



Euroopan huumausaineiden ja  
niiden väärinkäytön seurantakeskus

ISSN 1609-6193

# VUOSIRAPORTTI 2005

HUUMEONGELMA EUROOPASSA





Euroopan huumausaineiden ja  
niiden väärinkäytön seurantakeskus

# VUOSIRAPORTTI 2005

HUUMEONGELMA EUROOPASSA

## 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**

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

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

Luettelointitiedot ovat tämän julkaisun lopussa.

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto, 2005

ISBN 92-9168-232-2

© Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2005

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

# Sisällys

Esipuhe	5
Kiitokset	7
Saatteeksi	9
Lisäselvitys – Huumeidenkäytön suuntausten tunnistaminen Euroopan tasolla	11
Luku 1	
<b>Viimeaikainen kehitys politiikassa ja lainsäädännössä</b>	<b>18</b>
Luku 2	
<b>Koulut, nuoret ja huumeet</b>	<b>27</b>
Luku 3	
<b>Kannabis</b>	<b>36</b>
Luku 4	
<b>Amfetamiinin kaltaiset piristeet, LSD ja muut synteettiset huumeet</b>	<b>44</b>
Luku 5	
<b>Kokaiini ja crack-kokaiini</b>	<b>55</b>
Luku 6	
<b>Heroiini ja suonensisäinen huumeidenkäyttö</b>	<b>62</b>
Luku 7	
<b>Rikollisuuteen ja vankiloihin liittyvät kysymykset</b>	<b>83</b>
Lähteet	89



## Esipuhe

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen tämän vuoden vuosiraporttiin liittyy myös online-osia, kuten uusi tilastotiedotteemme. Se ilmestyy nyt toista vuotta ja on kasvanut sisältämään yli 200 lähdetaulukkoa, joiden kvantitatiiviset tiedot kuvaavat yksityiskohtaisesti Euroopan huumeilannetta.

Seurantakeskus on työskennellyt Euroopan unionin jäsenvaltioiden kanssa yli 10 vuoden ajan luodakseen kattavan kuvan Euroopan huumeilmioistä. Nyt saatavilla olevien, tämän vuoden vuosiraportin sisältämässä analyysissä käytettyjen tietojen määrä ja laatu ovat osoituksena sekä tiedot toimittaneiden tieteellisten työryhmien teknisestä taidosta että Euroopan poliittisten päättäjien sitoutumisesta tiedonkeruuprosessiin. Tämä on konkreettinen esimerkki eduista, joita yhteistyö Euroopan tasolla tuo mukanaan. Jäsenvaltiot eroavat toisistaan niin huumeongelmiensa suhteen kuin siinäkin, miten ne ovat vastanneet näihin haasteisiin. Näistä eroista huolimatta on muotoutunut eurooppalainen näkökulma huumeekysymyksiin. Nyt vallitsee vahva yksimielisyys siitä, että toimenpiteiden on perustuttava tilanteen hyvään ymmärtämiseen, että on jaettava kokemuksia siitä, mikä toimii, ja että on toimittava yhdessä aina kuin mahdollista, jotta saavutetaan yhteistä hyötyä. Nämä pyrkimykset sisältyvät EU:n uuteen huumeita koskevaan strategiaan ja toimintasuunnitelmaan ja ovat myös tämän raporttimme keskeisiä aiheita.

Vuosiraporttimme tuo esiin monia tärkeitä huolenaiheita, jotka liittyvät huumeidenkäytön vaikutuksiin sekä kansalaisiin että heidän asuinyhteisöihinsä. Kiinnitämme huomiota uusiin ongelmiin, kuten piristeiden, varsinkin kokaiinin, käytön lisääntymiseen joissakin Euroopan osissa tai huumeita kokeilevien nuorten eurooppalaisten määrän jatkuvaan kasvuun. On selvästikin vielä paljon tehtävää

huumeidenkäytön vastaisten toimenpiteiden parantamiseksi Euroopassa. Tässä raportissa voimme kuitenkin tuoda esiin myös joitakin myönteisiä kehityskulkuja. Näitä ovat esimerkiksi huumeongelmallisille tarkoitettujen palvelujen yleinen laajeneminen sekä merkit huumeongelman joidenkin haitallisimpien puolien kasvun pysähtymisestä tai jopa vähenemisestä. Vuosiraportissa esitetään siis joitakin pääongelmia mutta tuodaan myös esiin se, miten ilmeisesti kannattaa edetä Euroopan huumeongelmien tehokkaassa käsittelyssä.

Olemme tyytyväisiä voidessamme havaita, että myös tänä vuonna Euroopan unionin uusista jäsenvaltioista saatujen tietojen määrä on kasvanut. Sen lisäksi, että raporttoimme laajentuneen EU:n huumeilanteesta, esitämme tietoja myös Bulgariasta, Romaniasta ja Turkista sekä analysoimme jonkin verran tärkeitä kansainvälisiä kehityssuuntia. Huumeongelman yleismaailmallinen luonne merkitsee sitä, että meidän on sijoitettava Eurooppaa koskeva analyysimme laajempaan yhteyteen. Huumeikauppa ja huumeiden käyttö liittyvät erottamattomasti moniin tämän hetken tärkeimpiin huolenaiheisiin. Huumeidenkäyttö vaikuttaa yleiseen terveyteen ja kehitykseen, rikollisuuteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen sekä kansainväliseen turvallisuuteen. Raporttimme keskittyy hyvin paljon kuvaan Euroopasta, mutta meillä ei ole varaa jättää huomiotta sitä tosiasiaa, että käsittelemme ongelmaa, jolla on maailmanlaajuiset mittasuhteet.

### **Marcel Reimen**

EMCDDA:n hallintoneuvoston puheenjohtaja

### **Wolfgang Götz**

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 sekä EMCDDA:n/Reitox-verkoston teknisten työryhmien jäsenet,
- Euroopan parlamentti, Euroopan unionin neuvosto – etenkin sen horisontaalinen huumausainetyöryhmä – ja Euroopan komissio,
- Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden torjunnan toimisto, Maailman terveysjärjestö, Europol, Interpol ja Euroopan aidsin epidemiologinen seurantakeskus,
- Euroopan unionin elinten käännöskeskus ja Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto,
- Prepress Projects Ltd.

### Kansalliset Reitox-koordinoitikeskukset

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

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



## Saatteeksi

Tämä vuosiraportti perustuu tietoihin, joita seurantakeskus on saanut EU:n jäsenvaltioilta, jäsen ehdokasmailta ja Norjalta (joka on osallistunut seurantakeskuksen työhön vuodesta 2001) kansallisen raportin muodossa. Tässä esitetyt tilastotiedot koskevat vuotta 2003 (tai viimeisintä vuotta, jolta tietoja on saatavissa). Raportin graafiset esitykset ja taulukot saattavat kuvata vain joidenkin EU-maiden tilannetta: ne on valittu sillä perusteella, mistä maista tietoja on saatavissa kyseiseltä ajanjaksolta.

Vuosiraportin online-versio on saatavilla 22 kielellä osoitteesta <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

Vuoden 2005 tilastotiedotteessa (<http://stats05.emcdda.eu.int>) esitetään kaikki lähdetaulukot, joihin vuosiraportin tilastollinen analyysi perustuu. Se tarjoaa myös lisätietoja käytetyistä menetelmistä ja yli 100 muuta kaaviota.

Maakohtaiset tietoprofiilit (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) tarjoavat huipputason graafisen yhteenvedon kunkin maan huumeitilanteen tärkeimmistä näkökohdista.

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

- huumeisiin liittyvät julkiset haitat: politiikan ja ehkäisytoimenpiteiden suuntaukset
- vaihtoehdot vankilarangaistuksille: rikoksia tekeviin huumeiden ongelmakäyttäjiin suunnatut toimenpiteet EU:ssa ja
- buprenorfiini: hoidon, väärinkäytön ja määräämisen käytännöt.

Katsaukset näihin valittuihin aiheisiin ovat saatavilla painetussa muodossa ja online-muodossa (<http://issues05.emcdda.eu.int>) vain englanniksi.

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



## Lisäselvitys – Huumeidenkäytön suuntausten tunnistaminen Euroopan tasolla

### Kokonaiskuva Euroopan tilanteesta

Tässä jaksossa luodaan yleiskatsaus Euroopan huumeidenkäytön alalla tapahtuneeseen kehitykseen ja tärkeimpiin suuntauksiin. Tähän on pyritty kokoamalla yhteen erilaisista lähteistä saatuja tietoja ja ottamalla huomioon saatavilla olevan tietopohjan vahvuudet ja heikkoudet. Tämänvuotiseen lisäselvitykseen sisältyy arviointi siitä, miten vuonna 2005 saatavilla oleva uusi tieto auttaa meitä ymmärtämään Euroopan huumeidenkäytön keskipitkän ja pitkän aikavälin suuntauksia.

### Huumeiden sekakäyttöön liittyvät ongelmat vaikeuttavat sekä huumeidenkäytön ongelmien ymmärtämistä että niihin puuttumista

Raportissa on pitkälti noudatettu analyttistä lähestymistapaa, jossa keskitytään erikseen jokaiseen eniten käytettyyn huumeeseen. Huumeikohtainen lähestymistapa on rakenteellisesti selkeä, ja sen etuna on myös, että useimmat huumeidenkäytön indikaattorit perustuvat huumeikohtaisiin käytön mittareihin. Lähestymistavan haittana on kuitenkin, ettei siinä tule esiin sitä, että huumeiden sekakäyttö on Euroopan huumeongelmien kannalta tärkeä tekijä. Huumeidenkäytön kansanterveydellisten vaikutusten analyysissä on otettava huomioon psykoaktiivisten aineiden – joihin kuuluvat sekä alkoholi että tupakka – samanaikaisen käytön monimutkainen rakenne. Esimerkiksi kannabista poltetaan Euroopassa usein tupakan kanssa, ja tämä vaikuttaa sekä haittoihin, joita tällaiseen käyttäytymiseen todennäköisesti liittyy, että tiedottamiseen ehkäisevän huumeidenkäytön alalla. Huumeidenkäytön toksikologisissa analyyseissä ilmenee usein monenlaisia aineita, ja alkoholinkäytön tiedetään lisäävän sekä heroiinin että kokaiinin käyttöön liittyviä riskejä. Lisäksi keskittyminen yhtä huumeetta koskeviin suuntauksiin saattaa olla harhaanjohtavaa, jos tällöin ei kiinnitetä huomiota eri huumeiden välisiin yhteyksiin. Tämän raportin mukaan on esimerkiksi jonkin verran näyttöä siitä, että syntetttisten opiaattien saatavuus on lisääntymässä – tämä on tärkeää ottaa huomioon kaikissa heroiinin käyttöä koskevien suuntausten analyyseissä. Lisäksi voi olla viisasta ottaa huomioon, että erilaisten piristeiden käyttöä koskevissa suuntauksissa saattaa olla päällekkäisyyksiä, ja kaikissa analyyseissä olisi hyvä pohtia, missä määrin muutokset saattavat johtua kulutustottumusten muuttumisesta.

Yhteenvedon voidaan todeta, että useimmat Euroopan hoitokeskuksiin huumeongelman takia hakeutuvat henkilöt ovat käyttäneet useita eri huumeita. Tämän huumeidenkäytön keskeisen näkökohdan raportointiin on kehitettävä nykyistä parempia menetelmiä, ja huumeiden sekakäytön vaikutuksia toimien tehokkuuteen on selvitettävä.

### Nuoret ja huumeidenkäyttö – kannabiksen käyttö lisääntyy mutta käyttötavat muuttuvat

Huumeidenkäyttö on Euroopassa pitkälti nuoria, ja erityisesti nuoria miehiä, koskeva ilmiö. Väestötutkimuksista ja koululaiskyselyistä saatavat tiedot auttavat selvittämään, miten huumeiden käyttötavat ovat kehittyneet Euroopassa 1990-luvun puolivälistä lähtien. Tämänvuotiseen vuosiraporttiin on saatu tiedot tuoreimmasta alkoholista ja muista päihteistä koskevasta eurooppalaisesta koululaiskyselyhankkeesta (ESPAD), joka tuottaa arvokasta tietoa koululaisten huumeidenkäytön seurantaan ja aikasuuntausten havaitsemiseen.

Kun kaikkia saatavilla olevia tietoja tarkastellaan yhdessä, ilmenee selkeästi, että kannabiksen käytössä on suuria eroja maiden välillä. Vaikka vallitseva suuntaus on ollut Euroopassa 1990-luvun puolivälistä lähtien nouseva, käyttö on ollut tasaisempaa joissakin maissa. Esimerkiksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa kannabiksen käyttö on ollut 1990-luvulta lähtien erityisen yleistä, mutta se on pysynyt samalla tasolla tällä ajanjaksolla. Lisäksi kannabiksen käytössä ei ole tapahtunut juurikaan muutoksia monissa sellaisissa maissa, joissa sen levinneisyys on suppea, kuten Pohjois-Euroopassa Ruotsissa ja Suomessa sekä Etelä-Euroopassa Kreikassa ja Maltalla. Suurin osa ESPADissa havaitusta kannabiksen käytön lisääntymisestä on tapahtunut EU:n uusissa jäsenvaltioissa. Koulujen toimittamien tietojen ja yleisten väestötutkimusten tulosten analyysin pohjalta vaikuttaa siltä, että Tšekki, Espanja ja Ranska ovat nyt liittyneet Yhdistyneen kuningaskunnan seuraan muodostamaan ryhmän maita, joissa kannabiksen käytön levinneisyys on laaja.

Euroopassa ollaan yhä huolestuneempia kannabiksen käytön haittavaikutuksista, mutta tämän huumeidenkäytön aiheuttamien kansanterveydellisten ongelmien laajuudesta on vain vähän tietoa. Huumeidenkäytön tarpeesta Euroopassa

saatavilla olevien tietojen perusteella kannabis on opiaattien jälkeen toiseksi yleisin huume, jonka takia hoitoon hakeudutaan, joskin kannabiksen osuus kaikesta hoidontarpeesta on vain 12 prosenttia, ja muutaman maan tilanne vaikuttaa voimakkaasti kokonaiskuvaan. Tiedot kannabiksen säännöllisestä ja runsaasta käytöstä ovat olennaisia kannabiksen käytön ja kansanterveyden välisen yhteyden ymmärtämiseksi, mutta tätä tietoa on toistaiseksi vain vähän. Vaikka saatavilla olevat tiedot viittaavatkin siihen, että Euroopassa saattaa olla jopa kolme miljoonaa henkilöä, pääasiallisesti nuoria miehiä, jotka käyttävät kannabista päivittäin, huumeen käytöstä tälle ryhmälle aiheutuvien ongelmien laajuudesta ei ole tietoa.

### **Mikä on tilanne huumeiden ongelmakäytön alalla – onko uusien heroinin käyttäjien ja injektiokäyttäjien määrä vähenemässä?**

Yksi metodologisesti haastavimmista tehtävistä huumeidenkäytön seurannan alalla on niiden henkilöiden määrän arviointi, joiden huumeidenkäyttö on kroonista ja erityisen vahingollista. EMCDDA:n indikaattori huumeiden ongelmakäytölle on kehitetty juuri tällaisen huumeidenkäytön levinneisyyden arviointiin, ja useimmissa EU-maissa tämä indikaattori kuvastaa pääasiallisesti opiaattien käyttöä ja injektiokäyttöä. Tämänhetkisten arvioiden mukaan EU:ssa on mahdollisesti 1,2–2,1 miljoonaa huumeiden ongelmakäyttäjää, ja heistä 850 000–1,3 miljoonaa on todennäköisesti käyttänyt hiljattain huumeita suonensisäisesti. Huumeiden ongelmakäytön levinneisyydestä ajan mittaan esitetyt arviot ovat hajanaisia, minkä takia on vaikea tunnistaa pitkän aikavälin suuntauksia. EU:n 15 vanhan jäsenvaltion osalta indikaattorit kuitenkin viittaavat siihen, että useimmissa maissa ilmennyt uusien heroinin käyttäjien määrän nopea kasvu saavutti huippunsa 1990-luvun alkupuolella, ja se on sittemmin vakiintunut tietylle tasolle. Monet maat ovat ilmoittaneet kasvun jatkuneen vuoden 1999 jälkeen, mutta tuoreiden merkkien mukaan tilanne ei ole yhtenäinen eivätkä levinneisyysarviot ole samanlaisia eri puolilla EU:ta. Uusiin jäsenvaltioihin on syytä kiinnittää erityistä huomiota, koska heroini-ongelmat ovat puhjenneet niissä myöhemmin ja tilanne on epävakaampi kuin vanhoissa jäsenvaltioissa.

Huumeiden ongelmakäytön arviointiin saadaan tietoa myös huumekuolemia ja hoidontarvetta koskevista luvuista. Huumekuolemien (useimmin opiaattien yliannostusten) analyysistä ilmenee, että uhrien keski-ikä on nousemassa, ja alle 25-vuotiaiden huumekuolemat ovat vähentyneet vuodesta 1996 lähtien. On tärkeää panna merkille, että uusista jäsenvaltioista saatujen, joskin rajallisten, tietojen

mukaan alle 25-vuotiaiden huumekuolemissa suuntaus on ollut viime aikoihin asti nouseva, mutta tilanne vaikuttaa olevan tasaantumassa. Yleisesti voidaan todeta, että vaikka huumekuolemien määrä onkin EU:ssa historiallisesti tarkasteltuna edelleen korkea, se on todennäköisesti jo saavuttanut huippunsa.

Heroiini on useimmissa maissa edelleen pääasiallinen huume, jonka takia potilaat hakeutuvat hoitoon. Joidenkin maiden osalta voidaan selvittää, miten heroinin käyttö on kehittynyt hoitoon hakeutuvien uusien asiakkaiden keskuudessa; yleisesti ottaen se on vähentynyt vuoden 1996 jälkeen näiden henkilöiden absoluutisissa määrissä mitattuna. Jotkin maat ovat myös raportoineet, että opiaattien käyttäjien keski-ikä on nousemassa, mutta tämäkään ei koske kaikkia maita, ja joissakin uusissa jäsenvaltioissa – nämäkään tiedot eivät ole kattavia – ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvat opiaattien käyttäjät vaikuttavat olevan melko nuoria. Joissakin Euroopan maissa, erityisesti 15 vanhassa jäsenvaltiossa, injektiokäyttö on jo jonkin aikaa vähentynyt uusien hoitoon hakeutuvien opiaattien käyttäjien keskuudessa, ja koko Euroopassa alle puolet uusista potilaista, jotka hakeutuvat hoitoon opiaattien käytön takia, ilmoittaa käyttävänsä niitä suonensisäisesti. Tämäkään suuntaus ei koske uusia jäsenvaltioita, joissa injektiokäyttö on edelleen yleisin käyttötapa hoitopalveluihin hakeutuvien heroinin käyttäjien keskuudessa.

Yhteenvedona voidaan todeta, ettei ole mitään yksinkertaista vastausta kysymykseen siitä, onko heroinin käyttö tai injektiokäyttö vähenemässä Euroopassa. Tilanne on nykyään EU:n 15 vanhassa jäsenvaltiossa monella tavalla – uusien heroinin käyttäjien ja injektiokäyttäjien määrän osalta – valoisampi kuin 1990-luvulla. Tilanne on monessa maassa melko vakaa, ja kyseinen väestöryhmä on jopa ikääntymässä, mikä saattaa heijastaa käytön vähenemistä. Joissakin uusissa jäsenvaltioissa, joissa heroini-ongelmien paisuminen on tuore ilmiö, injektiokäyttö on kuitenkin edelleen opiaattien yleisin käyttötapa, ja saatavilla olevien tietojen perusteella on vaikea tulkita heroinin käytön tämänhetkisiä suuntauksia.

### **Kokaiinin ja muiden piristeiden käyttö – ei syytä luopua valppaudesta**

Eurooppa on edelleen piristeiden tärkeä markkina-alue, ja indikaattorit viittaavat siihen, että amfetamiinin, ekstaasin ja kokaiinin käyttö on koko Euroopan tasolla lisääntymässä. Ekstaasi on monen mittarin osalta ohittanut amfetamiinin Euroopan toiseksi käytetyimpänä huumeena kannabiksen jälkeen. Yhdistyneessä kuningaskunnassa, jossa ekstaasin ja amfetamiinin käytön levinneisyys on

1990-luvulta lähtien ollut monen mittarin osalta kaikkein laajin, väestötutkimuksen ja koululaiskyselyn tuoreet tiedot viittaavat kuitenkin siihen, että näiden molempien huumeiden käyttö saattaa olla vähenemässä, amfetamiinin kohdalla melko voimakkaasti ja ekstaasin kohdalla hieman heikommin. Levinneisyys on Yhdistyneessä kuningaskunnassa kuitenkin edelleen melko laaja muihin maihin verrattuna, mutta ero ei ole enää yhtä selkeä kuin aiemmin, sillä monet maat ovat raportoineet samankaltaisia lukuja käytön levinneisyyden alalla. Tilanne muistuttaa näin ollen tilannetta kannabiksen käytön alalla.

Kokaiinin käytön levinneisyydessä on voimakkaita eroja Euroopan sisällä, mutta suuntaus on jälleen kerran nouseva. Tutkimuksista saadut tiedot viittaavat siihen, että erityisesti Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa kokaiinin käyttö lisääntyi huomattavasti 1990-luvulla, ja se on viime aikoina lisääntynyt edelleen, joskin vähemmässä määrin. Molemmista näissä maissa arviot kokaiinin hiljattaisesta käytöstä nuorten aikuisten keskuudessa ovat nyt korkeammat kuin ekstaasia ja amfetamiinia koskevat arviot.

Piristeiden käytön kansanterveydellistä vaikutusta Euroopassa on vaikeaa määrittää, mutta näyttö viittaa siihen, etteivät nykyiset kulutustottumukset anna mitään syytä rauhalliseen mieleen. Kokaiiniin liittyvä hoidontarve on lisääntymässä. Maiden välillä on suuria eroja, mutta kokaiinin osuus kaikesta hoidontarpeesta Euroopassa on noin 10 prosenttia. Crack-kokaiinia – huumeen muotoa, johon liittyy erityisen paljon terveys- ja muita ongelmia – käytetään Euroopassa melko vähän. Crack-kokaiinin käytöstä raportoivat yleensä vain muutamat suuret kaupungit, joskin yhteisöissä, joissa tätä huumetta käytetään, sen aiheuttamat haitat voivat olla merkittäviä. Piristeisiin liittyvien kuolemantapausten määrää Euroopassa on useista käytännön syistä ja menetelmällisistä syistä vaikea arvioida. Vaikka näiden tapausten määrä on pieni verrattuna ilmoitettuihin opiaattikuolemien määriin, se saattaa olla kasvamassa, sillä kaikkia tapauksia ei todennäköisesti edes ilmoiteta. Tietoja on toistaiseksi saatavilla vain vähän, mutta useat maat ovat tuoneet esiin, että kokaiini on ratkaisevassa asemassa noin 10 prosentissa kaikista huumeakuolemista. Ekstaasikuolemat ovat yhä harvinaisia useimmissa EU-maissa, mutta raportointimenetelmiä voisi parantaa.

### **Maailmanlaajuisen suuntauksen torjuminen – Euroopassa ei ole merkkejä huomattavasta metamfetamiiniongelmasta**

Metamfetamiinin tiedetään liittyvän useisiin terveys- ja sosiaaliongelmisiin. Kasvava metamfetamiiniongelma

aiheuttaa maailmalla yhä enemmän huolta, ja aineen käyttö on yleistä tai yleistymässä Yhdysvalloissa, Australiassa, osissa Afrikkaa ja suuressa osassa Kaakkois-Aasiaa. Metamfetamiinin käyttö on Euroopassa toistaiseksi rajoittunut pitkälti Tšekkiin, jossa tämä huume on jo pitkään ollut ongelmana. Muualta Euroopasta on saatu vain satunnaisesti ilmoituksia metamfetamiinista sekä sen takavarikoista ja tuonnista Tšekistä naapurimaihin. Kun otetaan kuitenkin huomioon, että useilla Euroopan mailla on tiiviit suhteet niihin maailmankolkkiin, joissa metamfetamiini on ongelma, ja että Euroopan piristemarkkinat ovat kasvamassa, metamfetamiinin käytön mahdollista leviämistä ei voida jättää huomiotta, ja tällä alalla onkin pysyttävä valppaana.

### **Huumeongelmallisille tarjottavien palvelujen laajentaminen ja kehittäminen**

Huumeongelmallisille tarjottavat palvelut voivat auttaa sekä yksittäisiä huumeidenkäyttäjiä että yhteisöjä, joissa he asuvat. Tämä on tunnustettu useissa kansallisissa huumeepolitiikoissa, ja sekä vanhassa että uudessa huumausaineiden torjuntaa koskevassa EU:n toimintasuunnitelmassa on sitouduttu huumeongelmallisille tarjottavien palvelujen laajentamiseen. Huumeongelmallisille Euroopassa tarjottavien palvelujen laajuutta on vaikea kartoittaa kattavasti, mutta useat indikaattorit viittaavat selkeästi siihen, että sekä hoitopalvelut että tietyt haittojen vähentämiseen tähtäävät palvelut ovat lisääntyneet merkittävästi. Erilaisten palvelujen luonteesta ja laajuudesta on kuitenkin suuria eroja maiden välillä. Opiaattien korvaushoito on yksi palvelujen muoto, joka on selkeästi laajentunut kuluneen vuosikymmenen aikana etenkin niissä maissa, joissa heroiinin injektioikäytön levinneisyys on melko korkea. Metadonia käytetään Euroopassa vähän alle 80 prosentissa korvaushoidosta ja 90 prosentissa erikoistuneiden yksiköiden tarjoamasta korvaushoidosta, mutta buprenorfiinin suosio lääkevaihtoehtona on kasvamassa, ja sen osuus Euroopassa annettavasta korvaushoidosta on todennäköisesti noin 20 prosenttia. (Tämän lääkkeen käyttöä käsitellään tarkemmin raportin liitteenä olevassa erityiskysymyksessä ”Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices” – ”Buprenorfiini: hoito-, väärinkäyttö- ja määräyskäytännöt”.) Euroopassa arvioidaan olevan parhaillaan korvaushoidossa yli 500 000 henkilöä, mistä voidaan päätellä, että neljäsosasta puoleen opiaattiongelmaisista saattaa olla korvaushoidossa.

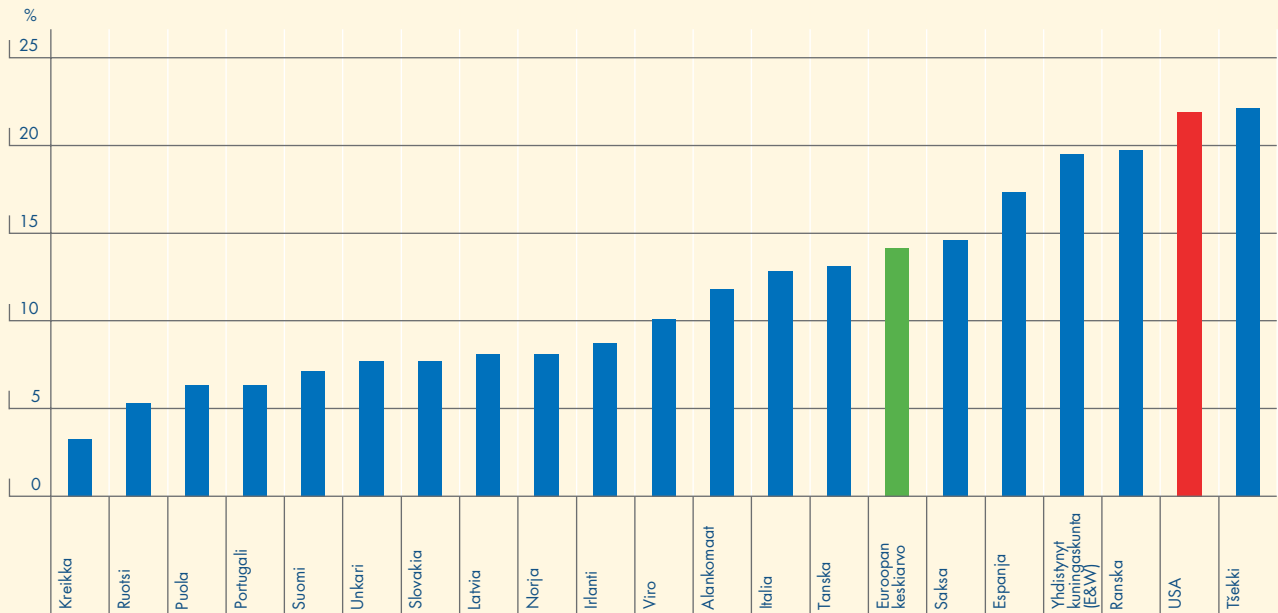
Korvaushoito ei ole ainoa vaihtoehto opiaattiongelmaisille, mutta muista terapeuttisista lähestymistavoista ei ole

### Huumeidenkäyttö on Euroopassa edelleen vähäisempää kuin Yhdysvalloissa – levinneisyyttä koskevat arviot ovat kuitenkin joillakin alueilla jo samankaltaisia

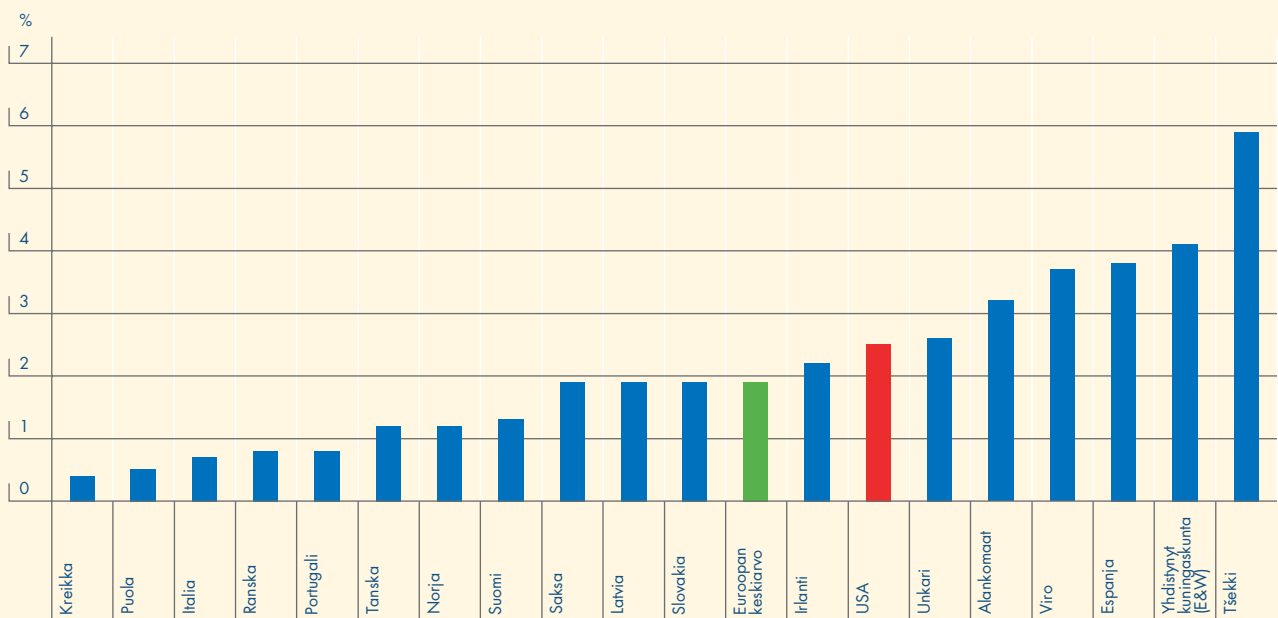
Huumeita on jo menneinä vuosina käytetty Yhdysvalloissa huomattavasti enemmän kuin Euroopan maissa. Tilanne on edelleenkin pitkälti sama, mutta äskettäistä käyttöä (käyttö viimeisen vuoden aikana) koskevien tietojen vertailu osoittaa, että kannabiksen, ekstaasin ja kokaiinin käyttö nuorten aikuisten keskuudessa on muutamassa Euroopan maassa samalla tasolla kuin Yhdysvalloissa (ks. kaavio). Nuorten aikuisten ekstaasin äskettäisen käytön kohdalla Yhdysvaltojen arviot ovat jopa alhaisempia kuin joidenkin Euroopan maiden arviot, mikä saattaa heijastaa Euroopan tiivistä kytköstä kyseisen huumeen käytön historialliseen kehitykseen. Huumeidenkäyttö on kuitenkin kaikkien mittareiden osalta keskimäärin vähäisempää EU:n kuin Yhdysvaltojen väestössä. Huumeiden käyttö yleistyi useissa Euroopan maissa myöhemmin kuin Yhdysvalloissa, ja tämä saattaa heijastua Yhdysvaltojen korkeisiin arvioihin huumeita ainakin kerran käyttäneiden määrästä (ks. kaavio 1, 2 ja 3 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa). Näitä arvioita voidaan pitää jossain määrin kumulatiivisina indikaattoreina käytön levinneisyydestä pitkällä aikavälillä.

### Kannabista, ekstaasia ja kokaiinia ainakin kerran käyttäneet ja viimeisen vuoden aikana käyttäneet nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat) Euroopassa ja Yhdysvalloissa

Kannabista hiljattain (viimeisen vuoden aikana) käyttäneet nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)

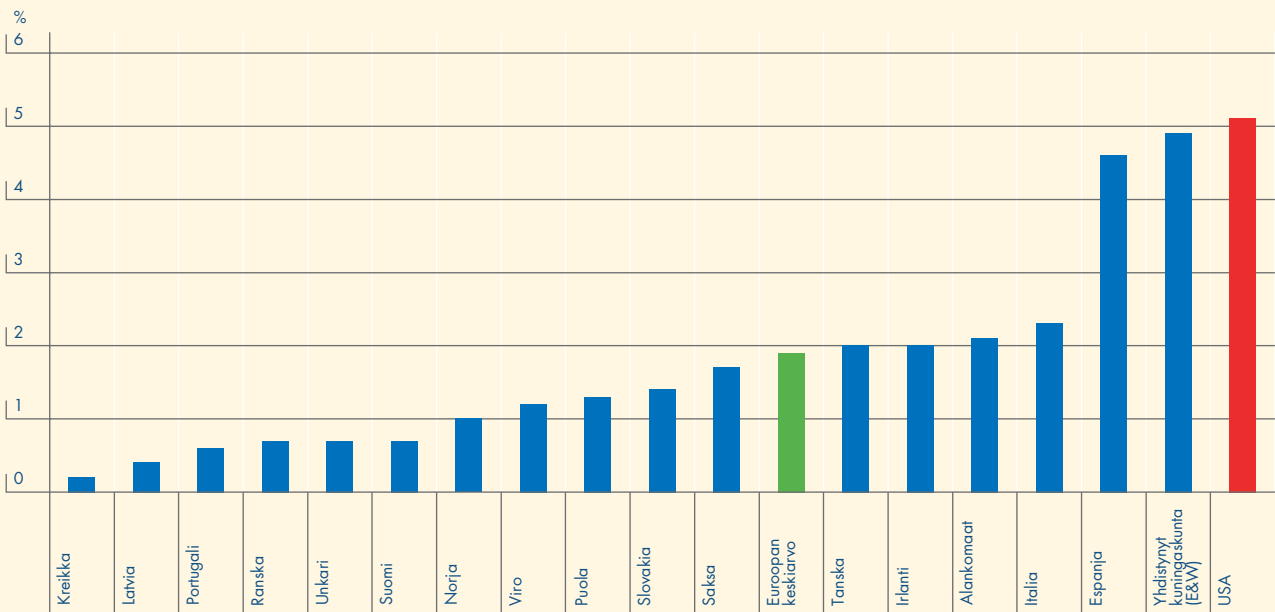


Ekstaasia hiljattain (viimeisen vuoden aikana) käyttäneet nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)





Kokaiinia hiljattain (viimeisen vuoden aikana) käyttäneet nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)



*Huom.* USA:ssa tutkimus suoritettiin vuonna 2003, ja ikäryhmä oli 16–34-vuotiaat; tiedot on laskettu uudelleen alkuperäisten tietojen perusteella. Euroopan maissa suurin osa tutkimuksista (17 tutkimusta 19:stä) suoritettiin vuosien 2001 ja 2004 välillä, ja vakioikäryhmä oli 15–34-vuotiaat (joissakin maissa alempi ikäraja voi olla 16 tai 18 vuotta). Keskimääräinen esiintyvyys Euroopassa laskettiin kansallisten esiintyvyyksien perusteella painotettuna kansallisen 15–34-vuotiaiden väestömäärän mukaan (vuosi 2001, Eurostat).

*Lähteet:* Yhdysvallat: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug use and Health, 2003 ([www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov) ja <http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Eurooppa: Taulukko GPS-11 seurantakeskuksen vuoden 2005 Tilastotiedotteessa. Perustuu Reitoxin kansallisiin raportteihin (2004).

riittävästi tietoa, jotta niiden tarjonnasta voitaisiin esittää luotettavia arvioita EU:n tasolla. Opiatitongelmaisten hoitomallien kehittämisen alalla on edistytty huomattavasti, ja näiden hoitomallien arviointiin on melko vankka tietopohja. Sama ei koske muiden huumeiden käyttäjiä, joita hakeutuu yhä enemmän Euroopan hoitopalvelujen asiakkaisiksi. Esimerkiksi piriste- tai kannabisongelman takia hoitoon hakeutuvien parhaasta hoitovaihtoehdosta ei ole läheskään yhtä laajaa yksimielisyyttä, ja tehokkaiden hoitovaihtoehtojen kehittäminen näille asiakkaille tulee todennäköisesti olemaan yhä tärkeämpi haaste.

### Huumeidenkäyttö, hiv-tartunta ja aids – toimia on tarjolla yhä enemmän ja ne saattavat vaikuttaa yleisiin suuntauksiin

Hoitopalvelujen laajeneminen ei ole ainoa ala, jolla huumeiden ongelmakäyttäjille tarjottavat palvelut ovat parantuneet. Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmia, joissa injektioikäyttäjille tarjotaan steriilejä välineitä, on nykyään lähes kaikissa EU:n jäsenvaltioissa, ja useimmissa maissa niiden toimintojen monipuolisuus ja maantieteellinen kattavuus ovat keskipitkällä aikavälillä lisääntyneet. Joissakin jäsenvaltioissa apteekkeilla on keskeinen merkitys tällaisten ohjelmien kattavuuden laajentamisessa. Erityisohjelmat sisällytetään usein huumeiden

ongelmakäyttäjille tarjottaviin laajempiin palveluihin, etenkin matalan kynnyksen palveluihin, ja niitä pidetäänkin usein tapana tavoittaa aktiiviset huumeidenkäyttäjät ja mahdollisesti ohjata heidät hoitoon ja muihin palveluihin.

Injektioikäyöstä johtuvien aids-tapausten määrä on yleisesti ottaen vähentynyt jo jonkin aikaa. Heteroseksuaalinen seksi on ohittanut huumeiden injektioikäyön aidsin suurimpana riskitekijänä Euroopassa. Tämä saattaa johtua siitä, että erittäin tehokkaan antiretroviraalisen hoidon (HAART) saatavuus on lisääntynyt vuoden 1996 jälkeen, että hoitopalvelut ja haittojen vähentämiseen tähtäävät palvelut ovat lisääntyneet ja että injektioikäyttäjien määrä on vähentynyt useimmissa tästä ongelmasta eniten kärsivissä maissa. WHO:n arviot viittaavat siihen, että useimmissa Euroopan maissa yli 75 prosenttia henkilöistä, jotka tarvitsevat HAART-hoitoa, voivat saada sitä. HAART-hoidon kattavuus arvioidaan kuitenkin heikoksi useissa Baltian maissa, ja tämä saattaa heijastua uusien aids-tapausten määrän kasvuun injektioikäyttäjien keskuudessa ainakin muutamissa kyseisen alueen maista. Myös hiv-tartuntojen määrä lisääntyi aiemmin voimakkaasti joissakin Baltian maissa, mutta määrä on viime aikoina vähentynyt aivan yhtä voimakkaasti, mikä johtuu todennäköisesti siitä, että suurimmassa riskiryhmässä oleva väestö on jo saanut

tartunnan, ja kenties – tosin epätodennäköisemmin – myös palvelujen tarjonnan lisääntyminen on saattanut vaikuttaa tilanteeseen joillakin alueilla.

Useimmissa muissa EU:n uusissa jäsenvaltioissa hiv:n levinneisyys on pysynyt suppeana samoin kuin useassa EU:n 15 vanhassa jäsenvaltiossa. Useimmissa niistä EU:n jäsenvaltioista, joissa hiv:n levinneisyys huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa on ollut laaja, tartuntojen määrä on ensin laskenut ja sitten vakiintunut. Tämä ei tarkoita, että nämä ongelmat olisivat kadonneet: vaikka kansallisia suuntauksia onkin metodologisista syistä vaikea tulkita, joissakin uusissa tutkimuksissa on tuotu esiin uusia tartuntoja huumeiden injektioikäyttäjien tietyissä alaryhmissä ja painotettu tarvetta pysyä valppaana.

### **Yleiset raportit huumeiden hallussapidosta tai käytöstä määrättävistä seuraamuksista**

Euroopan tasolla ei ole juurikaan saatavilla vertailukelpoista tietoa useimmista huumeiden ja rikosten välisen kytköksen näkökohdista. Tärkeimmän poikkeuksen muodostavat huumerikokset, jotka ovat kirjattuja huumelainsäädännön vastaisia rikoksia. Maiden välisiä vertailuja on tehtävä varoen, mutta vaikuttaisi siltä, että huumelainsäädännön vastaiset rikokset lisääntyivät useissa EU-maissa 1990-luvun loppupuolen ja vuoden 2003 välisenä aikana. Kasvu oli erityisen voimakasta joissakin uusissa jäsenvaltioissa. Useimmissa maissa suurin osa rikoksista liittyy kannabikseen, ja kannabisrikosten määrä on useimmissa maissa lisääntynyt tai pysynyt vakaana vuoden 1998 jälkeen. Heroiiniin liittyvien rikosten määrä on sen sijaan vähentynyt useissa maissa.

Monissa Euroopan maissa ollaan yhä huolestuneempia huumeidenkäytön lisääntyvistä vaikutuksista ympäröivään yhteisöön. Yleinen turvallisuus ja nuorten altistuminen

huumeidenkäytölle kuuluvat yleisimpiin huolenaiheisiin, jotka voidaan luokitella ”huumeisiin liittyvän yleisen haitan” nimikkeen alle (”Drug-related public nuisance”). Tätä kysymystä käsitellään yksityiskohtaisesti vuosiraportin liitteenä olevassa erityiskysymysten osassa, jossa käsitellään saman aihepiirin alalla myös strategioita huumeongelmaisten ohjaamiseksi vankilan sijasta hoitoon (”Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU” – ”Vankilan vaihtoehdot: kohderymänä rikoksia tekevät huumeiden ongelmakäyttäjät EU:ssa”).

### **Huumepolitiikkojen kehittäminen – joitakin yhteisiä piirteitä mutta myös kansallisia eroja**

Tästä raportista ilmenee selkeästi, että jäsenvaltioiden välillä on Euroopassa suuria eroja sekä huumeongelmissa että toimenpiteiden laajuudessa ja luonteessa. Tästä huolimatta useimpien maiden huumetilanteissa on joitakin yhteisiä piirteitä. Poliittikan tasolla jäsenvaltiot ovat yleisesti sitoutuneet kehittämään tasapainoisen ja näyttöön pohjautuvan ratkaisun kansainvälisiä sitoumuksia noudattaen, ja samalla kun ne tunnustavat, että huumeolitiikat ovat valtioiden vastuulla, ne tavoittelevat yhteistyön tehostamisesta Euroopan tasolla saatavaa hyötyä. Nämä pyrkimykset on muotoiltu EU:n huume-strategiassa ja toimintasuunnitelmissa. Vaikka vuosiksi 2000–2004 laaditussa EU:n huume-strategiassa ja toimintasuunnitelmassa ei saavutettukaan kaikkia kunnianhimoisia tavoitteita, se on osoitus merkittävästä kehityksestä tavassa, jolla jäsenvaltiot, EU:n toimielimet ja erityisvirastot voivat työskennellä yhdessä edistyksen koordinoimiseksi ja mittaamiseksi huumealalla. EU:n uudessa huume-strategiassa vuosiksi 2005–2012 pyritään viemään tätä prosessia eteenpäin.



## Luku 1

# Viimeaikainen kehitys politiikassa ja lainsäädännössä

### Johdanto

Huumepolitiikan kehitys EU:n jäsenvaltioissa on väistämättä epäyhtenäistä, sillä lähestymistavat kansallisella ja Euroopan tasolla ovat erilaisia. Kehityksessä on kuitenkin yhteisiä piirteitä, joita on syytä arvioida.

Tarkastelujakson aikana näistä piirteistä keskeisin on huumausainestrategioiden arviointitapa eri jäsenvaltioissa. Kansallisten huumausainestrategioiden täytäntöönpanoa arvioidaan useassa EU-maassa. Vaikka arvioinnin vaikutuksia koko huume politiikkaan ei voida vielä määrittää, arvioinnista on jo saatu lupaavia tuloksia: nyt ymmärretään entistä paremmin, missä on onnistuttu ja epäonnistuttu, ja arvioinnin seurauksena on joissakin tapauksissa lisätty määrärahoja strategian toteutumattomien tavoitteiden saavuttamiseksi. EU:n strategian ja toimintasuunnitelman (2000–2004) arviointi on ensimmäinen tulos merkittävästä prosessista, jossa jäsenvaltiot, EU:n toimielimet ja erityisvirastot selvittävät yhdessä edistymistä huumausaineiden torjunnan alalla. Tarkastelujakson aikana joissakin maissa on myös lievennetty huumeidenkäytöstä määrättäviä seuraamuksia sekä tiukennettu huumausainekaupasta ja alaikäisiin kohdistuvista huumerikoksista määrättäviä seuraamuksia.

### Huumepolitiikkaa koskeva strateginen lähestymistapa Euroopan unionissa

Joulukuussa 2004 kokoontuneessa Eurooppa-neuvostossa hyväksytyssä EU:n huumausainestrategiassa vuosiksi 2005–2012 otetaan huomioon edeltävän ajanjakson aikana (2000–2004) tapahtuneen edistymisen loppuarvioinnin tulokset. Sen tavoitteena on tuoda lisäarvoa kansallisiin strategioihin kunnioittaen samalla perussopimuksissa määrättyjä toissijaisuus- ja suhteellisuusperiaatteita. Siinä asetetaan EU:lle kaksi huumausaineita koskevaa yleistavoitetta:

- saavutetaan korkea taso terveyden suojelun, hyvinvoinnin ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden alalla täydentämällä jäsenvaltioiden toimintaa, joka tähtää

huumausaineiden käytön, huumeriippuvuuden ja huumausaineiden aiheuttamien terveydellisten ja sosiaalisten haittojen ehkäisemiseen ja vähentämiseen

- varmistetaan jäsenvaltioiden tehokkaan yhteistyön avulla yleisön turvallisuuden korkea taso toteuttamalla toimia, joilla torjutaan huumausaineiden tuotantoa ja tarjontaa sekä niiden rajatylittävää laitonta kauppaa, ja tehostamalla ennaltaehkäisevää toimintaa huumausaineisiin liittyvän rikollisuuden torjumiseksi.

Nämä kaksi tavoitetta kattavat EU:n vuosien 2000–2004 huumausainestrategian kuusi ensisijaista tavoitetta. Uudessa strategiassa toistetaan yhtenäinen, monialainen ja tasapainoinen lähestymistapa, jossa yhdistyvät sekä kysyntää että tarjontaa vähentävät toimenpiteet. Siinä keskitytään näihin kahteen toimintapolitiittiseen alaan ja kahteen monialaiseen aiheeseen – ”kansainväliseen yhteistyöhön” ja ”tiedotukseen, tutkimukseen ja arviointiin” – sekä ”koordinointiin”.

Euroopan komissio antoi helmikuussa 2005 Euroopan parlamentille ja neuvostolle tiedonannon huumausaineiden torjuntaa koskevasta EU:n toimintasuunnitelmasta (2005–2008). EMCDDA:ta ja Europolia kuultiin toimintasuunnitelmaa laadittaessa. Komissio kuuli myös kansalaisyhteiskuntaa. Toimintasuunnitelma, jossa otetaan huomioon edellisen suunnitelman arvioinnin tulokset, on laadittu siten, että kunkin toimen osalta yksilöidään selkeästi asianomaiset toimijat ja määritetään arviointivälineet ja -indikaattorit sekä aikataulut. Tämän pitäisi helpottaa paitsi toimien jälkiseurantaa myös suunnitelman täytäntöönpanoa. Komissio toteuttaa vuosittain toimintasuunnitelman tilannekatsauksen ja vaikutustenarvioinnin, ennen kuin se ehdottaa suunnitelmaa vuosiksi 2009–2012.

EU:n esimerkin mukaisesti useimmissa jäsenvaltioissa on hyväksytty kansallisia huumausainestrategioita. Tässä raportissa käsitellyistä 29 maasta 26 toteuttaa kansallista huume politiikkaa kansallisen suunnitelman, strategian tai vastaavan asiakirjan mukaisesti. Muista maista Italiassa huumeiden vastaisten toimien koordinoinnista vastaava kansallinen komitea hyväksyi maaliskuussa 2003 kansallisen suunnitelman, jota käsitellään parhaillaan

alueilla ja maakunnissa; Malta ja Itävalta ilmoittivat, että kansallisen huumausainestrategian valmistelu ja hyväksyntä oli tätä raporttia laadittaessa vielä kesken <sup>(1)</sup>.

Uusia kansallisia huumausainestrategioita on hyväksytty seitsemässä EU-maassa (ks. taulukko 1). Periaate, jonka mukaan huume politiikan on oltava kokonaisvaltaista ja monialaista, hyväksytään kaikissa jäsenvaltioiden kansallisissa huumausainestrategioissa EU:n lähestymistavan mukaisesti. Maiden kansallisten strategioiden sisällössä voi kuitenkin olla perusluonteisia eroja; esimerkiksi huumeiden vastaisissa toimissa saattaa olla eroja samanlaisista termeistä huolimatta, arvioinnin osuus strategioissa voi vaihdella huomattavasta vähäiseen, ja jopa tärkeät lähestymistavat, kuten haittojen vähentäminen, saattavat poiketa toisistaan. Itse asiassa suurimmat näkemyserot 26 tarkastellussa periaate- tai strategia-asiakirjassa <sup>(2)</sup> näyttävät liittyvän haittojen vähentämiseen: se on näkyvästi esillä 12 asiakirjassa ja yksi käsiteltävistä aiheista yhdeksässä asiakirjassa, mutta sitä ei mainita lainkaan viidessä asiakirjassa.

## Huumausainestrategioiden arvioinnin alustavat tulokset

EU:n huumausainestrategia (2000–2004) arvioitiin tarkastelujakson aikana. Oikeus- ja sisäasioiden neuvosto

käsittelee 25. ja 26. lokakuuta 2004 komission tiedonantoa tästä loppuarvioinnista <sup>(3)</sup>. Siinä pyrittiin arvioimaan sitä, missä määrin toimintasuunnitelmassa saavutettiin huumausainestrategian tavoitteet, sekä huumausainestrategian ja toimintasuunnitelman vaikutusta huume tilanteeseen EU:ssa. Se vaikutti myös osaltaan keskusteluun, jonka perusteella hyväksyttiin <sup>(4)</sup> uusi huumausainestrategia. Komissiota avusti arviointitehtävässä ohjausryhmä (joka koostui komission, neuvoston puheenjohtajina vuosina 2003 ja 2004 toimineiden neljän jäsenvaltion, EMCDDA:n ja Europolin edustajista). Täsmällisten ja määrällisesti ilmaistavien toiminnallisten tavoitteiden puuttuminen hankaloitti suuresti arviointityötä.

Loppuarvioinnista annetussa tiedonannossa ja sen liitteissä <sup>(5)</sup> tuotiin esille merkittävimmät saavutukset huumausaineiden torjunnan alalla kansallisella ja EU:n tasolla sekä alat, joilla tarvitaan lisätoimia. Siinä korostettiin, että huumausaineisiin liittyvien terveysongelmien (kuten immuunikatoviruksen (hiv) ja hepatiitin) levinneisyyttä ja huume kuolemien määrää (EU:n huumausainestrategian tavoite 2) oli onnistuttu vähentämään ja että erityisesti hoidon saatavuus (tavoite 3) oli parantunut. Tavoitteessa 1 eli huumeidenkäytön vähentämisessä ei havaittu merkittäviä

**Taulukko 1: Uudet kansalliset huume strategiat**

Maa	Nimi	Aikataulu tai hyväksymispäivä	Tavoitteet	Määrälliset tavoitteet	Tulosindikaattorit	Täytäntöönpanovastuu	Täytäntöönpanon budjetti
Viro	Kansallinen strategia huumeriippuvuuden ehkäisemiseksi	2004–2012	✓	✓	✓	tes	tes
Viro	Strategian tavoitehakuinen toimintasuunnitelma	2004–2008	✓	✓	✓	✓	✓
Ranska	Laittomien huumeiden, tupakan ja alkoholin vastainen toimintasuunnitelma	2004–2008	✓	✓	✓	tes	✓
Kypros	Kansallinen huume strategia	2004–2008	✓	tes	tes	tes	✓ <sup>(3)</sup>
Liettua <sup>(1)</sup>	Huumeriippuvuuden torjuntaa koskevan kansallisen ohjelman strategia	2004–2008	✓	tes	✓	✓	✓
Luxemburg	Huumeita ja huumeriippuvuutta koskeva strategia ja toimintasuunnitelma	2005–2009	✓	✓ <sup>(2)</sup>	✓	✓	✓
Slovenia <sup>(1)</sup>	Huumeisiin liittyvää kansallista ohjelmaa koskeva päätöslauselma	2004–2009	✓	tes	tes	✓	✓
Suomi	Huume politiittinen toimintaohjelma	2004–2007	✓	tes	tes	✓	tes

Huom. tes: tietoja ei ole saatavilla.

<sup>(1)</sup> Kansallisten seurantakeskusten henkilöstön toimittamat tiedot.

<sup>(2)</sup> Luxemburgin strategiaan sisältyviä määrällisiä tavoitteita ei ole saatavilla torjunnan vähentämisen osalta.

<sup>(3)</sup> Kyproksen strategiassa tuodaan esiin, että strategian tavoitteiden saavuttamiseksi varmistetaan riittävät taloudelliset ja henkilöstöresurssit – tekstissä ei ole tarkennettu lukuja.

<sup>(1)</sup> Lisätietoja ja määritelmät, ks. EMCDDA:n www-sivut ([www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360](http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360)).

<sup>(2)</sup> Tätä aihetta koskevat tiedot puuttuvat Maltaan, Slovakian ja Turkin osalta.

<sup>(3)</sup> KOM(2004) 707 lopullinen.

<sup>(4)</sup> Eurooppa-neuvosto (16. ja 17. joulukuuta 2004) – päätelmät.

<sup>(5)</sup> Näihin sisältyy EMCDDA:n ja Europolin tilastokatsaus (1999–2004) (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

edistymistä. Vastaavasti huumeiden saatavuus ei ollut vähentynyt (tavoite 4). Kuitenkin tavoitteet 4 ja 5 näyttivät yhdessä edistäneen useaa EU-aloitetta, joilla on lujitettu laitonta huumeakauppaa ja huumetarjontaa koskevia lainvalvontatoimenpiteitä. Suunnitelman aikana toteutettiin useita merkittäviä aloitteita rahanpesun torjumiseksi (tavoite 6.1) ja lähtöaineiden leviämisen estämiseksi (tavoite 6.2), etenkin muuttamalla lähtöaineiden kaupan valvontaa koskevaa yhteisön lainsäädäntöä.

Tiedonannossa korostettiin myös, että on tehtävä esimerkiksi huumeidenkäyttöä ja riippuvuutta aiheuttavia biolääketieteellisiä, psykososiaalisia ja muita tekijöitä koskevia lisätutkimuksia erityisesti niillä aloilla, joilla tiedot ovat vielä vähäisiä (esimerkiksi kannabiksen tai synteettisten huumeiden pitkäaikaiskäyttö). Siinä painotettiin kansalaisyhteiskunnan säännöllistä kuulemistä EU:n huume politiikan suunnittelussa. Komissio suositti myös EU:n strategian pidentämistä viidestä vuodesta kahdeksaan siten, että se kattaisi EU:n kahden peräkkäisen toimintasuunnitelman täytäntöönpanon, jotta aloitteet voidaan panna täysimääräisesti täytäntöön ja jotta niitä voidaan hioa strategian tavoitteiden mukaisesti.

On syytä käsitellä joitakin tämän tarkastelujakson aikana kansallisella tasolla toteutettuja arviointeja. Erityisen kiinnostavia ovat sellaisissa maissa tehdyt arvioinnit, joissa on omaksuttu kansallista huumeainestrategiaa koskeva ”jäsenetty” lähestymistapa; tiivistäen tällä tarkoitetaan tavoitteiden muodollista kirjaamista, määrällisten ja muiden tavoitteiden määrittämistä, täytäntöönpanosta vastaavan viranomaisen nimeämistä ja aikataulun asettamista tavoitteiden saavuttamiselle. Tällainen lähestymistapa helpottaa saavutuksista ilmoittamista ja ongelmakysymysten selvittämistä, jolloin voidaan tarvittaessa ryhtyä toimiin.

Esimerkkejä tällaisesta lähestymistavasta saadaan Tšekin, Irlannin, Luxemburgin, Puolan ja Portugalin strategioista, joiden yhteydessä kansallisten huumeainestrategioiden arviointi toi esille – tai se voi tuoda esille – toteutetut toimet sekä sellaiset tehtävät, jotka edellyttävät vielä toimia. Esimerkki siitä, miten jäsenetty lähestymistapa voi helpottaa edistymisen arviointia, saadaan vuonna 2004 tehdystä Portugalin kansallisen huumeainestrategian arvioinnista. Ulkopuoliset arvioijat totesivat, että osassa Portugalin toimintasuunnitelman 30 päätavoitteesta oli edistytty, sillä kahdeksan tavoitetta oli saavutettu täysin ja 10 tavoitetta osittain; tiedonpuute vaikeutti kuitenkin muiden tavoitteiden arviointia, eikä viittä tavoitetta ollut saavutettu lainkaan. Saksassa on perustettu ohjauskomitea

(huumeriippuvuutta käsittelevä kansallinen neuvosto), jonka tehtävänä on edistää vuoden 2003 toimintasuunnitelman täytäntöönpanoa ja seurata sen tuloksia.

Kansallisen huumeainestrategian hyväksyminen tai aiemman strategian onnistumisen arviointi on tietyissä maissa merkinnyt huumeaineesiin liittyvien määrärahojen nousua. Esimerkiksi Kreikassa terveydenhuoltopalvelujen menot ovat kasvaneet tasaisesti, Unkarissa on varattu määrärahoja strategian vielä toteuttamatta olevien osien rahoitukseen, ja Luxemburgissa huumeaineesiin liittyvät terveysministeriön määrärahat kasvoivat noin 1 miljonaasta eurosta vuonna 1999 lähes 6 miljoonaan euroon vuonna 2004. Huumeiden torjuntaan käytetään kuitenkin kaikissa jäsenvaltioissa vain murto-osa kaikista julkisista menoista (0,1–0,3 prosenttia). Tämä saattaa osittain selittää havainnon, jonka mukaan talouskasvulla ja siihen liittyvillä yleisen talousarvion muutoksilla ei ole EU:ssa suoraa yhteyttä huumeiden torjuntaan käytettävien julkisten menojen muutokseen.

Useassa EU-maassa tarjonnan vähentämiseen käytettiin edelleen valtaosa julkisista menoista (arviolta 68–75 prosenttia kaikista huumeaineesiin liittyvistä menoista) <sup>(6)</sup>. Muutamassa maassa, kuten Maltassa ja Luxemburgissa, käytettiin kuitenkin enemmän määrärahoja kysynnän kuin tarjonnan vähentämiseen (kysynnän vähentämiseen osoitettiin Maltassa 66 prosenttia ja Luxemburgissa 59 prosenttia kaikista huumeaineesiin liittyvistä menoista). On epäselvää, perustuvatko määrärahoissa ilmoitetut erot erilaisiin poliittisiin painotuksiin vai onko tiedonkeruussa ollut puutteita.

Ongelmana on edelleen, ettei huumeiden torjuntaan käytettävistä suorista julkisista menoista ole saatavissa tietoja. On kuitenkin saatu viitteitä siitä, että tutkijoiden kiinnostuksen lisääntyessä tällä alalla <sup>(7)</sup> myös poliittisella tasolla halutaan selvittää ja kuvata huumeaineesiin liittyviä julkisia menoja, jotta kansalliset huumeainemenot voidaan sisällyttää keskeisenä osana kustannus-hyötyanalyysiin. EMCDDA kehittää parhaillaan yhdessä Reitox-verkoston ja Euroopan komission kanssa menetelmää, jonka avulla voidaan johdonmukaisesti ja luotettavasti arvioida huumeaineesiin liittyviä julkisia menoja EU:ssa, kuten EU:n vuoden 2005 toimintasuunnitelmassa edellytetään.

Tällaisesta alustavasta arvioinnista kansallisella ja Euroopan tasolla saadaan arvokasta palautetta, jonka avulla päättäjät saavat tietää, missä määrin päätökset on pantu täytäntöön ja paljonko ne ovat maksaneet, ja

<sup>(6)</sup> Ks. erityiskysymys ”Julkiset menot huumeaineesien kysynnän vähentämisen alalla” EMCDDA:n vuosiraportissa 2003 (<http://ar2003.emcdda.eu.int/fi/page077-fi.html>).

<sup>(7)</sup> Belgiassa, Espanjassa, Ranskassa, Luxemburgissa, Alankomaissa, Suomessa, Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa – lisätietoja, ks. EMCDDA:n www-sivut (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

samalla voidaan lisätä ponnisteluja niillä aloilla, joilla on todettu ongelmia tai joilla arvioinnin tulokset ovat olleet kielteisiä. Vaikka selkeää näyttöä kansallisten huumausainestrategioiden vaikutuksesta koko huumeilmiöön ei ole vielä saatavissa (EMCDDA, 2004a), pyrkimys tulosten arviointiin on myönteinen merkki, ja se käynnistää toivottavasti Euroopassa yleisen suuntauksen kohti kansallisten huumausainestrategioiden yksityiskohtaista arviointia.

## Keskustelu kansallisissa parlamenteissa ja tiedotusvälineissä

Yhteiskunnan huoli huumeilmiöstä näkyy sekä tiedotusvälineissä että parlamentin keskusteluissa. Tarkastelujakson aikana Reitoxin kansallisten raporttien tietojen mukaan parlamentin keskusteluissa tuotiin useimmiten esille ”haittojen vähentäminen” tai siihen liittyvät toimet, ”kannabiksen käyttö” ja ”huumerikokset ja siihen liittyvät huumeilainsäädännön muutokset”.

Korvaushoidon ja haittoja vähentävien toimenpiteiden edut ja haitat verrattuna lääkkeitömiin vaihtoehtoihin synnyttivät vilkasta keskustelua Tšekin, Viron, Ranskan, Irlannin ja Norjan parlamenteissa. Poliittista kuuhunaa aiheuttivat muun muassa ehdotus ruiskujen vaihto-ohjelman muuttamisesta pysyväksi Ruotsissa, vaikkakin tämä tapahtuisi tiukasti valvotuissa oloissa, sekä ehdotus piikitystilojen väliaikaisesta perustamisesta Norjassa (ks. kansallista lainsäädäntöä ja yleistä haittaa käsittelevä erityiskysymys).

Kannabis oli edelleen tärkeä keskustelunaihe varsinkin Saksassa, jossa pohdittiin lähinnä nuorten kannabiksen käyttöä, sekä Luxemburgissa ja Portugalissa, missä on ehdotettu, että sitä voisi hankkia reseptiä vastaan. Kannabiksen käyttöä tai yleensä huumeidenkäyttöä kouluissa ja nuorten keskuudessa käsiteltiin laajasti Belgian, Tšekin, Saksan, Kyproksen, Luxemburgin ja Itävallan tiedotusvälineissä. Alankomaissa uutisoitiin laajasti tetrahydrokannabinolin (THC) pitoisuuden kasvusta kannabisviljelmissä (”nederwiet”) ja erittäin voimakkaan kannabiksen mahdollisista vaikutuksista terveyteen. Puolassa cannabis oli eniten uutisoitu huumausaine tiedotusvälineissä, sillä 865 mainintaa yhteensä noin 2 500 maininnasta koski sitä. Belgiassa, Tanskassa ja joissakin Alankomaiden kaupunginvaltuustoissa tehtiin sen laillistamista koskevia ehdotuksia (ns. takaoviongelman

ratkaisemiseksi <sup>(8)</sup>), joita useimmat parlamentin jäsenet ja ministerit vastustivat julkisuudessa jyrkästi.

Huumeilainsäädännön muuttamispyrkimykset ovat herättäneet runsaasti huomiota tiedotusvälineissä ja synnyttäneet poliittista keskustelua Ranskassa ja Italiassa. Ranskassa torjuttiin ehdotus huumeidenkäytöstä annettujen vankeustuomioiden muuttamisesta sakoiksi, koska pelättiin, että muutos voitaisiin ”tulkita merkiksi siitä, etteivät huumeet ole kovin vaarallisia”, ja että se ”lisää uudelleen käyttöä ja aikaistaa käytön aloittamista” <sup>(9)</sup>. Italian tiedotusvälineissä kerrottiin parlamentin kiivaista keskusteluista, jotka koskivat vuoden 1990 lakiin tehtäviä muutoksia, ja huumeiden hallussapidosta määrättävien seuraamusten eriyttäminen puhutti tiedotusvälineitä ja poliitikkoja Tšekissä.

Uutisointia arvioivia *ad hoc* -tutkimuksia on tehty Tšekissä, Kreikassa, Luxemburgissa, Puolassa ja Portugalissa, ja erityisesti nuorille suunnattuja kansallisia viestintäkampanjoja on kehitetty Belgiassa <sup>(10)</sup>, Puolassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa <sup>(11)</sup>.

## EU:n ohjelmien ja lainsäädännön viimeaikainen kehitys

Tarkastelujakson aikana toteutetut merkittävät EU-aloitteet huumausaineiden alalla liittyivät kansanterveyteen, huumausainekauppaan sekä lähtöaineiden ja synteettisten huumausaineiden valvontaan.

### Kansanterveys

Euroopan tasolla ehkäisevä huumeily sisältyi kansanterveysohjelman <sup>(12)</sup> terveyteen vaikuttavien tekijöiden toimintalinjaan. Tämän ohjelman vuoden 2004 työsuunnitelmassa keskityttiin 18. kesäkuuta 2003 annettuun neuvoston suositukseen sekä asianmukaisen perustan kehittämiseen yhteistyössä EMCDDA:n kanssa EU:n toimien kartoitusta varten. Komissio kehotti sidosryhmiä tekemään ehdotuksia, joissa ongelmaa lähestytään elämäntapakysymyksenä ja joissa puututaan kaikkien riippuvuutta mahdollisesti aiheuttavien aineiden väärinkäyttöön, erityisesti huvittelupaikoissa (esim. yökerhoissa) ja vankiloissa. Se oli kiinnostunut etenkin parhaiden käytäntöjen kehittämisestä, tiedonvälityksen parantamisesta ja tiedon levittämisestä nykyaikaisia tekniikoita käyttäen. Komissio valitsi vuonna 2004 neljä hanketta, joilla pyrittiin ehkäisemään riskikäyttäytymistä,

<sup>(8)</sup> Kahviloissa voi olla myynnissä enintään 500 g kannabista, mutta cannabis voidaan hankkia ainoastaan laittomilta markkinoilta. Tätä kutsutaan ns. takaoviongelmaksi.

<sup>(9)</sup> MILDT (2004), s. 43, lainaus Ranskan kansallisessa raportissa.

<sup>(10)</sup> [www.partywise.be](http://www.partywise.be)

<sup>(11)</sup> ”Talk to Frank” -kampanja kannabiksen käytön riskeistä (<http://www.talktofrank.com/>).

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



### **Terveystilanteen jatkuvan seurantajärjestelmän perustaminen**

Terveystilanteen jatkuvan seurantajärjestelmän perustaminen ja ylläpitäminen kuuluu kansanterveysalan toimintaohjelman (2003–2008) keskeisiin tavoitteisiin. Komissio on kuullut jäsenvaltioita ja kansainvälisiä elimiä Euroopan yhteisön terveysalan indikaattoreiden määrittämiseksi. ”Huumekuolemat” ja ”psykotrooppisten aineiden käyttö” lisättiin tässä yhteydessä keskeisten indikaattoreiden alustavaan luetteloon, ja siten vahvistettiin rakenteellisia yhteyksiä EMCDDA:han mahdollisena tietojen tuottajana.

yhdenmukaistamaan kansainvälistä tietoutta dopingin biolääketieteellisistä sivuvaikutuksista, tehostamaan tietojenvaihtoa huumeiden vastaisista toimista sekä laajentamaan uusiin jäsenvaltioihin nykyistä laillisia ja laittomia huumeaineita koskevaa www-tietopalvelua.

### **Huumeainekauppa**

EU:n tasolla annettiin vuonna 2004 useita säädöksiä huumeainekaupan torjumiseksi. Laittoman huumeainekaupan rikostunnusmerkistöjä ja seuraamuksia koskevien vähimmäissääntöjen vahvistamisesta 25. lokakuuta 2004 tehty neuvoston puitepäätös 2004/757/YOS<sup>(13)</sup> on keskeinen väline huumeainekaupan torjumisessa, koska siinä määritetään tällaisten rikosten vähimmäisseuraamukset jäsenvaltioissa.

Neuvosto pääsi joulukuussa 2004 yhteisymmärryksen neuvoston päätöksestä uusia psykoaktiivisia aineita koskevasta tietojenvaihdosta, riskienarvioinnista ja valvonnasta. Tämä päätös muodostaa puitteet uusia psykoaktiivisia aineita koskevalle tehokkaalle tietojenvaihdolle ja välineen niiden valvomiseksi EU:n tasolla.

Neuvosto antoi 30. maaliskuuta 2004 suosituksen takavarikoiduista huumeaineista tapahtuvaa näytteenottoa koskeviksi suuntaviivoiksi. Siinä suositetaan, että jäsenvaltiot ottavat käyttöön kansainvälisesti hyväksytyjen suuntaviivojen mukaisen näytteenottojärjestelmän, jollei sellaista ole jo käytössä. Neuvosto antoi myös päätöslauselman kannabiksesta ja tilanneselvityksen huumeainesten kysynnän ja tarjonnan vähentämistä sekä synteettisten huumeainesten tarjontaa koskevista täytäntöönpanosuunnitelmista.

Euroopan parlamentti ja neuvosto antoivat 11. helmikuuta 2004 asetuksen (EY) N:o 273/2004 huumeainesten lähtöaineista<sup>(14)</sup>. Siinä annetaan yhdenmukaiset

säännökset tiettyjen huume- ja psykotrooppisten aineiden laittoman valmistukseen yleisesti käytettävien aineiden valvonnasta ja seurannasta yhteisössä näiden aineiden väärinkäytön estämiseksi. Jäsenvaltiot voivat siinä annettujen suuntaviivojen mukaisesti säätää tarvittavista toimenpiteistä, jotta niiden toimivaltaiset viranomaiset voivat suorittaa valvonta- ja seurantatehtävänsä sekä erityisesti saada tietoja epäilyttävien liiketoimien tunnistamisesta ja ilmoittamisesta. Neuvosto antoi 22. joulukuuta 2004 asetuksen (EY) N:o 111/2005 yhteisön ja kolmansien maiden välisen huumeainesten lähtöaineiden kaupan valvontaa koskevista säännöistä.

Marraskuussa 2002 hyväksytyyn neuvoston päätöslauselman mukaisesti Euroopan komissio esitteli marraskuussa 2004 neuvoston horisontaaliselle huumeainetyöryhmälle tutkimuksen, jossa käsiteltiin synteettisten huumeainesten valvontaa koskevaa yleistä ja hätätarkistusluetteloon perustuvaa lähestymistapaa. Se teki huhtikuussa 2004 tälle työryhmälle myös EU:n synteettisten huumeainesten jakeluverkostojen kartoitusmenetelmien mahdollisia lisäparannusehdotuksia.

## **Viimeaikainen kansallinen lainsäädäntö**

### **Nuoret**

Useassa jäsenvaltiossa tehtiin tarkastelujakson aikana kansalliseen lainsäädäntöön muutoksia, joilla nuoria suojellaan rikoksentehtäjäiltä tai joilla puututaan siihen mahdollisuuteen, että he haluavat kokeilla huumeita.

Suojelu voi perustua välittömiin tai yleisiin lähestymistapoihin. Unkarissa maaliskuussa 2003 annetun lain tavoitteena on suojella alle 18-vuotiaita huumeainesten väärinkäytöltä, ja aikuisia rangaistaan ankarammin alaikäisiin kohdistuvista rikoksista. Virossa vuoden 2004 alussa tehdyillä muutoksilla tiukennettiin useimmista huumerikoksista, kuten alaikäisten yllytyksestä laittomien huumeainesten käyttöön, määrättäviä seuraamuksia.

Tanskassa muutettiin päihdelakia heinäkuussa 2004; huumeiden jakelua ravintoloissa, diskoissa tai vastaavissa lasten tai nuorten suosimissa paikoissa pidetään nyt erittäin raskauttavana asianhaarana. Tällaisista rikoksista olisi aina langetettava vankeustuomio, ja keskimääräistä vankeustuomiota on tarkoitus pidentää kolmanneksella. Vastaavasti Espanjassa koulujen lähellä tapahtuva kauppa on lokakuusta 2004 alkaen ollut raskauttava asianhaara, ja lisäksi huumeainekaupparikoksiin värvätyn ”nuoren henkilön” ikäraja on nostettu 16 vuodesta 18 vuoteen.

<sup>(13)</sup> EUVL L 335, 11.11.2004, s. 8; ks. myös EMCDDA:n vuosiraportti 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

<sup>(14)</sup> EUVL L 47, 18.2.2004, s. 1.



Englannissa ja Walesissa on annettu uutta lainsäädäntöä koskevia ohjeita *Cannabis Enforcement Guidance* -oppaassa (ACPO, 2003), jossa neuvotaan, miten menetellään tapauksissa, joissa henkilön hallusta löytyy kannabista kouluissa, nuorisokerhoissa tai leikkikentillä tai niiden läheisyydessä.

Latviassa joulukuussa 2003 annetuissa kahdessa kabinettiasetuksessa oli huumeita käyttäviä nuoria koskevia toimenpiteitä. Toisessa säädettiin huumeiden väärinkäytöstä kiinni jääneiden lasten pakollisesta laitoshoidosta (vanhempien suostumuksella), ja toisessa vahvistettiin toimia sellaisia tapauksia varten, joissa koulusta löytyy huumausaineita tai muita päihteitä. Englannissa ja Walesissa kannabisrikoksista pidätetyt alle 18-vuotiaat saavat edelleen huomautuksen tai viimeisen varoituksen, ja poliisi nostaa heitä vastaan syytteen sen mukaan, miten vakava rikos on. Viimeisen varoituksen jälkeen nuori rikoksentekijä ohjataan nuorisoriikollisuutta käsittelevään ryhmään (Youth Offending Team, YOT), joka järjestää hänelle hoitoa tai muuta tukea.

Tšekissä vuonna 2004 voimaan tulleessa nuorisooikeuslaissa muutetaan rikoslaissa määriteltyjä rikoksia tehneisiin nuoriin sovellettavia säännöksiä, ja se menee yleisten lakien edelle. Rankaisutoimenpiteitä olisi määrättävä vain tarvittaessa, ja valistustoimenpiteet voivat sisältää päihteiden käyttökiellon tai hoitovelvollisuuden. Muiden kuin vapausrangaistuksen ylärajat ovat nyt puolet aikuisiin sovellettavista ylärajoista. Puolassa tammikuussa 2003 annetussa ministeritason asetuksessa säädetään erityisistä valistus- ja ehkäisytoimista päihdevaarassa olevien lasten ja nuorten keskuudessa. Kouluissa on toteutettava valistus- ja ehkäisystrategioita.

Euroopan huumausaineita koskevassa oikeustietokannassa (European Legal Database on Drugs, ELDD) julkaistiin lokakuussa 2003 huumausaineita ja nuoria koskevan lainsäädännön vertaileva tutkimus<sup>(15)</sup>, jonka perusteella laadittua asiakirjaa käytettiin lokakuussa 2004 julkaistussa komission EU:n toimintasuunnitelman (2000–2004) arvioinnissa<sup>(16)</sup>. Arvioinnissa todettiin, että 11 jäsenvaltiossa (15:stä) annetuissa yhteensä 22 laissa käsiteltiin toimintasuunnitelman nuoria koskevia osia. Useimmissa laeissa pyrittiin antamaan vaihtoehtoja vankeudelle, ja kuudessa maassa säädettiin lakeja, joiden tarkoituksena on vähentää huumeidenkäytön levinneisyyttä etenkin nuorten keskuudessa. Kaiken kaikkiaan lainsäädännössä on kuitenkin kiinnitetty verrattain vähän huomiota näihin toimintasuunnitelman kohtiin viiden vuoden aikana. Perusteellinen analyysi huumeita käyttäviin

nuoriin rikoksentekijöihin sovellettavista toimenpiteistä löytyy vankeuden vaihtoehtoja käsittelevästä erityiskysymyksestä.

### Haittojen vähentäminen

Vuosina 2003 ja 2004 säädettiin useita haittojen vähentämistä käsitteleviä lakeja.

Ranskassa elokuussa 2004 viisivuotisesta kansanterveysohjelmasta annetussa laissa haittojen vähentäminen huumeidenkäyttäjien keskuudessa otetaan osaksi kansanterveysalan säädöksiä, haittojen vähentämiselle luodaan virallinen määritelmä, ja se saatetaan valtion lainkäyttövallan piiriin.

Suomessa valtioneuvoston asetuksella muutetun tartuntatautilain mukaan terveyskeskusten tartuntataudeista vastaavien lääkäreiden on tehtävä ehkäisevää työtä, kuten annettava terveysneuvontaa suonensisäisten huumeiden käyttäjille, sekä järjestettävä tarvittaessa neulojen ja ruiskujen vaihto. Luxemburgissa joulukuussa 2003 annetussa suurherttuan asetuksessa säädetään kansallisesta neulojen jakeluohjelmasta sekä määritetään palvelut ja ammattihenkilöt, jotka saavat antaa ruiskuja huumeidenkäyttäjille. Tällaista suuntausta, jossa steriilien ruiskujen hallussapito ja tarjonta sallitaan erikseen lainsäädännössä<sup>(17)</sup>, tuettiin edellisessä EU:n toimintasuunnitelmassa (2000–2004), jonka mukaan on kehitettävä suojavälineiden tarjontaa. Lisätietoja lainsäädännöstä saa ELDD:n aihekohtaisesta yleiskatsauksesta Legal framework of needle and syringe programmes<sup>(18)</sup>.

Huumausaineiden väärinkäytöstä annettua lakia muutettiin Yhdistyneessä kuningaskunnassa elokuussa 2003 siten, että lääkärit, farmaseutit ja huumetyöntekijät voivat laillisesti tarjota vanua, steriiliä vettä, tiettyjä sekoitusvälineitä (kuten lusikoita, kulhoja, kuppeja ja astioita) ja sitruunahappoa huumeidenkäyttäjille, jotka ovat hankkineet valvottuja huumausaineita ilman reseptiä. Norjan parlamentti hyväksyi kesäkuussa 2004 kolmen vuoden ajaksi väliaikaisen lain huumausaineiden piikitystilojen kokeiluhankkeesta. Näin piikitystilojen käyttäjiä ei rangaista yksittäisen huumeannoksen hallussapidosta ja käytöstä, ja erillinen piikitystila voitiin avata helmikuussa 2005.

Tšekissä useat kansalaisjärjestöt tarjoavat tablettien testauspalveluja, joilla pyritään vähentämään tuntemattoman tai vieraan aineen nauttimisen vaaraa, joskin tällaisten järjestelyjen laillisuudesta väitellään

<sup>(15)</sup> *Young people and drugs: a legal overview* (<http://eldd-cma.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

<sup>(16)</sup> *Drug law and young people 2000–2004* (<http://eldd-cma.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

<sup>(17)</sup> Seitsemässä maassa on annettu lainsäädäntöä vuoden 1999 jälkeen: Belgiassa, Ranskassa, Luxemburgissa, Puolassa, Portugalissa, Sloveniassa ja Suomessa.

<sup>(18)</sup> <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

kiivaasti. Vuonna 2003 ei nostettu yhtään rikossyytettä, ja yleinen syyttäjä hylkäsi toistaiseksi ainoan poliisin (vuonna 2002) nostaman kanteen. Ylimmän syyttäjän virasto on sittemmin antanut ohjeita tästä aiheesta.

Lainsäädännön kehityksen mukaisesti haittojen vähentämiseen liittyviä palveluja pidetään yleisesti uudessa EU:n strategiassa ja toimintasuunnitelmassa perusteltuna vastauksena neulojen vaihdon kasvavaan tarpeeseen, sillä näin voidaan vähentää huumeiden yksilön terveydelle ja koko yhteiskunnalle aiheuttamia riskejä.

### Seuraamukset

Tarkastelujakson aikana useassa maassa muutettiin myös huumelainsäädännön seuraamuksia erilaisista rikoksista, edellä käsiteltyjen ja erityisesti nuoria koskeneiden rikosten lisäksi. Esimerkiksi Belgiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa lievennettiin viime vuonna rangaistusta ongelmattomasta kannabiksen hallussapidosta. Belgiassa helmikuussa 2005 annetussa uudessa toimintaohjeessa täsmennettiin alennettuun rangaistukseen tehtäviä poikkeuksia; sen mukaan syyte on nostettava ”yleisestä järjestyshäiriöstä”. Tämä käsittelee kannabiksen hallussapidon sellaisissa paikoissa tai sellaisten paikkojen läheisyydessä, joihin koululaiset voivat kokoontua (koulut, puistot, linja-autopysäkit), sekä ”räikeän” hallussapidon julkisella paikalla tai julkisessa rakennuksessa. Tanskassa toukokuussa 2004 tehdyn päihdelain muutoksen ja yleisen syyttäjän ohjeen mukaan huumeiden hallussapidosta omaa käyttöä varten annetaan nyt yleensä sakkorangaistus, kun siitä sai ennen varoituksen.

Käyttäjien ja huumeakauppiaiden mahdollisia seuraamuksia on muutettu viime vuosina, kuten EMCDDA on todennut<sup>(19)</sup>. Esimerkiksi Belgiassa otettiin vuonna 2003 käyttöön rikosluokka, joka sallii ongelmattomien kannabiksen käyttäjien syyttämättä jättämisen, Kreikassa alennettiin huumeidenkäytöstä määrättävää enimmäisrangaistusta viidestä vuodesta yhteen vuoteen, ja Unkarin rikoslaista poistettiin huumeiden käyttörikos. Virossa poistettiin vuonna 2002 rangaistavuus pienen laittoman huumausaineannoksen toistuvasta käytöstä tai hallussapidosta omaa käyttöä varten (ja siihen liittyvä enintään kolmen vuoden vankeustuomio), mutta Liettuan rikoslakiin lisättiin hallussapitorikos, josta voi saada enintään kahden vuoden vankeusrangaistuksen. Luxemburgissa dekriminisoitiin vuonna 2001 kannabiksen käyttö ja poistettiin vankeustuomio pelkästä huumeidenkäytöstä ilman raskauttavia asianhaaroja, ja Suomessa säädettiin huumausaineen käyttörikoksesta, jossa on lyhennetty enimmäisvankeustuomio ja jonka syyttäjä voi käsitellä nopeutetussa menettelyssä.

Portugalissa säädettiin vuonna 2000 huumeidenkäyttöä koskevista hallinnollisista seuraamuksista, mutta Puolassa poistettiin samana vuonna vapautus rangaistuksesta hallussapitorikoksen osalta. Tämä kehitys ei kuitenkaan merkitse, että huumeidenkäytön vaikutuksia yhteiskuntaan katsottaisiin läpi sormien, kuten yleistä haittaa käsittelevästä erityiskysymyksestä ja edellä mainituista, hallussapitoa nuorten läheisyydessä koskevista rajoituksista voidaan nähdä.

Huumausaineakaupasta epäiltyjen kohdalla suuntauksena on ollut mahdollisen seuraamuksen tiukentaminen. Tanskassa huumausaineakaupparikoksista langetettavia enimmäisrangaistuksia pidennettiin yli 50 prosenttia maaliskuussa 2004. Vuoden 2004 alussa Virossa tiukennettiin seuraamuksia useimmista huumerikoksista, etenkin niistä, joihin liittyy raskauttavia asianhaaroja. Yhdistyneessä kuningaskunnassa enimmäisrangaistus C-luokan huumausaineiden kaupasta on nostettu viiden vuoden vankeudesta 14 vuoteen. Viime vuosina on myös pidennetty tuomioita nuoriin kohdistuvista jakelurikoksista (edellä) ja huumausaineakaupparikoksista Kreikassa vuonna 2001, Liettuassa vuonna 2000 ja Irlannissa vuonna 1999. Huumausaineakaupasta määrättävien seuraamusten tiukentaminen näkyy lokakuussa 2004 tehdyssä neuvoston puitepäätöksessä, jossa vahvistetaan laittoman huumausaineakaupan rikostunnusmerkitöjä ja seuraamuksia koskevat vähimmäissäännöt.

### Huumausaineet työpaikalla

Kahdessa maassa annettiin lainsäädäntöä huumausaineista työpaikalla. Suomessa lailla yksityisyyden suojasta työelämässä (759/2004) pyritään sääntelemään ja lisäämään työntekijän yksityisyyden suoja työelämässä huumausainetestien osalta. Laissa säädetään, että työnantajan ja työntekijöiden on laadittava työpaikalle päihdeohjelma, joka sisältää päihteiden käytön ehkäisemisen ja hoitovaihtoehtoja ja jossa luetellaan huumausainetestistä koskevaa todistusta edellyttävät työtehtävät. Työnantaja voi työhön otettaessa pyytää huumausainetestistä koskevaa todistusta vain tehtävään valitulta henkilöltä. Työnantajalla on oikeus käyttää todistuksen tietoja, jos työtehtävä edellyttää tarkkuutta, luotettavuutta, itsenäistä harkintakykyä tai hyvää reagoitukykyä ja jos sen suorittaminen huumeiden vaikutuksen alaisena tai huumeista riippuvaisena voi vaarantaa henkeä tai terveyttä tai aiheuttaa huomattavaa vahinkoa. Työntekijän on työsuhteen aikana esitettävä todistus vain, jos on perusteltua aihetta epäillä, että työntekijä on huumausaineiden vaikutuksen alaisena työssä tai että työntekijällä on riippuvuus huumeista.

<sup>(19)</sup> Lisätietoja, ks. EMCDDA:n aihekohtainen asiakirja *Illicit drug use in the EU: legislative approaches* (<http://www.emcdda.eu.int/?nodeid=7079>).

Irlannissa annettiin kesäkuussa 2004 työterveyttä, -turvallisuutta ja -hyvinvointia koskeva lakiehdotus. Sen erään pykälän mukaan työntekijöiden on varmistettava, etteivät he ole työssä siinä määrin päihteiden vaikutuksen alaisena, että he vaarantavat itsensä tai toisen työturvallisuuden, -terveyden tai -hyvinvoinnin. Lisäksi työntekijöiden on käytävä pätevän henkilön suorittamissa asianmukaisissa, kohtuullisissa ja oikeasuhteisissa testeissä, jos työnantaja sitä kohtuudella vaatii.

Uudessa EU:n toimintasuunnitelmassa korostetaan ehkäisevää huumeetä tietyissä ympäristöissä, kuten

työpaikalla. Kohdennetun ehkäisevän huumeetä korostaminen saattaa olla vastapaino yleiselle suuntaukselle, jossa huumeidenkäyttäjille määrättäviä seuraamuksia on lievennetty, koska huumeidenkäytön levinneisyys ja yleisyys ovat EU:ssa suuri huolenaihe. Ilmiön todellisesta laajuudesta ei kuitenkaan ole selkeitä lukuja, ja huumeidenkäytön muille kuin vaikutuksen alaisille henkilöille voivat herättää yksityisyyteen liittyviä monimutkaisia oikeudellisia kysymyksiä kansallisessa ja kansainvälisessä lainsäädännössä. Samalla pyritään kuitenkin parantamaan testausvälineiden tarkkuutta ja helppokäyttöisyyttä.

### **Huumeisiin liittyvä yleinen haitta: suuntaukset politiikoissa ja toimenpiteissä, EMCDDA:n vuoden 2005 vuosiraportti: erityiskysymykset**

Yleinen haitta on kasvava huolenaihe huumeepolitiikasta sekä kansallisella että Euroopan tasolla käytävissä keskusteluissa. "Huumeisiin liittyvällä yleisellä haitalla" tavallisesti tarkoitettua käyttäytymistä ja toimintaa on esiintynyt useimmissa jäsenvaltioissa, ehdokasvaltioissa ja Norjassa jo pitkään. Ilmiö ei siis ole uusi, mutta ainakin joissakin maissa on huumeepolitiikan alalla ilmaantunut uusi suuntaus tämän ilmiön luokitteluksi ja yhdistämiseksi yleisen käsitteen alle ja sen esiintymisen vähentämisen asettamiseksi kansallisen huumeestrategian tavoitteeksi.

Kuinka yleinen tämä suuntaus on Euroopan maissa? Onko tälle käsitteelle olemassa yksimielinen määritelmä? Miten ilmiön luonnetta ja laajuutta tulisi arvioida? Mihin politiikoilla tähdätään, ja millaisia toimia toteutetaan

riippumatta siitä, pyritäänkö niillä erityisesti ja ainoastaan vähentämään huumeisiin liittyvää yleistä haittaa? Onko arvioista vielä saatavilla mitään tuloksia, ja onko toimille vahvistettu laatuvaatimukset? Nämä ovat kaikki keskeisiä kysymyksiä, joihin tässä erityiskysymyksessä pyritään vastaamaan.

Esittämällä ajankohtaisen katsauksen siihen, miten huumeisiin liittyvää haittaa on käsitelty Euroopassa käydyssä poliittisessa keskustelussa, EMCDDA haluaa tarjota päättäjille ja suurelle yleisölle tietoa ilmiön luonteesta ja tämän huumeepolitiikan alan suuntauksista ja toimenpiteistä.

Tämä erityiskysymys on saatavilla painetussa muodossa ja Internetin kautta ainoastaan englanniksi "Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures, in EMCDDA annual report 2005: Selected issues". (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



## Luku 2

### Koulut, nuoret ja huumeet

Nuorten alkoholin- ja huumeidenkäytöstä saadaan vertailukelpoista tietoa pääasiallisesti 15- ja 16-vuotiaiden koululaisten keskuudessa tehtävistä kyselyistä. Alkoholia ja muita päihteitä koskevan eurooppalaisen koululaiskyselyhankkeen (ESPAD) puitteissa on suoritettu kyselyjä vuosina 1995, 1999 ja viimeksi vuonna 2003. Vuoden 2003 kysely (Hibell et al., 2004) tarjoaa vertailukelpoista tietoa 22 EU-maasta sekä Norjasta ja kolmesta ehdokasvaltiosta (Bulgariasta, Romaniasta ja Turkista). Koululaisten huumeidenkäytöstä on saatavilla tietoa muistakin koululaiskyselyistä (esim. Alankomaissa, Ruotsissa ja Norjassa tehdyistä kyselyistä) ja kouluikäisten

lasten terveystietäytymistä koskevasta tutkimuksesta (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC), ja tulokset ovat yleensä hyvin samankaltaisia.

### Huumeidenkäytön levinneisyys ja niiden käyttötavat

#### Kannabis

Viimeisimmän ESPAD-kyselyn tiedot vuodelta 2003 osoittavat, että kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuus 15- ja 16-vuotiaissa koululaisissa on korkein

#### Alkoholia ja muita päihteitä koskeva eurooppalainen koululaiskyselyhanke (ESPAD): hyödyllinen apuväline nuorten huumeiden- ja alkoholinkäytön suuntausten ymmärtämiseksi

ESPAD on tärkeä eurooppalaisten koululaisten huumeiden- ja alkoholinkäyttöä koskevan tiedon lähde, ja se on korvaamattoman arvokas apuväline pitkän aikavälin suuntausten kirjaamisessa. ESPAD-kyselyjä on tehty vuosina 1995, 1999 ja 2003. Standardoitujen menetelmien ja välineiden käyttäminen 15- ja 16-vuotiaiden koululaisten kansallisesti edustavien otosten käsittelyssä tarjoaa laadukkaan ja vertailukelpoisen tietosarjan. ESPAD-kyselyyn osallistujien määrä on kasvanut jokaisessa kyselyssä, ja siihen osallistuu sekä EU:n jäsenvaltioita että muita maita. Vuonna 1995 kyselyyn osallistui yhteensä 26 Euroopan maata (mukaan luettuina 10 maata, jotka liittyivät EU:hun toukokuussa 2004). Luku kasvoi 30:een vuonna 1999, ja vuoden 2003 kyselyyn osallistui jopa 35 maata, joihin kuului 23 EU:n jäsenvaltiota (mukaan luettuina 10 maata, jotka liittyivät EU:hun vuonna 2004), kolme ehdokasvaltiota (Bulgaria, Romania ja Turkki) ja Norja. Espanja ei osallistunut kyselyyn, mutta vuoden 2003 ESPAD-raportissa esitetään espanjalaisesta koululaiskyselystä (PNSD) saatuja kansallisia tietoja.

ESPAD-koululaiskyselyn vertailukelpoisuus perustuu siihen, että kohteena oleva ikäryhmä ja tiedonkeruun menetelmä ja ajoitus ovat standardoituja, kyselyssä käytetään satunnaistantaa, kyselylomakkeen rakenne on vankka ja osanottajien anonymiteetti on turvattu.

Kyselyn kysymykset keskittyivät alkoholinkäyttöön (käyttö ainakin kerran elämässä, viimeisten 12 kuukauden ja 30 päivän aikana, keskimääräinen kulutus, humalahakuinen juominen) ja laittomien huumausaineiden käyttöön (käyttö ainakin kerran elämässä, viimeisten 12 kuukauden ja 30 päivän aikana sekä käytön tiheys näiden aikarajojen sisällä).

Vuoden 2003 kyselyn tärkeimpiin tuloksiin EU:n jäsenvaltioissa, ehdokasvaltioissa ja Norjassa kuuluivat seuraavat:

- kannabis on selkeästi eniten käytetty laiton huumausaine,
- ekstaasi on toiseksi eniten käytetty laiton huumausaine, mutta sen käyttö on suhteellisen vähäistä,
- amfetamiineja, LSD:tä ja muita hallusinogeeniä käytetään vähän,
- huumesienten käytön levinneisyys on melko alhainen, mutta ne ovat yleisimmin käytetty hallusinogeeni 12 EU-maassa,
- koululaiset käyttävät lisäksi rauhoittavia lääkkeitä ilman lääkärin määräystä (korkein levinneisyys kansallisella tasolla on 17 %) ja inhaloitavia huumeita (korkein levinneisyys kansallisella tasolla on 18 %),
- niiden koululaisten osuus, jotka ovat juoneet humalahakuisesti (vähintään viisi alkoholiannosta putkeen) viimeisten 30 päivän aikana, vaihtelee voimakkaasti maiden välillä.

Lisätietoja ESPAD-kyselystä ja uuden raportin saatavuudesta löytyy ESPADin verkkosivustolta ([www.espad.org](http://www.espad.org)).

Tšekissä (44 %) (kaavio 1). Vähiten kannabista ainakin kerran käyttäneitä (alle 10 %) arvioidaan olevan Kreikassa, Kyproksella, Ruotsissa, Norjassa, Romaniassa ja Turkissa. Maihin, joissa kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuus on yli 25 prosenttia, kuuluvat Saksa, Italia, Alankomaat, Slovakia ja Slovenia (27 % ja 28 %), ja korkeimmat arvioidut osuudet – 32–40 prosenttia – ovat ilmoittaneet Belgia, Ranska, Irlanti ja Yhdistynyt kuningaskunta. Useimmissa maissa niiden koululaisten osuus, jotka ovat joskus kokeilleet kannabista, on kasvanut tasaisesti vuodesta 1995 lähtien <sup>(20)</sup>. Eri maiden välillä on kuitenkin suuria eroja.

Vuoden 2003 ESPAD-kyselyistä, jotka koskevat 15- ja 16-vuotiaita koululaisia, saadut uudet tiedot osoittavat, että kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuus vaihtelee 3:sta 44 prosenttiin. Koululaisista 2–36 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä kannabista viimeisten 12 kuukauden aikana, kun taas käyttö viimeisen

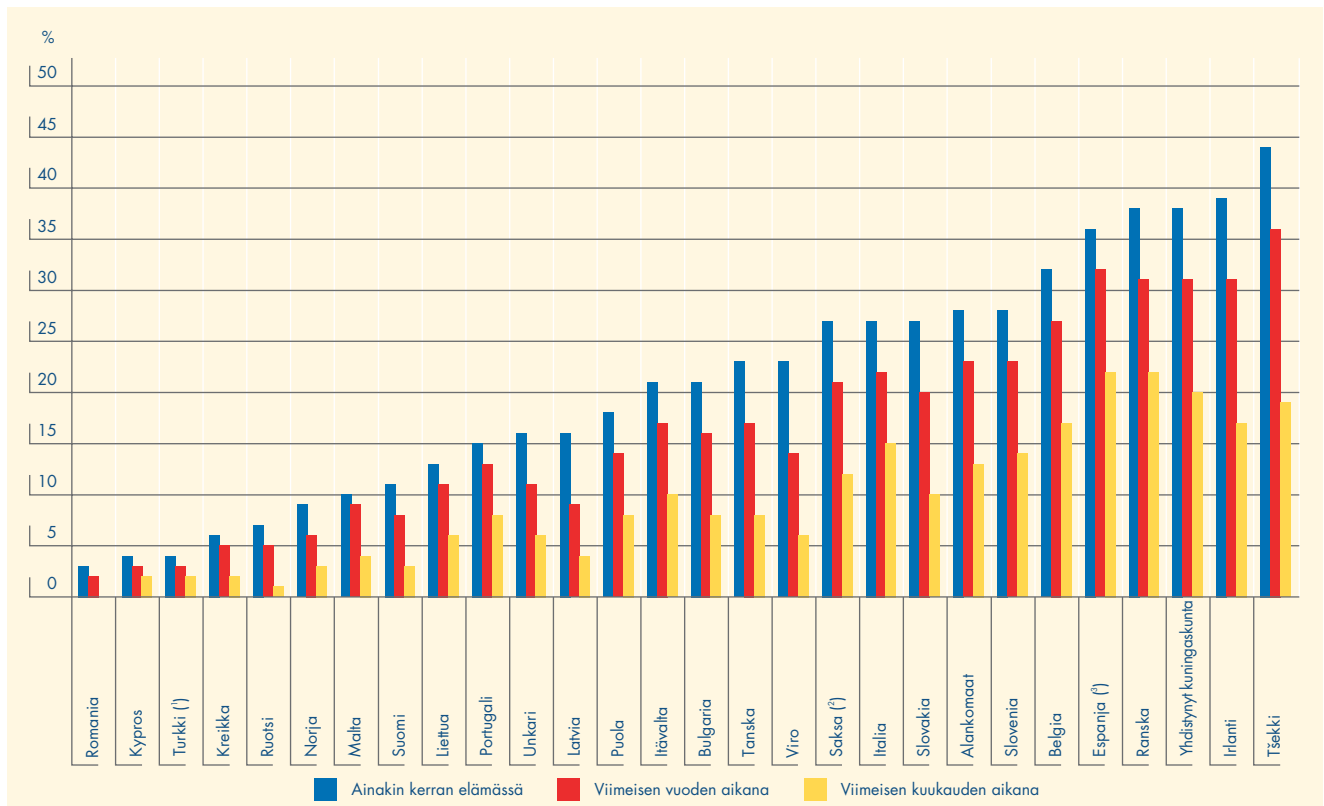
kuukauden aikana vaihtelee 0 prosentista joissakin maissa 19 prosenttiin toisissa maissa <sup>(21)</sup> (kaavio 1).

Levinneisyydessä on jonkin verran vaihtelua. Esimerkiksi kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuus on korkein Tšekissä, mutta kannabista nykyään (viimeisen kuukauden aikana) käyttävien osuus on korkein Espanjassa ja Ranskassa (22 %).

Kannabiksen käytön levinneisyys on lähes kaikissa maissa korkeampi miesten kuin naisten keskuudessa. Sukupuolten välinen ero tulee selvästi esiin, kun tarkastellaan koululaisia, jotka ilmoittavat käyttäneensä kannabista vähintään 40 kertaa elämässään <sup>(22)</sup>.

Vanhemmat koululaiset (17–18-vuotiaat) otettiin mukaan kansallisiin koululaiskyselyihin 11 jäsenvaltiossa ja Bulgariassa. Tässä ikäryhmässä kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuus vaihteli alle 2 prosentista Kyproksella 56 prosenttiin Tšekissä, kun taas kannabiksen nykyinen käyttö (viimeisen kuukauden aikana) vaihteli

**Kaavio 1:** Kannabista ainakin kerran käyttäneet, viimeisen vuoden aikana käyttäneet ja viimeisen kuukauden aikana käyttäneet 15- ja 16-vuotiaat koululaiset vuonna 2003



(1) Turkin luvut perustuvat yhteen suureen kaupunkiin kuudella eri alueella (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istanbul, Izmir ja Samsun).

(2) Saksan tiedot perustuvat vain kuuteen alueeseen (Baijeri, Brandenburg, Berliini, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern ja Thüringen).

(3) Espanja ei osallistunut ESPAD-kyselyyn. Kaaviossa esitetyt tiedot perustuvat Espanjassa marraskuussa ja joulukuussa 2002 tehtyyn kyselyyn. Huumeiden levinneisyyttä koskevia kysymyksiä voidaan pitää vertailukelpoisina ESPAD-kysymysten kanssa, mutta muiden menetelmään liittyvien tekijöiden johdosta Espanjan tiedot eivät ole täysin vertailukelpoisia.

Lähde: Hibell et al., 2004.

(20) Ks. kaaviot EYE-1 (osa ii) ja EYE-1 (osa ix) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

(21) Koululaisten kannabiksen käyttöä kuvaillaan tarkemmin luvussa 3.

(22) Ks. kaavio EYE-1 (osa iii) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

alle prosentista Kyproksella lähes 30 prosenttiin Ranskassa. Kyprosta lukuun ottamatta kaikissa kyselyjä suorittaneissa maissa kannabiksen käytön arvioitiin olevan yleisempää vanhempien koululaisten keskuudessa kuin 15- ja 16-vuotiaiden keskuudessa <sup>(23)</sup>.

Niiden koululaisten määrä, jotka ilmoittivat kokeilleensa kannabista 13-vuotiaana tai sitä nuorempana, kasvoi Tšekissä 5 prosenttia vuosina 1999–2003. Pientä kasvua (1–3 %) todettiin 13 muussa EU-maassa <sup>(24)</sup>. Laskua (prosentin verran) todettiin vain Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Tuoreen Eurobarometri-kyselyn (2004) <sup>(25)</sup> mukaan niiden 15–24-vuotiaiden nuorten määrä, jotka ilmoittivat, että heille oli tarjottu kannabista, kasvoi 46:sta 50 prosenttiin vuosina 2002–2004. Niiden nuorten määrä, jotka ilmoittivat tuntevansa kannabista käyttäneitä henkilöitä, kasvoi samana ajanjaksona 65:stä 68 prosenttiin.

ESPAD-kyselyt osoittavat, että koululaisten näkemykset kannabiksen käyttöön liittyvistä riskeistä ja kannabiksen saatavuudesta ovat suoraan suhteessa kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuuteen. Riskin ja levinneisyyden välinen suhde on käänteinen <sup>(26)</sup>, eli riskit nähdään suurina, kun levinneisyys on alhainen, ja päinvastoin, sen sijaan näkemys saatavuudesta on suoraan suhteessa ainakin kerran käyttäneiden osuuteen <sup>(27)</sup>.

Maissa, joissa kannabiksen käytön levinneisyys arvioidaan keskiarvoa korkeammaksi, nuoret saattavat olla taipuvaisempia pitämään kannabiksen käyttöä ”normaalina”. Useimmat maat, jotka ilmoittivat melko korkeita arvioita kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuudesta, ilmoittivat myös melko korkeita arvioita humalahakuisesta juomisesta (joka määritellään vähintään viiden alkoholiannoksen juomiseksi putkeen) viimeisten 30 päivän aikana <sup>(28)</sup>, mikä viittaa siihen, että nämä kaksi käyttäytymistä saattavat kuulua samaan elämäntapaan. Poikkeuksina ovat Ranska, Italia ja Bulgaria, joissa kannabiksen käyttö on melko yleistä mutta humalahakuinen juominen on melko vähäistä.

### Muut huumausaineet

Ekstaasin käytön levinneisyys oli korkeampi kuin amfetamiinin käytön levinneisyys 14:ssä niistä EU:n jäsen- ja ehdokasvaltiosta, jotka osallistuivat vuoden 2003

ESPAD-kyselyyn <sup>(29)</sup>. Ekstaasia ainakin kerran käyttäneiden osuus oli alhaisin (enintään 2 %) Tanskassa, Kreikassa, Liettuassa, Maltalla, Suomessa, Ruotsissa, Norjassa, Romaniassa ja Turkissa. Osuus oli korkeampi, 3–4 prosenttia, Belgiassa, Saksassa, Ranskassa, Italiassa, Latviassa, Itävallassa, Puolassa, Portugalissa, Sloveniassa, Slovakiassa ja Bulgariassa. Maat, joissa ekstaasia ainakin kerran käyttäneiden osuus oli kaikkein korkein, olivat Tšekki (8 %) sekä Viro, Espanja, Irlanti, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta (kaikissa 5 %).

Kun tarkastellaan käyttöä eri ajanjaksoina, ekstaasia ainakin kerran käyttäneiden suurin osuus vuonna 2003 oli 8 prosenttia, viimeisten 12 kuukauden aikana (hiljattain) käyttäneiden suurin osuus oli 5 prosenttia ja viimeisen kuukauden aikana (nykyään) käyttäneiden suurin osuus oli 2 prosenttia.

Perättäiset tutkimukset osoittavat, että – yleisesti katsoen – ekstaasia ainakin kerran käyttäneiden osuus 15- ja 16-vuotiaista koululaisista kasvoi vuosina 1995–2003, ja kasvu oli voimakkainta Tšekissä ja useimmissa uusista jäsenvaltioista <sup>(30)</sup>. Ekstaasia ainakin kerran käyttäneiden osuudesta vuoden 1999 ESPAD-kyselyssä saatujen tietojen perusteella tilanne vaihtelee joissakin maissa. Yhdistyneessä kuningaskunnassa ennen vuotta 1999 tapahtunut ekstaasin käytön väheneminen saattaa selittyä ainakin osittain ekstaasiin liittyvien kuolemien 1990-luvun loppupuolella saamalla laajalla julkisuudella.

### Psilosiini ja psilosybiini – huumesienet

Psilosiini ja psilosybiini, niin sanottujen huumesienien psykoaktiiviset ainesosat, sisältyvät Yhdistyneiden Kansakuntien vuoden 1971 yleissopimuksen luetteloon 1, ja ne ovat siten säädelyjä kaikissa jäsenvaltioissa. Huumesienien oikeudellinen asema samoin kuin niiden viljelyä ja käyttöä koskevien lainsäädännöllisten rajoitusten valvonta vaihtelee kuitenkin eri jäsenvaltioissa, eli sienet saattavat olla säänneltyjä, sääntelemättömiä tai säänneltyjä ”jalostettuina”, joka on lainsäädännöllisesti epäselvä käsite.

ESPAD-kyselyssä raportoitiin huumesienien käytöstä ensimmäisen kerran vuonna 2003. Useimmissa kyselyyn osallistuneista maista arvioidaan, että huumesienien käyttö on 15- ja 16-vuotiaiden keskuudessa yleisempää tai yhtä

<sup>(23)</sup> Ks. taulukot EYE-1 ja EYE-3 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(24)</sup> Ks. kaavio EYE-1 (osa vii) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(25)</sup> Vuonna 2004 tehtiin toinen Eurobarometri-kysely (Eurobarometri, 2004) nuorista ja huumeista. Tähän näytepohjaiseen kyselyyn otettiin mukaan 7 659 sellaista 15–24-vuotiasta nuorta EU:n 15 vanhassa jäsenvaltiossa, jotka osallistuivat edelliseen kyselyyn vuonna 2002.

<sup>(26)</sup> Ks. kaavio EYE-1 (osa v) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(27)</sup> Ks. kaavio EYE-1 (osa vi) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(28)</sup> Ks. kaavio EYE-1 (osa viii) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(29)</sup> Ks. kaavio EYE-2 (osa iv) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(30)</sup> Ks. kaavio EYE-2 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.



yleistä kuin LSD:n ja muiden hallusinogeenien käyttö<sup>(31)</sup>. Lisäksi huumesieniä ainakin kerran käyttäneiden osuus oli korkeampi kuin ekstaasia ainakin kerran käyttäneiden osuus Belgiassa, Saksassa ja Ranskassa ja yhtä suuri Tšekissä, Tanskassa, Italiassa, Alankomaissa ja Puolassa. Huumesieniä ainakin kerran käyttäneitä ei ollut lainkaan Kyproksella, Suomessa ja Romaniassa. Heidän osuutensa kasvoi Saksassa, Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa 4 prosenttiin ja Belgiassa, Ranskassa ja Alankomaissa 5 prosenttiin. Levinneisyys on korkein Tšekissä (8 %). Huumesienien käytön suuntauksista ei ole saatavilla tietoa.

## Viimeaikainen kehitys ehkäisevän huumetyön alalla

Yksilöiden arvoihin ja käyttäytymiseen vaikuttaa se, mitä he pitävät tavallisena toimintana sosiaalisessa ympäristössään, ja tämä on erityisen totta nuorten kohdalla. Jos nuoret pitävät kannabiksen kokeilua ”normaalina” ja sosiaalisesti hyväksyttävänä (ja yhdistävät sen matalaan riskiin ja helppoon saatavuuteen), tämä saattaa vaikuttaa ratkaisevasti heidän kannabiksen käyttöä koskeviin arvoihin ja käyttäytymiseen (Botvin, 2000). Ehkäisevän työn haasteena on tarjota nuorille sosiaalisia ja kognitiivisia strategioita tällaisen vaikutuksen hallintaan. Ehkäisy politiikkojen tehokkuutta ei siis voida realistisesti arvioida nuorten huumeidenkäyttöä koskevan tiedon pohjalta eikä etenäkään kokeiluja koskevien arvioiden pohjalta, koska ne heijastavat yhteiskunnallisia normeja eivätkä todellista ongelmakäyttäytymistä.

Ehkäisevää työtä tulisi sen sijaan arvioida tiettyjä selkeitä arviointiperusteita vasten, joita ovat seuraavat: tarkoin määritellyt tavoitteet, kohderyhmät ja toimet, jotka esitetään kansallisissa strategioissa ja jotka perustuvat kansainväliseen tietopohjaan; laadunvalvontatoimet; valikoivien ehkäisytoimien ja perhelähtöisen ehkäisevän työn kehittäminen; sekä laillisten huumeaineiden sääntelytoimenpiteet, joilla pyritään vaikuttamaan tiettyä kulutuskäyttäytymistä suvaitseviin tai sellaisen hyväksyviin yhteiskunnallisiin normeihin.

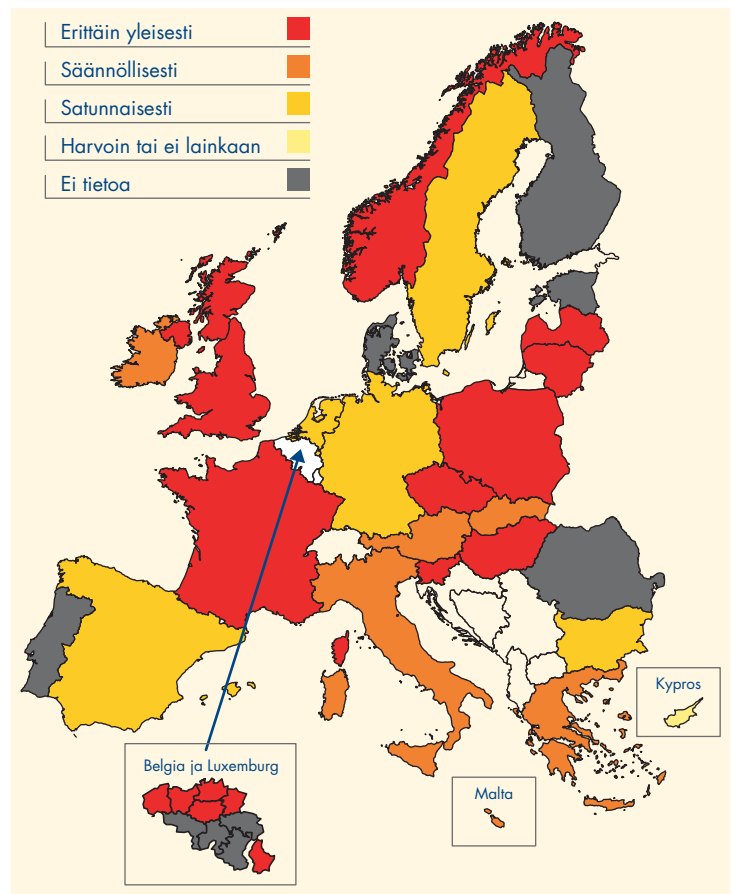
Ehkäisevän työn strategioiden arvioinnin osalta on syytä tuoda esiin, että Ranskan ja Italian uusiin kansallisiin strategioihin sisältyy merkittäviä edistysaskelia aiempiin politiikkoihin verrattuna sikäli, että niissä on määritelty entistä tarkemmin ehkäisevän työn rooli samoin kuin jäsenetymien ohjelmien ja ensisijaisten toiminta-alueiden tärkeys. Lähes kaikissa jäsenvaltioissa ollaan siirtymässä entistä strategisempiin lähestymistapoihin, ja

haavoittuvassa asemassa olevat ryhmät otetaan yhä paremmin huomioon yleisessä suunnittelutyössä.

## Normatiiviset ja rakenteelliset toimenpiteet

Laillisten huumeaineiden valvontatoimenpiteet auttavat luomaan normatiivisen pohjan, jolle muut ehkäisytoimenpiteet voidaan rakentaa. Yhteiskunnalliset normit, jotka tukevat tupakan- ja alkoholinkäyttöä ja suvaitsevat niiden vaikutuksen käyttäytymiseen, ovat tunnettuja riskitekijöitä, jotka vaikuttavat myönteiseen asenteeseen laittomia huumeaineita ja niiden käyttöä kohtaan (Becoña, 2002). Toisin kuin yleisesti uskotaan, yhteiskunnallisiin normeihin vaikuttavat enemmän valvontatoimenpiteet kuin tiedotusvälineiden kampanjat tai valistus (Hawks et al., 2002; Canning et al., 2004). Eurostatin tutkimuksessa (2002) verrattiin tupakan valvontatoimenpiteitä ja tupakointia koskevia indikaattoreita lasten/nuorten osalta EU:n jäsenvaltioissa, ja siinä havaittiin, että tupakoinnin valvontatoimenpiteiden (mainostamisen kieltäminen, ikäraajat ostamiselle,

Kaavio 2: Koulujen politiikat



Huom. Belgian saksankieliset = satunnaisesti.  
Lähteet: Kansalliset Reitox-koordinaatitkeskukset.

<sup>(31)</sup> Ks. kaavio EYE-2 (osa v) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.



rajoitukset jne.) ankaruus oli suhteessa tupakointitottumuksiin. Nuorten tupakointiasteen todettiin olevan korkeampi melko lievän politiikan maissa (kuten Tanskassa, Saksassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa) kuin maissa, joissa valvonta on tiukempaa (kuten Ranskassa, Ruotsissa ja Norjassa). Ehkäisytoimien tiedetään vaikuttavan vain rajallisesti, jos yhteiskunnalliset normit ja politiikat ovat ristiriidassa niiden kanssa tai eivät ainakaan tue niitä. EU:n ja WHO:n tällä alalla tekemät aloitteet (Aspect Consortium, 2004) ovat tuottaneet tulosta, ja jäsenvaltiot ovat alkaneet yhdistää tupakoinnin sääntelypolitiikkoja huumeidenkäytön ehkäisyyn.

### Kouluissa tehtävä ehkäisevä työ

Kouluja pidetään kaikissa jäsenvaltioissa tärkeimpänä ympäristönä yleiselle ehkäisevälle huumetyölle, ja kansallisissa strategioissa ja niiden jäsenneyssä täytäntöönpanossa on asetettu huomattavasti entistä enemmän painoa kouluissa tehtävälle ehkäisevälle työlle. Tämä ilmenee siten, että koulujen huumausaineiden torjumista koskevat politiikat yleistyvät (kaavio 2), kouluille kehitetään erityisiä modulaarisia ehkäisevän huumetyön ohjelmia ja opettajien koulutusta parannetaan.

Yhä jäsennetympiä ehkäisevän huumetyön ohjelmia on entistä useammassa maassa otettu käyttöön (Tanskassa on käynnissä ensimmäinen kouluissa toteutettava elämäntaitojen ohjelma), laajennettu (Saksa) tai suunniteltu (Ranska ja Italia kansallisissa strategioissaan). Esimerkiksi vuonna 2003 ehkäisevän huumetyön ohjelmia toteutettiin 60 prosentissa Puolan kouluista.

Kreikka tarjoaa erityisen hyvän esimerkin ehkäisy politiikkojen siirtämisestä perinteisistä tietopohjaisista ja yksilöllisistä (neuvonta) lähestymistavoista kohti todellista kansanterveysstrategiaa, jolla voidaan maksimoida kattavuus ohjelmajohjaisten lähestymistapojen kautta. Kouluissa toteutettavien ehkäisevän huumetyön ohjelmien määrä on yli kaksinkertaistunut Kreikassa vuosina 2000–2003, ja perhelähtöisten ohjelmien määrä on kolminkertaistunut samana ajanjaksona. Myös Malta ja Yhdistynyt kuningaskunta ovat kasvattaneet ohjelmajohjaisten lähestymistapojen roolia ehkäisy politiikoissaan: Blueprint Programme -ohjelmassa pyritään selvittämään, miten tehokasta huumeidenkäytön ehkäisyä koskevaa kansainvälistä tutkimusta voitaisiin hyödyntää englantilaisessa koulujärjestelmässä, ja se pohjautuu näyttöön siitä, että kouluissa tarjottavan huumevalistuksen yhdistäminen vanhempien osallistamiseen, tiedotusvälineiden kampanjoihin, paikallisiin terveydenhoitoaloitteisiin ja yhteisön kumppanuuksiin on

tehokkaampaa kuin toimien toteuttaminen yksinomaan koulujen tasolla. Ohjelmaan on myönnetty kuusi miljoonaa puntia (8,5 miljoonaa euroa) viideksi vuodeksi <sup>(32)</sup>.

### Seuranta ja laadunvalvonta

Ehkäisevän huumetyön laadun valvominen ja parantaminen edellyttää selkeää yleiskuvaa olemassa olevasta toiminnasta ja sen sisällöstä. Jäsenvaltiot pitävätkin ehkäisevän huumetyön ohjelmien seurantaan yhä tärkeämpänä, mistä ovat osoituksena Saksassa <sup>(33)</sup> ja Norjassa <sup>(34)</sup> käyttöön otetut uudet järjestelmät sekä unkarilainen tutkimushanke ”Valoja ja varjoja”, jossa kerättiin tietoa kouluissa toteutettujen ehkäisevän huumetyön ohjelmien sisällöstä, tavoitteista, menetelmistä, kohderyhmistä ja kattavuudesta. Ohjelmia seurataan myös Tšekissä sekä Ginger-tietokannan kautta Flanderissa. Espanja on valitettavasti luopunut IDEA Prevención -järjestelmästä, joka oli usean vuoden ajan pisimmälle kehitetty ehkäisevän huumetyön seuranta- ja laatu järjestelmä Euroopassa.

Ehkäisevän huumetyön tietojärjestelmät auttavat myös jäljittämään tehottomia käytäntöjä ja ohjelmien osatekijöitä. Esimerkiksi asiantuntijoiden tai poliisiviranomaisten pitämät yksittäiset tiedotustilaisuudet tai luennot ovat yhä yleisiä useissa jäsenvaltioissa, vaikka tutkimukset ovat yksiselitteisesti osoittaneet, että tällaiset toimet ovat tehottomia, elleivät jopa haitallisia (Canning et al., 2004).

Vain ehkäisytoiminnan järjestelmällinen kirjaaminen mahdollistaa ehkäisevän huumetyön ohjelmien sisällön tarkastelemisen ja siten – tehokkuudesta saatavilla olevan tiedon pohjalta – niiden kohdentamisen tiettyihin väestönsosiin. Ehkäisevän huumetyön ohjelmien täytäntöönpanoa koskevat ohjeet tai säännöt ovat ratkaisevan tärkeitä erityisesti maissa, joissa ehkäisevä huumetyö on hyvin hajautettua.

### Ohjelmien ja toiminnan sisältö

Ohjelmajohjaisten lähestymistapojen yleistymisen ja standardoidun tiedonkeruun paraneminen ovat mahdollistaneet ehkäisy politiikkojen sisältöjen ja suuntausten EU:n laajuisen tarkastelun ja vertailun. Tiedot saadaan yleensä kansallisilta asiantuntijoilta tai asiantuntijaryhmiltä, joilla on luotettava yleiskuva maansa tilanteesta siten, että he voivat antaa standardoituja arvosanoja, tai ne pohjautuvat seuratuista ohjelmajohjaisten toimista saatavaan määrälliseen tietoon, jota on saatavilla joistakin jäsenvaltioista, kuten Kreikasta ja Unkarista.

<sup>(32)</sup> [www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint](http://www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint)

<sup>(33)</sup> [PrevNet \(www.preynet.de\)](http://www.preynet.de).

<sup>(34)</sup> [www.forebyggingstiltak.no](http://www.forebyggingstiltak.no)

Useimmat jäsenvaltiot ovat käynnistäneet kouluissa henkilökohtaisten ja sosiaalisten taitojen koulutuksen osana ehkäisevää huumeuutia. Koulutuksessa käsitellään muun muassa päätöksentekoa, selviytymistä, tavoitteiden asettamista ja itsevarmuutta sekä myötätunnon osoittamista ja välittämistä. Tämä näyttöön pohjautuva tekniikka, joka

on johdettu sosiaalisen oppimisen teorioista <sup>(35)</sup>, vaikuttaa olevan nykyään tärkeä menetelmä useimmissa jäsenvaltioissa, jopa sellaisissa, joissa ei noudateta ohjelmajohjaista lähestymistapaa (Ranskassa, Luxemburgissa ja Ruotsissa) (taulukko 2). Virossa on laajalti käytössä kirja, jossa opetetaan sosiaalisia taitoja.

**Taulukko 2: Kouluissa tehtävä ehkäisevä työ Euroopassa**

	Laatuvaatimukset/ohjeet <sup>(1)</sup>			Henkilökohtaiset sosiaaliset taidot	Tavoitteet	
	Olemassa	Pakolliset	Rahoituksen edellytys		Ensisijainen	Toissijainen
Belgia (fl.)	kyllä	kyllä	kyllä	erittäin yleisesti	elämänhallintataidot	tiedotus
Belgia (ra.)	kyllä	kyllä	kyllä	tes	suojaava ympäristö	koulutussuhde
Tšekki	suunniteltu		kyllä	erittäin yleisesti	itsetunto	suojaava ympäristö
Tanska	ei			ei	tiedotus	
Saksa	ei			erittäin yleisesti	elämänhallintataidot	tiedotus
Viro	ei			satunnaisesti	tes	
Kreikka	kyllä	kyllä	kyllä	erittäin yleisesti	elämänhallintataidot	koulutussuhde
Espanja	suunniteltu	kyllä	kyllä	erittäin yleisesti	elämänhallintataidot	itsetunto
Ranska	kyllä			harvoin	tiedotus	elämänhallintataidot
Irlanti	kyllä	kyllä		erittäin yleisesti	elämänhallintataidot	itsetunto
Italia	kyllä			säännöllisesti	tiedotus	elämänhallintataidot
Kypros	suunniteltu	kyllä	kyllä	satunnaisesti	suojaava ympäristö	elämänhallintataidot
Latvia	suunniteltu			satunnaisesti	tiedotus	elämänhallintataidot
Liettua	ei			säännöllisesti	tiedotus	
Luxemburg	kyllä		kyllä	säännöllisesti	koulutussuhde	elämänhallintataidot
Unkari	suunniteltu			säännöllisesti	tiedotus	elämänhallintataidot
Malta	ei			erittäin yleisesti	tiedotus	elämänhallintataidot
Alankomaat	kyllä			ei	tiedotus	
Itävalta	kyllä		ei	satunnaisesti	elämänhallintataidot	suojaava ympäristö
Puola	ei			säännöllisesti	elämänhallintataidot	tiedotus
Portugali	kyllä	kyllä	kyllä	satunnaisesti	tiedotus	elämänhallintataidot
Slovenia	suunniteltu			satunnaisesti	tiedotus	elämänhallintataidot
Slovakia	ei			harvoin		
Suomi	tes			tes	tiedotus	tiedotus
Ruotsi	ei			säännöllisesti	suojaava ympäristö	sosiaalinen osallisuus
Yhdistynyt kuningaskunta	kyllä			erittäin yleisesti	tiedotus	elämänhallintataidot
Norja	ei			säännöllisesti	tiedotus	itsetunto
Bulgaria	tes			satunnaisesti	tiedotus	suojaava ympäristö
Romania	tes			satunnaisesti		

*Huom.* tes: tietoja ei ole saatavilla.

<sup>(1)</sup> On syytä pitää mielessä, ettei Euroopan tasolla ole sovittu yhteistä määritelmää "laatuvaatimuksille ja ohjeille" ja että tietojen tarkkuudessa voi olla eroja, jotka vaikuttavat vertailukelpoisuuteen.

<sup>(35)</sup> Käyttäytymistä pidetään roolimallien, normien ja merkityksellisten henkilöiden asenteiden kautta tapahtuvan sosiaalisen oppimisen tuloksena (Bandura, 1977). Kieleistä asennetta huumeiden käyttöön ja suojelevaa uskoa omaan kyvykkyyteen voidaan oppia tai ehdollistaa. Tämä käsite on vertaismallien ja elämänhallintataitojen mallin perusta.

Tiedon tarjoaminen on monessa jäsenvaltiossa edelleen keskeisessä asemassa ehkäisevässä huumetyössä (ks. taulukko 2). Tiedon tarjoamisen rajallista arvoa huumeidenkäytön ehkäisyssä ollaan vasta hitaasti tunnustamassa (ks. esim. Ruotsin kansallinen raportti). Yksinomaan terveyskasvatukseen pohjautuvat lähestymistavat vaikuttavat ainoastaan kognitiivisiin prosesseihin, ja niistä puuttuu usein käyttäytymisen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen oppimisen konkreettisia osatekijöitä. Nämä lähestymistavat ovat kuitenkin yhä laajalti käytössä joissakin maissa, vaikka ne eivät vastaa nykyistä käsitystä tehokkaasta ehkäisevästä huumetyöstä.

Näiden lähestymistapojen säilymiselle ehkäisevässä huumetyössä on kaksi selitystä. Ensimmäinen on vaistomainen ja perinteinen oletus, että tiedon tarjoaminen huumeista ja huumeidenkäyttöön liittyvistä riskeistä toimii pelotteena. Toinen selitys heijastaa viimeaikaista suuntausta, jossa paino on haittojen vähentämisellä ja joka pohjautuu siihen uskoon, että kognitiiviset taidot ovat behavioraalisia lähestymistapoja tärkeämpiä, kun nuoria opetetaan tekemään tietoon perustuvia päätöksiä ja valintoja elämässään. Tämän tekniikan kannattajat uskovat, että behavioraaliset lähestymistavat ehkäisevään huumetyöhön, kuten elämänhallintataitojen parantaminen, ovat holhoavia ja demonisoivat huumeidenkäyttöä (Ashton, 2003; Quensel, 2004) ja että paras menetelmä on kognitiivisten työkalujen antaminen nuorille tarjoamalla heille tietoa. Erilaisista perinteistään huolimatta molemmissa lähestymistavoissa nähdään terveyskäyttäytyminen ja erityisesti huumeidenkäyttö henkilökohtaisena järkipärisenä valintana, kun taas terveystieteissä vallitsee laaja yksimielisyys siitä, että sosiaaliset tekijät (naapurusto, vertaisryhmät, normit) ja henkilökohtaiset tekijät (luonne, teoreettiset ja emotionaaliset taidot) vaikuttavat terveyskäyttäytymiseen ja huumeidenkäyttöön enemmän kuin pelkkä kognitio.

Virheellinen näkemys huumeidenkäytöstä normaalina ja sosiaalisesti hyväksyttävänä toimintana vertaisväestössä on tärkein kognitiivinen osatekijä, johon voidaan vaikuttaa ehkäisevällä työllä. Jos 30 prosenttia nuorista on käyttänyt kannabista ainakin kerran, tämä tarkoittaa, että yli kaksi kolmasosaa kyseisestä väestöstä ei ole koskaan käyttänyt kannabista ja he edustavat ”normaaliliutta”. Nuorten normatiivisiin käsityksiin kohdistuvia tekniikoita käytetään kuitenkin Euroopassa vain vähän, vaikka niiden hyöty on todistettu (Reis et al., 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers et al., 2002).

### Valikoiva ehkäisevä huumetyö

Kansallisissa huumestrategioissa ja toimintasuunnitelmissa mainitaan yhä useammin ja selkeämmin haavoittuvassa

asemassa olevat ryhmät ehkäisytöimenpiteiden erityisenä kohteena. Niitä painotetaan erityisesti uusissa jäsenvaltioissa: Virossa (katulapset, erityiskoulut), Unkarissa, Kyproksella, Maltalla, Puolassa (laiminlyödyt lapset ja häiriintyneiden perheiden nuoret) ja Sloveniassa.

Valikoivan ehkäisevän huumetyön kohteena olevilla haavoittuvassa asemassa olevilla ryhmillä on usein mittavaa kokemusta laillisista ja laittomista päihteistä, joten useimmat valikoivat ehkäisytöimet rajoittuvat rätätälöidyn tiedon tarjoamiseen, yksilölliseen neuvontaan sekä luovaan toimintaan tai urheiluun. On kuitenkin syytä muistaa, että yleiseen ehkäisevään huumetyöhön kuuluvissa laajoissa sosiaalisen vaikuttamisen ohjelmissa käytettävät menetelmät ovat aivan yhtä tehokkaita, elleivät tehokkaampiakin, valikoivassa ehkäisevässä huumetyössä. Normatiivinen uudelleenjäsentely (eli sen oppiminen, että useimmat ikätoverit paheksuvat huumeidenkäyttöä), itsevarmuuden kehittäminen, motivointi ja tavoitteiden asettaminen sekä myyttien oikaiseminen ovat osoittautuneet erittäin tehokkaiksi haavoittuvassa asemassa olevien nuorten parissa (Sussman et al., 2004), mutta niitä käytetään EU:ssa vain harvoin valikoivassa ehkäisevässä huumetyössä. Viihdeympäristössä tehtävä ehkäisevä työ (ks. ”Ehkäisevä huumetyö viihdeympäristöissä”, s. 48) on yleensä kohdennetun tiedon tarjoamista.

### Kouluissa tehtävä valikoiva ehkäisevä huumetyö

Kouluissa tehtävän valikoivan ehkäisevän huumetyön pääpaino on kriisiavulla ja ongelmanuorten varhaisella tunnistamisella. Tavoitteena on löytää koulujen tasolla ratkaisuja, joilla estetään riskiryhmään kuuluvia oppilaita lopettamasta koulunkäyntiä tai joutumasta erotetuksi koulusta, sillä se pahentaisi entisestään heidän tilannettaan. Saksassa, Irlannissa, Luxemburgissa ja Itävallassa (Leppin, 2004) noudatetaan ohjelmapohjaisia lähestymistapoja, kun taas Puolassa ja Suomessa tarjotaan opettajille koulutusta ja ohjeita ongelmaoppilaiden, myös huumeita käyttävien oppilaiden, tunnistamiseen ja asianmukaisten toimien toteuttamiseen. Perinteisiin yksilöllisiin lähestymistapoihin kuuluvat koulutukseen liittyvät psykologiset palvelut (esimerkiksi Ranskassa ja Kyproksella), jotka edellyttävät hoitoon ohjaamista (ja hakeutumista). Irlannissa on uusi intensiivinen koulutusalan sosiaalipalvelu, joka työskentelee koulujen ja perheiden kanssa koulutuksellisesti heikossa asemassa olevilla alueilla lasten säännöllisen koulunkäynnin varmistamiseksi.

### Valikoivat yhteisöpohjaiset lähestymistavat

Valikoivien yhteisöpohjaisten lähestymistapojen kohteena ovat pääasiallisesti haavoittuvassa asemassa olevat nuoret kaduilla. Pohjoismaissa käytössä olevissa Nightwalkers-

lähestymistavoissa vanhempien muodostamat ryhmät partioivat kaduilla. Itävallassa on panostettu voimakkaasti ehkäisevään huumeidenkäytön, sosiaaliskasvatuksen ja sosiaalityön rakenteiden välisen tasapainon parantamiseen tarjoamalla kursseja, laatuohjeita ja yhteisiä seminaareja esimerkiksi nuorten parissa viihdeympäristöissä työskenteleville sosiaalityöntekijöille. Tavoitteena on myös käyttää sosiaalisen nuorisotyön rakenteita ammattimaisessa ehkäisevässä huumeidenkäytössä. Samansuuntaisesti Norjassa tuetaan yhteistyötä ja vahvistetaan poikkitieteellisiä ponnisteluja koulujen, lastensuojelupalvelujen ja sosiaalipalvelujen välillä. Näissä hankkeissa käytetään nopean arvioinnin ja reagoinnin (rapid assessment and response, RAR) menetelmiä<sup>(26)</sup> – tiedon nopeaa keruuta (tilastoaineisto) yhdistettynä haastatteluihin (kyselylomakkeet, kohderyhmät) ja/tai havaintoihin ongelma-alueella – Norjassa mutta myös Saksassa ja Alankomaissa.

Riskialttiisiin naapurustoihin keskittyvillä tukitoimilla on perinteitä Irlannissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja vähemmässä määrin Alankomaissa ja Portugalissa. Myös Saksa (Stöver ja Kolte, 2003, mainittu Saksan kansallisessa raportissa) ja Ranska ovat nyt ehdottaneet toimia tällä alalla. Ehkäisevän huumeidenkäytön kohdistaminen sosiaalisiin perustein tiettyihin maantieteellisiin alueisiin on uutta näissä maissa.

Jäsenvaltiot kohdistavat valikoivaa ehkäisevää huumeidenkäytön myös yhä enemmän tiettyihin etnisiin ryhmiin (esimerkiksi Irlanti, Luxemburg, Unkari). Etnisyyden painottaminen on tärkeä näkökohta esimerkiksi Unkarissa, jossa huumeisiin liittyvien ongelmien riski on erityisen suuri romaniväestön keskuudessa sen sosiaalisten ja kulttuuristen erityispiirteiden ja epäedullisten elinolojen johdosta. Romaneille tarjottava vertaiskoulutus, tukiryhmät, seuranta, erilaiset ehkäisevän työn ohjelmat ja matalan kynnyksen palvelut ovat Unkarissa kansalaisjärjestöjen ylläpitämiä.

### Haavoittuvassa asemassa olevat perheet

Yleinen perhelähtöinen ehkäisevä huumeidenkäyttö, lähinnä vanhemmille tarjottavat iltatilaisuudet, luennot, seminaarit ja työpajat, on yhä suosittua useissa jäsenvaltioissa (Saksa, Ranska, Kypros ja Suomi), vaikka sen tehokkuudesta ei olekaan näyttöä (Mendes et al., 2001). Kreikassa, Espanjassa, Irlannissa ja Norjassa on kuitenkin tapahtunut kiinnostavaa kehitystä perheiden parissa tehtävän valikoivan ehkäisevän huumeidenkäytön alalla, kun niissä on otettu käyttöön innovatiivisia menetelmiä, joissa ei keskitytä vain huumeongelmaisiin perheisiin/vanhempiin, vaan tunnustetaan sosiaalisten,

taloudellisten ja kulttuuristen tekijöiden osuus huumeidenkäytössä. Alankomaissa tehdyssä maahanmuuttajaperheiden vanhemmille tarkoitettujen huumeidenkäytön ehkäisyhankkeiden arvioinnissa todettiin, että maahanmuuttajaverkostojen kautta naisille ja miehille erikseen tarjottava standardoitu tukitoiminta voisi olla yksi vaihtoehto (Tarweij ja Van Wamel, 2004). Vanhemmille järjestettävää hallinnan koulutusta (Parent Management Training, PMTO, Oregonin malli), alun perin vakavista käyttäytymishäiriöistä kärsivien lasten perheille tarkoitettua koulutusmenetelmää, on toteutettu ja arvioitu Norjassa kolmessa kunnassa. Kahdessa muussa maassa on pantu täytäntöön perheiden tukiohjelma Iowa Strengthening Families Program (ISFP). Tässä intensiivisessä riskialttiiden perheiden tukiohjelmassa yhdistyvät opetusmenetelmät koululaisille (10–14-vuotiaat) ja koulutusohjelma heidän vanhemmilleen, ja siinä pyritään ehkäisemään huumeidenkäyttöä vahvistamalla perheiden valmiuksia ja perhesiteitä (Kumpfer et al., 2003).

### Kohdennetun ehkäisevän huumeidenkäytön tarve

Kohdennettu ehkäisevä huumeidenkäyttö keskittyy henkilöihin, joilla on tunnistettu olevan huumeongelmien riskitekijöitä, kuten tarkkaavaisuuden ja ylivilkkauksen häiriö (ADHD). ADHD:sta kärsiviin nuoriin kohdennettuja ehkäisytoimia on kuitenkin raportoitu vain Saksasta ja Ruotsista. Saksassa on arvioitu, että 2–6 prosenttia 6–18-vuotiaista kärsii ADHD:sta, mikä tekee siitä yhden lasten ja nuorten yleisimmistä kroonisista sairauksista. Ruotsissa näille nuorille tarkoitettuun ehkäisystrategiaan sisältyy kognitiivista ja sosiaalista koulutusta, ja menetelmiä levitetään ehkäisytyön ammattilaisille tarkoitettua koulutuksen kautta. Lähes kaikki alle kouluikäiset lapset kuuluvat perusterveydenhoidon piiriin ja useimmat heistä ovat lastentarhassa, joten suurin osa riskialttiista lapsista voidaan tunnistaa järjestelmällisen seulonnan ja yksilöllisten toimien kautta.

Italian toimintasuunnitelmassa painotetaan voimakkaasti lasten ja nuorten psykopatologisia häiriöitä ja vakavia käyttäytymisongelmia, jotka ennakoivat huumeidenkäyttöä ja väärinkäyttöä, ellei niihin puututa varhaisessa vaiheessa. Tunnistettuihin ongelmiin sisältyvät käyttäytymisongelmat, tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö, ahdistus yhdistettynä mielialahäiriöihin, bulimia ja psykogeeninen liikalihavuus, persoonallisuushäiriöt, vuorovaikutusongelmat, traumaperäinen stressihäiriö ja paniikkikohtaukset. Ratkaisuksi ehdotetaan sekä yleisen että valikoivan ehkäisevän huumeidenkäytön lähestymistapoja.

<sup>(26)</sup> Maailman terveysjärjestö: *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).



## Luku 3

# Kannabis

### Levinneisyys ja käyttötavat

Kannabis on selkeästi Euroopassa yleisimmin käytetty laiton huumausaine. Viimeaikaisten väestötutkimusten mukaan 3–31 prosenttia aikuisista (15–64-vuotiaat) on kokeillut kannabista ainakin kerran. Kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuus on alhaisin Maltalla (3,5 %), Portugalissa (7,6 %) ja Puolassa (7,7 %) ja korkein Ranskassa (26,2 %), Yhdistyneessä kuningaskunnassa (30,8 %) ja Tanskassa (31,3 %). Useimmissa maissa (15 maata 23:sta tietoa toimittaneesta maasta) kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuus on 10–25 prosenttia.

Aikuisista 1–11 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä kannabista viimeisten 12 kuukauden aikana, ja heidän osuutensa on alhaisin Maltalla, Kreikassa ja Ruotsissa ja korkein Tšekissä, Ranskassa, Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Useimmat maat (14) ilmoittivat kannabista hiljattain käyttäneiden osuudeksi 3–7 prosenttia.

Saatavilla olevien kansallisten arvioiden perusteella voidaan laskea kannabista käyttävien aikuisten (15–64-vuotiaat) osuus koko EU:ssa. Näin laskettuna noin 20 prosenttia koko väestöstä, eli yli 62 miljoonaa henkilöä, on joskus kokeillut kannabista. Luku laskee noin 6 prosenttiin aikuisista, eli yli 20 miljoonaan henkilöön, kun tarkastellaan kannabiksen hiljattaista käyttöä (käyttö viimeisen vuoden aikana). Vertailun vuoksi voidaan mainita, että huumeidenkäytöstä ja terveydestä Yhdysvalloissa vuonna 2003 tehdyssä kansallisessa kyselyssä (SAMHSA, 2003) 40,6 prosenttia aikuisista (12 vuotta täyttäneet) ilmoitti kokeilleensa kannabista tai marihuanaa ainakin kerran ja 10,6 prosenttia ilmoitti käyttäneensä sitä viimeisten 12 kuukauden aikana. Luvut olivat 18–25-vuotiaiden ryhmässä 53,9 prosenttia (ainakin kerran), 28,5 prosenttia (viimeisten 12 kuukauden aikana) ja 17 prosenttia (viimeisen kuukauden aikana) <sup>(37)</sup>.

Kannabiksen, samoin kuin muidenkin huumausaineiden, käyttö on johdonmukaisesti yleisempää nuorten aikuisten keskuudessa. Nuorista 15–34-vuotiaista eurooppalaisista

### Väestön huumeidenkäytön arviointi

Väestön huumeidenkäyttöä arvioidaan kyselyillä, jotka tuottavat arvioita huumeita tietyssä ajanjakson käyttäneen väestön osuudesta: käyttö ainakin kerran elämässä (kokeilu), viimeisten 12 kuukauden aikana (hiljattain käyttö) tai viimeisten 30 päivän aikana (nykyinen käyttö) <sup>(1)</sup>.

EMCDDA on laatinut sarjan yhteisiä keskeisiä kysymyksiä ("eurooppalainen mallikyselylomake"), jota käytetään useimmissa EU:n jäsenvaltioissa tehtävissä kyselyissä tai joka on ainakin vertailukelpoinen niiden kanssa. Eurooppalainen mallikyselylomake löytyy EMCDDA:n verkkosivustolla olevasta raportista <sup>(2)</sup>. "Käyttöä ainakin kerran elämässä" kuvaava tunnusluku ei välttämättä anna tarkkaa kuvaa nykytilanteesta aikuisten keskuudessa (se saattaa antaa kohtuullisen hyvän kuvan tilanteesta koululaisten keskuudessa), mutta yhdessä muiden mittareiden kanssa se saattaa valaista käyttötapoja (käytön jatkaminen tai lopettaminen) ja sukupolvien välisiä eroja huumeidenkäytön yleisyydessä. "Käyttö viimeisten 12 kuukauden aikana" kertoo viimeaikaisesta käytöstä, joskin tällainen käyttö on usein satunnaista, ja "käyttö viimeisten 30 päivän aikana" kertoo nykyisestä käytöstä ja kattaa huumetta säännöllisesti käyttävät henkilöt.

<sup>(1)</sup> Lisätietoja väestötutkimusten menetelmistä ja kussakin kansallisessa kyselyssä käytetystä menetelmästä, ks. vuoden 2005 Tilastotiedote.

<sup>(2)</sup> Handbook for surveys about drug use among the general population ([www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380](http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380)).

11–44 prosenttia ilmoittaa kokeilleensa joskus kannabista, heidän osuutensa on alhaisin Kreikassa, Portugalissa ja Puolassa ja korkein Ranskassa (39,9 %), Yhdistyneessä kuningaskunnassa (43,4 %) ja Tanskassa (44,6 %). Nuorista aikuisista 3–22 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä kannabista hiljattain. Luvut ovat alhaisimmat Kreikassa, Ruotsissa, Puolassa ja Portugalissa ja korkeimmat Yhdistyneessä kuningaskunnassa (19,5 %), Ranskassa (19,7 %) ja Tšekissä (22,1 %), ja 11 maata ilmoittaa kannabista hiljattain käyttäneiden osuudeksi 7–15 prosenttia.

<sup>(37)</sup> Huom. Yhdysvaltojen kyselyssä ikäryhmä (12 vuotta täyttäneet) on laajempi kuin EMCDDA:n ikäryhmä (15–64-vuotiaat) EU:n tutkimuksissa. Toisaalta nuorten aikuisten ikäryhmä (18–25-vuotiaat) on kapeampi kuin useimmissa EU:n tutkimuksissa (15–24-vuotiaat).

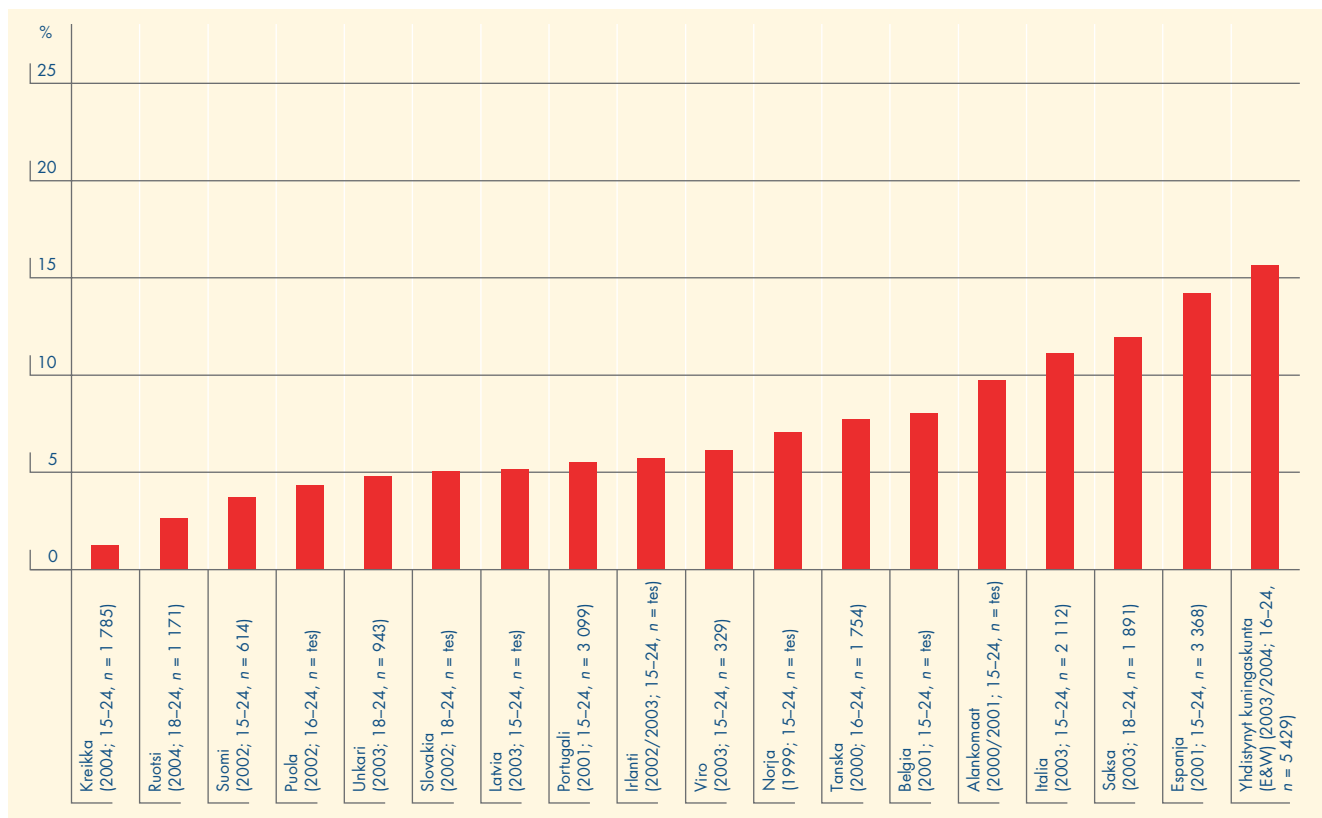
Kannabista kertoo kokeilleensa 9–45 prosenttia 15–24-vuotiaista eurooppalaisista, ja useimmissa maissa heidän osuutensa on 20–35 prosenttia. Tässä ikäryhmässä 4–32 prosenttia ilmoitti käyttäneensä kannabista hiljattain (viimeisten 12 kuukauden aikana), ja heidän osuutensa on useimmissa maissa 9–21 prosenttia <sup>(38)</sup>.

Kannabiksen, kuten muidenkin laittomien huumeaineiden, käyttö on huomattavasti yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa, joskin eron suuruus vaihtelee maittain. Miesten ja naisten välinen suhde vaihtelee kannabista ainakin kerran käyttäneiden joukossa suhdeluvusta 1,25/1 suhdeluun 4/1 (1,25–4 miestä jokaista naista kohden) ja kannabista nykyisin käyttävien joukossa noin suhdeluvusta 2/1 suhdeluun 6/1. Tutkimusten mukaan kannabiksen käyttö on myös yleisempää kaupungeissa tai tiheään asutuilla alueilla. Maiden väliset erot saattavat siis osittain heijastaa eroja kaupungistumisasteessa, mutta huumeiden viihdekäytön on esitetty olevan leviämässä kaupungeista maaseutualueille.

Se, että hiljattaista käyttöä ja nykyistä käyttöä kuvaavat luvut ovat huomattavasti alhaisempia kuin ainakin kerran käyttäneiden osuutta kuvaavat luvut, viittaa siihen, että kannabiksen käyttö on usein satunnaista tai se lopetetaan tietyn ajan jälkeen. Useimmissa EU-maissa 20–40 prosenttia kannabista ainakin kerran käyttäneistä aikuisista ilmoittaa käyttäneensä sitä viimeisten 12 kuukauden aikana ja noin 10–20 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä sitä viimeisten 30 päivän aikana (käytön jatkamisaste).

Viimeaikaisissa kyselyissä kannabista on ilmoittanut käyttäneensä viimeisen kuukauden aikana 0,5–9 prosenttia kaikista aikuisista (osuus on useissa maissa 2–4 %), 1,5–13 prosenttia nuorista aikuisista (useissa maissa 3–8 %) ja 1,2–16 prosenttia 15–24-vuotiaista (useissa maissa 5–10 %) (kaavio 3). Karkeasti voidaan arvioida, että yksi 10–20 nuoresta eurooppalaisesta käyttää nykyään kannabista. Kannabista nykyisin käyttävien osuus on alhaisin Maltalla, Kreikassa, Ruotsissa, Puolassa ja Suomessa, ja se on korkein Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Espanjassa.

**Kaavio 3:** Kannabiksen nykyinen käyttö (viimeisen kuukauden aikana) nuorten aikuisten (15–24-vuotiaat) keskuudessa kansallisissa väestötutkimuksissa mitattuna



*Huom.* Tiedot on saatu jokaisen maan viimeisimmästä väestötutkimuksesta.

Jotkin maat käyttävät hiukan erilaista ikäluokittelua kuin seurantakeskuksen vakioikäluokittelu nuorten aikuisten osalta. Ikäjakauksissa esiintyvät erot saattavat vaikuttaa vähäisessä määrin maiden välisiin eroihin.

*Lähteet:* Reitoxin kansalliset raportit (2004), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista. Ks. myös taulukko GPS-0 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(38)</sup> Ks. kaavio GPS-2 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

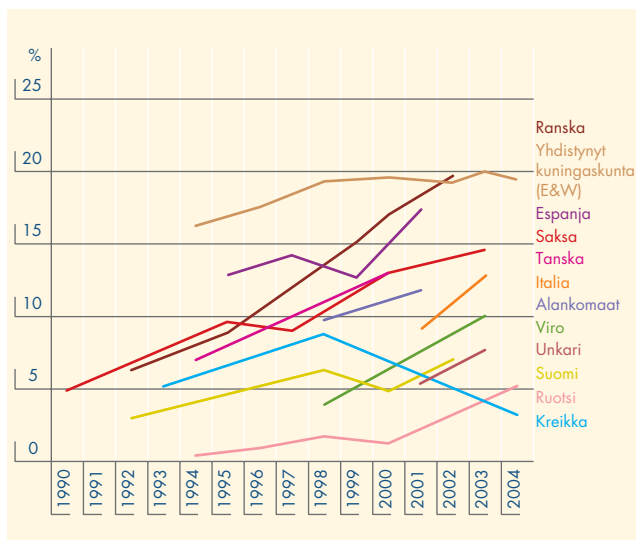


Vuoden 2004 vuosiraportissa (EMCDDA, 2004a) kannabiksen käytöstä viimeisten 30 päivänä aikana esitetyt tiedot viittasivat siihen, että noin neljäsosa (19–33 %) kannabista viimeisen kuukauden aikana käyttäneistä käytti sitä päivittäin tai lähes päivittäin<sup>(39)</sup> ja useimmat heistä olivat nuoria miehiä. Vuosiraportissa arvioitiin, että 0,9–3,7 prosenttia 15–34-vuotiaista eurooppalaisista käyttää kannabista päivittäin ja että noin kolme miljoonaa ihmistä Euroopassa saattaa käyttää tätä ainetta päivittäin tai lähes päivittäin.

## Suuntaukset

Jatkuvien pitkän aikavälin tutkimussarjojen puuttuminen useimmista EU-maista vaikeuttaa huumeidenkäytön suuntausten luotettavaa tunnistamista. Monet maat toteuttavat perättäisiä tutkimuksia, mutta ne eivät ole tarkkaan ottaen tutkimussarjoja – yhdenmukaistamisesta huolimatta tutkimuksissa on eroja menetelmissä ja otosten laajuudessa, eikä tutkimuksia välttämättä tehdä säännöllisin väliajoin. Lisäksi tutkimuksia tehdään eri

**Kaavio 4:** Suuntaukset kannabiksen hiljattaisessa käytössä (viimeisen vuoden aikana) nuorten aikuisten keskuudessa (15–34-vuotiaat) kansallisissa väestötutkimuksissa mitattuna (1)



(1) Otosten koot (vastaajien määrät) ikäryhmässä 15–34-vuotiaat esitetään maittäin ja vuosittain vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukossa GPS-4. Tiedot on saatu kustakin maasta saatavilla olevasta väestötutkimuksesta. Tutkimusten luvut ja menetelmät esitetään vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukossa GPS-4. EMCDDA määrittelee nuorten aikuisten ikäjakauksi 15–34-vuotiaat (Tanska ja Yhdistynyt kuningaskunta 16–34-vuotiaat, Saksa, Viro (1998) ja Unkari 18–34-vuotiaat). Ranskassa ikäjakama oli 25–34-vuotiaat vuonna 1992 ja 18–39-vuotiaat vuonna 1995. **Lähteet:** Reitoxin kansalliset raportit (2004), tiedot on saatu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista. Ks. myös taulukko GPS-0 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

maissa eri vuosina, mikä vaikeuttaa eurooppalaisten suuntausten tunnistamista. Ihannetilanteessa kansalliset väestötutkimukset tehtäisiin samaan aikaan kaikissa jäsenvaltioissa, jolloin tuloksia olisi helpompi verrata kansallisella tasolla (ajan mittaan) ja Euroopan tasolla (maiden välillä), mikä taas helpottaisi EU:n huumeaineita koskevan toimintasuunnitelman toteutumisen arviointia.

Erilaisista tutkimuksista (kansalliset tai paikalliset kotitalouskyselyt, varusmies- ja koululaiskyselyt) saadut tulokset paljastavat, että kannabiksen käyttö lisääntyi 1990-luvulla voimakkaasti lähes kaikissa EU-maissa, erityisesti nuorten keskuudessa, ja että kannabiksen käytön lisääntyminen on jatkunut viime vuosina joissakin maissa (kaavio 4). Yhdistyneessä kuningaskunnassa, jonka luvut olivat vuoteen 2000 asti kaikkein korkeimmat, kannabiksen käyttö nuorten aikuisten keskuudessa on pysynyt jokseenkin samalla tasolla vuodesta 1998 vuoteen 2003/2004, samalla kun muut maat (Ranska ja Espanja<sup>(40)</sup>) ovat kirineet sitä kiinni. Kreikassa käytön ilmoitettiin vähentyneen vuodesta 1998 vuoteen 2004.

Pääasiallisesti koululaiskyselyistä saatujen tietojen perusteella kannabiksen käyttö on viime vuosina lisääntynyt merkittävästi useimmissa uusista jäsenvaltioista. Käytön lisääntyminen on tapahtunut suurimmaksi osaksi 1990-luvun puolivälin jälkeen, ja se on ollut voimakkainta kaupunkialueilla sekä miesten ja nuorten aikuisten keskuudessa. Virossa ja Unkarissa on voitu tunnistaa viimeaikaisia suuntauksia aikuisten keskuudessa tehtyjen perättäisten kyselyjen pohjalta (kaavio 4).

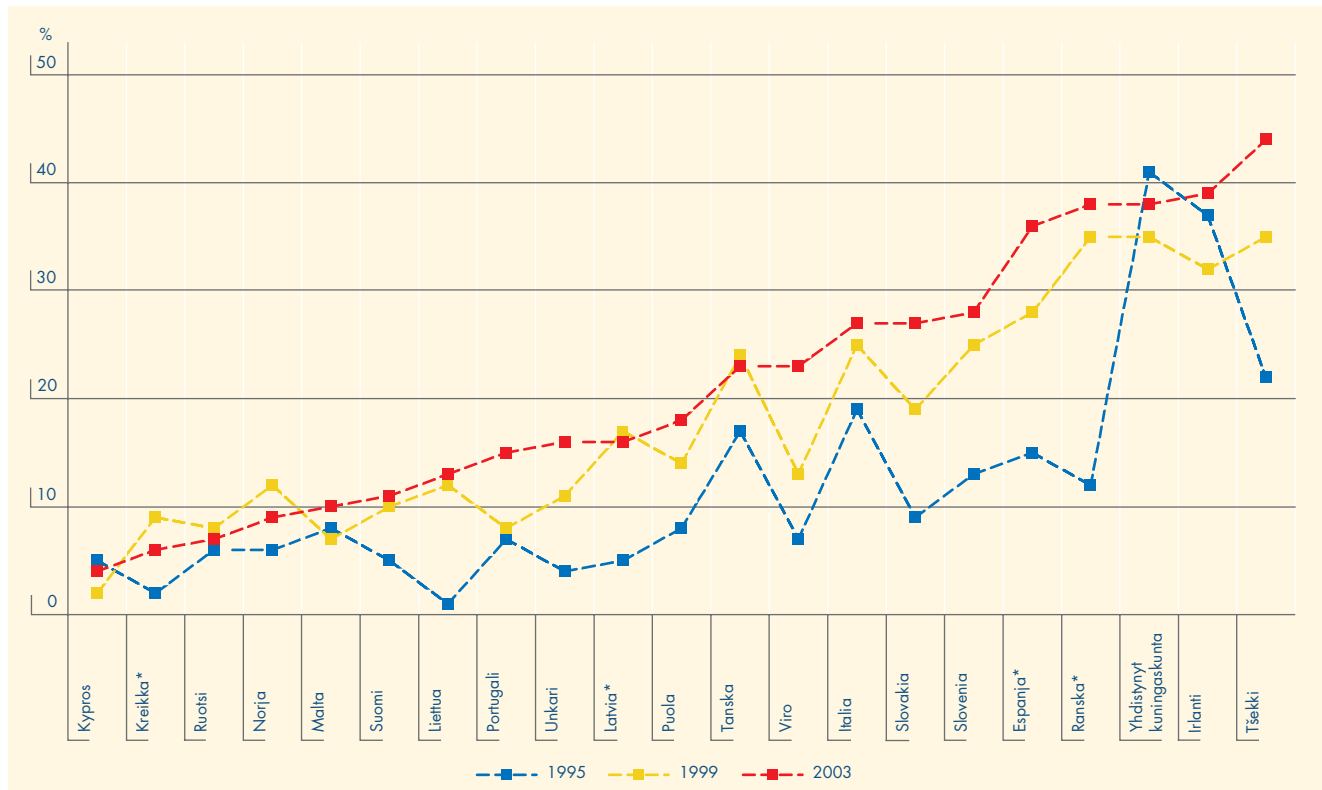
Vuosien 1995, 1999 ja 2003 ESPAD-koululaiskyselyjen tulosten vertailussa (Hibell et al., 2004) ilmenee, että lähes kaikissa kyselyyn osallistuneissa jäsenvaltioissa ja ehdokasvaltioissa kannabista ainakin kerran käyttäneiden 15- ja 16-vuotiaiden osuus on kasvanut vähintään 2 prosenttia (kaavio 5). Yli puolessa näistä maista levinneisyysarviot ovat kaksin- tai kolminkertaistuneet vuodesta 1995. Kasvu on ollut suhteellisesti voimakkainta lähinnä itäeurooppalaisissa jäsenvaltioissa, jotka ilmoittivat kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuudeksi alle 10 prosenttia vuonna 1995. Kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuus ei ole vähentynyt jatkuvasti ja huomattavasti yhdessäkään ESPAD-kyselyyn osallistuneessa maassa näiden kolmen kyselyn aikana.

EU:n jäsenvaltiot voidaan koululaiskyselyjen perusteella luokitella kolmeen ryhmään kannabiksen viihdekäytön ja satunnaisen käytön suuntausten osalta. Ensimmäisessä

<sup>(39)</sup> Ks. vuoden 2004 vuosiraportti (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Tieto viittaa ”käyttöön 20 päivänä viimeisten 30 päivän aikana”, joka ilmaistaan myös ”päivittäisenä tai lähes päivittäisenä käyttönä”.

<sup>(40)</sup> Tämän raportin kannalta liian myöhään saapuneiden tietojen mukaan vuoden 2003 tutkimuksesta ilmeni, että 20,1 % espanjalaisista nuorista aikuisista oli käyttänyt kannabista viimeisen vuoden aikana.



**Kaavio 5:** Kannabista ainakin kerran käyttäneet 15- ja 16-vuotiaat koululaiset vuosien 1995, 1999 ja 2003 ESPAD-kyselyjen mukaan

*Huom.* Vuonna 1995 tähdellä merkityissä maissa tehdyt kyselyt eivät olleet täysin vertailukelpoisia ESPAD-kyselyn kanssa. Espanja ei osallistunut ESPAD-kyselyyn. Kaaviossa esitetyt tiedot perustuvat Espanjassa vuosina 1996, 1998 ja 2002 tehtyyn kyselysarjaan. Huumeiden levinneisyyttä koskevia kysymyksiä voidaan pitää vertailukelpoisina ESPAD-kysymysten kanssa, mutta muiden menetelmään liittyvien tekijöiden johdosta Espanjan tiedot eivät ole täysin vertailukelpoisia.

*Lähde:* Hibell et al., 2004.

ryhmässä (johon kuuluvat Irlanti ja Yhdistynyt kuningaskunta) kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuus on korkea (noin 38–39 %), mutta se on pysynyt samalla tasolla viimeisten kahdeksan vuoden ajan. Kannabiksen käytöllä on pitkät perinteet näissä maissa, joissa kannabiksen käytön levinneisyysaste kohosi korkealle 1980- ja 1990-luvulla. Toisessa maaryhmässä kannabista ainakin kerran käyttäneiden koululaisten osuus on kasvanut huomattavasti tarkasteluajanjaksona (jopa 26 prosenttiyksikköä). Tähän ryhmään kuuluvat kaikki uudet itäeurooppalaiset jäsenvaltiot sekä Tanska, Espanja, Ranska, Italia ja Portugali. Kolmannessa ryhmässä kannabista ainakin kerran käyttäneiden koululaisten osuus on pysynyt melko alhaisena (noin 10 % ja sitä vähemmän). Tähän ryhmään kuuluu jäsenvaltioita Pohjois- ja Etelä-Euroopasta (Suomi, Ruotsi ja Norja sekä Kreikka, Kypros ja Malta).

Aikuisten osalta kuva ei ole yhtä selkeä, sillä tietoa on vähemmän saatavilla ja saatavilla oleva tieto on epäyhtenäistä, mutta kaava on samankaltainen siten, että kannabiksen hiljattaista käyttöä (käyttö viimeisen vuoden aikana) koskevat luvut ovat korkeat mutta vakaat

Yhdistyneessä kuningaskunnassa, ne ovat nousseet viime vuosina huomattavasti joissakin maissa (esim. Tanska, Saksa, Viro, Espanja ja Ranska), ja joissakin maissa levinneisyysarviot ovat muita alhaisempia ja suuntaukset vähemmän selkeitä (esim. Kreikka, Suomi ja Ruotsi). Koululaisten ja aikuisten parissa seuraavien kahden tai kolmen vuoden aikana tehtävien uusien kyselyjen odotetaan tuovan vastauksia monimutkaiseen kysymykseen huumeidenkäytön suuntausten kehityksestä.

## Kannabiksen käytön ehkäisy

Huoli nuorten kannabiksen käytön lisääntymisestä on herättänyt joissakin maissa keskustelun siitä, olisivatko huumeetitiit hyödyllinen valvontatoimenpide. Jotkin maat ovat toteuttaneet tämänsuuntaisia toimia, mutta huumeetitiit ovat yhä harvinaisia. Tšekissä tiedotusvälineet ovat raportoineet virtsatestien ja huumekoirien käytöstä kouluissa. Vaikka tällaisille toimenpiteille löytyykin jonkin verran tukea, niitä ei asiantuntijajaneelin mielestä pitäisi sisällyttää tehokkaaseen ehkäisystrategiaan. Yhdistyneessä kuningaskunnassa kouluille hiljattain laadituissa ohjeissa tuodaan esiin useita tärkeitä seikkoja, jotka on otettava

huomioon ennen huume-testausohjelman täytäntöönpanoa. Näihin kuuluu asianmukaisen luvan saaminen vanhemmilta (ja oppilailta, jos heidän katsotaan olevan kykeneviä antamaan sen), sen tarkasteleminen, ovatko huume-testit yhdenmukaisia koulun kasvatustehtävän kanssa, ja asianmukaisten tukipalvelujen saatavuuden tai soveltuvuuden huomioiminen. Kaikki päätökset huume-testien suorittamisesta oppilaille on sisällytettävä koulun huume-politiikkaan. EMCDDA:n verkkosivustolla on lyhyt raportti huume-testauksesta EU:n kouluissa <sup>(41)</sup>.

Kannabis sisältyy lähes aina yleisiin (muihin kuin kohdennettuihin) huumeidenkäytön ehkäisyohjelmiin. Tapa, jolla tiedotusvälineissä käsitellään nuorten lisääntyvää kannabiksen käyttöä ja annetaan ymmärtää, että kannabiksen käyttö on yhä ”normaalimpaa”, tuo selkeästi esiin tarpeen puuttua nuorten normatiivisiin käsityksiin. Tyytymättömyys kannabiksen käytön lisääntyvään hyväksyntään nuorten keskuudessa on johtanut sellaisten ehkäisevän huume-työn ohjelmien laatimiseen, joilla pyritään vaikuttamaan nuorten käsitykseen normaalista ja hyväksyttävästä käyttäytymisestä. Tätä kysymystä käsitellään tarkemmin luvussa 2. Monet ehkäisytoimet koostuvat pääasiallisesti kannabista koskevan tiedon tarjoamisesta tiedotusvälineiden kampanjoiden, lehtisten tai verkkosivustojen kautta. Valikoivasta ehkäisevästä huume-työstä on kuitenkin joitakin kiinnostavia esimerkkejä, jotka esitellään arvioituja ehkäisyhankkeita koskevassa EMCDDA:n EDDRA-tietokannassa <sup>(42)</sup>. Näiden hankkeiden kohteena ovat pääasiallisesti nuoret kannabiksen käyttäjät, jotka ovat syyllistyneet huumerikoksiin, ja niissä tarjotaan neuvontaa, henkilökohtaisten valmiuksien koulutusta ja usean viraston keskitettyä tukea. Tällaisia hankkeita ovat muun muassa FRED (Saksa), MSF-Solidarité Jeunes (Luxemburg), Ausweg (Itävalta) ja Youth offending team -ryhmät (YOT:t, Yhdistynyt kuningaskunta).

Kannabiksen käytön korkea levinneisyys nuorten keskuudessa asettaa sen keskeiseen asemaan kouluikäisten lasten parissa työskentelevien työssä. Yksi kouluissa tehtävän valikoivan ehkäisevän huume-työn mahdollisesti lupaava lähestymistapa on Saksassa ja Itävallassa käyttöön otettu Step by Step -ohjelma. Ohjelma auttaa opettajia tunnistamaan huumeidenkäytön ja ongelmakäyttäytymisen oppilaiden keskuudessa ja puuttumaan niihin <sup>(43)</sup>.

Kannabiskysymysten käsittelyssä on myös pohdittava hankalaa kysymystä ehkäisevän työn ja hoidon välisestä rajasta. Kannabiksen käyttöön vaikuttavat sosiaaliset, vertaisryhmään liittyvät ja henkilökohtaiset tekijät, joilla on suuri merkitys yksilön riskille kehittää pitkäaikainen huumeongelma. Ehkäisevässä huume-työssä keskitytään usein enemmän näihin tekijöihin kuin itse huumeeseen (Morrall et al., 2002). Esimerkiksi Itävallassa toteutetun Ausweg-hankkeen arvioinnissa ilmeni, että kannabisrikoksesta ensimmäisen kerran pidätetyillä nuorilla oli odotettua vähemmän persoonallisuushäiriöitä, mikä osoittaa tilanteen, sosiaalisen ympäristön ja vertaisryhmän vaikuttavan huumeidenkäyttöön enemmän kuin henkilökohtaiset psykologiset ongelmat (Rhodes et al., 2003; Butters, 2004). Useissa hankkeissa keskitytään kuitenkin kannabikseen ja neuvotaan nuoria vähentämään huumeidenkäyttöä. Esimerkkinä tästä on saksalainen ”Quit the Shit” -verkkosivusto (www.drugcom.de), joka on innovatiivinen verkkosivustopohjainen neuvontaohjelma kannabiksen käyttäjille.

## Hoidontarvetta koskevat tiedot

Yhteensä noin 480 000:n hoitoon hakeutumisen joukossa kannabis on ilmoitettu pääasialliseksi huumeeksi noin 12 prosentissa tapauksista, mikä tekee siitä toiseksi yleisimmän heroiinin jälkeen. Kannabisasiakkaiden osuus kaikkien huumeiden takia hoitoon hakeutuvista uusista asiakkaista on vuodesta 1996 vuoteen 2003 olottuvana kahdeksan vuoden ajanjaksona vähintään kaksinkertaistunut useissa maissa <sup>(44)</sup>, ja asiakkaiden lukumäärä on kasvanut samassa suhteessa. Tähän analyysiin on kuitenkin syytä suhtautua varoen, sillä se perustuu rajalliseen määrään maita, jotka pystyvät toimittamaan ajallisten suuntausten vertailuun tarvittavia tietoja.

Yleisesti katsoen kannabis on heroiinin jälkeen myös toiseksi useimmin mainittu huume ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvia asiakkaita koskevissa raporteissa <sup>(45)</sup>. Maiden välillä on suuria eroja, kannabiksen mainitsee 2–3 prosenttia kaikista asiakkaista Bulgariassa ja Puolassa mutta yli 20 prosenttia kaikista asiakkaista Tanskassa, Unkarissa ja Suomessa <sup>(46)</sup>. Kaikissa maissa, joista tietoja on saatavilla, kannabiksen käytön takia hoitoon hakeutuvien asiakkaiden osuus on korkeampi uusien

<sup>(41)</sup> <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

<sup>(42)</sup> <http://eddra.emcdda.eu.int/>

<sup>(43)</sup> Lisätietoja on saatavissa EDDRA:n verkkosivustolta: Step by Step ([http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=36](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36)) ja Early detection and intervention with regard to problematic drug use and addiction ([http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=2088](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088)).

<sup>(44)</sup> Ks. taulukot TDI-2 (osa i) ja TDI-3 (osa iii) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(45)</sup> Ks. myös erityiskysymys kannabikseen liittyvästä hoidontarpeesta EMCDDA:n vuoden 2004 vuosiraportissa (<http://ar2004.emcdda.eu.int/>). Tietojen analysointi perustuu yleisen jakauman ja suuntausten osalta kaikkiin hoitokeskuksista hoitoa hakeneisiin asiakkaisiin sekä asiakkaiden profiilin ja käyttötapojen osalta avohoitokeskuksista hoitoa hakeneisiin asiakkaisiin.

<sup>(46)</sup> Ks. taulukot TDI-2 (osa ii) ja TDI-5 (osa ii) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

### Hoidontarpeen indikaattori

Huumeongelman takia hoitoon hakeutuvien henkilöiden määrää koskeva tieto auttaa selvittämään huumeiden ongelmakäytön yleisiä suuntauksia sekä hoitolaitosten organisointia ja vastaanottovalmiuksia Euroopassa. EMCDDA:n hoidontarvetta koskeva indikaattori <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> tarjoaa yhdenmukaisen rakenteen huumehoitolaitoksiin ohjattujen asiakkaiden määrän ja ominaispiirteiden raportointiin. Hoidontarpeen indikaattoria koskevien tietojen voidaan katsoa tarjoavan melko tarkan ja hyödyllisen kuvan erityisiin hoitopalveluihin ohjattujen asiakkaiden ominaispiirteistä, mutta useista teknisistä syistä tietojen yleistämisessä kaikkien palvelujen asiakaskuntaan tulisi olla varovainen. Tietoja toimittavien maiden määrä vaihtelee vuosittain, ja siksi Euroopan tasolla tunnistettuja suuntauksia tulisi tulkita varoen. Lisäksi tietojen kattavuus saattaa vaihdella maittain (Tilastotiedotteessa esitetään tiedot kattavuudesta), ja hoidontarvetta koskevat tiedot heijastavat osittain huumehoidon saatavuutta eri maissa.

Hoidontarvetta koskevan tiedon tulkinnassa ja vertailussa on syytä pitää mielessä seuraavat seikat:

- Hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvia asiakkaita kutsutaan ”uusiksi asiakkaiksi”. Tätä ryhmää pidetään analyysin kannalta huumeidenkäytön suuntausten tärkeänä indikaattorina. Analyysit raportoidaan myös

kaikkien asiakkaiden osalta. Tähän ryhmään kuuluvat uusien asiakkaiden lisäksi myös ne, jotka ovat palanneet hoitoon raportointivuonna keskeytettyään tai päätettyään hoidon edellisenä vuonna. Tietoa asiakkaista, jotka ovat jatkaneet koko raportointijakson ajan hoitoa, joka on alkanut edellisinä vuosina, ei kirjata.

- Kahdenlaista tietoa kerätään: yhteenvetotietoa kaikenlaisista hoitokeskuksista ja keskuksen lajin mukaan eriteltyä tietoa (avohoitokeskukset, laitoshoitokeskukset, matalan kynnyksen keskukset, yleislääkärit, vankiloiden hoito-osastot, muunlaiset keskukset). Useista maista toimitetaan kuitenkin vain vähän tietoa muista keskuslajeista kuin avo- ja laitoshoitokeskuksista. Tästä syystä analyysi rajoittuu usein avohoitokeskuksiin, joiden osalta kattavuus on laajin.
- Myös vuoden 2004 Reitoxin kansallisista raporteista saadut laatua ja taustaa koskevat tiedot esitetään hoidontarpeen indikaattoria koskevien tietojen tulkinnan tueksi.

<sup>(1)</sup> Lisätietoja, ks. EMCDDA:n hoidontarvetta käsittelevä verkkosivu (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>), jolta on linkki Pompidou-ryhmän ja EMCDDA:n yhteiseen hoidontarpeen indikaattorin protokollaversioon 2.0.

<sup>(2)</sup> Lisätietoja tietolähteistä maittain, ks. taulukko TDI-1 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

asiakkaiden joukossa kuin kaikkien asiakkaiden joukossa, lukuun ottamatta muutamaa poikkeusta, joissa nämä osuudet ovat lähes samat <sup>(47)</sup>. Vuodesta 1996 vuoteen 2003 ulottuvana kahdeksan vuoden ajanjaksona kannabisasiakkaiden osuus kaikkien huumeiden takia hoitoon hakeutuvista asiakkaista kasvoi kuitenkin 9,4 prosentista 21,9 prosenttiin <sup>(48)</sup>. Tähän analyysiin on kuitenkin syytä suhtautua varoen, sillä se perustuu rajalliseen määrään maita, jotka pystyvät toimittamaan ajallisten suuntausten vertailuun tarvittavia tietoja.

Hoidossa olevissa huumeidenkäyttäjissä on selkeästi enemmän miehiä kuin naisia. Miesten ja naisten välinen suhdeluku on suurin kannabiksen käytön takia hoitoon hakeutuvien uusien asiakkaiden joukossa (suhdeluku 4,8/1). Korkeimmat suhdelluvut löytyvät Saksasta, Kyprokselta, Unkarista ja Slovakiasta ja alhaisimmat suhdelluvut Tšekistä, Sloveniasta, Suomesta ja Ruotsista. Nämä maiden väliset erot saattavat heijastaa kulttuurisia tekijöitä tai mahdollisesti eroja hoitopalvelujen organisoinnissa <sup>(49)</sup>.

Kannabisongelmien takia hoidettavat asiakkaat ovat yleensä melko nuoria, lähes kaikki hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvat kannabisasiakkaat ovat alle 30-vuotiaita. Erikoistuneessa huumehoidossa olevilla teini-ikäisillä nuorilla on muiden ikäryhmien asiakkaita todennäköisemmin ensisijaisesti kannabisongelma, jonka osuus 15-vuotiaiden hoidontarpeesta on 65 prosenttia ja 15–19-vuotiaiden hoidontarpeesta 59 prosenttia <sup>(50)</sup>.

Maiden välillä on suuria eroja siinä, kuinka usein uudet asiakkaat käyttävät kannabista. Kannabiksen päivittäisten käyttäjien osuus uusista kannabiksen käyttäjistä on suurin Tanskassa ja Alankomaissa, ja satunnaisten käyttäjien tai sellaisten henkilöiden osuus, jotka eivät ole käyttäneet kannabista hoitoa edeltäneen kuukauden aikana, on suurin Saksassa ja Kreikassa <sup>(51)</sup>, mikä todennäköisesti heijastaa eroja hoitoon ohjaamisessa. Saksassa noin kolmasosa uusista kannabisasiakkaista käyttää tätä huumetta satunnaisesti tai ei ole käyttänyt sitä hoitoa edeltäneen kuukauden aikana, mutta muualla tämän ryhmän osuus asiakkaista on noin 11 prosenttia ja noin 60 prosenttia käyttää sitä päivittäin.

<sup>(47)</sup> Ks. taulukot TDI-4 (osa ii) ja TDI-5 (osa ii) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(48)</sup> Ks. taulukko TDI-3 (osa iii) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(49)</sup> Ks. taulukko TDI-22 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(50)</sup> Ks. taulukko TDI-10 (osa ii) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(51)</sup> Ks. taulukko TDI-18 (osa iv) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

## Takavarikot ja markkinatietoa

### Tuotanto ja kauppa

Kannabis oli vuonna 2003 edelleen maailmanlaajuisesti eniten tuotettu ja salakuljetettu laitton huumeaine. Tuotetun kannabiksen määrää on kuitenkin vaikea arvioida, koska tuotanto on levinnyt kaikkialle maailmaan ja sitä on vaikea valvoa (UNODC, 2003a).

Kannabishartsia tuotetaan suuressa mittakaavassa vain muutamassa maassa, etenkin Marokossa, mutta sillä käydään kauppaa monessa maassa (CND, 2004, 2005). Marokossa harjoitettavasta kannabiksen tuotannosta tehdyn UNODC:n ja Marokon hallituksen tutkimuksen (2003) mukaan Rifin alueella tuotettiin vuonna 2003 noin 40 prosenttia maailman kannabishartsista (INCB, 2005). Suurin osa EU:ssa käytettävästä kannabishartsista on lähtöisin Marokosta, josta sitä salakuljetetaan pääasiassa Pyreneiden niemimaan kautta, mutta Alankomaat on toinen tärkeä jakelukeskus, josta huumetta kuljetetaan edelleen muihin EU-maihin (Bovenkerk ja Hogewind, 2002). Takavarikoidun kannabishartsin alkuperämaina mainittiin vuonna 2003 myös Albania, Afganistan, Iran, Pakistan, Nepal ja Intia (Reitoxin kansalliset raportit, 2004; INCB, 2005).

Kannabisruohon viljely leviää edelleen eri puolille maailmaa, ja sen tuotannon määräksi on arvioitu ainakin 40 000 tonnia (CND, 2005). EU:ssa vuonna 2003 takavarikoidun kannabisruohon on ilmoitettu olleen peräisin useista eri maista, muun muassa Alankomaista ja Albaniasta mutta myös Afrikan maista (Malawista, Etelä-Afrikasta, Nigeriasta) ja Yhdysvalloista (Reitoxin kansalliset raportit, 2004). Lisäksi kannabistuotteita viljellään ja tuotetaan paikallisesti (sisä- ja ulkotiiloissa) useimmissa EU:n jäsenvaltioissa (Reitoxin kansalliset raportit, 2004).

### Takavarikot

Koko maailmassa takavarikoitiin vuonna 2003 yhteensä 1 347 tonnia kannabishartsia ja 5 821 tonnia kannabisruohoa. Suurin osa kannabishartsista takavarikoitiin Länsi- ja Keski-Euroopassa (70 %) sekä Kaakkois-Aasiassa ja Lähi-idässä (21 %), kun taas kannabisruohoa takavarikoitiin suurimmat määrät Amerikassa (68 %) ja Afrikassa (26 %) (CND, 2005). Takavarikkojen lukumääriä tarkasteltaessa cannabis on eniten takavarikoitu huume kaikissa EU-maissa paitsi Virossa ja Latviassa, joissa amfetamiinin takavarikkojen määrä oli suurempi vuonna 2003. Myös takavarikoiduissa määrissä cannabis on yleensä eniten takavarikoitu huume EU:ssa, joskin muutamassa maassa takavarikoitiin

### Takavarikkojen ja markkinatietojen tulkinta

Tietystä maassa tehtyjen huumeitakavarikkojen lukumäärää pidetään yleensä huumeiden tarjonnan ja saatavuuden epäsuorana indikaattorina, joskin se kuvastaa myös lainvalvonnan resursseja, prioriteetteja ja strategioita sekä sitä, miten hyvin kansalliset ja kansainväliset tarjonnan vähentämisen strategiat tehoavat salakuljettajiin. Takavarikoidut määrät saattavat vaihdella voimakkaasti eri vuosina esimerkiksi siksi, että jonakin vuonna on tehty muutama hyvin suuri takavarikko. Useat maat pitävät tästä syystä takavarikkojen lukumäärää parempana merkinä suuntauksista. Takavarikkojen lukumäärään sisältyy kaikissa maissa suuri osuus vähittäiskaupan tasolla tehtyjä pieniä takavarikkoja. Takavarikoitujen huumeiden alkuperä ja määränpää saattavat kertoa salakuljetusreiteistä, mutta tätä tietoa ei aina ole saatavilla. Useimmat jäsenvaltiot ilmoittavat huumeiden puhtauden ja hinnan vähittäiskaupassa. Tiedot ovat kuitenkin peräisin useista erilaisista lähteistä, jotka eivät aina ole vertailukelpoisia tai luotettavia, joten maiden välillä on vaikea tehdä tarkkoja vertailuja.

enemmän muita huumeita – Virossa ja Luxemburgissa amfetamiinia, Unkarissa heroiniä ja Puolassa kokaiinia. EU:ssa on kautta aikojen tehty eniten kannabistakavarikkoja Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja sen jälkeen Espanjassa ja Ranskassa, ja näin on todennäköisesti edelleenkin <sup>(52)</sup>. Viimeisten viiden vuoden ajan yli puolet EU:ssa takavarikoidusta kokonaisuudesta on kuitenkin takavarikoitu Espanjassa. EU:n tasolla kannabistakavarikkojen lukumäärä <sup>(53)</sup> on kasvanut vaihtelevassa määrin vuodesta 1998 lähtien, mutta tämä tieto ei ole täysin varma, koska muutama maa on ilmoittanut tietoja puutteellisesti, ja takavarikoidut määrät <sup>(54)</sup> vaikuttavat lisääntyneen vuodesta 2000 lähtien.

### Hinta ja pitoisuus

Vuonna 2003 kannabishartsin keskimääräinen vähittäishinta vaihteli Euroopan unionissa Espanjan 1,4 eurosta Norjan 21,5 euroon grammalta, ja kannabisruohon hinta vaihteli Espanjan 1,1 eurosta Latvian 12 euroon grammalta <sup>(55)</sup>.

Kannabistuotteiden teho määräytyy tetrahydrokannabinolin (THC), niiden tärkeimmän tehoaineen, pitoisuuden mukaan. Vuonna 2003 niissä maissa, joista saatiin tietoja, kannabishartsin keskimääräinen THC-pitoisuus vaihteli vähittäiskaupassa 1 prosentista (Puola) 25 prosenttiin (Slovakia), ja kannabisruohon teho vaihteli 1 prosentista (Unkari, Suomi) 20 prosenttiin (Alankomaissa tuotettu kannabisruoho) <sup>(56)</sup>.

<sup>(52)</sup> Tämä on tarkistettava sitten, kun vuoden 2003 tiedot saadaan. Tiedot amfetamiinitakavarikkojen lukumäärästä vuonna 2003 puuttuivat Italian, Kyproksen, Alankomaiden ja Romanian osalta; tiedot sekä amfetamiinitakavarikkojen lukumäärästä että takavarikoitujen amfetamiinien määristä vuonna 2003 puuttuivat Irlannin ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.

<sup>(53)</sup> Ks. taulukko SZR-1 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(54)</sup> Ks. taulukko SZR-2 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(55)</sup> Ks. taulukko PPP-1 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(56)</sup> Ks. taulukko PPP-5 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.



## Luku 4

# Amfetamiinin kaltaiset piristeet, LSD ja muut synteettiset huumeet

Käytön levinneisyyttä tarkasteltaessa toiseksi käytetyin huumausaine on lähes kaikissa maissa jokin synteettinen huume. Näiden aineiden käyttö on kokonaisväestössä tyypillisesti vähäistä, mutta niiden levinneisyys nuorten ikäryhmien keskuudessa on huomattavasti korkeampi, ja se voi olla erityisen korkea tietyissä sosiaalisissa ympäristöissä ja/tai alakulttuuriryhmissä.

Euroopassa käytettäviin synteettisiin huumeisiin kuuluu sekä piristeitä että hallusinogeeniä. Viimeksi mainituista ehdottomasti tunnetuin on lysergihapon dietyyliamidi (LSD), jonka käyttö on kuitenkin jo pitkään ollut alhaisella ja melko vakaalla tasolla. Luontaisten hallusinogeenien suosion lisääntymisestä on ollut joitakin merkkejä, ja tätä aihetta käsitellään toisaalla tässä raportissa.

Amfetamiinin kaltaisilla piristeillä tarkoitetaan sekä amfetamiineja että ekstaaseja. Amfetamiinit on yleisnimitys useille kemiallisesti samankaltaisille huumeille, jotka stimuloivat keskushermostoa. Euroopan laittomien huumausaineiden markkinoilla näistä tärkeimmät ovat amfetamiini ja metamfetamiini. Näistä amfetamiini on selkeästi yleisempi, mutta maailmanlaajuisesti metamfetamiinin käyttö on lisääntymässä. Toistaiseksi vaikuttaa siltä, että Euroopassa metamfetamiinia käytetään huomattavassa määrin vain Tšekissä, mutta muualta saadut hajanaiset ilmoitukset tuovat esiin seurannan tärkeyden, koska tähän huumeeseen liittyy monenlaisia vakavia terveysongelmia.

Ekstaaseista tunnetuin on 3,4-metyleenidioksimetamfetamiini (MDMA), mutta joskus ekstaasitableteissa on muitakin sen kaltaisia aineita. Näitä huumeita kutsutaan toisinaan entaktogeeniksi – jonka sanan taustalta löytyy merkitys ”koskettaa sisältä” –, ja niihin kuuluu synteettisiä aineita, jotka muistuttavat kemiallisesti amfetamiineja mutta joiden vaikutus on jossakin määrin erilainen, sillä niissä yhdistyy joitakin hallusinogeenien tyypillisiä vaikutuksia.

## Levinneisyys ja käyttötavat

Väestötutkimuksissa on perinteisesti ilmennyt, että amfetamiinit ovat kannabiksen jälkeen yleisimminkin käytettyjä laittomia huumausaineita, vaikka niiden yleinen

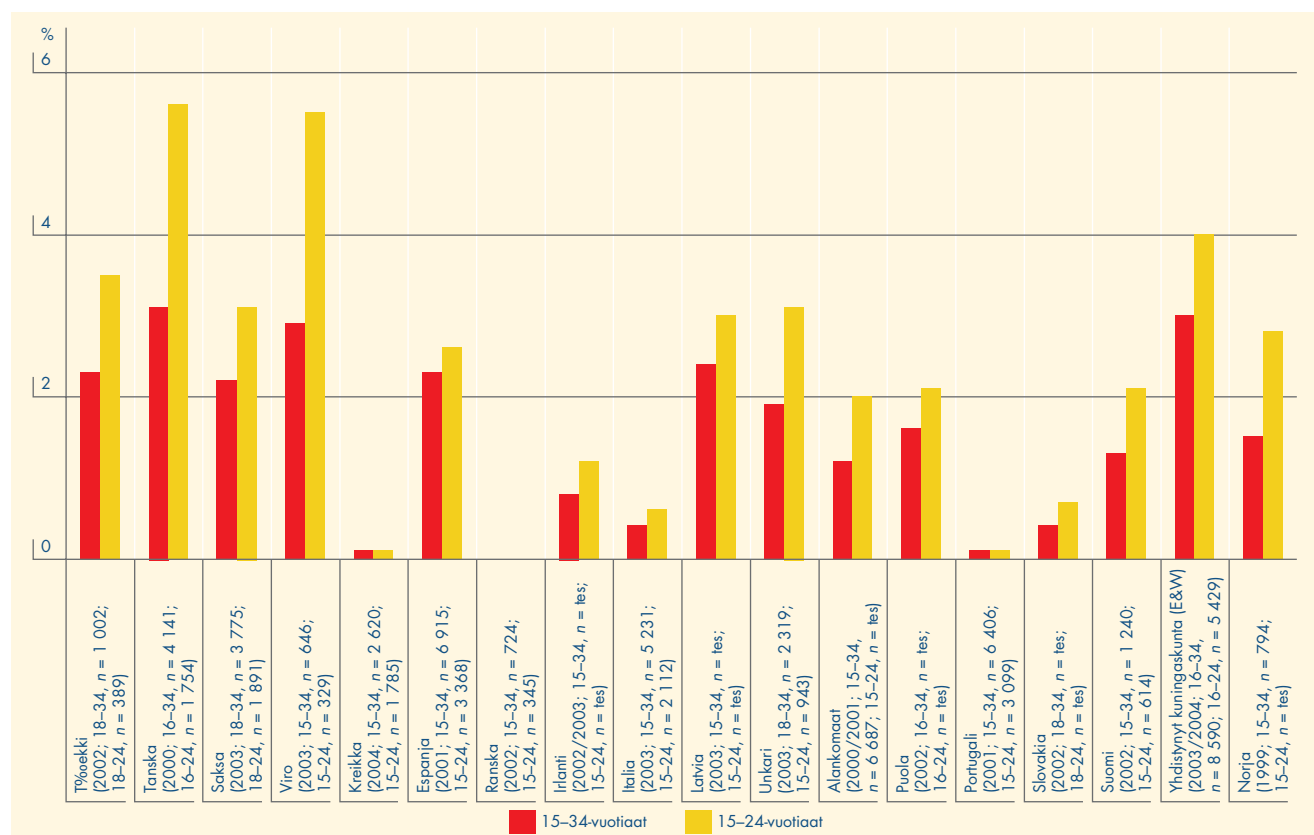
levinneisyys on selvästi alhaisempi. Tilanne vaikuttaa olevan muuttumassa monissa maissa, ja ekstaasi on ohittanut amfetamiinin ja noussut kannabiksen jälkeen toiseksi suosituimmaksi sekä viimeaikaisissa yleisissä väestötutkimuksissa että koululaiskyselyissä. Esimerkiksi vuoden 2003 ESPAD-koululaiskyselyssä (Hibell et al., 2004) ilmeni, että EU:n, Norjan ja ehdokasvaltioiden joukosta 14 maassa arvioidaan olevan enemmän ekstaasia kuin amfetamiinia ainakin kerran käyttäneitä<sup>(57)</sup>. On kuitenkin syytä muistaa, että ekstaasin suosio alkoi 1990-luvulla, kun taas amfetamiinin historia on pidempi. Tämä näkyy viime aikoina aikuisille tehdyissä kyselyissä, joiden mukaan amfetamiinia ainakin kerran käyttäneitä on enemmän 11 maassa ja ekstaasia ainakin kerran käyttäneitä 10 maassa, mutta ekstaasin hiljattainen käyttö (viimeisten 12 kuukauden aikana) on yleisempää 15 maassa ja amfetamiinin vain viidessä maassa (kahdessa maassa luvut olivat samansuuruiset).

Viimeaikaisten tutkimusten mukaan amfetamiinia ainakin kerran käyttäneiden aikuisten (15–64-vuotiaat) osuus vaihtelee EU:n jäsenvaltioissa 0,1:stä 6 prosenttiin paitsi Yhdistyneessä kuningaskunnassa, jossa luku on niinkin korkea kuin 12 prosenttia. Amfetamiinia hiljattain käyttäneiden osuus on alhaisempi ja vaihtelee 0:sta 1,5 prosenttiin siten, että osuus on korkein Tanskassa, Virossa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Väestötutkimusten mukaan tilanne on samankaltainen nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) ryhmässä, jossa amfetamiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus vaihtelee 0,1:stä 10 prosenttiin, ja tämä osuus on Yhdistyneessä kuningaskunnassa poikkeuksellisen korkea, 18,4 prosenttia. Amfetamiinia hiljattain käyttäneiden osuus vaihtelee 0:sta 3 prosenttiin, ja Tanska, Viro ja Yhdistynyt kuningaskunta ovat tässäkin ryhmässä maat, joissa osuus on korkein (kaavio 6). Vaikka amfetamiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus on Yhdistyneessä kuningaskunnassa huomattavasti korkeampi kuin muissa maissa, amfetamiinia hiljattain käyttäneiden osuus (viimeisten 12 kuukauden aikana) on siellä hyvin samankaltainen kuin muissa maissa, ja se on yleisesti laskemassa.

<sup>(57)</sup> Ks. kaavio EYE-2 (osa iv) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

**Kaavio 6:** Amfetamiinin hiljattainen käyttö (viimeisen vuoden aikana) 15–34-vuotiaiden ja 15–24-vuotiaiden nuorten aikuisten keskuudessa kansallisissa väestötutkimuksissa mitattuna



*Huom.* Tiedot on saatu jokaisen maan viimeisimmästä väestötutkimuksesta (ks. taulukko GPS-4 ikäryhmän 15–34-vuotiaat osalta).  
 Joitkin maat käyttävät hiukan erilaista ikäluokittelua kuin seurantakeskuksen vakioikäluokittelua nuorten aikuisten osalta. Ikäjakauksissa esiintyvät erot saattavat vaikuttaa vähäisessä määrin maiden väliin eroihin.

*Lähteet:* Reitoxin kansalliset raportit (2004), tiedot on saatu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista. Ks. myös taulukko GPS-0 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

Vuoden 2003 ESPAD-kyselyt tuottivat uutta tietoa amfetamiinin käytöstä 15- ja 16-vuotiaiden koululaisten keskuudessa<sup>(58)</sup>. Amfetamiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus vaihtelee alle prosentista 7 prosenttiin, korkein kansallinen arvio hiljattaisesta käytöstä on 4 prosenttia ja nykyisestä käytöstä (viimeisten 30 päivän aikana) 3 prosenttia.

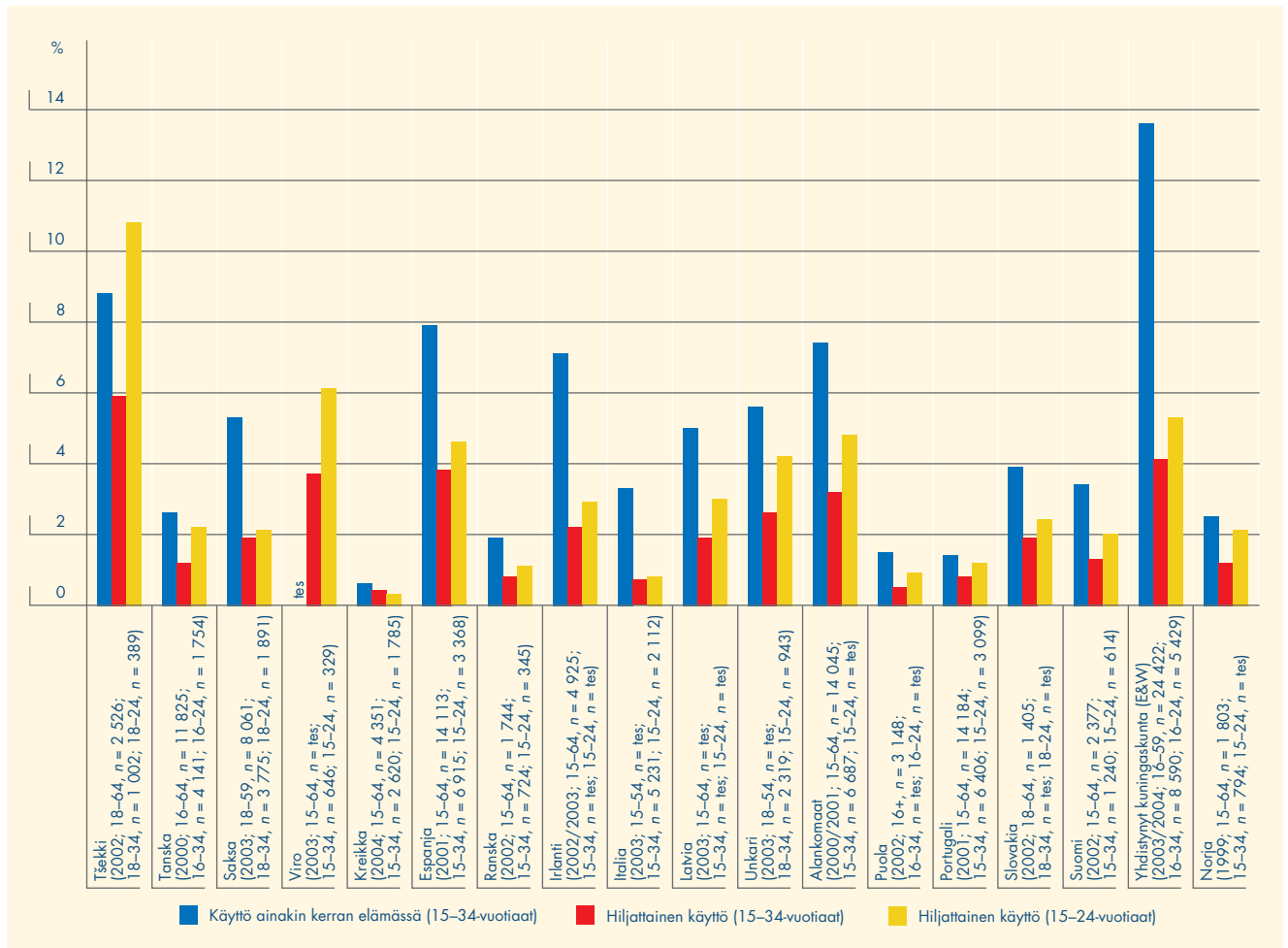
Ekstaasia on kokeillut noin 0,2–6,5 prosenttia aikuisväestöstä, ja useimpien maiden kohdalla tämä luku vaihtelee 1:stä 4 prosenttiin. Aikuisista 0–2,5 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä ekstaasia hiljattain, ja heidän osuutensa on korkein Tšekissä, Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Nuorista aikuisista (15–34-vuotiaat) 0,6–13,6 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä ekstaasia ainakin kerran. Ekstaasia ilmoittaa käyttäneensä hiljattain (viimeisten 12 kuukauden aikana) 0,4–6 prosenttia, ja osuus on korkein Tšekissä, Virossa, Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (kaavio 7).

Ekstaasin käyttö on pääasiallisesti nuorisoa koskeva ilmiö, joten on syytä analysoida levinneisyyttä 15–24-vuotiaiden sekä 15- ja 16-vuotiaiden koululaisten keskuudessa. Ekstaasia ainakin kerran käyttäneiden osuus vaihtelee 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä 0,4:stä 13 prosenttiin, kun taas hiljattain käyttäneiden osuus vaihtelee 0,3:sta 11 prosenttiin. Huumeidenkäyttö on tässä ikäryhmässä yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa, ja useimmat maat ilmoittavatkin, että 15–24-vuotiaista miehistä ekstaasia on käyttänyt ainakin kerran 4–16 prosenttia ja hiljattain 2–8 prosenttia. Lopuksi seitsemän maata on esittänyt nykyistä käyttöä (viimeisten 30 päivän aikana) kuvaavia lukuja, jotka kattavat myös säännöllisen käytön, ja nämä luvut vaihtelivat 2:sta 5 prosenttiin, mikä viittaa siihen, että yksi 20–50:stä 15–24-vuotiaasta miehestä käyttää ekstaasia säännöllisesti. Luvut ovat yleensä korkeampia kaupungeissa ja erityisesti diskoissa, yökerhoissa tai tanssitapahtumissa käyvien henkilöiden keskuudessa (Butler ja Montgomery, 2004).

<sup>(58)</sup> Ks. vuoden 2003 ESPAD-koululaiskyselyjen tulosten yksityiskohtainen analyysi luvussa 2.

**Kaavio 7:** Ekstaasin käyttö ainakin kerran elämässä ja hiljattainen käyttö (viimeisen vuoden aikana) 15–34-vuotiaiden ja 15–24-vuotiaiden nuorten aikuisten keskuudessa kansallisissa väestötutkimuksissa mitattuna



*Huom.* Tiedot on saatu jokaisen maan viimeisimmästä väestötutkimuksesta (käyttö ainakin kerran elämässä, ks. taulukko GPS-2, ja hiljattainen käyttö ikäryhmässä 15–34-vuotiaat, ks. taulukko GPS-4 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa).  
 Joitkin maat käyttävät hiukan erilaista ikäluokittelua kuin seurantakeskuksen vakiokäluokittelu nuorten aikuisten osalta. Ikäjakauksissa esiintyvät erot saattavat vaikuttaa vähäisessä määrin maiden välisiin eroihin.  
*Lähteet:* Reitoxin kansalliset raportit (2004), tiedot on saatu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista. Ks. myös taulukko GPS-0 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

Ekstaasin käytön levinneisyyttä koskevat arviot ovat huomattavasti alhaisempia 15- ja 16-vuotiaiden koululaisten keskuudessa kuin 15–24-vuotiaiden keskuudessa. Kyselyyn osallistuneista koululaisista ekstaasia oli käyttänyt ainakin kerran 0–8 prosenttia, ja luvut ovat vielä alhaisemmat hiljattaisen käytön (0–4 %) ja nykyisen käytön (0–3 %) osalta. Useimmissa maissa nykyistä käyttöä koskeva arvio vaihtelee 1:stä 2 prosenttiin, eikä sukupuolten välillä ole suurta eroa (Hibell et al., 2004).

Vertailun vuoksi kerrottakoon, että huumeidenkäytöstä ja terveydestä Yhdysvalloissa vuonna 2003 tehdyssä kansallisessa kyselyssä (SAMHSA, 2003) 4,6 prosenttia aikuisista (vähintään 12-vuotiaat) ilmoitti käyttäneensä ekstaasia ainakin kerran ja 0,9 prosenttia ilmoitti

käyttäneensä sitä hiljattain. Samassa kyselyssä 14,8 prosenttia 18–25-vuotiaista ilmoitti käyttäneensä ekstaasia ainakin kerran, 3,7 prosenttia ilmoitti käyttäneensä sitä hiljattain ja 0,7 prosenttia ilmoitti käyttävänsä sitä nykyään (viimeisen kuukauden aikana) <sup>(59)</sup>.

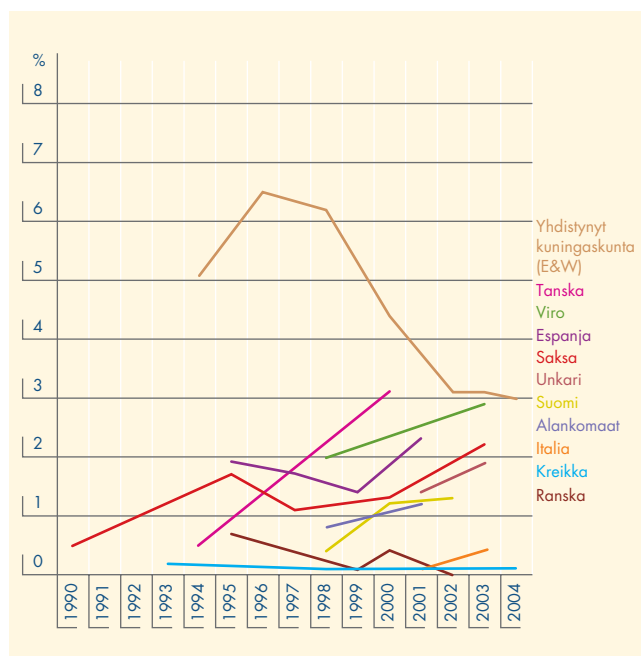
**Suuntaukset**

Väestötutkimukset osoittavat, että amfetamiinin (kaavio 8) ja ekstaasin (kaavio 9) hiljattainen käyttö on lisääntynyt nuorten aikuisten keskuudessa useimmissa maissa, joissa on tehty perättäisiä tutkimuksia. Ekstaasin kohdalla poikkeuksen muodostavat Saksa ja Kreikka, joissa osuus ei ole kasvanut, ja Yhdistynyt kuningaskunta, jossa näiden huumeiden käyttö on viime

<sup>(59)</sup> *Huom.* Yhdysvaltojen kyselyssä ikäryhmä (12 vuotta täyttäneet) on laajempi kuin EMCDDA:n ikäryhmä (15–64-vuotiaat) EU:n tutkimuksissa. Toisaalta nuorten aikuisten ikäryhmä (18–25-vuotiaat) on kapeampi kuin useimmissa EU:n tutkimuksissa (15–24-vuotiaat).



**Kaavio 8:** Suuntaukset amfetamiinien hiljattaisessa käytössä (viimeisen vuoden aikana) nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa kansallisissa väestötutkimuksissa mitattuna (%)



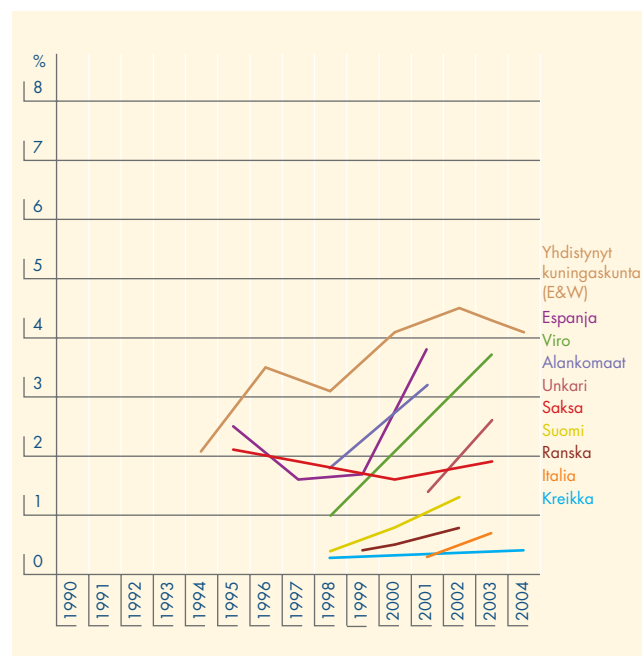
(<sup>1</sup>) Otosten koot (vastaajien määrät) ikäryhmässä 15–34-vuotiaat esitetään maittain ja vuosittain vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukossa GPS-4. Huom. Tiedot on saatu kustakin maasta saatavilla olevasta väestötutkimuksesta. Tutkimusten luvut ja menetelmät esitetään vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukossa GPS-4. EMCDDA määrittelee nuorten aikuisten ikäjakauksi 15–34-vuotiaat (Tanska ja Yhdistynyt kuningaskunta 16–34-vuotiaat, Saksa, Viro (1998) ja Unkari 18–34-vuotiaat). Ranskassa ikäjakauksi oli 18–39-vuotiaat vuonna 1995.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2004), tiedot on saatu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista. Ks. myös taulukko GPS-0 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

aikoina vakiintunut (2002/2003), joskin melko korkealle tasolle (kaavio 9).

Kuten edellä on todettu, ekstaasin käyttö on nykyään monessa maassa yleisempää kuin amfetamiinin käyttö, mutta tämä ei kuitenkaan tarkoita, että amfetamiinin käyttö olisi vähentynyt. Useimmissa maissa, jotka ovat voineet tarjota tietoja perättäisistä tutkimuksista, amfetamiinin käyttö (hiljattainen käyttö nuorten aikuisten keskuudessa) on oikeastaan lisääntynyt. Merkittävänä poikkeuksena on Yhdistynyt kuningaskunta, jossa amfetamiinin käyttö on vähentynyt huomattavasti vuodesta 1998 lähtien. Tämä saattaa selittää, miksi amfetamiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus on Yhdistyneessä kuningaskunnassa korkea verrattuna hiljattaisen käytön kohtalaisempaan tasoon. Amfetamiinin käytön väheneminen on saattanut jossain määrin kompensoitua kokaiinin ja ekstaasin käytön lisääntymisellä (ks. kaaviot 8 ja 9).

**Kaavio 9:** Suuntaukset ekstaasin hiljattaisessa käytössä (viimeisen vuoden aikana) nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa kansallisissa väestötutkimuksissa mitattuna (%)



(<sup>1</sup>) Otosten koot (vastaajien määrät) ikäryhmässä 15–34-vuotiaat esitetään maittain ja vuosittain vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukossa GPS-4. Huom. Tiedot on saatu kustakin maasta saatavilla olevasta väestötutkimuksesta. Tutkimusten luvut ja menetelmät esitetään vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukossa GPS-4.

EMCDDA määrittelee nuorten aikuisten ikäjakauksi 15–34-vuotiaat (Tanska ja Yhdistynyt kuningaskunta 16–34-vuotiaat, Saksa, Viro (1998) ja Unkari 18–34-vuotiaat).

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2004), tiedot on saatu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista. Ks. myös taulukko GPS-0 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

## Hoidontarvetta koskevat tiedot

Amfetamiinin kaltaisten piristeiden käyttö on harvoin pääasiallinen syy huumehoidolle. Tähän on kuitenkin poikkeuksia: Tšekissä, Suomessa ja Ruotsissa ensisijaisesti amfetamiinin kaltaisten piristeiden, amfetamiinien enemmän kuin ekstaasin, takia hoitoon hakeutuvien osuus vaihtelee 18:sta yli 50 prosenttiin. Tšekissä yli 50 prosenttia ilmoitetusta hoidontarpeesta liittyy ensisijaisesti metamfetamiiniongelmien. Tämä ilmenee myös hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvien joukossa ja edellä mainittujen lisäksi Slovakiassa (<sup>60</sup>). Lisäksi 11 prosenttia hoitoon hakeutuvista uusista asiakkaista Euroopassa ilmoittaa saatujen tietojen mukaan amfetamiinin kaltaiset piristeet toissijaiseksi huumeeksi (<sup>61</sup>).

Vuosien 2002 ja 2003 tietojen vertailussa ilmenee, että amfetamiinin kaltaisten piristeiden käyttäjien määrän kasvusuuntaus on jatkunut (+ 3,5 %). Vuosina 1996–2003

(<sup>60</sup>) Ks. taulukot TDI-4 (osa ii) ja TDI-5 (osa ii) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

(<sup>61</sup>) Ks. taulukko TDI-24 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

amfetamiinin kaltaisten piristeiden takia hoitoon hakeutuneiden asiakkaiden määrä kasvoi 2 204:stä 5 070:een 12 EU-maassa.

Avohoitokeskuksiin amfetamiinin kaltaisten piristeiden takia hoitoon hakeutuvista uusista asiakkaista 78,5 prosenttia käyttää amfetamiineja ja 21,4 prosenttia käyttää MDMA:ta (ekstaasia) <sup>(62)</sup>. Ekstaasiasiakkaiden osuus on korkein Unkarissa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Lähes kolmasosa hoitoon hakeutuvista amfetamiinin kaltaisten piristeiden käyttäjistä on 15–19-vuotiaita ja toinen kolmasosa on 20–24-vuotiaita <sup>(63)</sup>. Valtaenemmistö amfetamiinin kaltaisten piristeiden käyttäjistä aloittaa huumeen käytön 15–19-vuotiaana <sup>(64)</sup>.

Hoidossa olevissa amfetamiinin kaltaisten piristeiden käyttäjissä on yhtä paljon satunnaisia ja päivittäisiä käyttäjiä. Maissa, joissa amfetamiiniasiakkaiden osuus on muita korkeampi, useimmat asiakkaat käyttävät tätä huumetta 2–6 kertaa viikossa <sup>(65)</sup>.

Amfetamiinien ja ekstaasin yleisin käyttötapa on suun kautta nautittuna (58,2 %), mutta noin 15 prosenttia asiakkaista käyttää sitä suonensisäisesti. Joissakin maissa yli 60 prosenttia amfetamiinin kaltaisten piristeiden takia hoidossa olevista asiakkaista käyttää amfetamiinia suonensisäisesti (Tšekki ja Suomi) <sup>(66)</sup>.

## Ekstaasikuolemat

Ekstaasikuolemat ovat opiaattikuolemiin verrattuna melko harvinaisia, mutta niitä tapahtuu joissakin maissa merkittävä määrä, ja niiden seuranta voitaisiin parantaa. Termi ”ekstaasikuolema” voi tarkoittaa, että ekstaasi mainitaan kuolintodistuksessa tai että sitä löydetään toksikologisessa analyysissä (usein yhdessä muiden huumeiden kanssa) <sup>(67)</sup>.

Vaikka raportointia ei olekaan yhdenmukaistettu, vuoden 2004 Reitoxin kansallisista raporteista saadut tiedot viittaavat siihen, että ekstaasikuolemat, etenkin yksinomaan ekstaasin aiheuttamat kuolemat, ovat harvinaisia useimmissa EU-maissa. Vuonna 2003 useat maat ilmoittivat ekstaasikuolemia: Itävalta (yksi kuolema, joka aiheutui yksinomaan ekstaasista), Tšekki (yksi kuolema, joka aiheutui todennäköisesti MDMA:n yliannostuksesta), Ranska (kahdeksan ekstaasiin liittyvää kuolemaa), Saksa (kaksi yksinomaan ekstaasista aiheutunutta kuolemaa ja kahdeksan kuolemaa, jotka

aiheutuivat ekstaasista yhdessä muiden huumeiden kanssa – vuonna 2002 nämä luvut olivat 8 ja 11), Portugali (ekstaasia havaittiin 2 prosentissa huumekuolemista) ja Yhdistynyt kuningaskunta (ekstaasi ”mainittiin” 49 kuolintodistuksessa vuonna 2000, 76:ssa vuonna 2001 ja 75:ssä vuonna 2002). Alankomaat ilmoitti seitsemän kuolemaa, jotka olivat aiheutuneet psykoaktiivisten piristeiden akuutista päihtymystilasta, mutta aineita ei eritelty.

Harvat maat ovat ilmoittaneet tietoja ekstaasiin liittyneistä sairaaloiden ensiaputapauksista. Amsterdamissa muiden kuin kuolemaan johtaneiden ekstaasin käytöstä aiheutuneiden hätätapausten määrä (Alankomaiden kansallinen raportti) säilyi samalla tasolla vuosina 1995–2003 (samoin kuin niiden, jotka liittyivät amfetamiinin käyttöön), kun taas hallusinogeenisten sienien ja gammahydroksibutyraatin (GHB:n) aiheuttamien hätätapausten määrä kasvoi. Tanskassa (kansallinen raportti) piristeiden aiheuttamasta päihtymystilasta johtuneiden sairaalakäyntien määrä kasvoi 112 tapauksesta vuonna 1999 aina 292 tapaukseen vuonna 2003. Näistä ekstaasin käyttöön liittyneiden sairaalakäyntien määrä kasvoi huomattavasti vuodesta 1999 vuoteen 2000, mutta sen jälkeen ei ole ollut havaittavissa mitään selkeää suuntausta, kun taas amfetamiinin käyttöön liittyneiden käyntien määrä on kasvanut tasaisesti tänä ajanjaksona.

## Ehkäisevä huumetyö

Liikkuvat ehkäisyhankkeet mukautuvat ”ravekulttuurin” piristaloitumiseen siten, että nuorten huumeiden viihdekäyttäjien kohderyhmä pystytään edelleen tavoittamaan esimerkiksi erilaisten ”piirien” yhteyshenkilöiden kautta. Niistä maista, joissa pillereitä on testattu, käytäntö on lopetettu Saksassa ja Portugalissa. Alankomaissa pillereitä testataan vain laboratorioissa, Ranskassa on ehdotettu, että pillereiden testaamisesta paikan päällä luovuttaisiin. Syitä näihin muutoksiin ovat muun muassa muunneltujen pillereiden vähentyminen Länsi-Euroopassa ja epäselvyys käytännön laillisuudesta. Tšekissä pillereiden testausohjelmia on kuitenkin jatkettu ja niistä on keskusteltu tiedotusvälineissä.

## Ehkäisevä huumetyö viihdeympäristöissä

Uudet jäsenvaltiot, etenkin Tšekki, Kypros (liikkuva tiedotusyksikkö yöelämän tapahtumissa), Unkari (kolme järjestöä), Puola ja Slovenia, ilmoittavat yhä useammista

<sup>(62)</sup> Ks. taulukko TDI-23 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(63)</sup> Ks. taulukot TDI-11 (osa i) ja TDI-11 (osa v) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(64)</sup> Ks. taulukot TDI-10 (osa i) ja TDI-10 (osa v) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(65)</sup> Ks. taulukko TDI-18 (osa iii) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(66)</sup> Ks. taulukko TDI-17 (osa iii) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(67)</sup> Ekstaasikuolemia käsitellään yksityiskohtaisesti EMCDDA:n vuoden 2004 vuosiraportissa (<http://ar2004.emcdda.eu.int/fi/page038-fi.html>).

viihdeympäristöissä toteutettavista valikoivan ehkäisevän huumetyön hankkeista.

Toimien sisältö pysyy yleensä samanlaisena, ja toimet ovat useimmissa jäsenvaltioissa samankaltaisia eli huumeiden vastaisia diskoja, taide-esityksiä, teatteria, mediatukea (elokuvia, sarjakuvia jne.), seminaareja, liikkuvia näyttelyjä ja matkakokemuksia (Luxemburgin kansallinen raportti).

Rakenteelliset lähestymistavat ovat edelleen tärkeitä. Italiassa, Alankomaissa ja Skandinaviassa verkostoitumista pidetään ehkäisevän huumetyön edellytyksenä, ja sen tavoitteena on vaikuttaminen yöelämäkulttuuriin. Tätä varten ehkäisevän huumetyön ammattilaiset pitävät yhteyttä sellaisten tilojen omistajiin, joissa tyypillisesti esiintyy huumeiden viihdekäyttöä (mukaan luettuina coffee shopit Alankomaissa), ja muihin yöelämässä toimiviin henkilöihin kuten ovimiehiin ja baarien henkilöstöön. Ruotsissa tällaisia toimia ollaan ulottamassa Tukholman lisäksi muihin suurkaupunkeihin. Samankaltaisista järjestelmistä Alankomaissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että ”juhlien vieraat ja järjestäjät suhtautuvat laittomiin huumausaineisiin huomattavasti oletettua vastuuntuntoisemmin” (Pijlman et al., 2003). Tällaisten integroitujen lähestymistapojen etuna on myös, että ne kääntävät yleisen huomion laittomiin huumausaineisiin suurissa juhlissa liittyvistä välikohtauksista ja hätätilanteista yökerhoympäristöjen yleisiin riskeihin. Turvallisemman yöelämän ohjeet kuuluvat tähän toimien ryhmään, mutta ne eivät ole vielä levinneet laajalle Euroopassa (Calafat et al., 2003).

Verkkosivustojen kautta tarjottava yksilöllinen online-neuvonta on melko uusi lähestymistapa, jota on alettu toteuttaa Itävallassa ja Saksassa (www.drugcom.de). Itävallassa tarjotaan neuvontaa myös sähköpostitse Wienin uudessa huumeavun tukikeskuksessa, ja neuvonnalle on laadittu laatuvaatimukset (FSW, 2004). Useimmat ehkäisevän huumetyön verkkosivustot tarjoavat kuitenkin vain asiantuntijoiden neuvoja, eikä niillä ole keskustelufoorumeita, sillä tällaisten kuluttajalähtöisten vertaisyhteisöjen tehokkuudesta ei ole vankkaa näyttöä (Eysenbach et al., 2004).

## Takavarikot ja markkinatietoa <sup>(68)</sup>

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 kätkevässä laboratorioissa”. Amfetamiinin kaltaisten piristeiden maailmanlaajuinen vuosituotanto on kuitenkin arviolta noin 520 tonnia (UNODC, 2003b). Amfetamiinin kaltaisten piristeiden takavarikot ylsivät 46 tonniin koko maailmassa vuonna 2000, ja tätä seuranneen laskun jälkeen ne kasvoivat jälleen 34 tonniin vuonna 2003 (CND, 2004, 2005).

### Amfetamiini

Lakkautettujen laboratorioiden määrän perusteella maailmanlaajuinen amfetamiinin tuotanto keskittyy edelleen Eurooppaan. Vuonna 2003 amfetamiinilaboratorioita löydettiin kahdeksassa EU-maassa (Belgia, Saksa, Viro, Liettua, Luxemburg, Alankomaat, Puola ja Yhdistynyt kuningaskunta). Suurin osa EU:ssa vuonna 2003 takavarikoidusta amfetamiinista oli lähtöisin Alankomaista ja sen jälkeen Puolasta ja Belgiasta. Amfetamiinia on lisäksi ilmoitettu tuotetun Virossa ja Liettussa Pohjoismaiden markkinoille. Amfetamiinin kauppa on yhä pääasiallisesti alueen sisäistä (Reitoxin kansalliset raportit, 2004; CND, 2005).

Samaten suurin osa amfetamiinitakavarikoista tehdään Euroopassa. Länsi- ja Keski-Euroopassa takavarikoitiin 82 prosenttia kaikesta maailmassa vuonna 2003 takavarikoidusta amfetamiinista, Itä- ja Kaakkois-Euroopassa takavarikoitiin 13 prosenttia ja Lähi-idän maissa 3 prosenttia (CND, 2005). Viimeisten viiden vuoden aikana EU:ssa on tehty eniten amfetamiinitakavarikkoja Yhdistyneessä kuningaskunnassa <sup>(69)</sup>. EU:n tasolla amfetamiinitakavarikkojen lukumäärä <sup>(70)</sup>, joka oli aiemmin ollut kasvussa, oli huipussaan vuonna 1998 ja takavarikoidut määrät <sup>(71)</sup> olivat huipussaan vuonna 1997. Amfetamiinitakavarikkojen lukumäärä kasvoi vuosina 2001 ja 2002, mutta niiden maiden suuntausten perusteella, joista saatiin tietoja, lukumäärä näyttää vakiintuneen tai laskeneen vuonna 2003. Myös takavarikoiduissa määrissä on ollut vaihtelua, mutta ne vaikuttavat kasvaneen vuodesta 2002 lähtien <sup>(72)</sup>.

Vuonna 2003 amfetamiinin keskimääräinen hinta käyttäjätasolla vaihteli Belgian, Viron, Kreikan, Latvian,

<sup>(68)</sup> Ks. ”Takavarikkojen ja markkinatietojen tulkinta”, s. 42.

<sup>(69)</sup> Tämä on tarkistettava sitten, kun Yhdistyneen kuningaskunnan vuoden 2003 tiedot saadaan. Tiedot amfetamiinitakavarikkojen lukumäärästä vuonna 2003 puuttuivat Italian, Kyproksen, Alankomaiden ja Romanian osalta; tiedot sekä amfetamiinitakavarikkojen lukumäärästä että takavarikoitujen amfetamiinin määrästä vuonna 2003 puuttuivat Irlannin ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.

<sup>(70)</sup> Ks. taulukko SZR-7 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(71)</sup> Ks. taulukko SZR-8 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(72)</sup> Tämä on tarkistettava sitten, kun vuoden 2003 tiedot saadaan, erityisesti Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.

Unkarin, Alankomaiden ja Slovakian alle 10 eurosta Norjan 37,5 euroon grammalta <sup>(73)</sup>. Amfetamiinin keskimääräinen puhtaus vähittäiskaupassa vuonna 2003 vaihteli 7,5 prosentista (Saksa) 50 prosenttiin (Norja) <sup>(74)</sup>.

### Metamfetamiini

Metamfetamiini on valmistettujen ja salakuljetettujen määrien perusteella merkittävin amfetamiinin kaltainen piriste koko maailmassa. Metamfetamiinia valmistettiin ja takavarikoitiin vuonna 2003 edelleen eniten Itä- ja Kaakkois-Aasiassa (Kiina, Myanmar, Filippiinit, Thaimaa) ja seuraavaksi eniten Pohjois-Amerikassa (Yhdysvallat) (CND, 2005). Metamfetamiinin tuotanto Euroopassa on selvästi pienimuotoisempaa. Salaisia metamfetamiinilaboratorioita paljastettiin ilmoitusten mukaan vuonna 2003 Tšekissä, Saksassa, Liettuassa ja Slovakiassa (Reitoxin kansalliset raportit, 2004; CND, 2005). Tšekki on raportoinut metamfetamiinin tuotannosta 1980-luvun alusta lähtien (UNODC, 2003a); suurin osa siitä päätyy paikalliseen käyttöön, mutta osa salakuljetetaan Saksaan ja Itävaltaan (Tšekin kansallinen raportti, 2004). Tšekin viranomaiset ilmoittivat vuonna 2003, että ”pervitiinin” (paikallisen metamfetamiinin) valmistus farmaseuttisista tuotteista on lisääntynyt, kun efedriinistä (metamfetamiinin lähtöaineesta) on ollut puutetta paikallisessa mustassa pörssissä. Vaikka EMCDDA ei kerääkään järjestelmällisesti tietoa metamfetamiinin takavarikoista, Tšekki, Saksa, Liettua ja Norja ilmoittavat tehneensä niitä vuonna 2003. Lisäksi Tanska ilmoitti metamfetamiinin yleistyneen laittomien huumausaineiden markkinoilla, ja Latvia ilmoitti takavarikoidun efedriinin määrän kasvaneen (0,8 tonnia) vuonna 2003 (vuoteen 2002 verrattuna) (Reitoxin kansalliset raportit, 2004).

Vuonna 2003 ”pervitiinin” vähittäishinnan ilmoitettiin vaihdelleen Tšekissä 16 eurosta 63 euroon grammalta <sup>(75)</sup>, ja sen puhtaus vaihteli 50:stä 75 prosenttiin <sup>(76)</sup>.

### Ekstaasi

Eurooppa on maailmanlaajuisesti tärkein ekstaasin tuotannon keskus, vaikka sen suhteellinen merkitys onkin vähenemässä, kun ekstaasin valmistus on viime vuosina levinnyt muualle maailmaan, varsinkin Pohjois-Amerikkaan

sekä Itä- ja Kaakkois-Aasiaan (CND, 2005; INCB, 2005). Maailmassa paljastettujen ekstaasilaboratorioiden määrä laski vuonna 2003 (CND, 2005). EU:ssa tällaisia laboratorioita paljastettiin ilmoitusten mukaan Belgiassa, Virossa, Liettuassa ja Alankomaissa (Reitoxin kansalliset raportit, 2004; CND, 2005). EU:ssa takavarikoitu ekstaasi on ilmoitusten mukaan lähtöisin pääasiallisesti Alankomaista ja toiseksi useimmin Belgiasta, mutta myös Viro ja Yhdistynyt kuningaskunta on mainittu lähtömaina (Reitoxin kansalliset raportit, 2003).

Ekstaasin kauppa keskittyy edelleen vahvasti Länsi-Eurooppaan, mutta se on tuotannon tavoin levinnyt viime vuosina kaikkialle maailmaan (UNODC, 2003a). Vuonna 2003 takavarikoiduista määristä Länsi- ja Keski-Euroopan osuus oli 58 prosenttia ja Oseanian osuus oli 23 prosenttia (CND, 2005). Alankomaat ohitti Yhdistyneen kuningaskunnan ensimmäisen kerran vuonna 2002 ekstaasia eniten takavarikoineena EU-maana <sup>(77)</sup>.

Ekstaasitakavarikkojen lukumäärä <sup>(78)</sup> EU:n tasolla kasvoi nopeasti ajanjaksolla 1998–2001. Takavarikkojen lukumäärä on kuitenkin laskenut vuodesta 2002 lähtien, ja niiden maiden suuntausten perusteella, joista saatiin tietoja, lasku vaikuttaa jatkuneen vuonna 2003. Takavarikoidun ekstaasin määrät <sup>(79)</sup> kasvoivat jyrkästi vuosina 1998–2000, minkä jälkeen kasvu on hidastunut. Takavarikoidut määrät kuitenkin laskivat vuonna 2003 useimmissa tietojen toimittaneissa maissa. Ekstaasitakavarikkojen ilmeinen väheneminen EU:ssa vuonna 2003 (sekä takavarikkojen lukumäärän että takavarikoitujen määrien osalta) on kuitenkin varmistettava sitten, kun vuoden 2003 puuttuvat tiedot – etenkin Yhdistyneen kuningaskunnan tiedot – saadaan.

Vuonna 2003 ekstaasitabletin keskimääräinen hinta katukaupassa vaihteli alle 5 eurosta (Unkari, Alankomaat) 20–30 euroon (Kreikka, Italia) <sup>(80)</sup>.

Vuonna 2003 useimpien laittomina huumeina myytyjen tablettien todettiin analyseissä sisältäneen psykoaktiivisina aineina ainoastaan ekstaasia (MDMA tehoaineena) ja ekstaasin kaltaisia aineita (MDEA, MDA). Tanskassa, Espanjassa, Unkarissa, Alankomaissa, Slovakiassa ja Norjassa näitä aineita sisälsi yli 95 prosenttia analysoiduista tableteista. Kaksi maata, Viro

<sup>(73)</sup> Ks. taulukko PPP-4 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(74)</sup> Ks. taulukko PPP-8 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(75)</sup> Ks. taulukko PPP-4 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(76)</sup> Ks. taulukko PPP-8 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(77)</sup> Tämä on tarkistettava sitten, kun vuoden 2003 tiedot saadaan. Tiedot ekstaasitakavarikkojen lukumäärästä vuonna 2003 puuttuivat Italian, Kyproksen, Alankomaiden ja Romanian osalta; tiedot sekä ekstaasitakavarikkojen lukumäärästä että takavarikoidun ekstaasin määristä vuonna 2003 puuttuivat Irlannin ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.

<sup>(78)</sup> Ks. taulukko SZR-9 (osa iv) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(79)</sup> Ks. taulukko SZR-10 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(80)</sup> Ks. taulukko PPP-4 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

ja Liettua, ilmoittivat kuitenkin, että suuri osa (Virossa 94 % ja Liettuassa 76 %) analysoiduista tableteista sisälsi amfetamiinia ja/tai metamfetamiinia ainoina psykoaktiivisina aineina. Ekstaasitablettien MDMA-pitoisuus vaihtelee voimakkaasti erissä (jopa samalla logolla varustetuissa tableteissa) maiden sisällä ja välillä. Vuonna 2003 ekstaasitablettien keskimääräinen MDMA-pitoisuus oli 54–78 mg<sup>(81)</sup>. Muita ekstaasina myydyistä tableteista vuonna 2003 löydettyjä psykoaktiivisia aineita olivat MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA ja 1-PEA (Reitoxin kansalliset raportit, 2004).

## LSD

LSD:tä valmistetaan ja salakuljetetaan selvästi vähemmän kuin amfetamiinin kaltaisia piristeitä. Vuoteen 2000 asti suurin osa LSD:n takavarikoista EU:ssa tehtiin Yhdistyneessä kuningaskunnassa, mutta sen jälkeen takavarikoita on tehty eniten<sup>(82)</sup> Saksassa<sup>(83)</sup>. Sekä LSD-takavarikkojen lukumäärä<sup>(84)</sup> että takavarikoidut määrät<sup>(85)</sup> vähenivät EU:ssa tasaisesti vuosina 1998–2002, vuonna 2000 tapahtunutta tasaantumista lukuun ottamatta. Vuonna 2003 sekä LSD-takavarikkojen lukumäärä että takavarikoidut määrät kuitenkin kasvoivat ensimmäisen kerran yhdeksään vuoteen. Espanjassa, Ranskassa ja Puolassa takavarikoitiin poikkeuksellisen suuria määriä. Tämä saattaa viitata LSD:n kaupan (ja käytön) elpymiseen EU:ssa. LSD-yksikön keskihinta käyttäjille vaihteli vuonna 2003 Yhdistyneen kuningaskunnan 4 eurosta Italian 25 euroon<sup>(86)</sup>.

## Nopea tiedonvaihtojärjestelmä

Eurooppalaisen nopean tiedonvaihtojärjestelmän, joka kuuluu vuonna 1997 hyväksytyyn EU:n yhteiseen toimintaan uusien synteettisten huumausaineiden alalla<sup>(87)</sup>, pääasiallinen tavoite on uusien synteettisten huumausaineiden koskevan tiedon nopea keruu, analysointi ja vaihto heti, kun ne ilmestyvät Euroopan huumemarkkinoille. Nopea tiedonvaihtojärjestelmä kuuluu EMCDDA:n alaisuuteen Reitox-verkoston kautta, ja siinä tehdään tiivistä yhteistyötä Europolin kanssa, joka tarjoaa lainvalvontaa koskevaa tietoa kansallisten yksiköidensä kautta.

Jäsenvaltiot ilmoittivat EMCDDA:lle vuonna 2004 kuusi uutta synteettistä huumausainetta, mikä nostaa seurattujen aineiden kokonaismäärän yli 25:een. Näihin kuuluu rengassubstituoituja fenetylamiineja (pääasiallisesti 2C-ryhmästä sekä TMA-2, 4-MTA, PMMA jne.), tryptamiineja (kuten DMT, AMT, DIPT ja erilaisia johdannaisia) sekä piperatsiineja (mukaan luettuina BZP, mCPP). Tietoja kerättiin ja vaihdettiin myös erilaisista muista aineista, mukaan luettuina jotkin katinonit (kuten substituoidut pyrrolidiinit). Euroopan komissiota ja Euroopan neuvostoa ei kuitenkaan pyydetty hyväksymään riskien arviointia mistään uudesta aineesta, koska näyttöä yksilöiden terveydelle tai kansanterveydelle aiheutuvista vaaroista tai sosiaalisista vaaroista ei ollut riittävästi.

Ketamiinia ja GHB:tä, joista molemmista tehtiin riskienarviointi vuonna 2000, seurataan yhä nopean tiedonvaihtojärjestelmän puitteissa. On olemassa merkkejä siitä, että nämä kaksi ainetta saattavat levitä merkittävästi viihdeympäristöissä, mutta saatavilla oleva näyttö ei vielä riitä levinneisyyden määrittämiseen tai suuntausten tunnistamiseen EU:n tasolla.

Ketamiinihavaintoja raportoitiin Belgiasta, Tanskasta, Kreikasta, Ranskasta, Unkarista, Alankomaista, Ruotsista, Yhdistyneestä kuningaskunnasta ja Norjasta. Ainetta takavarikoitiin pääasiallisesti valkoisen jauheen muodossa, mutta Ranskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa ketamiinia takavarikoitiin/löydettiin myös nesteiden muodossa. Suurimmat määrät kehon nesteissä ja näytteissä löydettyjä ketamiinihavaintoja ilmoittivat Ruotsi (51) ja Norja (30), mutta kummassakaan maassa ei tehdä eroa lääkinnällisen ja laittoman käytön välillä.

GHB-havaintoja, myös sen lähtöaineiden GBL:n ja 1,4-BD:n (runsaasti saatavilla olevia kemikaaleja), takavarikoita ilmoitettiin Belgiasta, Tšekistä, Tanskasta, Virosta, Ranskasta, Alankomaista, Ruotsista, Suomesta, Yhdistyneestä kuningaskunnasta ja Norjasta. GHB:tä on takavarikoitu sekä jauheena että nesteinä.

Belgia, Ranska, Italia ja Alankomaat ilmoittivat vuoden 2004 kahden viimeisen kuukauden aikana useita myrkytystapauksia, jotka johtuivat sellaisen kokaiinin

<sup>(81)</sup> Vaihteluväli perustuu vain muutamasta maasta, nimittäin Tanskasta, Saksasta, Ranskasta, Luxemburgista ja Alankomaista, saatuihin tietoihin.

<sup>(82)</sup> Tämä on tarkistettava sitten, kun vuoden 2003 tiedot saadaan. Tiedot LSD:n takavarikkojen lukumäärästä vuonna 2003 puuttuivat Italian, Kyproksen, Alankomaiden ja Puolan osalta; tiedot sekä LSD:n takavarikkojen lukumäärästä että takavarikoidun LSD:n määristä vuonna 2003 puuttuivat Irlannin, Maltaan, Slovenian, Yhdistyneen kuningaskunnan, Bulgarian ja Romanian osalta.

<sup>(83)</sup> LSD:n takavarikkojen vähäinen määrä on syytä ottaa huomioon, ettei vuosien välisille eroille tulkitta liian suurta merkitystä.

<sup>(84)</sup> Ks. taulukko SZR-11 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(85)</sup> Ks. taulukko SZR-12 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(86)</sup> Ks. taulukko PPP-4 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(87)</sup> 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 psykotrooppisiksi aineiksi 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.



käytöstä, johon oli lisätty melko suuria annoksia atropiinia <sup>(88)</sup>. Heti kun vaara kokaiinin ja atropiinin yhdistelmän aiheuttamasta myrkytyksestä ilmeni, EMCDDA lähetti varoituksen nopeaan tiedonvaihtojärjestelmään kuuluville kumppaneille ja pyysi heitä välittämään verkostoilleen ja etenkin asianomaisille terveysviranomaisille tiedon kokaiinin/atropiinin myrkytyksen merkeistä, jotta se voitaisiin tunnistaa varhaisessa vaiheessa. Useat jäsenvaltiot päättivätkin antaa ennakkovaroituksen verkostoilleen tai terveysviranomaisilleen.

Nopeaa tiedonvaihtojärjestelmää vahvistettiin toukokuussa 2005 neuvoston päätöksellä (2005/387/YOS), jolla korvataan vuoden 1997 yhteinen toiminta. Neuvoston päätöksessä laajennetaan toiminta-ala kattamaan kaikki uudet psykoaktiiviset aineet (sekä huumausaineet että synteettiset huumeet). Lisäksi mahdollistetaan lääkkeiden sisällyttäminen uusia psykoaktiivisia aineita koskevaan tiedonvaihtoon.

## Kansainvälinen toiminta synteettisten huumeiden tuotantoa ja salakuljetusta vastaan

EU:ssa ja kansainvälisessä yhteistyössä on tunnustettu yhä laajemmin valvottujen aineiden valmistukseen tarvittavien lähtöaineina käytettävien kemikaalien seurannan ja valvonnan tärkeys. Heroiinin, kokaiinin ja ekstaasin kaltaisten huumausaineiden valmistukseen tarvittavien kemikaalien valvontaa lisäämällä voidaan panna täytäntöön toimenpiteitä tarjonnan haittaamiseksi tai pysäyttämiseksi. Tällä alalla on nykyään käynnissä kolme suurta kansainvälistä ohjelmaa: operaatio Purple, joka keskittyy kokaiinin valmistuksessa käytettävään kaliumpermanganaattiin, operaatio Topaz, jossa seurataan heroinin valmistuksessa lähtöaineena käytettävän etikkahappoanhydridin kansainvälistä kauppaa, ja Prism-hanke, jossa jäljitetään amfetamiinin kaltaisten piristeiden lähtöaineiden saapumispaikkoja tai laittomia huumelaboratorioita takavarikoitajien varten. Näiden ohjelmien yhteydessä on viimeisten kahden vuoden aikana tutkittu ja ilmoitettu INCB:lle yhteensä 20 227 toimea, ja näiden toimien on todettu vaikuttaneen huumeiden tuotantoon.

Prism-hanke on erityisen tärkeä, kun tarkastellaan synteettisten huumeiden valmistusta EU:ssa. Työ tällä alalla on hyvin haastavaa, sillä niihin lukuisiin kemikaaleihin, joita voidaan käyttää amfetamiinin kaltaisten piristeiden valmistamiseen, kuuluu useita aineita, joita tarvitaan lailliseen kaupalliseen toimintaan tai jotka ovat sen

sivutuotteita. Prism-hankkeessa muun muassa seurataan ekstaasin valmistuksessa käytettävän safrolin kansainvälistä kauppaa, ehkäistään pseudoefedriiniä sisältävien farmaseuttisten valmisteiden kulkeutumista laittomiin tarkoituksiin ja paikannetaan 1-fenyyl-2-propanonin laittomaan valmistukseen osallistuvia laboratorioita. Vaikka työ tällä alalla onkin vaikeaa, Prism-hanke vaikuttaa edistäneen kansainvälistä yhteistyötä ja johtaneen menestyksellisiin kieltotoimiin. Esimerkiksi tuoreessa INCB:n raportissa (2005) mainitaan Kiinan ja Puolan yhteistyö, joka johti suuren 1-fenyyl-2-propanonin salakuljetuksen paljastumiseen Puolassa.

## Synteettisten huumeiden tuotannon ja salakuljetuksen vastaiset toimenpiteet Euroopassa

Synteettisten huumeiden tarjontaa koskevien toimien täytäntöönpanosuunnitelman mukaisesti komissio laati joulukuussa 2003 yhteistyössä Europolin kanssa kertomuksen, jossa kuvaillaan jakeluverkostojen kartoituksen alalla meneillään olevien tärkeimpien monenvälisten hankkeiden nykytilannetta ja tällä alalla saatua kokemusta EU:n tasolla, jäsenvaltioissa ja ehdokasvaltioissa. Kertomuksessa tuotiin esiin tällaisten hankkeiden keskeiset tekijät, jotka vaikuttavat olennaisilta toiminnallisten hyötyjen saavuttamiseksi. Siinä myös todettiin, että useilta synteettisiin huumeisiin liittyviltä aloilta saatavien tietojen ja tiedustelutietojen kokoaminen kattavaksi ja integroiduksi strategiaksi voi olla hyödyllistä.

Europol yhdisti joulukuussa 2004 Case- ja Genesis-hankkeet Synergy-hankkeeksi, joka kattaa 20 jäsenvaltion ja joidenkin EU:n ulkopuolisten maiden tukeman analyysitietokannan, Europolin laittomien laboratorioiden vertailujärjestelmän (Europol Illicit Laboratory Comparison System, EILCS) ja Europolin ekstaasilogojärjestelmän (Europol Ecstasy Logo System, EELS). Hankkeella tuetaan kattavaa toimintaa synteettisiä huumeita vastaan Euroopassa (Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe, CASE), amfetamiinin profilointia koskevaa Ruotsin aloitetta, sekä huumausaineiden lähtöaineita käsittelevää eurooppalaista yksikköä (EJUP), johon kuuluu asiantuntijoita kuudesta jäsenvaltiosta.

Analyysitietokanta mahdollistaa synteettisiä huumeita ja lähtöaineita koskevaan rikollisuuteen liittyvän korkeatasoisen tiedustelutiedon keruun ja analysoinnin. Etusijalle asetetaan rikollisryhmien ja/tai keskeisten toimintatapojen tutkinta.

EILCS:ssä kerätään valokuvia ja teknisiä tietoja synteettisten huumeiden tuotantolaitoksista ja niihin liittyvistä kemiallisten jätteiden kaatopaikoista ja tuetaan

<sup>(88)</sup> Atropiini, antikolinerginen aine, on *Atropa belladonna* -kasvista peräisin oleva luontainen alkaloidi. Vakava myrkytys voi johtaa kuolemaan.

siten takavarikoitujen välineiden, materiaalien ja kemikaalien välisten yhteyksien tutkintaa, tietojenvaihtoa, lähteiden jäljittämistä, todisteiden rikosteknistä tutkintaa sekä toimijoiden ja rikollisryhmien tunnistamista ja pysäyttämistä. Europol on EILCS:n kautta Prism-Equipment-hankkeen – Yhdistyneiden Kansakuntien alaisen INCB:n maailmanlaajuisen tablettikoneiden ja muiden synteettisten huumeiden tuotantovälineiden jäljitysohjelman – yhteispiste Euroopassa.

EELS:ään kerätään toimintatapoihin liittyviä valokuvia ja rikosteknistä perustietoa merkittävistä takavarikoista ja

mahdollistetaan siten takavarikoiden välisten yhteyksien tunnistaminen ja takavarikoitujen koneiden avulla lainvalvontatietojen vaihto, jatkotutkinnat, todisteiden rikostekninen profilointi ja toimien kohdentaminen rikollisryhmiin.

Europolin synteettisten huumeiden tuotantovälineiden luettelo (Synthetic Drug Production Equipment Catalogue) ja Europolin ekstaasilogoluettelo (Ecstasy Logo Catalogue) päivitetään, ja ne julkaistaan säännöllisin väliajoin.





## Luku 5

# Kokaiini ja crack-kokaiini

### Kokaiinin levinneisyys ja käyttötavat

Viimeaikaisten kansallisten tutkimusten mukaan 0,5–6 prosenttia aikuisväestöstä ilmoittaa kokeilleensa kokaiinia ainakin kerran, ja tämän vaihteluvälin kärjessä ovat Italia (4,6 %), Espanja (4,9 %) ja Yhdistynyt kuningaskunta (6,8 %). Kokaiinia ilmoittaa käyttäneensä hiljattain (viimeisten 12 kuukauden aikana) yleisesti ottaen alle prosentti aikuisista, ja vaihteluväli on useimmissa maissa 0,3:sta 1 prosenttiin. Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa kokaiinin hiljattain käyttäneiden osuus on yli 2 prosenttia.

Vaikka kokaiinin levinneisyysluvat ovat huomattavasti alhaisemmat kuin kannabiksen, levinneisyys saattaa olla korkeampi nuorten aikuisten keskuudessa kuin väestössä keskimäärin. Kokaiinia ainakin kerran käyttäneitä on 15–34-vuotiaiden joukossa 1–11,6 prosenttia, ja osuus on jälleen korkein Espanjassa (7,7 %) ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (11,6 %). Kokaiinia hiljattain käyttäneiden osuus vaihtelee 0,2:sta 4,6 prosenttiin siten, että se on yli 2 prosenttia Tanskassa, Irlannissa, Italiassa ja Alankomaissa ja yli 4 prosenttia Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Kokaiinin käyttö on yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa. Esimerkiksi Tanskassa, Saksassa, Espanjassa, Italiassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa tehdyissä tutkimuksissa ilmeni, että 15–34-vuotiaiden miesten keskuudessa kokaiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus oli 5–13 prosenttia. Kuudessa maassa kokaiinia hiljattain käyttäneiden osuus oli yli 3 prosenttia, ja Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa se oli 6–7 prosenttia (kaavio 10).

Yleensä kokaiinin käyttö joko loppuu kokeilujakson jälkeen nuorena aikuisena, tai käyttö on satunnaista ja keskittyy viikonloppuihin ja viihdeympäristöihin (baareihin ja diskoihin). Joissakin maissa esiintyy kuitenkin huomionarvoista säännöllistä käyttöä. Espanjassa, Italiassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä

kuningaskunnassa 1,5–4 prosenttia nuorista miehistä ilmoittaa käyttävänsä kokaiinia nykyään (viimeisten 30 päivän aikana). Kokaiinin käyttö on todennäköisesti huomattavasti yleisempää kaupungeissa.

Useassa kaupungissa hiljattain tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että valtaenemmistö (95 %) yhteiskuntaan sopeutuneiksi määritellyistä käyttäjistä (jotka tavoitettiin diskoista, yökerhoista tai henkilökohtaisten yhteyksien kautta) nuuskasi kokaiinia, ja vain murto-osa oli joskus polttanut sitä tai käyttänyt sitä suonensisäisesti (Prinzleve et al., 2004).

Jos oletetaan, että keskimäärin prosentti aikuisista on käyttänyt kokaiinia hiljattain (viimeisen vuoden aikana), heitä olisi Euroopassa karkeasti arvioituna noin 3–3,5 miljoonaa. Nykyisiä käyttäjiä on karkeasti arvioituna noin 1,5 miljoonaa <sup>(89)</sup>.

Euroopan ulkopuolella vallitsevasta tilanteesta voidaan todeta, että huumeidenkäytöstä ja terveydestä Yhdysvalloissa vuonna 2003 tehdyssä kansallisessa kyselyssä (SAMHSA, 2003) 14,7 prosenttia aikuisista (12 vuotta täyttäneet) ilmoitti käyttäneensä kokaiinia ainakin kerran ja 2,5 prosenttia ilmoitti käyttäneensä kokaiinia viimeisten 12 kuukauden aikana <sup>(90)</sup>. Luvut olivat 18–25-vuotiaiden keskuudessa 15 prosenttia (käyttö ainakin kerran), 6,6 prosenttia (viimeisten 12 kuukauden aikana) ja 2,2 prosenttia (viimeisen kuukauden aikana). Nämä luvut olivat 18–25-vuotiaiden miesten keskuudessa samassa järjestyksessä 17,4 prosenttia, 8,2 prosenttia ja 2,9 prosenttia. Kokaiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus kokonaisväestössä on yleisesti ottaen korkeampi Yhdysvalloissa kuin niissä Euroopan maissa, joissa se on korkea. Ero on kuitenkin kapeampi, kun tarkastellaan hiljattaista käyttöä, jonka osalta jotkin Euroopan maat ovat ilmoittaneet Yhdysvaltojen lukuja korkeampia arvioita.

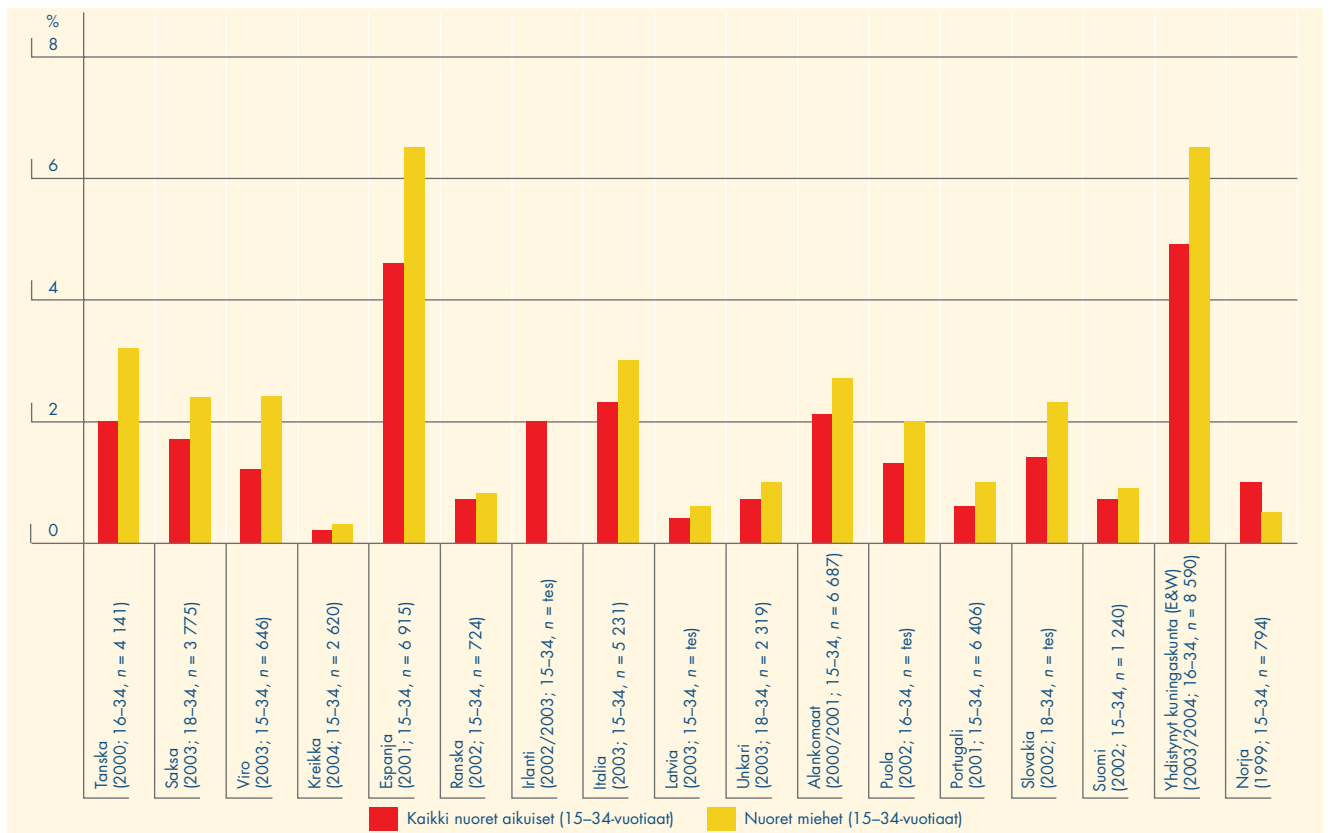
### Kokaiinin käytön suuntauksia

Euroopassa on edelleen vaikea tunnistaa väestötutkimusten perusteella selkeitä suuntauksia kokaiinin käytössä

<sup>(89)</sup> Nämä karkeat arviot on tehty siten, että levinneisyysluku on otettu kansallisten levinneisyyslukujen vaihteluvälin keskivaiheilta (ks. taulukko GPS-1 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta). *Huom.* Monissa maissa, joissa väestömäärä on korkea (Saksa, Espanja, Italia ja Yhdistynyt kuningaskunta), levinneisyys on verrattain korkea, usein korkeampi kuin laskennassa käytetty vaihteluväli.

<sup>(90)</sup> *Huom.* Yhdysvaltojen kyselyssä ikäryhmä (12 vuotta täyttäneet) on laajempi kuin EMCDDA:n ikäryhmä (15–64-vuotiaat) EU:n tutkimuksissa. Toisaalta nuorten aikuisten ikäryhmä (18–25-vuotiaat) on kapeampi kuin useimmissa EU:n tutkimuksissa (15–24-vuotiaat).

**Kaavio 10:** Kokaiinin hiljattainen käyttö (viimeisen vuoden aikana) kaikkien nuorten aikuisten ja nuorten miesten keskuudessa kansallisissa väestötutkimuksissa mitattuna



*Huom.* Tiedot on saatu jokaisen maan viimeisimmästä väestötutkimuksesta (ks. taulukko GPS-4 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa).  
 Joitkin maat käyttävät hiukan erilaista ikäluokittelua kuin seurantakeskuksen vakioikäluokittelu nuorten aikuisten osalta. Ikäjakauksissa esiintyvät erot saattavat vaikuttaa vähäisessä määrin maiden välisiin eroihin.  
*Lähteet:* Reitoxin kansalliset raportit (2004), tiedot on saatu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista. Ks. myös taulukko GPS-0 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

(ks. kannabiksen käytön suuntauksia käsittelevä kohta).  
 Varoituksia kokaiinin käytön lisääntymisestä Euroopassa on kuitenkin saatu useista lähteistä, kuten paikallisista raporteista, tanssiympäristöissä tehdyistä kohdennetuista tutkimuksista sekä takavarikkoja koskevien tunnuslukujen kasvua ja ongelmiin (kuolemiin, hätätilanteisiin) liittyvien tunnuslukujen kasvua koskevista ilmoituksista.

Kokaiinin hiljattainen käyttö nuorten keskuudessa lisääntyi Yhdistyneessä kuningaskunnassa huomattavasti vuosina 1996–2000, mutta se on pysynyt sittemmin melko vakaana, joskin viime vuosina on havaittu lievää kasvua, ja Espanjassa <sup>(1)</sup> se lisääntyi huomattavasti vuosina 1999–2001. Vähäisempää kasvua havaittiin Tanskassa, Italiassa, Unkarissa, Alankomaissa ja Itävallassa (paikalliset tutkimukset) ja 1990-luvulla esiintyneiden vaihteluiden jälkeen myös Saksassa (kaavio 11).

## Kokaiinikuolemat

Huoli kokaiinin käytön terveysriskeistä on kasvamassa etenkin siksi, että joissakin maissa on havaittu

viihdekäytön lisääntyneen erityisesti nuorisoryhmien suosimissa ympäristöissä (diskot, yökerhot).  
 Kokaiinikuolemien lukumäärän arviointi on vaikeaa, mutta se voi auttaa tunnistamaan riskin kasvun tai riskialttiita käyttötapoja. Vaikka sellaiset äkilliset kuolemat, joihin liittyy kokaiinia muttei opiaatteja, vaikuttavat olevan Euroopassa harvinaisia, kokaiinikuolemat kirjataan todennäköisesti puutteellisesti nykyisiin tilastoihin. Kokaiinikuolemista Euroopan tasolla saatavilla oleva tieto on rajallista, ja sen kirjaamismuodot vaihtelevat. Kokaiinin käyttö on yleistä opiaattien käyttäjien keskuudessa, ja opiaattien yliannostustapausten toksikologisissa analyyseissä löydetään usein kokaiinia muiden aineiden, kuten alkoholin ja bentsodiatsepiinien lisäksi.

Useat maat ilmoittivat vuonna 2003 tietoja kokaiinikuolemista (Reitoxin kansalliset raportit): Saksa (25 tapausta, joihin liittyi vain kokaiinia, ja 93 tapausta, joihin liittyi sekä kokaiinia että muita huumeita; vuonna 2002 nämä luvut olivat 47 ja 84), Ranska (10 yksinomaan kokaiinista aiheutunutta kuolemaa ja yksi, johon liittyi

<sup>(1)</sup> Tämän raportin kannalta liian myöhään saapuneiden tietojen mukaan vuoden 2003 tutkimuksista ilmeni, että käyttö on vakiintunut (kokaiinia oli käytännyt viimeisen vuoden aikana 4,8 prosenttia nuorista aikuisista, kun vuonna 2001 osuus oli 4,6 prosenttia).

myös jokin lääke), Kreikka (kaksi kokaiinista aiheutunutta kuolemaa), Unkari (kolme kokaiinin yliannostuksesta johtunutta kuolemaa), Alankomaat (17 kokaiinista aiheutunutta kuolemaa vuonna 2003, lukumäärä on kasvanut kahdesta tapauksesta vuonna 1994 37 tapaukseen vuonna 2002), Itävalta (kokaiinia löydettiin 30 prosentissa huumeisiin liittyneistä kuolemantapauksista, mutta sitä esiintyi yksin vain kolmessa tapauksessa ja kaasun kanssa yhdessä tapauksessa), Portugali (kokaiinia löydettiin 37 prosentissa huumeisiin liittyneistä kuolemantapauksista) ja Yhdistynyt kuningaskunta (kokaiinin ”maininnat” kuolintodistuksissa lisääntyivät 85:stä vuonna 2000 aina 115:een vuonna 2001 ja 171:een vuonna 2005, ja niiden määrä kahdeksankertaistui vuosina 1993–2001). Espanja ilmoitti vuoden 2003 Reitoxin kansallisessa raportissaan, että kokaiinia esiintyi 54 prosentissa kaikista huumeisiin liittyneistä kuolemantapauksista, 39 tapauksessa (8 prosentissa kaikista huumeikuolemista) kuolemaan ei liittynyt opiaatteja, ja näistä 21 tapausta aiheutui yksinomaan kokaiinista ja viisi kokaiinista ja alkoholista.

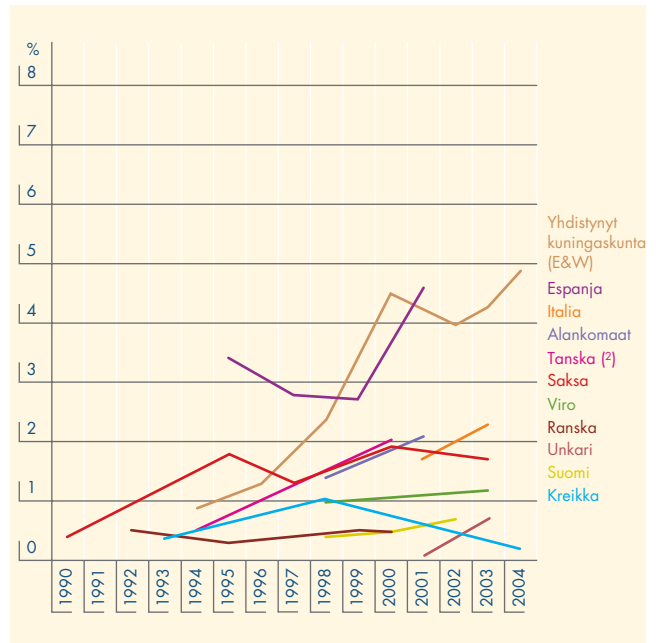
Saatavilla olevan tiedon puutteellisuudesta huolimatta kokaiini vaikuttaa olleen ratkaisevassa asemassa 1–15 prosentissa huumeisiin liittyneistä kuolemantapauksista niissä maissa, jotka erottelivat huumeikuolemat huumelajin mukaan. Useat maat (Saksa, Espanja, Ranska ja Unkari) ilmoittivat näiden kuolemien osuudeksi 8–12 prosenttia kaikista huumeikuolemista. Näistä tuloksista on hyvin vaikea tehdä Euroopan laajuisia johtopäätöksiä, mutta ne saattavat tarkoittaa, että EU:ssa tapahtuu vuosittain satoja kokaiinikuolemia. Vaikka luvut ovat paljon alhaisempia kuin opiaattien kohdalla, kokaiinikuolemat ovat vakava ja mahdollisesti kasvava ongelma. Niissä muutamissa maissa, joissa suuntauksia voidaan arvioida, suuntauksat ovat yleensä kasvavia.

Kokaiini voi lisäksi olla osatekijänä sydän- ja verisuoniongelmiin (rytmihäiriöt, sydäninfarkti, aivoverenvuodot, ks. Ghuran ja Nolan, 2000) aiheuttamissa kuolemista varsinkin, jos käyttäjillä on niihin altistavia sairauksia, ja moni tällainen tapaus voi jäädä huomaamatta.

## Hoidontarvetta koskevat tiedot <sup>(92)</sup>

Kokaiini on opiaattien ja kannabiksen jälkeen yleisin huume, joka ilmoitetaan huumehoitoon hakeutumisen yhteydessä pääasialliseksi huumeeksi, ja sen osuus kaikesta hoidontarpeesta koko EU:ssa on noin

**Kaavio 11:** Suuntauksat kokaiinin hiljattaisessa käytössä (viimeisen vuoden aikana) nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa kansallisissa väestötutkimuksissa mitattuna <sup>(1)</sup>



<sup>(1)</sup> Otosten koot (vastaajien määrät) ikäryhmässä 15–34-vuotiaat esitetään maittain ja vuosittain vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukossa GPS-4.

<sup>(2)</sup> Tanskan osalta vuoden 1994 luku koskee ”kovia huumeita”.

Huom. Tiedot on saatu kustakin maasta saatavilla olevasta väestötutkimuksesta. Tutkimusten luvut ja menetelmät esitetään vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukossa GPS-4.

EMCDDA määrittelee nuorten aikuisten ikäjakauksiksi 15–34-vuotiaat (Tanska ja Yhdistynyt kuningaskunta 16–34-vuotiaat, Saksa, Viro (1998) ja Unkari 18–34-vuotiaat). Ranskassa ikäjakauksia oli 25–34-vuotiaat vuonna 1992 ja 18–39-vuotiaat vuonna 1995.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2004), tiedot on saatu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista. Ks. myös taulukko GPS-0 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

10 prosenttia. Kokonaislukuun mahtuu kuitenkin suurta vaihtelua maiden välillä: useimmissa maissa kokaiinin käyttöön liittyvä hoidontarve on melko vähäistä, mutta Espanjassa ja Alankomaissa kokaiinin takia hoitoon hakeutuvien asiakkaiden osuus on ensimmäisessä 26 prosenttia ja jälkimmäisessä 38 prosenttia <sup>(93)</sup>. Pääasiallisesti kokaiinin takia hoitoon hakeutujia on useimmissa maissa enemmän uusissa asiakkaissa kuin kaikissa asiakkaissa <sup>(94)</sup>. Lisäksi 13 prosenttia uusista asiakkaista, jotka hakevat hoitoa avohoitokeskuksista, ilmoittaa kokaiinin toissijaiseksi huumeeksi <sup>(95)</sup>.

Useat maat ilmoittavat kokaiinin käytön lisääntyneen hoitoon hakeutuvien asiakkaiden keskuudessa; vuosina 1996–2003 kokaiinin käytön takia hoitoon hakeutuneiden uusien asiakkaiden osuus kasvoi 4,8:sta 9,3 prosenttiin, ja pääasiallisesti kokaiinin käytön takia hoitoon

<sup>(92)</sup> Tietojen analysointi perustuu yleisen jakauman ja suuntausten osalta kaikkiin hoitokeskuksista hoitoa hakeneisiin asiakkaisiin sekä asiakkaiden profiiliin ja käyttötapojen osalta avohoitokeskuksista hoitoa hakeneisiin asiakkaisiin.

<sup>(93)</sup> Ks. taulukko TDI-5 (osa ii) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta. Espanjan tiedot ovat vuodelta 2002.

<sup>(94)</sup> Ks. taulukko TDI-4 (osa ii) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(95)</sup> Ks. taulukko TDI-24 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

hakeutuneiden uusien asiakkaiden määrä kasvoi 2 535:stä 6 123:een. Alankomaissa kokaiinin käytön takia hoitoon hakeutuneiden uusien asiakkaiden määrä ylitti vuonna 2003 ensimmäisen kerran opiaattien käytön takia hoitoon hakeutuneiden uusien asiakkaiden määrän. Lontoossa vuodesta 1995–1996 vuoteen 2001–2001 kerätyn hoitotiedon analyysissä ilmeni, että kokaiinia käyttäneiden asiakkaiden määrä yli kaksinkertaistui (GLADA, 2004), joskin lähtöluku oli alhainen (735:stä 1 917:ään).

Tietoihin vaikuttaa todennäköisesti crack-kokaiinin (poltettavan kokaiinin) pieni mutta kasvava ongelma, josta on näkynyt merkkejä sekä Alankomaissa että Yhdistyneessä kuningaskunnassa, jossa crack-kokaiiniasiakkaiden määrä on kasvanut viime vuosina. Vaikka ongelmakäyttäjien määrä ei ole suuri, he keskittyvät usein muutamaa suureen kaupunkiin, ja siksi he näkyvät parhaiten kaupungeissa tehdyn seurannan raporteissa.

Crack-kokaiinin käyttäjillä on usein erilainen sosiaalinen tausta kuin jauhemaisen kokaiinin käyttäjillä. Crack-kokaiinin käyttäjät ovat todennäköisemmin yhteiskunnallisesti heikossa asemassa, ja siitä, että etnisiin vähemmistöihin kuuluva väestö on erityisen altis crack-kokaiiniongelmille, on jonkin verran näyttöä: kaksi kolmasosaa Lontoossa hoitoon hakeutuneista mustaihaisista henkilöistä käyttää pääasiallisesti crack-kokaiinia (GLADA, 2004), ja Alankomaissa 30 prosenttia crack-kokaiiniasiakkaista on syntyperältään muita kuin hollantilaisia. Crack-kokaiinin aiheuttamasta huolesta huolimatta on syytä muistaa, että vaikka tämä huume aiheuttaakin erityistä vahinkoa sekä käyttäjilleen että heidän yhteisöilleen, ongelma on Euroopassa edelleen hyvin paikallinen. Crack-kokaiiniasiakkaista on ilmoittanut pääasiallisesti kaksi maata (Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta).

Suurin osa kokaiinista johtuvasta hoidontarpeesta Euroopassa ei liity crack-kokaiiniin. Noin 70 prosenttia uusista kokaiiniasiakkaista käyttää kokaiinihydrokloridia (jauhemaista kokaiinia, jota useimmat nuuskaavat) ja loput 30 prosenttia käyttää crack-kokaiinia. Noin 5 prosenttia uusista kokaiiniasiakkaista ilmoittaa käyttävänsä kokaiinia suonensisäisesti.

Pääasiallisesti kokaiinin takia hoitoon hakeutuvat uudet asiakkaat ovat pääasiallisesti miehiä (miesten suhde naisiin on 3,7/1). Sukupuolijakaumassa on eroja maiden välillä <sup>(96)</sup>. Italiassa piristeiden, pääasiallisesti kokaiinin, takia hoitoon hakeutuneiden asiakkaiden parissa tehdyssä laadullisessa tutkimuksessa ilmeni, että näiden aineiden käyttäjissä on lähes yhtä paljon naisia kuin miehiä mutta

niiden takia hoitoon hakeutuvissa henkilöissä on huomattavasti enemmän miehiä kuin naisia (Macchia et al., 2004).

Kokaiinia päähuumeena käyttävät uudet asiakkaat ovat keskimäärin vanhempia kuin muiden huumeiden käyttäjät (heidän keski-ikänsä on 30 vuotta, ja heistä suurin osa on 20–34-vuotiaita). Pienempi joskin merkittävä osa näistä asiakkaista on ilmoitusten mukaan 35–39-vuotiaita <sup>(97)</sup>.

Kokaiinia käytetään usein yhdessä toissijaisen päihteen, yleensä kannabiksen (40 %) tai alkoholin (37 %), kanssa. Suonensisäisten huumeiden käyttäjistä tehdyt paikalliset tutkimukset viittaavat siihen, että heroiniin ja kokaiinin yhdistelmä ruiskeena (jota käyttäjät kutsuvat toisinaan ”speedballiksi”) on joillakin alueilla kasvattamassa suosiotaan. Jos tämä pitää paikkansa, se ei näy tiedoista, joita useimmat maat ovat toimittaneet yleisestä hoidontarpeesta ja joiden mukaan vain pieni osa asiakkaista ilmoittaa käyttävänsä heroiniin ja kokaiinia yhdessä. Tämä ei kuitenkaan koske kaikkia maita, esimerkiksi Alankomaiden tiedot kokaiinin käyttäjien hoidontarpeesta viittaavat siihen, että monet kokaiiniasiakkaat ovat huumeiden sekakäyttäjiä ja että heistä suurimman ryhmän muodostavat ne, jotka käyttävät sekä kokaiinia että heroiniin (Mol et al., 2002).

## Kokaiinin ongelmakäytön hoito

Kokaiiniongelmaisten hoitoon ei ole mitään vakiintunutta ja yleistä farmakologista hoitoa, toisin kuin opiaattiongelmaisten hoitoon. Kokaiinin käyttäjille määrätään toisinaan lääkkeitä oireiden systemaattiseen lievitykseen, mutta ne auttavat usein vain vähän aikaa ja niillä pyritään vähentämään kokaiinin käyttöön liittyviä ongelmia, kuten ahdistusta tai unihäiriöitä. Kokaiinin käyttäjien pitkän aikavälin hoitovaihtoehtoja tarjotaan yleensä yleisten huume palvelujen puitteissa. Kokaiiniongelmaisten hoitovaihtoehtoja ei ole kuitenkaan kehitetty paljoakaan (Haasen, 2003). Tilanne saattaa olla muuttumassa, sillä jotkin maat ovat alkaneet kehittää uusia hoitomuotoja kokaiiniongelmaisille, esimerkiksi Englannissa kehitetään parhaillaan erityisiä palveluja crack-kokaiinin käyttäjille (NTA, 2003).

Suurin osa kokaiiniongelmiin käsittelyä koskevasta tieteellisestä kirjallisuudesta perustuu amerikkalaisiin tutkimuksiin, eikä siten heijasta välttämättä Euroopan tilannetta. Kokaiinin ongelmakäytön hoitoa ei valitettavasti ole juurikaan arvioitu EU:ssa, mikä johtuu osittain vain siitä, etteivät hoitopalvelut ole aikaisemmin olleet paljoakaan tekemisissä kokaiiniongelmiin kanssa. Yhdessä Euroopassa tehdyssä kokaiinihoitoa koskevan

<sup>(96)</sup> Ks. taulukko TDI-22 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa ja *Differences in patterns of drug use between women and men* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

<sup>(97)</sup> Ks. taulukko TDI-10 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

kirjallisuuden järjestelmällisessä katsauksessa (Rigter et al., 2004) pantiin merkille, että kokaiinin ongelmakäyttäjien hoitomyöntyvyys on yleensä heikko ja heistä monet sortuvat uudelleen huumeisiin. Psykoterapian avulla käytön vähentämisessä on jonkin verran näyttöä, mutta akupunktion tehokkuudesta kokaiiniongelmien hoidossa ei ole mitään vahvaa näyttöä. Näiden tulosten tarkastelussa tulisi kuitenkin ottaa huomioon, ettei Euroopassa ole vahvaa näyttöpohjaa, joka ohjaisi hoitotoimia tällä alalla. On esimerkiksi epävarmaa, ovatko kokaiinin käyttäjille tarkoitetut erityiset toimet tehokkaampia kuin kokaiiniongelmiaisten osallistuminen erikoistumattomiin hoito-ohjelmiin. Epävarmaa on myös, voidaanko kokaiinin ongelmakäyttäjille kehittää farmakologinen hoito, josta tulisi ”yleinen hoitovaihtoehto” samalla tavoin kuin metadonista ja buprenorfiinista on tullut yleisiä lähestymistapoja opiaattien ongelmakäyttäjien hoidossa. On syytä tuoda esiin, että opiaattien ja kokaiinin kaltaisten piristeiden vaikutusmekanismeissa on eroja, joten huumeongelmien hoitovaihtoehtokin ovat todennäköisesti erilaisia. Yhdysvalloissa tehdään parhaillaan kiinnostavaa työtä sellaisten toimien kehittämiseksi, jotka estäisivät tilapäisesti kokaiinin vaikutuksen käyttäjään, ja on mielenkiintoista nähdä, johtaako tämä työ uusiin hoitovaihtoehtoihin.

## Terveyshaittojen vähentäminen

Kokaiinin ja crack-kokaiinin käyttöön liittyvien terveyshaittojen ehkäisy- ja vähentämistoimet ovat viime vuosina lisääntyneet nopeasti, ja kokaiinia ja crack-kokaiinia koskevaa uutta tietoa on tuotettu etenkin Internetissä. Puhelintukipalveluihin on Belgiassa, Ranskassa ja Portugalissa tullut kokaiinin ja crack-kokaiinin käytöstä enemmän kyselyjä kuin koskaan aiemmin, joskin näiden soittojen prosentuaalinen osuus on edelleen huomattavasti pienempi kuin niiden, jotka koskevat laillisia huumeita ja kannabista. Huumeipalvelujen työntekijöille on tarjolla entistä enemmän koulutusta sellaisten ongelmien käsittelyssä, jotka liittyvät kokaiinin ja crack-kokaiinin käyttöön useissa ympäristöissä, joissa tämä ilmiö on tuore (viikonloppuympäristö Dublinissa ja teknoympäristö Wienissä).

Kokaiinin ja crack-kokaiinin käyttäjille on tarjolla erikoistunutta neuvontaa ja hoitoa suurissa kaupungeissa, kuten Frankfurtissa (Suchthilfzentrum Bleichstrasse: [www.drogenberatung-ff.de](http://www.drogenberatung-ff.de)), Barcelonassa (Hospital Vall d’Hebron: [www.vhebron.es](http://www.vhebron.es)), Wienissä (ChEck iT!:

[www.checkyourdrugs.at](http://www.checkyourdrugs.at)) ja Lontoossa ([www.cracklondon.org.uk](http://www.cracklondon.org.uk)).

## Takavarikot ja markkinatietoa <sup>(98)</sup>

### Tuotanto ja salakuljetus

Kolumbia on selvästi merkittävin laittoman kokaiinin lähde maailmassa ennen Perua ja Boliviasta. Maailmanlaajuinen kokaiinin tuotanto vuonna 2003 oli arviolta 655 tonnia, josta 67 prosenttia oli peräisin Kolumbiasta, 24 prosenttia Perusta ja 9 prosenttia Boliviasta (CND, 2005). Valtaosa Euroopassa takavarikoidusta kokaiinista tulee suoraan Etelä-Amerikasta (Kolumbiasta) tai Keski-Amerikan ja Karibian valtioiden kautta. EU:hun tuodun kokaiinin kauttakulkumaiksi ilmoitettiin vuonna 2003 erityisesti Brasilia, Venezuela ja Costa Rica sekä Argentiina ja Curaçao (Reitoxin kansalliset raportit, 2004; CND, 2005). Kokaiinia kulkeutui EU:hun myös eteläisen ja läntisen Afrikan kautta (INCB, 2005). Tärkeimmät saapumispaikat EU:ssa ovat edelleen Espanja, Alankomaat ja Portugali (Reitoxin kansalliset raportit, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

### Takavarikot

Takavarikotietojen mukaan kokaiini on kolmanneksi eniten salakuljetettu huumeaine maailmassa kannabisruohon ja kannabishartsin jälkeen. Takavarikoitujen määrien osalta – maailmanlaajuisesti 490,5 tonnia vuonna 2003 – kokaiinia salakuljetettiin myös vuonna 2003 eniten Amerikoissa (82 %) ja Euroopassa. Euroopan osuus maailmassa takavarikoidun kokaiinin määrästä oli 17 prosenttia, mikä osoittaa kasvua edelliseen vuoteen verrattuna (CND, 2005). Euroopassa useimmat kokaiinitakavarikot tehdään läntisissä maissa. Espanjassa on viimeisten viiden vuoden ajan tehty enemmän kokaiinitakavarikkoja kuin missään muussa EU-maassa. Vuonna 2003 sen osuus oli yli puolet sekä takavarikkojen lukumäärästä että takavarikoiduista määrästä EU:ssa <sup>(99)</sup>.

Kokaiinitakavarikkojen lukumäärä <sup>(100)</sup> kasvoi vuosina 1998–2002 kaikissa maissa, paitsi Saksassa ja Portugalissa. Samana ajanjaksona EU:ssa takavarikoidun kokaiinin määrät <sup>(101)</sup> vaihtelivat, mutta suuntaus on ollut nouseva. Niiden maiden suuntausten perusteella, joista saatiin tietoja, kokaiinitakavarikot näyttävät kuitenkin vähentyneen EU:n tasolla vuonna 2003 (erityisesti Espanjassa), mutta takavarikoidun kokaiinin määrä on

<sup>(98)</sup> Ks. ”Takavarikkojen ja markkinatietojen tulkinta”, s. 42.

<sup>(99)</sup> Tämä on tarkistettava sitten, kun vuoden 2003 tiedot saadaan. Tiedot kokaiinitakavarikkojen lukumäärästä vuonna 2003 puuttuivat Italian, Kyproksen, Alankomaiden ja Romanian osalta; tiedot sekä kokaiinitakavarikkojen lukumäärästä että takavarikoidun kokaiinin määrästä vuonna 2003 puuttuivat Irlannin ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.

<sup>(100)</sup> Ks. taulukko SZR-5 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(101)</sup> Ks. taulukko SZR-6 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

kasvanut huomattavasti (erityisesti Espanjassa ja Alankomaissa). EU:ssa vaikuttaisi takavarikoidun erityisen suuria kokaiinimääriä vuonna 2003.

Jotkin EU-maat ovat ilmoittaneet crack-kokaiinin takavarikoista, mutta niitä ei aina pystytä erottamaan kokaiinitakavarikoista. Edellä mainitut kokaiinitakavarikoita koskevat suuntaukset saattavat siis kattaa myös crack-kokaiinin.

### **Hinta ja puhtaus**

Kokaiinin keskihinta <sup>(102)</sup> vähittäiskaupassa vaihteli EU:ssa voimakkaasti vuonna 2003 Espanjan 34 eurosta Norjan 175 euroon grammalta.

Kokaiinin keskimääräinen puhtaus käyttäjätasolla on heroiniin verrattuna korkea, ja se vaihteli vuonna 2003 Tšekin ja Saksan 32 prosentista Puolan 83 prosenttiin <sup>(103)</sup>.

---

<sup>(102)</sup> Ks. taulukko PPP-3 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(103)</sup> Ks. taulukko PPP-7 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa. Vuoden 2003 arviot kokaiinin keskimääräisestä puhtaudesta Tšekissä ja Puolassa perustuvat pieneen otokseen ( $n = 5$  (Tšekki) ja 6 (Puola)).



## Luku 6

# Heroiini ja suonensisäinen huumeidenkäyttö

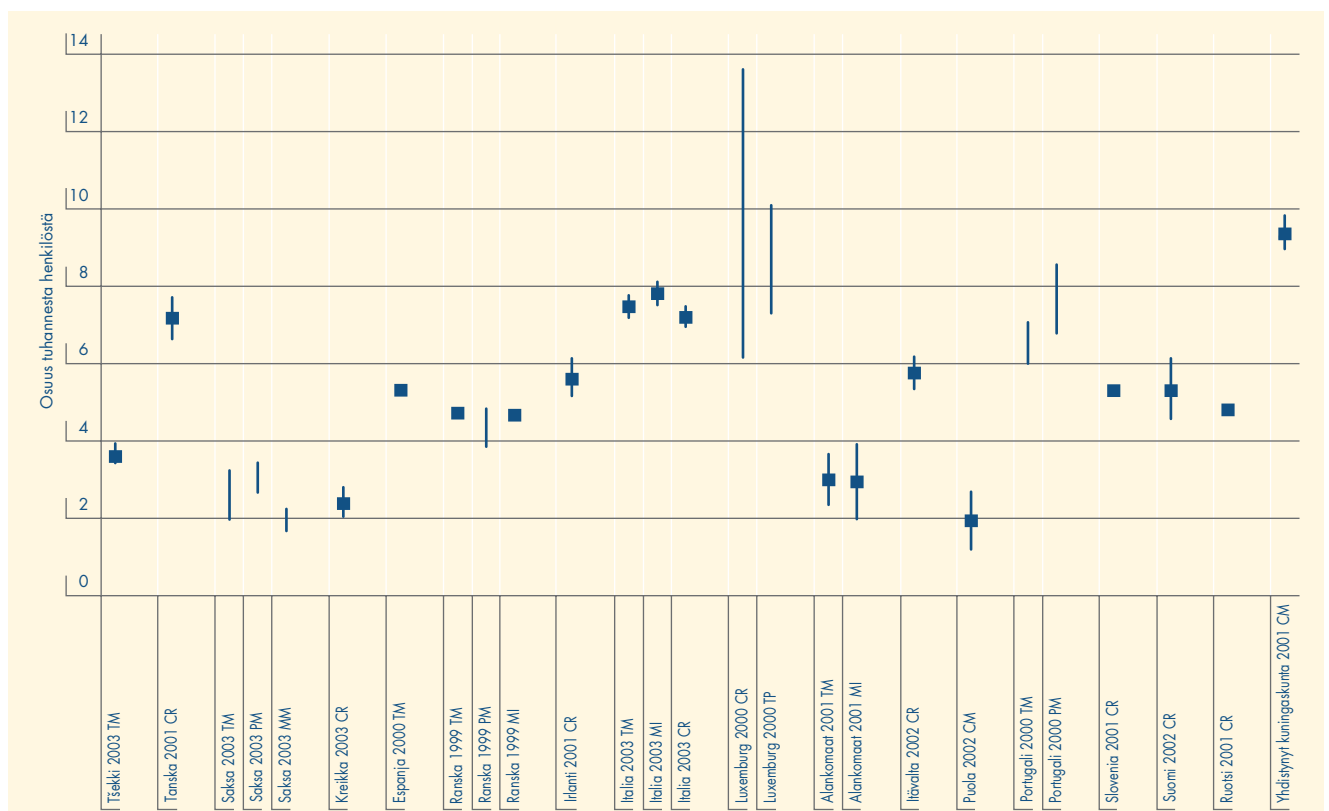
Heroiinin säännöllinen ja jatkuva käyttö, suonensisäinen huumeidenkäyttö ja joissakin maissa piristeiden runsas käyttö aiheuttavat merkittävän osan huumeisiin liittyvistä terveydellisistä ja sosiaalisista ongelmista Euroopassa. Tällaista käyttöä harjoittavien henkilöiden määrä on pieni suhteessa koko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

## Huumeiden ongelmakäyttö

Huumeiden ongelmakäytöllä tarkoitetaan käytännössä "suonensisäistä huumeidenkäyttöä tai opiaattien, kokaiinin ja/tai amfetamiinien pitkäaikaista/säännöllistä käyttöä" <sup>(104)</sup>. Määritelmällisten erojen ja menetelmiin liittyvän epävarmuuden takia tältä alalta on vaikea saada luotettavia arvioita, ja maiden välisiä tai ajallisia eroja on tulkittava varoen.

Huumeiden ongelmakäyttö voidaan jakaa tärkeimpiin alaryhmiin. Yleisesti voidaan erotella heroiinin käyttö, joka

**Kaavio 12:** Arviot huumeiden ongelmakäytön levinneisyydestä vuosina 1999–2003 (osuus tuhannesta 15–64-vuotiaasta)



**Huom.** CR = Capture-recapture (merkintä-takaisinpyyntimenetelmä), TM = Treatment Multiplier (hoitokerroin); PM = Police Multiplier (poliisikerroin); MI = Multivariate Indicator (monimuuttujaindikaattori); TP = Truncated Poisson (tyyristetty Poisson-menetelmä); CM = Combined Methods (yhdistetyt menetelmät). Lisätietoja esitetään vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukoissa PDU-1, PDU-2 ja PDU-3. Symboli edustaa piste-estimaattia ja viiva epävarmuusväliä, joka voi olla joko 95 %:n luottamusväli tai herkkyysanalyysiin perustuva väli (ks. taulukko PDU-3). Kohderyhmissä voi olla pientä vaihtelua erilaisten menetelmien ja tietolähteiden takia, joten vertailuja on tehtävä varoen. Espanjan arvioon ei sisälly kokaiinin ongelmakäyttöä; taulukoissa PDU-2 ja PDU-3 on korkeampi arvio, jossa on otettu huomioon kyseinen ryhmä, mutta joka ei ehkä ole yhtä luotettava.

**Lähde:** Kansalliset seurantakeskukset. Ks. myös EMCDDA (2003).

<sup>(104)</sup> Lisätietoja, ks. huumeiden ongelmakäytön menetelmiä koskevat huomautukset vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.



on vanhastaan hallinnut huumeiden ongelmakäyttöä useimmissa EU-maissa, ja piristeiden ongelmakäyttöä 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 on muuttumassa yhä monimuotoisemmaksi. 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 vähentyneen, mutta kokaiiniin liittyvien huumeongelmien on havaittu lisääntyneen. Huumeiden ongelmakäytöstä ei kuitenkaan ole saatavilla luotettavia aikasuuntauksia, joihin sisältyisi kokaiinin ongelmakäyttö. Saksassa ja Alankomaissa yhä suurempi osa huumeiden ongelmakäyttäjistä on crack-kokaiinin käyttäjiä, mutta kokonaisarvio huumeiden ongelmakäyttäjistä Alankomaissa on pysynyt ennallaan.

### Levinneisyys

Huumeiden ongelmakäyttäjää arvioidaan olleen vuosina 1999–2003 kansallisella tasolla 2–10 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti (kun käytetään arvioiden vaihteluvälin keskiarvoa) tai enintään 1 prosentti aikuisväestöstä <sup>(105)</sup>. Levinneisyudessa vaikuttaa olevan suuria eroja maiden välillä, mutta tulokset ovat hyvin yhdenmukaisia silloin, kun jossakin maassa on käytetty useaa menetelmää. Korkeimpia arvioita ovat ilmoittaneet Tanska, Irlanti, Italia, Luxemburg, Itävalta, Portugali, Espanja ja Yhdistynyt kuningaskunta (6–10 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti), ja alhaisimpia arvioita ovat ilmoittaneet Saksa, Kreikka, Alankomaat ja Puola (alle 4 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti) (kaavio 12). Uusista EU-maista ja ehdokasvaltioista todennettuja arvioita on saatu vain Tšekistä, Puolasta ja Sloveniasta, missä luvut vaihtelevat alhaisesta keskitasoon siten, että ne ovat Tšekissä 3,6, Puolassa 1,9 ja Sloveniassa 5,3 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti. Huumeiden ongelmakäytön painotettu keskiarvo EU:ssa on todennäköisesti 4–7 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti, mikä tarkoittaa, että EU:ssa on 1,2–2,1 miljoonaa huumeiden ongelmakäyttäjää, joista injektioikäikäisten määrä vaihtelee noin 850 000:sta 1,3 miljoonaan. Nämä arviot eivät kuitenkaan ole varmoja, vaan niitä on täsmennettävä sitä mukaa kuin uusista jäsenvaltioista saadaan lisätietoja.

Paikalliset ja alueelliset arviot viittaavat siihen, että huumeiden ongelmakäytön levinneisyys voi vaihdella voimakkaasti kaupunkien ja alueiden välillä. Korkeimmat paikalliset arviot vuosilta 1999–2003 on ilmoitettu Irlannista, Portugalista ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta, joissa ongelmakäyttäjien määrät tuhatta kohti yltyvät niinkin korkealle kuin 16 (Dublin), 17 (Beja), 24 (Aveiro), 25 (tietty osat Lontoosta) ja jopa 29 (Dundee) ja 34 (Glasgow) (kaavio 13). Maantieteellinen vaihtelevuus on hyvin paikallista siten, että levinneisyydeksi toisessa osassa Lontoota arvioidaan vain 6 tapausta tuhatta kohti. Luotettavien paikallisten arvioiden saatavuutta on siis syytä lisätä monissa maissa, joissa paikallinen tai alueellinen levinneisyys voi olla erityisen korkea (tai alhainen) mutta sitä ei mitata.

Vaikka arviointiteknikat ovat parantuneet tuntuvasti, luotettavien ja jatkuvien aikasarjojen puuttuminen vaikeuttaa huumeiden ongelmakäytön suuntausten arviointia. Joidenkin maiden ilmoittamat arvioiden muutokset, joita tukevat muut indikaattoritiedot, viittaavat siihen, että huumeiden ongelmakäyttö on lisääntynyt 1990-luvun puolivälistä lähtien (EMCDDA, 2004a). Suuntaus vaikuttaa kuitenkin tasaantuneen joissakin maissa viime vuosina. Vuosilta 1999–2003 on saatavilla perättäisiä arvioita 16 maasta (joista Tanskasta ja Ruotsista tietoja on vuosilta 1998–2001 ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta vuosilta 1996–2001). Näistä 16 maasta kuusi ilmoitti huumeiden ongelmakäytön lisääntyneen (Tanska, Suomi, Norja, Itävalta, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta), viisi ilmoitti käytön pysyneen samalla tasolla tai vähentyneen (Tšekki, Irlanti, Saksa, Kreikka ja Slovenia) ja viisi (Espanja, Italia, Luxemburg, Alankomaat ja Portugali) ilmoitti erilaisia suuntauksia arviointimenetelmien mukaan, joissa on saatettu keskittyä erilaisiin kohderyhmiin ongelmakäyttäjien keskuudessa <sup>(106)</sup>.

### Huumeiden injektioikäikäisyys

Huumeiden injektioikäikäisyysillä on erittäin suuri haittavaikutusten riski, ja siksi suonensisäistä huumeidenkäyttöä on syytä tarkastella erikseen huumeiden ongelmakäytön ydinryhmänä.

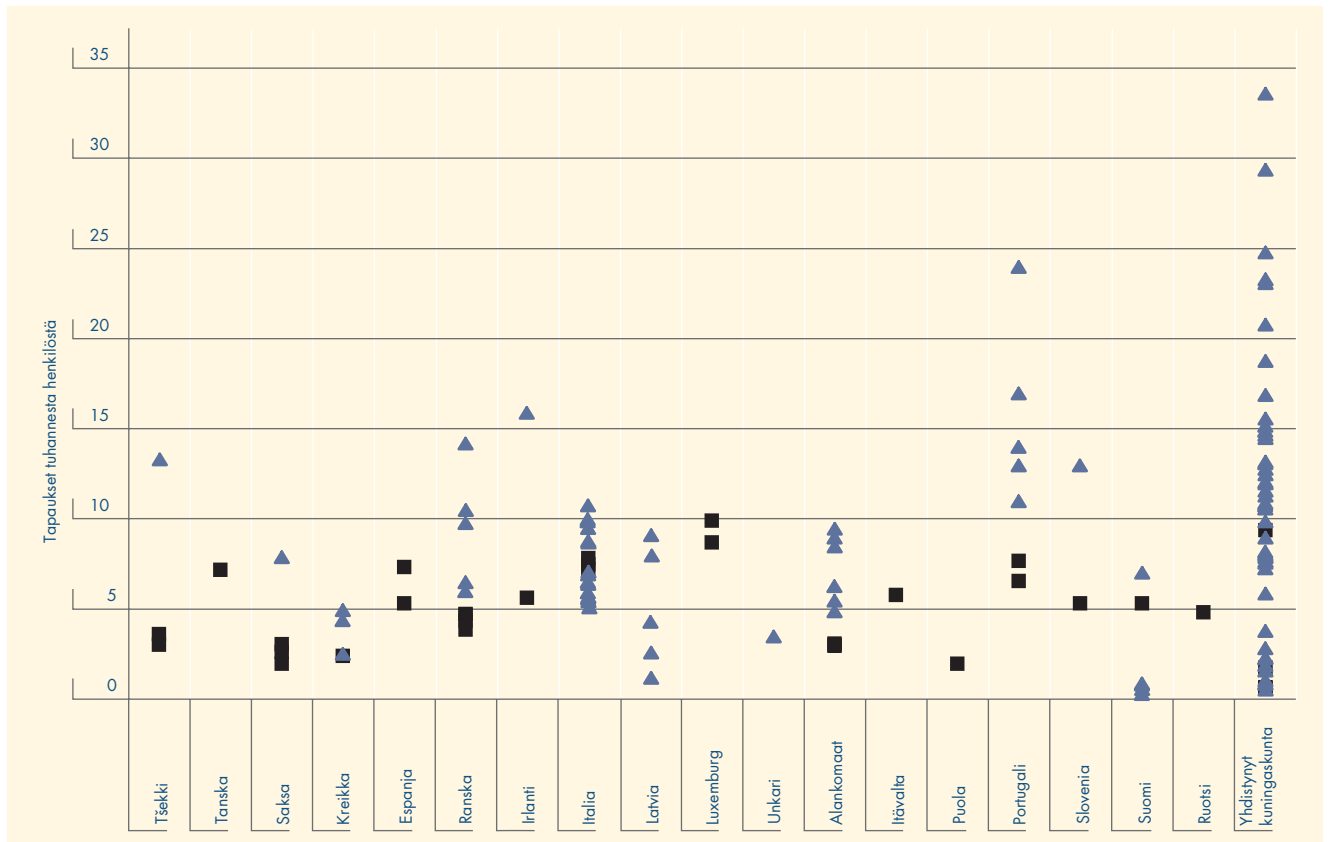
Vain muutamat maat tarjoavat kansallisia tai paikallisia arvioita huumeiden injektioikäikäisyydestä niiden kansanterveydellisestä tärkeydestä huolimatta. Saatavilla olevat kansalliset arviot vaihtelevat yhdestä kuuteen tapaukseen tuhatta 15–64-vuotiasta kohti, ja huumeiden injektioikäikäisyyden levinneisyudessa on suuria eroja maiden välillä <sup>(107)</sup>. Luxemburg ilmoittaa korkeimman kansallisen

<sup>(105)</sup> Ks. taulukko PDU-1 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(106)</sup> Ks. kaavio PDU-4 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(107)</sup> Ks. kaavio PDU-2 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

**Kaavio 13:** Kansalliset ja paikalliset arviot huumeiden ongelmakäytön levinneisyydestä vuosina 1999–2003 (tapaukset tuhatta 15–64-vuotiasta kohti)



*Huom.* Musta neliö = kansalliset otokset; sininen kolmio = paikalliset/alueelliset otokset. Kohderyhmissä voi olla pientä vaihtelua erilaisten menetelmien ja tietolähteiden takia, joten vertailuja on tehtävä varoen. Lisätietoja esitetään vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukoissa PDU-1, PDU-2 ja PDU-3. Levinneisyyttä koskevien paikallisten arvioiden kokonaiskuvaan vaikuttaa tutkimusten saatavuus ja tekopaikka. Paikalliset arviot voivat kuitenkin antaa viitteitä siitä, että levinneisyys on tietyissä kaupungeissa tai tietyillä alueilla erilainen kuin koko maassa.  
*Lähde:* Kansalliset seurantakeskukset. Ks. myös EMCDDA (2003).

arvion huumeiden injektioikäytöstä, joka on noin kuusi tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohti, ja Kreikka ilmoittaa alhaisimman arvion, joka on vain vähän yli yksi tapaus tuhatta kohti. Vaikka huumeiden injektioikäytön levinneisyyttä koskevia arvioita on vähän, sen on osoitettu kasvaneen Norjassa vuoden 1999 jälkeen, kun taas Portugalissa erilaiset arviointimenetelmät tuovat esiin erilaisia suuntauksia <sup>(108)</sup>.

Analyysissä, joita on tehty injektioikäytön levinneisyydestä hoitoon hakeutuneiden heroinin käyttäjien keskuudessa, on havaittu selviä eroja maiden välillä ja vaihtelevia suuntauksia <sup>(109)</sup>. Joissakin maissa (Espanja, Alankomaat ja Portugali) suhteellisen pieni osa heroinin käyttäjistä on injektioikäyttäjiä, kun taas useimmissa muissa maissa heroinin injektioikäyttö on edelleen vallitseva käytäntö. Silti useimmissa uusissa jäsenvaltioissa – ainakin niissä, joista saatiin tietoja – lähes kaikki hoitoon hakeutuneet heroinin käyttäjät ovat injektioikäyttäjiä.

## Hoidontarvetta koskevat tiedot

Kaikista hoitopyynnöistä 60 prosenttia esitetään opiaattien takia – joskin monissa tapauksissa päähuumetta ei kirjata – ja yli puolet (54 %) näistä opiaattiasiakkaista on injektioikäyttäjiä ja 10 prosentin käyttötapa on tuntematon. Lisäksi noin 10 prosenttia uusista asiakkaista ilmoittaa opiaattit toissijaisiksi huumeiksi <sup>(110)</sup>.

Opiaatit (pääasiallisesti heroini) ovat monissa maissa edelleen pääasiallisia huumeita, joiden takia asiakkaat hakeutuvat hoitoon, mutta maiden välillä on huomattavia eroja. EU:n jäsenvaltiot ja hakijamaat voidaan jakaa karkeasti kolmeen ryhmään sen mukaan, kuinka suurella osalla hoitoon hakeutujista on heroini-ongelmia:

- alle 40 prosenttia – Tšekki, Alankomaat, Puola, Suomi, Ruotsi,

<sup>(108)</sup> Ks. kaavio PDU-5 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(109)</sup> Ks. kaavio PDU-3 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(110)</sup> Ks. taulukko TDI-24 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

- 50–70 prosenttia – Tanska, Saksa, Espanja, Irlanti, Kypros, Latvia, Slovakia, Romania,
- yli 70 prosenttia – Ranska, Kreikka, Italia, Liettu, Luxemburg, Malta, Slovenia, Yhdistynyt kuningaskunta, Bulgaria <sup>(111)</sup>.

Hoidossa useita vuosia pysyvien opiaattiasiakkaiden määrä on kasvussa, kun taas opiaattien takia hoitoon hakeutuvien uusien asiakkaiden määrä on laskussa (Reitoxin kansalliset raportit, 2004; Drug Misuse Research Division, 2004). Joidenkin maiden osalta voidaan selvittää, miten heroiniin käyttö on kehittynyt hoitoon hakeutuvien uusien asiakkaiden keskuudessa ajanjaksolla 1996–2003, ja se on yleisesti ottaen vähentynyt hoitoon hakeutuvien henkilöiden absoluuttisissa määrissä mitattuna.

Opiaattien takia hoitoon hakeutuvien osuus uusista asiakkaista on vähentynyt selvästi, mikä johtuu siitä, että pääasiallisesti muiden huumeiden aiheuttamista ongelmista kärsivien asiakkaiden määrä on kasvanut. Tämä puolestaan saattaa johtua siitä, että jotkut opiaattiasiakkaat ovat siirtyneet heroiinista kokaiiniin (Ouweland et al., 2004), että hoitojärjestelmän eriyttäminen on tehnyt hoitoon hakeutumisesta helpompaa muiden huumeiden ongelmakäyttäjille tai että uusia ongelmakäyttäjää on ilmaantunut entistä vähemmän (Alankomaiden kansallinen raportti).

Suuntauksessa on viimeisten 10 vuoden aikana ilmennyt eroja maiden välillä siten, että heroiniasiakkaiden määrä on vähentynyt voimakkaasti Tanskassa, Saksassa, Alankomaissa, Slovakiassa ja Suomessa, mutta se on kasvanut jonkin verran Bulgariassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa <sup>(112)</sup>.

Avohoitokeskusten uusia asiakkaita koskevien tietojen analyysi mahdollistaa opiaattien käyttäjien tarkemman profiloinnin. Pääasiallisesti opiaattien käytön takia hoitoon hakeutuvissa uusissa asiakkaissa on 2,8 miestä jokaista naista kohti. Sukupuolten välinen suhdeluku kuitenkin vaihtelee maittäin 5/1:stä 2/1:een, lukuun ottamatta Kyprosta, jossa suhdeluku on erittäin korkea (11/1), ja Ruotsia, jossa se on hyvin alhainen (0,9/1) siten, että opiaattien käyttäjissä on enemmän naisia kuin miehiä <sup>(113)</sup>.

Suurin osa opiaattien käyttäjistä on 20–34-vuotiaita, ja 30–39-vuotiaiden ikäryhmässä yli puolet asiakkaista

hakeutuu hoitoon opiaattien käytön takia.

Opiaattiasiakkaat ovat ikääntymässä, esimerkiksi Alankomaissa noin 40 prosenttia uusista opiaattiasiakkaista on yli 40-vuotiaita. Poikkeuksina ovat Romania ja Slovenia, joissa on myös erittäin nuoria (15–19-vuotiaita) opiaattiasiakkaita <sup>(114)</sup>.

Useimmat opiaattiasiakkaat ilmoittavat käyttäneensä opiaatteja ensimmäisen kerran 15–24-vuotiaana, ja noin 50 prosenttia asiakkaista on käyttänyt niitä huumeita ensimmäisen kerran alle 20-vuotiaana <sup>(115)</sup>. Kun käytön aloittamisen ikää verrataan hoidon aloittamisen ikään, ilmenee, että ensimmäisestä käyttökerrasta ehtii kulua yleensä 5–10 vuotta ennen ensimmäistä hoitoon hakeutumista. Opiaattien käytön aloittamiseen nuorena liittyy usein monenlaisia käyttäytymisongelmia ja sosiaalista syrjäytymistä (Yhdistyneen kuningaskunnan kansallinen raportti).

Useimmissa maissa 60–90 prosenttia opiaattiasiakkaista käyttää opiaatteja päivittäin, kun taas osa asiakkaista ei ole käyttänyt opiaatteja viimeisen kuukauden aikana tai on käyttänyt niitä vain satunnaisesti. Tämä selittyy todennäköisesti sillä, että asiakkaat ovat lopettaneet huumeen käytön ennen hoidon aloittamista <sup>(116)</sup>.

Asiakkaista 40 prosenttia käyttää huumetta suonensisäisesti ja 40 prosenttia polttaa tai nuuskaa sitä. Käyttötavoissa on eroja vanhoissa ja uusissa jäsenvaltioissa <sup>(117)</sup> (kaavio 14) siten, että opiaattien injektioikäyttäjien osuus on yli 60 prosenttia uusissa jäsenvaltioissa ja alle 60 prosenttia vanhoissa jäsenvaltioissa (paitsi Suomessa, jossa opiaattien injektioikäyttäjien osuus asiakkaista on 78,4 prosenttia). Injektioikäyttäjien osuus opiaattiasiakkaista on alhaisin Alankomaissa (8,3 %) <sup>(118)</sup>.

Monet uusista asiakkaista käyttävät opiaattien lisäksi muutakin huumausainetta, yleensä kannabista (47 %) tai alkoholia (24 %). Maiden välillä on kuitenkin selviä eroja: Tšekissä ja Slovakiassa lähes puolet asiakkaista käyttää opiaattien lisäksi muita piristeitä kuin kokaiinia, Kreikassa 18 prosenttia ja Maltalla 29 prosenttia asiakkaista käyttää opiaattien lisäksi heroiniin, Suomessa 37 prosenttia opiaattien (lähinnä buprenorfiinin) käyttäjistä ilmoittaa käyttävänsä toissijaisesti hypnoottisia ja rauhoittavia aineita (lähinnä bentsodiatsepiineja) <sup>(119)</sup>.

<sup>(111)</sup> Ks. taulukko TDI-5 (osa ii) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(112)</sup> Ks. taulukko TDI-3 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(113)</sup> Ks. taulukko TDI-22 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(114)</sup> Ks. taulukko TDI-10 (osa iii) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(115)</sup> Ks. taulukko TDI-11 (osa ii) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

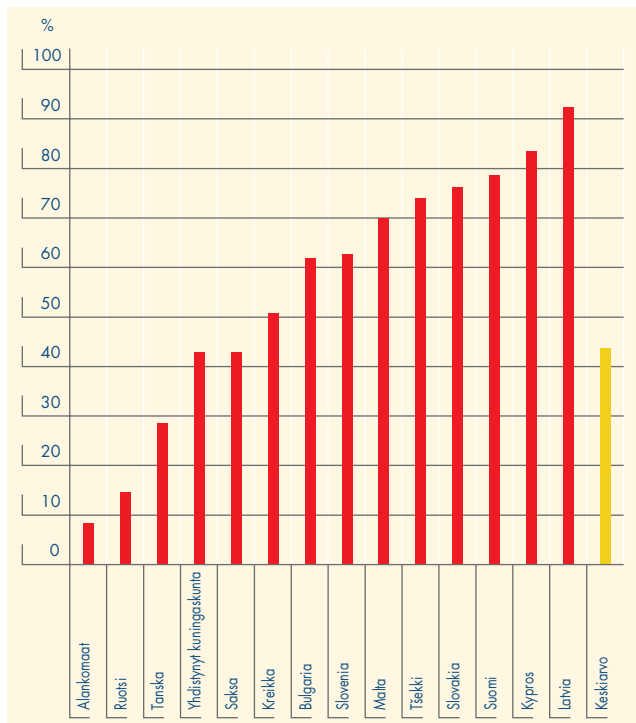
<sup>(116)</sup> Ks. taulukko TDI-18 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta. Ainoastaan Saksa ilmoittaa, että 70 prosenttia uusista asiakkaista on käyttänyt opiaatteja satunnaisesti tai ei ole käyttänyt niitä viimeisen kuukauden aikana.

<sup>(117)</sup> Tämä koskee vain maita, joista tietoja on saatu.

<sup>(118)</sup> Ks. taulukko TDI-17 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(119)</sup> Ks. taulukko TDI-25 (osa ii) vuoden 2005 Tilastotiedotteesta. Ks. myös buprenorfiinia käsittelevä erityiskysymys. Jokainen asiakas voi ilmoittaa enintään neljä toissijaista huumetta.

**Kaavio 14:** Opiaatteja suonensisäisesti käyttävien uusien avohoitopotilaiden osuus kaikista uusista opiattiasiakkaista maittain vuonna 2003



*Huom.* Kaaviossa esitetään tiedot vain maista, joissa on opiaatteja päähuumeena käyttäviä asiakkaita, ja/tai maista, jotka ovat toimittaneet tietoja.  
*Lähde:* Reitoxin kansalliset raportit (2004).

## Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

### Hiv ja aids

#### Viimeaikaiset suuntaukset ilmoitetuissa hiv-tapauksissa

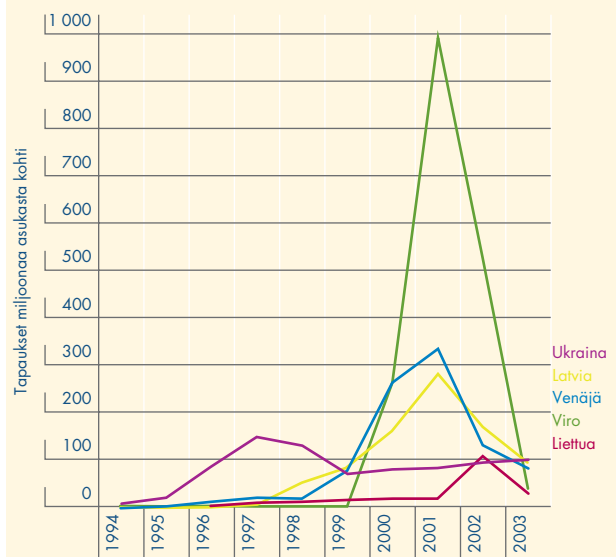
Itä-Euroopan laajojen epidemioiden jälkeen (ks. laatikko ”Hiv ja aids Itä-Euroopassa”) hiv-epidemia on levinnyt nopeasti huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa EU:n uusissa jäsenvaltioissa Baltiassa (EuroHIV, 2004). Uusien diagnosoitujen tapausten määrä nousi Virossa ja Latviassa huippuunsa vuonna 2001 ja Latviassa vuonna 2002, mutta niiden määrä on romahtanut viime aikoina. Tämä on tyypillistä hiv-epidemioiden huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa. Se johtuu siitä, että suurimmassa riskissä oleva injektioikäyttäjien ydinryhmä saa tartunnan lyhyen ajan sisällä, minkä jälkeen uusien tartuntojen määrä laskee tartunnalle alttiiden injektioikäyttäjien vähenessä ja vakiintuu tasolle, joka riippuu uusien riskialttiiden injektioikäyttäjien ilmaantumisesta tiheydestä. Vähentymiseen saattaa kuitenkin vaikuttaa myös käyttäytymisen muuttuminen, ja jos näin on, se saattaa olla osittain erityisten toimien tulosta (ks. ”Huumeisiin liittyvien tartuntatauti-ehkäisy”, s. 69).

### Hiv ja aids Itä-Euroopassa

Immuunikatovirus (hiv) on levinnyt viimeaikoina voimakkaana epidemiana injektioikäyttäjien keskuudessa Venäjällä ja Ukrainassa samoin kuin Baltian alueen EU-maissa. Vuonna 2001 huumeiden injektioikäyttöön liittyvien uusien diagnosoitujen tapausten määrä nousi huippuunsa Virossa (991 tapausta miljoonaa asukasta kohti) ja Venäjällä (333 tapausta miljoonaa asukasta kohti). Ukrainassa huippu saavutettiin kuitenkin jo aikaisemmin vuonna 1997, jolloin luku nousi injektioikäyttöön liittyvien tartuntojen epidemian seurauksena 126 tapaukseen miljoonaa asukasta kohti. Uusien injektioikäyttöön liittyvien hiv-tapausten määrä laski sittemmin, mutta se on viime aikoina kääntynyt jälleen kasvuun.

Aidsin esiintyvyys huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa yleistyy nopeasti Latviassa ja Ukrainassa, mikä viittaa siihen, että antiretroviraalisen hoidon saatavuus ja kattavuus ovat todennäköisesti riittämättömiä (ks. ”Erittäin tehokas antiretroviraalinen hoito WHO:n Euroopan aluetuimiston alueella”, s. 68).

#### Huumeiden injektioikäyttäjillä diagnosoitujen hiv-tartuntojen tietyissä EU-maissa, Venäjällä ja Ukrainassa raportointivuoden mukaan



*Lähde:* Euroopan aidsin epidemiologinen seurantakeskus (EuroHIV) (2004).

Uusien diagnosoitujen hiv-tapausten määrä on pysynyt viime vuosina alhaisena EU:n 15 vanhassa jäsenvaltiossa, paitsi Portugalissa. EU:n tasolla tehtävät vertailut ovat kuitenkin puutteellisia, koska joistakin maista, joissa aids-luvut ovat korkeat, ei ole vielä saatu hiv-tapauksia koskevia tietoja (Espanja ja Italia) tai niitä alkaa tulla vasta nyt (Ranska). Hiv-tapausten määrä oli Portugalissa hyvin

korkea vuonna 2003, jolloin niitä oli 88 tapausta miljoonaa asukasta kohti, mutta määrä on kuitenkin laskenut vuodesta 2000 (jolloin tapauksia oli 245 miljoonaa asukasta kohti). Laskua on tulkittava varoen, sillä Portugali alkoi ilmoittaa tietoja vasta vuonna 2000.

### Hiv:n levinneisyys

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

Saatavilla olevat levinneisyystiedot pääosin vahvistavat ilmoitettujen hiv-tapausten viimeaikaisen lisääntymisen. Esimerkiksi Latviassa levinneisyys kasvoi testattujen injektioikäyttäjien kansallisissa otoksissa 1,5 prosentista (5/336) vuonna 1997 14 prosenttiin (302/2203) vuonna 2001, ja sen jälkeen se laski 7 prosenttiin (65/987) vuonna 2003. Itävallassa, josta ei ole saatavilla tietoja injektioikäyttäjien hiv-tapauksista, hiv:n levinneisyys huumeiden kansallisessa otoksessa osoittaa tiettyä kasvua 7 prosenttiin (11/163) vuonna 2003 vuoden 1998 1 prosentista (1/117), mutta luvut ovat pieniä, eikä suuntaus ole tilastollisesti merkittävä.

Vuosina 2002 ja 2003 hiv:n levinneisyys huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa – pääasiallisesti niiden, jotka olivat huumeidossa – vaihteli voimakkaasti maiden sisällä ja maiden välillä. Se vaihteli 0 prosentista Bulgariassa, Unkarissa, Sloveniassa ja Slovakiassa aina 37,5 prosenttiin (54/144) yhdessä Italian kaupungissa (2003, Bolzano – hoidossa ja vankilassa olevat käyttäjät) <sup>(120)</sup>. Korkein levinneisyys kansallisessa otoksessa (yli 10 % vuonna 2002–2003) löytyi Italiasta, Latviasta ja Portugalista <sup>(121)</sup>. Espanjan tiedot vuodelta 2001 viittaavat erittäin korkeaan levinneisyyteen, mutta tuoreempia tietoja ei ole saatavilla <sup>(122)</sup>. Korkeimman levinneisyyden alueellisissa ja paikallisissa otoksissa (yli 20 % vuonna 2002–2003) ilmoittivat Espanja, Italia, Latvia ja

Puola <sup>(123)</sup>, mutta tietoja ei ole saatu joistakin maista ja joiltakin alueilta, joilla levinneisyys on ollut korkea edellisinä vuosina. Latviassa ja Puolassa tehdyt paikalliset tutkimukset viittaavat siihen, että hiv on levinnyt hiljattain, sillä levinneisyys on erittäin korkea nuorten injektioikäyttäjien keskuudessa <sup>(124)</sup>. Puolan tutkimuksen osalta tämän hiljattaisen leviämisen vahvistaa tartunnan havaitseminen 23 prosentilla 127 uudesta injektioikäyttäjistä <sup>(125)</sup>.

Myös levinneisyyden aikasuuuntauksissa on eroja maiden välillä. Vaikka Baltiassa onkin ilmennyt hiljattain epidemioita, huumeiden injektioikäyttäjien otoksiin perustuvat hiv:n levinneisyystiedot viittaavat siihen, että levinneisyys on vähentynyt 1990-luvun puolivälistä lähtien joissakin maissa, joissa se on ollut kaikkein korkein (Espanja, Ranska ja Italia), ja se on viime vuosina vakiintunut <sup>(126)</sup>. Jos levinneisyys on korkea ja vakiintunut, tartunnat todennäköisesti jatkuvat. Uusia huumeiden injektioikäyttäjiä koskevat tiedot viittaavat siihen, että tartunnat ovat jatkuneet ja jopa lisääntyneet Espanjassa vuosina 1999–2000. Joissakin muissa maissa (Ranska 2001–2003, Portugali 1999–2000) uusia ja nuoria injektioikäyttäjiä koskevat paikalliset ja alueelliset tiedot viittaavat siihen, että tartunnat ovat lisääntyneet jossakin määrin, mutta otokset ovat liian pieniä, jotta suuntauksien voisivat olla tilastollisesti merkittäviä <sup>(127)</sup>. Toisaalta on syytä tuoda esiin, että hiv:n levinneisyys huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa on monissa maissa pysynyt hyvin alhaisena vuosina 2002–2003. Hiv:n levinneisyys oli alle prosentin Tšekissä, Kreikassa (kansalliset tiedot), Unkarissa, Sloveniassa, Slovakiassa, Suomessa, Romaniassa (tiedot vain vuodelta 2001), Bulgariassa ja Norjassa (tiedot Oslon osalta). Joissakin näistä maista (esim. Unkarissa), sekä hiv:n levinneisyys että C-hepatiitin levinneisyys ovat alhaisimpia EU:ssa, jolloin injektioikäyttäjien riski on pienempi (ks. jäljempänä kohta ”B-hepatiitti ja C-hepatiitti”).

### Aidsin esiintyvyys

Latviassa huumeiden injektioikäyttöön liittyvän aidsin esiintyvyys kasvoi 0 tapauksesta vuonna 1997 arviolta 19 tapaukseen miljoonaa asukasta kohti sekä vuonna 2002 että vuonna 2003 <sup>(128)</sup>. EU-maista korkein esiintyvyys on kuitenkin edelleen Portugalissa, jossa tapauksia on

<sup>(120)</sup> Ks. kaavio INF-3 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(121)</sup> Portugalin ja Italian tiedot eivät koske yksinomaan huumeiden injektioikäyttäjiä, ja siten levinneisyys injektioikäyttäjien keskuudessa saatetaan esittää niissä liian alhaisena.

<sup>(122)</sup> Ks. taulukot INF-1 ja INF-8 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(123)</sup> Ks. taulukko INF-8 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(124)</sup> Alle 25-vuotiaat huumeiden injektioikäyttäjät: Puolassa 33 % tartunnan saanutta 55:stä nuoresta injektioikäyttäjistä, ja Latviassa 20 % 107:stä.

<sup>(125)</sup> Ks. taulukko INF-10 sekä kaaviot INF-4 ja INF-5 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(126)</sup> Ks. kaavio INF-16 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(127)</sup> Ks. kaaviot INF-26 ja INF-27 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(128)</sup> Ks. kaavio INF-1 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

### Erittäin tehokas antiretroviraalinen hoito WHO:n Euroopan aluetoimiston alueella

WHO:n arviot erittäin tehokkaan antiretroviraalisen hoidon (HAART) kattavuudesta viittaavat siihen, että EU:ssa ja suurimmassa osassa Keski-Eurooppaa yli 75 prosenttia hoitoa tarvitsevista henkilöistä voi saada HAART-hoitoa.

Baltian maissa kattavuus arvioidaan kuitenkin ”huonoksi” Virossa ja Liettuassa (25–50 %) ja ”erittäin huonoksi” Latviassa (alle 25 %). Kattavuus on arvioiden mukaan ”erittäin huono” useimmissa Itä-Euroopan maissa.

Kattavuudesta ei ole saatavilla arvioita huumeiden injektioikäyttäjien osalta, mutta tutkimukset ovat osoittaneet, että huumeiden injektioikäyttäjillä on usein heikommät mahdollisuudet saada HAART-hoitoa kuin henkilöillä, jotka ovat saaneet tartunnan muulla tavoin.

Lähde: WHO:n Euroopan aluetoimisto, Health for All Database ([www.euro.who.int/hfad](http://www.euro.who.int/hfad)) (tiedot saatu 8. maaliskuuta 2005).

33 miljoonaa asukasta kohti, joskin luku on ollut laskussa vuodesta 1999 lähtien. Huumeiden injektioikäytöstä johtuvan aidsin esiintyvyys oli EU:ssa huipussaan 1990-luvun alussa, ja se on sittemmin vähentynyt. Esiintyvyys oli ennen korkein Espanjassa, jossa se oli vuonna 1994 huipussaan 124 tapauksella miljoonaa asukasta kohti, mutta luku oli laskenut vuoteen 2003 mennessä noin 16 tapaukseen miljoonaa asukasta kohti.

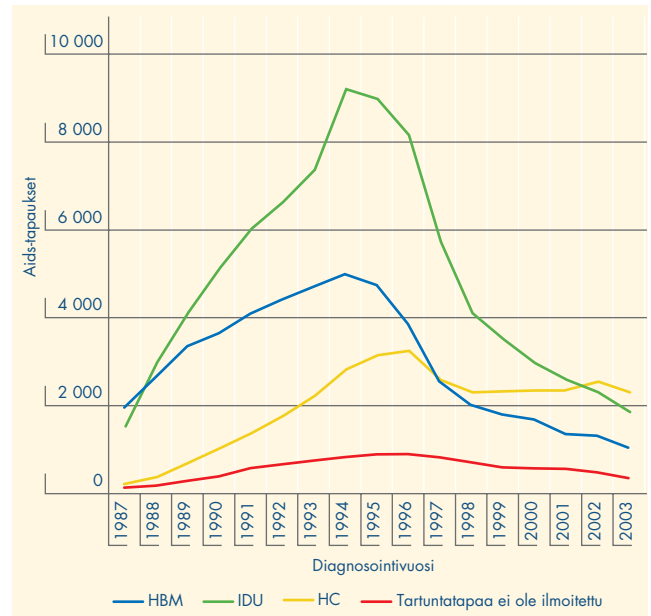
Aidsin esiintyvyys väheni 1990-luvun lopulla, kun käyttöön otettiin erittäin aktiivinen antiretroviraalinen hoito (HAART), joka ehkäisee aidsin kehittymistä hiv-tartunnan saaneilla henkilöillä (ks. HAARTia koskeva laatikko). Huumeiden injektioikäyttäjien kohdalla aidsin esiintyvyyden vähenemiseen ovat saattaneet vaikuttaa myös hiv:n ehkäisytoimet ja joissakin maissa injektioikäyttäjien määrän väheneminen (ks. ”Huumeiden injektioikäyttö”, s. 63).

Vuotuisista esiintyvyydestiedoista ilmenee, että vuoteen 2002 asti suurin osa uusista aids-tapauksista EU:ssa johtui huumeiden injektioikäytöstä, mutta heteroseksuaalinen seksi on sittemmin ohittanut tämän tartuntatavan, mikä heijastaa edellisinä vuosina tapahtuneita muutoksia hiv:n epidemiologiassa (kaavio 15). Tartuntatavoissa voi kuitenkin olla suuria eroja maiden välillä <sup>(129)</sup>.

### B-hepatiitti ja C-hepatiitti

C-hepatiittiviruksen (HCV) vasta-aineen levinneisyys injektioikäyttäjillä on yleisesti ottaen erittäin korkea, joskin maiden sisällä ja maiden välillä on voimakasta

**Kaavio 15:** Aids-tapaukset tartuntatavan ja diagnosointivuoden mukaan (1987–2003) EU:ssa raportointiviiveiden johdosta mukautettuina



Huom. Tiedot koskevat kolmea yleisintä tartuntatapaa ja tapauksia, joissa tartuntatapaa ei ole ilmoitettu.  
 HBM – homoseksuaaliset ja biseksuaaliset miehet  
 IDU – huumeiden injektioikäyttäjät  
 HC – heteroseksuaalinen kontakti  
 Kaaviosta on jätetty pois Ranska ja Alankomaat (tietoja ei ole saatavilla koko ajanjaksolta) sekä Kypros (tietoja ei ole saatavilla).  
 Lähde: EuroHIV; 31. joulukuuta 2003 mennessä ilmoitetut tiedot.

vaihtelua <sup>(130)</sup>. Huumeiden injektioikäyttäjien otoksissa on levinneisyydeksi vuonna 2002–2003 ilmoitettu yli 60 prosenttia Belgiassa, Virossa, Kreikassa, Italiassa, Puolassa, Portugalissa ja Norjassa, kun taas Belgia, Tšekki, Kreikka, Unkari, Itävalta, Slovenia, Slovakia, Suomi ja Yhdistynyt kuningaskunta ilmoittivat levinneisyydeksi otoksissa alle 40 prosenttia (kaavio 16) <sup>(131)</sup>.

Nuoria injektioikäyttäjiä (alle 25-vuotiaat) koskevia levinneisyydestietoja on saatavilla vain muutamasta maasta, ja joissakin tapauksissa otokset ovat pieniä. Saatavilla olevien tietojen perusteella levinneisyys nuorten injektioikäyttäjien keskuudessa oli vuonna 2002–2003 korkein (yli 40 %) Kreikan, Itävallan ja Puolan otoksissa ja alhaisin (alle 20 %) Unkarin, Slovenian, Suomen ja Yhdistyneen kuningaskunnan otoksissa <sup>(132)</sup>. Tiedot HCV:n levinneisyydestä uusien injektioikäyttäjien keskuudessa (injektioikäyttö kestänyt alle kaksi vuotta) ovat vielä rajallisempia, mutta vuodelta 2002–2003 saatavilla olevien tietojen perusteella levinneisyys on korkein (yli 40 %) Belgian ja Puolan otoksissa ja alhaisin (alle 20 %) Tšekin, Kreikan ja Slovenian otoksissa <sup>(133)</sup>. C-hepatiitin

<sup>(129)</sup> Ks. kaavio INF-2 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

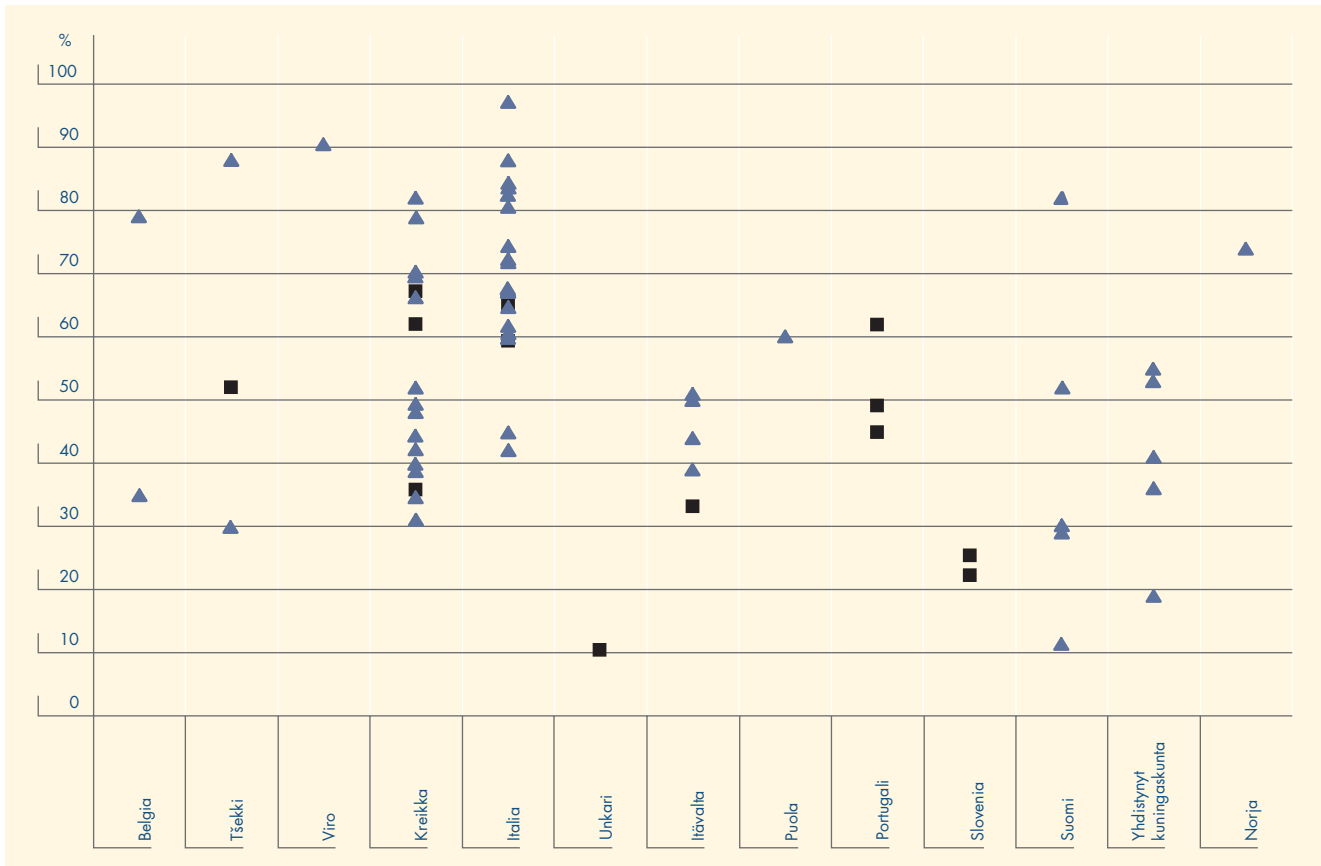
<sup>(130)</sup> Ks. taulukot INF-2 ja INF-11 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(131)</sup> Ks. kaavio INF-21 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa ja Mathei et al., 2005.

<sup>(132)</sup> Ks. taulukko INF-12 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(133)</sup> Ks. taulukko INF-13 sekä kaaviot INF-7 ja INF-8 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.



**Kaavio 16:** Kansalliset ja paikalliset arviot HCV:n levinneisyydestä huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa vuosina 2002 ja 2003

*Huom.* Musta neliö = kansalliset otokset; sininen kolmio = paikalliset/alueelliset otokset. Maiden välisiä eroja on tulkitettava varoen, koska ympäristöissä ja/tai tutkimusmenetelmissä on vaihtelua. Kansallisissa otantastrategioissa on eroja. Espanjan ja Portugalin lukuihin ja osaan Tšekin luvuista sisältyy muita kuin injektioikäyttäjiä, minkä takia levinneisyys injektioikäyttäjien keskuudessa saattaa olla aliarvioitu (muiden kuin injektioikäyttäjien osuus otoksissa ei ole tiedossa). Tiedot Portugalista, Sloveniasta ja Slovakiasta rajoittuvat HCV:n levinneisyyteen hoidossa olevien injektioikäyttäjien keskuudessa, eivätkä ne välttämättä kuvasta HCV:n levinneisyyttä niiden injektioikäyttäjien keskuudessa, jotka eivät ole hoidossa.

*Lähteet:* Reitoxin kansalliset seurantakeskukset (2004). Ensimmäiset lähteet, tarkemmat tutkimustiedot ja vuotta 2002 edeltävät tiedot esitetään vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukossa INF-11.

ilmoitustiedot vuosilta 1992–2003 viittaavat siihen, että tietoja toimittaneissa maissa suurin osa ilmoitetuista C-hepatiittitapauksista on havaittu huumeiden injektioikäyttäjillä (ilmoitukset rajoittuvat pääasiallisesti diagnosoituihin akuutteihin infektiioihin) (kaavio 17).

Myös B-hepatiittiviruksen (HBV) markkerien levinneisyys vaihtelee voimakkaasti maiden sisällä ja maiden välillä<sup>(134)</sup>. Kattavimmat tiedot koskevat anti-HBc:tä, joka osoittaa aiemman tartunnan ja – negatiivisen testituloksen saaneilla – rokotuksen mahdollisuuden. Vuonna 2002–2003 huumeiden injektioikäyttäjien otoksia, joissa levinneisyys oli yli 60 prosenttia, ilmoittivat Belgia, Viro ja Italia, kun taas otoksia, joissa levinneisyys oli alle 30 prosenttia, ilmoittivat Belgia, Espanja, Italia, Itävalta, Portugali, Slovenia, Slovakia ja Yhdistynyt kuningaskunta<sup>(135)</sup>. B-hepatiitin ilmoitustiedot vuosilta

1992–2003 viittaavat siihen, että tietoja toimittaneissa maissa huumeiden injektioikäyttäjien osuus on kasvanut<sup>(136)</sup>. Pohjoismaissa suurin osa ilmoitetuista akuuteista B-hepatiittitapauksista on havaittu huumeiden injektioikäyttäjillä, ja useissa maissa B-hepatiittiepidemiat ovat ilmenneet samaan aikaan, kun injektioikäyttö on lisääntynyt (Blystad et al., 2005).

Muista huumeisiin liittyvistä tartuntataudeista esitetään lyhyt katsaus vuoden 2004 vuosiraportissa (<http://ar2004.emcdda.eu.int/fi/page074-fi.html>).

### Huumeisiin liittyvien tartuntatautiin ehkäisy

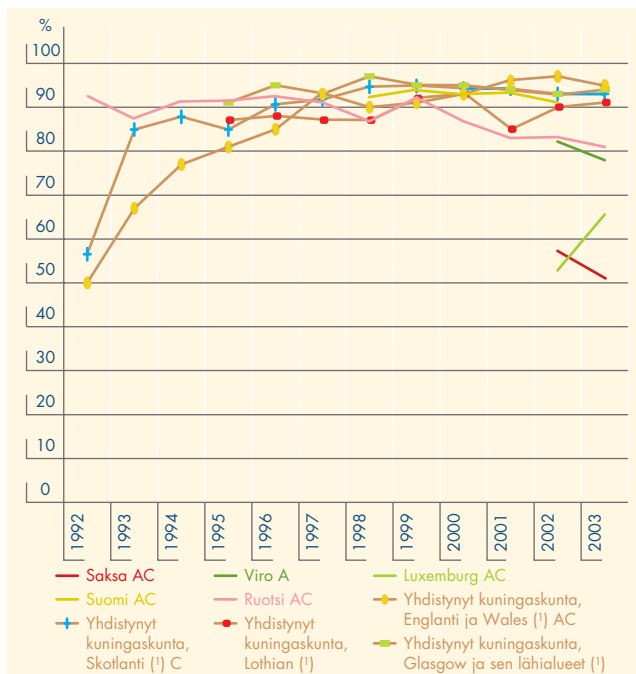
Jäsenvaltioiden kansallisissa politiikoissa on eroja niiden huumeiden tilanteen ja poliittisen tilanteen mukaan, mutta Euroopan tasolla on voimistumassa yksimielisyys keskeisistä toimista, joilla hiv:tä ja muita tartuntatauteja

<sup>(134)</sup> Ks. taulukot INF-3, INF-14 ja INF-15 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(135)</sup> Ks. kaaviot INF-9, INF-10, INF-22 ja INF-23 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(136)</sup> Ks. kaavio INF-14 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

**Kaavio 17:** Ilmoitetut C-hepatiittitapaukset, injektiokäyttöön liittyvien tapausten osuus vuosina 1992–2003



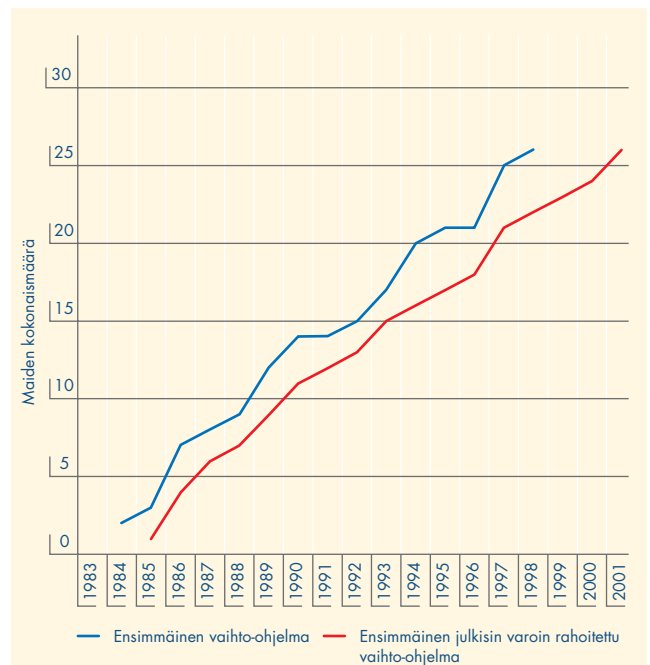
(!) Tiedot eivät ole kansallisia.  
 Huom. A: akuutit tapaukset; AC: akuutit ja krooniset tapaukset; C: krooniset tapaukset.  
 Lähteet: Reitoxin kansalliset seurantakeskukset.

voidaan torjua tehokkaasti huumeiden injektiokäyttäjien keskuudessa (137). Asianmukaisia keinoja ovat muun muassa huumehoitoon pääsyn helpottaminen (WHO, 2005), matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen sekä steriilien välineiden ja koulutusohjelmien tarjoaminen. Maiden välillä on kuitenkin eroja näiden palvelujen painotuksessa. On erityisen tärkeää, että opiaattien injektiokäyttäjille olisi tarjolla riittävästi suun kautta nautittavien lääkkeiden muodossa annettavaa korvaushoitoa, sillä se vähentää merkittävästi sellaista huumeisiin liittyvää käyttäytymistä, jossa hiv-tartunnan riski on korkea (Gowing et al., 2005; Sullivan et al., 2005).

### Neulojen ja ruiskujen saatavuus

Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat käynnistyivät Euroopan unionissa 1980-luvun puolivälissä välittömänä vastauksena hiv-epidemian uhkaan injektiokäyttäjien keskuudessa, ja ne levisivät nopeasti 1990-luvulla (kaavio 18). Julkisin varoin rahoitettuja ohjelmia oli vuonna 1993 jo yli puolessa EU:n nykyisistä 25 jäsenvaltiosta ja Norjassa. Tänä päivänä neulojen ja

**Kaavio 18:** Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien täytäntöönpano 23 EU-maassa, Norjassa ja Bulgariassa



Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2004).

ruiskujen vaihto-ohjelmia on käynnissä Bulgariassa, Romaniassa ja Norjassa sekä kaikissa EU-maissa paitsi Kyproksella, jossa steriilejä välineitä on kuitenkin saatavilla ilmaiseksi apteekkeista ja virallista neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmaa harkitaan (138). Sen jälkeen, kun tällainen ohjelma on käynnistetty jossakin maassa, vaihtopisteiden maantieteellinen kattavuus yleensä leviää vähitellen. Monissa maissa on nyt saavutettu täydellinen maantieteellinen kattavuus, ja apteekit ovat monissa maissa ratkaisevan tärkeitä kumppaneita. Ruotsissa maan eteläosassa vuonna 1986 käynnistetyt kaksi ohjelmaa ovat kuitenkin edelleen ainoat, ja Kreikassa neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmia on rajoitetusti ja ainoastaan Ateenassa (139).

Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat ovat EU-maissa ja Norjassa yleensä tiukasti sidoksissa matalan kynnyksen huumeuuvontakeskusten työhön (ks. laatikko "Palvelujen saatavuuden parantaminen"), kenttätyöhön ja asunnottomien auttamiseen. Palvelut, joihin tuleminen kynnys on matala, onnistuvat tavoittamaan aktiivisten huumeidenkäyttäjien näkymättömiä ryhmiä, ja siksi ne voivat olla tärkeä lähtökohta yhteyden saannissa, ehkäisevässä työssä, valistuksessa ja neuvonnassa sekä hoitoon ohjaamisessa. Yh. laajemmin ollaan myös

(137) Kahdessa hiljattain pidetyssä konferenssissa Euroopan hallitusten edustajat ovat lujittaneet yhteistyötään hiv:n/aidsin torjumiseksi ja määritelleet toimenpiteitä, joilla vahvistetaan toimintaa tällä alalla (Dublinin julkilausuma, helmikuu 2004, ja Vilnan julkilausuma, syyskuu 2004). Kaikki hiv:tä/aidsia koskevat EU:n keskeiset asiakirjat löytyvät Euroopan komission kansanterveyttä koskevalta verkkosivustolta ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_threats/com/aids/keydocs\\_aids\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm)).

(138) Ks. taulukko NSP-2 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

(139) Ks. "Needle and syringe availability" vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.



### Palvelujen saatavuuden parantaminen

Termillä ”matala kynnyks” tarkoitetaan ympäristöä, joka helpottaa huumeidenkäyttäjien mahdollisuutta käyttää sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja. Palvelujen käytön kynnyksen madaltamiseksi keskuksia perustetaan erityisiin paikkoihin ja niiden aukioloajat mukautetaan asiakkaiden tarpeisiin siten, että ne ovat auki myös myöhään illalla tai yöllä. Matalan kynnyksen keskuksia tarjotaan usein palvelujaan myös kenttätyöntekijöiden välityksellä. Keskusten palvelujen käyttö edellyttää vain vähän byrokratiaa, se on usein maksutonta, eikä asiakkailta vaadita päihitteettömyyttä tai päihteiden käytön lopettamista. Keskusten kohderyhmänä ovat nykyiset käyttäjät, jotka eivät ole koskaan olleet yhteydessä muihin huume- tai terveydenhuoltopalveluihin tai jotka ovat lakanneet olemasta yhteydessä niihin. Palvelujen kohteena ovat huumeidenkäyttäjien ”vaikeasti tavoitettavat” ryhmät ja erityiset riskiryhmät mutta myös kokeilukäyttäjät (joiille voidaan tarjota palveluja esimerkiksi yökerhoissa, diskoissa tai muissa juhlaympäristöissä). Matalan kynnyksen palveluja voidaan tarjota keskuksissa, palvelupisteissä ja kentällä liikkuvilla terveysasemilla sekä yömajoissa. Näillä keskuksilla on helpon lähestyttävyytensä takia tärkeä rooli kattavassa hoitojärjestelmässä, sillä ne tavoittavat huumeidenkäyttäjien ”näkyvättömiä” tai ”vaikeasti tavoitettavia” ryhmiä. Sen lisäksi että ne kannustavat huumeidenkäyttäjiä hakeutumaan hoitoon ja ohjaavat heitä hoitoon, ne tarjoavat usein ”selviytymispalveluja”, kuten ruokaa, vaatteita, yösijan, steriilejä injektiovälineitä ja lääkintäapua. Ne ovat keskeisiä terveyttä edistävän tiedon sekä turvallista käyttöä koskevan tiedon ja taidon levittämisessä huumeiden kokeilukäyttäjille sekä huumeista riippuvaisille tai huumeiden ongelmakäyttäjille. Ne tarjoavat myös yhä useammin hoitopalveluja.

tunnustamassa matalan kynnyksen palvelujen merkitys sellaisten yhteisön jäsenten perusterveydenhuollossa, tartuntatautien seulonnessa, rokottamisessa ja antiviraalisessa hoidossa, joiden on jostakin syystä vaikeampi hakea virallisempia terveydenhuoltopalveluja.

Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat ovat 16 EU-maassa ja Norjassa tärkein lähestymistapa tartuntatautien ehkäisemiseen huumeidenkäyttäjien keskuudessa, ja ne ovat yleinen lähestymistapa kuudessa muussa maassa. Lisäksi näitä ohjelmia pidetään kahdessa kolmasosassa EU-maista ensisijaisena poliittisena toimenpiteenä tartuntatautien ehkäisemiseksi huumeidenkäyttäjien keskuudessa <sup>(140)</sup>.

### Todisteita neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien tehokkuudesta

Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien tehokkuutta hiv:n ja aidsin vähentämisessä injektioikäyttäjien keskuudessa on tutkittu tieteellisesti 1980-luvulta lähtien <sup>(141)</sup>. WHO:n vuonna 2004 julkaisemassa kirjallisuuskatsauksessa todetaan, että on olemassa vakuuttavia todisteita siitä, että steriilien injektiovälineiden saatavuuden ja käytön lisääminen huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa vähentää hiv-tartuntoja huomattavasti, eikä mistään merkittävästä tahattomasta seurauksesta ole mitään näyttöä (WHO, 2004). Katsauksessa kuitenkin todetaan myös, etteivät neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat yksinään riitä hiv-tartuntojen hillitsemiseen injektioikäyttäjien keskuudessa, vaan näitä ohjelmia on tuettava erilaisilla täydentävillä toimenpiteillä, jotta injektioikäyttäjien hiv-tartuntoja voitaisiin vähentää. Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien kustannustehokkuutta tarkastelleet de Wit ja Bos (2004) toteavat, että nämä ohjelmat vaikuttavat olevan kustannustehokkaita hiv:n leviämisen ehkäisyssä ja niillä on hiv:n vähenemisen lisäksi muitakin huomattavia etuja, kuten huumeidenkäyttäjien vaikeasti tavoitettavan väestöryhmän saattaminen yhteyteen terveys- ja sosiaalipalvelujen kanssa.

### Hepatiitin ehkäiseminen

Huumeiden injektioikäyttäjien riski saada HBV- tai HCV-tartunta on suuri, ja 50–80 prosenttia huumeidenkäyttäjistä saa tartunnan viiden vuoden kuluessa injektioikäytön aloittamisesta. Tartunta voi johtaa kroonisiin infektioihin, jotka voivat vahingoittaa maksaa ja lopulta tuhota sen (EMCDDA, 2004b). C-hepatiittia vastaan ei ole rokotetta, mutta B-hepatiittia voidaan ehkäistä tehokkaasti rokotteella <sup>(142)</sup>.

Useat EU-maat ovat sisällyttäneet tai palauttaneet B-hepatiitin kansallisiin rokotusohjelmiinsa viimeisten 10 vuoden aikana, ja B-hepatiittirokotus on nykyään osa lasten rutiininomaista rokotusta useimmissa EU-maissa. Tähän mennessä vain Tanska, Alankomaat, Ruotsi, Yhdistynyt kuningaskunta ja Norja eivät ole noudattaneet WHO:n suositusta <sup>(143)</sup>.

Kaikkien merkittävien riskiväestöjen sisällyttämiseen rokotusohjelmiin menee vielä vuosikymmeniä, mutta huumeidenkäyttäjille kohdennettuja rokotusohjelmia on jo useimmissa EU-maissa ja Norjassa. Kohdeväestöjen tavoittamiseksi rokotuksia tarjotaan huumeidenkäyttäjille

<sup>(140)</sup> Ks. EMCDDA:n verkkosivustolla esitettävä katsaus tartuntatautien vastaisiin toimiin (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

<sup>(141)</sup> Ks. luettelo keskeisimmistä katsauksista EMCDDA:n verkkosivustolla (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

<sup>(142)</sup> EMCDDA:n verkkosivustolta on saatavissa lisätietoja hepatiitista (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

<sup>(143)</sup> 14. maailmanlaajuisen neuvoa-antavan ryhmän raportti: laajennettu rokotusohjelma, 14.–18. lokakuuta 1991, Antalya, Turkki, jolle Maailman terveyskokous antoi tukensa vuonna 1992.

helposti lähestyttävissä yhteyspisteissä ja yhä useammin myös vankiloissa <sup>(144)</sup>.

B-hepatiitin rokotuskampanjat yhdistetään usein A-hepatiitin rokotukseen ja C-hepatiittia koskevaan neuvontaan, testaukseen ja hoitoon ohjaukseen. Vaikka C-hepatiitin hoitoa onkin tarjolla kaikissa maissa, huumeidenkäyttäjien saattaa olla käytännössä vaikea saada sitä. Viralliset lääketieteelliset ohjeet ovat tärkeä apuväline C-hepatiitin hoidon tarjonnan ohjaamisessa, ja EMCDDA analysoi niitä vuonna 2003–2004 <sup>(145)</sup>. Useimmissa ohjeissa suositellaan, että huumeidenkäyttäjää hoidettaisiin sen jälkeen, kun he ovat lopettaneet huumeidenkäytön, tai kun he ovat olleet suun kautta nautittavien lääkkeiden muodossa annettavassa korvaushoidossa kolmesta kuukaudesta kahteen vuoteen. Mitä uudemmat ohjeet ovat, sitä todennäköisemmin niissä otetaan huomioon tutkimukset, joissa on tuotu esiin huumeidenkäyttäjien saama hyöty, jos hoitoa tarjoavat hepatologien ja huumeidenkäyttöä tutkivien asiantuntijoiden monitieteelliset ryhmät. Kansallisten ohjeiden viimeaikainen kehittyminen tulee todennäköisesti lisäämään hoitovaihtoehtoja ja parantamaan tuloksia huumeidenkäyttäjien kannalta.

## Huumekuolemat

### Heroiini-kuolemat

Huumekuolemilla tarkoitetaan tässä kohdassa kuolemia, jotka johtuvat suoraan yhden tai usean huumeen käytöstä ja jotka tapahtuvat yleensä pian aineen tai aineiden käytön jälkeen. Näistä kuolemista käytetään nimityksiä ”yliannostus”, ”myrkytys” tai ”huumeen aiheuttama kuolema” <sup>(146)</sup>.

Opiatit ovat EU:ssa osallisina useimmissa laittomien aineiden aiheuttamissa huumekuolemissa, joskin monissa tapauksissa havaitaan toksikologisessa tutkimuksessa myös muita aineita, erityisesti alkoholia, bentsodiatsepiineja ja joissakin maissa kokaiinia <sup>(147)</sup>.

EU-maat ilmoittivat vuosina 1990–2002 joka vuosi 7 000–9 000 yliannostuksen aiheuttamaa kuolemaa <sup>(148)</sup>,

eli niitä kuolemia oli kyseisellä ajanjaksolla yhteensä yli 100 000. Lukuja voidaan pitää vähimmäisarvioina, sillä todennäköisesti osa kuolemista jää useimmissa maissa kirjaamatta.

Opiatien yliannostus on yksi Euroopan nuorten yleisimmistä kuolinsyistä etenkin kaupungeissa asuvien miesten keskuudessa (EMCDDA, 2004c). Yliannostus on nykyään myös opiatien käyttäjien yleisin kuolinsyy koko Euroopassa, esimerkiksi vuonna 2001 EU:n 15 jäsenvaltiota ilmoitti 8 347 injektioikäyttäjän kuolleen huumeisiin, kun taas aidsiin heittä kuoli 1 633 (EuroHIV, 2004) <sup>(149)</sup>, joskaan ei pidä unohtaa hiv-tartuntojen kustannuksia ja mahdollisia pitkän aikavälin ongelmia.

Suurin osa yliannostukseen kuolleista huumeidenkäyttäjistä on miehiä, joiden osuus kaikista tapauksista on 60–100 prosenttia, ja useimmissa maissa heidän osuutensa vaihtelee 75:stä 90 prosenttiin. Useimmat yliannostuksen uhrin ovat 20–40-vuotiaita, ja heidän keski-ikänsä on noin 35 (vaihteluväli 22–45 vuotta). Keski-ikä on alhaisin useissa uusissa jäsenvaltioissa ja ehdokasvaltioissa (Viro, Latvia, Liettua ja Romania), joista monessa alle 25-vuotiaiden yliannostuksen uhrien osuus on melko korkea, mikä saattaa viitata siihen, että heroiniin käyttäjät ovat näissä maissa nuorempia kuin muualla <sup>(150)</sup>.

### Metadonikuolemat

Useat maat ilmoittivat vuoden 2004 Reitoxin kansallisissa raporteissa, että huomattavassa osassa huumekuolemista havaittiin metadonia. Tieto on toimitettu kansallisen terminologian mukaisesti, ja joissakin tapauksissa on vaikea arvioida, mikä metadonin tarkka merkitys on ollut kuolemassa. Jotkin tapaukset ovat todellisia metadonimyrkytyksiä, mutta toisissa tapauksissa ainetta on vain havaittu. Tanska ilmoitti, että metadonia havaittiin 49 prosentissa huumekuolemista (97 tapausta 198:sta, ja niistä 64 tapaukseen liittyi vain metadonia). Saksa ilmoitti, että 23 prosenttiin tapauksista liittyi ”korvaushoitolääkkeitä”, ja näistä 3 prosenttia johtui yksinomaan tällaisista aineista (55 tapausta) ja 20 prosenttiin liittyi myös alkoholia ja huumausaineita (354 tapausta), kun vuonna 2002 näiden tapausten osuus

<sup>(144)</sup> Ks. B-hepatiitin rokotustaulukko (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

<sup>(145)</sup> ”Consultant study on hepatitis C treatment guidelines for injecting drug users” (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

<sup>(146)</sup> Tämä on EMCDDA:n kansallisten asiantuntijoiden ryhmän sopima määritelmä, ks. metodologiset huomautukset ”Drug-related death EMCDDA definition” vuoden 2005 Tilastotiedotteessa ja ”DRD Standard protocol, version 3.0” (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). Useimmissa maissa on kansallinen määritelmä, joka on sama tai samankaltainen kuin EMCDDA:n määritelmä, joskin jotkin maat sisällyttävät huumekuolemiin sellaiset kuolemat, jotka aiheutuvat psykoaktiivisista lääkkeistä tai joihin ei liity yliannostusta ja jotka muodostavat yleensä vain pienen osan kaikista huumekuolemista (ks. ”National definitions of drug-related deaths” vuoden 2005 Tilastotiedotteessa).

<sup>(147)</sup> Ks. taulukko DRD-1 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(148)</sup> Ks. taulukot DRD-2 ja DRD-3 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(149)</sup> Aidsia koskeva luku viittaa WHO:n Euroopan aluetoimiston läntiseen alueeseen, ja se sisältää kuolemantapaukset useissa EU:n ulkopuolisissa maissa, kuten Sveitsissä, Islannissa ja Israelissa.

<sup>(150)</sup> Ks. kaavio DRD-2 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

oli yhteensä 30 prosenttia (7 % yksin ja 23 % yhdistettynä muihin aineisiin). Yhdistynyt kuningaskunta ilmoitti 418 tapausta, joissa "mainittiin" metadoni, mutta se ei tarkoita, että näillä olisi syyshdettä. Muut maat ilmoittivat metadonin olleen osallisena huumekuolemissa harvemmin: Ranska (8 tapausta, joissa oli metadonia yksin tai yhdistettynä muihin aineisiin), Itävalta (metadonia havaittiin 10 prosentissa kuolemista), Portugali (metadonia havaittiin 3 prosentissa tapauksista) ja Slovenia (neljä metadonin aiheuttamaa kuolemaa). Vuoden 2003 Reitoxin kansallisissa raporteissa myös Irlanti ja Norja ilmoittivat metadonin liittyneen suureen määrään tapauksia.

Metadoni voi kaikkien muiden opiaattien tavoin olla myrkyllinen aine, mutta tutkimukset ovat osoittaneet, että korvaushoito vähentää ohjelmaan osallistuvien riskiä kuolla yliannostukseen. Useissa tutkimuksissa on myös ilmennyt, että kuolemat, joihin liittyy metadonia, johtuvat todennäköisemmin laittomasta kuin lääkärin määräämästä käytöstä, ja toisissa tutkimuksissa on huomattu, että riski on korkein metadonikorvaushoidon alkuvaiheessa. Nämä tulokset osoittavat, että on tärkeää varmistaa korvaushoito-ohjelmien laatu.

### Fentanyyli- ja buprenorfiinikuolemat

Baltian maat ovat viime vuosina ilmoittaneet joitakin kuolemantapauksia, joissa toksikologisessa tutkimuksessa on löydetty fentanyyliä, usein yhdessä heroinin kanssa. Ruotsi ilmoitti kansallisessa raportissaan, että vuonna 2003 injektioikäikäisten kuolemista 13:een liittyi fentanyyliä, kun edellisinä vuosina näitä tapauksia oli todettu vain satunnaisesti. Buprenorfiinin osuutta huumekuolemissa käsitellään buprenorfiinia koskevassa erityiskysymyksessä.

### Äkillisten huumekuolemien suuntauksia

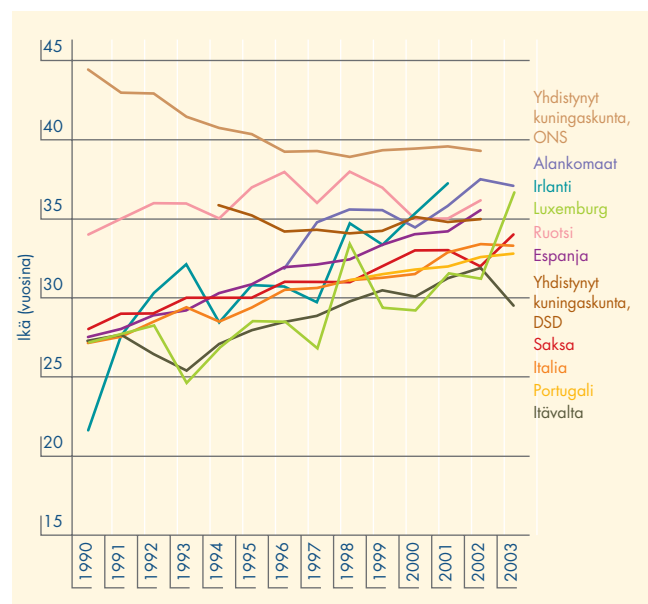
Huumekuolemien suuntaukset vaihtelevat maittain <sup>(151)</sup> ja jopa alueittain heroini-epidemian leviämisen, sen käytön levinneisyyden, riskikäyttäytymisen (esim. injektioikäikäisten osuus, huumeiden sekakäyttö), hoidon ja tukipalvelujen tarjonnassa ja kenties heroinin saatavuudessa ja ominaisuuksissa esiintyvien erojen mukaan. Myös ensiapupalvelujen järjestämisessä ja toimintatavoissa esiintyvillä eroilla voi olla suuri merkitys.

Näiden rajoitusten puitteissa EU:ssa voidaan tunnistaa joitakin yleisiä suuntauksia, etenkin EU:n 15 vanhan jäsenvaltion osalta, joista on saatavilla pidempiä ja järjestelmällisempiä tietosarjoja. Huumekuolemat lisääntyivät merkittävästi 1980-luvulla ja 1990-luvun

alussa. Joissakin maissa tapahtuneesta laskusta huolimatta yleinen noususuuntaus jatkui vuosina 1990–2000, vaikkakin se hidastui. Vuonna 2000 ilmoitettiin 8 930 huumekuolemaa, kun vuonna 1990 niitä ilmoitettiin 6 426 (40 %:n kasvu) <sup>(152)</sup>. Useimmissa vanhoissa jäsenvaltioissa yliannostuksen uhrien ikä on noussut, mikä viittaa "kohortin ikääntymiseen", joka saattaa liittyä nuorten käyttäjien määrän vähenemiseen (kaavio 19).

Useat EU-maat ovat kuitenkin ilmoittaneet vuodesta 2000 lähtien huumekuolemien vähentyneen. EU:n 15 vanhan jäsenvaltion ja Norjan muodostamassa ryhmässä kokonaismäärä laski 8 930:stä 8 394:ään vuosina 2000–2001 (6 %:n lasku) ja vuonna 2002 tapausten määrä laski 7 122:een <sup>(153)</sup> (vielä 15 %:n lasku). Vain 10 maata toimitti tietoja vuodelta 2003, joten päätelmiä EU:n suuntauksista tulisi tehdä varoen. Kyseisten 10 maan toimittamien tietojen pohjalta voidaan kuitenkin todeta, että huumekuolemien määrä laski 5 prosenttia vuonna 2003, eli lasku on vain viidesosa siitä, joka todettiin vuonna 2002. Vuodelta 2003 tietoja toimittaneista 10 maasta kolme ilmoitti huumekuolemien lisääntyneen, yksi ilmoitti tilanteen pysyneen ennallaan ja kuusi ilmoitti

**Kaavio 19:** Suuntaukset äkillisten huumekuolemien uhrien keski-ikässä joissakin EU-15:n jäsenvaltioissa vuosina 1990–2001/2003



*Huom.* Luku edustaa niistä maista saatuja tietoja, jotka ilmoittivat uhrien keski-ikänsä useimpina raportointijaksoksi kuuluneina vuosina.

Tieto perustuu "kansallisiin määritelmiin", jotka esitetään vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukossa DRD-6. Englannissa ja Walesissa käytetään "huume-strategian määritelmää" (DSD). ONS = Office of national statistics.

*Lähteet:* Reitoxin kansalliset raportit (2004), tiedot on saatu kansallisista kuolleisuusrekistereistä tai erikoisrekistereistä (oikeuslääketieteellisistä tai poliisin rekistereistä).

<sup>(151)</sup> Ks. kaavio DRD-7 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

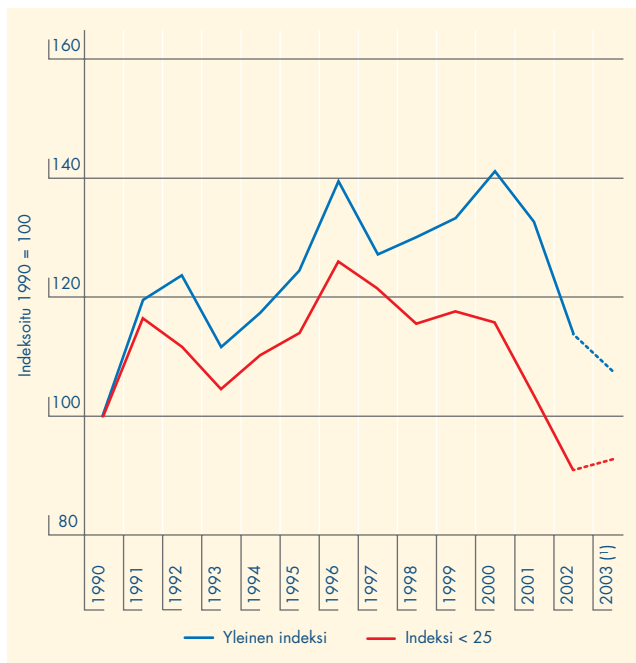
<sup>(152)</sup> Ks. kaavio DRD-8 vuoden 2005 Tilastotiedotteesta.

<sup>(153)</sup> Määrä ei sisällä Belgian ja Irlannin lukuja vuodelta 2002 (Irlannissa oli 88 tapausta vuonna 2001).

määrän vähentyneen. Viimeksi mainituista lasku oli huomattavaa Kreikassa (22 %) ja Italiassa (17 %) <sup>(154)</sup>. Nämä tiedot ovat huolestuttavia, sillä voi olla, että huumekuolemien vähentymiseen vuosina 2000–2002 (lähies 20 %:n väheneminen) vaikuttaneet tekijät väistyivät vuonna 2003. Erityisen tärkeäksi tämän tekee se, että huumekuolemat ovat historiallisesti tarkasteltuna edelleen korkealla tasolla – lähes samalla tasolla kuin 1990-luvun alussa (kaavio 20).

Alle 25-vuotiaiden huumekuolemat ovat yleisesti ottaen vähentyneet melko tasaisesti vuodesta 1996 lähtien, mikä saattaa viitata nuorten injektioikäyttäjien määrän vähenemiseen (kaaviot 19 ja 20), ja suuntaus on ollut laskeva tai vakaa useimmissa EU:n 15 vanhasta jäsenvaltiosta, paitsi Ranskassa ja Ruotsissa sekä

**Kaavio 20:** Yleinen suuntaus äkillisissä huumekuolemista EU-15:n jäsenvaltioissa ja suuntaus alle 25-vuotiaiden uhrien osuudessa huumekuolemista vuosina 1990–2003



(1) Vuoden 2003 luku on väliaikainen, koska vain 10 maata on toimittanut tietoja vuodelta 2003. Vuoden 2003 luku perustuu niihin maihin, jotka ovat toimittaneet tietoja sekä vuodelta 2002 että vuodelta 2003.

Huom. Indeksi: 1990 = 100. Tapauksen määrä maittain ja vuosittain esitetään vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukossa DRD-2 (osat i ja v). Belgia ei ole toimittanut tietoja vuosilta 1998–2001 eikä Irlanti vuodelta 2002. Tilanne on korjattu käyttämällä julkaisussa EMCDDA (2001) kuvattua laskentamenetelmää.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2004). Tiedot on saatu kansallisista kuolleisuusrekistereistä tai erikoisrekistereistä (oikeuslääketieteellisistä tai poliisin rekistereistä), ja ne perustuvat kansallisiin määritelmiin, jotka esitetään vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukossa DRD-6.

Norjassa. Monessa uudessa jäsenvaltiossa alle 25-vuotiaiden uhrien osuus on kuitenkin kasvanut selvästi 1990-luvun puolivälin ja vuosien 2000–2002 välisenä aikana, mikä viittaa nuorten käyttäjien määrän lisääntymiseen <sup>(155)</sup>. Lisäksi EU:n 15 vanhassa jäsenvaltiossa vuodesta 2000 lähtien havaittu lasku koskee pääasiallisesti miehiä (21,9 %:n lasku). Naisten kohdalla lasku on ollut vähäisempää (14,5 %), ja vuonna 2003 laskusuuntaus vaikuttaa naisten kohdalla kääntyneen nousuun toisin kuin miehillä <sup>(156)</sup>.

Uusissa jäsenvaltioissa on vaikea tunnistaa suuntauksia, koska niistä on saatavilla tietoja vain rajallisesti. Vaikka maiden välillä onkin eroja, saatavilla olevat tiedot viittaavat siihen, että huumekuolemat alkoivat lisääntyä entistä selkeämmin 1990-luvun puolivälissä. Tätä tukee se, että alle 25-vuotiaiden uhrien osuus kasvoi 1990-luvun puolivälin ja vuosien 1990–2000 välisenä aikana useimmissa tietoja toimittaneista maista <sup>(157)</sup>. Niissä uusissa jäsenvaltioissa, joista tietoja on saatavilla, alle 25-vuotiaiden uhrien määrä on kasvanut vuodesta 1996 aivan viime aikoihin asti merkittävästi enemmän kuin uhrien kokonaismäärä (kaavio 21), mikä tukee näkemystä tuoreesta epidemiasta. Laittomista aineista johtuvat kuolemat ovat vuodesta 2000 lähtien vakiintuneet tietyille tasolle tai vähentyneet Bulgariassa, Tšekissä <sup>(158)</sup>, Latviassa (vuonna 2003) ja Unkarissa. Tilanne vaikuttaa yleisesti ottaen vakiintuneen viime vuosina, mutta tähän tietoon on suhtauduttava varoen, sillä raportoinnin laatu ja kattavuus ovat useissa maissa vielä puutteellisia. Useissa uusissa jäsenvaltioissa 1990-luvulla todennäköisesti tapahtunut heroinin käytön lisääntyminen on saattanut tasapainottaa hoitopalvelujen tarjonnan lisääntymisellä viime vuosina tai muilla tekijöillä, mutta tulevaa suuntausta on vaikea ennustaa (kaavio 21).

Edellä mainitusta voidaan päätellä, että vaikka kehitys oli vuosina 2000–2002 myönteistä – mahdollisesti siksi, että injektioikäyttö väheni opiaattien käyttäjien keskuudessa useissa maissa ja hoidon tarjonta lisääntyi – ja vaikka opiaattien käyttäjien määrä on saattanut vakiintua tai vähetä, luvut ovat pitkällä aikavälillä tarkasteltuina edelleen korkeita ja myönteisen kehityksen päättymisestä on jo havaittavissa merkkejä.

### Opiaattien käyttäjien kuolleisuus

Opiaattien käyttäjien kuolleisuus on vähintään 20-kertainen verrattuna samanikäiseen väestöön yleensä. Kuolleisuus on erityisen korkea injektioikäyttäjien

<sup>(154)</sup> Yksinkertaisen tilastollisen Poisson-mallin mukaan. Myös Norjan poliisin ilmoittamat tiedot viittaavat siihen, että huumekuolemat vähenivät selvästi vuonna 2003.

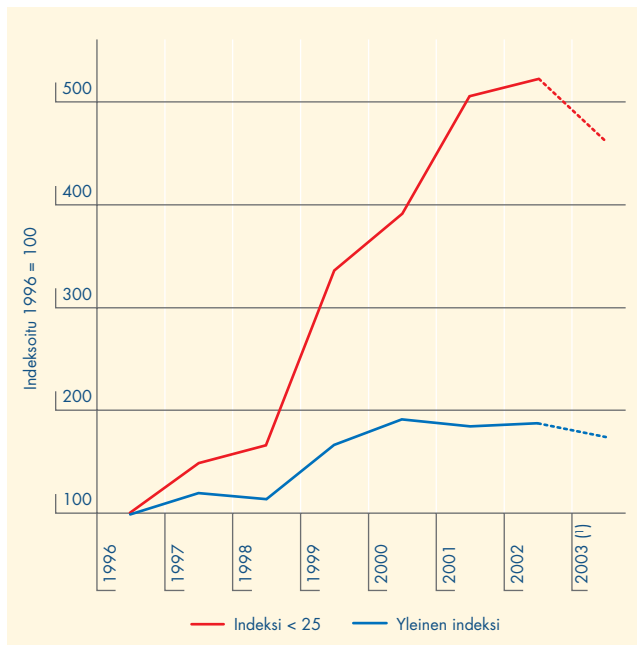
<sup>(155)</sup> Ks. kaavio DRD-9 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(156)</sup> Ks. kaavio DRD-6 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(157)</sup> Ks. kaavio DRD-9 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(158)</sup> Kun otetaan huomioon vain tapaukset, jotka kuuluvat EMCDDA:n D-valikoimaan, johon sisältyvät laittomat huumeet. Kansallinen määritelmä kattaa useita tapauksia, jotka johtuvat psykoaktiivisista lääkkeistä (75 %).

**Kaavio 21:** Yleinen suuntaus äkillisissä huumekuolemista uusissa jäsenvaltioissa ja ehdokasvaltioissa ja suuntaus alle 25-vuotiaiden uhrien osuudessa huumekuolemista vuosina 1996–2003



(1) Vuoden 2003 luku on väliaikainen.  
 Huom. Kaavioon on sisällytetty Bulgaria, Tšekki, Viro, Latvia, Liettua, Unkari, Malta ja Slovenia.  
 Indeksi: 1996 = 100. Tapausten määrä maittäin ja vuosittain esitetään vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukossa DRD-2 (osa ii).  
 Indeksien laskennassa on käytetty tietoja, jotka on saatu rajallisesta määrästä maita. Tšekin ja Viron osuus alle 25-vuotiaita uhreja koskevista luvuista on huomattavan suuri.  
 Viro ei ole toimittanut tietoja vuosilta 1996 ja 2003, Unkari vuodelta 2002 ja Tšekki vuosilta 1996–2000. Laskentamenetelmä selitetään julkaisussa EMCDDA (2001).  
 Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2004). Tiedot on saatu kansallisista kuolleisuusrekistereistä tai erikoisrekistereistä (oikeuslääketieteellisistä tai poliisin rekistereistä), ja ne perustuvat kansallisiin määrittelyihin, jotka esitetään vuoden 2005 Tilastotiedotteen taulukossa DRD-6.

keskuudessa. Opiattiinriippuvuuden alhaisesta levinneisyydestä huolimatta sillä on merkittävä vaikutus nuorten aikuisten kuolleisuuteen Euroopassa (Bargagli et al., 2004).

Opiattien käyttäjien kuolleisuuden syitä ovat yliannostusten lisäksi aids ja muut tartuntataudit ja ulkoiset syyt (onnettomuudet, väkivalta, itsemurhat jne.). Yleisin kuolinsyy kohorteissa, joissa hiv-tartuntojen levinneisyys on alhainen, on yliannostus. Aids-kuolemat ovat viime vuosina vähentyneet huomattavasti jopa kohorteissa, joissa hiv-tartuntojen levinneisyys on korkea, mikä johtuu HAART-hoidon saatavuuden paranemisesta vuoden 1995 jälkeen (ks. edellä Eurooppaa koskevat luvut) <sup>(159)</sup>.

Opiattien käyttäjien ikääntyessä kuolleisuus kasvaa, kun yliannostusten ja ulkoisten syiden, kuten itsemurhien ja

väkivallan, aiheuttamiin kuolemiin lisätään ne, jotka johtuvat kroonisista sairauksista (kuten kirroosista, syövästä, hengityselinsairauksista, sydämen sisäkalvon tulehduksesta, aidsista) (Alankomaiden kansallinen raportti).

Lisäksi elinolot ja muut tekijät kuin itse huumeidenkäyttö (asunnottomuus, mielenterveys sairaudet, väkivalta, huono ravitsemus jne.) saattavat vaikuttaa huomattavassa määrin huumeidenkäyttäjien korkeaan kuolleisuuteen. Tutkimukset ovat osoittaneet, että psykiatristen potilaiden kuolleisuus on neljä kertaa korkeampi kuin muun väestön (Korkeila, 2000) ja että myös asunnottomien kuolleisuus on kolme tai neljä kertaa korkeampi kuin muun väestön (Hwang, 2001).

## Huumekuolemien vähentäminen

### Politiikat

EU:n politiikan tavoitteeksi vuosiksi 2000–2004 asetettu huumekuolemien huomattava vähentäminen on saanut melko hyvän vastaanoton jäsenvaltioissa. Kahdeksan EU:n 15 vanhasta jäsenvaltiosta (Saksa, Kreikka, Espanja, Irlanti, Luxemburg, Portugali, Suomi ja Yhdistynyt kuningaskunta) ja neljä uutta EU-maata (Kypros, Latvia, Liettua ja Puola) on sisällyttänyt huumekuolemien vähentämisen tavoitteen kansalliseen strategia-asiakirjaansa <sup>(160)</sup>. Huumekuolemien määrää koskevien luotettavien tietojen puuttuminen useasta uudesta jäsenvaltiosta haittaa kuitenkin asianmukaisen politiikan laatimista.

Uudessa EU:n huumausainestrategiassa (2005–2012) asetetaan etusijalle useiden sellaisten palvelujen saatavuuden parantaminen, joilla voidaan vähentää huumeriippuvuuteen liittyvää sairastuvuutta ja kuolleisuutta, ja huumekuolemien määrä on valittu ensimmäisessä nelivuotisessa toimintasuunnitelmassa (2005–2008) yhdeksi tärkeimmäksi indikaattoriksi, jolla mitataan tämän tavoitteen saavuttamista <sup>(161)</sup>.

### Toimet

Yksi huumekuolemiin voimakkaasti vaikuttava toimi on hoidon ja erityisesti korvaushoidon riittävä tarjonta (WHO, 1998; ACMD, 2000; Brugal et al., 2005). Korvaushoito yleistyi Euroopassa nopeasti 1980-luvulla ja vielä enemmän 1990-luvulla, etenkin niissä EU-maissa, joissa heroinin injektioikäytön levinneisyys on korkea. Nykyään yli puoli miljoonaa heroinin käyttäjää EU:ssa – eli neljäsosasta puoleen arvioidusta heroinin käyttäjien kohderyhmästä – osallistuu korvaushoito-ohjelmaan.

<sup>(159)</sup> "Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs". EMCDDA report CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

<sup>(160)</sup> Ks. taulukko: "Strategies and selected measures to reduce drug-related deaths" (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

<sup>(161)</sup> Ks. EU:n huumausainestrategia (2005–2012) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).



Niissä maissa, joissa yli puolet huumeiden ongelmakäyttäjistä on korvaushoidossa, huumeiden injektioikäyttö ja siihen liittyvä riskikäyttäytyminen sekä siten yliannostuskuolemien määrä todennäköisesti vähenee.

EU:n neuvosto suositteli vuonna 2003 EU:n jäsenvaltioille toimenpiteitä huumeiskuolemien määrän vähentämiseksi<sup>(162)</sup>. Huumeriippuvuuden hoidon tarjoamisen lisäksi näihin toimenpiteisiin sisältyy valistuksen lisääminen ja yliannostuksen riskiä ja sen hallintaa koskevan tiedon levittäminen huumeidenkäyttäjille, heidän ikätovereilleen ja perheilleen sekä ennakoivat strategiat sellaisten henkilöiden tavoittamiseksi, jotka eivät ole yhteydessä palveluihin, kentiesuuren ja helposti saatavien ja houkuttelevien huumeipalvelujen kautta. Komissio arvioi parhaillaan suosituksen täytäntöönpanoastetta ja sen vaikutuksia, ja asiaa koskevan kertomuksen odotetaan valmistuvan vuonna 2006.

Yliannostuksen uhrien väestötieteellisestä profiilista ilmenee, että huumeiden yliannostuskuoleman riski on suurin iäkkäillä heroiinin käyttäjillä, jotka eivät ole hoidossa. Tehokas toimenpide tämän ryhmän tavoittamiseksi on valvottujen piikitystilojen perustaminen<sup>(163)</sup>. Tällaisia tiloja on nykyään Saksassa 15 kaupungissa ja Alankomaissa 15 kaupungissa sekä Madridissa, Barcelonassa ja Bilbaossa (Espanja) sekä Oslossa (Norja).

## Opiaattiriippuvaisten hoito

Opiaattien ongelmakäytön hoitovaihtoehdot voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan: lääkehoito, lääkkeetön hoito ja vieroitushoito (viimeksi mainittua ei tarkastella tässä raportissa). Riippuvuuteen ja vieroitukseen liittyvien näkökohtien käsittely on kuitenkin vain osa opiaattiongelmiin menestyksekkästä hoitoa. Yksilön auttaminen takaisin osaksi yhteiskuntaa sosiaalisen kuntoutuksen kautta, kuten auttamalla työn ja asunnon saannissa, sekä huumeisiin sortumisen ehkäisemiseen tarvittavien sosiaalisten taitojen ja selviytymistaitojen kehittäminen ovat todennäköisesti yhtä tärkeitä myönteisen tuloksen saavuttamiseksi pitkällä aikavälillä. Monissa tutkimuksissa on pantu merkille, että opiaattiongelmaisilla on usein lukuisia hoitokontakteja ja ettei hoitotavoitteita, etenkin huumeista pidättäytymistä, saavuteta aina ensimmäisen hoitokontaktin aikana, mutta ne voidaan saavuttaa toistuvilla hoitotoimilla.

### Lääkehoito

Lääkehoito voi olla korvaushoitoa, jossa käytetään agonisteja (metadonia, buprenorfiinia, dihydrokodeiinia, heroiinia, hitaasti vapautuvaa morfiinia), tai – tosin paljon

harvemmin – hoitoa, jossa käytetään antagonistteja (esim. naltreksonia).

Metadonia on saatavilla lähes kaikissa jäsenvaltioissa (ks. taulukko 3), ja se on yhä eniten määrätty korvaushoitolääke Euroopassa. Hoitovaihtoehdot ovat kuitenkin laajentuneet viime vuosina. Buprenorfiinia on nykyään saatavilla 18:ssa niistä 26 maasta, joista tietoja on toimitettu. Hoito, jossa käytetään muita agonisteja, ja hoito, jossa käytetään antagonistteja (naltreksonia, naloksonia tai klonidiinia) ovat Euroopassa harvinaisempia. Belgiassa tutkitaan parhaillaan heroiinin valvotun määräämisen käyttöönottoa, ja Itävallassa on valmistunut käynnissä olevien kansainvälisten ohjelmien tuloksiin perustuva asiantuntijoiden lausunto kroonisten opiaattiriippuvaisten heroiinihoidosta.

Tuoreimmat luvut osoittavat, että EU:ssa oli vuonna 2003 erikoistuneiden yksiköiden tarjoamassa korvaushoidossa yli 450 000 asiakasta (taulukko 4), joista yli 90 prosenttia sai metadonia. Näiden lisäksi oli asiakkaita, jotka saivat muunlaista korvaushoitoa (kuten sellaista, jossa käytetään dihydrokodeiinia, hitaasti vapautuvaa morfiinia tai heroiinia), ja asiakkaita, jotka saivat korvaushoitoa muussa ympäristössä, kuten yleislääkärin määräämänä. Monet jäsenvaltiot eivät valitettavasti ole toimittaneet luotettavaa tietoa näistä korvaushoidon muodoista, eikä EU:n kattavia kokonaislukuja voida näin ollen laskea.

Joillakin mailla on kuitenkin luotettavaa tietoa tai arvioita niiden asiakkaiden määrästä, jotka saavat korvaushoitoa yleislääkäreiltä, ja näin saadaan tärkeää lisätietoa, jolla voidaan tarkentaa EU:ssa korvaushoitoa saavia asiakkaita koskevia kokonaisarvioita. Metadonihoitoa yleislääkärin kautta saavia asiakkaita oli vuonna 2003 Ranskassa 8 500, Irlannissa 2 682, Luxemburgissa 851 ja Alankomaissa 930. Lisäksi Tšekissä 1 200 ja Ranskassa 70 000 asiakasta sai buprenorfiinihoitoa yleislääkärin kautta. Yhteensä 81 743 asiakkaan arvioidaan saaneen korvaushoitoa yleislääkärin kautta näissä viidessä maassa. Kun otetaan huomioon, että yli 450 000 asiakasta saa korvaushoitoa erikoistuneissa yksiköissä, korvaushoitoa saavien asiakkaiden kokonaismäärä ylittää puolen miljoonan rajan ja on noin 530 000. Tiedot ovat kuitenkin puutteellisia, joten tämä luku – 530 000 – on vähimmäisarvio korvaushoidossa olevien huumeidenkäyttäjien määrästä.

Korvaushoidon saatavuudessa on huomattavia eroja EU:n 15 vanhan jäsenvaltion sekä uusien jäsenvaltioiden ja ehdokasvaltioiden välillä. Uusien jäsenvaltioiden ja ehdokasvaltioiden osuus kokonaisväestöstä on yli 20 prosenttia, mutta niissä asuu vain 1,3 prosenttia

<sup>(162)</sup> <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegalextdetail&id=2603&lang=en&T=2>

<sup>(163)</sup> "European report on drug consumption rooms" (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

Taulukko 3: Lääkehoidossa käytettävät aineet Euroopassa (mukaan lukien kokeet)

Maa	Metadoni	Buprenorfiini	Dihydrokodeiini	Hitaasti vapautuva morfiini	Heroiini	Naltreksoni/ naloksoni	Klonidiini
Belgia	X	X	X			X	X
Tšekki	X	X					
Tanska	X	X					
Saksa	X	X	X		X	X	
Viro	X	X					
Kreikka	X	X				X	
Espanja	X	X			X		
Ranska	X	X		X			
Irlanti	X						
Italia	X	X				X	X
Kypros							
Latvia	X						
Liettua	X	X				X	
Luxemburg	X	X		X			
Unkari	X						
Malta	X		X			X	X
Alankomaat	X	X			X	X	X
Itävalta	X	X	X	X			
Puola	X						
Portugali	X	X				X	X
Slovenia	X						
Suomi	X	X					
Ruotsi	X	X					
Yhdistynyt kuningaskunta	X	X	X		X	X	X
Bulgaria	X			X			
Romania	X						
Norja	X	X					

*Huom.* 25 EU:n jäsenvaltiota, kolme ehdokasvaltiota, Bulgaria, Romania ja Turkki, sekä Norja EMCDDA:n jäsenenä. Tietoja ei ole saatu Slovakian ja Turkin osalta.  
*Lähde:* Vakiomuotoinen taulukko huumeiden saatavuudesta.

korvaushoidossa olevista asiakkaista (lukuun ottamatta Turkkiä, josta ei ole saatavilla mitään tietoa korvaushoidosta). Vain kaksi uutta jäsenvaltiota, Tšekki ja Slovenia, ovat esittäneet arvioita huumeiden ongelmakäytön levinneisyydestä, ja kummassakin näistä maista korvaushoitoa on tarjolla pienemmälle osalle huumeiden ongelmakäyttäjistä (Tšekissä 16 %:lle ja Sloveniassa 26 %:lle) kuin keskimäärin EU:n 15 vanhassa jäsenvaltiossa (35 %). Vaikka huumeiden ongelmakäytön levinneisyydestä ei olekaan saatavilla arvioita muista uusista jäsenvaltioista ja ehdokasvaltioista, korvaushoidon

saatavuus on niissä paljon alhaisempi kuin 15 vanhassa jäsenvaltiossa. Tilanne on huolestuttava, kun otetaan huomioon, että tartuntatautien leviämisen riski on joissakin maissa korkea ja että leviämistä voidaan rajoittaa lääkehoidolla (ks. esim. UNODC, 2002).

Lääkehoidossa on ilmaantunut viime vuosina kaksi suuntausta. Ensimmäinen on korvaushoidon saatavuuden lisääntyminen, joskin se on alkanut heiketä. Toinen on käytettävien aineiden monipuolistuminen. Esimerkiksi niiden maiden määrä, joissa on ilmoitettu käytettävän

**Taulukko 4: Arviot korvaushoidossa olevista asiakkaista Euroopassa vuonna 2003**

Maa	Erikoistuneissa laitoksissa metadonihoidossa olevat asiakkaat	Erikoistuneissa laitoksissa buprenorfiinihoidossa olevat asiakkaat	Erikoistuneissa laitoksissa korvaushoidossa olevat asiakkaat yhteensä
Belgia	1 922	48	1 970
Tšekki	368	204	572
Tanska	4 971	484	5 455
Saksa	65 000	9 000	74 000
Viro	60	13	73
Kreikka	2 018	275	2 293
Espanja	88 678	36	88 714
Ranska	15 000	13 000	28 000
Irlanti (*)	5 561	0	5 561
Italia	79 065	7 113	86 178
Kypros	0	0	0
Latvia	67	0	67
Liettua	332	tes	332
Luxemburg	133	10	143
Unkari	750	0	750
Malta	698	0	698
Alankomaat	12 000	tes	12 000
Itävalta (†)	1 796	1 667	6 413 (‡)
Puola	865	0	865
Portugali	9 765	2 743	12 508
Slovenia	1 909	0	1 909
Suomi	170	430	600
Ruotsi	800	1 300	2 100
Yhdistynyt kuningaskunta	128 000	tes	128 000
Bulgaria	380	0	380
Romania	400	0	400
Norja	1 947	484	2 431
<b>Yhteensä (‡)</b>	<b>422 655</b>	<b>36 807</b>	<b>462 412 (‡)</b>

(†) Luku edustaa tapausten eikä vuoden aikana hoidettujen henkilöiden määrää.

(‡) Itävallassa noin 46 % asiakkaista saa muuta korvaushoitoa kuin metadonia tai buprenorfiinia, ja heidät on sisällytetty kokonaismäärään. Erittely perustuu ensimmäiseen hoitoon.

(‡) Korkeampi yhteenlaskettu kokonaismäärä johtuu siitä, että Itävallassa on arviolta 2 950 korvaushoidossa olevaa asiakasta, jotka saavat muuta ainetta kuin metadonia tai buprenorfiinia (pääasiallisesti hitaasti vapautuvaa morfiinia).

(‡) tes: tietoja ei ole saatavilla. Kokonaismäärää laskettaessa "tes" on määriteltävä nollassi, joten esitetyt luvut ovat vähimmäismääriä.

Huom. Tietoja ei ole saatavilla Slovakian ja Turkin osalta.

Lähde: Vakimuotoinen taulukko huumehoidon saatavuudesta.

buprenorfiinia, kasvoi 14:ään vuonna 2003, kun vuonna 1999/2000 niitä oli vain kuusi.

Kolmas, vähemmän selkeä suuntaus, on yleislääkäreiden lisääntynyt osallistuminen lääkehoidon tarjoamiseen. Vuonna 2000/2001 vain kolme 15 jäsenvaltiosta ilmoitti yleislääkäreiden osallistuvan lääkehoidon tarjoamiseen

(Belgia, Ranska, Yhdistynyt kuningaskunta) (Solberg et al., 2002), mutta nykyään tällaista toimintaa esiintyy 10:ssä EU:n 15 vanhasta jäsenvaltiosta (Belgia, Saksa, Ranska, Irlanti, Italia, Luxemburg, Alankomaat, Itävalta, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta) sekä kolmessa uudessa jäsenvaltiossa (Tšekki, Malta ja Slovenia).



## 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 sitä tarjotaan usein myös ryhmässä.

Lääkehoidon alalla on monissa jäsenvaltioissa keskitetyt kansalliset rekisterit, mutta lääkkeettömän hoidon rekisterit ovat harvinaisia, ja tästä menetelmästä on vain vähän luotettavaa, selkeää määrällistä tietoa. Vaikka lääkkeettömän hoidon ja lääkehoidon välillä on mahdotonta tehdä täsmällisiä vertailuja, jäsenvaltioiden raporteista voidaan todeta, että lääkehoito on opiaattien ongelmakäyttäjien pääasiallinen hoitomuoto useimmissa EU:n jäsenvaltioissa ja EU:n tasolla yleisesti. Joissakin maissa suositetaan kuitenkin lääkkeetöntä hoitoa lääkehoidon sijaan (Viro, Kypros, Liettua, Puola ja Suomi). Useissa maissa, etenkin Kreikassa, Espanjassa ja Norjassa, lääkehoito ja lääkkeetön hoito vaikuttavat olevan jokseenkin yhtä yleisiä.

## Viimeaikainen kehitys laadunvarmistuksen alalla

Useat maat (Saksa, Itävalta ja Portugali) ovat laatineet oppaita huumeiden hoidon alalla työskentelevälle henkilöstölle. Yhdistyneen kuningaskunnan hallituksen huume-strategian puitteissa tehdyssä työssä on tullut esiin, että jonotuslistoja voidaan lyhentää ja entistä useampi huumeiden ongelmakäyttäjä voi saada hoitoa ja pysyä hoidossa, jos budjettiin, organisointiin, seurantaan ja henkilöstöön investoidaan riittävästi. Englannissa huumehoitopalveluihin oli vuosina 2003–2004 yhteydessä 41 prosenttia enemmän huumeiden ongelmakäyttäjiä kuin vuosina 1998–1999, ja jonotusaika on lyhentynyt kaksi kolmasosaa siitä, mikä se oli vuonna 2001. Vuosina 2003–2004 asiakkaista 72 prosenttia oli joko saattanut menestyksekkäästi päätökseen jäsenneen hoidon tai jatkoi vielä hoitoa, kun vuosina 2002–2003 heidän osuutensa oli vain 57 prosenttia (NTA, 2004).

Lääkkeetöntä hoitoa annetaan hyvin erilaisissa ympäristöissä. Joissakin maissa (Saksa, Kreikka, Espanja, Ranska, Kypros, Luxemburg, Alankomaat, Puola, Slovenia, Yhdistynyt kuningaskunta) opiaattien ongelmakäyttäjille tarjotaan lääkkeetöntä hoitoa pääasiallisesti avohoidossa, kun taas pienemmässä ryhmässä maita (Irlanti, Italia, Itävalta) suositetaan laitoshoidon ja joissakin muissa maissa (Ruotsi, Norja) kumpikaan hoitomuoto ei ole selkeästi hallitseva.

## Sosiaalinen kuntoutus

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

Sosiaalinen kuntoutus ei ole huumeiden ongelmakäytön yhteydessä yhtä vakiintunut toimenpide kuin hoito, joten tämänkin alan seurannassa ja raportoinnissa on puutteita. Jotkin maat ovat raportoineet sosiaalisen kuntoutuksen alalla tehdyn työn laadullisesta arvioinnista, mutta yhdessä näistä maista kattavuus ei ole riittävä. Kaikki tietoja toimittaneet maat (Viro, Irlanti, Malta, Alankomaat, Romania, Ruotsi ja Norja) ovat tunnistaneet puutteita sosiaalisen kuntoutuksen palveluissaan ja/tai ohjelmissaan. Ainoana poikkeuksena on Kreikka, jossa on sekä melko laaja valikoima sosiaalisen kuntoutuksen ohjelmia että luotettavaa tietoa niihin osallistuvien asiakkaiden määrästä.

## Takavarikot ja markkinatietoa <sup>(164)</sup>

### Opiaattien tuotanto, salakuljetus ja takavarikot

Afganistanista on tullut selkeästi maailman johtava laittoman oopiumin tuottaja, etenkin kun viljelty kokonaispinta-ala kasvoi jälleen vuonna 2004. Maailmanlaajuisen laittoman oopiumin tuotannon arvellaan vuonna 2004 olleen noin 4 850 tonnia (4 766 tonnia vuonna 2003), josta Afganistan tuotti 87 prosenttia ja Myanmar 8 prosenttia.

Maailmanlaajuinen oopiumin tuotanto on pysynyt vakaana viimeisten viiden vuoden ajan lukuun ottamatta vuotta 2001, jolloin Taliban-hallinnon asettama oopiumiunikon viljelykielto Afganistanissa johti tuotannon jyrkkään mutta lyhytaikaiseen laskuun. Heroiinin maailmanlaajuisen tuotannon arvellaan vuonna 2004 olleen 485 tonnia (477 tonnia vuonna 2003) (CND, 2005).

EU:ssa käytettävä heroini tuotetaan pääasiallisesti (yhä enenevässä määrin) Afganistanissa tai oopiumin salakuljetusreitien varrella, varsinkin Turkissa (UNODC, 2003a; INCB, 2005), ja se saapuu Eurooppaan kahta merkittävästi salakuljetusreittiä pitkin. Historiallisesti tärkeällä Balkanin reitillä on edelleen keskeinen merkitys heroinin salakuljetuksessa. Reitti kulkee Pakistanin, Iranin ja Turkin kautta ja jakautuu sitten eteläiseen haaraan, joka kulkee Kreikan, entisen Jugoslavian tasavallan Makedonian (EJTM), Albanian, osittain Italian, Serbia ja

<sup>(164)</sup> Ks. ”Takavarikkojen ja markkinatietojen tulkinta”, s. 42.

Montenegron sekä Bosnia ja Hertsegovinan kautta, sekä pohjoiseen haaraan, joka kulkee Bulgarian, Romanian, Unkarin ja Itävallan kautta. INCB (2005) raportoi, että Balkanin reitin pohjoisesta haarasta tuli vuonna 2003 heroinin salakuljetuksen tärkein reitti. Heroiinia on 1990-luvun puolivälistä lähtien salakuljetettu Eurooppaan yhä enemmän ns. ”silkkitietä” pitkin Keski-Aasian, Kaspianmeren ja Venäjän, Valko-Venäjän tai Ukrainan kautta (Reitoxin kansalliset raportit, 2004; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Nämä ovat tärkeimmät reitit, mutta Eurooppaan tarkoitettua heroinia takavarikoitiin vuonna 2003 myös useissa eteläisen ja läntisen Afrikan sekä Amerikan maissa (CND, 2005; INCB, 2005).

Tuontiheroinin lisäksi EU:ssa tuotetaan joitakin opiaatteja. Tuotanto rajoittuu pääasiassa suppeaan kotitekoisten unikkotuotteiden (kuten oopiumunikon, murskatuista unikon varsista tai mykeröistä tehdyn unikkotiivisteen) tuotantoon joissakin itäisissä EU-maissa, kuten Virossa, Latviassa ja Liettuassa (Reitoxin kansalliset raportit, 2004). Tällaisten tuotteiden suosio vaikuttaa kasvaneen vuonna 2003 erityisesti Virossa.

Vuonna 2003 suurin osa maailmassa takavarikoidusta heroininista takavarikoitiin edelleen Aasiassa (56 %) ja Euroopassa (34 %). Euroopan osuus on kasvamassa erityisesti Itä- ja Kaakkois-Euroopan maissa tehtyjen heroinitakavarikkojen lisääntymisen johdosta (CND, 2005). EU:ssa heroinitakavarikkojen ja takavarikoidun heroinin määrä on vuodesta 1998 lähtien ollut suurin Yhdistyneessä kuningaskunnassa, takavarikkoja on tehty toiseksi eniten Espanjassa ja takavarikoitu määrä on ollut toiseksi suurin Italiassa <sup>(165)</sup>. Vuonna 2002 Yhdistyneen kuningaskunnan osuus sekä kaikista heroinitakavarikoista että takavarikoidun heroinin kokonaismäärästä EU:ssa oli noin 30 prosenttia.

EU:ssa takavarikoidun heroinin määrä <sup>(166)</sup> on yleisesti ottaen kasvanut viimeisten viiden vuoden ajan – vuosina 2000–2002 tapahtunutta tasaantumista lukuun ottamatta –, kun taas takavarikkojen lukumäärä on yleisesti ottaen

vähentynyt samana ajanjaksona. Niiden maiden suuntausten perusteella, joista saatiin tietoja, sekä heroinitakavarikkojen lukumäärä että takavarikoidun heroinin kokonaismäärä näyttää laskeneen EU:ssa vuonna 2003 <sup>(167)</sup>.

Virossa takavarikoitiin jälleen vuonna 2003 fentanyyliä ja metyylifentanyyliä – jopa sata kertaa heroinia vahvempia synteettisiä opiaatteja. Latvia ilmoitti vuonna 2003 ensimmäisestä 3-metyylifentanyylin takavarikosta, ja Itävalta ilmoitti tammikuussa 2004 ensimmäisestä fentanyylin takavarikosta. Viron markkinoilla liikkuvan heroinin heikkoa laatua on vuodesta 2002 lähtien kompensoitu näillä kahdella synteettisellä opiaatilla, joista käytetään nimiä ”valkoinen kiinalainen”, ”valkoinen persialainen” tai ”synteettinen heroini” (Reitoxin kansalliset raportit, 2004).

EMCDDA ei kerää järjestelmällisesti tietoa bentsodiatsepiinien – joita käytetään heroinin korvikkeena – takavarikoista, mutta Espanja, Liettua, Ruotsi ja Norja ilmoittivat takavarikoineensa niitä (etenkin Rohypnolia) vuonna 2003.

### Heroinin hinta ja puhtaus

Euroopassa on kahdenlaista heroinia: yleisesti saatavilla olevaa ruskeaa heroinia (emäksisessä muodossa) ja harvinaisempaa, kalliimpaa valkoista heroinia (suolan muodossa), joka on yleensä peräisin Kaakkois-Aasiasta. Vuonna 2003 ruskean heroinin keskihinta katukaupassa vaihteli EU:ssa Belgian 27 eurosta Ruotsin 144 euroon grammalta, kun taas valkoisen heroinin hinta vaihteli 25 eurosta (Slovakia) 216 euroon (Ruotsi) <sup>(168)</sup>. Hintaero liittyy todennäköisesti myytävän huumeen puhtauteen.

Vuonna 2003 ruskean heroinin keskimääräinen puhtausaste EU:n katukaupassa vaihteli Itävallan 6 prosentista Maltan 40 prosenttiin. Vain muutama maa toimitti tietoja valkoisen heroinin puhtausasteesta <sup>(169)</sup>, ja näissä maissa se vaihteli keskimäärin Suomen 6 prosentista Norjan 70 prosenttiin <sup>(170)</sup>.

<sup>(165)</sup> Tämä on tarkistettava sitten, kun puuttuvat vuoden 2003 tiedot saadaan. Tiedot heroinitakavarikkojen määrästä vuonna 2003 puuttuivat Italian, Kyproksen, Alankomaiden ja Romanian osalta; tiedot sekä heroinitakavarikkojen määrästä että takavarikoidun heroinin määrästä vuonna 2003 puuttuivat Irlannin ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.

<sup>(166)</sup> Ks. taulukko SZR-4 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(167)</sup> Ks. taulukko SZR-3 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(168)</sup> Ks. taulukko PPP-2 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(169)</sup> Ks. taulukko PPP-6 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(170)</sup> Norjan otos oli pieni (n = 8).

**Buprenorfiini: hoito-, väärinkäyttö- ja määräyskäytännöt, EMCDDA:n vuoden 2005 vuosiraportti: erityiskysymykset**

Viimeisten 10 vuoden aikana buprenorfiini on yleistynyt Euroopassa vaihtoehtona metadonille opiaattiriippuvuuden hoidossa. Alun perin kipulääkkeeksi kehitettyä buprenorfiinia ehdotettiin käytettäväksi opiaattiriippuvuuden hoidossa ensimmäisen kerran 1970-luvun lopulla. Erityiskysymyksessä kuvaillaan, miten buprenorfiinia alettiin käyttää EU:n 15 vanhassa jäsenvaltiossa opiaattiriippuvuuden hoidossa ja miten sen käyttö levisi näissä maissa ja uusiin jäsenvaltioihin.

Erityiskysymyksessä vertaillaan buprenorfiinin ja metadonin tehokkuutta ja kustannuksia. Siinä myös kuvaillaan buprenorfiinihoidon tarjontaa Euroopassa ja vertaillaan jäsenvaltioita, joissa opiaattiriippuvuutta hoidetaan ensisijaisesti buprenorfiinilla, ja jäsenvaltioita, joissa lääkeshoidossa käytetään pääasiallisesti metadonia. Vertailun tuloksista ilmenee muun muassa, että noin 20 prosenttia EU:n nykyisistä lääkeshoidossa olevista asiakkaista saa buprenorfiinia, joskin suurin osa näistä asiakkaista keskittyy yhteen maahan (Ranska). Buprenorfiinin käyttö on yleisesti ottaen levinnyt useisiin

maihiin, mutta useimmissa jäsenvaltioissa asiakkaita on edelleen vähän.

Buprenorfiinia tarkastellaan mahdollisen väärinkäytön näkökulmasta. Ensimmäinen havainto on, että buprenorfiinin väärinkäyttö on yleistä vain muutamassa maassa ja muualla se on harvinaista. Buprenorfiinin väärinkäytön painottumisesta tiettyihin väestöryhmiin tai ikäryhmiin on jonkin verran näyttöä, ja erityisiä buprenorfiinin väärinkäyttäjryhmiä on pyritty tunnistamaan. Buprenorfiinin väärinkäytöstä aiheutuvat kuolemat ovat harvinaisia, mutta tieteellisessä kirjallisuudessa ja joidenkin Euroopan maiden raporteissa on mainittu muutama tapaus. Erityiskysymyksessä verrataan buprenorfiinin ja metadonin väärinkäytöstä aiheutuneita kuolemantapauksia.

Erityiskysymyksessä tehdään johtopäätöksiä buprenorfiinin ja metadonin hyödyistä opiaattiriippuvuuden hoidossa. Buprenorfiinin katsotaan tarjoavan mahdollisuus parantaa ja helpottaa lääkeshoidon saatavuutta.

Tämä erityiskysymys on saatavilla painetussa muodossa ja Internetin kautta ainoastaan englanniksi: "Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices", julkaisussa *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*. (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



## Luku 7

# Rikollisuuteen ja vankiloihin liittyvät kysymykset

### Huumeisiin liittyvä rikollisuus

Huumeisiin liittyvällä rikollisuudella tarkoitetaan huumeiden vaikutuksen alaisuudessa tehtyjä rikoksia, huumeidenkäytön rahoittamiseksi tehtyjä rikoksia, laittomien huumemarkkinoiden toiminnan yhteydessä tehtyjä rikoksia ja huumelainsäädännön vastaisia rikoksia. Rutiininomaisesti kerättyjä tietoja on EU:ssa saatavilla vain viimeksi mainitusta rikoksen lajista eli huumelainsäädännön rikkomisista.

”Ilmoitukset”<sup>(171)</sup> huumerikoksista heijastelivat eroja kansallisissa lainsäädännöissä, tavoissa, joilla lakeja sovelletaan ja pannaan täytäntöön, sekä rikosoikeusviranomaisten painopisteissä ja voimavaroissa erilaisten rikosten alalla. 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 välinen vertailu on varsin hankalaa.

Vuosina 1998–2003 huumerikoksista tehdyt ”ilmoitukset” lisääntyivät useimmissa EU-maissa. Nousu oli erittäin huomattavaa (vähintään kaksinkertaista) Virossa ja Puolassa. Huumerikoksista tehdyt ”ilmoitukset” vähenivät kuitenkin vuonna 2003 Belgiassa, Espanjassa, Italiassa (vuodesta 2001 lähtien), Unkarissa, Maltalla, Itävallassa ja Sloveniassa (vuodesta 2002 lähtien)<sup>(172)</sup>.

Useimmissa EU:n jäsenvaltioissa suurin osa tilastoiduista huumerikoksista liittyi edelleen huumeiden käyttöön tai hallussapitoon käyttöä varten<sup>(173)</sup>. Näiden osuus kaikista huumerikoksista vaihteli Puolan 39 prosentista Itävallan ja Yhdistyneen kuningaskunnan 87 prosenttiin. Tšekissä 91 prosenttia ja Luxemburgissa 46 prosenttia tilastoiduista huumerikoksista liittyi kauppaan tai salakuljetukseen, kun taas Italiassa ja Espanjassa – missä huumeiden käyttö ja

#### Tietoa huumeidenkäytöstä ja rikollisuudesta

Tšekissä vuonna 2004 tehdyssä tutkimuksessa alueellisissa esikunnissa työskentelevät poliisiviranomaiset arvioivat, että noin 40 prosenttia tavallisista varkauksista ja noin 30 prosenttia murroista tehtiin huumeiden oston rahoittamiseksi. Kirjatuista rikoksista tässä samassa maassa rutiininomaisesti kerättyistä tiedoista ilmenee, että vuonna 2003 0,7 prosenttia kaikista rikoksista oli tehty huumeiden tai psykotrooppisten aineiden (paitsi alkoholin) vaikutuksen alaisena (Tšekin kansallinen raportti).

Suomessa laittomien huumeiden vaikutuksen alaisena tehtyjien henkirikosten ja pahoinpitelyjen osuus oli vuosina 2000–2003 huomattavasti alhaisempi kuin niiden, jotka tehtiin alkoholin vaikutuksen alaisena (henkirikosten osalta 6 % verrattuna 64 %:iin ja pahoinpitelyjen osalta 2 % verrattuna 71 %:iin) (Lehti ja Kivivuori; mainittu Suomen kansallisessa raportissa). Vaikka huumeilla onkin viimeisten 10 vuoden aikana ollut yhä useammin osuutta murroissa, alkoholilla osuutta on edelleen useammin (43 %:iin murroista liittyi alkoholia ja 9 %:iin liittyi huumeita).

Saksassa ”taloudellisista syistä tehdyt rikokset” – huumeiden tai niiden korvikkeiden hankkimiseksi tehdyt rikokset – vähenivät vuonna 2003 2 568 tapaukseen, joista yli 70 prosenttia liittyi lääkemääräysten väärännöksiin tai määräyslomakkeiden varkauksiin (BKA, 2004).

Latviassa sisäministeriön rutiininomaisesti keräämistä tiedoista ilmenee, että 2,8 prosenttia kaikista vuonna 2003 havaituista rikoksista (3,1 % vuonna 2002) oli tehty huumeiden vaikutuksen alaisena (Latvian kansallinen raportti).

hallussapito käyttöä varten eivät ole rikoksia – kaikki huumerikokset liittyvät kauppaan tai salakuljetukseen. Portugalissa<sup>(174)</sup> ja Norjassa<sup>(175)</sup> 59 prosenttia rikoksista liittyi huumeiden käyttöön ja niiden salakuljetukseen.

Portugalia lukuun ottamatta kaikissa maissa, joista saatiin tietoa, huumeiden käyttöön tai hallussapitoon käyttöä

<sup>(171)</sup> Termi ”ilmoitukset” on lainausmerkeissä, koska sillä kuvataan eri asioita eri maissa (poliisiraportit huumerikoksista epäillyistä, syytteet huumerikoksista jne.). Tarkat määritelmät maittain, ks. huumerikoksista tehtyjien ”ilmoitusten” määritelmien menetelmiä koskevat huomautukset vuoden 2005 Tilastotiedotteessa. (Huom. Vuosiraporteissa käytettiin termiä ”pidätykset” vuoteen 2001 saakka.).

<sup>(172)</sup> Ks. taulukko DLO-1 (osa i) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa. Huumerikoksista tehtyjä ”ilmoituksia” koskevat tiedot vuodelta 2003 puuttuvat Tanskan, Saksan, Irlannin, Latvian, Slovakian ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta.

<sup>(173)</sup> Ks. taulukko DLO-2 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(174)</sup> Portugalissa loput huumerikokset liittyivät huumeiden kauppaan/salakuljetukseen, sillä huumeiden käytöltä ja hallussapidolta käyttöä varten poistettiin rangaistavuus heinäkuussa 2001.

<sup>(175)</sup> Norjassa ei eroteta toisistaan ”huumeiden kauppa/salakuljetusta” ja ”huumeiden käyttöä / kauppa ja salakuljetusta”. Loput huumerikokset liittyvät yksistään ”huumeiden käyttöön”.

varten liittyvien rikosten osuus kaikista huumerikoksista nousi vuosina 1998–2003 <sup>(176)</sup>. Nousu oli yleensä hidasta, mutta selviä noususuuntauksia havaittiin Belgiassa, Luxemburgissa ja Sloveniassa sekä vuoteen 2001 asti Irlannissa. Portugalissa käyttörikosten osuus alkoi laskea vuonna 2000, vuotta ennen kuin huumeiden käytöltä ja hallussapidolta käyttöä varten poistettiin rangaistavuus heinäkuussa 2001 <sup>(177)</sup>. Vuonna 2003 laskua tapahtui Tšekissä, Luxemburgissa, Itävallassa ja Sloveniassa.

Vuonna 2003 kannabis oli useimmissa jäsenvaltioissa edelleen huumerikoksiin yleisimmin liittynyt huume <sup>(178)</sup>. Näissä maissa kannabikseen liittyvien rikosten osuus kaikista huumerikoksista vaihteli 39 prosentista (Italia) 87 prosenttiin (Ranska). Alankomaissa oli eniten ”koviin huumeisiin” <sup>(179)</sup> liittyneitä rikoksia (58 %), kun taas Tšekissä suurin osa huumerikoksista liittyi amfetamiineihin (48 %). Tiettyyn huumeeseen liittyvien huumerikosten suhteelliseen osuuteen vaikuttaa joukko tekijöitä, mukaan luettuina lainvalvontaviranomaisten operatiiviset prioriteetit sekä suorat tai epäsuorat strategiset päätökset erityyppisten huumerikosten torjumisesta.

Kannabikseen liittyvien huumerikosten <sup>(180)</sup> osuus on noussut vuodesta 1998 Saksassa, Espanjassa, Irlannissa, Liettuassa, Luxemburgissa, Maltalla ja Portugalissa, se on pysynyt ennallaan Belgiassa, Tšekissä, Alankomaissa, Sloveniassa, Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, ja se on laskenut Italiassa ja Itävallassa <sup>(181)</sup>.

Samana ajanjaksona heroiniin liittyvien rikosten osuus laski kaikissa EU-maissa, joista saatiin tietoja, paitsi Itävallassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joissa osuus nousi <sup>(182)</sup>. Kokaiiniin liittyvien rikosten osuus kaikista huumerikoksista on sitä vastoin noussut vuodesta 1998 kaikissa tietoja toimittaneissa maissa, paitsi Saksassa, joka ilmoitti laskevasta suuntauksesta <sup>(183)</sup>.

## Huumeidenkäyttäjät ja vankila

### Huumeidenkäyttäjät vankilassa

Rutiininomaisesti kerätyt kansalliset tiedot vankien huumeidenkäytöstä ja huumeiden käyttötavoista ovat vähäisiä ja hajanasia. Suuri osa EU:ssa saatavilla olevista

tiedoista on saatu yksittäisistä tutkimuksista, joissa otosten koot vaihtelevat ja joiden tuloksia (ja suuntauksia) on hyvin vaikea yleistää.

Huumeidenkäyttäjät ovat muuhun väestöön nähden yliedustettuina vankiloissa. Useimpien EU:ssa tehtyjen tutkimusten mukaan yli 50 prosenttia vangeista on käyttänyt huumeita ainakin kerran, mutta luku vaihtelee 22:sta 86 prosenttiin vankiloiden, säilöönottokeskusten ja maiden välillä <sup>(184)</sup>. EU:n vangeista 8–73 prosenttia on käyttänyt huumeita säännöllisesti tai ollut riippuvaisia huumeista ennen vankilaan joutumista <sup>(185)</sup>.

Suurin osa huumeidenkäyttäjistä vähentää huumeidenkäyttöä tai lopettaa sen vankilaan jouduttuaan. Jotkut vangit kuitenkin jatkavat huumeidenkäyttöä, ja toiset taas aloittavat käytön (ja/tai injektioikäytön) vasta vankilassa. Saatavilla olevien tutkimustietojen mukaan 8–60 prosenttia vangeista ilmoittaa käyttäneensä huumeita vankilassa, ja 10–42 prosenttia ilmoittaa käyttävänsä huumeita säännöllisesti <sup>(186)</sup>.

Yleensä 15–50 prosenttia vangeista on käyttänyt huumeita suonensisäisesti ainakin kerran. Tutkimuksissa luku kuitenkin vaihtelee vain 1 prosentista peräti 69 prosenttiin. Saatavilla olevien vertailukelpoisten tietojen (Itävalta 1999, Englanti ja Wales 1997–1998) mukaan injektioikäyttö on nuorilla rikoksentekeijöillä harvinaisempaa kuin aikuisilla ja vangeista naisilla yleisempää kuin miehillä <sup>(187)</sup>. Bird ja Rotily (2002) ovat todenneet usean EU:ssa tehdyn tutkimuksen perusteella, että noin kolmasosa aikuisista miesvangeista käyttää huumeita suonensisäisesti. Reitoxin seurantakeskusten tietojen mukaan 0,2–34 prosenttia vangeista <sup>(188)</sup> on käyttänyt huumeita suonensisäisesti vankeusaikana. Tämä herättää kysymyksen steriilien injektiovälineiden saatavuudesta ja hygieenisestä yhteiskäytöstä vankiloissa sekä tartuntatautien mahdollisesta leviämisestä.

### Vankiloissa olevien huumeidenkäyttäjien auttaminen ja hoito

Kaikissa jäsenvaltioissa ja ehdokasvaltioissa on jonkinlainen järjestelmä, jolla varmistetaan, että

<sup>(176)</sup> Ks. taulukko DLO-4 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(177)</sup> Laki, joka dekriminialisoi huumeiden käytön ja hallussapidon käyttöä varten, hyväksyttiin marraskuussa 2000 ja tuli voimaan heinäkuussa 2001.

<sup>(178)</sup> Ks. taulukko DLO-3 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(179)</sup> Alankomaissa ”koviksi huumeiksi” määritellään huumeet, jotka aiheuttavat kohtuuttomia kansanterveydellisiä riskejä, kuten heroini, kokaiini, ekstaasi ja LSD.

<sup>(180)</sup> Seuraavat maat erittelivät tiedot huumerikoksittain tai huumeittain ajallisesti: Belgia, Tšekki, Saksa, Espanja, Ranska, Irlanti, Italia, Liettua, Luxemburg, Unkari, Malta, Alankomaat (vain ”pehmeät huumeet” / kannabis ja ”kovat huumeet”), Itävalta, Portugali, Slovenia, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta.

<sup>(181)</sup> Ks. taulukko DLO-5 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(182)</sup> Ks. taulukko DLO-6 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(183)</sup> Ks. taulukko DLO-7 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(184)</sup> Ks. taulukko DUP-1 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(185)</sup> Ks. taulukko DUP-5 (liite) vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(186)</sup> Ks. taulukko DUP-3 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(187)</sup> Ks. taulukko DUP-2 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

<sup>(188)</sup> Ks. taulukko DUP-4 vuoden 2005 Tilastotiedotteessa.

vankiloissa olevat huumeidenkäyttäjät saavat apua, mutta palvelujen laajuus ja saatavuus vaihtelee huomattavasti. Merkittävä suuntaus on kasvava tietoisuus siitä, että vangeilla on samanlainen oikeus terveydenhuoltoon kuin muulla väestöllä, huumeidenkäyttäjille tarjottava apu ja hoito mukaan luettuina (WHO:n Euroopan aluetuomio, 2002; Irlannin, Liettuan ja Suomen kansalliset raportit). Vangeille kuuluviin palveluihin sisältyvät ehkäisevä huumeidenkäyttö, mukaan luettuina lääketeettömän hoidon ohjelmat, vieroitushoito, metadonilla ja muilla aineilla annettava hoito, neuvonta ja valistus.

Maat ovat kuitenkin ilmoittaneet monenlaisista ongelmista asianmukaisen avun tarjoamisessa. Esimerkiksi Virossa palvelujen saatavuus on epävarmaa, Latviassa huumeidenkäyttäjille ei ole erityisiä palveluja, Puolassa on pitkät jonotuslistat hoitoon, Ruotsissa vankilat ovat liian täysiä ja henkilöstöä on liian vähän, ja Romaniassa asianmukainen lainsäädäntö puuttuu. Kyproksella ei ole yhdenmukaista tukiohjelmaa vankiloissa oleville huumeidenkäyttäjille, mutta joitakin ehkäisytöitä on toteutettu.

Valistus- ja koulutustoiminta ovat osa yleistä ehkäisystrategiaa. Useimmissa EU-maissa ja ehdokasvaltioissa valistusta ja koulutusta on annettu sekä vankiloissa oleville huumeidenkäyttäjille että vankiloiden henkilöstölle. Tällaisesta toiminnasta ovat ilmoittaneet muun muassa Viro, Espanja, Kypros, Unkari, Romania ja Slovenia (Reitoxin kansalliset raportit).

Toinen ehkäisevä toiminta on huumeettomien osastojen perustaminen vankiloihin. Niihin hakeutuminen on vapaaehtoista, ja huumeita käyttävien vankien on yleensä allekirjoitettava ilmoitus, jossa he hyväksyvät tietyt ehdot, kuten säännölliset virtsatestit. Huumeettomia osastoja on kaikissa EU:n 15 vanhassa jäsenvaltiossa, ja niitä on perustettu useimpiin "uusiin" jäsenvaltioihin. Yhden itävaltalaisen vankilan huumeettoman osaston arvioinnissa ilmeni, että huumeettomilta osastolta vapautetuista vangeista tuomittiin uudelleen huomattavasti pienempi osuus kuin vankilan tavallisilta osastoilta vapautetuista vangeista (35 % verrattuna 62 %:iin).

Yleisin hoitomuoto vankiloissa on lääketeettön hoito, jota on kaikissa jäsenvaltioissa (paitsi Kyproksella ja Latviassa), joskin sen saatavuus vaihtelee. Yhteisössä toimivat hoitokeskukset tarjoavat tukea ja hoitoa sekä jälkihoitoa monissa maissa, kuten Belgiassa, Tšekissä, Kreikassa, Luxemburgissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Useimmissa maissa ylläpitohoidon saatavuus ei ole vankiloissa sama kuin vankiloiden ulkopuolella. Ylläpitohoitoa on laajamittaisesti saatavilla vain Espanjassa, jossa sitä saa 18 prosenttia kaikista vangeista tai 82 prosenttia vankiloissa olevista huumeiden ongelmakäyttäjistä. Ylläpitohoitoa on laajalti saatavissa myös Luxemburgissa. Lääkehoidon saatavuuden huomattavasta lisääntymisestä ovat ilmoittaneet muun muassa Ranska, jossa käytetään pääasiassa buprenorfiinia, ja Irlanti (Reitoxin kansalliset raportit). Alankomaissa lääketeettöä tarjotaan vain lyhytaikaisille vangeille, jotka ovat käyttäneet metadonia ennen joutumistaan vankilaan, kun taas Puolassa on aloitettu ensimmäinen metadonihoito-ohjelma 14 asiakkaalle tutkintavankilassa.

### **Viimeaikainen kehitys tartuntatautien leviämisen ehkäisemisessä vankiloissa**

Virossa edistettiin vuonna 2003 hiv:n leviämisen ehkäisemisen alalla. Hiv-testien määrä kasvoi 2,6-kertaisesti vuoteen 2002 verrattuna, mutta positiivisten testitulosten määrä kasvoi vain vähän. Myös testiä edeltävät ja seuraavat neuvontapalvelut kehittyivät niin määrällisesti kuin laadullisestikin. Romaniassa kehitettiin yhteistyössä joidenkin kansainvälisten kansalaisjärjestöjen kanssa ohjelmia, joilla pyritään ehkäisemään hiv:n/aidsin leviämistä vankiloissa ja vankien keskuudessa.

Espanja on ainoa maa, jossa toteutetaan järjestelmällisesti neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmia vankiloissa. Näiden ohjelmien puitteissa jaettiin vuonna 2003 yhteensä 18 260 ruiskua. Muissa jäsenvaltioissa ja ehdokasvaltioissa ei ole suunniteltu samankaltaisten ohjelmien täytäntöönpanoa.



**Vankilan vaihtoehdot: kohderyhmänä rikoksia tekevät huumeiden ongelmakäyttäjät EU:ssa, EMCDDA:n vuoden 2005 vuosiraportti: erityiskysymykset**

Vankila on erityisen haitallinen ympäristö huumeiden ongelmakäyttäjille, ja heidän ohjaamisestaan hoitoon vankilan sijasta vallitsee periaatteen tasolla laaja poliittinen yksimielisyys. Vankilan mahdollisiin vaihtoehtoihin huumeita käyttäville rikoksenteikijöille kuuluu laaja valikoima seuraamuksia, joilla voidaan lykätä, välttää, korvata tai täydentää sellaisille huumeidenkäyttäjille määrättyjä vankilatuomioita, joiden tekemästä rikoksesta määrätään kansallisessa laissa tavallisesti vankeutta. Erityiskysymyksessä keskitytään toimenpiteisiin, joihin liittyy huumehoitoa.

YK:n ja EU:n sopimuksissa, strategioissa ja toimintasuunnitelmissa on 1960-luvulta lähtien toistettu ja vahvistettu periaatetta, jonka mukaan huumerikosten tuomioiden tai rangaistusten vaihtoehtona tarjotaan hoitoa, koulutusta ja kuntoutusta. Tämä on otettu huomioon EU:n jäsenvaltioiden kansallisissa lainsäädännöissä, ja rikosoikeusjärjestelmiä ja terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelujärjestelmiä on muokattu sen mukaisesti. Nuoret huumeidenkäyttäjät ovat erityisen alttiita ajautumaan huumeiden ja rikosten noidankehään, ja nuorten rikoksenteikijöiden vangitsemista pyritään määrätietoisesti välttämään.

Vankeuden vaihtoehtojen täytäntöönpanossa on kuitenkin joitakin vaikeuksia, jotka johtuvat hallintojärjestelmien ja niiden perusperiaatteiden erilaisuudesta. Oikeusjärjestelmän ja terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelujärjestelmän välistä kuilua on pyritty

kaventamaan poliisin, tuomioistuimien ja vankiloiden sekä huumehoitopalvelujen välisillä koordinoitirakenteilla ja -aloitteilla. Paikallisen tason epäviralliset yhteistyömekanismit ovat usein toimineet vakiintuneiden käytäntöjen edelläkävijöinä.

Vankilan vaihtoehtojen käyttö on viime vuosikymmeninä lisääntynyt EU:n 15 vanhassa jäsenvaltiossa, ja se on viime aikoina jopa vakiintunut joissakin niistä, kun taas "uusissa" jäsenvaltioissa vaihtoehtoja koskevan lainsäädännön vahvistaminen ja vaihtoehtojen käyttöönotto ovat alkaneet myöhemmin. Rikoksia tekevien huumeiden ongelmakäyttäjien hoidosta vastaa yleensä yleinen hoitojärjestelmä. Useimmissa maissa hoitoa tarjotaan yleensä laitoksissa, mutta myös avohoito-ohjelmiin osallistuminen on mahdollista.

Euroopassa on tehty vain vähän arviointitutkimuksia hoidosta vankilan vaihtoehtona, eivätkä nekään ole olleet täysin vakuuttavia. Muun hoidosta tehdyn tutkimuksen tulosten perusteella hoidossa pysyminen on kuitenkin tärkeä edellytys onnistumiselle, ja keskeytykset ovat yksi vankilan vaihtoehtojen suurimmista ongelmista. Saatavilla oleva näyttö viittaa siihen, että hoidon onnistumisen kannalta tärkeää on tarjotun hoidon laatu eikä reitti, jota asiakas on tullut hoitoon. Hoito vankilan vaihtoehtona vaikuttaisi toimivan parhaiten silloin, kun huumeriippuvaiset ovat motivoituneita hoitoon ja kun hoitolaitokset noudattavat hyvää hoitotapaa ja niissä on riittävästi pätevää henkilöstöä.

Tämä erityiskysymys on saatavilla painetussa muodossa ja Internetin kautta ainoastaan englanniksi: "Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU", julkaisussa *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*. (<http://issues05.emcdda.eu.int>).







## Lähteet

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, Lontoo.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, Lontoo.
- Ashton, M. (2003), "The American STAR comes to England", *Drug and Alcohol Findings* vol. 8, s. 21–26.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto, Luxemburg ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/tobacco\\_exs\\_fi.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_exs_fi.pdf)).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A. M. et al. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6th Europad Conference, Pariisi.
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- 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).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. ja Aavitsland, P. (2005), "Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities", *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), "Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors", *Addictive Behaviours* vol. 25, s. 887–897.
- Bovenkerk, F. ja Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005), "Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Spain", *Addiction*, painossa.
- Butler, G. K. L. ja Montgomery, A. M. J. (2004), "Impulsivity, risk taking and recreational 'ecstasy' (MDMA) use", *Drug and Alcohol Dependence* vol 76, s. 55–62.
- Butters, J. E. (2004), "The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education", *Drugs: Education, Prevention and Policy* vol. 11, s. 381–390.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., et al. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca ([www.irefrea.org](http://www.irefrea.org)).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. ja Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Lontoo.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Huuhausainetoimikunta, Yhdistyneiden Kansakuntien talous- ja sosiaalineuvosto, Wien.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Huuhausainetoimikunta, Yhdistyneiden Kansakuntien talous- ja sosiaalineuvosto, Wien.
- Cuijpers, P., et al. (2002), "The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project", *Addiction* vol. 97, s. 67–73.
- Cunningham, J. A. (2001), "Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study", *Journal of Studies on Alcohol* vol. 62, s. 228–233.
- De Wit, A. ja Bos, J. (2004) "Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature", *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, Euroopan huuhausainetoimikunta ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon, s. 329–343.
- Drug Misuse Research Division (2004), "Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002", *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- EMCDDA (2001), "Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths", project CT.99.RTX.04, koordinoijana Trimbos Instituut, Euroopan huuhausainetoimikunta ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2003), "National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000", CT.00.RTX.23, koordinoijana Institut für Therapieforschung, München, Euroopan huuhausainetoimikunta ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- EMCDDA (2004a), *Vuosiraportti 2004: Huuhausainetoimikunta Euroopan unionissa ja Norjassa*, Euroopan huuhausainetoimikunta ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2004b), "Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options", *EMCDDA Monographs 7*, Euroopan huuhausainetoimikunta ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).
- EMCDDA (2004c), *Teemana huumeet nro 13. Huumeiden yliannostus – merkittävä vältettävissä oleva nuorten kuolinsyy*, Euroopan huuhausainetoimikunta ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- Eurobarometer (2004), "Young people and drugs", *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Lehdistö- ja viestintäpääosasto, Euroopan komissio, Bryssel.
- EuroHIV (Euroopan aidsin epidemiologinen seurantakeskus) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, No. 70*, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto, Luxemburg, s. 58.

- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., et al. (2004), "Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions", *BMJ* 328, s. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Wien.
- Ghuran, A. ja Nolan, J. (2000), "Recreational drug misuse: issues for the cardiologist", *Heart* vol. 83, s. 627–633.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. ja Ali, R. (2005), "Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection" (review), *The Cochrane Library*, 2005, painos 2 ([www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)).
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, Lontoo ([http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs\\_and\\_alcohol/docs/coc\\_strategy\\_evidence.pdf](http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf)).
- Haasen, C. (2003), puhe EMCDDA:n konferenssissa "Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000–2004", marraskuu 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, Maailman terveysjärjestö, Geneve.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) ja Euroopan neuvosto, Pampidou-ryhmä.
- Hwang, S. (2001), "Mental illness and mortality among homeless people", *Acta Psychiatrica Scandinavica* vol 103, s. 81–82.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, Yhdistyneiden Kansakuntien kansainvälinen huumeainetoimikunta, New York.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES, Helsinki.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. ja Whiteside, H. O. (2003), "Family-based interventions for substance use and misuse prevention", *Substance Use and Misuse* vol. 38, s. 1759–1787.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung "Qualität schulischer Suchtprävention" am 20.04.04 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C. ja Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., et al. (2005), "Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences", *Epidemiology and Infection* vol. 133, s. 127–136.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., et al. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Mallorca ([www.irefrea.org](http://www.irefrea.org)).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L. ja De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaine hulpvraag in de ambulante verslavingszorg 1994–2000*, IVZ, Houten.
- Morrall, A. R., McCaffrey, D. F. ja Paddock, S. M. (2002), "Reassessing the marijuana gateway effect", *Addiction* vol. 97, s. 1493–1504.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), "New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers", lehdistöiedote 13. kesäkuuta 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), "54 per cent more drug misusers get treatment in England", lehdistöiedote 30. syyskuuta 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouwehand, A., Van Alem, V., Mol, A. ja Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. ja Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, Trimbos Instituut, Utrecht.
- Prinzleve M., Haasen C., Zurhold H., et al. (2004), "Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups", *European Addiction Research* vol. 10, s. 147–155.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. ja Baer, J. (2000), "Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education", *Journal of Drug Education* vol. 30, s. 399–421.
- Reitoxin kansalliset raportit (2004) (<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.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. ja Van Laar, M. (2004), "Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004", Trimbos Instituut/National Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G. ja Nilson, M. (2002), "An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway", *International Journal of Drug Policy* vol. 13, s. 477–484.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. ja Fiellin, D. A. (2005), "Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users", *Addiction* vol. 100, s. 150–158.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., et al. (2004), "The motivation, skills and decision-making model of 'drug abuse' prevention", *Substance Use and Misuse* vol. 39, s. 1971–2016.
- Taylor, B. J. (2000), "Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial", *Prevention Science* vol. 1, s. 183–197.
- Terweij, M. ja Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.
- UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, Yhdistyneiden Kansakuntien huume- ja rikosjärjestö, Wien.
- 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.
- WHO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Maailman terveysjärjestö, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneve.
- WHO (2004), "Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users", *Evidence for action technical papers*, WHO, Geneve.
- WHO (2005), "Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users", *Evidence for action technical papers*, lopullinen versio, maaliskuu 2005, WHO, Geneve.
- WHO:n Euroopan aluetuomisto (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, WHO:n Euroopan aluetuomisto, Geneve.

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus

**Vuosiraportti 2005: Huumeongelma Euroopassa**

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto  
2005 – 90 s. – 21 x 29,7 cm  
ISBN 92-9168-232-2



## **MYYNTI JA TILAUKSET**

Julkaisutoimiston toimittamat maksulliset julkaisut ovat saatavissa myyntiedustajiltamme kautta maailman. Osoittakaa tilauksenne yhdelle myyntiedustajista, joista löydätte luettelon.

- joko julkaisutoimiston Internet-sivustosta osoitteesta <http://publications.eu.int/>
- tai pyytämällä sitä faksitse numerosta (352) 29 29-42758.

## EMCDDA:sta

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) on yksi Euroopan unionin erillisvirastoista. Lissabonissa sijaitseva keskus perustettiin vuonna 1993, ja se on Euroopassa huumausaineiden ja niiden väärinkäyttöä koskevien monipuolisten tietojen keskeinen lähde.

EMCDDA kerää, tutkii ja levittää puolueettomia, luotettavia ja vertailukelpoisia tietoja huumausaineista ja niiden väärinkäytöstä. Näin se pyrkii antamaan julkisuuteen tosiasioihin perustuvan kokonaiskuvan huumausaineiden käytöstä Euroopassa.

Keskuksen julkaisut ovat ensisijainen tietolähde useille eri kohderyhmille, kuten poliitikoille ja heidän neuvonantajilleen, huumeasioiden parissa työskenteleville ammattilaisille, sekä laajemmasta näkökulmasta tiedotusvälineille ja suurelle yleisölle.

Vuosiraportissa EMCDDA esittää vuotuisen katsauksen huumausaineiden käytön ja tarjonnan tilanteeseen EU:ssa. Siten vuosiraportti on keskeinen hakuteos niille, jotka tarvitsevat ajantasaista tietoa huumeista Euroopassa.