kokonaismäärästä EU:ssa.

Takavarikoidun heroiinin määrät ([89]) pysyivät EU:ssa vakaina vuoteen 1998 asti ja kasvoivat sitten vuosina 1999 ja 2000. Niiden maiden suuntausten perusteella, joista saatiin tietoja, EU:ssa takavarikoidun heroiinin kokonaismäärä näyttää pysyneen vakaana vuodesta 2000 ([90]), mutta heroiinitakavarikkojen määrä laski vuonna 2002 kaikissa maissa, joista saatiin tietoja ([91]).

Viimeaikaiset tiedot jopa sata kertaa heroiinia vahvemman synteettisen opiaatin, fentanyylin salakuljetuksesta ovat huolestuttavia ([92]). Hiljattain on ilmoitettu takavarikoista joissakin Itämeren valtioissa ja Venäjän federaatiossa. Ruotsissa fentanyylin takavarikkoja tehtiin kaksi vuonna 2002 ja 23 vuonna 2003. Virossa fentanyyli ja metyylifentanyyli tulivat huumemarkkinoille heroiinin korvikkeina vuoden 2001 lopussa, ja vuonna 2002 fentanyylin takavarikkoja tehtiin 68 ja metyylifentanyylin takavarikkoja 11. Suomessa takavarikoitiin vuonna 2002 huomattava tukkuerä 3-metyylifentanyylia. Liettuassa fentanyylia löydettiin kuudessa takavarikossa vuonna 2002. Julkaisun INCB (2004a) mukaan Ukrainassa takavarikoitiin äskettäin 41 kiloa fentanyylia ja lakkautettiin kolme sitä tuottanutta laboratoriota. Fentanyylin merkittävä yleistyminen Euroopan huumemarkkinoilla olisi erittäin huolestuttavaa, sillä se voi aiheuttaa vakavia ongelmia. Tämä näkyy Baltian maista kahden viime vuoden aikana saaduissa tiedoissa yliannostuskuolemista, joissa fentanyylia löydettiin toksikologisessa analyysissa, usein yhdessä heroiinin kanssa. Valppautta tarvitaan, sillä huume voi jäädä huomaamatta varsinkin, jos sitä sekoitetaan laittomaan heroiiniin kokonaistehon lisäämiseksi. On myös saatu satunnaisia tietoja laittomiin tarkoituksiin kulkeutuneiden fentanyylituotteiden käytöstä; esimerkiksi Kreikassa huumeidenkäyttäjät ovat uuttaneet fentanyylia Durogesic®-kipulaastareista.

Buprenorfiini – farmaseuttinen opioidi – näyttää ilmaantuneen pimeille markkinoille joissakin EU-maissa, kuten Tšekissä, missä Subutex®-valmiste ilmestyi monelle alueelle vuonna 2002, Yhdistyneessä kuningaskunnassa, jossa takavarikoista on raportoitu viimeisten kolmen vuoden ajan. Suomessa tehtiin merkittäviä Subutex®-valmisteen takavarikkoja vuosina 2001 ja 2002, ja Norjassa tehtiin suuri Temgesic®-valmisteen takavarikko vuonna 2002. Tämä ei tavallaan ole yllättävää, koska buprenorfiinin määrääminen lääkkeeksi on lisääntynyt tuntuvasti monissa maissa. Lääke on kuitenkin koostettu siten, että sen väärinkäyttömahdollisuudet olisivat vähäiset. Näitä tietoja onkin syytä tarkastella lähemmin.

Kansainväliset toimet heroiinin salakuljetusta vastaan

Maailmanlaajuista yhteistyötä on lisätty, jotta voitaisiin vastata Afganistanin heroiinin tuotannon kasvun aiheuttamaan haasteeseen (Europol, 2003). Interpolin NEHRO-hankkeessa ([93]) on vuodesta 2002 lähtien keskitytty uuteen heroiinin salakuljetusreittiin Keski-Aasian ja Länsi-Euroopan välillä (Interpol, 2002; Europol, 2003). Maailman tullijärjestö (WCO) on käynnistänyt lisäksi operaatio Tamerlanen, jossa pyritään yhdentämään tullin, poliisin ja rajavartijoiden lainvalvonta kaikissa valtioissa, joiden kautta tai rajalla silkkitie kulkee (WCO, 2003a).

Operaatio Topaz on kansainvälinen ohjelma, jossa pyritään estämään etikkahappoanhydridin – heroiinin valmistuksessa käytettävän tärkeän kemikaalin – kulkeutuminen laittomiin tarkoituksiin. Vuonna 2003 siinä paljastettiin

([88]) Tämä on tarkistettava sitten, kun puuttuvat vuoden 2002 tiedot saadaan. Tiedot heroiinitakavarikkojen määrästä vuonna 2002 puuttuivat Belgian, Italian, Unkarin, Alankomaiden ja Puolan osalta; tiedot sekä heroiinitakavarikkojen määrästä että takavarikoidun heroiinin määristä vuonna 2002 puuttuivat Irlannin, Kyproksen, Maltan, Slovakian ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.

([89]) Ks. Markets_Tbl 4 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([90]) Tämä on tarkistettava sitten, kun puuttuvat vuoden 2002 tiedot saadaan.

([91]) Tämä on tarkistettava sitten, kun puuttuvat vuoden 2002 tiedot saadaan.

([92]) Jos fentanyylia käytetään vahingossa heroiinin sijasta, toksisuusriski on erittäin suuri.

([93]) Pohjois-Euroopan heroiinireitti (North European heroin route).

salakuljetusverkostoja ja tätä tuotetta Euroopassa käsitteleviä peiteyhtiöitä. Afganistan ja muut Aasian maat liittyivät mukaan operaatioon. Operaatio Topaz on yksi monista kansainvälisesti koordinoiduista toimista, joilla pyritään pääsemään käsiksi laittomien huumausaineiden tuotannossa tarvittaviin lähtöaineisiin sekä itse huumausaineisiin.

Heroiinin hinta ja puhtaus

Euroopassa on kahdenlaista heroiinia: yleisesti saatavilla olevaa ruskeaa heroiinia (emäksisessä muodossa) ja harvinaisempaa, kalliimpaa valkoista heroiinia (suolan muodossa), joka on yleensä peräisin Kaakkois-Aasiasta. Vuonna 2002 ruskean heroiinin katuhinta vaihteli EU:ssa keskimäärin Unkarin 29 eurosta Ruotsin 161 euroon grammalta, kun taas valkoisen heroiinin hinta vaihteli 32 eurosta (Unkari) 213 euroon (Ruotsi) grammalta ([94]). Hintaero liittyy todennäköisesti myytävän huumeen puhtauteen. Viiden viime vuoden aikana sekä ruskean että valkoisen heroiinin keskimääräiset vähittäishinnat ovat olleet vakaat tai laskussa niissä maissa, jotka antoivat tietoja, paitsi Tšekissä, jossa hintojen ilmoitetaan kohonneen. Vuonna 2002 ruskean heroiinin keskimääräinen katuhinta laski kuudessa yhdeksästä tietoja antaneesta EU-maasta, kun taas valkoisen heroiinin keskihinta nousi useimmissa maissa (neljässä maassa kuudesta).

Vuonna 2002 ruskean heroiinin puhtausaste EU:n katukaupassa vaihteli keskimäärin Luxemburgin 10 prosentista Espanjan 43 prosenttiin, kun taas valkoisen heroiinin puhtausaste vaihteli keskimäärin Viron ja Suomen 7 prosentista Norjan 75 prosenttiin. Viiden viime vuoden aikana heroiinin puhtausaste on laskenut tai pysynyt samana useimmissa EU-maissa. Vuonna 2001 ruskean heroiinin puhtausaste nousi useimmissa tällaisia tietoja antaneissa maissa (7 maassa 10:stä), mutta suuntaus kääntyi vuonna 2002, jolloin keskimääräinen puhtausaste laski huomattavasti viidessä maassa (seitsemästä): Tanskassa, Luxemburgissa, Portugalissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa. Valkoisen heroiinin keskimääräinen puhtausaste katukaupassa laski sekä vuonna 2001 että vuonna 2002, mutta tietoja ajallisista suuntauksista saatiin vain kolmesta maasta (Tanska, Viro, Suomi).

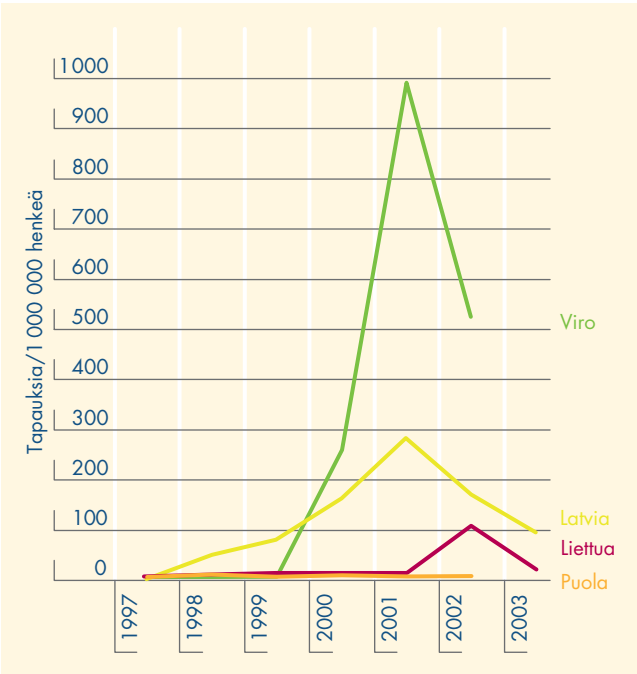
Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

HIV

HIV-epidemia leviää nopeasti joissakin uusissa EU-maissa ja niiden naapurimaissa. Viro, Latvia, Venäjä ja Ukraina kuuluvat niihin maihin, joissa HIV-epidemia kasvaa nopeimmin maailmassa. Levinneisyys vaihtelee paljon muissa uusissa EU-maissa, ja monissa on yhä tällaisen epidemian riski. Joissakin "vanhoissa" EU-maissa, joissa on toistaiseksi vältetty laaja HIV-epidemia huumeiden injektiokäyttäjien keskuudessa, on nyt saatu merkkejä riskin lisääntymisestä.

Huumeiden injektiokäyttäjistä saatujen tapaustietojen analysoinnin perusteella näyttää siltä, että HIV:n levinneisyys oli huipussaan Virossa ja Latviassa vuonna 2001, jolloin Virossa oli 991 tapausta ja Latviassa 281 tapausta miljoonaa asukasta kohti. Sen jälkeen levinneisyys laski vuonna 2002, mutta on edelleen erittäin korkea, eli Virossa oli 525 tapausta ja Latviassa 170 tapausta miljoonaa asukasta kohti vuodessa (kaavio 13) (EuroHIV, 2004). Mahdollisia syitä havaittuun laskuun ovat raportointivirheet, lakipisteen saavuttaminen suurimpaan riskiryhmään kuuluvien injektiokäyttäjien määrässä ja/tai käyttäytymisen muutos. Uusista EU-maista Viro (6,2–13 %), Latvia (6,6–14,6 %) ja Puola (6,8–9,1 %) ilmoittivat korkeimmasta esiintyvyydestä vuosina 2001–2003 testatuista suonensisäisistä huumeidenkäyttäjistä kansallisissa otoksissa. Kyseisinä vuosina paikallisesti korkeata esiintyvyys oli Virossa 41 % (964), Latviassa 22 % (205) ja Puolassa 29,7 % (165).

Kaavio 13: Ilmoitetut uudet HIV-tartunnat huumeiden injektiokäyttäjillä miljoonaa henkeä kohti joissakin uusissa EU:n jäsenvaltioissa



Lähde: Euroopan epidemiologinen AIDSin seurantakeskus (EuroHIV).

([94]) Ks. Markets_Tbl 14 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

Virossa tiedot monista lähteistä näyttävät vahvistavan viime aikoina HIV:n levinneisyyden laskeneen testatuissa injektiokäyttäjissä (6,2 % vuonna 2002 1 186 testatusta injektiokäyttäjistä kansallisella tasolla; 13 % vuonna 2001 2 078 tapauksesta). Latviassa kansalliset tiedot huumehoitokeskuksista osoittavat myös vähenemistä testatuissa injektiokäyttäjissä (13,7 % vuonna 2001 ja 6,6 % vuonna 2003). Tiedot kuitenkin muista kansallisista (sairaalat ja pidätykset: 7,8 % vuonna 2000 ja 14,6 % vuonna 2002) ja paikallisista lähteistä (eri paikoissa Riian alueella ja Tukumsissa: 18,3 % vuonna 2000 ja 22,0 % vuonna 2003) viittaavat esiintyvyyden jatkuvaan kasvuun testattujen injektiokäyttäjien muiden näytteiden perustella. Liettuassa äskettäin ilmoitetut HIV-tapaukset lisääntyivät huomattavasti vielä vuonna 2002 eräässä vankilassa puhjenneen merkittävän epidemian takia. Levinneisyys injektiokäyttäjien keskuudessa on silti edelleen alhainen (vuonna 2002 1,0 % 2 831 injektiokäyttäjästä ja vuonna 2003 2,4 % 1 112 injektiokäyttäjästä eri lähteiden mukaan kansallisella tasolla; vuonna 2002 0,6 % 641 injektiokäyttäjästä ja vuonna 2003 0,4 % 235 injektiokäyttäjästä, jotka osallistuivat neulojen vaihto-ohjelmaan Vilnassa). Vankilaepidemia osoittaa, että tässä maassa ja muilla alueilla, joilla levinneisyys on vielä alhainen injektiokäyttäjien keskuudessa, on kiireellisesti toteutettava ehkäiseviä toimenpiteitä ja että vankiloilla voi olla merkittävä osuus HIV:n leviämisessä injektiokäyttäjien keskuudessa (Dolan, 1997–1998; Dolan et al., 2003).

Puolassa kansanterveyslaboratorioista saatujen kansallisten levinneisyystietojen perusteella levinneisyys on laskenut testattujen injektiokäyttäjien 10,7 prosentista (3 106 henkilön otos) vuonna 2000 6,8 prosenttiin (2 626 henkilöstä) vuonna 2002. Lasku on yhdenmukainen injektiokäyttäjistä äskettäin ilmoitettujen tapausten suuntauksen kanssa. Sen mukaan tapaukset vähenivät vuoden 2000 8,6 tapauksesta miljoonaa asukasta kohti 5,1 tapaukseen vuonna 2001 ja 6,9 tapaukseen vuonna 2002. Paikallisten levinneisyystietojen mukaan levinneisyys oli kuitenkin korkea Pomorskien alueella vuonna 2002 (30 % 165 injektiokäyttäjästä sekä huumehoidossa että katukyselyssä; 15 % 69 injektiokäyttäjästä pelkästään katukyselyssä). On kuitenkin syytä huomauttaa, että levinneisyys huumehoidossa olevien injektiokäyttäjien keskuudessa voi olla suurempaa kuin levinneisyys kaikkien injektiokäyttäjien keskuudessa. Muissa uusissa EU-maissa HIV:n levinneisyys injektiokäyttäjissä oli erittäin alhainen vielä vuosina 2000–2001, mutta tuoreet tiedot puuttuvat useimmiten. HIV:n levinneisyys oli keskimäärin alle 1 prosentin Tšekissä, Sloveniassa ja Slovakiassa, ja tulokset muistuttivat naapureina olevista EU:n ehdokasmaista Romaniasta ja Bulgariasta saatuja tuloksia (EMCDDA, 2003a). Vaikka näissä maissa on toistaiseksi vältetty HIV-epidemia injektiokäyttäjissä, suonensisäisen huumeidenkäytön lisääntyminen saattaa lisätä HIV-tartuntojen ja hepatiitin levinneisyyttä lähitulevaisuudessa, elleivät ehkäisevät toimenpiteet ole riittäviä (ks. tämä luku, Huumeisiin liittyvien infektioiden vähentäminen).

Entisissä 15 EU:n jäsenvaltiossa injektiokäyttäjien HIV-epidemia näyttää enimmäkseen tasaantuneen tai olevan laskussa ilmoitettuja HIV-tapauksia koskevien tietojen mukaan. Vuoden 2002 luvut vaihtelevat Kreikan 1,3 uudesta tapauksesta miljoonaa asukasta kohti Portugalin 115,7 tapaukseen (laskenut vuonna 2003 88,4 tapaukseen) (EuroHIV, 2004). Koska kansallisista tapauksista ilmoittaminen ei ole vakiintunutta niissä maissa, joissa suonensisäiseen huumeidenkäyttöön liittyvät epidemiat ovat pahimmat, ilmoitettujen tapausten aikasuuntaukset voivat olla harhaanjohtavia EU:n tasolla. Levinneisyystiedot injektiokäyttäjien keskuudessa ovatkin tärkeä tietolähde. Saatavilla olevien kansallisen tason levinneisyystietojen perusteella maiden välillä ja sisällä on suurta vaihtelua: Suomen 0–1 prosentista (neulojen vaihdosta saadut tiedot) Espanjan (2001–2003) 9,7–35 prosenttiin (huumeidenkäyttäjät useiden kansallisten lähteiden mukaan) (kaavio 14). Testatuista injektiokäyttäjistä saatujen tietojen mukaan levinneisyys on yleisesti ottaen tasaantunut tai laskussa ([95]), mutta vakaana pysynyt levinneisyys ei tarkoita, ettei tartuntoja enää tapahtuisi, ja joissakin maissa paikallisella tai alueellisella tasolla levinneisyys on kasvanut 1990-luvun puolivälistä lähtien. Lisäksi tuoreet tiedot puuttuvat joiltakin sellaisilta alueilta, joilla on aiemmin esiintynyt nousua. Levinneisyyden kasvu tarkoittaa, etteivät ehkäisevät toimenpiteet välttämättä ole riittäviä niillä alueilla, joilla epidemia on jatkunut kauan. Lisäosoituksena HIV:n jatkuvasta leviämisestä injektiokäyttäjien keskuudessa useilla alueilla on korkea levinneisyys nuorten (alle 25-vuotiaiden) ja uusien injektiokäyttäjien (alle kaksi vuotta huumeita suonensisäisesti käyttäneiden) keskuudessa (EMCDDA, 2003b) ([96]). Alueilla, joilla HIV:n levinneisyys on pysynyt korkeana injektiokäyttäjien keskuudessa, on jatkuvasti pyrittävä estämään tartunta uusiin injektiokäyttäjiin, injektiokäyttäjien sukupuolikumppaneihin sekä äidistä lapseen.

B-hepatiitti ja C-hepatiitti sekä muut infektiot

B-hepatiittiviruksen (HBV) vasta-aineen (6–85 %) ja C-hepatiittiviruksen (HCV) vasta-aineen (17–95 %) levinneisyys injektiokäyttäjillä EU:n alueella on yleisesti ottaen erittäin korkea, joten hoidon ja ehkäisyn tarve on huomattava (kaavio 15). C-hepatiittiviruksen levinneisyys on

([95]) Lisätietoa näistä tiedoista ja alkuperäiset lähteet: ks. IDisease_Tbl 1 ja IDisease_Tbl 8 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([96]) Lisätietoa näistä tiedoista ja alkuperäiset lähteet: ks. IDisease_Tbl 1 ja IDisease_Tbl 8 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

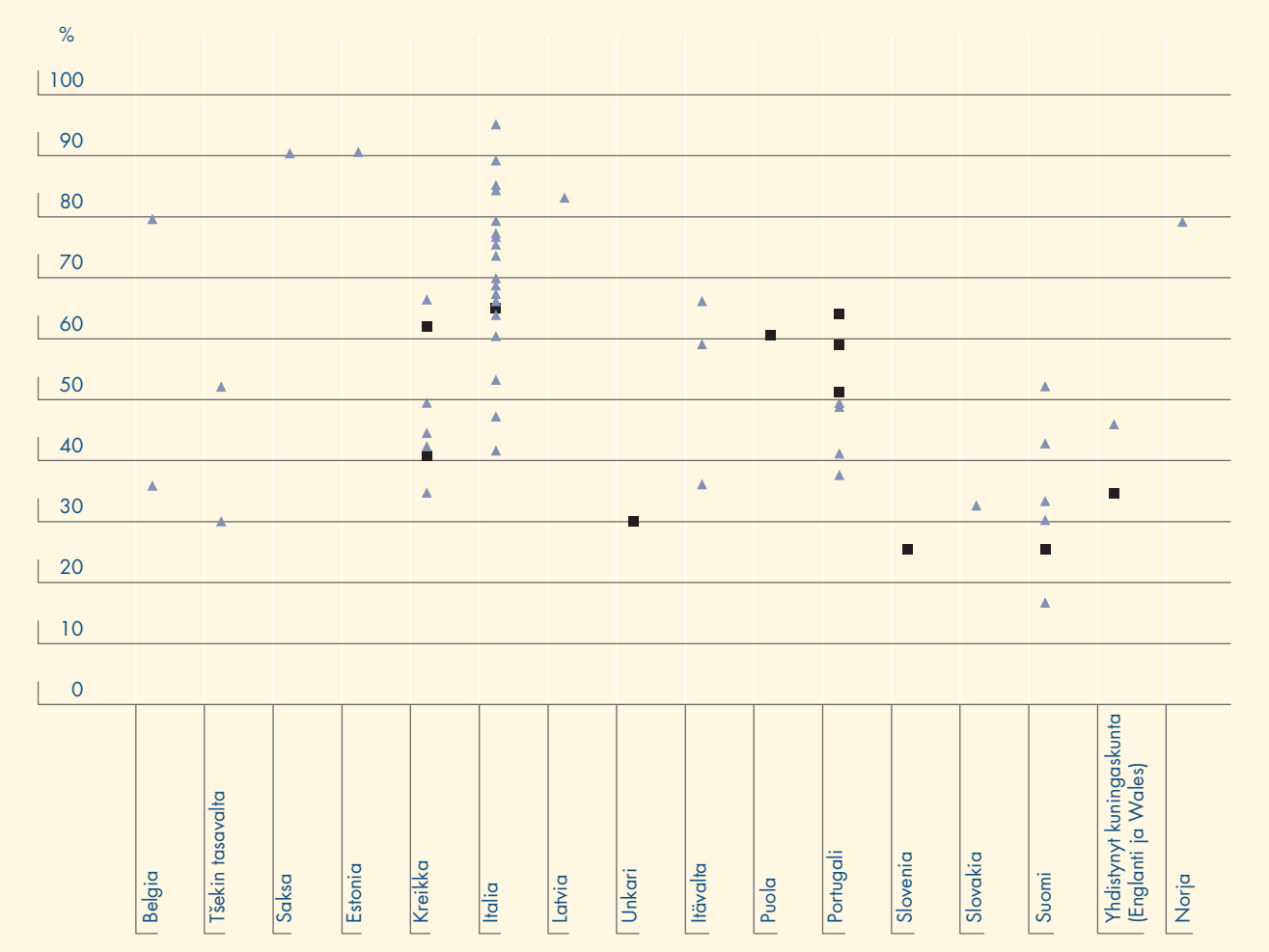
Kaavio 14: HIV:n levinneisyys huumeiden injektiokäyttäjillä – kansallisia ja paikallisia tutkimuksia vuosilta 2001–2003

Huom. ■ = kansalliset otokset; ▲ = paikalliset/alueelliset otokset.
Eroja maiden välillä on tulkittava varoen erityyppisten ympäristöjen ja/tai tutkimusmenetelmien takia; kansalliset otantastrategiat vaihtelevat.
Italian ja Portugalin tietoihin sisältyy tietoja muista kuin injektiokäyttäjistä, mikä voi aliarvioida esiintyvyyttä injektiokäyttäjillä (muiden kuin injektiokäyttäjien osuus otoksissa: Italiassa 5–10 %, Portugalista ei tietoa). Ranskan osalta tilanne on sama joissakin otannoissa.
Tiedot Saksasta, Italiasta, Unkarista, Portugalista ja Slovakiasta rajoittuvat HIV:n levinneisyyteen hoidossa oleviin injektiokäyttäjiin eivätkä ehkä kerro HIV:n levinneisyydestä niiden injektiokäyttäjien osalta, jotka eivät ole hoidossa.
Tiedot Saksasta ja Luxemburgista, osittain myös Belgiasta ja Ranskasta, perustuvat itse ilmoitettuihin testituloksiin, mikä on vähemmän luotettavaa kuin kliinisesti dokumentoidut testit.
Lähde: Reitoxin kansalliset seurantakeskukset. Ensisijaiset lähteet, tarkemmat tutkimustiedot ja tiedot ennen vuotta 2001, ks. IDisease_Tbl 8 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

alempi (25–33 %) joissakin niistä maista, joissa myös HIV:n levinneisyys on alhainen (etenkin jotkin uudet EU-maat: Unkari, Slovenia, Slovakia), mikä viittaa siihen, ettei riskikäyttäytyminen ole siellä vielä yleistä. Siksi näiden tautien leviämisen ehkäiseminen haittoja vähentävin toimenpitein saattaa yhä olla mahdollista (ks. jäljempänä).

Suonensisäinen huumeidenkäyttö voi altistaa monille muille tartuntataudeille. Esimerkiksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa on viime vuosina ilmennyt suonensisäiseen huumeidenkäyttöön liittyviä jäykkäkouristus- ja haavabotulismiepidemioita, jotka saattavat liittyä heroiinin saastumiseen ja/tai tiettyihin injektiokäytäntöihin (Hope et al., 2004). Tuberkuloosin (tb) levinneisyys EU:n injektiokäyttäjien keskuudessa näyttää yleisesti ottaen alhaiselta, eikä se ole noussut mahdollisesti Baltian maita lukuun ottamatta (Migliori ja Centis, 2002). Se on kuitenkin kasvava ongelma Itä-Euroopan naapurimaissa, koska se on entistä vastustuskykyisempi ja koska sen levinneisyys on erittäin korkea vankiloissa, joissa monet vangit ovat huumeidenkäyttäjiä. Sukupuolitaudit voivat olla sekä seksuaalisen riskikäyttäytymisen indikaattori että riskitekijä HIV-tartunnoissa (Estebanez et al., 2001). Sukupuolitautien levinneisyys kasvaa nykyisin nopeasti useassa EU-maassa, lähinnä homoseksuaalisten miesten keskuudessa. Huumeidenkäyttäjillä sukupuolitaudit ovat erittäin yleisiä joissakin maissa, esimerkiksi Irlannissa ja Italiassa (Giuliani ja Suligoi, 2004), mutta toisissa maissa (kuten Ruotsissa ja Norjassa) niistä ilmoitetaan harvoin. Pelkästään huumeidenkäyttäjien seurantatiedot puuttuvat kuitenkin ilmeisesti useimmista maista. Jotta sukupuolitautien seurantatiedot olisivat hyödyllinen injektiokäyttäjien

Kaavio 15: HCV:n levinneisyys huumeiden injektiokäyttäjillä – kansallisia ja paikallisia tutkimuksia vuosilta 2001–2003



Huom. ■ = kansalliset otokset; ▲ = paikalliset/alueelliset otokset.
Eroja maiden välillä on tulkittava varoen erityyppisten ympäristöjen ja/tai tutkimusmenetelmien takia; kansalliset otantastrategiat vaihtelevat.
Italian ja Portugalin tietoihin sisältyy tietoja muista kuin injektiokäyttäjistä, mikä voi aliarvioida esiintyvyyttä injektiokäyttäjillä (muiden kuin injektiokäyttäjien osuus otoksissa: Italiassa 5–10 %, Portugalista ei tietoa). Ranskan osalta tilanne on sama joissakin otannoissa.
Tiedot Englannista ja Walesista sekä osittain Suomesta perustuvat sylkitesteihin, mikä aliarvioi C-hepatiittiviruksen levinneisyyttä.
Tiedot Belgiasta, Italiasta, Unkarista, Portugalista, Sloveniasta ja Slovakiasta ja Ranskasta rajoittuvat HCV:n levinneisyyteen hoidossa olevilla injektiokäyttäjillä eivätkä ehkä kerro HCV:n levinneisyydestä niiden injektiokäyttäjien osalta, jotka eivät ole hoidossa.
Lähde: Reitoxin kansalliset seurantakeskukset. Ensisijaiset lähteet, tarkemmat tutkimustiedot ja tiedot ennen vuotta 2001 esitetään Tilastotiedotteessa kohdassa IDisease_Tbl 11.

seksuaalisen riskikäyttäytymisen indikaattori sukupuoliteitse tapahtuvien HIV-tartuntojen riskin mittaamisessa (Wiessing ja Kretzschmar, 2003), on tärkeää voida erottaa injektiokäyttäjät ja siten kyettävä löytämään seurattavat suuntaukset, etenkin injektiokäyttäjien keskuudessa. Tartuntatauteja koskeva epidemiologinen tilanne injektiokäyttäjillä on kaiken kaikkiaan vakava. Siksi tarvitaan huumeidenkäyttäjien järjestelmällistä seulontaa aina, kun he ovat tekemisissä terveyspalvelujen kanssa, sekä riittävästi voimavaroja ehkäisyyn ja hoitoon.

Huumeisiin liittyvien infektioiden vähentäminen

Vuodesta 2001 lähtien neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien määrä ja maantieteellinen kattavuus ovat entisestään lisääntyneet useissa jäsenvaltioissa ([97]). Erityisesti Virossa ja Latviassa uudet palvelut ovat laajentuneet nopeasti paikallisten, kansallisten ja kansainvälisten avustusten takia merkittävien HIV-epidemioiden torjumiseksi. Skotlannissa vaihdettujen ruiskujen määrä miltei kolminkertaistui vuosina 1997–2002, ja kasvua odotetaan vielä, sillä ruiskujen enimmäismäärä nostettiin 60:een asiakaskäyntiä kohti ja helpotettiin näin vertaistyötä. Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien maantieteellisessä kattavuudessa Länsi-Euroopan maissa olevia aukkoja on paikattu perustamalla ohjelmia Pohjois-Irlantiin (apteekkiohjelmat) ja Flanderiin (Belgia). Ruotsissa keskustelut vaihto-ohjelmien laajentamisesta ovat kuitenkin vielä kesken.

([97]) Ks. taulukko 6 OL: Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien tarjonta ja tyypit, apteekkien osallistuminen niihin, jaettujen/myytyjen ruiskujen lukumäärä.

Ruiskujen saatavuudesta tehtyjen tutkimusten tulokset osoittavat, että injektiovälineitä hankitaan useimmiten ostamalla niitä apteekeista (esimerkiksi 30–45 % vaihto-ohjelmien asiakkaista Belgiassa, 32 % Luxemburgissa ja 30–40 % Unkarissa). Neljässä maassa apteekeilla on merkittävä osuus ruiskujen vaihdossa tai tarjoamisessa: Espanjassa, Portugalissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa apteekit vaihtavat ruiskut maksutta, ja Ranskassa valtion tukemia steriilejä pakkauksia ("stérikits") on pääasiassa apteekeissa. Apteekkien osallistumisen takia neulojenvaihtopisteiden maantieteellinen kattavuus näissä neljässä maassa on hyvä. Muissa maissa huumeidenkäyttäjien on ostettava ruiskuja (ja muita tarvikkeita), ja korkea hinta on ongelma joissakin maissa ([98]).

Ranska ja Portugali ovat ilmoittaneet, että apteekeista hankittujen ruiskujen määrä on laskussa. Ranskassa ruiskujen myynti väheni 45 prosenttia eli 16,5 miljoonasta 9 miljoonaan vuosina 1999–2002. Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat eivät kasvaneet vastaavasti. Mahdollisia selityksiä ovat muiden käyttötapojen kuin injektiokäytön kasvu, korvaushoidon lisääntynyt saatavuus injektiokäyttäjille tai jopa neulojen jakamisen yleistyminen (Emmanuelli, 2003).

Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat voidaan toteuttaa monin tavoin: matalan kynnyksen huumepalvelujen, apteekkien ja yleisten terveys- ja sosiaalipalvelujen sekä liikkuvien vaihtopisteiden (linja-auton tai kenttätyöntekijöiden) ja automaattien avulla. Etenkin monessa uudessa jäsenvaltiossa (Tšekki, Puola, Slovenia ja Bulgaria) mutta myös Belgiassa, Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa vertaisryhmiin kuuluvilla kenttätyöntekijöillä on yhä tärkeämpi tehtävä steriilien välineiden toimittamisessa huumeidenkäyttäjille (McVeigh et al., 2003).

Huumeisiin liittyvien infektioiden kehitys

Huumeidenkäyttäjien korkeat luvut C-hepatiittivirusinfektioissa huolestuttavat yhä enemmän terveydenhoitoalan ammattilaisia. Viruksen saaneista 60–80 % saa kroonisen infektion, joka johtaa 20 %:lla loppuvaiheen maksasairauteen. Huumeidenkäyttäjien pääsy C-hepatiittihoitoon on kuitenkin vähäistä. EMCDDA:n C-hepatiitista laatima toimintalinjojen esittely ja tieteellinen monografia on saatavissa online-muodossa (EMCDDA, 2003c; EMCDDA, 2004d) ([99]).

Huumeidenkäyttäjien tilanteessa maksasairauden hoitoon pääsyssä on useimmissa maissa parantamisen varaa. Koska hoidon suuntaviivoja pidetään merkittävänä välineenä lääkinnällisen hoidon tarjoamisen ohjaamisessa, EMCDDA teki analyysin huumeidenkäyttäjien HIV-infektioon liittyvästä hoitoonohjaamisesta 15 "vanhassa" EU-maassa ja Norjassa vuosina 2003/2004 ([100]). Tutkimuksessa selvisi, että monissa maissa oli meneillään kansallisten ohjeiden selvitys, jossa otettiin huomioon parantuneet hoitomahdollisuudet ja huomattavasti kehittyneet tulokset. Joissakin uusissa ohjeellisissa asiakirjoissa viitattiin selvästi tutkimukseen, jossa oli dokumentoitu huumeidenkäyttäjien saama hyöty, jos hoitoa tarjosivat hepatologien ja huumeidenkäyttöä tutkivien asiantuntijoiden monitieteelliset ryhmät.

HI-viruksen ja aidsin sekä tuberkuloosin ja malarian torjuntaan liittyvän maailmanlaajuisen rahaston (GFATM) on määrä antaa erityisrahoitusta potilaiden antiretroviraaliseen hoitoon Virossa ja ehdokasmaa Bulgariassa. On arvioitu, että antiretroviraalista hoitoa saa 500 henkilöä Virossa ja 200 henkilöä Bulgariassa (GFATM Secretariat, 2004).

Uusia suuntauksia palvelujen tarjoamisessa

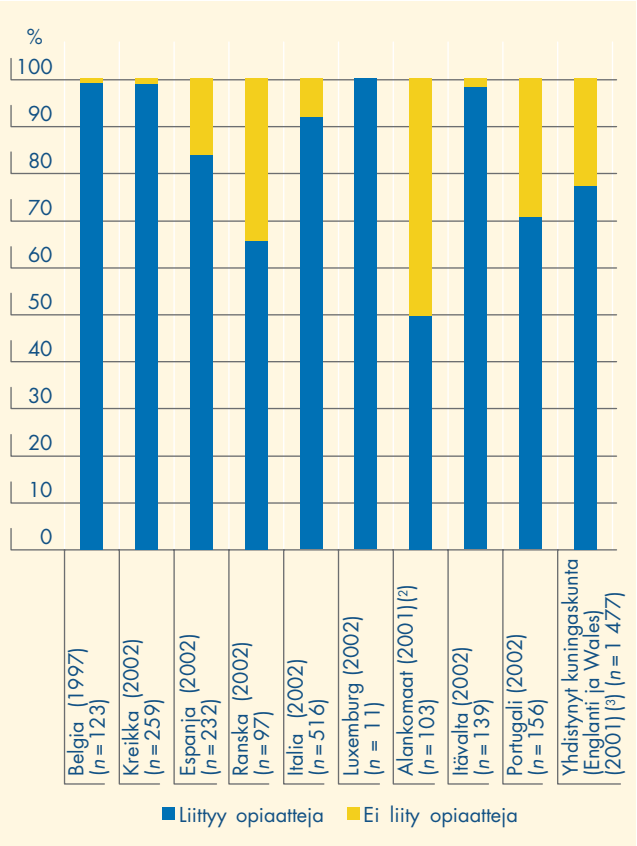
Tärkeimpiä suuntauksia huumeidenkäyttäjille tarjottavissa matalan kynnyksen palveluissa, joissa keskityttiin aluksi neulojen ja ruiskujen vaihtoon, ovat kasvava yhdentyminen henkiinjäämiseen keskittyvien muiden palvelujen – kuten ensisuojien – sekä terveydenhoito- ja lääkintäpalvelujen kanssa, samoin kuin aukioloaikojen pidentäminen illalla, yöllä ja viikonloppuna.

Oltuaan vastatusten sen asian kanssa, että sellaisten huumeidenkäyttäjien määrä oli kasvussa, joiden elämä oli kaoottista eikä heissä ollut juuri merkkejä hakeutumisesta hoitoon, hollantilaisissa huumeidenkäyttäjien palveluyksiköissä siirryttiin "ystävälliseen" vaikuttamiseen, jotta hoitoon saataisiin yleensä tavoittamattomissa olevat huumeidenkäyttäjät. Tämä lähestymistapa, eräänlainen "myötävaikuttava" hoito, tarjoaa terveydenhoitopalveluja kenttätyön ja tehostetun hoitotyön muodossa haavoittuvassa asemassa oleville ihmisille, joilla on monia ongelmia ja jotka eivät elämänlaatua uhkaavasta hälyttävästä tilanteesta huolimatta käytä tavanomaisia terveydenhoitopalveluita (Roeg et al., 2004).

Yhteydet huumeidenkäyttäjiin ja riskiryhmiin kuuluviin ovat välttämättömiä, jotta voidaan antaa terveysvalistusta ja ehkäistä huumeisiin liittyviä terveyshaittoja. Tässä on onnistuttu erittäin hyvin Tšekissä, jossa koko maahan ulottuva 93 palvelupisteen tiheä verkosto tavoitti yli 22 000 yksittäistä huumeiden ongelmakäyttäjää vuonna 2002 – yli puolet huumeiden ongelmakäyttäjien arvioidusta kokonaismäärästä (Tšekin kansallinen raportti, 2003, s. 35).

([98]) Ks. taulukko 7 OL: Yleisesti käytettyjen ruiskutyyppien (neulalla varustettujen) hinnat euroina.
([99]) Laatikko 4 OL: C-hepatiitin avainkysymykset: EMCDDAn kolmen viimeaikaisen C-hepatiittia käsittelevän julkaisun tulokset.
([100]) C-hepatiitin virusinfektion hoidon suuntaviivoihin liittyvä tutkimus huumeidenkäyttäjien hoitoon pääsyn osalta.

Kaavio 16: Huumekuolemien osuus joissakin EU-maissa vuosina 2001–2002 ([1]) siihen katsomatta liittyvätkö opiaatit kuolemiin



([1]) Tai viimeisin vuosi, jolta on saatavilla tietoja.
([2]) Alankomaissa jotkin "ei liity opiaatteja" -tapaukset ovat tapauksia, joissa on havaittu joko "muita täsmentämättömiä huumeita" tai "muita täsmentämättömiä psykedeelisiä huumeita", ja niihin saattaa sisältyä tapauksia, joihin liittyy opiaatteja, ja tapaus joka on yhteydessä kokaiiniin.
([3]) Yhdistyneessä kuningaskunnassa myrkytyksiä koskevien tietojen perustana on huumausaineiden väärinkäytöstä aiheutuvia kuolemia koskeva kansallinen ohjelma eli np-SAD (St George's Hospital Medical School) kuolemansyyntutkijan raporttien pohjalta. Lukuun sisältyvät tapaukset, joissa on mainittu vähintään yksi opioidi, jonkinasteinen päällekkäisyys on mahdollista ja kokonaisosuus voi olla alhaisempi.
Huom. Joissakin maissa "kansalliset määritelmät" huumekuolemista sisältävät rajoitetun määrän kuolemantapauksia, jotka liittyvät epäsuorasti huumeidenkäyttöön.
Lähde: Reitoxin kansalliset raportit 2003, tiedot on otettu kansallisista kuolleisuusrekistereistä tai erikoisrekistereistä (oikeuslääketieteellisistä tai poliisin rekistereistä). Ne perustuvat kansallisiin määritelmiin, jotka esitetään metodologisissa huomautuksissa "Definition of acute drug-related deaths in the Member States". Ks. myös DRDeaths_Tbl 1 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

Monessa muussa maassa tunnustetaan matalan kynnyksen huumepalvelujen tehtävä peruslääkintähoidossa, kuten haavojen ja paiseiden hoidossa, esimerkiksi Norjan "kenttähoitoasemilla". Suomessa matalan kynnyksen lääkintäpalveluissa, joita kutsutaan "terveysneuvontapisteiksi", toteutetaan onnistuneita testaus- ja rokotuskampanjoita. Lääkintähoidon mahdollisuus houkuttelee niitäkin huumeidenkäyttäjiä, joita on muuten vaikea tavoittaa, ja yhteydet lääkintähenkilökuntaan antavat jopa neulojen ja ruiskujen vaihtoa paremmin mahdollisuuden saada apua ja palveluja, kuten HIV-neuvontaa ja -testausta, lääkintähoitoa ja huumehoitoa (EMCDDA, 2004a).

Matalan kynnyksen palvelujen tarve on suurin maissa, joissa epidemioita on "pitkältä ajalta", koska pitkäaikaisilla injektiokäyttäjillä on huomattavia terveysongelmia, ja he voivat olla syrjäytyneitä. Palveluvalikoiman laajentuminen voi kertoa myös palvelujen kasvavasta merkityksestä tässä ryhmässä.

Huumekuolemat ([101])

Useimmissa EU:ssa ilmoitetuissa "huumekuolemissa" ([102]) kuolleiden verestä löytyy opiaatteja, vaikka toksikologisessa tutkimuksessa löydetään monessa tapauksessa myös muita huumausaineita (kaavio 16) ([103]).

EU-maissa on vuosina 1995–2001 ilmoitettu vuosittain 8 000–9 000 yliannostuskuolemaa ([104]). Näitä lukuja voidaan pitää vähimmäisarvioina, sillä todennäköisesti osa kuolemista jää useimmissa maissa kirjaamatta. Suurin osa yliannostukseen kuolleista on 20–40-vuotiaita nuoria miehiä (70–93 %), ja keski-ikä on 31–40 vuotta. Useimmissa EU-maissa menehtyneiden ikä on noussut, mikä viittaa "kohortin ikääntymiseen" ([105]). Tällaista suuntausta ei ole havaittavissa Suomessa eikä osittain myöskään Kreikassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Tähän on syytä kiinnittää huomiota, koska se saattaa merkitä injektiokäytön tai opiaattien käytön levinneisyyden kasvua viime vuosina (kaavio 17).

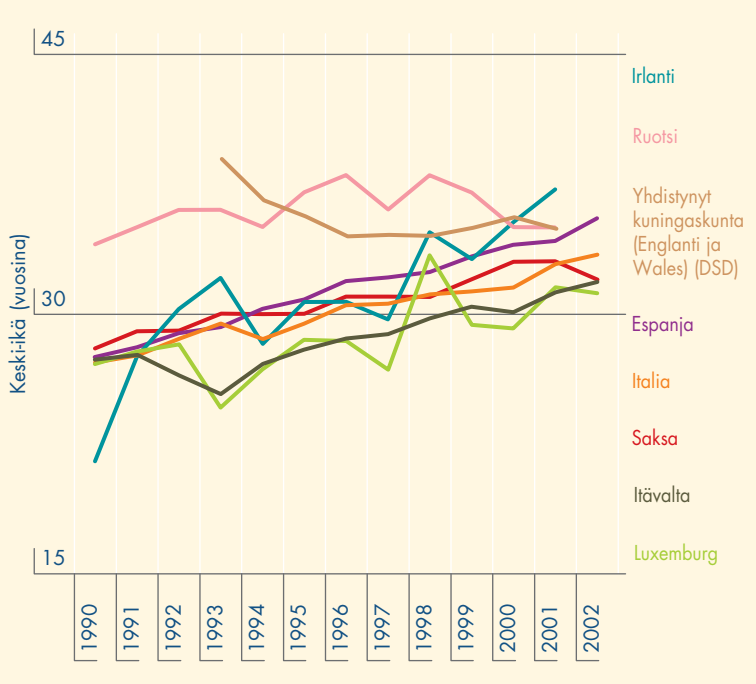
Useat EU-maat ovat säännöllisesti ilmoittaneet huumekuolemista, joissa uhrien verestä on löytynyt metadonia. Metadoni voi muiden opiaattien tavoin olla myrkyllinen aine, mutta tutkimukset osoittavat selvästi, että korvaushoito vähentää ohjelmaan osallistuvien riskiä kuolla yliannostukseen. Usean tutkimuksen mukaan metadonin aiheuttamat kuolemat ovat pikemminkin seurausta laittomasta käytöstä kuin lääkärin valvomasta käytöstä, ja muiden tutkimusten mukaan riski kasvaa metadonikorvaushoidon alkuvaiheessa. Nämä tulokset osoittavat, että on tärkeää varmistaa korvaushoito-ohjelmien laatu.

Äkillisten huumekuolemien suuntauksia

Suuntaukset huumekuolemissa vaihtelevat eri maiden välillä, mutta EU-maissa voidaan havaita joitakin yleisiä

([101]) Yleiskuva huumekuolemista: ks. Huumekuolemat ja huumeidenkäyttäjien kuolleisuus viime vuoden vuosiraportissa (EMCDDA, 2003b).
([102]) Ks. menetelmiä koskevat huomautukset "Huumekuolemat – EMCDDA:n määritelmä" vuoden 2004 Tilastotiedotteessa. Ks. EMCDDA protocol for drug-related death (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419).
([103]) Ks. DRDeaths_Tbl 1 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([104]) Ks. DRDeaths_Tbl 2 ja DRDeaths_Tbl 3 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([105]) Ks. kaavio 10 OL: Yli 35-vuotiaiden osuus äkillisten huumekuolemien uhreissa EU-maissa vuodesta 1990 vuosiin 2001–2002.

Kaavio 17: Huumeisiin kuolleiden keski-ikä joissakin EU-maissa (1990–2002)



Huom. Kaaviossa esitetään maat, jotka ovat ilmoittaneet menehtyneiden keski-iän useimmilta tarkastelun kohteena olevan ajanjakson vuosilta.
Ks. myös kaavio 10 OL: Yli 35-vuotiaiden osuuden kehitys huumekuolemissa EU-maissa vuodesta 1990 vuosiin 2001–2002.
Tiedot perustuvat kansallisiin määritelmiin, jotka esitetään metodologisissa huomautuksissa äkillisten huumekuolemien kansallisista määritelmistä. Englannissa ja Walesissa käytetään "huumestrategian määritelmää" (DSD) (Tilastotiedote 2004).

Lähde: Reitoxin kansalliset raportit 2003, tiedot on otettu kansallisista kuolleisuusrekistereistä tai erikoisrekistereistä (oikeuslääketieteellisistä tai poliisin rekistereistä).

suuntauksia. Huumekuolemat lisääntyivät selvästi 1980-luvulla ja 1990-luvun alussa ([106]). Joissakin maissa tapahtuneesta laskusta huolimatta yleinen noususuuntaus jatkui, vaikkakin se hidastui vuosina 1990–2000. Vuonna 2000 kirjattiin 8 838 huumekuolemaa, kun vuonna 1990 niitä oli 6 284 (40 %:n kasvu).

Vuosien 2000 ja 2001–2002 välillä huumekuolemat vähenivät monissa EU-maissa, mutta joissakin tapauksissa (Saksa, Kreikka, Irlanti, Italia ja Portugali) huumekuolemien määrästä tuli tilastollisesti merkittävä. Norjassa poliisi myös raportoi huumekuolemien kasvaneen merkittävästi vuonna 2002. EU:n tasolla huumekuolemat vähenivät vuodesta 2000 (8 838 tapausta) vuoteen 2001 (8 306 tapausta). Lasku on pientä mutta tilastollisesti merkittävää (6 %) (kaavio 18) ([107]).

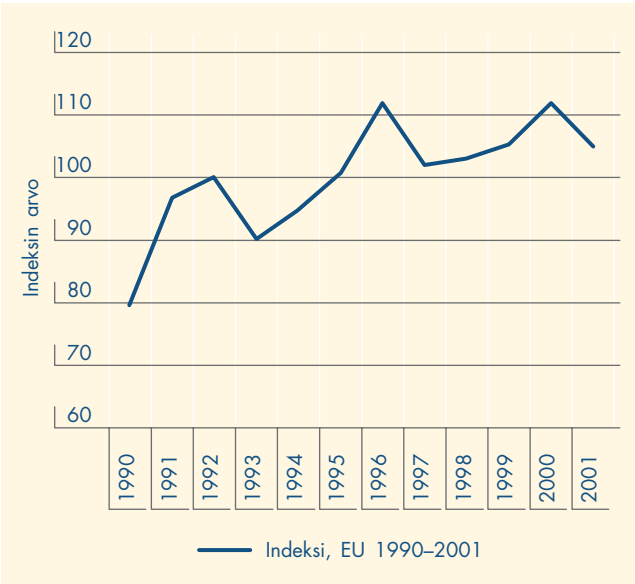
Huumekuolemien voidaan ennustaa lisääntyvän uusissa jäsenvaltioissa tai ehdokasmaissa. Tällä hetkellä huumekuolemia koskevien tietojen laatu on joidenkin näiden maiden osalta rajallista ja havaittuja suuntauksia pitäisi tulkita varovasti. Virossa ja Sloveniassa on havaittavissa noususuuntaus, kun taas Bulgariassa ja Tšekissä ei voida erottaa mitään suuntausta.

Huolimatta suotuisista tekijöistä, joita ovat monissa maissa opiaattien käyttäjillä siirtyminen pois injektiokäytöstä ja lisääntynyt hoitotarjonta, huumekuolemissa kahden viime vuoden aikana havaittu lasku on vähäistä (joissakin maissa ei ollenkaan), ja nykyiset luvut ovat tulevaisuutta ajatellen yhä korkeat.

Opiaattien käyttäjien kuolleisuus

Kuolleisuuden kohorttitutkimukset ovat osoittaneet, että opiaattien käyttäjien kuolleisuus on 20-kertainen verrattuna

Kaavio 18: Muutokset äkillisten huumekuolemien määrässä – EU ja Norja vuodet 1990–2001 yhteensä (100 indeksoitu keskiarvoksi ajanjaksolla 1990–2001)



Huom. Vuodelta 2002 saatujen riittämättömien tietojen vuoksi indeksiä ei ole laskettu.
Yksittäisen maan suuntaukset ovat nähtävissä kaaviossa 11 OL. Maakohtaiset tapausten määrät esitetään taulukoissa DRDeaths_Tbl 2 ja Tbl 3 (Tilastotiedote 2004).
Yhdistyneen kuningaskunnan osalta on valittu Office of National Statisticsin toimittamat tiedot, sillä niitä on saatavissa pidemmältä aikaväliltä (Tilastotiedote 2004).

Lähde: Reitoxin kansalliset raportit 2003, tiedot on otettu kansallisista kuolleisuusrekistereistä tai erikoisrekistereistä (oikeuslääketieteellisistä tai poliisin rekistereistä). Ne perustuvat kansallisiin määritelmiin, jotka esitetään metodologisissa huomautuksissa National definitions of acute drug-related deaths (Tilastotiedote 2004).

([106]) Ks. kaavio 11 OL: Suoraan huumeidenkäyttöön liittyvien äkillisten kuolemien pitkän aikavälin suuntaus EU:ssa (1985–2001).

([107]) Ks. myös kaavio 12 OL: Suuntauksia äkillisissä huumekuolemissa eri EU-maissa ja EU:ssa kaikkinensa vuosina 1985–2001. Yhdistyneen kuningaskunnan osalta ks. myös "Huumekuolemien kansallisten määritelmien menetelmiä koskevat huomautukset" (Tilastotiedote): "Huumausainestrategian määritelmä" ja "ONS:n perinteinen määritelmä". Huumausainestrategian määritelmällä saadaan hyvin samansuuntaisia arvioita kuin EMCDDA:n eurooppalaisella vakiomääritelmällä ("Selection B").

samanikäiseen väestöön yleensä. EMCDDA koordinoi kuolleisuuden kohortteja koskevaa yhteistyöhanketta kahdeksassa maassa, ja aiemmissa EMCDDA:n raporteissa on esitelty alustavia tuloksia. Lisäanalyyseja tehdään parhaillaan, ja mukana on nyt myös Ranskan ja Skotlannin kohortteja. Tulokset on tarkoitus esitellä tulevissa vuosiraporteissa.

Huumekuolemien vähentäminen

Tietoisuus sosiaalisista ja yksilöllisistä riskitekijöistä, huumekuolemien riskistä ja etenkin kuolemaan johtavien heroiinin yliannostusten olosuhteista on kasvanut 1990-luvun puolivälistä lähtien (esimerkiksi Best et al., 2000; 2001; Origer ja Delucci, 2002), ja tulosten perusteella kuolemia voidaan vähentää merkittävästi lääketieteen ja koulutuksen avulla. Yliannostuskuolemien väheneminen viime aikoina useassa maassa (Ranska, Espanja) on selitetty korvaushoidon saatavuuden parantumisella (esimerkiksi Ranskassa: kansallinen raportti 2002, 2003) sekä käyttötapojen muutoksilla, kuten suonensisäisen huumeidenkäytön vähenemisellä (EMCDDA, 2004b).

Huumekuolemien vähentäminen on tavoite Euroopan tasolla (toinen tavoite EU:n huumausainestrategiassa vuosiksi 2000–2004), ja se mainitaan yhä useammassa kansallisessa huumausainestrategiassa jäsenvaltioissa ([108]).

Yliannostuksen riskejä ja niiden hallintaa koskevien tietojen ja opetusmateriaalien (lehtisten, julisteiden, esitteiden tai videoiden) levittäminen huumeidenkäyttäjille ja heidän sosiaalisille verkostoilleen on yleinen käytäntö useimmissa vanhoissa jäsenvaltioissa muttei uusissa jäsenvaltioissa. Useassa maassa on toteutettu muita näyttöön perustuvia toimia, kuten pyritty lisäämään vertaisryhmän valmiuksia huumeiden aiheuttamissa hätätilanteissa ja kannustamaan huumeidenkäyttäjiä hälyttämään ambulanssi yliannostustapauksissa, mutta järjestelmällisiä tietoja tällaisen koulutuksen tarjonnan tasosta ei vielä ole saatavissa. Huumeidenkäyttäjille jaettava opiaattiantagonisti (naloksoni) on yksi toimenpide, johon on ryhdytty tai johon ryhtymistä harkitaan joissakin maissa yliannostuskuolemien vähentämiseksi ([109]) (EMCDDA, 2003a).

Joissakin maissa on valvottuja piikitystiloja avoinna huumeidenkäyttäjille, joiden yliannostusriski on suuri. Tällaisia palveluja on Saksassa, Espanjassa ja Alankomaissa, ja niitä valmistellaan Luxemburgissa, Sloveniassa ja Norjassa. Jos piikitystilojen kattavuus on riittävä, ne voivat auttaa vähentämään huumekuolemia kaupungeissa.

Itävallan hätäpalveluhankkeen kohteena ovat ne huumeidenkäyttäjät, joilla yliannostukset ovat yleisiä ([110]).

Piikitystilat

"Huumeiden piikitystilat" ovat tiloja, joissa huumeidenkäyttäjät voivat käyttää huumeitaan hygieenisissä oloissa, ammattitaitoisen henkilöstön valvonnassa ja pelkäämättä pidätystä. Niitä on 39 kaupungissa Euroopassa. EMCDDA:n julkaisussa *European report on drug consumption rooms* (EMCDDA, 2004a) kuvaillaan, mitä piikitystilat ovat, miten ja miksi niitä perustetaan: siinä kuvataan näiden tilojen erityiset kohderyhmät, tilojen tavoitteet ja toiminta sekä esitetään tiivistetysti näistä tiloista saatavilla olevat tosiasialliset tiedot.

Hyvin erikoistuneena palvelumuotona yhdistettynä laajempaan huumeidenkäyttäjille tarkoitettuun palveluverkostoon piikitystilojen perusta on terveysalan työntekijöiden, poliisin, paikallisten viranomaisten ja paikallisten yhteisöjen yhteisymmärryksessä ja aktiivisessa yhteistyössä. Raportti osoittaa, että niiden onnistuu luoda yhteys erittäin ongelmalliseen huumeidenkäyttäjien ryhmään ja edistää pääsyä kohderyhmän kipeästi kaipaamaan perusterveydenhoitoon samoin kuin sosiaali- ja hoitopalveluihin. Tarjoamalla käyttöön puhtaat piikitysvälineet ja valvotun ympäristön huumeidenkäyttöön, kuolleisuus ja kuoleman riski samoin kuin julkisesta huumeidenkäytöstä aiheutuva häiriö vähenevät.

([108]) Ks. taulukko 8 OL: Strategiat ja valikoidut toimenpiteet huumekuolemien vähentämiseksi EU:n 25 jäsenvaltiossa ja Norjassa.
([109]) Ks. taulukko 8 OL: Strategiat ja valikoidut toimenpiteet huumekuolemien vähentämiseksi EU:n 25 jäsenvaltiossa ja Norjassa.
([110]) Ks. Itävallan EDDRA-hankkeen yhteyshenkilö EDDRA:n tietokannassa (http://eddra.emcdda.eu.int:/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

Luku 7

Hoito – ongelmakäyttäjien tarpeisiin vastaaminen

Monet huumeiden ongelmakäyttäjät tarvitsevat yhteyttä hoitopalveluihin. Euroopan unionissa on monenlaisia hoitovaihtoehtoja sekä kansallisesta ja aiemmasta kehityksestä johtuvien tilanteiden että erilaisten avuntarvitsijoiden mukaan. Niitä kuvataan lyhyesti jäljempänä. Hoidon saatavuus vaihtelee maiden välillä, mutta se on yleensä huonompi uusissa jäsenvaltioissa. Näyttää kuitenkin siltä, että hoitovalmiuksien lisäämiseen panostetaan jatkuvasti, sillä huumeiden ongelmakäyttäjien saatavilla olevat mahdollisuudet ovat parantuneet.

Uutta tällä alalla on uuden tekniikan viestintämahdollisuuksien, kuten Internetin, hyödyntäminen huumeidenkäyttäjien saatavilla olevien palveluiden parantamiseksi. Internetin osuus laittoman huumeidenkäytön lisääntymisessä on saanut osakseen paljon huomiota. Siksi on myönteistä, että joissakin maissa, kuten Alankomaissa ja Suomessa, on käynnistetty aloitteita, joissa selvitetään tämän välineen tarjoamia mahdollisuuksia tietojen ja hoitovaihtoehtojen parantamisessa. On esimerkiksi hyödynnetty sähköpostin ja matkapuhelimen tarjoamia suoria viestintäyhteyksiä sekä pohdittu, miten sähköiset neuvontapalvelut ja tekstiviestipalvelut voivat auttaa huumeidenkäyttäjiä.

Huumehoidon siirtyminen sairaaloista yhteisöllisiin hoitokeskuksiin on yleinen suuntaus kaikkialla EU:ssa. Tällainen kehitys ei ole yhtä selvää uusissa jäsenvaltioissa, joissa psykiatriset sairaalat ovat edelleen ensisijaisia hoidon tarjoajia (Viro, Latvia, Liettua, Slovenia). Tilanne saattaa kuitenkin olla muuttumassa joissakin maissa; esimerkiksi Tšekissä annetaan hoitoa molemmissa ympäristöissä.

Hoitopalvelujen ominaispiirteitä

Lääkkeetön hoito

Lääkkeettömässä hoidossa sovelletaan psykososiaalisia ja valmentavia tekniikoita. Tavoitteena on pidättäytyminen huumeista pitkällä aikavälillä. Perinteisesti lääkkeetöntä hoitoa on annettu pitkäaikaisesti hoitolaitoksissa, esimerkiksi hoitoyhteisöissä. Nykyisin se tapahtuu usein ryhmässä.

Lääkitystä voidaan käyttää vieroitusoireiden lievittämiseen. Lääkitys rajoittuu yleensä masennuslääkkeisiin ja/tai bentsodiatsepiineihin, mutta joissakin hoitoyhteisöissä tällaisia lääkkeitä ei tarjota lainkaan ([111]).

Koska lääkehoitoa on yleensä tarjolla vain opioidien käyttäjille, jonkinlainen lääkkeetön hoito on tavallisesti ainoa hoitovaihtoehto muiden huumeiden kuin opioidien ongelmakäyttäjille.

Lääkehoito

Lääkehoito voi olla korvaushoitoa, jossa käytetään agonisteja, tai hoitoa, jossa käytetään antagonisteja. Yleensä tällaisessa farmakologisessa hoidossa käytetään naltreksonia (antagonisti) tai jotakin seuraavista opioidiagonisteista: metadoni, buprenorfiini, dihydrokodeiini, heroiini, hitaasti vapautuva morfiini.

Metadoni on edelleen yleisimmin käytetty korvaushoitolääke laajentuneessa EU:ssa. Hoitovaihtoehdot ovat kuitenkin laajentuneet viime vuosina. Vuoteen 2002 mennessä kaikissa silloisissa jäsenvaltioissa lukuun ottamatta Alankomaita ja Irlantia (jossa sitä käytetään vain vieroitushoitoon) ([112]) oli käytetty buprenorfiinia. Muita korvaushoitolääkkeitä, kuten dihydrokodeiinia (Belgia, Saksa, Luxemburg, Itävalta), hitaasti vapautuvaa morfiinia (Itävalta) ja heroiinia (Saksa, Alankomaat, Yhdistynyt kuningaskunta), käytetään harvemmin tai osana lääketieteellistä tutkimusta (Springer, 2003a) ([113]).

Absoluuttisesti mitattuna korvaushoidosta on tullut yleisimmin saatavilla oleva erikoistunut huumehoitomuoto opiaattien käyttäjille EU:ssa, sillä tällaista hoitoa saa yli 400 000 henkilöä. Sloveniaa lukuun ottamatta korvaushoitoa on kuitenkin saatavilla selvästi vähemmän EU:n uusissa jäsenvaltioissa, joissa hoito on useimmiten lääkkeetöntä hoitoa ([114]).

Korvaushoidon saatavuus ja hoitoon pääsyn edellytykset

Korvaushoitoon pääsyn edellytyksiä on edelleen helpotettu. Hoitoon pääsyn edellytykset olivat aiemmin hyvin valikoivia,

([111]) Ks. kaavio 13 OL: Laitospotilaiden lääkkeettömät hoitomuodot.
([112]) Irlannissa buprenorfiinia käytetään vain vieroitusoireiden hoitoon.
([113]) Ks. taulukko 9 OL: Käytettävät korvaushoitolääkkeet EU:n jäsenvaltioissa.
([114]) Ks. kaavio 14 OL: Opiaattien käyttöön annettavan korvaushoidon tai lääkkeettömän hoidon levinneisyys.

sillä tällainen hoito rajattiin usein kroonisiin ongelmakäyttäjiin. Nykyisin korvaushoitoon pääsevät yleensä vain 18 vuotta täyttäneet, joiden ongelmakäyttö on jatkunut 1–2 vuotta (esimerkiksi Belgiassa, Irlannissa ja Alankomaissa). Useimmissa uusissa jäsenvaltioissa kynnys on korkeampi, kuten 20 vuoden alaikäraja tai vähintään viisi vuotta jatkunut ongelmakäyttö (esimerkiksi Virossa ja Latviassa), mutta Sloveniassa huumeidenkäyttäjät voivat saada korvaushoitoa 16 ikävuodesta alkaen. Hoitoon pääsyn edellytykset ovat suhteellisen tiukat myös Kreikassa, Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa, sillä vaatimuksena on vähintään 20–25 vuoden ikä ja 4–5 vuoden ongelmakäyttö.

Korvaushoidon saatavuuden parantumisesta huolimatta kysyntä ylittää edelleen tarjonnan monessa maassa, ja Belgiassa, Tšekissä, Kreikassa, Virossa, Unkarissa, Irlannissa, Ruotsissa ja Norjassa korvaushoitoon jonotetaan. Myös huumepalvelujen järjestämistapa voi rajoittaa saatavuutta; esimerkiksi Liettuassa potilaat joutuvat maksamaan lääkityksestä, mikä vähentää palvelujen käyttöä.

Korvaushoidon käyttöönotto

Korvaushoidon käyttöönoton ajankohta vaihtelee huomattavasti jäsenvaltioissa. Joissakin jäsenvaltioissa käynnistettiin metadonikorvaushoito-ohjelmia jo 1960-luvun lopussa ja 1970-luvun alussa, mutta tämä hoitomuoto otettiin laajamittaisesti käyttöön vasta 1990-luvulla (Belgia, Kreikka, Ranska, Norja). Korvaushoito on enimmäkseen varsin tuore asia uusissa jäsenvaltioissa, sillä useimmat maat aloittivat korvaushoidon 1990-luvulla, ja Virossa käynnistettiin ensimmäinen ohjelma vasta vuonna 2001. Poikkeuksena on Slovenia, jossa ohjelmat vakiintuivat 1990-luvulla ([115]).

Psykososiaalinen tuki korvaushoidossa

Vaikka yleisesti katsotaan, että korvaushoitoa pitäisi täydentää psykososiaalisella tuella, sitä ei läheskään aina anneta hoidon osana. Tšekissä, Saksassa ja Alankomaissa resurssipula rajoittaa riittävää psykososiaalista tukea. Norjassa jokaiselle korvaushoidossa olevalle pitäisi teoriassa osoittaa sosiaaliavustaja, mutta käytännössä tähän ei aina ole riittävästi valmiuksia. Erään tanskalaistutkimuksen mukaan metadonipotilaat, jotka eivät saa minkäänlaista psykososiaalista tukea, käyttävät oheishuumetta selvästi useammin kuin tällaista tukea saavat. Lisätutkimuksissa selvitetään, voiko laajennettu psykososiaalinen tuki parantaa hoitotuloksia (Pedersen, 2001). Irish College of General Practitioners on kannattanut näyttöön perustuvia korvaushoito-ohjeita (2003) ja korostanut psykososiaalisen osatekijän merkitystä.

Psykososiaalisesta tuesta saatava hyöty riippuu kuitenkin myös siitä, miten tärkeäksi asiakkaat mieltävät tämän hoitovaihtoehdon. Kreikassa metadonihoito-ohjelmien potilaat käyttävät runsaasti psykososiaalista neuvontaa, mutta Latviassa vain harva potilas on valmis siihen.

Laadunvarmistus

Hoidon laadunvarmistus voidaan määritellä "järjestelmälliseksi pyrkimykseksi seurata, todentaa ja parantaa tarjottavien palvelujen laatua". EU:ssa hyväksytään yleisesti viisi laadunvarmistusmekanismia: hoitopalvelujen hyväksyminen, hoitostandardit, henkilökunnan koulutus, asiakkaiden ja tulosten seuranta sekä muun muassa hoidossa pysymisen, tulosten, tyytyväisyyden ja kotiutuksen arviointi (kaavio 19).

Uutta huumehoitopalvelujen laadunvarmistuksessa ovat laadunvarmistuksen sisällyttäminen kansallisiin huumausainestrategioihin (Kreikka, Espanja, Ranska, Irlanti, Ruotsi) tai vähimmäisvaatimusten asettaminen tällaisille palveluille (Belgia, Tšekki, Saksa, Alankomaat, Puola, Slovenia ja Yhdistynyt kuningaskunta). Hoitopalvelujen hyväksymistä käytetään laadunvarmistusmekanismina monessa maassa (Saksa, Espanja, Ranska, Irlanti, Luxemburg, Alankomaat, Puola, Portugali ja Yhdistynyt kuningaskunta), mutta osassa sitä on vielä kehitettävä (Tšekki, Alankomaat). Monessa maassa on lisätty henkilökunnan koulutusta, mutta tosiasiallista laajuutta ja kattavuutta ei aina seurata järjestelmällisesti. Huumehoitopalvelujen järjestelmällinen ja laajamittainen arviointi on melko harvinaista, sillä näin tehdään ainoastaan Tanskassa, Italiassa, Latviassa, Luxemburgissa, Puolassa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa.

Sosiaalinen kuntoutus

Sosiaalisessa kuntoutuksessa on kolme "osatekijää": 1) asunto, 2) koulutus sekä 3) työ ja ammatillinen koulutus. Asunto on säännöllisen elämän perusedellytys, ja huumeidenkäyttäjille (entisille tai nykyisille) pyritään järjestämään asunto ja/tai heitä tuetaan vuokranmaksussa. Useimmat huumeidenkäyttäjät ovat saaneet melko vähän muodollista koulutusta, joten luku- ja kirjoitustaito sekä matemaattiset tai muut taidot kaipaavat kohennusta. Työtä ja ammatillista koulutusta koskevissa aloitteissa pyritään sosiaaliseen itsenäisyyteen siten, että asiakasta autetaan sijoittumaan työmarkkinoille joko etsimällä hänelle työpaikka tai tukemalla työntekoa tai antamalla hänelle erityiskoulutusta.

Sosiaalinen kuntoutus ei ole huumeiden ongelmakäytön yhteydessä yhtä vakiintunut toimenpide kuin hoito, joten

([115]) Ks. kaavio 15 OL: Metadonihoidon käyttöönotto EU:ssa.

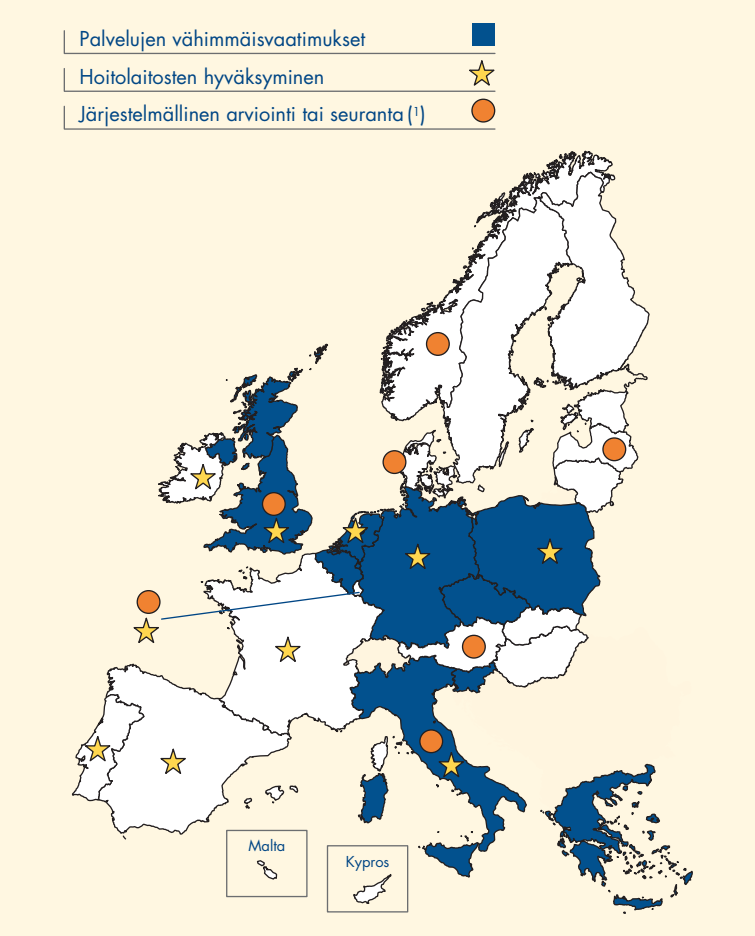
tämänkin alan seurannassa ja raportoinnissa on puutteita. Joidenkin jäsenvaltioiden mukaan tähän alaan on kohdistettava entistä enemmän huomiota ja määrärahoja (Saksa, Viro, Suomi). Poliittinen huomio sosiaalista kuntoutusta kohtaan on kuitenkin lisääntynyt joissakin maissa, sillä se sisältyy kansallisiin huumausainestrategioihin ja sille annetaan taloudellista tukea (Kreikka, Irlanti, Englanti ja Wales) ([116]).

Hoidontarvetta koskevat tiedot

Huumeongelman takia hoitoon hakeutuvien määrää koskevista tiedoista saa hyvän käsityksen paitsi huumeiden ongelmakäytön yleisistä suuntauksista myös hoitopalvelujen järjestämisestä ja käytöstä Euroopassa. EMCDDA:n TDI-protokollan (Treatment Demand Indicator) avulla voidaan ilmoittaa yhdenmukaisesti huumehoitoon ohjattujen asiakkaiden määrä ja ominaispiirteet. Vaikka TDI-tiedot antavatkin varsin todenmukaisen ja hyödyllisen kokonaiskuvan erikoistuneiden huumehoitopalvelujen asiakkaiden ominaispiirteistä, tietyistä teknisistä syistä olisi varottava yleistämästä tuloksia kaikkien palvelujen asiakkaisiin.

Uusimmissa TDI-tiedoissa ja kansallisissa raporteissa näkyy edelleen viime vuosien suuntaus, jonka mukaan hoitopalveluihin hakeutuneiden kokonaismäärä on kasvanut. Hoitokertojen yleisestä kasvusta huolimatta hoitoon ensimmäisen kerran hakeutuneiden määrä näyttää olevan melko vakaata ([117]). Yleisen hoidontarpeen lisääntyminen voidaan selittää useilla tekijöillä, mukaan lukien erityisesti ilmoitusjärjestelmän kattavuuden parantuminen ja hoidon saatavuuden laajentuminen ([118]).

Kaavio 19: Huumehoidon laadun varmistaminen



([1]) Keskitetty rekisteri tai tietokanta, jossa seurataan asiakkaita ja/tai hoidon tarjontaa.
Lähde: Reitoxin kansalliset raportit.

Huumehoitoon hakeutuvien asiakkaiden ominaispiirteet

Sekä huumehoitopalvelut että niiden asiakkaat keskittyvät lähinnä kantakaupunkiin ja taajamiin. Siellä huumeongelmat yhdistyvät moniin muihin sosiaalisiin ja terveydellisiin ongelmiin, jotka ovat yleisimpiä syrjäytyneissä ja vähäosaisissa yhteisöissä.

Useimmat asiakkaat hakeutuvat erikoistuneeseen huumehoitoon 20–40-vuotiaana, ja ensimmäisen kerran hoitoon hakeutuvien asiakkaiden keski-ikä on 26 vuotta. Eurooppalaisissa tiedoissa ikäjakauma ei kuitenkaan ole yhtenäinen, vaan asiakkaissa on eniten yli 39-vuotiaita ja alle 20-vuotiaita. Ikäjakauma on tällainen, koska opiaattien tai kokaiinin ongelmakäyttäjät ovat yleensä keskimäärin vanhempia, kun taas kannabiksen tai muiden piristeiden kuin kokaiinin käytön takia hoitoon hakeutuneet ovat tavallisesti muita nuorempia ([119]). Niissä maissa, joissa kannabisongelmien takia hoitoon ohjattujen asiakkaiden määrä on lisääntynyt tuntuvasti, kuten Tanskassa, Saksassa ja Suomessa, asiakkaat ovatkin tavallisesti nuorempia kuin Kreikan, Espanjan ja Alankomaiden kaltaisissa maissa, joissa on eniten heroiini- tai kokaiiniongelmia. Myös huumeongelman ajallinen kehitys vaikuttaa osaltaan hoidettavien ikään; esimerkiksi Suomessa asiakkaat ovat suhteellisen nuoria, sillä huumeongelma on siellä verrattain uusi ilmiö. Samantapaisia tuloksia saataneen monista uusista jäsenvaltioista, joissa huumeongelmat ovat niin ikään melko tuore ilmiö, vaikka huumehoitoon hakeutuneilla onkin pääasiassa heroiiniongelmia ([120]).

([116]) Ks. kaavio 16 OL: Yleiskuva sosiaalisen kuntoutuksen tarjoamisesta.
([117]) Ks. kaavio 17 OL: Uudet asiakkaat huumehoitopalvelujen piirissä joissakin EU:n jäsenvaltioissa vuosittain.
([118]) Ks. TDI_Tbl 1 ja TDI_Tbl 2 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([119]) Ks. TDI_Tbl 5 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([120]) Ks. TDI_Tbl 4 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

Huumeidenkäyttäjät ovat kaikissa Euroopan maissa enimmäkseen miehiä, mutta sukupuolijakauma vaihtelee miesten ja naisten välillä huomattavasti suhdelukuna 3/1–6/1. Maiden välisissä eroissa näkyvät tässäkin huumeongelman laji sekä alue (naispuolisten huumeidenkäyttäjien osuus on suurin Pohjois-Euroopan maissa ja uusissa jäsenvaltioissa) ja asiakkaan ikä.

On kiinnostavaa, että useimmat heroiinin, kokaiinin ja unilääkkeiden tai rauhoittavien lääkkeiden takia hoitoon hakeutuvat käyttävät näitä aineita päivittäin, mutta muiden aineiden käyttötiheydessä on enemmän vaihtelua. Tätä kysymystä tarkastellaan lähemmin erityiskysymyksessä "Kannabisongelman taustaa – miksi hoidontarve kasvaa Euroopassa?" (s. 82).

Valtaosa hoitoon hakeutuneista asiakkaista on aloittanut huumeidenkäytön nuorena, yleensä 15–19-vuotiaana. Heroiinia ja kokaiinia ensimmäisen kerran kokeilevien iässä on kuitenkin selkeä ero, sillä 20–30 % asiakkaista aloittaa käytön 25-vuotiaana tai tätä myöhemmin ([121]).

Sosiodemografiset tiedot

Väestötietojen mukaan hoitoon hakeutuneet asiakkaat ovat keskimääräistä useammin sosiaalisesti ja taloudellisesti epäedullisessa asemassa. Yli puolelta asiakkaista puuttuu keskiasteen koulutus ([122]). Vailla vakituista työtä olevien osuus on korkea verrattuna kokonaistyöttömyysasteeseen: joissakin maissa yli puolet hoidossa olevista huumeidenkäyttäjistä on työttömiä ([123]). Myös asumisolot ovat usein epävakaat: noin 15 prosenttia hoidossa olevista asuu laitoksessa tai tilapäismajoituksessa ([124]). On myös hyvä muistaa, että kodittomuus voi rajoittaa ihmisten mahdollisuuksia hyödyntää hoitovaihtoehtoja ja että kodittomuus voi pahentaa niin huumeongelmia kuin niiden seurauksiakin (EMCDDA, 2003b, s. 65).

Vakituisessa asunnossa asuvista asiakkaista kolmasosa asuu yksin, kolmasosa vanhempien kanssa ja loput kumppanin tai muiden ihmisten kanssa. Yli 10 prosenttia asuu lasten kanssa; on saatu näyttöä siitä, että huumeidenkäyttäjien lapsilla voi olla monenlaisia vaikeuksia. Huumeongelmat tuovat ylimääräisiä haasteita myös vanhemmuuteen (Murphy-Lawless, 2002).

Käytetyt huumausaineet

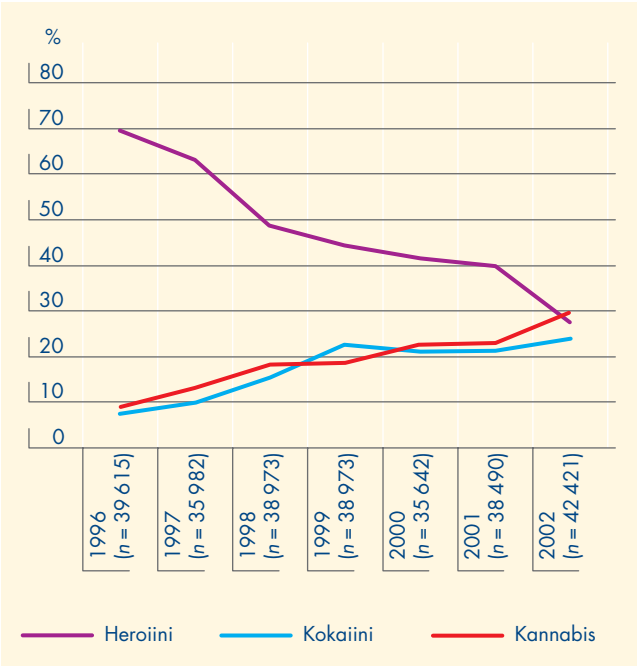
TDI-tietoihin kirjataan sekä huume, jonka takia hoitoon ensisijaisesti hakeudutaan, että mahdollinen toissijainen huume. Hoidon ensisijaiseksi syyksi tai toissijaiseksi huumeeksi kirjataan useimmiten opiaatit, kokaiini ja kannabis (kaavio 20).

On hankalaa saada selkeää kuvaa huumausaineista, joiden takia huumehoitoon hakeudutaan, koska huumeidenkäyttäjät käyttävät yleensä monia psykoaktiivisia aineita. Usein on vaikea sanoa, missä määrin asiakkaan ongelmat liittyvät tiettyyn huumeeseen. Huumeiden sekakäyttö on kaikissa maissa yleistä asiakkaiden keskuudessa, ja 40–80 prosenttia asiakkaista on käyttänyt vähintään yhtä oheishuumetta. Monilla asiakkailla sekakäyttö on yleistä, ja samanaikaiset alkoholiongelmat hankaloittavat hoitoa entisestään. On huolestuttavaa, että usean huumeen ongelmakäyttäjien määrä näyttää olevan kasvussa monessa maassa.

Opiaatit

Useimmissa maissa hoitoon hakeutuvat asiakkaat käyttävät edelleen päähuumeenaan opiaatteja (lähinnä heroiinia), sillä opiaatteihin liittyy yleensä 40–90 prosenttia hoidontarpeesta. EU-maat voidaan kuitenkin karkeasti jakaa kolmeen ryhmään sen mukaan,

Kaavio 20: Huumeiden takia hoitopalveluja käyttäneet uudet asiakkaat, jotka ilmoittavat päähuumeeksi heroiinin, kokaiinin ja kannabiksen, vuosina 1996–2002



Huom. Kunakin vuonna tietoa antaneet maat: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SL, SK, FI ja SE (FI:n tiedot puuttuvat vuosilta 1996/1997 ja SE:n vuodelta 2000). Luvut on tietoja antaneista maista kultakin vuodelta.
Lähde: Reitoxin kansalliset raportit 2003.

([121]) Ks. kaavio 18 OL: Ikä ensimmäisellä käyttökerralla päähuumeittain ja TDI_Tbl 5 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([122]) Ks. kaavio 19 OL: Kaikki asiakkaat koulutustason mukaan ja TDI_Tbl 6 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([123]) Ks. kaavio 20 OL: Kaikki asiakkaat työmarkkina-aseman mukaan ja TDI_Tbl 7 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([124]) Ks. kaavio 21 OL: Kaikkien asiakkaiden elinolot (missä) ja kaikkien asiakkaiden elinolot (kenen kanssa).

miten suuri osa asiakkaista hakeutuu hoitoon heroiiniongelmien takia:

- alle 40 prosenttia – Tšekki, Unkari, Suomi, Ruotsi
- 40–70 prosenttia – Tanska, Saksa, Espanja, Alankomaat, Slovakia
- yli 70 prosenttia – Kreikka, Italia, Liettua, Luxemburg, Slovenia, Yhdistynyt kuningaskunta.

Kannabis

Kannabis on yleisesti ottaen toiseksi eniten mainittu huumausaine hoitoon hakeutuneiden tiedoissa. Tämä koskee etenkin uusia asiakkaita (kaavio 21), joista lähes kolmanneksella (29,5 %) on ensisijaisesti kannabisongelma. Kannabiksen takia hoitoon hakeutuvien osuus vaihtelee paljon maiden välillä ([125]). Kannabikseen liittyvää hoidontarvetta käsitellään perusteellisesti toisaalla (s. 82) tässä raportissa.

Kokaiini

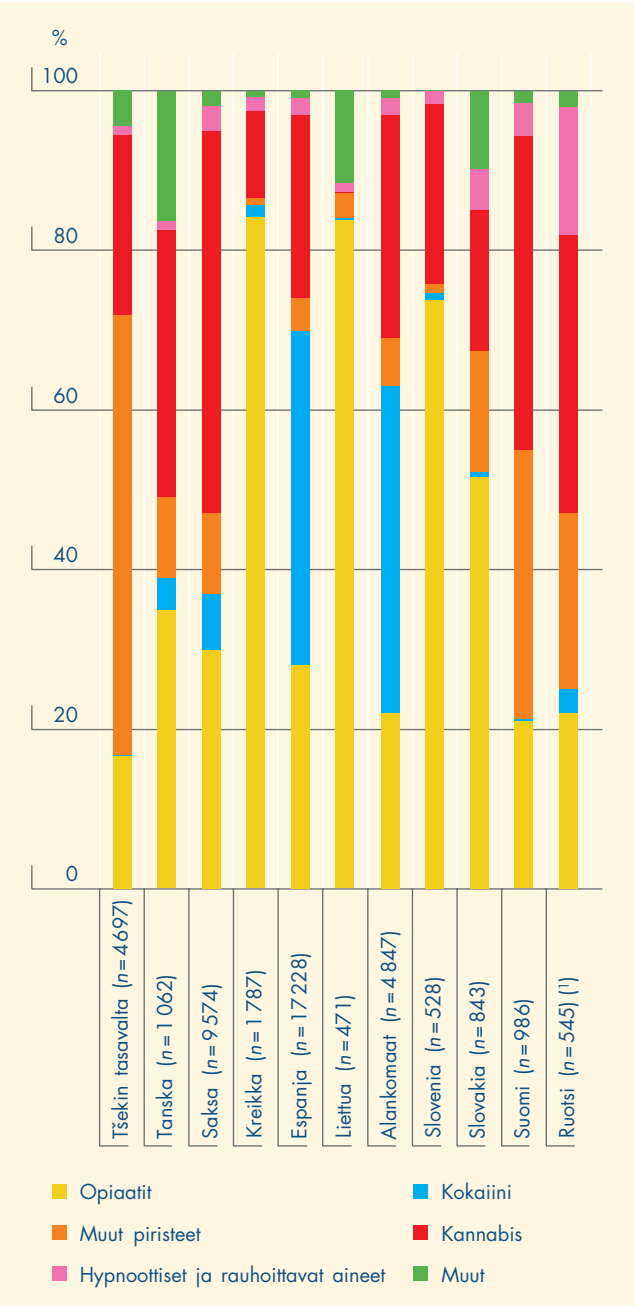
Kokaiini on huumehoitoon hakeutuneiden kolmanneksi yleisimmin mainitsema huumausaine, mutta maiden välillä on selviä eroja. Esimerkiksi uusissa jäsenvaltioissa hoitoon hakeudutaan kokaiinin käytön takia erittäin vähän tai ei lainkaan. Useimmissa muissa maissa kaikista hoitoon hakeutuvista alle 10 prosenttia käyttää kokaiinia päähuumeenaan, mutta uusien asiakkaiden keskuudessa luku on tätä korkeampi, noin 25 prosenttia.

Suonensisäinen huumeidenkäyttö oli tavanomainen käyttömuoto alle 8 prosentilla kokaiinin käytön takia hoitoon hakeutuneista asiakkaista.

Muut piristeet

Muut piristeet kuin kokaiini ilmoitetaan vain harvoin ensisijaiseksi syyksi huumehoitoon hakeutumiselle, mutta Tšekissä, Suomessa ja Ruotsissa niiden osuus hoitoon hakeutumisessa vaihtelee neljäsosasta yli puoleen. Tšekissä metamfetamiini on pääongelmana yli 50 prosentilla hoitoon hakeutuneista asiakkaista. Muualla piristeiden käyttö hoitoon hakeutumisen syynä on harvinaisempaa, mutta hoitoon hakeutuneista sen mainitsee lähes 10 prosenttia Slovakiassa, 7 prosenttia Saksassa ja 6 prosenttia Tanskassa ja 5 prosenttia Unkarissa. Kaikissa muissa maissa osuus on tätäkin alhaisempi. Vuoden 2002 tietojen mukaan piristeitä suonensisäisesti käyttävien määrä on noussut vuoden 2000 14 prosentista vuoden 2002 27 prosenttiin, vaikka tämä ryhmä on absoluuttisesti mitattuna vielä verrattain pieni (kaavio 22).

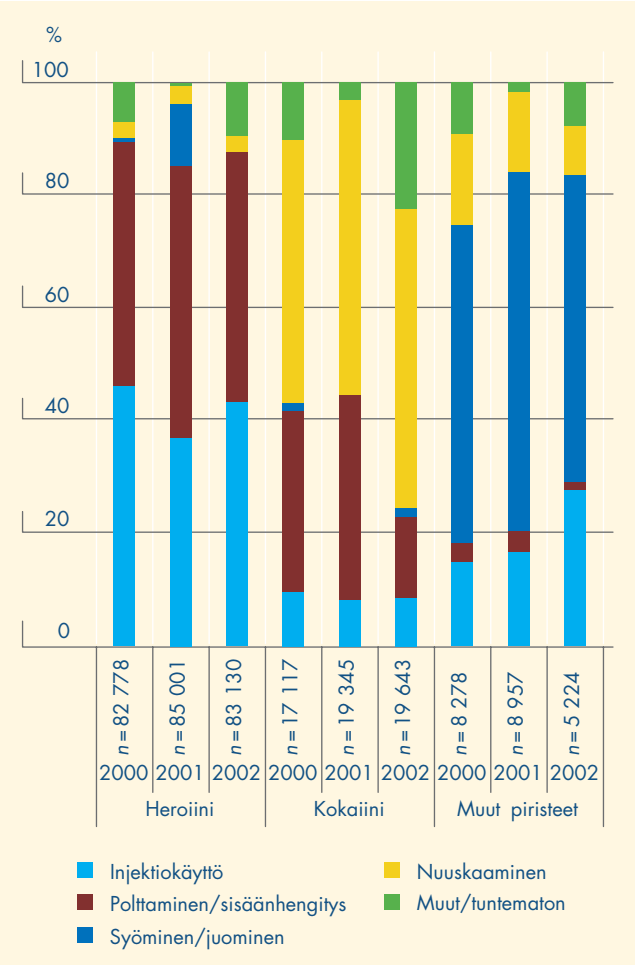
Kaavio 21: Huumeiden takia hoitopalveluja käyttäneet uudet asiakkaat vuonna 2002: jakauma päähuumeittain



Huom. Tapausten määrä kokonaisuudessaan: 42 568.
(1) Tiedot vain avohoidosta.
Lähde: Reitoxin kansalliset raportit 2003.

([125]) Ks. TDI_Tbl 10 ja TDI_Tbl 11 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

Kaavio 22: Heroiinin, kokaiinin ja muiden piristeiden käyttötapojen jakautuminen avohoitopotilailla 2000–2002



Huom. Tietoja on saatavilla seuraavista maista: DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE ja UK (Irlannista ei ole saatavilla vuoden 2002 tietoja).
Tässä on perusluvut kokonaismääristä käyttötavoista annetun ilmoituksen mukaan.

Lähde: Reitoxin kansalliset raportit (2001, 2002, 2003); TDI-tiedot (2000, 2001, 2002) avohoitokeskuksista.

Luku 8

Rikollisuuteen ja vankiloihin liittyvät kysymykset

Huumeisiin liittyvä rikollisuus

Huumeisiin liittyvä rikollisuus voidaan jakaa neljään seuraavaan pääryhmään:

- Psykofarmakologiset rikokset: psykoaktiivisten aineiden vaikutuksen alaisena tehdyt rikokset.
- Taloudellisista syistä tehdyt rikokset: huumeidenkäytön rahoittamiseksi (tai huumeiden hankkimiseksi) tehdyt rikokset.
- Järjestelmällisesti toteutetut rikokset: laittomien huumemarkkinoiden toiminnan yhteydessä osana laittomien huumausaineiden levitystä ja toimitusta tehdyt rikokset.
- Huumerikokset: huumelainsäädännön (ja muun siihen liittyvän lainsäädännön) vastaiset rikokset.

Tiedot kolmesta ensin mainitusta rikosten ryhmästä ovat EU:ssa harvinaisia. Jos tietoja on, ne saadaan paikallisista *ad hoc* -tutkimuksista, joita ei yleensä tehdä rutiininomaisesti ja joista on vaikea tehdä päätelmiä.

"Ilmoitukset" ([126]) huumerikoksista (kuten käytöstä, hallussapidosta, kaupasta ja salakuljetuksesta) heijastelevat paitsi kansallisen lainsäädännön eroja myös lain soveltamisen ja täytäntöönpanon eroja sekä rikosoikeusviranomaisten erilaisia painopisteitä ja voimavaroja tietyissä rikoksissa. Myös huumerikoksia koskevissa tietojärjestelmissä on huomattavia eroja maiden välillä, varsinkin ilmoitus- ja kirjaamiskäytännöissä eli siinä, mitä niihin kirjataan ja milloin ja miten tiedot kirjataan. Näiden erojen takia EU-maiden tietojen vertailu on varsin hankalaa.

Vuosina 1997–2002 huumerikoksista tehdyt "ilmoitukset" lisääntyivät useimmissa EU-maissa. Nousu oli erittäin huomattavaa (vähintään kaksinkertaista) Tšekissä, Virossa, Liettuassa, Unkarissa, Puolassa, Sloveniassa ja Norjassa. Huumerikoksista tehdyt "ilmoitukset" vähenivät kuitenkin vuosina 2001 ja 2002 Italiassa ja Portugalissa ([127]) ja vuonna 2002 Virossa ([128]), Irlannissa, Latviassa, Sloveniassa ja Suomessa.

Useimmissa EU:n jäsenvaltioissa suurin osa tilastoiduista huumerikoksista liittyy huumeiden käyttöön tai hallussapitoon käyttöä varten ([129]) vaihdellen Suomen 52 prosentin osuudesta kaikista huumerikoksista Italvallan 90 prosenttiin. Tšekissä 90 prosenttia tilastoiduista huumerikoksista liittyy kauppaan tai salakuljetukseen, kun taas Italiassa ja Espanjassa – missä huumeiden käyttö ja hallussapito käyttöä varten eivät ole rikoksia – kaikki huumerikokset liittyvät kauppaan tai salakuljetukseen. Luxemburgissa, Portugalissa ja Norjassa ([130]) useimmat rikokset liittyvät sekä huumeiden käyttöön/kauppaan että salakuljetukseen.

Portugalia lukuun ottamatta kaikissa maissa, joista saatiin tietoa, huumeiden käyttöön tai hallussapitoon käyttöä varten liittyvien rikosten osuus kaikista huumerikoksista nousi vuosina 1997–2002 ([131]). Nousu oli yleensä hidasta, mutta selviä noususuuntauksia havaittiin Belgiassa, Luxemburgissa ja Sloveniassa. Portugalissa käyttörikosten osuus alkoi laskea vuonna 2000, vuotta ennen kuin huumeiden käytöltä ja hallussapidolta käyttöä varten poistettiin rangaistavuus (heinäkuussa 2001) ([132]).

([126]) Termi "ilmoitukset" on lainausmerkeissä, koska sillä kuvataan eri asioita eri maissa (poliisiraportit huumerikoksista epäillyistä, syytteet huumerikoksista jne.). Tarkat määritelmät maittain: ks. huumerikoksista tehtyjen "ilmoitusten" määritelmien menetelmiä koskevat huomautukset vuoden 2004 Tilastotiedotteessa. (Vuosiraporteissa käytettiin termiä "pidätykset" vuoteen 2001 saakka.)

([127]) Huumerikoksista tehtyjen "ilmoitusten" väheneminen Portugalissa johtuu siitä, että huumeiden käytöltä ja hallussapidolta käyttöä varten poistettiin rangaistavuus heinäkuussa 2001.

([128]) Huumerikoksista tehtyjen "ilmoitusten" väheneminen Virossa johtuu toistuvan huumeidenkäytön ja pienten, henkilökohtaisesti käytettävien huumemäärien hallussapidon dekriminalisoinnista syyskuussa 2002.

([129]) Ks. DRCrime_Tbl 2 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([130]) Norjassa ei eroteta toisistaan "huumeiden kauppaa/salakuljetusta" ja "huumeiden käyttöä / kauppaa ja salakuljetusta". Loput huumerikokset liittyvät yksistään "huumeiden käyttöön".

([131]) Ks. DRCrime_Tbl 4 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([132]) Laki, joka dekriminalisoi huumeiden käytön ja hallussapidon käyttöä varten, hyväksyttiin marraskuussa 2000 ja tuli voimaan heinäkuussa 2001.

Taulukko 4: Yleisin huume EU-maissa ja Norjassa "raporteissa" huumerikoksista

Maa	Huomautukset	Vuosi	Osuus (%)		
			Kannabis	Heroiini	Kokaiini
Belgia		2002	67	8	7
Tšekin tasavalta	(2)	2002	37	8	1
Tanska			tes	tes	tes
Saksa	(2) (3)	2002	56	17	9
Viro			tes	tes	tes
Kreikka			tes	tes	tes
Espanja	(1) (4)	2002	52	7	33
Ranska	(2)	2002	87	5	3
Irlanti	(2)	2002	65	9	6
Italia	(1) (4)	2002	42	27	28
Kypros			tes	tes	tes
Latvia			tes	tes	tes
Liettua	(1)	2002	10	15	1
Luxemburg	(1)	2002	28	51	21
Unkari	(2)	2002	66	16	2
Malta			tes	tes	tes
Alankomaat	(2) (5)	2002	37	58	
Itävalta	(1)	2002	58	11	11
Puola			tes	tes	tes
Portugali	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Slovenia	(1)	2002	82	10	2
Slovakia			tes	tes	tes
Suomi			tes	tes	tes
Ruotsi	(1) (7)	2001	34	7	2
Yhdistynyt kuningaskunta	(1)	2000	69	12	5
Norja			tes	tes	tes

Huomautukset

Tarkat määritelmät kunkin maan osalta esitetään "ilmoitettujen" huumerikosten määritelmiä koskevissa metodologisissa huomautuksissa vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

tes: tietoja ei ole saatavilla.

(1) Kaikkien mainittujen huumeiden joukossa (yksin tai ei).

(2) Tärkeimpien huumeiden joukossa.

(3) Kaikkien huumeittain jaoteltujen rikosten joukossa (joitakin rikoksia ei ole jaoteltu huumeittain).

(4) Huumekauppaa / huumeiden salakuljetusta koskevien rikosten joukossa (sillä huumeiden käyttöä/hallussapitoa ei ole kriminalisoitu).

(5) "Heroiinista" annetut tiedot koskevat "kovia huumeita" (määritelty huumeiksi, jotka aiheuttavat kohtuuttomia kansanterveydellisiä riskejä; kovia huumeita ovat esimerkiksi heroiini, kokaiini, ekstaasi, LSD). Joihinkin rikoksiin liittyy sekä kannabista että "kovia huumeita", eikä niitä ole sisällytetty näihin tietoihin, ja siksi loppusumma on alle 100 prosenttia.

(6) Osuus on aliarvioitu, sillä se koskee rikoksia, joihin liittyy vain yksi huume, kuten ainoastaan kannabis (siihen eivät sisälly rikokset, joihin liittyy sekä "kannabista että muita huumeita").

(7) Niiden henkilöiden joukossa, joille syyttäjä on määrännyt hallinnollisen sakon tai jotka tuomioistuin on tuominnut.

Lähde: Kansalliset seurantakeskukset.

Kannabis on useimmissa jäsenvaltioissa yleisin huume raportoiduissa huumerikoksissa (taulukko 4). Näissä maissa kannabikseen liittyvien rikosten osuus kaikista huumerikoksista vaihteli 34 prosentista (Ruotsi) 87 prosenttiin (Ranska). Heroiini on yleisin huume huumerikoksissa Liettuassa (15 %) ja Luxemburgissa (51 %). Alankomaissa on eniten "koviin huumeisiin" ([133]) liittyviä rikoksia. Sellaisten huumerikosten suhteellinen osuus, jotka liittyvät johonkin tiettyyn huumeeseen, vaikuttaa joukko tekijöitä, mukaan lukien lainvalvontaviranomaisten operatiiviset prioriteetit sekä suorat tai epäsuorat strategiset päätökset torjumaan erityyppisiä huumerikoksia.

Kannabiksen osuus huumerikoksista on noussut vuodesta 1997 Saksassa, Espanjassa, Ranskassa, Luxemburgissa, Unkarissa ja Portugalissa ja pysynyt ennallaan Belgiassa, Italiassa, Liettuassa, Alankomaissa, Sloveniassa ja Ruotsissa. Itävallassa kannabikseen liittyvien rikosten osuus kaikista huumerikoksista kasvoi vuoteen 1999 saakka mutta on sittemmin ollut laskussa ([134]).

Samana ajanjaksona heroiiniin liittyvien rikosten osuus laski kaikissa EU-maissa, joista saatiin tietoja ([135]), lukuun ottamatta Unkaria ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa, missä osuus nousi ([136]), ja Liettuaa, missä osuus on vaihdellut vuodesta 2000 ([137]). Päinvastainen suuntaus voidaan havaita kokaiiniin liittyvissä rikoksissa. Niiden osuus kaikista huumerikoksista on noussut vuodesta 1997 kaikissa tietoja antaneissa maissa lukuun ottamatta Saksaa, Liettuaa, Luxemburgia ja Unkaria, missä suuntaus oli laskeva ([138]).

Huumeidenkäyttäjät ja vankila

Huumeidenkäyttäjät vankilassa

Rutiininomaisesti kerätyt kansalliset tiedot vankien huumeidenkäytöstä ja huumeiden käyttötavoista ovat harvinaisia. Iso osa EU:ssa saatavilla olevista tiedoista perustuu paikallisen tason *ad hoc* -tutkimuksiin, joissa vankiotokset ovat kooltaan ja valintaprosesseiltaan vaihtelevia. Tutkitut vankilat eivät myöskään aina edusta koko vankilajärjestelmää, ja toistotutkimusten puuttuminen estää suuntausten analysoinnin useimmissa maissa. Päätelmien teko on näistä syistä hyvin vaikeaa.

Muuhun väestöön verrattuna huumeidenkäyttäjät ovat yliedustettuina vankiloissa. Ainakin kerran huumeita käyttäneiden vankien osuus vaihtelee paljon, 22 prosentista 86 prosenttiin, vankiloiden, säilöönottokeskusten ja maiden

([133]) Alankomaissa heroiini, kokaiini, amfetamiinit, ekstaasi ja LSD määritellään "koviksi huumeiksi".

([134]) Ks. DRCrime_Tbl 5 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([135]) Seuraavat maat erittelivät huumerikokset huumeittain ajallisesti: Belgia, Saksa, Espanja, Ranska, Irlanti, Italia, Liettua, Luxemburg, Unkari, Alankomaat (vain kannabis ja "kovat huumeet"), Itävalta, Portugali, Slovenia, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta (vain vuoteen 2000 asti).

([136]) Yhdistyneen kuningaskunnan tiedot ulottuvat vain vuoteen 2000 asti.

([137]) Ks. DRCrime_Tbl 6 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([138]) Ks. DRCrime_Tbl 7 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

välillä ([139]). Kuten väestössä yleensä, myös vankiloissa kannabis on yleisimmin mainittu laiton huume, sillä kannabista on käyttänyt ainakin kerran 11–86 prosenttia vangeista. Kokaiinia (ja crackia) on käyttänyt ainakin kerran 5–57 prosenttia ja heroiinia 5–66 prosenttia vangeista.

EU:n vangeista 8–73 prosenttia on käyttänyt huumeita säännöllisesti tai ollut riippuvaisia huumeista ennen vankilaan joutumista ([140]).

Vankilat: kansanterveydellinen haaste

Vaikka jotkut vangit voivat pitää vankeusaikaa mahdollisuutena käsitellä huumeongelmaansa, se saattaa olla käytännössä vaikeaa (Long et al., 2004). Suurin osa huumeidenkäyttäjistä vähentää huumeidenkäyttöä tai lopettaa sen vankilaan jouduttuaan. Jotkut vangit kuitenkin jatkavat huumeidenkäyttöä, ja toiset taas aloittavat käytön vasta vankilassa. Saatavilla olevien tutkimusten mukaan 8–60 prosenttia vangeista on käyttänyt huumeita vankilassa, ja 10–36 prosenttia käyttää huumeita säännöllisesti ([141]).

Monien vankien saatavilla on rajoitetusti terveyspalveluja. Vankiloissa työskentelevillä terveydenhoidon ammattilaisilla on vain vähän yhteyksiä varsinaiseen terveydenhuoltojärjestelmään, eikä heillä usein ole mahdollisuutta jatkokoulutukseen, mikä lisää entisestään vankiloiden terveyspalvelujen eristyneisyyttä. Näitä ongelmia on vaikea poistaa. Tämä on nähty Irlannissa, jossa vankilaviranomaiset ja terveydenhoitohenkilökunta eivät ponnisteluistaan huolimatta ole juuri onnistuneet parantamaan huumeidenkäyttäjien hoito- ja terveydenhuoltopalvelujen saatavuutta.

Vastuu vankiloiden terveyspalveluista on vähitellen siirtymässä vankeinhoidolta kansalliselle terveydenhuoltojärjestelmälle. Espanjassa on äskettäin säädetty kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän yhtenäisyyttä koskeva laki, "Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud" (laki kansallisen terveydenhoitojärjestelmän yhtenäisyydestä), jolla pyritään vastaamaan vankiloiden ja julkisten terveydenhuoltojärjestelmien yhdistämistä koskeviin vaatimuksiin. Virossa oikeusministeriö yhteistyössä sosiaaliministeriön kanssa pyrkii sisällyttämään vankiloiden terveydenhoidon yleiseen terveydenhuoltojärjestelmään vuoteen 2006 mennessä. Ranskassa tällainen vastuu siirrettiin terveysministeriölle jo vuonna 1994. Italiassa paikalliset terveyspalvelut ovat vastanneet vankien terveydenhoidosta vuodesta 2000. Englannissa ja Walesissa terveydenhoito vankiloissa kuuluu terveysministeriön vastuualueeseen ja Walesissa vastaavasti Walesin kansalliskokouksen (National Assembly for Wales) vastuualueeseen (yksityisen sektorin vankiloissa ne kuuluvat molemmat sisäasianministeriön alaisuuteen). Ennen vuotta 2006 terveydenhoidosta kaikissa ei-yksityisissä vankiloissa Englannissa tulee julkisen terveydenhuoltojärjestelmän osa ([142]).

Tartuntataudit vankiloissa ja niiden ehkäiseminen

Yleensä 15–50 prosenttia vangeista on käyttänyt huumeita suonensisäisesti ainakin kerran. Tutkimuksissa luku kuitenkin vaihtelee vain 1 prosentista peräti 69 prosenttiin.

Kun vertailukelpoisia tietoja on saatavilla, niiden mukaan injektiokäyttö on nuorilla rikoksentekijöillä vähäisempää kuin aikuisilla ja vangeista naisilla yleisempää kuin miehillä ([143]). Bird ja Rotily (2002) ovat todenneet usean EU:ssa tehdyn tutkimuksen perusteella, että noin kolmannes aikuisista miesvangeista käyttää huumeita suonensisäisesti. Reitoxin seurantakeskusten tietojen mukaan 0,2–34 prosenttia vangeista ([144]) on käyttänyt huumeita suonensisäisesti vankeusaikana. Vankiloissa onkin edistettävä steriilien injektiovälineiden saatavuutta ja hygieenistä yhteiskäyttöä, jotta tartuntataudit eivät leviäisi.

Vankilat ovat erittäin riskialtis ympäristö tartuntatautien leviämiselle. Tartuntatauteja on pystytty vähentämään sellaisilla käytännöillä kuin sukupuolitautien hoito ja kondomien, korvaushoidon, rokotusohjelmien sekä neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien tarjoaminen.

Vankiloissa annetaan yhä useammin korvaushoitoa. Belgiassa, Tanskassa, Espanjassa, Itävallassa ja Sloveniassa korvaushoitoa on saatavilla kaikissa vankiloissa. Belgiassa, Tanskassa, Luxemburgissa ja Norjassa vangit voivat aloittaa korvaushoidon vankilassa ollessaan. Italiassa korvaushoitoa annetaan yleensä tutkintavangeille. Useimmissa Saksan osavaltioissa, Alankomaissa, Sloveniassa ja Italian isojen kaupunkien käytössä olevissa vankiloissa voidaan asteittain vähentää korvaushoitoa aina pidättyvyyteen asti. Yhdistyneessä kuningaskunnassa ylläpitohoito on tarkoitettu pääasiassa tutkintavangeille tai lyhyen vankeustuomion saaneille vangeille.

Irlannin National Immunisation Committee suositti vuonna 2002 erityisesti vangeille tarkoitettua B-hepatiittirokotusjärjestelmää. Se sisältää kolme viikon

([139]) Ks. Prison_Tbl 1 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([140]) Ks. Prison_Annex vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([141]) Ks. Prison_Tbl 3 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([142]) Ks. taulukko 10 OL: Uudet vankiloiden huumausainestrategiat, ministeriöiden ohjeet ja palvelunormit EU:ssa ja Norjassa.
([143]) Ks. Prison_Tbl 2 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([144]) Ks. Prison_Tbl 4 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

välein tehtävää rokotusta ja 12 kuukauden kuluttua annettavan tehosterokotteen, ja rokotussuoja on 13 kuukauden kuluttua 99 prosenttia (Zuckerman, 2003).

On tehty katsaus 14:stä neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien vaikuttavuutta vankilaympäristöissä selvittäneestä kansainvälisestä tutkimuksesta. Siinä tällaiset ohjelmat todettiin hyödyllisiksi, sillä ne vähentävät paitsi riskikäyttäytymistä myös veren välityksellä tarttuvien virusten leviämistä, eikä niistä ole ollut kielteisiä seurauksia, kuten pistohaavoihin liittyviä vahinkoja tai neulojen tahallista käyttämistä aseena vankilan henkilökuntaa tai muita vankeja vastaan (Dolan et al., 2003). Vuonna 2002 neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmia oli 27 rangaistuslaitoksessa Espanjassa, ja niissä jaettiin 12 970 ruiskua ilman yhtäkään ilmoitettua vaaratilannetta.

Espanjassa neulojen ja ruiskujen vaihto on mahdollista yhä useammassa vankilassa, mutta tällaiset ohjelmat on lopetettu Saksassa Hampurin ja Ala-Saksin osavaltioissa (Stöver ja Nelles, 2003). Yhdessä saksalaisessa naisvankilassa (Berliinissä) on silti vielä neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelma (Weilandt, henkilökohtainen tiedonanto, 2004). Josefstadtin vankilassa Wienissä valmistellaan koehanketta, ja Luxemburgissa vankiloissa oleville narkomaaneille aiotaan tarjota injektiovälineitä terveydenhoito-ohjelmassa ([145]).

Vankilan vaihtoehdot huumeita käyttäville rikoksentekijöille

Vankilan vaihtoehtoja käsitellään erityiskysymyksenä ensi vuoden vuosiraportissa, jossa annetaan kattava ja yksityiskohtainen yleiskuva tällaisista toimenpiteistä EU:ssa. Tämänvuotisessa vuosiraportissa käsitellään siksi huumeidenkäyttäjien vaihtoehtoisten rangaistusten tiettyä osa-aluetta.

Uusia aloitteita: huumetuomioistuimet sekä sovittelu uhrin ja rikoksentekijän välillä

Huumetuomioistuimet kuuluvat uusiin rakenteisiin, joita joissakin maissa on kehitetty muihin kuin väkivaltarikoksiin syyllistyneitä huumeidenkäyttäjiä varten. Niissä tuomiota lykätään, ja prosessissa on mukana henkilöitä, jotka eivät perinteisesti ole osallistuneet huumehoitoon (tuomari, syyttäjä ja muut lainvalvontaviranomaiset). Tarkoituksena on estää rikoksentekijää palaamasta rikosoikeusjärjestelmään ja jatkamasta huumeidenkäyttöä hoidon ja rikosoikeusjärjestelmän painostuksen avulla.

Huumetuomioistuimia on perustettu Irlantiin ja Skotlantiin, joissa rikosoikeusjärjestelmät perustuvat common law -oikeuteen. Muissa EU-maissa, joissa on roomalais-germaaninen järjestelmä, ei varsinaisesti ole huumetuomioistuimia, mutta niissä on kehitetty samantapaisia aloitteita.

Saksassa Baden-Württembergin osavaltiossa käynnistettiin vuonna 2003 huumetuomioistuimia muistuttava hanke nuorisorikollisille (Way out) kolmen tuomiopiirin poliisin, yleisen syyttäjän, tuomareiden, ehdonalais- ja huumeneuvontayksiköiden sekä keskeisten sidosryhmien yhteistyönä (Baudis, 2004). Vastaavasti Milanon "Hoito kannattaa" -ohjelmassa keskustuomioistuin tekee tiivistä yhteistyötä paikallisten riippuvuusyksiköiden ja terveyspalvelujen kanssa. Huumeriippuvaiset rikoksentekijät ohjataan siellä hoitoon samana päivänä kuin tuomio julistetaan.

Dublinin huumetuomioistuimen arvioinnissa (Farrell, 2000) todettiin, että oli vahvaa näyttöä siitä, että huumetuomioistuimesta tulisi säästöä oikeusjärjestelmälle ajan mittaan. Oikeusministeriö on laajentanut huumetuomioistuimen toimivaltaan kuuluvaa Dublinin aluetta.

Pompidou-ryhmä teki vuonna 2003 arvioinnin kansainvälisten huumetuomioistuinten kehityksestä ja niiden vaikuttavuudesta. Siinä todettiin, että terapeuttisen huumetuomioistuimen perustamisen olisi lähdettävä todetusta tarpeesta ja että siihen tarvitaan poliittista tukea, viranomaisten yhteistyömekanismeja sekä asianmukaista rakenteellista tai taloudellista tukea vähintään viideksi vuodeksi (Moyle, 2003).

Korjaavaa oikeutta käytetään yhä enemmän muiden kuin väkivaltarikollisten rikosoikeudenkäyntien nopeuttamiseen (heissä on erittäin paljon huumeidenkäyttäjiä). On yleisen edun mukaista vähentää rikeasioiden käsittelykustannuksia ylikuormitetuissa rikosoikeusjärjestelmissä. Yksi merkittävimmistä uutuuksista on tuomioistuinten ulkopuolella tapahtuva sovittelu. Tällä järjestelmällä pyritään ratkaisemaan uhrien ja rikoksentekijöiden välisiä riitoja sekä selvittämään kiistat rikosoikeudenkäyntien yhteydessä.

Alankomaissa poliisi antaa 12–18-vuotiaille ensikertalaisille mahdollisuuden rikoksen sovitteluun. Tšekissä perustettiin vuonna 2000 ehdonalais- ja sovitteluyksikkö, jonka pääkohteena ovat nuoret ja huumeidenkäyttäjät. Vuonna 2002 se kirjasi 29 291 tapausta, joista 765 liittyi huumerikoksiin.

([145]) Ks. taulukko 11 OL: Huumeidenkäyttäjille tarkoitetut sosiaali- ja terveyspalvelut EU:n vankiloissa vuonna 2002.

Erityiskysymys 1

Euroopan "kansallisten huumausainestrategioiden" arviointi

Lähestymistapoja kansallisten huumausainestrategioiden mittaamiseen

Monissa maissa on viime aikoina hyväksytty "kansallinen huumausainestrategia" ([146]). Tässä osiossa keskitytään näiden strategioiden arviointia koskeviin suunnitelmiin. Arviointi on nyt ensimmäisen kerran mahdollista Euroopan tasolla kansallisten seurantakeskusten tekemän työn ansiosta. Tässä työssä on selkiytetty "kansallisten huumausainestrategioiden" arviointia koskevia viittauksia, jotka eivät aina ole yksiselitteisiä tai selvärajaisia.

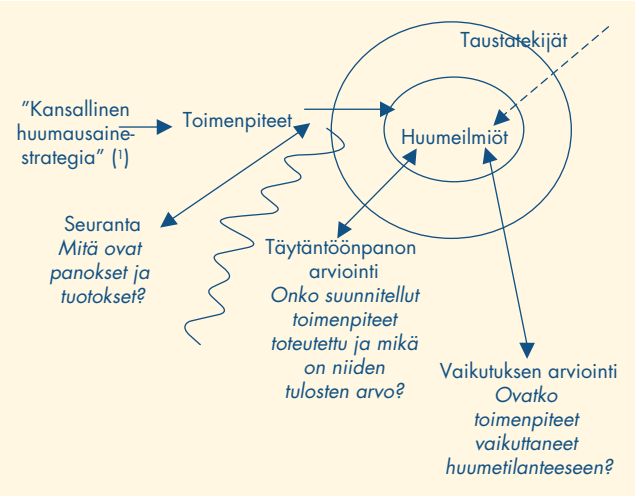
Euroopan "kansallisten huumausainestrategioiden" arviointia koskevat toimenpiteet voidaan jakaa kolmeen päätoimintoon: 1) seuranta eli rutiininomainen tiedonkeruu huumeilmiöstä ja sitä koskevista toimenpiteistä, 2) täytäntöönpanon arviointi eli aloitteiden täytäntöönpanosta ja huumausainestrategiassa osoitettujen voimavarojen kohdentamisesta saadun lisäarvon arviointi sekä 3) vaikutuksen arviointi (jota kutsutaan yleensä vaikuttavuuden arvioinniksi) eli arvio tuloksista (lyhyellä aikavälillä) ja vaikutuksista ([147]) (pitkällä aikavälillä) huumeilmiöön kansallisen huumausainestrategian tuloksena (ainakin osittain) (kaavio 23) ([148]).

Maat voidaan jakaa kansallisten huumausainestrategioiden arviointia koskevan lähestymistavan perusteella maihin, joissa seurataan huumausainestrategiaa, ja maihin, joissa toteutetaan täytäntöönpanon ja/tai vaikutuksen arviointi.

Seurannan ja arvioinnin käsitteitä ei aina eroteta selvästi toisistaan kansallisissa huumausainestrategioissa, joten on tärkeää tiedostaa niiden ero. Seuranta on jatkuva ja järjestelmällinen prosessi, jossa saadaan rutiininomaisesti määrällisiä ja laadullisia tietoja huumeilmiöstä ja sen takia toteutetuista toimenpiteistä. Siinä saadaan säännöllistä palautetta toimien täytäntöönpanosta (panoksista eli käytetyistä voimavaroista ja tuotoksista eli siitä, mitä toimenpiteitä on toteutettu, milloin ne on toteutettu ja kuka ne on toteuttanut). Seurannassa ei kuitenkaan yleensä saada tietoa strategian vaikutuksista tai vastauksia siihen, miksi toimen tavoitteet saavutetaan tai miksi ne jäävät saavuttamatta. Vaikka seurantajärjestelmä pystyy usein antamaan tietoa huumeilmiön eri osa-alueiden kehityksestä ja sen torjumiseksi toteutetuista toimenpiteistä, siinä ei yleensä pystytä määrittämään, ovatko nämä muutokset toteutettujen toimenpiteiden välitön seuraus (syy-yhteyden osoittaminen).

Syy-yhteyttä ja muita monitahoisia tieteellisiä kysymyksiä käsitellään arvioinnissa (taulukko 5), jolla tarkoitetaan "arviota julkisen toimenpiteen merkityksestä" (tässä tapauksessa kansallisen huumausainestrategian merkityksestä) "arviointiperusteiden" (oleellisuus, tehokkuus, vaikutus) "ja selkeiden standardien" (laatu, määrä) kannalta (määritelmä julkaisussa Euroopan komissio, 1999) ja joka edellyttää yleensä perusteellisia tutkimuksia. Arvioinnissa on siis kaksi osatekijää: 1) laadukkaisiin tietoihin perustuvat eli tieteellisin menetelmin (seuranta ja perusteelliset tutkimukset) kerätyt todisteet syy-yhteydestä

Kaavio 23: Arviointiaste "kansallisissa huumausainestrategioissa"



(1) Termi "huumausainestrategia" kattaa myös kaikki vastaavanlaiset strategiaan pohjautuvat toimintasuunnitelmat.

([146]) Määritelmä on luvussa 1, s. 17.

([147]) Yksinkertaisuuden vuoksi ilmauksella "vaikutuksen arviointi" tarkoitetaan tässä sekä tulosten että vaikutusten arviointia. Nämä varsin erilaiset tieteelliset toimenpiteet erotetaan yleensä toisistaan alan kirjallisuudessa.

([148]) Kattava arviointi sisältäisi myös tehokkuuden arvioinnin, jossa mitataan karkeasti saatujen tulosten ja vaikutusten kustannuksia. Tätä osa-aluetta koskevia tietoja saatiin kuitenkin vain Espanjasta (ks. jäljempänä).

Taulukko 5: Yleisesti käytettävät arviointitermit rakenteellisten toimien arviointimenetelmät

Kokonaisarviointi	Toimenpiteen arviointi sen kokonaisuudessa
Johdonmukaisuus	Se, missä määrin toimenpiteen logiikka ei ole ristiriitainen/toimenpide ei ole ristiriidassa muiden toimenpiteiden kanssa, joilla on samankaltaisia tavoitteita
Merkityksellisyys	Se, missä määrin toimenpiteen tavoitteet vastaavat käsiteltäviä tarpeita, ongelmia ja kysymyksiä
Kokonaisvaltaisuus	Se, missä määrin myönteiset/kielteiset heijastusvaikutukset muihin talous-, sosiaali- tai ympäristöpolitiikan aloihin maksimoidaan/minimoidaan
Hyödyllisyys	Se, missä määrin vaikutukset vastaavat käsiteltäviä tarpeita, ongelmia ja kysymyksiä
Vaikuttavuus	Se, missä määrin asetetut tavoitteet saavutetaan
Tehokkuus	Se, missä määrin toivotut vaikutukset saavutetaan kohtuullisin kustannuksin
Kustannustehokkuusanalyysi	Arviointiväline, jolla mitataan tehokkuutta
Kustannus-hyötyanalyysi	Arviointiväline, jolla mitataan toimenpiteen hyötyjä koko asianomaisen ryhmän näkökulmasta ja toimenpiteen kaikkien seurausten rahallisen arvon pohjalta
Tulos	Se, mikä on rahoitettu ja saavutettu (tai toteutettu) toimenpiteeseen myönnetyillä varoilla
Vaikutus	Seuraus toimenpiteen suorille kohteille sen jälkeen, kun ne ovat osallistuneet toimenpiteeseen, tai sen jälkeen, kun julkinen hanke on saatu valmiiksi, taikka välillinen seuraus muille kohteille, jotka saattavat hyötyä tai kärsiä siitä

Lähde: Euroopan komissio, 1999.

politiikan täytäntöönpanon ja tutkittavan ilmiön muutoksen välillä sekä 2) arvio vaikutuksesta (tämä on lopulta yhdistettävä päätöksentekoon).

Käytännössä "arvioinnin" käsite liittyy erottamattomasti "seurantaan", mutta vaikka näitä termejä pidetään synonyymeina joissakin asiakirjoissa, on syytä pitää mielessä, ettei seuranta merkitse samaa kuin arviointi (seuranta on tosin osa arviointia).

Yhdistyneessä kuningaskunnassa ajantasaistettu kansallinen huumeiden vastainen strategia julkaistiin vuonna 2002 laajan katsauksen jälkeen, jossa otettiin huomioon näyttöperusta, mukaan lukien arvioinnit sen kysynnän ja tarjonnan tekijöistä. Kansallista huumausainestrategiaa "seurataan", "jäljitetään" ja "tulosjohdetaan", mutta sitä ei "arvioida" (Yhdistyneen kuningaskunnan kansallinen raportti, s. 106). Norjan uudessa huumausaineita ja alkoholia koskevassa toimintasuunnitelmassa halutaan kehittää järjestelmä, jolla mitataan suunnitelman tavoitteiden ja alatavoitteiden saavuttamisastetta (Norjan kansallinen raportti, s. 65). Tšekin vuosien 2001–2004 kansallisessa huumausainepoliittisessa strategiassa määritetään päämäärät, tavoitteet, pyrkimykset, onnistumisen indikaattorit ja tehokkuuden arviointivälineet strategian kussakin pilarissa. Tehtävien toteutumista seurataan säännöllisesti, mutta strategiaa ei ole vielä järjestelmällisesti arvioitu määritettyjen onnistumisen indikaattoreiden ja arviointivälineiden mukaan. Yhtenä syynä tähän voivat olla ulkopuolisten arviointien huomattavat kustannukset (Tšekin kansallinen raportti, s. 114). Tanskan uuden toimintasuunnitelman mukaan tiettyjä erityistoimia "arvioidaan" jatkuvasti (Tanskan kansallinen raportti, s. 67). Unkarin ja Puolan kansallisissa huumausainestrategioissa on järjestelmä tehtävien toteutumisen seurantaan (Reitoxin kansalliset raportit), mutta Sloveniassa ei ole toistaiseksi tehty arviointia, vaikka uuden kansallisen strategian mukaan "täytäntöönpanoa arvioidaan säännöllisesti" (Slovenian kansallinen raportti, s. 61). Liettuan kansallinen huumausainestrategia (vuosiksi 2004–2008) pannaan täytäntöön "maan taloudellisten mahdollisuuksien mukaisesti" (Liettuan kansallinen raportti, s. 35). Viron kansallinen huumausainestrategia "sisältää seurantaa ja arviointia koskevat osatekijät sekä määrittää tulosindikaattorit" (Viron kansallinen raportti, s. 86).

Suomessa ja Ruotsissa (Suomen kansallinen raportti, s. 113; Ruotsin kansallinen raportti, s. 75–76) kansallisissa huumausainestrategioissa painotetaan enemmän strategian täytäntöönpanon seurantaa kuin sen vaikutuksen arviointia. Ruotsissa vuonna 2002 nimetty huumekoordinaattori varmistaa, että kansallista toimintasuunnitelmaa seurataan (vuosiraporteissa). Suomessakin suunnitellaan tutkimusta, jotta voidaan määrittää joitakin kriteerejä, joiden perusteella viranomaiset seuraavat ja arvioivat toimia. Luxemburgin kansallisen seurantakeskuksen mukaan vuosien 2000–2004 suunnitelman tuotoksia arvioidaan vuonna 2005, jotta voidaan valmistella uusia ja tulevia strategioita (Luxemburgin kansallinen raportti, s. 94). Saksan huumausaineita ja huumeriippuvuutta koskevassa vuoden 2002 toimintasuunnitelmassa pyritään ensimmäisen kerran asettamaan toiminnallisia tavoitteita ja arviointiperusteita, joiden avulla voidaan määrittää, ovatko toimet onnistuneet vai epäonnistuneet (Saksan kansallinen raportti, s. 101). Italian vuosien 2002–2004

kolmivuotisessa ohjelmassa edistetään arviointia ehkäisyn ja sosiaalisen kuntouttamisen alalla.

Kreikassa, Espanjassa, Ranskassa, Irlannissa ja Portugalissa tehdään arviointi joko kansallisen huumausainestrategian täytäntöönpanosta tai sen vaikuttavuudesta (taulukko 6). Espanjan ja Kreikan strategioissa viitataan ”vaikuttavuuden arviointiin”. Espanjan 9-vuotisen kansallisen strategian mukaan yleinen ja alakohtainen täytäntöönpano on arvioitava keskipitkällä aikavälillä, vuosina 2003 ja 2008. Tavoitteena on ”parantaa julkisen politiikan vaikuttavuutta ja tehokkuutta” (Espanjan kansallinen raportti, s. 85) mittaamalla tarjottavan palvelun määrää ja laatua. Vastaavasti Kreikan uudessa huumausaineita koskevassa toimintasuunnitelmassa vuodeksi 2002 viitataan toteutettujen politiikkojen yleisen vaikuttavuuden ulkopuoliseen arviointiin, joka saatetaan tehdä tulevaisuudessa ja joka perustuu EU:n ja kansainvälisiin indikaattoreihin (Kreikan kansallinen raportti, s. 110).

Ranskan, Irlannin ja Portugalin kansallisissa huumausainestrategioissa vaaditaan kokonaisarviointia ([149]) ja alakohtaista arviointia, joissakin tapauksissa myös vaikuttavuuden arviointia (Irlannin kansallinen raportti). Saadut tiedot osoittavat kuitenkin, että tähänastiset arvioinnit ovat koskeneet pikemminkin täytäntöönpanoastetta kuin strategian vaikuttavuutta. Ranskassa vuosien 1999–2002 kolmivuotisen toimintasuunnitelman arviointi (jonka Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) toteutti vuodesta 2000 vuoteen 2003) sisälsi sekä ”kokonaisarvioinnin” että viiden ensisijaisen ohjelman ([150]) arvioinnin. Arviointi ei koskenut toteutettujen toimenpiteiden vaikutusta yleiseen huumetilanteeseen. Siinä arvioitiin siis lähinnä etenemistä arvioituihin toiminnallisiin tavoitteisiin nähden. Irlannin kansallisessa huumausainestrategiassa vaaditaan ”yleisten puitteiden vaikuttavuuden riippumatonta arviointia vuoden 2004 loppuun mennessä” (National Drugs Strategy 2001–2008: Building on Experience, s. 111). Näyttää kuitenkin siltä, että arvio pikemminkin käsittää tutkimuksen siitä, missä laajuudesta huumestrategia on toteutettu ja onko se täyttänyt strategiset tavoitteensa – ei niinkään kattavaa arviointia strategian vaikutuksista huumeiden käyttöön. Portugalin huumausainestrategian mukaan on tehtävä ”ulkopuolinen riippumaton arviointi sen yleisestä ja alakohtaisesta täytäntöönpanosta” (Portugalin kansallinen raportti, s. 65). Lisäksi toteutetaan sisäinen arviointiprosessi.

Niissä jäsenvaltioissa, joissa ei varsinaisesti ole ”kansallista huumausainestrategiaa”, ei viime vuosina ole juurikaan kiinnitetty huomiota kokonaisarviointiin, vaikka niissä olisi totuttu arvioimaan huumeita koskevia erityishankkeita. Esimerkiksi Alankomaissa, missä tutkimus, seuranta ja arviointi ovat perinteisesti osa huumepolitiikkaa, uudessa (vuonna 2002 hyväksytyssä) ”hallituksen ohjausstrategiassa” pyritään antamaan toimintaohjeita julkisille hallintoelimille (myös terveydenhoidon ja huumausaineiden parissa toimiville) (Alankomaiden kansallinen raportti, s. 83–84). Itävallassa huumeisiin liittyvä seuranta on viime vuosina parantunut tuntuvasti, mutta siellä ei ole arvioitu osavaltiokohtaisia suunnitelmia (Vorarlbergissä tehtyjä alustavia arviointeja lukuun ottamatta) eikä yleistä huumepolitiikkaa (Itävallan kansallinen raportti, s. 63). Muissa maissa (Kypros, Latvia, Malta ja Slovakia sekä Bulgaria, Romania ja Turkki) kansallisten huumausainestrategioiden arviointiin ei ole riittävästi tietoja (eikä strategioita aina edes ole).

Arviointi: ”ennakkoarviointi”, ”väliarviointi” ja ”jälkiarviointi”

EU:n toiminnan arviointia koskevassa oppaassa (Euroopan komissio, 2003) arviointien tekemiseen esitetään neljä pääsyytä: 1) ne edistävät toimenpiteiden suunnittelua, 2) ne

Taulukko 6: Joidenkin ”kansallisten huumausainestrategioiden” arvioinnin ominaispiirteitä

	”Kansallinen huumausainestrategia”	Arvioinnin kohde	Arvioinnin tavoite	Arviointijakso
Kreikka	Toimintasuunnitelma 2002–2006	Yleinen ja erityinen	Vaikuttavuus	Ei ole
Espanja	Kansallinen huumausainestrategia 2000–2008	Yleinen ja erityinen	Vaikuttavuus ja tehokkuus	2003–2008
Ranska	Kolmivuotinen suunnitelma huumeiden torjumiseksi ja riippuvuuksien ehkäisemiseksi, 1999–2001	Yleinen ja erityinen	Täytäntöönpano	2002
Irlanti	Kansallinen huumausainestrategia, 2001–2008: Kokemuksen hyödyntäminen (Building on Experience)	Yleinen ja erityinen	Täytäntöönpano	2004–2008
Portugali	Kansallinen strategia huumeiden torjumiseksi 1999; toimintasuunnitelma 2000–2004	Yleinen ja erityinen	Täytäntöönpano	2004

([149]) Kokonaisarviointi: toimenpiteen arviointi kokonaisuudessaan (taulukko 5).

([150]) 1) Terveydellisiä ja oikeudellisia tavoitteita koskevat alueelliset sopimukset, 2) ammatillista koulutusta koskeva ministeriöiden välinen politiikka, 3) alueelliset periaateohjelmat huumeriippuvuuden ehkäisemiseksi, 4) erityisyksiköiden kenttätyökokeilut yleisen hoidon antamiseksi henkilöille, joilla ilmenee riippuvuuskäyttäytymistä, sekä 5) riskejä vähentävät ohjelmat Pariisin 18. kaupunginosassa.

parantavat toimenpiteiden laatua, 3) ne helpottavat voimavarojen tehokasta kohdentamista (eli tehokkuus) ja 4) ne kertovat toimenpiteiden tuloksista (eli vastuuvelvollisuus). Samassa oppaassa kuvataan arvioinnin kolmea vaihetta: ennakkoarviointia, väliarviointia ja jälkiarviointia.

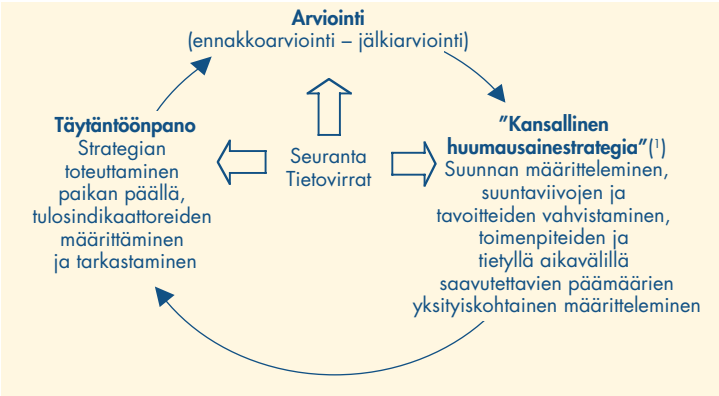
Ennakkoarviointi tehdään ennen täytäntöönpanoa toiminnan tarpeen arvioimiseksi tai perusrakenteiden luomiseksi. Ennakkoarvioinnista raportoidaan kansallisissa huumausainestrategioissa tarkistusprosesseina niiden parlamentaaristen valiokuntien, valtion toimikuntien tai ministeriöiden ohjauksessa, jotka mainitaan usean kansallisen huumausainestrategian perustaksi (Belgia, Saksa, Espanja, Irlanti, Portugali, Ruotsi).

Väliarviointi mainitaan Espanjan, Irlannin ja Portugalin "kansallisissa huumausainestrategioissa" välineenä, jonka avulla toimenpiteitä ja tavoitteita voidaan mukauttaa "matkan varrella". Tällaiset "matkan varrella" tehtävät mukautukset eivät rajoitu maihin, joissa toteutetaan varsinainen arviointiprosessi. Niitä käytetään myös maissa, joissa on seurantajärjestelmiä, sillä niistä saadaan luotettavaa tietoa tulevien toimien mukauttamiseen ja tarkistamiseen. Tässä näyttäisi olevan kyse arviointitoimille tyypillisestä arviosta. Termejä "seuranta" ja "arviointi" käytetään siis sekaisin.

Jälkiarviointi kattaa toimenpiteen koko keston, ja siinä keskitytään yleensä toimenpiteen lopullisiin tuloksiin, joita hyödynnetään tulevissa toimenpiteissä. Näin on tehty Ranskassa, jossa toimintasuunnitelman loppuarvioinnin tavoitteena oli tarkistaa toimenpiteitä ja tavoitteita uutta huumausainesuunnitelmaa varten. Samaa ehdotetaan vuodeksi 2008 Espanjassa, Irlannissa ja Portugalissa.

Huumausaineiden alalla arviointiprosessin tavoitteena on aina parantaa nykyisten toimenpiteiden laatua ja uusien toimenpiteiden suunnittelua. Voidaan kuitenkin olettaa, että huumausainestrategioiden seuratessa toisiaan ennakkoarviointi ja jälkiarviointi sulautuvat toisiinsa. Tässä syklisessä prosessissa aiemman strategian lopputuloksia hyödynnetään tulevassa strategiassa (kaavio 24).

Kaavio 24: Arviointi syklisenä prosessina



(1) Termi "huumausainestrategia" kattaa myös kaikki vastaavanlaiset strategiaan pohjautuvat toimintasuunnitelmat.

Arviointiin osallistuvat toimijat

Toinen "kansallisissa huumausainestrategioissa" käsiteltävä keskeinen kysymys liittyy siihen, pitäisikö arvioinnista vastaavien henkilöiden olla organisaation "sisällä" vai sen "ulkopuolella". Kummastakin löytyy esimerkkejä ja kummassakin on omat etunsa ja haittansa.

Sisäisillä arvioijilla on laaja tietämys rakenteista ja viestintämekanismeista, he tuntevat hyvin organisaation ja arvioinnin kohteen, ja he pääsevät helposti käsiksi tietolähteisiin. He saattavat kuitenkin puolustella epäonnistumisia, eivätkä he välttämättä halua tehdä sellaisia huomioita tai ehdottaa sellaisia muutoksia, joita voitaisiin pitää uhkana organisaatiossa. Sen sijaan ulkopuolisten arvioijien näkemyksen pitäisi olla puolueeton ja luotettava, koska he eivät kuulu organisaatioon, mutta heillä voi olla vaikeuksia päästä käsiksi tietolähteisiin, ja he saattavat pyrkiä miellyttämään asiakasta esittämällä hyviä tuloksia. Ulkopuoliset arvioijat ovat myös yleensä kalliita. Arvioinnissa on siis valittava yhtäältä paremman tilannekuvan ja tiedonsaantimahdollisuuden, toisaalta puolueettomuuden ja asiantuntijuuden välillä.

Useimmissa jäsenvaltioissa suositaan näiden lähestymistapojen yhdistelmää: Irlannissa ulkopuoliset konsultit suorittavat kansallisen huumausainestrategian väliarvioinnin vuonna 2005 monialaisen ohjausryhmän valvonnassa, Portugalissa sisäiset työntekijät ja ulkopuoliset konsultit toteuttavat vuosien 2000–2004 toimintasuunnitelman arvioinnin, ja Ranskassa ulkopuoliset konsultit ja OFDT:n sisäiset työntekijät ovat vastanneet kolmivuotisen toimintasuunnitelman arvioinnin eri osa-alueista. Espanjassa kansallisen huumausainesuunnitelman (PNSD) työntekijät tekevät parhaillaan väliarviointia (vuonna 2004), kun taas Kreikan suunnitelmassa edellytetään ulkopuolista arviointia. Ruotsissa Statens Folkhälsoinstitut arvioi kansanterveyspolitiikkaa mittaamalla useita elämäntapoja koskevia muuttujia. Politiikan yhtenä tavoitteena (tavoite nro 11) on tupakoinnin ja alkoholinkäytön vähentäminen, huumeista ja dopingista vapaan yhteiskunnan saavuttaminen sekä rahapeliriippuvuuden haittavaikutusten vähentäminen.

Kaikissa maissa, joissa toteutetaan arviointiprosessi, kansallinen koordinointivirasto vastaa arviointiprosessin

järjestämisestä ja toteuttamisesta: Ranskassa ministeriöiden välinen valtuuskunta (MILDT), Espanjassa PNSD, Portugalissa huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurannan laitos (IDT), Irlannissa Drugs Directorate, Ruotsissa huumekoordinaattorin virasto ja ”Belgiassa sen vuoden 2001 strategian” mukaan Cellule Drogue, kunhan se aloittaa toimintansa. Näiden virastojen sisällä huumausaineiden seurantakeskukset, jotka ovat yleensä samat kuin Reitoxin kansalliset seurantakeskukset, antavat arviointiin tarvittavat tiedot ja vastaavat joskus myös arvioinnin teknisestä toteutuksesta.

Tavoitteet ja indikaattorit

Usein kysytään, missä määrin ”kansallisessa huumausainestrategiassa” toteutettujen toimien vaikutuksia voidaan mitata. Kansainvälisissä ja ”kansallisissa huumausainestrategioissa” asetetaan ”yleisiä tavoitteita”, kuten ”huumeidenkäyttäjille aiheutuvien riskien vähentäminen” tai ”huumeeton yhteiskunta”, sekä ”toiminnallisia tavoitteita”, kuten ”hoitopaikkojen lisääminen” tai ”huumekoordinointiviraston perustaminen”. Sekä ”yleisissä” että ”toiminnallisissa” tavoitteissa kannattaisi asettaa erityistavoitteita. Ensiksi mainitut yleiset tavoitteet ovat tärkeitä kansallisen huumepolitiikan perustana määrittämään suuntaa, joskin niitä on vaikea mitata. Toiminnalliset tavoitteet puolestaan osoittavat laadullisten ja määrällisten aloitteiden toteutumisen edellyttäen, että niitä pitäisi olla helpompi mitata.

Asiantuntijat ja ammattilaiset huomauttavat, että tavoitteiden on oltava selkeitä, yksiselitteisiä ja mitattavissa olevia ja että niissä on samalla erotettava toisistaan ja liitettävä toisiinsa ”yleiset tavoitteet” ja ”toiminnalliset tavoitteet”, jotta strategiaa voidaan arvioida tieteellisesti. ”Toiminnalliset tavoitteet” onkin nähtävä keinona ”yleisten tavoitteiden” vahvistamiseen. Tavoitteiden saavuttamisen mittaamista varten olisi sitten kehitettävä tulosindikaattoreita. Nykyisin vain muutama kansallinen huumausainestrategia kuuluu tähän ryhmään.

Tehokkuus

Vain harvassa kansallisessa strategiassa mainitaan kustannus-hyötyanalyysi tai kustannus-vaikuttavuusanalyysi, mutta Espanjan strategiassa todetaan, että kansallisen strategian arvioinnissa pyritään mittaamaan myös julkisen politiikan tehokkuutta. Vaikka määrärahat ja kustannukset ovat julkishallinnon huolenaihe huumausaineiden alalla (tämä todettiin viimevuotisessa vuosiraportissa, EMCDDA, 2003b), yleensä tiedot julkisten toimenpiteiden kokonaiskustannuksista tällä alalla puuttuvat. Tällaista analyysia pidetään yleensä merkityksettömänä, ja se sisältyy tutkimustoimiin vain harvoin.

Arviointia koskevat rajoitukset

Tutkimusyhteisössä myönnetään, että huumepolitiikan vaikuttavuutta on erittäin vaikea määrittää. Asiantuntijat ja ammattilaiset varoittavat julkisen politiikan vaikutusten arviointiin liittyvistä vaaroista: siinä on otettava huomioon ”aiheen monitahoisuus” sekä ”monenlaiset syy- ja seuraussuhteet”. Syy-yhteyttä huumepolitiikan sekä sen tulosten ja vaikutusten välillä voi todellakin olla vaikea havaita, koska toimenpiteitä ja mitattavia vaikutuksia on paljon ja koska mahdolliset ulkoiset tekijät (sekoittavat tekijät) voivat vaikuttaa tilanteeseen (esimerkiksi sosioekonomiset olot, alakulttuurit). Jonkin tutkimuksen mukaan behavioraaliset ja yhteiskunnalliset tekijät voivat vaikuttaa huumeilmiöön enemmän kuin poliittiset toimenpiteet.

Huumeidenkäytön laittomuus voi myös olla suuri este tiedonkeruussa, joka on välttämätön työkalu kaikissa arviointiprosesseissa. Näin huumeilmiön monet merkittävät osa-alueet voivat jäädä huomaamatta. Huumeiden vastaisten toimenpiteiden arviointi on siis suunniteltava huolellisesti, ja sen tuloksia on tulkittava varoen.

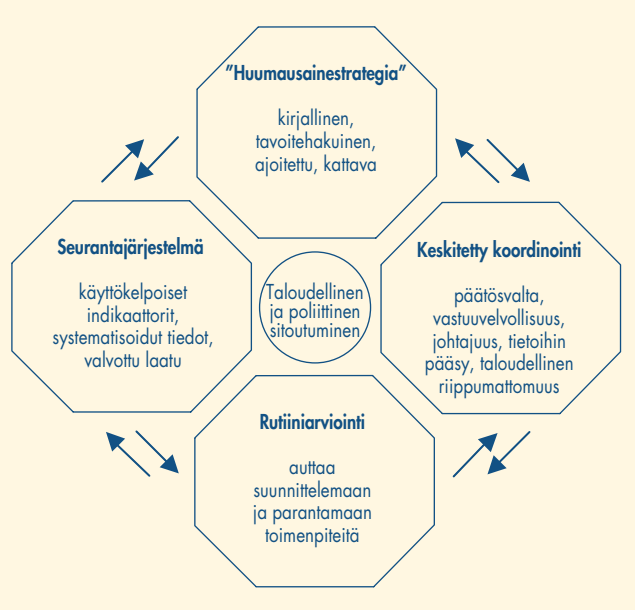
Päätelmä

Tutkittujen tietojen perusteella näyttää siltä, että arvioinnilla tarkoitetaan ”kansallisissa huumausainestrategioissa” yleensä täytäntöönpanon – edistymisen, saavutusten, jopa epäonnistumisten – mittaamista ja lopulta jonkinlaisen arvion esittämistä siitä, eikä siinä niinkään arvioida vaikutusta yleiseen huumetilanteeseen. Tämä on tärkeä päätelmä. Useimmat maat, joissa on monen vuosikymmenen ajan ollut huumeongelma, ovat nyt valmiita (tai halukkaita) luomaan seurantajärjestelmien avulla perustan huumeilmiön ja omien toimiensa vaikutusten mittaamiselle. Huumepolitiikkaa voidaan siis pitää vastuullisempana kuin koskaan, mikä on jo sinänsä merkittävä saavutus.

Muutamassa maassa on menty vielä pitemmälle, sillä ne ovat ilmoittaneet toteuttavansa seurantajärjestelmien kehittämisen lisäksi ”kansallisen huumausainestrategian” täytäntöönpanon arvioinnin, jolla ne tarkoittavat koko strategian tai sen osan hyödyllisyyttä arvioivaa tieteellistä tutkimusta. Toistaiseksi ei ole kuitenkaan saatu merkkejä kansallisten huumausainestrategioiden vaikutuksen tieteellisestä arvioinnista.

Maissa, joissa on omaksuttu jäsennetty lähestymistapa huumepolitiikkaan eli joissa on kirjallinen, tavoitekeskeinen,

Kaavio 25: Jäsennetyn huumepolitiikan tärkeimmät ominaispiirteet



yleinen "kansallinen huumausainestrategia", keskitetty koordinointimekanismi sekä kansallinen koordinaattori ja vankka seurantajärjestelmä, on yleensä kehittynyt arviointiprosessi (kaavio 25). Näyttää siltä, että jäsennetty lähestymistapa on paitsi merkki taloudellisesta ja poliittisesta sitoutumisesta myös edellytys kansallista huumausainestrategiaa koskevan arvioinnin kehittämiselle. Tämä hypoteesi pitää vielä vahvistaa lisätutkimuksissa.

Seurannan ja arvioinnin yleistyminen on lisännyt tietämystä huumeongelmasta EU:n alueella, mikä mahdollistaa tietoon perustuvien päätösten tekemisen. Arviointi tunnustetaan nykyisissä huumausainestrategioissa vastuuvelvollisuuden, tuloksellisuuden ja taloudellisen varovaisuuden olennaiseksi osaksi. Arviointi sisältyy jo moniin hankkeisiin ja erityistoimiin huumausaineiden alalla. Jos se ulotetaan kaikkiin merkittäviin huumepoliittisiin toimenpiteisiin, Euroopan kansallisten huumausainestrategioiden vaikuttavuuden mittausta voidaan vähitellen parantaa.

Erityiskysymys 2

Kannabisongelman taustaa – miksi hoidontarve kasvaa Euroopassa?

Johdanto

Termiä ”kannabis” käytetään kuvaamaan erilaisia tuotteita, joita saadaan hampusta (*Cannabis sativa* L.), Keski-Amerikasta peräisin olevasta yksivuotisesta kasvista, joka kasvaa nykyään eri puolilla lauhkeaa vyöhykettä ja useilla trooppisilla alueilla. *Cannabis sativa* -lajin lukuisilla kasveilla on hyvin moninaisia biologisia ja kemiallisia ominaisuuksia. Euroopan huumemarkkinoilla löytyy kolmea laittoman kannabiksen muotoa: ”kannabisruohoa”, joka koostuu kasvin kuivatuista latvoista, varsista ja lehdistä, ”kannabishartsia”, joka on kukkivan latvan ruskeaa tai mustaa hartsimaista eritettä kuivattuna ja jota myydään yleensä puristettuina harkkoina mutta toisinaan myös jauheena, sekä näistä selkeästi harvinaisempaa ”kannabisöljyä”, joka on tahmeaa nestettä.

Ihmisen kannabiksen käytöllä on pitkä historia. Se on ollut erilaisissa yhteiskunnissa tärkeä kuidun lähde, josta on valmistettu kangasta ja köyttä, ja sitä on käytetty uskonnollisissa rituaaleissa sekä lääkkeenä ja päihteenä. Kannabis on nykyään maailmanlaajuisesti yleisimmin tuotettu, salakuljetettu ja kulutettu laiton huume (UNODC, 2003a). Kannabiksen pitkästä käyttöhistoriasta ja nykyisestä suosiosta huolimatta sen kansanterveydellisistä vaikutuksista ei tiedetä paljoakaan. Kannabiksen käytön sekä etenkin runsaan kannabiksen käytön ja useiden terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien mahdollisesta kytköksestä on alettu viime aikoina saada yhä enemmän näyttöä. Myös huumehoitopalveluista apua hakevien kannabiksen käyttäjien määrä on kasvanut huolestuttavasti. Euroopan kannabista käyttävissä väestöryhmissä ilmenevien ongelmien laajuudesta ja luonteesta ei kuitenkaan ole vielä selvyyttä. Selvää ei ole myöskään se, missä määrin hoidontarpeen kasvua koskevat tilastotiedot heijastavat raportoinnin ja hoitoon ohjauksen käytännöissä tapahtuneita muutoksia eivätkä hoitoa tarvitsevien henkilöiden määrän kasvua. Jotta näihin kysymyksiin voitaisiin vastata, kannabiksen käyttöön liittyvää hoidontarvetta on tarkasteltava laajasti siten, että otetaan huomioon käyttötavoissa Euroopassa tapahtuneet muutokset, raportointijärjestelmien kehittyminen ja paraneminen sekä itse huumeen muuttuva luonne. Näitä näkökohtia tarkastellaan tässä kannabisongelmien taustaa koskevassa erityiskysymyksessä, jonka kautta on tarkoitus tarjota tietoja keskusteluun tämän laittoman huumeidenkäytön yleisimmän muodon mahdollisista kansanterveydellisistä vaikutuksista.

Lainsäädännölliset puitteet: kannabiksen oikeudellinen asema Euroopassa

Kannabiksen käyttäjille määrättävät rangaistusseuraamukset ovat vielä kiistanalainen kysymys EU:ssa ([151]), ja jäsenvaltioiden lähestymistavoissa on huomattavia eroja.

Kannabisuutteet luokitellaan Yhdistyneiden Kansakuntien vuoden 1961 huumausaineyleissopimuksen ([152]) I ja IV listassa huumausaineiksi. Yleissopimuksessa vaaditaan toteuttamaan toimenpiteitä, joilla varmistetaan, että monenlaiset toimet – kuten huumausaineiden hallussapito – ovat rangaistavia. Jäsenvaltioiden on kuitenkin otettava yleissopimuksen tulkitsemisessa ja soveltamisessa huomioon omat olosuhteensa, ja 36 artiklan 1 kohdan b alakohdassa sallitaan vaihtoehdoiksi ”hoito, koulutus, kuntoutus ja yhteiskuntaan sopeuttaminen”.

Käytännössä tämä tarkoittaa, että kannabisrikoksia käsitellään eri tavoin eri puolilla Eurooppaa. Jotkin maat ovat antaneet syytteeseenpanoa koskevia ohjeita tai sääntöjä, jotka ohjaavat tiettyjen kannabisrikosten käsittelyä. Niissä suositellaan usein erilaisia oikeudellisia toimintatapoja vähäisinä ja vakavampina pidetyille rikoksille. Joissakin maissa hoitotoimenpiteet ovat yleistymässä vaihtoehtona rikosoikeudelliselle syytteeseenpanolle sellaisissa tapauksissa, joissa on kyse pienten huumemäärien käytöstä tai hallussapidosta ilman raskauttavia asianhaaroja. Rikoslaeissa saatetaan lisäksi puuttua ongelmakäyttöön siten, että syytteeseenpanoa lykätään (harkinnanvaraisesti tai pakollisesti), jos rikoksentekijä suostuu osallistumaan neuvontaan tai hoitoon. Vaikka vaihtoehtoja sovelletaankin yleensä kaikkiin huumeisiin, Belgian ja Yhdistyneen kuningaskunnan laeissa tai ohjeissa mainitaan – viime vuosina tapahtuneiden

([151]) Ks. Euroopan huumelainsäädäntöä käsittelevä tietokanta ELDD (European Legal Database on Drugs): http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml.

([152]) Ks. http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm.

muutosten johdosta – erikseen kannabiksen ongelmakäyttäjät ja heidän ohjaamisensa avun piiriin.

Kannabiksen käyttöön liittyvät fyysiset, psyykkiset ja kehitysongelmat ([153])

Jäsenvaltioiden kansallisissa raporteissa tuodaan esiin, että kannabiksen käyttöön liittyvän hoidontarpeen lisääntyminen kertoo todennäköisesti siitä, että runsaaseen kannabiksen käyttöön liittyvät ongelmat ovat pahentuneet. On kuitenkin syytä tuoda esiin, ettei kannabiksen käyttäjien kohtaamista ongelmista ole juurikaan saatavilla järjestelmällistä ja vertailukelpoista tietoa. Tieteellistä tietopohjaa ollaan tällä alalla vielä kokoamassa, mutta kannabiksen käytön ja useiden ongelmien välisestä yhteydestä ollaan saamassa yhä vakuuttavampaa näyttöä, joskin syy-yhteys on toisinaan epäselvä. Kannabiksen käyttöön liittyviä ongelmia käsittelevästä kirjallisuudesta on saatavilla yleiskatsaus online-muodossa (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811).

Kannabiksen akuuttien (lyhyen aikavälin) vaikutusten ja kroonisten (pitkän aikavälin) vaikutusten välillä on syytä tehdä ero. Kannabiksella on useita sekä myönteisiä että kielteisiä akuutteja vaikutuksia. Kielteisiä vaikutuksia ovat muun muassa tarkkaavaisuuden heikkeneminen ja keskittymisvaikeudet, haittavaikutukset motoriikkaan (reflekseihin, koordinaatioon), lyhytkestoisen muistin ongelmat, ahdistus- ja paniikkikohtaukset sekä masennus. Myönteisiä vaikutuksia ovat muun muassa hyvänolon tunne, levollisuus ja seurallisuus. Akuuteista vaikutuksista huolestuttavimpia ovat huumeen aiheuttama lyhytkestoinen psykoosi tai vakava paniikkikohtaus, lisääntynyt onnettomuusriski etenkin autoilijoilla ja vaarallisissa työympäristöissä, sekä kielteinen vaikutus koulumenestykseen nuorilla (Hall et al., 2001).

Kannabiksen kroonisten vaikutusten selvittäminen on vaikeampaa monestakin syystä eikä vähiten siksi, että kannabiksen vaikutuksia on vaikea erottaa muiden laittomien huumeiden, tupakan ja alkoholin kroonisen käytön vaikutuksista. Eniten huolia tällä alalla aiheuttavat kuitenkin keuhkosyövän ja muiden hengityselinsairauksien lisääntynyt riski sekä yhteys pitkän aikavälin mielenterveysongelmiin, kuten masennukseen, psykoosiin ja skitsofreniaan. Krooninen käyttö saattaa myös aiheuttaa riippuvuutta. Sitä, missä määrin näyttö viittaa siihen, että kannabiksen käyttö lisää riskiä, aiheuttaa tai ainoastaan liittyy jonkin monimutkaisen suhteen kautta näihin ongelmiin, tarkastellaan tutkimuksessa, joka on saatavilla online-muodossa.

Useimmissa jäsenvaltioissa kannabis on huumerikoksiin yleisimmin liittyvä laiton huume, mikä ei ole kovin yllättävää, kun otetaan huomioon, että se on myös yleisimmin käytetty huume ([154]). Erona muihin huumeisiin, kuten heroiiniin, on kuitenkin se, ettei kannabiksen käytön ja muiden rikosten välillä vaikuta olevan voimakasta kytköstä.

Kannabiksen käyttö ja ongelmien mittaaminen

Sovitut kansainväliset diagnostiset kriteerit auttavat määrittelemään huumeiden haitallista käyttöä, väärinkäyttöä ja riippuvaista käyttöä, mutta ongelmia ilmenee, kun kannabista tarkastellaan Euroopassa saatavilla olevaa näyttöä vasten ([155]). Etenkin keskeisissä mittaukseen liittyvissä näkökohdissa on paljon vaihtelua. Esimerkiksi termien ”runsas käyttö”, ”säännöllinen käyttö” ja ”ongelmakäyttö” määritelmistä ei ole päästy yksimielisyyteen, mikä vaikeuttaa erilaisten tutkimusten tulosten vertailua. Lisäksi enimmäkseen tutkimustyössä on yritetty mitata ICD:n tai DSM:n määritelmien mukaista ”riippuvuutta” tai ”väärinkäyttöä” väestön tasolla, mutta niidenkään osalta ei ole käytössä standardoituja välineitä, joiden avulla voitaisiin verrata luotettavasti erilaisista tutkimuksista tai väestöstä kauttaaltaan saatuja tietoja.

Työt kuitenkin edistyvät tällä alalla. Esimerkiksi Ranskassa parhaillaan toteutettavassa tutkimuksessa pyritään määrittelemään ongelmakäyttö entistä paremmin ja kehittämään erityisiä välineitä käyttötiheyden, mielletyn riskin sekä psykologisten ja fyysisten vaikutusten mittaamiseen (Beck, 2003).

Nykyään käyttötiheyttä mitataan yleisimmin niiden päivien määränä, joina huumetta on käytetty tiettynä ajanjaksona. Kannabiksen päivittäistä tai lähes päivittäistä käyttöä pidetään yleensä ”runsaan käytön” mittana. Vaikka kannabiksen päivittäinen käyttö ei välttämättä tarkoita riippuvuutta, on todennäköistä, että huomattava osuus päivittäisistä käyttäjistä täyttäisi riippuvuuden tai väärinkäytön standardinmukaiset diagnostiset kriteerit

([153]) Vuoden 2005 alkupuoliskolla julkaistaan teos kannabiksen käytöstä ja siihen liittyvistä ongelmista. Kannabiksen käytön terveydellisistä ja fyysisistä vaikutuksista annetaan lisätietoa EMCDDA:n Internet-sivustolla.

([154]) Ks. DRCrime_Tbl 5 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

([155]) Riippuvuus (dependence) ja haitallinen käyttö (harmful use) määritellään Kansainvälisen tautiluokituksen 10. painoksessa (ICD-10, Maailman terveysjärjestö), koodit F10–F19: Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt. Toinen hyödyllinen teos on *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (IV painos) (DSM-IV, American Psychiatric Association), jossa käytetään käsitteitä riippuvuus (dependence) ja väärinkäyttö (abuse).

(ICD-10, DSM-IV). Käyttötiheyttä on melko helppo mitata ja esittää se yhdenmukaisesti kyselylomakkeissa, joten se on sisällytetty EMCDDA:n eurooppalaista mallikyselylomaketta (European Model Questionnaire) koskeviin ohjeisiin. Yhdeksän maata ilmoittaa nykyään kannabiksen käyttötiheyden tässä muodossa ([156]).

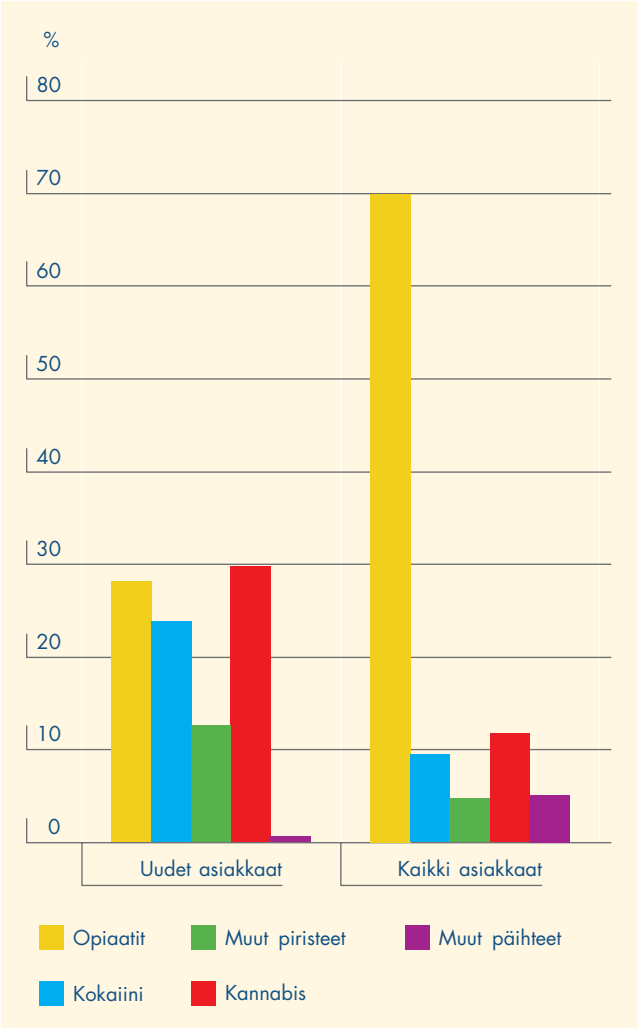
Suuntaukset kannabisongelmista johtuvassa hoidontarpeessa

Kannabis on eniten käytetty laiton huume Euroopassa, mutta vain pieni osa huumetta käyttävistä henkilöistä hakeutuu hoitoon. Kannabis on tästä huolimatta useissa maissa toiseksi yleisin päähuume, jonka takia annetaan huumehoitoa. Erilaisista huumehoitopalveluista koottujen TDI-tietojen (Treatment Demand Indicator) mukaan (ks. s. 65) noin 12 prosentilla kaikista asiakkaista ja 30 prosentilla uusista asiakkaista on päähuumeena kannabis (kaavio 26).

Kannabiksen käytön takia hoitoon hakeutuvien uusien asiakkaiden (eli niiden, jotka eivät ole aiemmin saaneet hoitoa) osuus vaihtelee voimakkaasti eri maissa. Liettuassa se on lähes nolla mutta Saksassa melkein puolet (48 %), ja yleensä se on yli viidesosa (20 %) (kaavio 27). Kaikki maat eivät kuitenkaan voi antaa tietoa uusista hoitoon hakeutuvista henkilöistä ja laajemmin kaikkia tietoja hoidontarpeesta tarkasteltaessa kannabisongelmat ovat vähemmän näkyviä.

Suuntauksista tietoja antavista maista saatujen TDI-tietojen mukaan niiden hoitoon hakeutuneiden uusien asiakkaiden, jotka käyttivät kannabista päähuumeenaan, määrä kasvoi 3 713:sta 12 493:een vuosina 1996–2002. Vuonna 2002 näiden asiakkaiden osuus uusista asiakkaista oli niissä 11 maassa, joista tietoja oli saatavilla, keskimäärin 29 prosenttia, eli 9 prosenttia enemmän kuin vuonna 1996 (tietojen lähteet: ks. kaavio 20). Kaikki nämä maat Kreikkaa ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa ([157]) lukuun ottamatta ilmoittivat, että uusien kannabisasiakkaiden osuus kaikista uusista asiakkaista on kasvanut, mutta kasvun suuruus vaihtelee Alankomaiden 6 prosentista Saksan 31 prosenttiin. Reitoxin kansallisissa raporteissa esitetyt tiedot viittaavat siihen, että niiden hoitoa saavien henkilöiden, joiden päähuumeena on kannabis, määrä on kasvamassa myös joissakin uusissa jäsenvaltioissa (kaavio 28). Alankomaiden alkoholia ja huumeita koskevan kansallisen tietojärjestelmän (Dutch National Alcohol and Drugs Information System, LADIS) puitteissa kannabiksen käyttöön liittyvästä hoidontarpeesta hiljattain tehdyssä selvityksessä tuli esiin, että 29 prosentilla vuonna 2002 hoitoon tulleista uusista asiakkaista oli kannabikseen

Kaavio 26: Ilmoitettu ensisijainen huume hoidossa olleilla uusilla ja kaikilla asiakkailla vuonna 2002



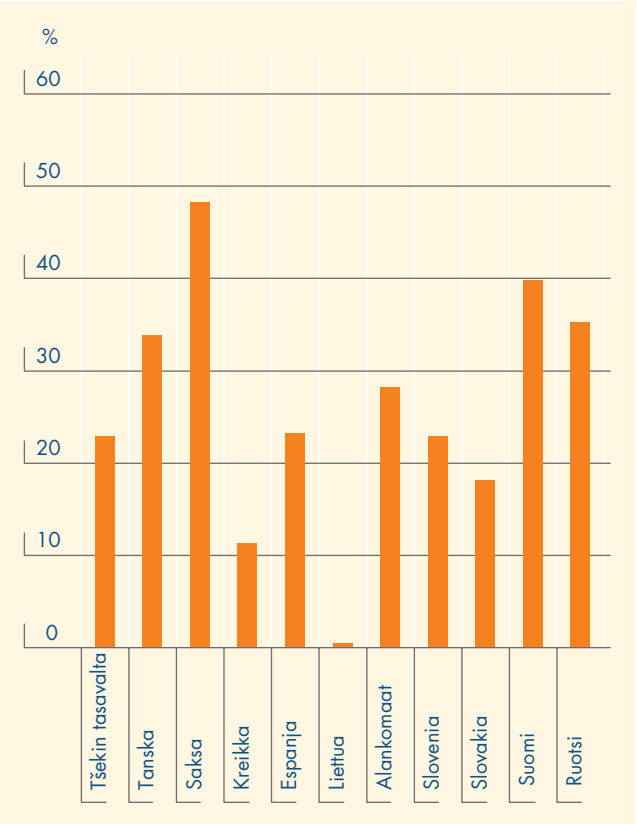
Huom. *n* = 42 568 (uudet asiakkaat), 351 372 (kaikki asiakkaat).
Tietoja antaneet maat (uudet asiakkaat): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
Tietoja antaneet maat (kaikki asiakkaat): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.
Painotettu asiakkaiden määrällä maata kohti.
Lähde: Reitoxin kansalliset raportit 2003.

liittyviä ongelmia ja että kannabisasiakkaiden osuus oli pieni mutta kasvoi vuosittain. Selvityksessä tuli esiin myös, että vaikka hoitoon hakeutuvien osuus oli kasvussa, se pysyi melko pienenä, kun otetaan huomioon kannabiksen käytön yleisyys Alankomaissa.

On syytä olla varuillaan sen suhteen, kuinka paljon yhtenäistetystä eurooppalaisesta tietosarjasta voidaan johtaa yleistyksiä. Uudesta hoidontarpeesta on saatavilla pitkittäisaineistoa vain 11 maasta. Tässä yhteydessä on myös hyvä tuoda esiin, että Espanjan ja Saksan tiedot vaikuttavat voimakkaasti TDI-tiedoista ilmenevään

([156]) Kreikka, Espanja, Ranska, Irlanti, Italia, Latvia, Alankomaat ja Portugali. Suomen tietoja ei esitetä, koska "käyttäjiä viimeisen kuukauden aikana" oli väestötutkimuksessa niin vähän (35). Tapausten määrä ja prosentuaalinen osuus esitetään maittain vuoden 2004 Tilastotiedotteessa GPSurvey_Tbl 7.
([157]) Yhdistyneestä kuningaskunnasta ei ole saatavilla tietoja uusista potilaista, ja tiedot ilmoitetaan kansallisissa raporteissa.

Kaavio 27: Kannabis ilmoitettu ensisijaisena niiden uusien asiakkaiden huumeena, jotka olivat hoidossa vuonna 2002



Huom. Tapausten määrä kokonaisuudessaan: 42 421.
Lähde: Reitoxin kansalliset raportit 2003.

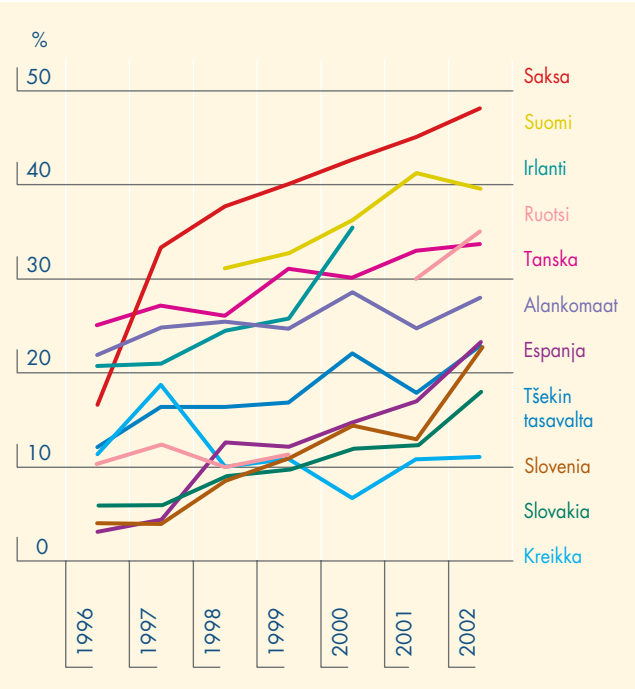
kannabiksen käyttöön liittyvän hoidontarpeen lisääntymiseen, sillä kannabiksesta päähuumeena aiheutuvat ongelmat ovat lisääntyneet näissä maissa erityisen voimakkaasti. Lisäksi kokonaislukuja tarkasteltaessa Espanjan osuus kaikesta hoidontarpeesta on noin 50 prosenttia.

Kannabiksen käyttöön liittyvä hoidontarve ei ole lisääntynyt ainoastaan Euroopassa. Yhdysvalloissa, jossa käytetään toisenlaista huumehoidon rekisteröintijärjestelmää ([158]), otettiin marihuanan takia hoitoon lähes 90 000 henkilöä vuonna 2000, kun vielä vuonna 1992 heidän määränsä oli noin 20 000 (SAMHSA, 2001; EMCDDA, 2003d).

Seuraavat avainkysymykset tulevat esiin, kun tarkastellaan kannabikseen liittyvän hoidontarpeen lisääntymisen vaikutuksia:

- Kertooko tulos kasvusta niiden henkilöiden määrässä, joilla on kannabiksen käyttöön liittyviä fyysisiä tai psyykkisiä ongelmia? Jos kertoo, niin
  - johtuuko se kannabiksen säännöllisen ja runsaan käytön lisääntymisestä?
  - heijastaako se muita tekijöitä, kuten kannabiksen vahvuuden mahdollista voimistumista?
- Voidaanko hoidontarpeen lisääntyminen selittää tekijöillä, jotka eivät liity avuntarpeen lisääntymiseen, kuten
  - hoidon raportointijärjestelmän kattavuuden paranemisella?
  - hoitopalvelujen lajien ja erityisesti nuorille tarkoitettujen huumehoitopalvelujen lisääntymisellä (Reitoxin kansalliset raportit, 2003)?
  - muutoksilla tavoissa, joilla kannabiksen käyttöä käsitellään rikosoikeusjärjestelmässä, kouluissa tai nuorten asioita hoitavissa virastoissa siten, että henkilöitä, jotka eivät muutoin olisi itse hakeneet apua, ohjataan hoitoon entistä enemmän?

Kaavio 28: Suuntaukset kannabista ensisijaisena huumeena käyttäneillä uusilla asiakkailla, jotka olivat hoidossa 1996–2002



Huom. Tietoa antaneet maat: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI, SE.
Hoitojen kokonaismäärä (% kaikista asiakkaista)
Suuntausten keskiarvo (%) maiden sisällä.
Ruotsin tiedot vuosilta 1996 ja 1999 ovat sairaalahoidosta: kannabistapausten määrä on siten suhteellisesti alhaisempi verrattuna muihin vuosiin.
Lähde: Reitoxin kansalliset raportit 2003.

([158]) Yhdysvalloissa rekisteröidään henkilöiden sijaan hoitoon tulot. Lisäksi alkoholi luetaan Yhdysvalloissa päihteeksi toisin kuin Euroopassa. Ks. SAMHSA:n Internet-sivusto (http://www.samhsa.gov). Huom. Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Australiassa käytetään termiä marihuana, sillä termiä hasis (kannabishartsi) käytetään harvoin.

On tärkeää ymmärtää, missä määrin kukin näistä tekijöistä vaikuttaa hoitoon osallistumiseen. Ensimmäiseksi on tarkasteltava hoitoon tulevien, kannabista päähuumeenaan käyttävien henkilöiden ominaispiirteitä. Seuraava analyysi perustuu avo- tai poliklinikkahoidossa oleviin henkilöihin.

Kannabisasiakkaat: ominaispiirteet ja käyttötavat

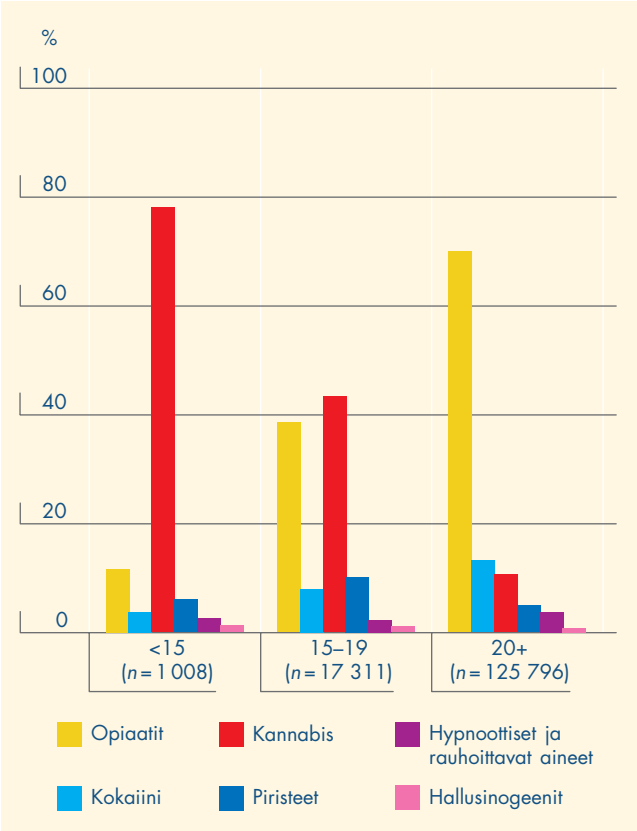
On olemassa useita tapoja kirjata taho, joka on ohjannut huumeidenkäyttäjät hoitoon. Niissä erotetaan toisistaan huumeidenkäyttäjät, jotka ovat itse hakeutuneet hoitoon, ja ne, jotka joku muu – kuten sosiaalivirasto tai oikeuslaitos – on ohjannut hoitoon. Useimmat kannabiksen käyttäjät tulevat hoitoon perheen ja ystävien, sosiaalipalvelujen tai rikosoikeusjärjestelmän ohjaamana. Kannabiksen käyttäjät tulevat muiden huumeiden käyttäjiä harvemmin hoitoon oma-aloitteisesti ([159]). Tilanne on samankaltainen Yhdysvalloissa ja Kanadassa, jossa marihuanaa pääasiallisena päihteenä käyttävät henkilöt hakeutuvat harvoin itse hoitoon (EMCDDA, 2003d).

Yksi tärkeä ero hoitoon ohjaavien tahojen välillä on, että perheenjäsenet tai sosiaalipalvelut (usein koulut) ohjaavat hoitoon usein nuoria henkilöitä, jotka eivät todennäköisesti käytä muita huumeita kuin kannabista ja jotka ovat sopeutuneet yhteiskuntaan, kun taas oikeusviranomaisten hoitoon ohjaamat tai oma-aloitteisesti hoitoon tulleiksi kirjatut henkilöt ovat usein iäkkäämpiä ja käyttävät usein muitakin huumeita kuin kannabista (Reitoxin kansalliset raportit, 2003). Saksassa ja Suomessa, joissa kannabista päähuumeenaan käyttävien osuus on suurin, oikeusviranomaisilla ja kouluilla on tärkeä rooli kannabisasiakkaiden ohjaamisessa hoitoon.

Kannabisasiakkaat, jotka osallistuvat hoitoon ensimmäistä kertaa, ovat pääasiallisesti nuoria, miehiä (83 %), joiden keski-ikä on 22–23 vuotta, kun taas muiden huumeiden kohdalla miesasiakkaiden osuus on hieman pienempi ja keski-ikä on korkeampi. "Hyvin nuoriksi" (alle 15-vuotiaat) luokitelluista uusista asiakkaista noin 80 prosentilla ja 15–19-vuotiaista noin 40 prosentilla päähuume, jonka takia hoitoa haetaan, on kannabis (kaavio 29) ([160]). Miehet ovat näissäkin ryhmissä enemmistönä, mutta niissä on enemmän naisia kuin asiakasryhmässä kokonaisuudessaan. Ikä- ja sukupuolijakaumissa maittain ilmenevät erot heijastavat väljästi samoja kaavoja kuin muiden asiakkaiden kohdalla.

Kannabisasiakkaiden melko nuori ikä ilmenee siinä, että heistä suurella osalla, 45 prosentilla, on vielä koulu tai opinnot kesken, kun taas muiden huumeiden takia hoidossa

Kaavio 29: Ensisijaiseksi ilmoitetun huumeen jakautuminen avohoitopotilailla ikäryhmittäin vuonna 2002



Huom. Kaikki asiakkaat. Tietoa antaneet maat: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK. Tanskalaisten ja brittiläisten miesten osuus kaikista kannabiksen takia hoidossa olevista alle 20-vuotiasta asiakkaista on 56 prosenttia. Luku kasvaa vielä 17 prosentilla, kun siihen lisätään espanjalaiset miehet.
Lähde: Reitoxin kansalliset raportit 2003; TDI-tiedot avohoitokeskuksista.

olevien keskuudessa vastaava luku on 8 prosenttia. Kannabisongelmien takia hoidossa olevista asiakkaista 24 prosenttia on säännöllisessä työssä ja yhtä moni on työtön ([161]), mikä erottaa heidät jyrkästi muiden huumeiden, kuten heroiinin, käyttäjistä. Kannabisasiakkaat ilmoittavat lisäksi muiden huumeiden takia hoidossa olevia asiakkaita useammin asuvansa vakituisessa osoitteessa ([162]), mikä kuvastaa sitä, että heistä monet ovat nuoria tai opiskelijoita, jotka osuvat vanhempiensa luona.

Avohoidossa olevien asiakkaiden, joiden päähuumeena on kannabis, käyttötavoissa on voimakasta vaihtelua, ja nämä käyttötavat ovat myös hyvin erilaisia kuin muiden huumeiden, etenkin opiaattien, käyttötavat (kaavio 30). Asiakkaista, jotka saivat vuonna 2002 hoitoa kannabisongelmaan, vain 36 prosenttia käytti huumetta päivittäin ja vain 17 prosenttia käytti kannabista useammin kuin kerran viikossa (2–6 kertaa viikossa), 15 prosenttia

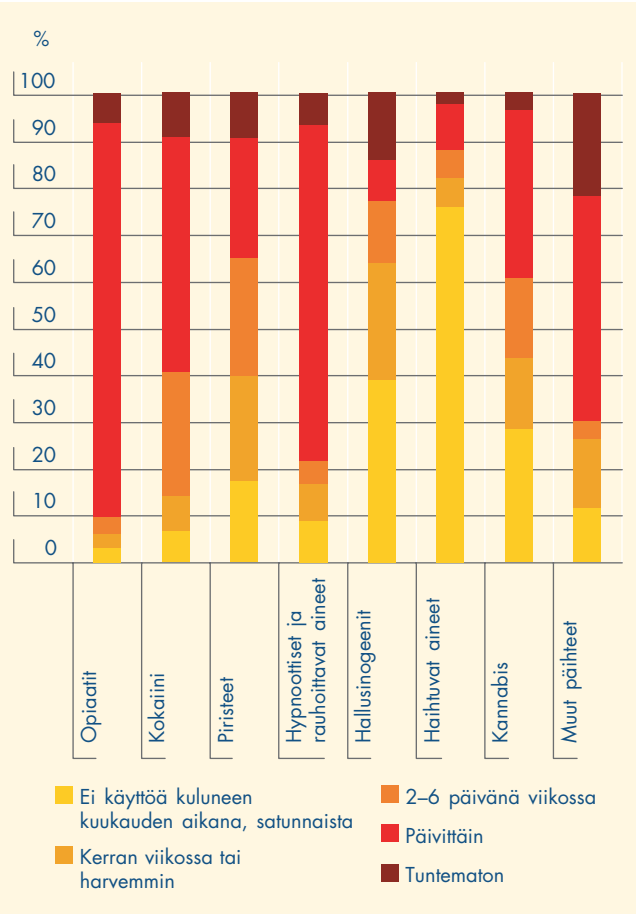
([159]) Ks. kaavio 22 OL: Hoitoon ohjannut taho kaikilla asiakkailla: kaikki huumeet ja kannabis.
([160]) Ks. TDI_Tbl 4 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([161]) Ks. kaavio 23 OL: Kannabisasiakkaiden ja kaikkien asiakkaiden työllisyystilanne.
([162]) Ks. kaavio 24 OL: Kannabisasiakkaiden ja kaikkien asiakkaiden elinolot.

käytti huumetta enintään kerran viikossa, ja 28 prosenttia käytti sitä satunnaisesti tai ei ollut käyttänyt sitä viimeisen kuukauden aikana. Hoidossa olevista opiaattien käyttäjistä sen sijaan 84 prosenttia käyttää huumetta päivittäin.

Niiden avohoidossa olevien asiakkaiden osuus, jotka käyttävät kannabista päivittäin, vaihtelee maittain. Kannabista päivittäin käyttävien osuus on korkein Alankomaissa (80 %) ja Tanskassa (76 %), kun taas satunnaisten käyttäjien osuus on korkein Saksassa (41 %) ([163]).

Mitä nuorempana henkilö käyttää ensimmäisen kerran kannabista, sitä suurempi on riski siitä, että hänelle kehittyy myöhemmin huumeongelmia (Kraus et al., 2003). Kaikista kannabisasiakkaista, jotka olivat Euroopassa hoidossa vuonna 2002, 28 prosenttia alkoi käyttää huumetta alle 15-vuotiaana ja suuri osa (80 %) alle 20-vuotiaana. Opiaattien kohdalla vastaavat luvut ovat 9 prosenttia ja 42,8 prosenttia ja kokaiinin kohdalla 6 prosenttia ja 26,5 prosenttia.

Kaavio 30: Ilmoitetun päähuumeen käyttötiheyden jakautuminen kaikilla avohoitopotilailla vuonna 2002



Huom. *n* = 109 699 (kaikki asiakkaat). Tietoa antaneet maat: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – kaiken tyyppiset hoitokeskukset).
Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit 2003; TDI-tiedot avohoitokeskuksista.

Useimmat maat ovat raportoineet, että hoidossa olevat asiakkaat, joiden päähuumeena on kannabis, ovat usein huumeiden sekakäyttäjiä. Tämä saattaa johtua raportointivirheestä, jos esimerkiksi huumeiden sekakäyttäjät on käytännöllisyyden vuoksi kirjattu kannabiksen käyttäjiksi. Huumeiden sekakäyttäjien osuudesta kaikkien asiakkaiden keskuudessa ei kuitenkaan ole saatavilla määrällistä tietoa. Niiden asiakkaiden välillä, jotka käyttävät vain kannabista, ja niiden, jotka käyttävät kannabista ja muita huumeita, on eroja (Reitoxin kansalliset raportit, 2003): ensin mainitut ovat yleensä nuorempia ja paremmin sopeutuneita yhteiskuntaan (heillä on todennäköisemmin työpaikka ja korkeampi koulutus, eivätkä he ole yhtä todennäköisesti jättäneet koulua kesken) kuin jälkimmäiset. Kannabista päähuumeena käyttävät asiakkaat ilmoittavat toissijaiseksi päihteeksi useimmiten alkoholin (32,9 %) ja piristeet (25 %) ([164]), joskin jakaumassa on eroja maiden välillä.

Jotkut hoidossa olevat kannabisasiakkaat myöntävät käyttävänsä myös injektiohuumeita, ja jotkut ilmoittavat käyttäneensä injektiohuumeita ainakin kerran, vaikka he eivät nykyään käytä muita huumeita kuin kannabista. Esimerkiksi Kreikassa vuonna 2002 kannabisasiakkaista, jotka käyttivät myös toissijaista huumetta, 14,7 prosenttia oli käyttänyt injektiohuumetta kuluneen 30 päivän aikana ja kaikista kannabista käyttävistä asiakkaista 25,4 prosenttia ilmoitti käyttäneensä ainakin kerran injektiohuumetta (Kreikan kansallinen raportti, 2003). Samaten Tšekin toimittamat tiedot (kansallinen raportti) viittaavat siihen, että joissakin hoitoympäristöissä jopa puolet kannabisasiakkaista käyttää myös injektiohuumeita.

Hoidontarpeen suuntauksia: muuttuvia tekijöitä

Ensisijaisesti kannabiksesta aiheutuvien ongelmien hoidontarpeen lisääntymistä on tarkasteltava ominaispiirteissä ja käyttötavoissa tapahtuneita muutoksia vasten. Tietoja ilmoittavissa maissa hoitoon ohjaamiset lisääntyivät vuosina 2000–2002 seuraavasti: oikeusviranomaisten toimesta 103 prosenttia, perheen ja ystävien toimesta 81 prosenttia sekä sosiaalipalvelujen toimesta 136 prosenttia ([165]). Maiden välillä ei ole havaittavissa selkeitä eroja, paitsi että Saksassa lisääntyivät myös rikosoikeusjärjestelmän toteuttamat hoitoon ohjaamiset (21,7 prosentista 26,7 prosenttiin).

Kannabisasiakkaiden sosiodemografisissa ominaispiirteissä ilmenevistä suuntauksista ei ole saatavilla varmaa tietoa, mutta joissakin kansallisissa raporteissa (Tšekki, Ranska ja

([163]) Ks. kaavio 25 OL: Kannabiksen käyttötiheys maittain.
([164]) Ks. kaavio 26 OL: Kaikkien kannabisasiakkaiden eniten käyttämät toissijaiset huumeet maittain ja TDI_Tbl 9 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.
([165]) Ks. kaavio 27 OL: Hoitoon ohjannut taho kaikkien asiakkaiden keskuudessa vuosina 2000–2002.

Luxemburg) kerrotaan koulutuksellisista, sosiaalisista ja psyykkisistä ongelmista kärsivien asiakkaiden määrän kasvaneen. Kannabiksen päivittäisten käyttäjien osuus kasvoi vuosina 2001–2002 31,7 prosentista 39,2 prosenttiin ([166]); jotkin maat ovat raportoineet, että päivittäisten käyttäjien osuus on korkein iäkkäämpien asiakkaiden (yli 20-vuotiaiden) keskuudessa.

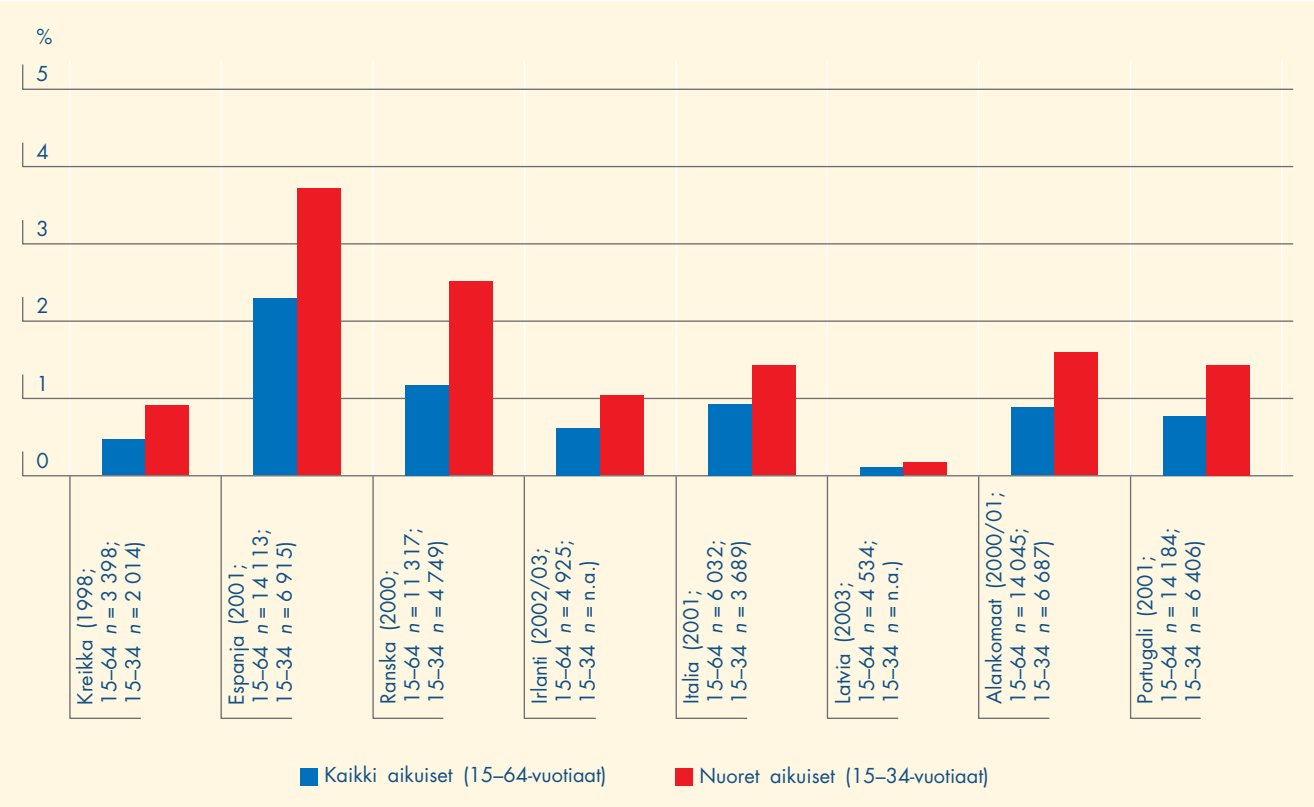
Kannabiksen käyttö väestössä: kokeilusta päivittäiseen käyttöön

Kuten edellä todettiin, vaikka kannabiksen käyttö lisääntyi voimakkaasti lähes kaikissa maissa 1990-luvulla ja kannabis on yleisimmin käytetty huume, sitä käytetään edelleen enimmäkseen satunnaisesti tai lyhytaikaisesti. Ongelmien tai riippuvuuden kehittymisen riski on todennäköisesti suurin niillä, jotka käyttävät kannabista runsaasti, mutta tällä alalla ei ole juurikaan saatavilla tietoja, joskin hiljattain (viimeisten 30 päivän aikana) huumetta käyttäneiden tiedetään olevan tyypillisesti nuoria kaupunkilaismiehiä.

"Käyttö viimeisten 30 päivän aikana" on osoitus tämänhetkisestä käytöstä, ja ryhmään kuuluvat myös henkilöt, jotka käyttävät huumetta runsaasti. Tuoreissa tutkimuksissa 1–7 prosenttia kaikista aikuisista ja 3–12 prosenttia nuorista – paitsi Ruotsissa 0,1 prosenttia – ilmoittaa käyttäneensä kannabista viimeisten 30 päivän aikana. Maiden välillä on kuitenkin eroja, tämänhetkinen käyttö on yleisintä Tšekissä, Espanjassa, Ranskassa, Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Maissa, joissa viimeaikaisen käytön suuntauksia voidaan analysoida, käytön on todettu lisääntyneen, joskaan ei dramaattisesti.

Tietoja, joiden pohjalta kannabiksen käytön tiheyttä viimeisten 30 päivän aikana voidaan analysoida yksityiskohtaisesti, on saatavilla yhdeksästä maasta: Kreikasta, Espanjasta, Ranskasta, Irlannista, Italiasta, Latviasta, Alankomaista, Portugalista ja Suomesta (tietoja ei esitetä). Kaikissa maissa paitsi yhdessä (Latviassa) noin neljäsosa (19–33 %) kannabista viimeisten 30 päivän aikana käyttäneistä käytti huumetta päivittäin tai lähes

Kaavio 31: Kannabista "päivittäin tai lähes päivittäin" käyttävien osuus kaikista aikuisista ja nuorista aikuisista joissakin EU-maissa kansallisissa väestötutkimuksissa mitattuna



Huom. Päivittäiset tai lähes päivittäiset käyttäjät = käyttöä 20 päivänä tai useammin haastattelua edeltävän kuukauden aikana.
Tiedot on saatu jokaisen maan viimeisimmästä väestötutkimuksesta.
Aikuisten ikäryhmään kuuluvat 15–64-vuotiaat (Italiassa 15–44-vuotiaat), ja nuorten aikuisten ikäryhmään kuuluvat 15–34-vuotiaat. Ikäjakaumissa esiintyvät vaihtelut saattavat aiheuttaa pieniä eroja maiden välillä.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit 2003, tiedot on otettu tieteellisistä tutkimusraporteista tai artikkeleista. Ks. myös epidemiologiset vakiotaulukot 2004 Tilastotiedotteessa.

([166]) Ks. kaavio 28 OL: Käyttötiheys kaikkien kannabisasiakkaiden keskuudessa ja TDI_Tbl 8 vuoden 2004 Tilastotiedotteessa.

päivittäin ([167]) ([168]). Näissä maissa päivittäisten käyttäjien osuus oli 0,5–2,3 prosenttia kokonaisväestöstä ([169]) ja 0,9–3,7 prosenttia nuorista (15–34-vuotiaista) (kaavio 31). Suurin osa henkilöistä (76–92 %), jotka myönsivät käyttäneensä kannabista viimeisen kuukauden aikana, oli 15–34-vuotiaita, ja täten myös suurin osa päivittäisistä käyttäjistä kuului tähän ikäryhmään. Päivittäiset käyttäjät ovat lisäksi pääosin miehiä, joskin heidän osuutensa vaihtelee Alankomaiden 62 prosentista Kreikan 92 prosenttiin.

Näiden tietojen pohjalta voidaan esittää karkea arvio kannabista runsaasti käyttävien henkilöiden määrästä Euroopassa. Jos oletetaan, että karkeasti 1 prosentti väestöstä käyttää kannabista päivittäin, niin 25 miljoonan (15–64-vuotiaan) asukkaan maassa olisi 250 000 kannabiksen päivittäistä käyttäjää. Koko EU:ssa, jossa on yhteensä 301 miljoonaa 15–64-vuotiasta, päivittäisiä käyttäjiä olisi noin 3 miljoonaa.

Kannabiksen runsas käyttö vaihtelee nuortenkin keskuudessa ikäryhmittäin, ja se on yleensä yleisintä nuorimmissa ikäryhmissä. Espanjassa vuonna 2002 tehdyssä koululaistutkimuksessa 3,6 prosenttia 14–18-vuotiaista koululaisista ilmoitti käyttävänsä kannabista päivittäin tai lähes päivittäin (eli eniten 15–34-vuotiaiden nuorten joukossa). Ranskassa 17–19-vuotiaista tehdyssä vuotuisessa tutkimuksessa (ESCAPAD) kannabiksen päivittäinen käyttö viimeisten 30 päivän aikana oli vielä yleisempää: 9,2 prosenttia pojista ja 3,3 prosenttia tytöistä ilmoitti käytöstään (Beck ja Legleye, 2003).

Kannabisriippuvuuden tai kannabiksen väärinkäytön vaikutukset näyttäisivät olevan lievempiä kuin muiden huumeiden. Useimmat kannabista runsaasti käyttävät henkilöt vaikuttavat olevan melko hyvin yhteiskuntaan sopeutuneita nuoria, joilla on suurempana riskinä muut sosiaaliset ongelmat (liikenneonnettomuudet, koulunkäynnin keskeytyminen tai perheen hajoaminen) kuin muu rikollinen toiminta, ja tämä pitäisi ottaa huomioon toimenpiteissä, jottei ongelmia tai syrjäytymistä pahenneta.

Kannabiksen vahvuus ja annokset

Kannabiksen vahvuuden voimistumisen on arvioitu kärjistäneen ongelmia ja siten kasvattaneen hoitoon tulijoiden määrää. Useita monimutkaisia kysymyksiä nousee esiin, kun yritetään ymmärtää kannabiksen vahvuuteen ja yksittäisten käyttäjien annoksiin liittyviä kysymyksiä sekä niiden todennäköisiä vaikutuksia akuutteihin ja kroonisiin ongelmiin. Kannabiksen vahvuudesta saatavilla olevaa tieteellistä näyttöä tarkasteltiin EMCDDA:n toteuttamassa erityisessä tutkimuksessa, jonka tulokset esitetään sivulla 90.

Kannabiksen vahvuus on vain yksi tekijä, joka otetaan huomioon laskettaessa annosta, jonka yksittäinen henkilö saa tiettynä ajanjaksona (Hall et al., 2001). Käyttötapa, polttamistekniikka, kerralla käytetyn kannabiksen määrä ja polttamiskertojen määrä ovat kaikki yhtä tärkeitä tai tärkeämpiäkin laskettaessa yksittäisen henkilön altistumistasoa. Vahvaa kannabista on aina ollut jonkin verran saatavilla, eikä huoli tästä aiheesta ole uusi. Niin ikään on tärkeää huomata, että ei tiedetä, muuttavatko kannabiksen käyttäjät käyttäytymistään saadakseen halutun vaikutuksen annoksesta. Siksi on tutkittava lisää sitä, missä määrin voimakas kannabis väistämättä johtaa voimakkaisiin annoksiin.

Kannabikseen liittyvistä ongelmista kärsivien henkilöiden tarpeisiin vastaaminen

Kannabisongelmiin apua hakevien henkilöiden tarpeet on ymmärrettävä, jotta niihin voitaisiin löytää tehokkaita vastauksia. Hoitotarpeen ja muun indikaattoritiedon analysoinnissa on tullut esiin, että sekä hoitoon ohjatut että muut kannabiksen käyttäjät muodostavat heterogeenisen väestön, jolla on heterogeeniset tarpeet. Täten tarvitaan katkeamaton sarja vastauksia aina ehkäisytoimista ja riskien vähentämistoimista varsinaisiin hoitotoimiin. Sitä, pitäisikö nuoret, jotka käyttävät kannabista vain satunnaisesti, ohjata huumehoitoon, on syytä pohtia. Vastaus tähän kysymykseen riippuu pitkälti siitä, miten palvelut järjestetään ja missä määrin asiakkaat rinnastetaan muiden päihteiden kroonisiin käyttäjiin. Asianmukaisten hoitoon ohjaamisen reittien määritteleminen erilaisille kannabiksen käyttäjille on joka tapauksessa tärkeä kysymys pohdittavaksi.

Ehkäisypuolella on toteutettu vain muutamia aloitteita, joilla vastataan erityisesti kannabiksen käytön lisääntymiseen nuorten keskuudessa, sillä ehkäisy on harvoin päihdekohtaista. Jotkin jäsenvaltiot ovat kuitenkin raportoineet tällä alalla edistyksestä, jossa on noudatettu kahta strategiaa: 1) painotetaan vaaraa siitä, että kannabista käyttävät nuoret joutuvat rikosoikeusjärjestelmän

([167]) Tässä osassa viitataan "käyttöön 20 päivänä viimeisten 30 päivän aikana" päivittäisenä tai lähes päivittäisenä käyttönä. Eurooppalaisessa mallikyselylomakkeessa kerätään tietoa tarkasta määrästä päiviä, joina huumetta on käytetty, mutta kansallisten lukujen raportoinnissa käyttötiheys on ryhmitelty neljään luokkaan, joista korkein oli "vähintään 20 päivänä".

([168]) Ks. kaavio 29 OL: Päivittäin (tai lähes päivittäin) käyttävien osuus aikuisväestössä (15–64-vuotiaat), jotka käyttivät kannabista edellisen kuukauden aikana.

([169]) "Viimeisen kuukauden aikana kannabista käyttäneiden" osuus kerrottuna "päivittäin tai lähes päivittäin käyttävien" osuudella, eli 6 % (käyttö viimeisen kuukauden aikana) × 25 % ("vähintään 20 kertaa käyttäneiden" osuus) = 1,5 %.

Kannabiksen vahvuus (*lähde:* EMCDDA, 2004c)

1. EU-maat jakautuvat kahteen ryhmään sen mukaan, käytetäänkö niissä yleisemmin kannabisruohoa vai kannabishartsia. Niistä maista, joista oli saatavilla tietoja, kannabishartsi oli yleisempää Saksassa, Irlannissa, Portugalissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, kun taas kannabisruoho oli yleisempää Belgiassa, Tšekissä, Virossa, Alankomaissa ja Itävallassa.

2. Eurooppaan tuodun kannabisruohon tai kannabishartsin vahvuudessa ei ole ollut pitkällä aikavälillä havaittuja muutoksia voimakkaampaan suuntaan. Kaikissa EU-maissa – paitsi ehkä Alankomaissa – suurin osa kulutetusta kannabiksesta on tuotua, joskaan kotimaassa tuotetun kannabisruohon saatavuudesta ei ole tällä hetkellä järjestelmällisiä tietoja.

3. Kaikissa Euroopan maissa viljellään jonkin verran kannabista sisätiloissa. Alankomaissa tällaisen kannabiksen osuuden arvioidaan olevan puolet kulutetusta kannabiksesta, mutta useimmissa maissa tärkeimpiä ovat tuontituotteet.

4. Sisätiloissa tehokkain menetelmin viljellyn kannabiksen (esim. vesiviljelyjärjestelmät yhdessä keinovalon kanssa, pistokkaiden kasvattaminen ja päivänvalon keston valvonta), THC-pitoisuus on yleensä korkeampi kuin tuodun huumeen. Vaikka kotimaassa kasvatetun kannabisruohon vahvuuden vaihteluväli voi olla päällekkäinen tuodun kannabiksen kanssa, kotimaassa kasvatettu kannabis voi olla keskimäärin kaksi tai kolme kertaa vahvempaa.

5. Joidenkin maiden raportoima kannabiksen vahvuuden kasvu on yhteydessä lähes kokonaan kulutuksen kasvuun kotona kasvatetun kannabiksen osuudessa.

6. Erilaisten kannabistuotteiden markkinaosuuksien perusteella kannabiksen tosiasiallinen vahvuus on pysynyt lähes kaikissa maissa jo usean vuoden ajan suhteellisen vakaana, noin 6–8 prosentissa. Ainoa poikkeus on Alankomaat, jossa THC-pitoisuus oli noussut 16 prosenttiin vuonna 2001.

7. Alankomaissa tuotetun kannabishartsin THC-pitoisuus on poikkeuksellisen korkea, mutta aine on vielä melko harvinaista kyseisessä maassa ja lähes tuntematonta muualla.

8. Sen enempää yhdysvaltalaiset kuin eurooppalaisetkaan saatavissa olevat rajalliset tiedot eivät tue joukkotiedotusvälineissä esitettyjä väitteitä, joiden mukaan kannabiksen vahvuus olisi vähintäänkin kymmenkertaistunut viime vuosikymmeninä. Vahvuus pitkällä aikavälillä on lisääntynyt voimakkaimmin Yhdysvalloissa, mutta on syytä pitää mielessä, että ennen 1980-lukua kannabis on ollut Yhdysvalloissa mietoa eurooppalaisen mittapuun mukaan.

9. Tutkimuksen yleisenä päätelmänä on, että THC-pitoisuuksissa on ollut lieviä muutoksia, jotka rajoittuvat paljolti markkinoilla viime aikoina esiintyneeseen EU:ssa kasvatettuun tehoviljeltyyn kannabikseen. Kannabistuotteiden THC-pitoisuuksissa on lisäksi huomattu voimakasta vaihtelua. Selkeää tietoa tarvitaan kehittämään seurantajärjestelmiä erilaisten kannabistuotteiden markkinaosuuksien arviointiin ja muutosten havaitsemiseen. Tiedot ovat nykyään suurelta osin puutteelliset.

10. Tutkimuksessa yksilöidään useita tärkeitä aloja, joihin on kiinnitettävä huomiota, jotta kannabiksen vahvuuteen liittyviä näkökohtia voitaisiin arvioida. Tämä edellyttää seuraavaa: yksimielisyys kannabistuotteiden nimikkeistöstä, markkinatietojen kehittynyt seuranta, parannukset laboratorioanalyysien standardeissa, tiedonkeruussa ja tietojen esittämisessä Euroopassa, selvitykset polttamiskäyttäytymisen, vahvuuden ja veren THC-/metaboliittitason välisen suhteen tutkimiseksi Euroopassa ja selvitykset siitä, missä määrin vahva kannabis johtaa alttiuteen annoksen suurenemisesta ja muihin mahdollisiin terveysongelmiin. On syytä pohtia, mitä kuluja ja hyötyjä olisi siitä, että erilaisiin kannabistuotteisiin kohdistettaisiin erilaisia toimenpiteitä.

piiriin, ja 2) pyritään muuttamaan yleisillä tai kohdennetuilla tiedotuskampanjoilla näkemystä, jonka mukaan kannabiksen käyttö on yleisesti hyväksyttävää.

Saksassa, Kreikassa, Irlannissa, Suomessa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on otettu käyttöön toimenpiteitä, joilla lievennetään nuorten ensimmäisten kannabiksen käyttörikosten psykososiaalisia seurauksia. Tästä on tuoreena esimerkkinä Saksassa (vuonna 2000) käynnistetty FRED-ohjelma, jota toteutetaan nykyään kahdeksassa osavaltiossa ja jossa nuorille huumeidenkäyttäjille tarjotaan varhaisessa vaiheessa lyhytkestoista tukea vapaaehtoiselta pohjalta ([170]). Vastaavanlaiseen työhön on Yhdistyneessä kuningaskunnassa perustettu ryhmiä (Youth offending teams), jotka pyrkivät auttamaan nuoria rikollisia. Seurauksena muutoksesta tapaan käsitellä joitakin kannabiksen käytön näkökohtia rikosoikeusjärjestelmässä ja kannabiksen uudistetusta luokittelusta (B-luokasta

([170]) Tästä ja muista ehkäisevistä ohjelmista esitetään lisätietoja EMCDDA:n EDDRA-tietokannassa (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

C-luokkaan) rikos on jo hallussapito eikä käyttö, ja hallussapidosta seuraa varoitusrangaistus. Virallisen varoituksen antamiseksi nuorille (alle 18-vuotiaille) on myös erityinen menettely. Yhdistyneessä kuningaskunnassa on myös käynnistetty joukkotiedostusvälineissä kampanja korostamaan kannabiksen kielteisiä puolia ja lainvastaisuutta.

Toinen esimerkki viimeaikaisesta aloitteesta on ehkäisykampanjoiden kohdistaminen "coffee shopeihin", joissa on saatavilla pieniä määriä kannabista. Aloite on toteutettu tarjoamalla coffee shopien omistajille kursseja ja ohjekirjoja, joilla pyritään ehkäisemään huumeisiin liittyviä ongelmia näissä liikkeissä. Ohjekirja sisältää tietoa kannabiksesta, huumelainsäädännöstä, psyykkisistä häiriöistä, ensiavusta, yrittäjyydestä ja koulutuksesta. Kannabiksen käyttöön on puututtu Alankomaissa perinteisesti henkilökohtaisella ja suoralla lähestymistavalla, jota kuvastaa hasis- ja marihuanaviikko (Hash and Weed Week ([171])), jolloin kannabiksen suurkäyttäjät pitävät ryhmätapaamisia, joissa he keskustelevat runsaan käytön seurauksista ja mahdollisista muutoksista käytöksessä.

Näillä lähestymistavoilla pyritään jossain määrin paitsi ehkäisemään käyttöä myös vähentämään haittoja. Vaikka tupakoinnin ja hengitysteiden sairauksien välinen kytkös on hyvin tiedossa ja huoli runsaan kannabiksen käytön haitallisista terveysvaikutuksista kasvaa, kannabiksen käytöstä aiheutuvien haittoja vähentäviä toimenpiteitä ei ole kehitetty paljoakaan verrattuna muihin huumeisiin.

Kannabisongelmista kärsivien henkilöiden hoitovaihtoehdot löytyvät pääasiallisesti laillisista tai laittomista huumeista riippuvaisille asiakkaille tai muista riippuvuuksista kärsiville henkilöille tarkoitetuista hoitokeskuksista. Jotkin maat (Tanska, Saksa, Kreikka, Ranska, Alankomaat, Itävalta, Ruotsi ja Norja) ovat raportoineet kannabiksen käyttäjille tarkoitetuista palveluista, mutta tällaista erikoistunutta hoitoa on yleisesti katsoen hyvin vähän. Kannabiksen ongelmakäyttäjien hoitopalveluja tarjotaan useissa maissa yleisten huumeongelmien hoitolaitoksissa (Belgia, Tšekki, Tanska, Saksa, Espanja, Ranska, Irlanti, Italia, Luxemburg, Alankomaat, Itävalta, Portugali, Slovenia ja Norja).

Kannabikseen liittyvistä ongelmista kärsiviä henkilöitä hoidetaan yleensä muiden laittomien huumeiden, etenkin opioidien, ongelmakäytön takia hoidettavien asiakkaiden kanssa. Monet näistä huumehoitokeskuksista on suunniteltu usein järjestäytymättömän ja syrjäytyneen väestön tarpeisiin, joten niiden soveltuminen on kyseenalaista henkilöille, joiden tarpeet eivät ole yhtä akuutteja. Jäsenvaltioiden hoitopalveluissa tiedetään tästä, ja monet maat huomauttivatkin Reitoxin kansallisissa raporteissa, että kannabiksen ongelmakäyttäjien hoitaminen yhdessä heroiinin ongelmakäyttäjien tai huumeiden sekakäyttäjien kanssa saattaa olla haitallista ja epäedullista. Ne pitivät tätä yhtenä syynä, jonka takia kannabiksen käyttäjiä ei pitäisi ottaa laitoshoitoon. Kannabiksen käyttäjille on helpompaa suunnitella erityisiä ohjelmia avohoitopohjalta. Itävallan kansallisessa raportissa esitettiin, että jos laitoshoitoa tarvitaan, sitä olisi hyvä antaa nuorten psykiatrisella osastolla mieluummin kuin huumehoitoyksikössä. Uutuuksina, joita jäsenvaltiot ovat ilmoittaneet kannabiksen käyttäjien tarpeisiin vastaamisen alalla, voidaan mainita Ruotsissa tuotettu "kognitiivisen hoidon opas" kroonisille kannabiksen käyttäjille, Alankomaissa perustettu Internet-sivusto, josta voi hakea apua kannabiksen ongelmakäyttöön, ja akupunktiohoidon käynnistäminen Suomessa.

Päätelmät

Tämän selonteon tarkoituksena on sijoittaa kannabiksen havaittu lisääntynyt hoidontarve laajaan analyyttiseen kokonaistilanteeseen. Täten huomataan, että moniin tärkeisiin kysymyksiin, jotka ovat olennainen osa tästä kiistanalaisesta aiheesta käytävää tietoihin perustuvaa periaatekeskustelua, ei ole vieläkään löydetty ratkaisua. Täten ilmenee myös, ettei saatavilla oleva näyttö anna syytä hätääntymiseen sen enempää kuin tyytyväisyyteenkään.

Kannabisongelmista kärsivät henkilöt edustavat joissakin maissa merkittävää osaa niistä henkilöistä, jotka tarvitsevat hoitoa erikoistuneissa laitoksissa, ja he muodostavat melko suuren ryhmän kaikkien niiden henkilöiden joukossa, jotka tarvitsevat hoitoa. Useimmat heistä ovat nuoria miehiä, yleensä noin 20-vuotiaita, ja suurin osa on aloittanut kannabiksen käytön 16- tai 17-vuotiaana.

Kannabisasiakkaiden huumeidenkäyttötavat ovat erilaisia kuin muiden päihteiden käyttäjien, ja kannabisasiakkaiden välilläkin on suuria eroja. Hoidossa olevien kannabiksen käyttäjien alaryhmien profiilit auttavat ymmärtämään heidän tarpeitaan ja siten löytämään asianmukaisia ratkaisuja. Tärkeitä tekijöitä tässä ovat käyttötiheys, muiden huumeiden tämänhetkinen ja aiempi käyttö sekä hoitoon ohjannut taho. Kansallisten raporttien ja TDI-tietojen pohjalta voidaan erottaa karkeasti kaksi asiakasprofiilia:

- nuoret käyttäjät, usein opiskelijoita, jotka perhe tai koulu ohjaa hoitoon ja jotka käyttävät vain kannabista tai toisinaan sen lisäksi myös alkoholia tai piristeitä
- huumeiden sekakäyttäjät, jotka ovat tavallisesti edellä mainittuja vanhempia ja syrjäytyneempiä ja tulevat usein hoitoon oikeusviranomaisten tai terveys- ja

([171]) http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

sosiaalipalvelujen ohjaamina, ja heihin kuuluu kroonisia huumeidenkäyttäjiä.

Lisäksi on jonkin verran näyttöä kolmannesta ryhmästä, joka tulee hoitoon oikeusviranomaisten ohjaamana, joka ei käytä muita huumeita ja joka vaikuttaisi käyttävän kannabista vain satunnaisesti.

Tarkasteltaessa pääasiallisesti kannabikseen liittyvän hoidontarpeen ominaispiirteissä ajan mittaan tapahtuneita muutoksia saatavilla olevat tiedot viittaavat siihen, että

- rikosoikeusjärjestelmän hoitoon ohjaamien henkilöiden määrä on joissakin maissa kasvussa
- perheen ja muiden yhteiskunnallisten tukiverkostojen (perhe, ystävät, sosiaalipalvelut, koulu) hoitoon ohjaamien henkilöiden määrä on kasvussa
- runsaan (päivittäisen) kannabiksen käytön osuus on kasvussa, joskin päivittäiset käyttäjät ovat yhä vähemmistönä
- yhteiskunnalliset ja koulutukseen liittyvät ongelmat ovat joissakin maissa lisääntymässä, joskin tietoja on heikosti saatavilla tällä alalla.

Hoidontarpeen lisääntymistä tarkasteltaessa ilmenee, että siihen vaikuttaa hoitoon ohjaamisen käytäntöjen muuttuminen ja että merkittävä osa hoitoon ohjatuista vaikuttaisi olevan muita kuin huumeita runsaasti käyttäviä henkilöitä. Ainakin joissakin maissa hoidontarpeessa olevissa henkilöissä on kuitenkin huomattavan paljon niitä, jotka käyttävät kannabista runsaasti. Tämän ryhmän ongelmia ei vielä ymmärretä kovin hyvin, ja niitä on tutkittava kiireisesti. Huomio siitä, että suurin osa hyvin nuorten hoidontarpeesta johtuu kannabiksesta, tuo esiin, että tämän ryhmän tarpeisiin, heidät hoitoon ohjaaviin tahoihin ja heihin kohdistettaviin toimenpiteisiin on kiinnitettävä erityistä huomiota.

On myös tärkeää ymmärtää, ettei hoidontarve ole selkeä osoitus kannabisongelmien laajuudesta ja luonteesta. Väestötutkimustiedot viittaavat siihen, että runsas kannabiksen käyttö on satunnaisen käytön yleisyyteen verrattuna melko harvinaista. Kannabiksen käyttö on kuitenkin niin yleistä, että saattaa olla paljonkin ihmisiä, jotka käyttävät sitä runsaasti – ainakin jossakin vaiheessa elämäänsä.

Kannabista runsaasti käyttäviä henkilöitä arvioidaan olevan 0,5–2 prosenttia aikuisväestöstä ja 1–3 prosenttia nuorista. Nuorten miesten keskuudessa prosenttiosuus on todennäköisesti paljon korkeampi. Tutkimustuloksista on vaikea päätellä, kuinka monelle käyttäjälle kannabis aiheuttaa ongelmia tai riippuvuutta. Vaikka kannabisriippuvuuden ja kannabiksen väärinkäytön vaikutukset ovat lievempiä kuin muiden huumeiden, sen käytöllä saattaa olla huomattavia kansanterveydellisiä vaikutuksia. Kannabista käytetään paljon, ja monet siihen liittyvistä ongelmista kärsivistä henkilöistä ovat nuoria, jotka saattavat käyttää kannabista runsaasti tärkeiden kehitysvaiheiden aikana tai kun he ovat erityisen haavoittuvia. Yhteiskunnallisesti heikossa asemassa olevissa perheissä tai yhteisöissä kannabisriippuvuus tai kannabiksen väärinkäyttö saattaa pahentaa henkilöiden ongelmia haittaamalla koulutusta tai työnsaantia.

Yhteenvetona voidaan todeta, että tarvitaan vielä ehdottomasti lisää tutkimusta, jossa selvitetään kannabiksen erilaisten käyttötapojen ja ongelmien kehittymisen välistä suhdetta. Kannabiksen käyttäjien kohtaamien ongelmien laajuutta ja luonnetta ei vieläkään ymmärretä kovin hyvin. Ongelmien arviointiin väestötasolla tarvitaan metodologisia välineitä. Tällaiset tiedot ovat välttämättömiä, jotta kannabiksen käyttöön Euroopassa voitaisiin kehittää, kohdistaa ja soveltaa tehokkaita kansanterveydellisiä toimenpiteitä.

Erityiskysymys 3

Sairauksien yhteisesiintyminen

Johdanto

Psyykkisten häiriöiden ja päihdehäiriöiden päällekkäisyys eli sairauksien yhteisesiintyminen tai kaksoisdiagnoosi, ei ole mikään uusi ilmiö. Se on kuitenkin viime vuosina noussut pintaan poliittisissa ja alan ammattilaisten keskusteluissa, kun on käynyt ilmi, että se koskee suurta ja todennäköisesti kasvavaa määrää ihmisiä. Tässä luvussa keskitytään psyykkisten häiriöiden ja persoonallisuushäiriöiden esiintymiseen laittomien huumeiden käytön yhteydessä. Usein onkin syytä puhua monidiagnoosista, sillä tällaiset henkilöt kärsivät usein myös somaattisista sairauksista, kuten HIV- tai C-hepatiittitartunnasta, ja sosiaalisista ongelmista, kuten perheongelmista, työttömyydestä, vankeudesta tai kodittomuudesta. Hoitopalveluilla ei yleensä ole voimavaroja tämän asiakasryhmän diagnosointiin ja hoidontarpeen täyttämiseen, eivätkä ne välitä kaikista asiakkaan ongelmista ja/tai kykene käsittelemään niitä. Tämän seurauksena ajaudutaan usein "pyöröovitilanteeseen", jossa hoitoa kipeästi tarvitsevat ihmiset ohjataan yhdeltä palveluluukulta toiselle, samalla kun heidän tilansa heikkenee koko ajan.

Kannabiksen käytön ja psyykkisten häiriöiden välistä suhdetta tarkastellaan yksityiskohtaisesti kannabista koskevan erityiskysymyksen yhteydessä (s. 82).

Määritelmä

Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee sairauksien "yhteisesiintymisen tai kaksoisdiagnoosin siten, että henkilöllä on samanaikaisesti psykoaktiivisen aineen käyttöä koskeva häiriö ja muu psyykkinen häiriö" (WHO, 1995). Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden torjunnan toimiston (UNODC) mukaan kaksoisdiagnoosipotilas on "henkilö, jolla on diagnosoitu alkoholi- tai huumeongelma sekä jokin toinen sairaus, yleensä psyykkinen sairaus, kuten mielialahäiriö tai skitsofrenia" (UNODCCP, 2000). Sairauksien yhteisesiintymisellä tarkoitetaan siis tässä yhteydessä sitä, että henkilöllä esiintyy samanaikaisesti vähintään kaksi psyykkistä häiriötä tai persoonallisuushäiriötä, joista yksi on päihteiden ongelmakäyttö.

Etiologia

Sairauksien yhteisesiintymisen etiologian määritteleminen johtaa kana vai muna -väittelyyn: kumpi oli ensin? Tutkimuksissa ei ole saatu varmuutta psyykkisten häiriöiden ja päihdehäiriöiden välisestä syysuhteesta. Psyykkisten häiriöiden ja riippuvuusongelmien oireet ovat yhteydessä ja vuorovaikutuksessa toisiinsa.

Tutkimustulokset viittaavat siihen, että psyykkiset häiriöt ja persoonallisuushäiriöt ilmaantuvat yleensä ennen päihdehäiriöitä, toisin sanoen ne lisäävät ihmisten alttiutta tällaisille ongelmille (esim. Kessler et al., 2001; Bakken et al., 2003). Huumeidenkäyttö voi kuitenkin myös pahentaa psyykkisiä häiriöitä (esim. masennusta: McIntosh ja Ritson, 2001), tai niitä voi esiintyä rinnakkain.

Huumeidenkäyttö voidaan nähdä myös psyykkisen häiriön tai persoonallisuushäiriön osana tai oireena sekä itselääkityksen yrityksenä (esim. Williams et al., 1990; Murray et al., 2003). Se, että päihteiden käyttö lievittää tuskallisia oireita, edistää riippuvuuden kehittymistä. Oireet saattavat palata sen jälkeen, kun huumeidenkäyttö on lopetettu esimerkiksi vieroitushoidon tai korvaushoidon avulla. Akuutteja huumeiden aiheuttamia psykooseja esiintyy erityisesti kokaiinin, amfetamiinin ja hallusinogeenien käyttäjillä, ja ne menevät yleensä ohi melko nopeasti. Päihtymyksestä johtuvia oireita saattaa kuitenkin olla hyvin vaikea erottaa päihteistä riippumattoman psykoottisen kohtauksen oireista.

Krausz (1996) ehdottaa neljää kaksoisdiagnoosin luokkaa:

- päädiagnoosina mielisairaus, jota seuraa (kaksois-) diagnoosi päihteiden väärinkäytöstä, joka vaikuttaa kielteisesti mielenterveyteen
- päädiagnoosina huumeriippuvuus, johon liittyvät psyykkiset komplikaatiot johtavat mielisairauteen
- päihteiden väärinkäytön ja psyykkisten häiriöiden samanaikaiset diagnoosit
- kaksoisdiagnoosina päihteiden väärinkäyttö ja mielialahäiriö, joiden molempien taustalla on traumaattinen kokemus, kuten posttraumaattinen stressireaktio.

Samaten Ruotsin kansallisessa raportissa erotetaan toisistaan sairauksien yhteisesiintymisestä kärsivät psykiatriset potilaat ja huumeriippuvaiset asiakkaat, joilla on huumeidenkäytön pahentamia persoonallisuushäiriöitä, joita ei aina diagnosoida oikein.

Morel (1999) tekee eron huumeriippuvaisilla esiintyvien tarkemmin määrittelemättömien psyykkisten häiriöiden sekä huumeidenkäyttöön liittyvien komplikaatioiden välillä. Huumeidenkäyttäjillä esiintyy usein muun muassa seuraavia häiriöitä:

- ahdistuneisuus- ja masennushäiriöt
- unihäiriöt, jotka johtuvat masennuksesta, ahdistuneisuushäiriöstä tai psykoosista
- aggressiivinen ja kiihkeä käyttäytyminen, joka viittaa epäsosiaaliseen, psykopaattiseen, skitsofreeniseen tai paranoidiseen persoonallisuushäiriöön.

Huumeidenkäyttöön liittyviin ongelmiin kuuluvat muun muassa:

- hallusinogeenien tai amfetamiinin aiheuttamat psykoosit
- sekavuusoireyhtymät.

Viimeaikaisten neuropsykologisten ja neurobiologisten tutkimusten sekä sellaisten tekniikoiden ilmaantumisen, joilla aivojen toimintaa voidaan visualisoida, avulla on voitu esittää oletuksia psyykkisten ja fyysisten traumojen, aivojen kehittymisen, huumeiden vaikutusten, stressin ja psyykkisen kehityksen välisistä vuorovaikutuksista. Palkitsemisjärjestelmä on olennainen riippuvuuden kehittymisen kannalta, ja riippuvuuteen liittyy rakenteellisia muutoksia ja aivojen mukautumista mikro- ja makrotasolla (Nestler, 2001).

Muissa teorioissa on liitetty tiettyjä huumeita tiettyihin psyykkisiin häiriöihin, heroiinin on esimerkiksi oletettu voivan vähentää stressiä, lieventää kipua ja vaimentaa uhkaavia ääniä skitsofreniaa ja rajatilaskitsofreniaa sairastavilla potilailla. Vakavista psyykkisistä häiriöistä kärsivät potilaat eivät kuitenkaan käytä heroiinia. Kokaiinin on esitetty voivan lieventää masennusta, poistaa estoja käyttäytymiseltä ja antaa narsistisen persoonallisuuden käyttäytyä mahtailevasti. Kannabis voisi puolestaan lieventää jännitettä ja ekstaasi voisi poistaa sosiaalisia estoja (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

Irlannin vuoden 2002 kansallisessa raportissa tarkasteltiin useiden tutkimusten tulosten pohjalta masennuksen esiintymistä huumeidenkäyttäjien keskuudessa ja todettiin, että huumeiden, etenkin opiaattien ja bentsodiatsepiinien, ongelmakäytön ja korkean masennustason välillä on vahva yhteys. Saksalaisessa tutkimuksessa päihdehäiriöiden, masennuksen ja itsemurhan välisestä suhteesta johtopäätöksenä oli, että masennuksesta kärsivillä on selkeästi muita korkeampi itsemurhariski (Bronisch ja Wittchen, 1998). Jotkut masennuksesta kärsivät henkilöt saattavat lääkitä itseään opiaateilla ja bentsodiatsepiineilla: hoito-ohjelmiin osallistuvien asiakkaiden masennustaso on alhaisempi kuin asiakkaiden, jotka osallistuvat matalan kynnyksen palveluihin (Rooney et al., 1999) tai joiden hoito on vasta alkamassa (McIntosh ja Ritson, 2001).

Norjassa tehdyssä tutkimuksessa (n = 2 359) todettiin, että suurella osalla huumeidenkäyttäjistä on ollut vaikeita perheongelmia lapsuudessa tai nuoruusiässä. Heistä 70 prosentilla oli ollut oppimis- ja käyttäytymisongelmia koulussa, 38 prosenttia oli joutunut koulukiusaamisen uhriksi ja 21 prosenttia oli saanut psykiatrista hoitoa lapsuudessa tai nuoruusiässä (Lauritzen et al., 1997). Naispuoliset huumeidenkäyttäjät, joilla on psyykkisten sairauksien yhteisesiintymistä, ovat usein joutuneet traumaattisen seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi (esim. Beutel, 1999).

Diagnosointi

Huumehoitopalveluissa hoidon alussa suoritettavaan perusdiagnosointiin ei aina kuulu psyykkisten häiriöiden ja persoonallisuushäiriöiden rutiininomaista arviointia. Joitakin erityisen valveutuneita ja/tai erikoistuneita palveluja lukuun ottamatta psyykkisiä oireita ja häiriöitä tutkitaan vain harvoin huumehoitopalvelussa.

Sairauksien yhteisesiintymistä on joka tapauksessa tunnetusti vaikea diagnosoida. Huumeriippuvuus ja sen aiheuttama häiriökäyttäytyminen hallitsevat usein kliinistä taudinkuvaa ja peittävät psyykkisiä oireita. Päihderiippuvuus voi myös aiheuttaa psyykkisiä oireita, joita on vaikea erottaa psyykkisten häiriöiden oireista (Berthel, 2003), ja vieroitustila tai akuutti päihtymystila saattaa muistuttaa lähes mitä vain psyykkistä häiriötä (Liappas, 2001). Lisäksi masennusta ja ahdistuneisuutta saatetaan pitää päihtymykseen tai vieroitukseen kuuluvina oireina; oireet, joita huumeet ovat lievittäneet, ilmaantuvat päihteettömän ajanjakson tai korvaushoidon aikana.

Myös menetelmien kehittyminen on parantanut sekä psyykkisten häiriöiden että päihdehäiriöiden diagnosointia. Psyykkisten oireiden ja persoonallisuushäiriöiden mittaamiseen samoin kuin huumeiden käyttötapojen ja riippuvuuden tason arviointiinkin on nykyään useita standardoituja ja hyväksyttyjä välineitä. Päihderiippuvuuden vakavuuden mittaamiseen käytettävä Addiction Severity Index (ASI) on monipuolinen väline, jota voidaan käyttää diagnosoinnissa, hoidon suunnittelussa ja seurannassa sekä tutkimuksessa. ASI:n etuna on sen

moniulotteisuus, sen avulla voidaan mitata entisiä ja nykyisiä ongelmia seitsemällä osa-alueella: terveydentila, työssäkäynti ja omavaraisuus, alkoholinkäyttö, huumeidenkäyttö, oikeusasema, perhe- ja sosiaaliset suhteet sekä psyykkiset oireet (Krausz, 1999a; Öjehagen ja Schaar, 2003). ASI on standardoitu ja käännetty englannista useimmille Euroopan kielille (EuroASI) ([172]). Trimbos Instituut on kehittänyt ja testannut protokollia tarkkaavaisuuden ja ylivilkkauden häiriöstä (ADHD) kärsivien päihderiippuvaisten asiakkaiden diagnosointiin ja hoitoon (Eland ja Van de Glint, 2001).

Levinneisyys

Useissa tutkimuksissa on pyritty mittaamaan psyykkisten häiriöiden ja persoonallisuushäiriöiden sekä huumeiden käyttötapojen levinneisyyttä väestön keskuudessa sekä psykiatristen potilaiden ja huumeidenkäyttäjien keskuudessa hoitopalveluissa ja niiden ulkopuolella. Tuloksissa on sekä lukumäärien että diagnoosien osalta suurta vaihtelua perusjoukon käytettävyyden ja valintatavan, otantamenetelmien, diagnosointitaitojen ja -pätevyyden sekä tutkimuksen aikana käytettyjen diagnosointivälineiden pätevyyden ja luotettavuuden mukaan.

Erilaisten tutkimusten katsauksessa Uchtenhagen ja Zeiglgänsberger (2000) totesivat, että yleisin psykiatrinen diagnoosi huumeidenkäyttäjien keskuudessa on persoonallisuushäiriö, joka on todettu 50–90 prosentilla, ja seuraavaksi yleisimmät ovat mielialahäiriö (20–60 %) ja psykoottiset häiriöt (20 %). Potilaista 1–50 prosentilla esiintyy samanaikaisesti useampi kuin yksi psyykkinen häiriö tai persoonallisuushäiriö.

Huumeriippuvaisten henkilöiden psykopatologiasta tehtyjen kansainvälisten tutkimusten katsauksessa Fridell (1991, 1996) esitti sairauksien yhteisesiintymisestä huumeriippuvuuden yhteydessä kliinisen taudinkuvan, joka on vahvistettu hänen omissa tutkimuksissaan Lundissa, Ruotsissa. Häiriöt voitaisiin luokitella kolmeen pääryhmään: persoonallisuushäiriöt (65–85 %), masennus- ja ahdistuneisuustilat (30–50 %) sekä psykoosit (15 %). Hoidetuista huumeriippuvaisista tehtyjen kuuden tutkimuksen katsauksessa Verheul (2001) havaitsi, että epäsosiaalinen (23 %), rajatila- (18 %) ja paranoidinen (10 %) persoonallisuushäiriö olivat erityisen yleisiä.

Monet huumealan asiantuntijat uskovat, että huumeriippuvuuden ja psyykkisten häiriöiden yhteisesiintyminen on yleistymässä, tosin joidenkin mielestä tämä johtuu siitä, että asia on entistä paremmin tiedossa ja/tai että psyykkisten häiriöiden diagnosointia ja luokitusta on muutettu ja/tai että terveydenhuoltopalveluja on organisoitu uudelleen. Suomessa samanaikaisten huume- ja muiden mielenterveysongelmien hoitojaksojen määrä kasvoi hoitoilmoitusrekisterin mukaan 441:stä 2 130:een vuosina 1987–2001. Hoitojaksot, jotka liittyvät opiaattien käyttöön yhdessä psyykkisten häiriöiden kanssa, ovat kolminkertaistuneet vuoden 1996 jälkeen. Luvut vastaavat huumeidenkäytössä tapahtunutta kasvua, joskaan mitään suoraa syy-yhteyttä ei ole esitetty. Irlannissa psykiatriseen laitoshoitoon ensimmäistä kertaa otettujen huumeidenkäyttäjien määrä lähes nelinkertaistui vuosina 1990–2001.

Espanjan kansallisessa raportissa huomautetaan, että sairauksien yhteisesiintymisen lisääntyminen saattaa johtua osittain siitä, että riippuvuus psykoaktiivisista piristeistä on lisääntynyt.

Sairauksien yhteisesiintymisen levinneisyys hoitoympäristöissä

Taulukossa 7 annetaan yksityiskohtaisia tietoja joistakin kansallisissa raporteissa esitetyistä selvityksistä, joita jäsenvaltioissa on tehty sairauksien yhteisesiintymisestä erilaisissa huumehoidon ja psykiatrisen hoidon ympäristöissä. Päihdehäiriöiden käsittelystä psykiatrisissa hoitoympäristöissä ei ole saatavilla yhtä paljon tietoa kuin psyykkisten häiriöiden käsittelystä huumehoitoympäristöissä. Vaikka katsauksen kohteena olevat tutkimukset eivät olekaan vertailukelpoisia, ne antavat osviittaa tilanteesta EU-maissa. Tutkimuksen kohteena olleissa väestöissä, diagnostisissa kriteereissä, käytetyissä välineissä ja diagnosoinnin ajankohdissa on huomattavia eroja. Edellä mainituista syistä on todennäköistä, että useissa tapauksissa on tapahtunut alidiagnosointia.

Kreikassa ja Ranskassa tehdyssä vertailevassa tutkimuksessa tuli ilmi, että vaikka psyykkisten häiriöiden levinneisyys hoidossa olevien opiaattien käyttäjien keskuudessa oli melko samankaltainen näissä kahdessa maassa, häiriöiden laaduissa oli eroja: mielialahäiriöiden levinneisyys oli Ranskassa korkeampi kuin Kreikassa (19 % vs. 7 %) kun taas epäsosiaaliset persoonallisuushäiriöt olivat yleisempiä Kreikassa (20 % vs. 7 %). Tutkimuksen tekijät esittivät erojen syyksi huumeidenkäytön alhaisemman levinneisyyden Kreikassa: ”mitä vähemmän sosiaalisesti tuomittavaa käyttäytymistä esiintyy, sitä todennäköisemmin sosiaalisesti poikkeavat henkilöt osallistuvat siihen” (Kokkevi ja Facy, 1995).

Norjalaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin sukupuolieroja päihteiden sekakäyttäjien (joista 85 % käytti heroiinia) ja alkoholistien välillä. Otoksessa oli hyvin suuri osa henkilöitä, joilla oli psyykkisiä ja persoonallisuushäiriöitä (93 %). Naisilla oli yleisesti ottaen huomattavasti enemmän vakavaa masennusta, fobioita ja rajatilahäiriöitä kuin

([172]) Ks. EMCDDA:n Evaluation Instrument Bank (http://eib.emcdda.eu.int).

Taulukko 7: Sairauksien yhteisesiintymisen levinneisyys hoitoympäristöissä eri EU-maissa

Maa	Hoitoympäristö	Väestö	*n*	Sairauksien yhteisesiintymisen levinneisyys (%)	Diagnoosit	Lähde
Belgia	Psykiatriset sairaalat ja psykiatriset palvelut tavallisissa sairaaloissa	Huumeongelmien takia hoitoon otetut (1996–1999)	18 920	86	Skitsoidi, paranoidi, skitsotyyppinen: 86 % Masennus: 50 % Persoonallisuushäiriöt: 43 %	Minimum Psychiatric Data -tietokanta ([1])
Tšekin tasavalta	Hoitoyhteisöt	Laitoshoidossa olevat asiakkaat (2001–2002)	200	35	Persoonallisuushäiriöt: 14 % Masennus: 7 % Neuroottiset häiriöt: 6 % Syömishäiriöt: 5 %	Tšekin kansallinen raportti ([1])
Saksa	Hoitokeskukset	Opiaattiriippuvaiset	272	55	Stressi- ja somatoformiset häiriöt: 43 % Mielialahäiriöt: 32 % Fobiat: 32 % Masennusjaksot: 16 %	Krausz (1999b) ([1])
Kreikka	Vankila ja hoitopalvelut	Opiaattiriippuvaiset miehet	176	86	Ahdistuneisuus: 32 % Mielialahäiriöt: 25 % Skitsofrenia: 6 %	Kokkevi ja Stefanis (1995) ([1])
Espanja	Metadonihoitopalvelut	Opiaattiriippuvaiset henkilöt	150	tes	Rajatilahäiriöt: 7 % Epäsosiaaliset häiriöt: 6 % Sosiaalinen fobia: 6 % Masennus: 5 %	Espanjan kansallinen raportti ([1])
Ranska	Metadonihoitopalvelut	Opiaattiriippuvaiset henkilöt	3 936	tes	Ahdistuneisuus: 4 % Masennus: 3 % Käyttäytymishäiriöt: 3 % Syömishäiriöt: 2 %	Facy (1999) ([1])
Irlanti	Akuutin hoidon psykiatriset laitospalvelut	Ensimmäiset hoidot, diagnosoitu huumeriippuvuus (1996–2001)	1 874	26	Masennus: 21 % Skitsofrenia ja muut psykoosit: 11 % Persoonallisuushäiriöt: 19 %	National Psychiatric Inpatient Reporting System ([1])
Italia	Mielenterveyspalvelut	Pitkäaikaiset huumeidenkäyttäjät	58	> 22	Mielialahäiriöt: 22 % Ahdistuneisuus: 21 % Skitsofrenia: 16 %	Siliquini et al. (2002) ([1])
Luxemburg	Huumehoitopalvelut	Potilaat, jotka ovat olleet aiemmin yhteydessä psykiatrisiin palveluihin katkaisuhoitoa lukuun ottamatta (1996–2002)	380	32	tes	AST/RELIS (2002) ([1])
Alankomaat	Maan koko väestö	Huumeriippuvaiset 18–64-vuotiaat henkilöt (1996)	tes	tes	Masennus: 29 % Sosiaalinen fobia: 29 % Kaksisuuntainen mielialahäiriö: 24 % Dystymia: 22 %	Ravelli et al. (1998) ([1])
Itävalta	Erilaiset hoitopalvelut (katsaus)	Huumepotilaat	tes	41–96	Persoonallisuushäiriöt, epäsosiaaliset häiriöt, rajatilahäiriöt, narsismi	Itävallan kansallinen raportti ([1])
Portugali	Xabregas CAT –hoitokeskus	Huumepotilaat	596	> 73	Obsessiivis-kompulsiivinen häiriö: 73 % Masennus: 72 % Somatisaatio: 60 % Paranoia: 58 %	Portugalin kansallinen raportti ([1])
Suomi	Sairaalat	Huumeisiin liittyvät sairaalahoitojaksot (2002)	2 180	29	Paranoia: 58 % Mielisairaudet 32 % Mielialahäiriöt 28 % Neuroottiset häiriöt 10 % Persoonallisuushäiriöt 29 %	Sairaalan potilashoitorekisteri
Ruotsi	Yliopistollinen sairaala, Lund	Katkaisuhoito-osaston potilaat (1977–1995)	1 052	83	Epäsosiaalisuus: 23 % Jokin psykoosi: 14 % Masennushäiriö: 11 %	Fridell (1996) ([1])
Yhdistynyt kuningaskunta	Yhteisön ja laitosten riippuvuushoitopalvelut	Huumeriippuvaiset potilaat, 90 % opiaattiriippuvaisia	1 075	> 33	Psykoottisuus Ahdistuneisuus Masennus Paranoia	Marsden et al. (2000) ([1])

Huom. Tämän taulukon tiedot viittaavat eripituisiin ajanjaksoihin (esimerkiksi elinaikaiseen tai viimeisen aikana tehtyyn diagnoosiin). tes = tietoja ei ole saatavilla.
([1]) Lisätietoja tästä tutkimuksesta on taulukossa vuosiraportin online-versiossa taulukossa 12 OL: Taulukot sairauksien yhteisesiintyvyydestä maittain.

miehillä. Epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön yhteisesiintyminen oli yleisintä miespuolisten päihteiden sekakäyttäjien keskuudessa (Landheim et al., 2003).

Levinneisyys – vankilat ja pakkohoito

Vankilaväestöön on syytä kiinnittää erityistä huomiota. Psyykkisten häiriöiden levinneisyys, kuten huumeidenkäytön levinneisyys, on vankiloissa huomattavasti korkeampi kuin väestön keskuudessa kokonaisuudessaan. Irlannin toimittamien tietojen mukaan 48 prosenttia miesvangeista ja 75 prosenttia naisvangeista on henkisesti häiriintyneitä, ja vankiloissa olevista miehistä 72 prosenttia ja naisista 83 prosenttia ilmoittaa kokeilleensa huumeita ainakin kerran elämässään (Hannon et al., 2000). Vuonna 1999 Wienin poliisin pidätyskeskuksessa olleista huumeiden ongelmakäyttäjistä 23 prosentilla oli psyykkisiä ongelmia (Dialog, 2000). Vankilatuomioita kärsineet huumeidenkäyttäjät sortuvat usein uudelleen huumeisiin, ja vankeuden uskotaan yhä laajemmin voivan pahentaa mielenterveysongelmia. Tilanne on vielä kärjistyneempi huipputurvallisissa vankiloissa ja vankiloissa, joissa vangit suorittavat pitkiä tuomioita.

Ruotsissa 72–84 prosenttia pakollisessa huumehoidossa olleista aikuisista kärsi psyykkisistä ongelmista sen lisäksi, että he olivat päihteiden väärinkäyttäjiä (Gerdner, 2004). Lapsille ja nuorille tarkoitetussa pakkohoidossa olleista 46 päihderiippuvaisesta tytöstä kahdella kolmasosalla oli psykiatrinen diagnoosi tai persoonallisuushäiriöitä (Jansson ja Fridell, 2003).

Sairauksien yhteisesiintymisen hoidon esteitä

Yksi sairauksien yhteisesiintymisen diagnosoinnin ja hoidon tärkeimmistä esteistä on se, että psykiatrinen hoitohenkilöstö ei yleensä tiedä kovin paljon huumehoidosta eikä huumehoitohenkilöstö tiedä kovin paljon psykiatriasta. Näiden kahden erityisalan lähtökohdat ovat melko erilaiset: yksi perustuu lääketieteeseen ja luonnontieteisiin, toinen perustuu psykososiaalisiin menetelmiin ja teorioihin. Mielenterveyspalvelujen tavoitteena on lisäksi ensisijaisesti ihmisten ja väestön turvallisuuden ylläpitäminen, kun taas päihderiippuvuuspalvelut odottavat asiakkaiden olevan – jossain määrin – motivoituneita ja osallistuvan hoitoon. Nämä erilaiset lähtökohdat tekevät usein kattavan ja kokonaisvaltaisen lähestymistavan mahdottomaksi.

Kuten edellä on todettu, huomattava määrä sairauksien yhteisesiintymisestä kärsiviä potilaita jää säännöllisesti huomaamatta sekä psykiatrisilta hoitopalveluilta että päihdehoitopalveluilta. Kun kaksoisdiagnoosipotilaat hakeutuvat hoitoon, heidän akuutteja psyykkisiä oireitaan pidetään usein virheellisesti päihteiden aiheuttamina oireina, tai päinvastoin, vieroitus- tai päihtymystilat tulkitaan virheellisesti psyykkiseksi sairaudeksi. Mielenterveysalan työntekijät ovat liian usein taipuvaisia lähettämään sairauksien yhteisesiintymisestä kärsivät potilaat riippuvuushoitoon, ja riippuvuushoidon alan työntekijät lähettävät heidät oitis takaisin – tai päinvastoin. Hoidon jatkuvuus on mahdotonta näissä oloissa. Silloinkin, kun sairauksien yhteisesiintyminen on diagnosoitu, sitä ei usein oteta huomioon myöhemmissä hoitotoimenpiteissä (Krausz et al., 1999). Sama pätee potilaisiin, joilla diagnosoidaan psykiatrisessa hoidossa päihdeongelma ja jotka eivät yleensä saa mitään hoitoa siihen (Weaver et al., 2003). Näistä yleistyksistä huolimatta jotkin psykiatriset palvelut ja huumehoitopalvelut saavuttavat erinomaisia tuloksia sairauksien yhteisesiintymisestä kärsivien potilaiden kanssa.

Lisäksi psykiatriset palvelut suhtautuvat usein epäilevästi tunnistamiinsa huumeidenkäyttäjiin ja saattavat kieltäytyä ottamasta heitä vastaan. Samoin voi käydä korvaushoidossa oleville huumeidenkäyttäjille, joiden tila on vakaa. Asiakkailta saatetaan toisaalta evätä huumehoito siksi, että heillä on mielenterveysongelmia. Esimerkiksi Espanjassa useimmat psykiatriset palvelut eivät ota vastaan asiakkaita, joilla on päihdehäiriöitä, eikä niiden henkilöstöllä ole asianmukaista koulutusta. Itävaltalaisten psykoterapeuttien parissa tehdyssä tutkimuksessa tuli esiin, että vain osa heistä ottaa asiakkaakseen huumeriippuvaisia potilaita (Springer, 2003). Italiasta on raportoitu, ettei potilaiden ohjaamiseen huumehoitopalveluista mielenterveyspalveluihin ole selkeitä ohjeita ja että mielenterveyspalvelut suhtautuvat asiaan vastahakoisesti, koska niillä ei ole riittävästi asiantuntemusta. Norjassa asiakkaiden ohjaamisen matalan kynnyksen huumehoitopalveluista psykiatriseen hoitoon on raportoitu olevan vaikeaa.

Kreikassa 54 prosenttiin huumehoito-ohjelmista ei oteta huumeidenkäyttäjiä, joilla on psyykkisiä häiriöitä. Sloveniassa ja muissakin maissa annettavassa lääkkeettömässä laitoshoidossa hoito-ohjelmiin pääsyn edellytyksenä on, etteivät potilaat käytä mitään lääkeaineita. Tämä on vakava este kaksoisdiagnoosipotilaille, sillä täydellinen päihteettömyys edellyttäisi muiden hoitojen lopettamista, mikä ei aina ole mahdollista.

Hoitorakenteet

Kansainvälisessä kirjallisuudessa kuvaillaan kolme muotoa, joissa sairauksien yhteisesiintymisen hoitoa tarjotaan:

1. *Perättäinen tai sarjoittainen hoito.* Psyykkiset häiriöt ja päihdehäiriöt hoidetaan perättäin, ja palvelujen välillä

on vain vähän yhteydenpitoa. Potilaat saavat yleensä ensin hoitoa vakavimpaan ongelmaan, ja kun tämä hoito on saatettu päätökseen, hoidetaan potilaan muut ongelmat. Tämä malli saattaa kuitenkin johtaa siihen, että potilaita siirretään palvelusta toiseen ilman, että mikään palvelu pystyisi täyttämään heidän tarpeitaan.

2. *Rinnakkainen hoito.* Kahden erillisen häiriön hoito aloitetaan samanaikaisesti siten, että huumehoito- ja mielenterveyspalvelut ovat yhteydessä keskenään ja tarjoavat palveluja rinnakkain. Molempiin hoidontarpeisiin sovelletaan usein erilaisia lähestymistapoja, ja psykiatrian lääketieteellinen malli saattaa olla ristiriidassa huumehoitopalvelujen psykososiaalisen suuntautumisen kanssa.

3. *Kokonaisvaltainen hoito.* Hoito tarjotaan psykiatrisessa palvelussa tai huumehoitopalvelussa tai erityisessä sairauksien yhteisesiintymiseen keskittyvässä ohjelmassa tai palvelussa. Ohjaamista muihin palveluihin vältetään. Hoitoon sisältyy motivaatioon ja käyttäytymiseen kohdistuvia toimenpiteitä, uudelleen sortumisen ehkäisemistä, lääkehoitoa ja sosiaalisia näkökohtia (Abdulrahim, 2001).

Sairauksien yhteisesiintymisen hoitoa EU:ssa, siten kuin se on kuvailtu kansallisissa raporteissa, ei voida helposti luokitella näihin kolmeen ryhmään. Kokonaisvaltaista hoitoa pidetään ihanteellisena mallina, mutta se on vaikea toteuttaa. Asiaa koskevia tutkimuksia tehdään yleensä Euroopan ulkopuolella. Australiassa toteutetussa sairauksien yhteisesiintymistä koskevassa kansallisessa hankkeessa (Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003) on todettu kirjallisuuskatsauksen pohjalta, ettei kaksoisdiagnoosipotilaiden käsittelyn ja hoidon lähestymistapoja ole tutkittu järjestelmällisesti tai arvioitu tarkasti, mikä johtuu osittain siitä, että ihmisiä, joilla on sekä mielenterveyshäiriöitä että päihdehäiriöitä, on vaikea tutkia muun muassa heidän epäsäännöllisen elämäntapansa takia. Toisessa katsauksessa todettiin löytyvän näyttöä siitä, että kaksoisdiagnoosipotilaiden kokonaisvaltainen hoito tuottaa hyviä tuloksia sekä mielenterveyden että päihteidenkäytön alalla (Drake et al., 1998). Kokonaisvaltaista ja rinnakkaista hoitoa on verrattu vain yhdessä tutkimuksessa, mutta niiden välillä ei huomattu mitään merkittäviä eroja, eikä yhdessäkään tutkimuksessa ole verrattu kokonaisvaltaista ja perättäistä hoitoa.

Perättäinen hoito

Jotkut asiantuntijat esimerkiksi Tanskassa (Andreason, 2002), Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Department of Health, 2002a) ja Norjassa (Sosial- og helsedepartementet, 1999), uskovat, että hoitopalvelujen pitäisi ainakin sellaisten vakavasti mielisairaiden henkilöiden osalta, joilla on päihdeongelmia, perustua psykiatriaan, ja niihin voisi mahdollisesti osallistua ulkopuolisia huumeterapeutteja. Tanskassa on luotu virallisia yhteyksiä psykiatristen sairaaloiden ja paikallisten huumehoitopalvelujen välille. Luxemburgissa ja Norjassa psykiatriset palvelut ovat ottaneet käyttöön erityisiä toimenpiteitä, joilla pyritään tavoittamaan henkilöt, jotka ovat skitsofrenian varhaisessa vaiheessa ja joista monilla on vakavia päihdeongelmia, sillä tutkimukset ovat osoittaneet, että hoidon aloittaminen varhaisessa vaiheessa parantaa ennustetta.

Tšekin kansallisessa raportissa esitetään, että riippuvuusongelmia tulisi yleensä pitää kiireellisempinä kuin mielenterveysongelmia, sillä psyykkisiä häiriöitä on vaikeampaa hoitaa, kun riippuvuus vääristää kliinistä taudinkuva. Tšekin huumehoitopotilaista 10–20 prosenttia käyttää nykyään psykiatrin määräämää lääkettä, mitä olisi ollut mahdotonta ajatellakaan vielä muutama vuosi sitten. Myös Kreikassa on hyvin harvinaista, että huumehoitopotilaille määrätään lääkkeitä psyykkisiin oireisiin. Kreikan rikosoikeusjärjestelmässä mielenterveyshäiriöiden katsotaan kuitenkin menevän riippuvuuden edelle, ja rikolliset, joilla on sairauksien yhteisesiintymistä, otetaan psykiatriseen sairaalaan joko vankilassa tai yhteisössä (K. Matsa, henkilökohtainen tiedonanto, 2004). Espanjassa huumeidenkäyttäjiä hoidetaan yleensä huumehoitojärjestelmän piirissä, ja heidät ohjataan psykiatrisiin palveluihin ainoastaan, jos häiriöt ovat niin vakavia, että ne edellyttävät sairaalahoitoa.

Jotkut asiantuntijat ovat pitkään olleet sitä mieltä, ettei huumeriippuvaisille henkilöille pitäisi antaa mitään lääkehoitoa, koska on olemassa riski, että he tulevat riippuvaisiksi molemmista, esimerkiksi heroiinista ja bentsodiatsepiineista. Tätä näkemystä ollaan kuitenkin kyseenalaistamassa (esim. Popov, 2003). Huumeidenkäyttäjille määrätään toisinaan psyykeläkkeitä samalla tavalla kuin muillekin, mikä johtuu osittain siitä, ettei aika riitä tarpeellisiin tutkimuksiin. Itävallan kansallisessa raportissa tuodaan esiin, että huumeidenkäyttäjien heikko hoitomyöntyvyys vaikeuttaa psyykkisten häiriöiden lääkehoitoa, minkä lisäksi huumausaineiden ja lääkkeiden yhdistetty käyttö saattaa – jos sitä ei valvota asianmukaisesti – johtaa laittomien lääkkeiden ja reseptilääkkeiden yhteisvaikutuksiin tai reseptilääkkeen tehottomuuteen.

Rinnakkainen hoito

Käytännössä on melko harvinaista, että mielenterveys- ja huumehoitopalvelut jakaisivat vastuun asiakkaasta

Taulukko 8: Kokonaisvaltaiset hoitopalvelut Euroopan eri maissa

Maa	Kokonaisvaltaiset hoitopalvelut
Belgia	Kokonaisvaltaisten palvelujen kehittäminen on toteutettavuustutkimusten vaiheessa.
Saksa	Ensimmäiset aloitteet 20 vuotta sitten. Kokonaisvaltaista hoitoa ei vieläkään ole riittävästi saatavilla.
Kreikka	Yksi kokonaisvaltainen ohjelma käynnistyi vuonna 1995 ja tarjoaa kaksi eri hoitovaihtoehtoa psyykkisen häiriön vakavuuden mukaan. Tulokset ovat olleet myönteisiä.
Espanja	Vuonna 2002 185 keskuksessa hoidettiin 4 803 liitännäissairauksia potevaa asiakasta. Yksi erikoistunut kokonaisvaltainen hoitoyksikkö sijaitsee Kataloniassa ja yksi hoitoyhteisö Kantabriassa laitoshoitoa tarvitseville kaksoisdiagnoosipotilaille.
Alankomaat	Kaksi kokonaisvaltaista laitoshoito-osastoa. Prosessia ollaan arvioimassa hyvien toimintatapojen kehittämiseksi.
Itävalta	Huumepalvelu ja läheinen psykiatrinen sairaala tekevät yhteistyötä; osa sairaalan psykiatreista työskentelee huumehoitolaitoksessa. Potilaat pysyvät huumehoidossa, ja heidät ohjataan sairaalaan vain, jos psyykkiset oireet muuttuvat liian vakaviksi.
Yhdistynyt kuningaskunta	Useita kokonaisvaltaisia palveluja erilaisissa yhteisöympäristöissä. Useita kaksoisdiagnoosilääkäreitä toimii riippuvuuspalveluissa tai mielenterveyden hoitotiimeissä.
Norja	Yksi kokonaisvaltainen hanke psykiatrisen laitoksen alaisuudessa Oslossa. Seurantaa ja arviointia jatketaan enintään kahden vuoden ajan, ja siinä keskitytään perustarpeisiin, kuten asumiseen, työhön, sosiaalietuuksiin ja sosiaalisiin suhteisiin.

rinnakkaisen hoidon mallin mukaisesti. Paikalliset työryhmät, joihin kuuluu sekä huumehoitopalvelujen että mielenterveyspalvelujen edustajia, ovat kuitenkin usein tärkeä vaihdon, yhteistyön ja verkostoitumisen väline. Ranskassa, Italiassa ja Alankomaissa viralliset määräykset tai protokollat velvoittavat huumehoitopalvelut olemaan tiiviissä yhteydessä psykiatrisiin palveluihin ja mieluiten tekemään niiden kanssa virallisia alueellisia sopimuksia hoitoon ohjaamisen menettelyistä ja kliinisten tietojen vaihdosta (Olin ja Plaisait, 2003). Yli puolet Alankomaiden kaksoisdiagnoosipotilaista on kuitenkin sitä mieltä, etteivät tällaiset sopimukset paranna hoitoa (Van Rooijen, 2001).

Luxemburgissa ja Itävallassa huumehoitohenkilöstö voi seurata psykiatrisiin sairaaloihin ohjattujen potilaidensa hoitoa. Yhdistyneen kuningaskunnan ohjeissa painotetaan, että kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon suunnitteluun pitäisi osallistua sekä riippuvuus- että mielenterveyspalvelujen ammattilaisia, jotta hoitoreittejä voitaisiin priorisoida (Department of Health, 2002a).

Kokonaisvaltainen hoito

Tässä mallissa sama ryhmä vastaa molempien häiriöiden hoidosta. Tämän etuna on, ettei asiakkaalle anneta kahta ristiriitaista viestiä. Joissakin maissa tällaista yhdistämistä vaikeuttavat erilliset hallintojärjestelmät (esim. Espanja) tai erilliset rahoitusjärjestelmät (esim. Saksa).

Useimmissa maissa on vain muutama erikoistunut kokonaisvaltainen ohjelma tai yksikkö kaksoisdiagnoosipotilaille, eikä tarjonta vastaa läheskään kysyntää, kuten osoitetaan taulukossa 8, jossa esitetään saatavilla olevat tiedot.

Kokonaisvaltaisen hoidon yleisin täytäntöönpanotapa on psykiatrien palkkaaminen huumehoitopalveluihin ja/tai huumehoitohenkilöstön palkkaaminen mielenterveyspalveluihin. Tämä on kenties käytännöllisin ratkaisu pienillä paikkakunnilla, joilla erikoistuneita, kokonaisvaltaisia hoitolaitoksia ei voi toteuttaa. Espanjassa huumehoidon alalla työskentelevät yleislääkärit ovat vuodesta 2002 lähtien voineet saada ”psykiatrian erikoislääkärin” nimikkeen, jos he läpäisevät tutkinnon ja heillä on todistetusti kokemusta työskentelystä mielenterveyspotilaiden kanssa. Portugalissa hoitokeskuksen hyväksyminen ja sertifiointi edellyttää, että siellä työskentelee vähintään yksi psykiatri. Kaikilla huumehoitopalveluissa työskentelevillä psykiatreilla ei kuitenkaan ole erikoisosaamista ja koulutusta huumeidenkäyttäjien hoitamiseen, ja he saattavat tarvita jatkokoulutusta.

Palveluohjaus (Case management)

Palveluohjaus, jossa asiakkaan hoitoa koordinoidaan siten, että hänelle tarjotaan yksilökohtaista perättäistä tai rinnakkaista hoitoa ja häntä opastetaan hoitojärjestelmän kiemuroissa, vaikuttaa melko harvinaiselta EU:ssa. Ranskassa on raportin mukaan luotu huumehoito- ja mielenterveyspalvelujen välille yhteistyötä, jotta potilaat, joilla on sekä psyykkisiä häiriöitä että riippuvuutta, voitaisiin ottaa yhdistetysti hoitoon ja heille voitaisiin antaa palveluohjausta. Yhteistyötä tehdään kuitenkin usein vain yksittäisissä tapauksissa. Luxemburgissa ja Alankomaissa ammattilaiset pitävät palveluohjausta tehokkaimpana tapana hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaita, mutta se on kallista ja työlästä ja siihen tarvitaan erikoistunutta

ammattitaitoa. Joissakin maissa on otettu käyttöön palveluohjauksen erityinen muoto, ”työryhmäpohjainen tehostettu avohoito” (assertive community treatment) (ks. jäljempänä).

Hoitomenetelmät ja hyvät toimintatavat

Sairauksien yhteisesiintymisestä kärsivien asiakkaiden hoitoon liittyy paljon ongelmia, se vaatii äärimmäisen paljon henkilöstöltä, ja se on usein epäkiitollista. Asiakkaita on usein vaikea käsitellä heidän – etenkin niiden, joilla on ”vakavia” persoonallisuushäiriöitä – häiritsevän ja aggressiivisen käyttäytymisensä sekä henkisen epävakaisuutensa takia. Hoidon sääntöjen ja vaatimusten, kuten sovittujen tapaamisten tai lääkkeiden ottamisen, vastustaminen tai noudattamatta jättäminen on yleistä, ja epäkiitolliset henkilökohtaiset suhteet pahentavat pettymystä. Menestys on usein vähäistä ja keskeytykset ovat yleisiä, mikä tekee hoidosta työlästä ja kallista sekä turhauttavaa henkilöstölle, jonka keskuudessa ilmenee – kuten odottaa saattaa – usein kärsimättömyyttä, tukahdutettua aggressiivisuutta ja työuupumuksen oireita. Seurantamenettelyjen ja jälkihoidon puute johtaa siihen, että useat sortuvat uudelleen päihteisiin, ja sekä psyykkiset häiriöt että riippuvuushäiriöt kehittyvät usein kroonisiksi. Toisaalta asiakkailla on usein ollut huonoja kokemuksia tukipalveluista, ja he saattavat siksi suhtautua hoitoon vastahakoisesti.

Ammattilaiset pyrkivät vaikeasta tilanteesta huolimatta jatkuvasti löytämään ja kehittämään entistä tehokkaampia lähestymistapoja. Säännölliset ja alojen väliset keskustelut tapauksista sekä tiivis yhteistyö saattaisivat auttaa eri alojen työntekijöitä ymmärtämään toisiaan. Tällaiset ponnistelut tarjoaisivat kaikille asianomaisille entistä yksityiskohtaisempaa tietoa asiakkaista ja auttaisivat kehittämään hyviä toimintatapoja tai hoitostrategioita. Hoidon laatu on tärkein tekijä hyvien tulosten saavuttamisessa.

Dokumentaatio, arviointi ja tutkimus ovat surkealla tolalla sairauksien yhteisesiintymisen alalla, kuten useilla muillakin huumeisiin liittyvillä aloilla. Hoitotyyppien menestyksekkyydestä ei ole selkeää näyttöä. Cochrane-yhteistyössä on tarkasteltu psykososiaalisia hoito-ohjelmia (Ley et al., 2003). Tarkasteltava materiaali oli suppea: kuusi tutkimusta, joista neljä oli laajuudeltaan pieniä ja joissa kaikissa suunnittelu ja raportointi oli yleisesti katsoen kehnoa. Tärkein tulos oli, ettei ”ole mitään selkeää näyttöä siitä, että jokin päihteiden väärinkäyttöä koskeva ohjelmatyyppi olisi vakavasti psyykkisesti sairaille perushoitoa parempi”. Johtopäätöksenä todettiin, että ”vakavasti psyykkisesti sairaille tarkoitettuja uusia erikoistuneita päihdehoitopalveluja pitäisi toteuttaa yksinkertaisten, huolellisesti suunniteltujen ja valvottujen kliinisten kokeilujen puitteissa”.

Alkoholi- ja huumehoidosta kansainvälisellä tasolla tehdyn tutkimuksen laajassa katsauksessa löydettiin vain kahdeksan satunnaistettua tutkimusta, jotka koskevat vakavista psyykkisistä häiriöistä kärsivien huumeriippuvaisten hoitoa (Jansson ja Fridell, 2003). Monet luopuvat hoidosta jo ennen kuin se edes alkaa. Lyhyen aikavälin seurannassa ilmeni, että laitoshoito, etenkin hoitoyhteisössä, tuotti parempia tuloksia elinolojen ja päihteidenkäytön osalta muttei psyykkisten oireiden osalta.

Kaikilla hoitotilanteilla on joitakin yhteisiä piirteitä. Jäljempänä esitettävät suositukset ovat peräisin huumehoitoa koskevien kansainvälisesti julkaistujen satunnaistettujen ja valvottujen tutkimusten katsauksista ja meta-analyyseistä (Berglund et al., 2003):

1. Huumetottumusten muuttamiseen tulisi keskittyä jatkuvasti.
2. Hoidon tulisi olla kunnolla jäsenneltyjä.
3. Hoidon tulisi jatkua riittävän pitkään, jotta sillä olisi vaikutuksia.
4. Hoidon tulisi kestää vähintään kolme kuukautta, mielellään vielä pitempään.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa on terveysministeriön suuntaviivoissa (Department of Health, 2002b) sekä tutkimushankkeissa ja kirjallisuuskatsauksissa (esim. Crawford, 2001) alettu siirtää painoa kaksoisdiagnoosille. Näyttöä on kuitenkin saatu lähinnä Pohjois-Amerikasta, ja alle 10 prosenttia Crawfordin abstrakteista on peräisin Yhdistyneessä kuningaskunnassa tehdyistä tutkimuksista.

Alankomaissa tehdyn kansainvälisten tutkimusten katsauksen mukaan yksi palveluohjauksen malli, joka voisi olla tehokas, on työryhmäpohjainen tehostettu avohoito, johon kuuluu rakenteellisia (potilasmäärä, ryhmätyö, yhteistyö muiden terveydenhuoltoalan ammattilaisten kanssa), organisatorisia (yksiselitteiset valintakriteerit, uusien potilaiden määrän rajoittaminen, ympärivuorokautinen kriisiapu) ja sisältöä koskevia (tuen ja avun tarjoaminen arkitilanteissa, aktiivinen lähestymistapa, tiivis yhteydenpito) näkökohtia (Wolf et al., 2002). Birminghamissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa, työryhmäpohjaisen tehostetun avohoidon tiimeille tarjotaan opaskirjan pohjalta koulutusta kognitiivis-behavioraaliseen kokonaisvaltaiseen hoitoon. Tiimit saavat jatkuvaa tukea toimenpiteen toteuttamisessa, ja niitä arvioidaan sekä prosessin että tulosten osalta (Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, 2003). Norjassa ollaan

testaamassa muutamaa työryhmäpohjaisen tehostetun avohoidon tiimiä.

Seuraavassa yleiskatsauksessa esitellään Reitoxin kansallisten seurantakeskusten ilmoittamia hyviä toimintatapoja:

- Hampurin huumehoitopalveluissa hoidossa olleiden 219 opiaattiriippuvaisen seurantatutkimuksessa ilmeni, että heroiinin ja kokaiinin käyttö oli vähentynyt kahdessa vuodessa. Asiakkaista 47 prosentilla ilmeni psyykkisissä häiriöissä muutosta parempaan (Krausz et al., 1999).
- Italialaisessa tutkimuksessa todettiin, että metadonilla annetun ylläpitohoidon tulokset eivät eronneet sen enempää hoidossa pysymisen kuin heroiinin käytönkään osalta merkittävästi niiden potilaiden välillä, joilla oli vakavia psyykkisiä oireita, ja niiden välillä, joilla oireet olivat lievempiä. Potilaat, joilla oli vakavia psyykkisiä häiriöitä, vaikuttivat kuitenkin tarvitsevan keskimäärin suurempia metadoniannoksia (Pani et al., 2003).
- Dialektinen käyttäytymisterapia ([173]) on hoitovaihtoehto, joka vaikuttaa soveltuvan erityisen hyvin naispuolisille päihteiden käyttäjille, joilla on vakava rajatilahäiriö ja/tai itsetuhoisia taipumuksia. Näyttöä on kuitenkin saatu vain muutamasta tutkimuksesta. Dialektisesta käyttäytymisterapiasta Alankomaissa tehdyssä valvotussa kokeessa todettiin, että itsetuhokäyttäytyminen väheni sekä koeryhmässä että ryhmässä, jonka "hoitoa jatkettiin tavalliseen tapaan". Alkoholinkäyttö väheni selkeästi enemmän koeryhmässä, mutta huumeidenkäytössä ei huomattu mitään eroa (Van den Bosch et al., 2001).
- Ruotsalaisessa tutkimuksessa ASI-lomakkeen toistuva käyttö koko hoitojakson ajan kestävän laadunhallintamallin mukaisesti osoitti, että kaksi vuotta hoidon lopettamisen jälkeen tehdyssä seurantatarkastuksessa 46 prosenttia potilaista oli pidättäytynyt päihteistä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden ongelmaprofiili oli ASI:ssa vaikeampi kuin psykoosipotilaiden. Persoonallisuusprofiileissa ja oireissa oli yleisesti ottaen pieniä muutoksia, mutta useiden potilaiden elämänlaadun todettiin seurantatarkastuksessa parantuneen ja elämäntilanteen vakiintuneen (Jonsson, 2001).
- Yhdistyneessä kuningaskunnassa Barrowclough et al. (2001) havaitsi, että motivoiva haastattelu, kognitiivis-behavioraalinen terapia ja perheinterventiot paransivat skitsofrenia- ja päihdehäiriöpotilaiden tilannetta.
- Kaksoisdiagnoosipotilaista Norjassa tehtyjen hoitotutkimusten katsauksessa todettiin, että aggressiivista ja impulsiivista käyttäytymistä hoidetaan parhaiten konfrontoivalla, jäsennellyllä ryhmäterapialla yhdistettynä perheterapiaan. Masentuneet tai ahdistuneet potilaat hyötyvät enemmän henkilökohtaisesta psykoterapiasta ja kannustavasta ryhmäterapiasta (Vaglum, 1996).

Tutkimus

Euroopan komission tutkimuksen ja teknologian kehittämisen viidennessä puiteohjelmassa on hiljattain käynnistetty kaksoisdiagnoosia koskeva tutkimushanke. Tässä prospektiivisessa tutkimuksessa, joka toteutetaan monessa keskuksessa, muun muassa Tanskassa, Ranskassa, Puolassa, Skotlannissa, Englannissa ja Suomessa, on tarkoitus kuvailla palveluja, joita kaksoisdiagnoosipotilaille tarjotaan seitsemässä eurooppalaisessa psykiatrisessa hoitoympäristössä, ja vertailla 12 kuukauden ajanjaksolla sairastuvuutta ja palvelujen käyttöä niiden potilaiden välillä, joilla on kaksi diagnoosia, ja niiden välillä, joilla on vain yksi diagnoosi. Tutkimuksen kohteena tulee olemaan riippuvuuden vakavuus, psyykkiset oireet, hoitomyöntyvyys, psykososiaalinen toiminta, sosiaalinen verkosto, hoidon keskeyttäminen ja sairastuvuus. Tuloksia odotetaan vuodeksi 2005 ([174]).

Koulutus

Useimmissa maissa lääkärit ja sairaanhoitajat saavat koulutuksensa aikana vain vähän opetusta huumeriippuvuudesta ja vielä vähemmän sairauksien yhteisesiintymisestä. Italiassa on lisätty mielenterveysalan ja huumehoitoalan työntekijöiden yhteistä koulutusta. Alankomaissa Trimbos Instituut järjestää koulutuskursseja sekä huumeriippuvuusalan että mielenterveysalan ammattilaisille, jotka osallistuvat kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon. Muut maat ovat raportoineet palvelujen sisäisestä koulutuksesta ja kursseista, mutta niiden toteutus on satunnaista ja hajanaista.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa Royal College of Psychiatry on analysoinut koulutustarvetta (Mears et al., 2001) useiden ammattilaisryhmien keskuudessa sekä mielenterveyspalvelujen että huumehoitopalvelujen alalla. Otoksesta 50 prosenttia ilmoitti tuntevansa, ettei ole riittävän hyvin valmistautunut työskentelemään kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa, ja tarvitsevansa lisäkoulutusta.

([173]) Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) on useiden erilaisten kognitiivisten ja behavioraalisten hoitostrategioiden soveltamista rajatilahäiriöihin, itsetuhokäyttäytyminen mukaan luettuna.

([174]) Ks. http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf.

Lähteet

Abdulrahim, D. 2001. *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services.* The Health Advisory Service, Lontoo.

Andreasen, J. 2002. Ansvaret for de psykotivke stofmisbrugere skal vara psykiatriens. *Ugeskrift for læger*, vol. 51.

AST/RELIS. 2002. Point Focal OEDT Luxembourg – Direction de la santé. Réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies – RELIS – Rapport national, PFN, Luxembourg.

Bakken, K., Landheim, S. ja Vaglum, P. 2003. Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism* vol. 38, s. 54–59.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., et al. 2001. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* vol. 158, s. 1706–1713.

Baudis, R. 2004. A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Germany. Conference's Acts: Substance Abuse, Drug Courts and Mental Health Treatment Services. Servizi Area Penale Carceri. Milano, 5.–7. helmikuuta 2004.

Beck, F. (2003), *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (draft report), ESCAPAD, OFDT. Pariisi.

Beck, F. ja Legleye, S. 2003. Drogues et adolescence: usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans évolutions récentes ESCAPAD 2002. Pariisi. OFDT.

Benschop, A., Rabes, M. ja Korf, D. 2002. *Pill testing – ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Berglund, M. et al. (toim.). 2003. *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review.* Wiley: Lontoo.

Berthel, T. 2003. Psychiatrische Komorbidität. Teoksessa: Beubler, E., Haltmayer, H. ja Springer, A. (toim.) *Opiatabhängigkeit. Interdisciplinäre Aspekte für die Praxis.* Springer: Wien.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., et al. 2000. Overdosing on opiates. Thematic review. Part I – causes. *Drug and Alcohol Findings*, vol. 4, s. 4–20.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., et al. 2001. Overdosing on opiates. Thematic review. Part II – prevention. *Drug and Alcohol Findings*, vol. 5, s. 4–18.

Beutel, M. 1999. Sucht und sexueller Missbrauch. *Psychotherapeut* vol. 44, s. 313–319.

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

Bovenkerk, F. ja Hogewind, W. I. M. 2002. *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding.* Utrecht: Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen.

Bronisch, T. ja Wittchen, H.-U. 1998. Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen. *Suizidprophylaxe* vol. 1, s. 22–26.

Cabral, C. 2002. *Rapport sur l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs*, Assemblée Nationale no. 3641/Sénat no. 259.

Chinman, M., Imm, P. ja Wandersmann, A. 2004. *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation.* RAND Corporation. Santa Monica.

CND 2004. *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat.* Yhdistyneet Kansakunnat, talous- ja sosiaalineuvosto. Wien.

Commonwealth Department for Health and Ageing. 2003. National Co-morbidity Project. Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings. Australian liittovaltio. Canberra.

Crawford, V. 2001. *Co-existing problems of mental health and substance misuse ('dual diagnosis'): a review of relevant literature.* Royal College of Psychiatrists: Lontoo.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., et al. 2004. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, *Health Policy for Children and Adolescents,* No.4. Geneve. WHO, Eurooppa.

Deehan, A. ja Saville, E. 2003. *Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England.* Home Office Online Report 43/03.

Department of Health. 2002a. *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide.* Department of Health. Lontoo.

Department of Health. 2002b. *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services. Full report for consultation.* Department of Health. Lontoo.

Dialog. 2000. *Jahresbericht 1999.* Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige. Wien.

Dolan, K. 1997–98. Evidence about HIV transmission in prisons. *Canadian HIV-AIDS Policy and Law Newsletter* vol. 3–4, s. 32–38.

Dolan, K., Rutter, S. ja Wodak, A. D. 2003. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* vol. 98, s. 153–158.

Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., et al. 1998. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* vol. 24, s. 589–608.

DrugScope. 2004. *Druglink* vol. 19 (1) tammikuu/helmikuu 2004.

Dusenbury, L. ja Falco, M. 1995. Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health* vol. 65, s. 420–425.

Eland, A. ja Van de Glint, G. 2001. *Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg.* Trimbos Instituut. Utrecht.

EMCDDA. 2001. Cocaine and crack (erityisjulkaisu). Teoksessa *Annual report 2001: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union.* Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. Lissabon.

EMCDDA. 2003a. *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union.* Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. Lissabon.

EMCDDA. 2003b. *Vuosiraportti 2003: huumeongelma Euroopan unionissa ja Norjassa.* Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. Lissabon.

EMCDDA. 2003c. *Teemana huumeet nro. 11: Hepatiitti C: piilevä epidemia.* Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. Lissabon.

EMCDDA. 2003d. *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand – meeting with International organisations.* Lissabon, 24. kesäkuuta 2003 (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881).

EMCDDA. 2004a. *European report on drug consumption rooms.* Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. Lissabon.

EMCDDA. 2004b. *Drugs in focus no. 13: Deaths.* Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. Lissabon.

EMCDDA. 2004c. *An overview of cannabis potency in Europe, EMCDDA Insights 6.* Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. Lissabon.

EMCDDA. 2004d. *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs 7.* Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskusl Lissabon.

Emmanuelli, J. 2003. Siamois: Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv. Teoksessa: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M., et al. (toim.). *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND,* s. 263–267. OFDT. Pariisi.

Estebanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M.D., et al. 2001). Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid. *European Journal of Epidemiology* vol. 17, s. 573–580.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV) (2004), HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, No. 70. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice.

Euroopan komissio. 1999. *Evaluating socio-economic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms.* Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto: Luxemburg.

Euroopan komissio. 2003. *Evaluating EU activities – a practical guide for Commission Services.* Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto: Luxemburg.

Europol. 2002. *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective.* Europol. Haag.

Europol. 2003. *European Union organised crime report.* Europol. Haag.

Facy, F. 1999. *Toxicomanes et prescription de méthadone.* EDK. Pariisi.

Farrell, M. 2002. *Final Evaluation of the Pilot Drug Court.* Courts Service, Dublin. FATF (2003a), *Annual report 2002–2003* (http://www.fatf-gafi.org).

FATF. 2003a. *Annual report 2002–2003* (http://www.fatf-gafi.org).

FATF. 2003b. *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices.* FATF, Pariisi.

Flay, B. 2000. Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviours* vol. 25, s. 861–866.

Fridell, M. 1991. *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10,* Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN). Tukholma.

Fridell, M. 1996. Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare. SoS-rapport 1996: 14, Socialstyrelsen. Tukholma.

Gerdner, A. 2004. *Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittilsvarande studier.* Bilaga 4 till LVM-utredningen, SOU 2004: 3 Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård. Socialdepartementet. Tukholma.

GFATM Secretariat. 2004. *The Global Fund Grant status report* (http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls).

Giuliani, M. ja Suligoi, B. 2004. Italian STI Surveillance Working Group. Differences between nonnational and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections. *Sexually Transmitted Diseases* vol. 31(2), s. 79–84.

Gore, S.M. 1999. Fatal uncertainty: death-rate from use of ecstasy or heroin. *Lancet* vol. 354, s. 1265–1266.

Hall, W., Degenhardt,L. ja Lynskey, M. 2001. *The health and psychological effects of cannabis use.* Monograph Series vol. 44, 2. painos. Australian liittovaltio. Canberra.

Hannon F., Keleher C., ja Friel, S. 2000. *General healthcare study of the Irish prison population.* Stationery Office: Dublin.

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

Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., et al. 2000. *The 1999 ESPAD Report: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.* Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) ja Euroopan neuvosto, Pompidou-ryhmä.

Hope, V., Ncube, F., de Souza, L., et al. 2004. Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002. Eurosurveillance Weekly, 8(4), 22. tammikuuta 2004 (http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp).

INCB. 2004a. *Report of the International Narcotics Control Board 2003.* Yhdistyneet Kansakunnat. INCB. New York.

INCB. 2004b. *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances,* Yhdistyneet Kansakunnat. INCB. New York (http://www.incb.org).

Interpol. 2002. *Activities report.* Interpol. Lyon.

Jansson, I. ja Fridell, M. 2003. Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden, SiS-rapport 1/03. Statens Institutionsstyrelse. Tukholma.

Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association. 2003. Innovations in the treatment of addiction. Barcelona, 1.–2. toukokuuta 2003.

Jonsson, S. 2001. Långstorps vård- och behandlingshem – En ufallsstudie. *Psykologexamensuppsats* Vol. III:20, Institutionen för psykologi. Lund.

Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola S., Andrade L., et al. 2001. Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatrica Fennica* vol. 2, s. 62–79.

Kokkevi, A. ja Facy, F. 1995. Personality traits and psychopathology in drug addiction. *European Addiction Research* vol. 1, s. 194–198.

Kokkevi, A. ja Stefanis, C. 1995. Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry* vol. 36, s. 329–337.

Kraus, L., Augustin, R., Korf, D., et al. 2003. Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age? (Raportti.)

Krausz, M. 1996. Old problems – new perspectives. *European Addiction Research* vol. 2, s. 1–2.

Krausz, M. 1999. Editorial. Addiction and mental health. *European Addiction Research* vol. 5, s. 53–54.

Krausz, M. 1999. Komorbidität – Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen. Teoksessa: Bellebaum, C. Jellinek, ja Westermann, B. (toim.) *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, s. 100–114. Deutscher Studienverlag. Weinheim.

Krausz, M., Verthein, U. ja Degkwitz, P. 1999. Psychiatric co-morbidity in opiate addicts. *European Addiction Research* vol. 5, s. 55–62.

Landheim, A. S., Bakken, K. ja Vaglum, P. 2003. Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. *European Addiction Research* vol. 9, s. 8–17.

Lauritzen, G, Waal, H, Amundsen, A. ja Arner, O. 1997. A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* vol. 14, s. 43–63.

Ley, A., Jeffery, D. P., McLaren, S. ja Siegfried, N. 2003. Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Review. *The Cochrane Library,* painos 4. Wiley, Chichester, Yhdistynyt kuningaskunta.

Liappas, J. 2001. Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem. *Itaca* vol. 6, s. 9–22.

Lima, A. R., Lima, M. S., Soares, B.G.O. ja Farrell, M. 2004a. Carbamazepine for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, painos 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm).

Lima, M. S., Reisser, A. A. P., Soares, B. G. O., Farrell, M. 2004b. Antidepressants for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, painos 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm).

Long, J., Allwright, S. ja Begley, C. 2004. Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, painossa.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., et al. 2000. Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment outcome study. *British Journal of Psychiatry* 176, s. 285–289.

McIntosh, C. ja Ritson, B. 2001. Treating depression complicated by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment* vol. 7, s. 357–364.

McVeigh, J., Beynon, C. ja Bellis, M. A. 2003. New challenges for agency based exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991–2001) in Merseyside and Cheshire, United Kingdom. *International Journal of Drug Policy* vol. 14, s. 399–405.

Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S., et al. 2001. *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis.* Royal College of Psychiatrists. Lontoo.

Migliori, G. B. ja Centis, R. 2002. Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries. *Monaldi Archive of Chest Diseases* vol. 57, s. 285–290.

Morel, A. 1999. Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie. *Interventions* vol. 72, s. 35–40.

Moyle, P. 2003. *International drug court developments, models and effectiveness*, Pompidou Group Drug Court Project. Strasbourg.

Murphy-Lawless, J. 2002. *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities.* Liffey Press: Dublin.

Murray, R., Grech, A., Phillips, P. ja Johnson, S. 2003. What is the relationship between substance abuse and schizophrenia? Teoksessa: Murray, R., Jones, P., Susser, E., et al. (toim.). *The epidemiology of schizophrenia.* Cambridge University Press: Cambridge.

Neale, J. ja Robertson, M. 2004. Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy* vol. 11(1), s. 79–90.

Nestler, E. J. 2001. Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nature Reviews Neuroscience* 2(2):119–128.

Olin, N. ja Plasait, B. 2003. *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites.* Sénat: Pariisi.

Origer, A. ja Delucci, H. 2002. *Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives. Analyse comparative (1999–2000),* Séries de recherche no. 3, Point focal OEDT Luxembourg – CPR Santé. Luxemburg.

Paglia, A. ja Room, R. 1999. Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* vol. 20(1), s. 3–50.

Pani, P. P., Trogu, E., Carboni, G., et al. 2003. Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems* vol. 5, s. 23–36.

Pedersen, M. U. 2001. *Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1.* Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Århus.

Popov, P. 2003. Alkohol. Teoksessa: Kalina, K. a spol. (toim.) *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, Kapitola 3/1, Úřad vlády ČR – NMC, Praha.

Ravelli, A., Bijl, R. V. ja Van Zessen, G. 1998. Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol. 40, s. 531–544.

Reitoxin kansalliset raportit. 2003. (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. 2003. Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'. *Drugs: Education, Prevention and Policy* vol. 10, s. 303–329.

Roeg, D. P. K., van de Goor, L. A. M. ja Garretsen, H. F. L. 2004. When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style. *Drugs and Alcohol Today*, Vol 4 (in press).

Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L., et al. 1999. Co-abuse of opiates and benzodiazepines. *Irish Journal of Medical Science* vol. 168, s. 36–41.

SAMHSA, Office of Applied Studies. 2001. *Trends in initiation of substance use*, 2001 National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA).

SAMHSA, Office of Applied Studies. 2002. *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health. National findings* (http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm).

Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J., et al. 2003. Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996–2002. *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure* vol. 18, s. 519–524.

Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J., et al. 2000. Cocaine misuse treatment in England. International *Journal of Drug Policy* vol. 11, s. 203–215.

Siliquini, R., Zeppegno, P. ja Faggiano, F. 2002. Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso–controllo. Teoksessa: Faggiano, F. (toim.) *OED Piemonte – Rapporto 2002*, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze, Torino.

Sosial- og helsedepartementet. 1999. *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmisbrukarar*.

Springer, A. 2003a. *Different types of medically assisted treatment.* Treatment monitoring conference, EMCDDA. Lissabon.

Springer, A. 2003b. Psychotherapeutische Aspekte. Teoksessa: Beubler, E., Haltmayer, H. ja Springer, A. (toim.). *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis.* Springer. Wien.

Stothard, B., ja Ashton, M. 2000. Education's uncertain saviour. *Drug and Alcohol Findings* vol. 3, s. 4–7, 16–20.

Stöver, H. 2001. *Bestandsaufnahme 'Crack Konsum' in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht.* Bremen: University of Bremen, Institute for Drugs Research (BISDRO).

Stöver, H. ja Nelles, J. 2003. Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* vol. 14, s. 437–444.

Ter Bogt, T. ja Engels, R. C. M. E. 2004. Party style: notice for and effects of MDMA at Rave parties. *Substance Use and Misuse.* (Painettavana).

Tobler, N. 2001. Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings*, painos 5, s. 25–27.

Tobler, N. ja Stratton H. H. 1997. Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention* vol. 18(1), s. 71–128.

Tobler, N. S., Roona, M. R. ja Ochshorn, P. 2000. School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* vol. 20, s. 275–336.

Uchtenhagen, U. ja Zeiglgänsberger, W. 2000. *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*, Urban & Fischer Verlag, München.

UNODC. 2003a. *Global illicit drug trends 2003.* Yhdistyneiden Kansakuntien huume- ja rikosjärjestö. Wien.

UNODC. 2003b. *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003.* Yhdistyneiden Kansakuntien huume- ja rikosjärjestö. Wien.

UNODC ja Marokon hallitus. 2003. *Morocco cannabis survey 2003.* Yhdistyneiden Kansakuntien huume- ja rikosjärjestö. Wien.

UNODCCP (Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden torjunnan toimisto). 2000. *Demand reduction: a glossary of terms.* YK. New York.

Vaglum, P. 1996. Psychopathology and substance abuse: clinical Lessons from six Norwegian Studies. Psychiatric Fennica vol. 27, s. 55–67.

Van den Bosch, L. M., Verheul, R. ja Van den Brink, W. 2001. Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders* vol. 15, s. 416–424.

Van Rooijen, M. 2001. Zendingswerk: dubbele diagnose kliniek. *Psy* vol. 5, s. 24–28.

Verheul, R. 2001. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry* vol. 16, s. 274–282.

WCO. 2003a. *Drug routes from Central Asia to Europe* (saatavilla WCO:n Internet-sivustolta: http://www.wcoomd.org).

WCO. 2003b. An integrated international response to drug smuggling, WCO, Bryssel.

WCO. 2003c. *World money laundering report*, vol. 4, painos 10.

Weaver, T., Madden, P., Charles, V., et al. 2003. Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry* vol. 183, s. 304–312.

WHO. 1995. *Lexicon of alcohol and drug terms.* WHO. Geneve.

Wiessing, L. ja Kretzschmar, M. 2003. Can HIV epidemics among IDUs 'trigger' a generalised epidemic? *International Journal of Drugs Policy* vol. 14, s. 99–102.

Williams, H., O'Connor, J. J. ja Kinsella, A. 1990. Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance. *Irish Journal of Psychological Medicine* vol. 7, s. 45–46.

Wolf, J., Mensink, C., ja Van der Lubbe, P. 2002. *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect.* Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid. Utrecht.

Zuckerman, J. 2003. The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations. *Drugs* vol. 63, s. 1779–1784.

Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P. ja Verthein, U. 2001. *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten*, Lambertus, Freiburg.

Öjehagen, A. ja Schaar, I. 2003. Mentally ill substance abusers in Sweden: a 5-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities. Teoksessa: Carrà, G. ja Clerici, M. (toim.) *Dual diagnosis: filling the gap.* John Libbey Eurotext: Pariisi.

Reitoxin kansalliset seurantakeskukset

Belgique/België
Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Česká republika
Secretariat of the National Drug Commission Office of the Government of the Czech Republic
Nabř. Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 — Malá Strana
CZ-Prague
Viktor MRAVČÍK
Tel. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

Danmark
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 Postboks 1881
DK-2300 København S
Else SMITH/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

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

Eesti
National Institute for Health Development (NIHD)
Department of Epidemiology and Biostatistics
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tel. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

Ελλάδα/Greece
Greek Reitox Focal Point — UMHRI
University of Mental Health Research Institute
Soranou Tou Efesiou, 2
(PO Box 66517)
GR-15 601 Papagou — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du stade de France
F-93200 Saint-Denis
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

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

Italia
Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. C
I-00192 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Κύπρος (Cyprus)
Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Magnolia Centre, Offices 11–12,
32, Strovolos Avenue
CY-Nicosia 2018
Neoklis GEORGIADES
Tel. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general matters)

Latvija
The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment (Narcology Centre)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva MATISONE
Tel. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

Lietuva
Ministry of Health of the Republic of Lithuania
Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania
Vilniaus st. 33
LT-2001 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

Luxembourg
Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Magyarország
National Centre for Epidemiology
Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
PO Box 64
Adrienn NYIRADY
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

Malta
Maltese National Focal Point
Ministry of Family & Social Solidarity
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
Malta
Anna GIRARD
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20
E-mail: anna.girard@gov.mt

Nederland
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 — Postbus 725
3500 AS Utrecht
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86 — Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich
ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Vienna
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Polska
National Bureau for Drugs Prevention
ul. Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warszawa
Janusz SIEROSŁAWSKI
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

Portugal
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

Slovenija
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
SI-1000 Ljubljana
Mercedes LOVREČIČ
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

Slovensko
Central Node of the Drug Information System
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug Dependencies and Drug Control
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk, alojz.nociar@vlada.gov.sk

Suomi/Finland
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige
Statens folkhälsoinstitut
(Kontor: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom
Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne
Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU/Elsa MAIA
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

Norge
Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
N-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

Bălgarija
National Centre for Addictions
117, Pirotska Str.
BG-1303 Sofia
Momtchil VASSILEV
Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047
E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

România
National Anti-drug Agency
37, Unirii Bulevard, BL. A4 — Sector 3
RO-Bucharest
Angela PANTEA
Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706
Fax (40-21) 326 47 87
E-mail: angelapantea@yahoo.com

Türkiye
TADOC Müdürlüðü
Necatibey Cd. No:108
TR-Anýttepe/Ankara
Ylhami HÜNER
Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05
E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2004

Vuosiraportti 2004: Huumeongelma Euroopan unionissa ja Norjassa

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto
2004 — 113 s. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-204-7

MYYNTI JA TILAUKSET

Julkaisutoimiston toimittamat maksulliset julkaisut ovat saatavissa myyntiedustajiltamme kautta maailman.

Miten jonkin julkaisun voi hankkia?

Myyntiedustajien luettelosta valitaan sopiva edustaja, johon otetaan yhteys tilauksen jättämiseksi.

Mistä myyntiedustajien luettelon saa?

- joko julkaisutoimiston Internet-sivustosta osoitteesta http://publications.eu.int/
- tai pyytämällä sitä faksitse numerosta (352) 29 29-42758, jolloin se toimitetaan painettuna versiona.

16 17 5 TD-AC-04-001-FI-C

EMCDDA:sta

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) on yksi Euroopan unionin erillisvirastoista. Lissabonissa sijaitseva keskus perustettiin vuonna 1993, ja se on Euroopassa huumausaineiden ja niiden väärinkäyttöä koskevien monipuolisten tietojen keskeinen lähde.

EMCDDA kerää, tutkii ja levittää puolueettomia, luotettavia ja vertailukelpoisia tietoja huumausaineista ja niiden väärinkäytöstä. Näin se pyrkii antamaan julkisuuteen tosiasioihin perustuvan kokonaiskuvan huumausaineiden käytöstä Euroopassa.

Keskuksen julkaisut ovat ensisijainen tietolähde useille eri kohderyhmille, kuten poliitikoille ja heidän neuvonantajilleen, huumeasioiden parissa työskenteleville ammattilaisille sekä laajemmasta näkökulmasta tiedotusvälineille ja suurelle yleisölle.

Vuosiraportissa EMCDDA esittää vuotuisen katsauksen huumausaineiden käytön ja tarjonnan tilanteeseen EU:n jäsenvaltioissa ja Norjassa. Siten vuosiraportti on keskeinen hakuteos niille, jotka tarvitsevat ajantasaista tietoa huumeista Euroopassa.

Julkaisutoimisto
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-204-7
9 789291 682041