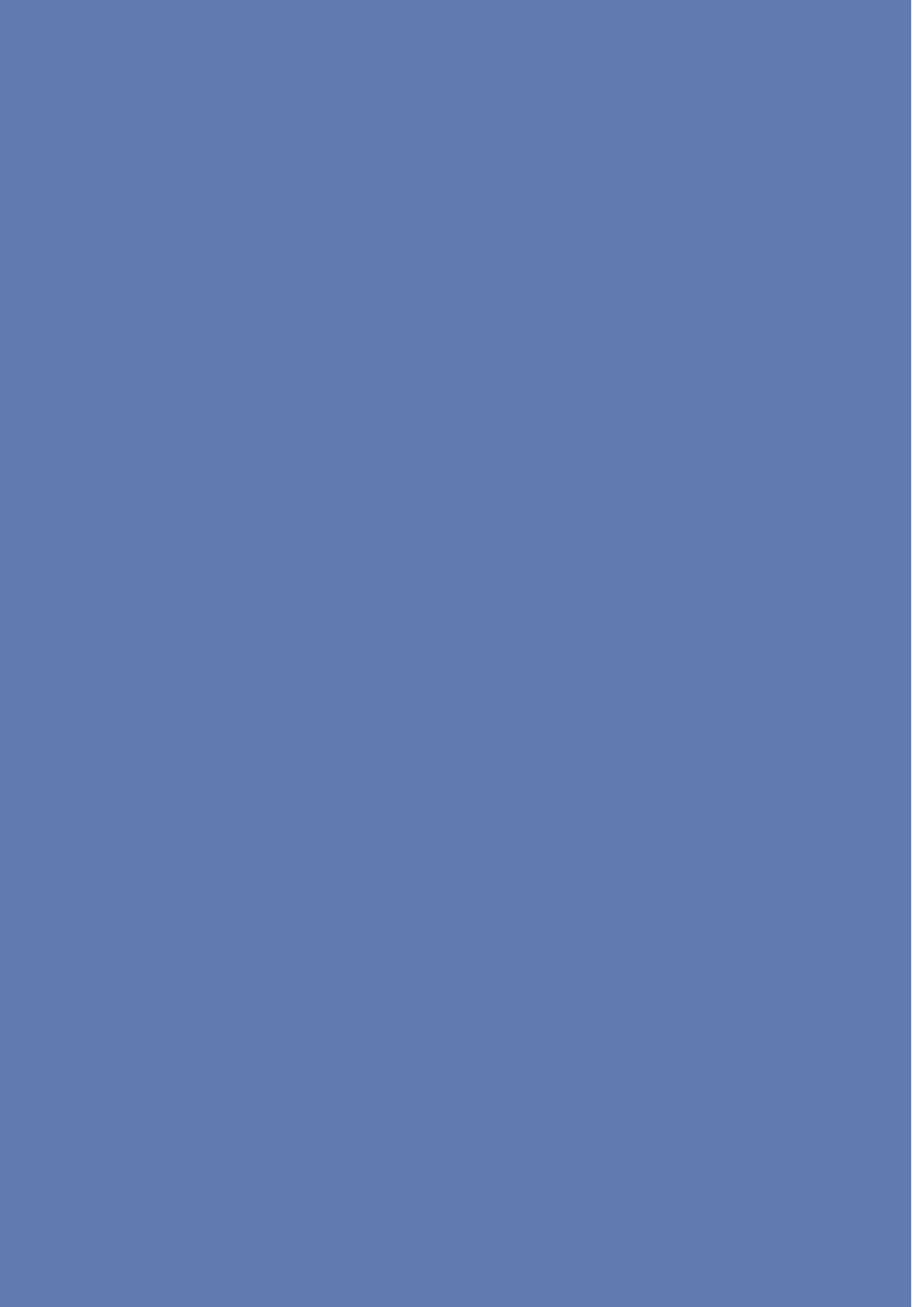




Euroopan huumaussaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

VUOSIRAPORTTI 2009

HUUMEONGELMA EUROOPASSA





Euroopan huumaussaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

HUUMEONGELMA EUROOPASSA

VUOSIRAPORTTI 2009

Oikeudellinen huomautus

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

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

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

Yhteinen maksuton palvelunumero (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Luettelointitiedot ovat tämän julkaisun lopussa.

Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto, 2009

ISBN 978-92-9168-396-3

© Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2009

Tekstin jäljentäminen on sallittua, kunhan lähde mainitaan.

Printed in Luxembourg

PAINETTU KLOORIVALKAISEMATTOMALLE PAPERILLE



Euroopan huumausaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

Cais de Sodré, 1249-289 Lissabon, Portugali

P. +351 211210200 • F. +351 218131711

info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Sisällys

Esipuhe	5
Kiitokset	7
Alkuhuomautukset	9
Yleiskatsaus: Osuminen liikkuvaan kohteeseen – käytännönläheisen poliittisen lähestymistavan kehittäminen jatkuvasti muuttuvaan huumeongelmaan on haaste	11
Luku 1: Toimintalinjat ja lainsäädäntö Kansainvälisten ja EU:n toimintalinjojen kehitys • Kansalliset huumausaineita koskevat strategiat ja toimintasuunnitelmat • Julkiset menot • Kansallinen lainsäädäntö • Huumausainetutkimus	18
Luku 2: Huumeongelman torjunta Euroopassa pääpiirteittäin Ehkäisevä huumetyö • Hoito • Haittojen vähentäminen • Sosiaalinen kuntoutus • Huumelainsäädännön valvonta ja huumerikokset • Terveystenhuollon ja sosiaalisen tuen toimenpiteet vankiloissa	27
Luku 3: Kannabis Tarjonta ja saatavuus • Levinneisyys ja käyttötavat • Hoito	39
Luku 4: Amfetamiinit, ekstaasi ja hallusinogeenit Tarjonta ja saatavuus • Levinneisyys ja käyttötavat • Amfetamiinit ja ekstaasiviihdeympäristöissä: käyttö ja toimenpiteet • Hoito	51
Luku 5: Kokaiini ja crack-kokaiini Tarjonta ja saatavuus • Levinneisyys ja käyttötavat • Kokaiinin käytön terveysvaikutukset • Kokaiinin ongelmakäyttö ja hoidon kysyntä • Hoito ja haittojen vähentäminen	62
Luku 6: Opioidien käyttö ja huumeiden injeksiokäyttö Tarjonta ja saatavuus • Arviot opioidien ongelmakäytön levinneisyydestä • Huumeiden injeksiokäyttö • Opioidien ongelmakäytön hoito	73
Luku 7: Huumeisiin liittyvät tartuntataudit ja huumekuolemat Huumeisiin liittyvät tartuntataudit • Tartuntatautien ehkäisy ja torjunta • Huumekuolemat ja kuolleisuus • Huumekuolemien vähentäminen	83
Luku 8: Huumausaineiden uudet suuntaukset Uusia huumeita koskeva toiminta • Spice-tuotteet ja muut vastaavat synteettiset kannabinoidit • Internet: psykoaktiivisten aineiden kauppapaikka • Aineiden seuranta	95
Lähteet	101



Esipuhe

Tämä raportti on ajantasainen ja perusteellinen arvio Euroopan huumetilanteesta, ja olemme kiitollisia henkilöstöllemme, joka on työskennellyt ahkerasti sen laatimiseksi. Meidän on samalla tunnustettava, ettei tämän asiakirjan vahvuus perustu pelkästään omaan työskentelyymme Lissabonissa, vaan pohjimmiltaan jäsenvaltioiden saavutuksiin pyrittäessä kehittämään luotettava ja kattava tietojärjestelmä. Sen lisäksi, että kyseinen seurantajärjestelmä edistää kypsää ja tietopohjaista keskustelua huumeongelmasta, se johtaa uskoaksemme myös entistä parempiin ja tehokkaampiin toimiin.

Tällaisten toimien tarve kasvaa, sillä alan haasteista tulee yhä monimutkaisempia. Tämän raportin eri osiot yhdistävänä teemana on huumeongelman muuttuva luonne, ja meidän on varmistettava, että käsityksemme asiasta pysyy muuttuvien olosuhteiden tasalla.

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) on kerännyt tietoa ja raportoinut Euroopan huumeongelmasta nyt kaikkiaan 15 vuotta. Tämän merkkipaalun juhlistamiseksi järjestimme konferenssin, jonka aiheena oli Euroopan tietotarpeiden havaitseminen tehokkaan huumausainepolitiikan tueksi. Se tarjosi tutkijoille, alan ammattilaisille ja poliittisille päättäjille eri puolilta Eurooppaa ja kauempaakin mahdollisuuden kokoontua Lissaboniin ja auttaa meitä kartoittamaan ja arvioimaan nykyistä tietämysperustaa huumeista sekä havaitsemaan nykyiset ja tulevat tietotarpeet.

Konferenssi osoitti, että Euroopasta on kehittynyt valtava laboratorio, jossa tutkitaan ja selvitetään huumeiden käyttöä ja toimenpiteitä niistä aiheutuvien haittojen torjumiseksi. Tämän ansiosta meille tarjoutuu paljon mahdollisuuksia oppia yhdessä ja jakaa tietoja. Missäänpäin maailmaa ei ole näin laajaa, kulttuuriltaan erilaisista maista koostuvaa ryhmää, jolla on yhteinen määrätietoinen tavoite ymmärtää paremmin tätä monimutkaista yhteiskunnallista ongelmaa ja tehostaa toimiaan sen torjumiseksi. Tämä näkyy poikittaisen huumeidenseurantajärjestelmän kehittämisessä, joka kattaa 30 valtiota ja yhteensä yli 0,5 miljardia asukasta, sekä myös EU:n huumausainestrategiassa ja toimintasuunnitelmassa, joiden tarkoituksena on arvioida saatavissa olevaa tietoa ja käyttää sitä yhteisen käytännön toiminnan pohjana. Asia on erityisen tärkeä nyt, kun jäsenvaltioiden on valittava huolellisesti rahoituksensa painopistealueet ja keskityttävä yhä enemmän tehdyistä panostuksista saatavan hyödyn maksimointiin. Uskomme vahvasti, että tämänvuotinen

raportti vie tätä prosessia eteenpäin. Lisäksi lupaamme, että tehokkaiden käytäntöjen tunnistaminen huumeiden alalla on yhä merkittävämpi osa EMCDDA:n tulevaa toimintaa.

Konferenssissa otettiin esiin myös monia tärkeitä aiheita, jotka näkyvät tämän raportin analyysseissa. Tietojärjestelmiemme on kyettävä havaitsemaan ja jäljittämään uudet suuntaukset ja raporttoimaan niistä entistä tehokkaammin. Tämä edellyttää, että raportointimme on vastakin tarkkaa ja perusteltua eikä lietso paniikkia. Konferenssissa tähdennettiin niin tarjontaa kuin kysyntääkin koskevien seikkojen huomioonottamista analysoinnissa. Tämänvuotisessa raportissa asetetaan etusijalle tarjontaan liittyvien indikaattorien ja huumemarkkinoiden analysointi. Toimimme tällöin varoen, sillä asiaa koskevien Euroopan tietojen laatua, luotettavuutta ja vertailukelpoisuutta ei ole vielä riittävästi parannettu. Asia on nyt yleisesti tiedossa, ja teemme vakaasti yhteistyötä kansallisten ja Euroopan tason kumppanien kanssa sen korjaamiseksi.

Yksi tämänvuotisen raportin havainnoista on se, että Euroopan huumetilanteen arvioinnissa on otettava samanaikaisesti huomioon kansalliset seikat, alueiden sisäiset erityispiirteet ja yhä laajemmin myös yhteiset Euroopan ja jopa maailmanlaajuiset suuntaukset. Vastaisuudessa meidän on kuvattava tätä monimutkaista suhdetta paremmin, koska se edistää ymmärtämystämme siitä, mitkä tekijät edistävät ja ehkäisevät huumeongelmien kasvua, ja saamme myös osviittaa asianmukaisten toimenpiteiden kehittämiseen.

Muistutettakoon vielä lopuksi, että Euroopan unioni ja Yhdistyneet Kansakunnat ovat uusineet huumausainepoliittiset asiakirjansa lähes yhtä aikaa vuoden 2008 lopussa ja vuoden 2009 alussa. EU:n uusi huumausaineita koskeva toimintasuunnitelma ja YK:n uusi poliittinen julistus ja toimintasuunnitelma ovat osoitus kansainvälisestä sitoutumisesta huumeidenkäytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseen. Näiden tavoitteiden saavuttaminen on suuri haaste, ja se onnistuu ainoastaan toteuttamalla laaja-alaisesti kaikki suunnitellut toimet. Seuranta ja arviointi ovat tärkeä osa tätä prosessia, sillä niiden avulla voimme pitää huumeepoliittikkamme kurssissaan ja kartoittaa saavutettua edistymistä.

Marcel Reimen

EMCDDA:n hallintoneuvoston puheenjohtaja

Wolfgang Götz

EMCDDA:n johtaja



Kiitokset

EMCDDA kiittää seuraavia yhteistyökumppaneitaan avusta tämän raportin laatimisessa:

- Reitoxin kansallisten yhteyspisteiden johtajat ja henkilöstö
- ne jäsenvaltioiden yksiköt, jotka ovat koonneet aineiston raporttia varten
- EMCDDA:n hallintoneuvoston ja tieteellisen komitean jäsenet
- Euroopan parlamentti, Euroopan unionin neuvosto – etenkin sen horisontaalinen huumausainetyöryhmä – ja Euroopan komissio
- Euroopan tautien ehkäisy- ja -valvontakeskus (ECDC), Euroopan lääkevirasto (EMA) ja Europol
- Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden torjunnan toimisto, WHO:n Euroopan-alue toimisto, Interpol, Maailman tullijärjestö, ESPAD-hanke ja Ruotsin Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN)
- Euroopan unionin elinten käännöskeskus ja Euroopan unionin julkaisutoimisto.

Reitoxin kansalliset yhteyspisteet

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

Kansallisten yhteyspisteiden yhteystiedot ovat seuraavassa osoitteessa:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



Alkuhuomautukset

Tämä vuosiraportti perustuu tietoihin, joita seurantakeskus on saanut EU:n jäsenvaltioilta, jäsenehdokasvaltioilta Kroatialta ja Turkilta sekä Norjalta kansallisen raportin muodossa. Tässä esitetyt tilastotiedot koskevat vuotta 2007 (tai viimeisintä vuotta, jolta tietoja on saatavissa). Raportin graafiset esitykset ja taulukot saattavat kuvata vain joidenkin EU-maiden tilannetta; ne on valittu sillä perusteella, mistä maista tietoja on ollut saatavissa kyseiseltä ajanjaksolta.

EMCDDA:lle ilmoitetuilla huumeiden vähittäiskaupan hinnoilla tarkoitetaan käyttäjän maksamaa hintaa. Useimpien maiden ilmoittamat huumeiden puhtautta tai väkevyyttä koskevat tiedot perustuvat otantaan kaikista takavarikoiduista huumeista, eikä ilmoitettuja tietoja voida yleensä suhteuttaa mihinkään huumemarkkinoiden tiettyyn tasoon. Puhtautta tai väkevyyttä ja katukauppahintoja koskevat analyysit perustuvat ilmoitettuihin keskiarvoihin tai tyyppiarvoihin (moodeihin) tai, jollei sellaisia ole, mediaaneihin.

Yleisiin väestötutkimuksiin perustuvissa huumeidenkäytön yleisyyttä koskevissa tiedoissa perusjoukkona on useimmiten maan 15–64-vuotias väestö. Eri ylä- tai alaikärajoja käyttäviä maita ovat muun muassa Bulgaria (18–60), Tšekki (18), Tanska (16), Saksa (18), Unkari (18–59), Malta (18), Ruotsi (16) ja Yhdistynyt kuningaskunta (16–59). Yhdistyneen kuningaskunnan levinneisyystiedot kattavat Englannin ja Walesin.

Hoidon kysyntää koskevien tietojen yhteydessä ”uusilla asiakkailla” tarkoitetaan ensimmäistä kertaa elämässään hoitoon hakeutuvia henkilöitä ja ”kaikilla asiakkailla” kaikkia hoitoon tulevia. Kyseisen vuoden alussa jatkuvassa hoidossa olevat asiakkaat eivät sisälly tietoihin. Mikäli pääasiallisena hoitoon hakeutumisen syynä olevan huumeen osuus on ilmoitettu, nimittäjänä on niiden tapausten määrä, joissa pääasiallinen huume on tiedossa.

Suuntauksia on analysoitu ainoastaan niiden maiden osalta, jotka toimittavat riittävästi tietoja ilmoitettuna ajanjaksona tapahtuneista muutoksista. Vuoden 2007 puuttuvat arvot on voitu korvata vuoden 2006 luvuilla huumemarkkinoiden suuntausanalyysissä. Muita suuntauksia analysoitaessa puuttuvat tiedot on voitu interpoloida. Hintojen suuntaukset on inflaatiokorjattu kansallisesti.

Tiedot saatavuudesta ja erilaisten toimenpiteiden tarjonnasta Euroopassa perustuvat yleensä kansallisten asiantuntijoiden perusteltuihin käsityksiin, jotka on kerätty strukturoitujen kyselylomakkeiden avulla.

Huumerikosten yhteydessä käsitteellä ”ilmoitukset” voidaan tarkoittaa eri asioita eri maissa.

Vuosiraportti on ladattavissa 23 kielellä seuraavasta osoitteesta:
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>

Vuoden 2009 tilastotiedotteessa (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) esitetään kaikki lähdetaulukot, joihin vuosiraportin tilastoanalyysi perustuu. Se sisältää myös lisätietoja käytetyistä menetelmistä ja noin sata muuta tilastokaaviota.

Maakohtaiset katsaukset (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) tarjoavat korkeatasoisen graafisen yhteenvedon kunkin maan huume-tilanteen tärkeimmistä näkökohdista.

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



Yleiskatsaus

Osuminen liikkuvaan kohteeseen – käytännönläheisen poliittisen lähestymistavan kehittäminen jatkuvasti muuttuvaan huumeongelmaan on haaste

Poliittinen yksimielisyys mahdollistaa tarkemmin kohdennetun toimintasuunnitelman huumeasioissa

Tämä raportti kattaa huumausainepoliitiikan kannalta tärkeän jakson Euroopassa ja koko maailmassa. Euroopan unionissa on arvioitu EU:n huumausaineiden torjuntaa koskevaa toimintasuunnitelmaa (2005–2008) sekä luonnosteltu ja käynnistetty sen seuraaja vuosiksi 2009–2012. Vaikka huomio kiinnittyy usein jäsenvaltioiden huume politiikkojen välisiin eroihin, keskusteluissa ilmennyt huomattava yksimielisyys on historiallisesti arvioiden merkittävä. Vaikka jäsenvaltioiden poliittiset katsantokannat voivatkin yhä poiketa toisistaan ja siten osin heijastaa eri maiden erilaista todellisuutta, keskustelu näyttää monilla aloilla kypsyneen ja perustuvan yhteisymmärrykseen. Näin EU:lle on saatu uusi toimintasuunnitelma, jota voidaan kuvata käytännönläheiseksi, keskitetyksi ja kohdennetuksi. Lähestymistapa näkyy kouriintuntuvasti siinä, että toimintasuunnitelmassa huomioidaan tietyt käytännön osatekijät, kuten huume kuolemien ennaltaehkäisy, vankilatyö sekä hoidon ja muiden toimenpiteiden laadun kohentaminen.

Kansainvälisesti yleisön ja ammattilaisten laaja kiinnostus on virinnyt keskusteluista, jotka ovat johtaneet maailmanlaajuisen huumeongelman torjumista koskevan uuden poliittisen julistuksen ja toimintasuunnitelman hyväksymiseen Yhdistyneissä Kansakunnissa vuoden 1998 yleiskokouksen ylimääräisessä istunnossa (UNGASS) asetettujen tavoitteiden tarkistuksen jälkeen. Euroopan ääni on kuulunut tässä keskustelussa voimakkaana ja vaatinut tasapainoista, tieteellisesti perusteltua ja inhimillistä huume politiikkaa. Näin olemme onnistuneet varmistamaan, että vuoden 1998 alkuperäisten UNGASS-asiakirjojen keskeiset edistyskelliset osat on säilytetty lopullisessa sopimuksessa. Vaikka keskustelut ovat käyneet YK:ssa välillä kiivainakin ja perustuneet aika ajoin vakiintuneisiin poliittisiin ja ideologisiin kantoihin, ilmassa on ollut myös merkkejä käytännönläheisemmän ja perustellumman lähestymistavan yleistymisestä tehokkaan toiminnan määrittelyssä. Esimerkiksi Yhdysvallat on lieventänyt suhtautumistaan

steriilien injektio tarvikkeiden tarjontaan verivälitteisten tartuntatautien riskin vähentämiseksi, mikä on selkeä osoitus toiminnan vaikuttavuudesta tällä alalla. Yleisestikin Yhdysvallat näyttää viimeaikaisten poliittisten lausuntojen perusteella siirtyvän lähemmäksi eurooppalaista mallia. UNGASS-kokouksessa syntyi lisäksi vahva yksimielisyys siitä, että tarvitsemme huume ilmiön tehokasta maailmanlaajuisesta seuranta – varsinkin kehitys maiden ja siirtymätalous maiden jatkuvasti kasvavien ongelmien vuoksi. UNGASS-toimintasuunnitelmien toteutuksen arviointiin kehitettyä raportointimekanismia on arvosteltu. Kun siitä luovutaan, merkittävät työn osa-alueet jäävät nykyisen maailmanlaajuisen raportoinnin ulkopuolelle. Tämä koskee erityisesti kysynnän vähentämiseen liittyviä toimenpiteitä. Asia nousee tärkeäksi keskustelun aiheeksi YK:n huumausainetoimikunnan tulevassa istunnossa.

Kilpailevien poliittisten tavoitteiden vaikutus lainvalvontakäytäntöihin

Huume lain säädännön valvonnalle on annettu keskeinen sija tämänkertaisessa vuosiraportissa ja erityiskysymyksenä käsitellään huumausainerikoksista syytettyjen henkilöiden tuomitsemista ja muita seuraamuksia. Euroopassa ilmoitetut huumausainelakien rikkomiset lisääntyvät edelleen. Tietojen vaikeatulkintaisuudesta huolimatta tämä havainto saa miettimään, missä määrin alan lainvalvontakäytännöt ovat poliittisten tavoitteiden tasalla.

Yleisesti arvioiden eurooppalaisessa poliittisessa keskustelussa on siirrytty sille kannalle, että etusija on annettava mieluummin huumeiden tarjontaan kuin käyttöön kohdistuville kielloille. Niinpä tarjontarikoksista määrättäviä lakisääteisiä rangaistuksia onkin kovennettu tai on otettu käyttöön vähimmäisrangaistusasteikot. On vaikea hahmottaa, missä määrin painopisteen siirto käyttäjistä tarjoajiin näkyy lainvalvontakäytännöissä. Huumeiden tarjontaan liittyvät rikokset ovat huumausaineiden hallussapitorikoksia yleisempiä vain muutamissa maissa. Kaiken kaikkiaan tarjontarikosten määrä on kasvanut. Toisaalta myös huumeiden hallussapitoon tai käyttöön liittyvien rikosten määrä

on kasvanut – jopa edellä mainittuja enemmän. Lisäksi tarjontarikosten tilanne on eriytynyt eri puolilla Eurooppaa, sillä puolessa tietoja ilmoittaneista maista määrä on vähentynyt keskipitkällä aikavälillä.

Tähän raporttiin liittyvässä perusteellisessa arviossa huumausainerikoksista Euroopassa annetuista tuomioista selvitetään, mitä huumausainelakia rikkoville tapahtuu. Tuomitseminen vapausrangaistukseen on yleistä tarjontarikoksissa, mutta tuomiot ovat yleensä rangaistusasteikon lievemmästä päästä, keskimäärin enintään kolme vuotta. Tämä voi johtua yksinkertaisesti siitä tosiasiasta, että monet syytteeseen joutuneista sijoittuvat tarjontaketjun loppupäähän ja että he ovat esimerkiksi katukauppiaita tai huumeriippuvaisia, jotka rahoittavat omaa käyttöönsä myös myymällä huumeita. Tällä havainnolla on seurannaisvaikutuksia vähimmäisrangaistuksia koskevien suuntaviivojen kehittämiseen, jos haluamme torjua suurrikollisten osallistumista huumausaineiden tarjontaan. Useimmissa maissa vapausrangaistuksia määrätään harvoin huumeiden käyttö- tai hallussapitorikoksista. Tästä huolimatta prosentuaalisesti pieni osa vastaajista tuomitaan välittömään vankeusrangaistukseen, mahdollisesti koventamisperusteiden vuoksi. Tämä tarkoittaa, että yhä useammat rikosoikeusjärjestelmän kanssa kosketukseen joutuvat huumeidenkäyttäjät tuomitaan ainoastaan hallinnolliseen tai lievään seuraamukseen. Ottamatta kantaa tällaisen toiminnan mahdolliseen ennalta ehkäisevään vaikutukseen voidaan joka tapauksessa pohtia, missä määrin kyseinen kosketus tiettyihin huumeidenkäyttäjien ryhmiin jää hyödyntämättä mahdollisuutena muihin kysynnän vähentämiseen tähtääviin toimiin. Joissain maissa on kehitetty innovatiivisia lähestymistapoja tällä alalla, mutta kaiken kaikkiaan ne ovat yhä harvinaisia.

Koska huumausainerikoksista syytteeseen asetetut ovat todennäköisesti varsin kirjava ryhmä, tarpeiden arviointi on erityisen tärkeä osa alan palvelujen kehittämistä. Terveysten liittyvien toimenpiteiden osalta käytäntö vaihtelee ennaltaehkäisyä, koulutusta ja haittojen vähentämistä korostavista lähestymistavoista lyhytkestoisiin toimenpiteisiin ja – silloin kun tähän on oikeus – ohjaamiseen erikoistuneisiin huumehoito- ja sosiaalitutkupalveluihin. Käyttökelpoisen, asianmukaisiin hoitoonohjauspolkuihin johtavan mallin kehittäminen on oletettavan haasteellista organisatorisesti. Portugalissa tähän ongelmaan on puututtu hieman eri tavalla. Huumeiden käytöstä ei enää langeteta rikosoikeudellisia seuraamuksia, vaan henkilöt, joiden hallusta tavataan huumeita, ohjataan tarpeiden arvioimista varten suoraan huumausaineiden vieroituslautakunnaksi nimettyyn

erityistuumioistuimeen. Tuomioistuin voi määrätä sakkoja, mutta seuraamukset eivät ole sen päätarkoitus. Järjestelmä on toiminut tähän mennessä kahdeksan vuotta. Alkuvaiheen pelot siitä, että tällainen lähestymistapa johtaa huumematkailun lisääntymiseen tai käytön yleistymiseen, eivät näytä saavan tukea käytettävissä olevista tiedoista.

Hoido ja terveyden liittyvät toimenpiteet: yhdestä vakioratkaisusta kohti kohdennettujen toimien työkalupakkia

Huumeiden käyttäjille Euroopassa tarjottavat palvelut ovat jatkuvasti monipuolistuneet, ja niitä tarjotaan osana integroitua hoitopakettia. Tämä näkyy sekä teoriassa että käytännössä. Esimerkiksi haittojen vähentämiseen tähtäävät toimenpiteet ja hoitotoimenpiteet liittyvät entistä tiiviimmin toisiinsa, ja niistä huolehtivat samat palveluntarjoajat. Vaikka sosiaalisen kuntoutuksen merkitys on laajalti tunnustettu, ala on edelleen heikosti kehittynyt, ja huumeiden käyttäjillä on yhä melkoisia vaikeuksia työpaikan ja käyttökelpoisen asunnon löytämisessä ja muiden kuin huumeisiin liittyvien vapaa-ajanviettopojen omaksumisessa.

Jos huumeiden käyttäjien hoidossa onkin Euroopassa edistytty, edistymisen on ollut epätasaista sekä kohteena olevien päihteiden että maantieteellisen kattavuuden suhteen. Kehitys on ollut suurinta opioidien korvaushoidossa, sillä hoidossa olevan väestön määrä on 650 000 hengen paikkeilla, ja se kasvaa yhä. Silti koko Itä-Euroopan osuus tästä kokonaismäärästä on pieni, mikä viittaa siihen, että palvelujen laajentamiseen on tarvetta eräissä maissa. Useissa eri maissa on havaittu, että yleislääkärin osallistuminen hoidon tarjontaan voi laajentaa tarjontaa. Erikoistuneiden keskusten kanssa tehdyt yhdistetyn hoidon järjestelyt antavat tukea yleislääkäreille ja samalla varmistavat hoidon laadun.

Vaikka useimmissa maissa korvaushoidon jatkaminen tai aloittaminen on teoriassa mahdollista myös vankiloissa, käytännössä se on usein hankalaa. Kun otetaan huomioon Euroopan vankiloissa olevien huumeidenkäyttäjien määrä, tarve laajentaa hoitomahdollisuuksia näissä ympäristöissä on pakottava. Vaikka tämä tunnustetaan EU:n toimintasuunnitelmassa, kyseinen osa-alue jätetään useimmissa maissa yhä vaille huomiota.

Muiden huumeiden kuin opioidien yhteydessä palvelujen saatavuus on Euroopassa heikompaa samoin kuin tietomme siitä, mikä on tehokasta hoitoa. Tämä ongelma on nyt kuitenkin vähitellen myönnetty ja yhä useammissa eurooppalaisissa tutkimushankkeissa ja pilottiohjelmassa käsitellään piristeiden ja kannabiksen

käyttäjien hoitotarpeita. Myös neurotieteiden kehitys on lisännyt tietämystämme riippuvuuden biologisista mekanismeista, ja sen perusteella on nyt alettu kehittää innovatiivisia lähestymistapoja. Esimerkkinä voidaan mainita Euroopassa laajamittaisesti parhaillaan tutkittava kokaiinrokote. Tietotekniikan kehitys on sekin lisännyt innovointia, esimerkkeinä internetpohjaiset hoito-ohjelmat ja tekstiviestien hyödyntäminen.

Uutta näyttöä kannabiksen käytön kääntymisestä laskuun Euroopassa

Kannabiksen suosio kasvoi voimakkaasti 1990-luvulla siinä määrin, että nyt lähes neljännes kaikista Euroopan aikuisista ilmoittaa käyttäneensä tätä huumetta ainakin kerran. Tämän jälkeen tilanne vakiintui vähitellen, ja uusimmat tiedot tukevat erittäin vahvasti viimevuotisessa raportissa esitettyä päätelmää kannabiksen käytön yleisestä vähenemisestä. Erityisen kiintoisia ovat alkoholista ja muista huumausaineista tehdyn koulukyselyn uusimmat tulokset, sillä niistä saadaan yleiskuva koululaisten huumeidenkäytön aikasuuntauksista. Heidän keskuudessaan havaitut käyttötavat ilmenevät myöhemmin todennäköisesti myös vanhemmissa ikäkohorteissa. On kiintoisaa, että samat ajalliset mallit, jotka havaittiin aiemmin kannabiksen kasvavan suuntauksen aikana, näyttävät nyt toistuvan käytön muuttuessa toiseen suuntaan. Esimerkiksi Yhdistynyt kuningaskunta, josta ilmoitettiin ensimmäisten joukossa suuria levinneisyysarvoja, kuului myös ensimmäisiin käytön vähenemisestä ilmoittaneisiin maihin. Tämä kuvio näkyy nyt useimmissa muissakin Länsi-Euroopan maissa. Useimmissa Itä-Euroopan maissa käyttö lisääntyi vielä viime aikoihin asti. Nyt näissäkin maissa näkyy merkkejä nuoren väestön käytön vakiintumisesta, ja jos muualla havaittu malli toistuu, käytön voidaan odottaa laskevan jatkossa.

Kannabiksen kaltaisen huumeen käytön suosioon vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen on tietenkin tärkeää. Meidän on kuitenkin varottava johtamasta tilanteesta yksinkertaisia syy-seuraussuhteita. Kansallisella ja EU:n politiikalla on voinut olla oma vaikutuksensa näihin suuntauksiin. Käyttö vähenee kuitenkin myös Yhdysvalloissa ja Australiassa. Tämä viittaa siihen, että laajemmat sosiaalis-kulttuuriset tekijät ovat todennäköisesti tärkeitä. Euroopan yleiskuvasta erottuu pieni maaryhmä, jonka jäsenet sijaitsevat pääasiassa Pohjois- ja Etelä-Euroopassa ja jossa kannabiksen käyttö on ollut tasaisen vähäistä jo jonkin aikaa. Näissä maissa vaikuttavien suojaavien tekijöiden ymmärtämisestä olisi niin ikään suurta hyötyä. Tässäkin kohdin analysoinnissa on otettava täysimääräisesti huomioon kulttuuriset, sosiaaliset

ja historialliset tekijät sekä tarkasteltava huume- ja sosiaalipolitiikan vaikutusta.

Yleisistä käyttäjämäärätiedoista poiketen kannabiksen ongelmakäyttöön liittyvien käyttötapojen tuoreimmat analyysit antavat epäyhtenäisemmän kuvan, joka ei ole yhtä rohkaiseva. On selvä puute, ettei meillä nykyisin ole hyviä kannabisiippuvuuteen tai kannabiksen ongelmakäyttöön vaikuttavia toimenpiteitä, ja vaikka asiassa onkin hieman edistytty, meidän on turvauduttava välillisiin toimenpiteisiin. Uusien kannabishoitohakemusten määrä saattaa parhaillaan vakiintua lisääntyttyään keskeytyksettä useiden vuosien ajan. On epäselvää, missä määrin tämä riippuu käyttötavoista tai palvelukapasiteetista. Kannabiksen ongelmakäytön paras käyttäytymisindikaattori saadaan ekstrapoloimalla kyseisen huumausaineen päivittäisten käyttäjien määrän arvioita. Päivittäisen käytön suuntauksia on vaikea hahmottaa, mutta käytettävissä olevat tiedot eivät viittaa yleiseen vähenemiseen. EMCDDA arvioi, että kannabista päivittäin tai lähes päivittäin käyttävien nuorten aikuisten määrä sijoittuu jonnekin 2:n ja 2,5 prosentin välille, joskin nuorten miesten osuus on huomattavasti suurempi. Riskialtis väestönosa on siis suuri, ja tämän ryhmän palvelutarpeita on tärkeää ymmärtää paremmin.

Heroiini ja kokaiini: ei vahvoja merkkejä ongelman pienenemisestä

Juuri mikään ei viittaa siihen, että tilanne olisi parantunut Euroopan huumeongelman kannalta keskeisten aineiden eli heroinin ja kokaiinin käytön suhteen. Lisäksi selkeän kuvan saamista vaikeuttaa eri indikaattoreista peräisin olevien tietojen hankala yhteensovittaminen. Ongelma on erityisen selvä kokaiinin osalta: oletetun tuotannon laskun ohella Euroopan unionissa takavarikoidun kokaiinin määrä on vähentynyt uusimpien tietojen mukaan. Sama koskee katukaupassa myydyin kokaiinin puhtautta useimmissa maissa. Kokaiinimarkkinoiltaan suuressa Yhdistyneessä kuningaskunnassa puhtauden lasku on ollut viime aikoina huomattavaa. Nämä tiedot voivat viitata kokaiinin saatavuuden heikentymiseen, joskaan muut tiedot eivät tue tätä päätelmää. Tämän huumeen takavarikoiden lukumäärä kasvaa yhä ja hinnat laskevat. On saatu viitteitä uusien, Itä-Euroopan halki kulkevien salakuljetusreittien käyttöön otosta. Tämä on voinut haitata torjuntatoimia. Kokaiinin käyttö keskittyy Euroopassa yhä Länsi-Euroopan maihin, joissa suuntaus on yleisesti vakaa tai edelleen kasvava. Silti on saatu näyttöä siitä, että tämä huume leviää edelleen muihin maihin. Kokaiinin perusteella hoitoon hakeutuvien määrä kasvaa niin ikään. Käytettävissä olevan näytön perusteella voidaan päätellä, että nykyiset kulutusmäärät pysyvät

Pikakatsaus – arvioita huumeiden käytöstä Euroopassa

Tässä esitetyt arviot koskevat aikuisia (15–64-vuotiaita) ja perustuvat uusimpaan saatavilla olevaan tietoon. Kattavammat tilasto- ja menetelmätiedot on esitetty oheisessa tilastotiedotteessa.

Kannabis

Ainakin kerran käyttäneitä: vähintään 74 miljoonaa (22 prosenttia aikuisista Euroopassa)
Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä: noin 22,5 miljoonaa aikuista tai kolmasosa ainakin kerran käyttäneistä
Viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä: noin 12 miljoonaa Euroopassa
Maiden välinen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneissä: vaihteluväli 0,4–14,6 prosenttia

Kokaiini

Ainakin kerran käyttäneitä: noin 13 miljoonaa (3,9 prosenttia aikuisista Euroopassa)
Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä: 4 miljoonaa aikuista tai kolmasosa ainakin kerran käyttäneistä
Viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä: noin 1,5 miljoonaa
Maiden välinen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneissä: vaihteluväli 0,0–3,1 prosenttia

Ekstaasi

Ainakin kerran käyttäneitä: noin 10 miljoonaa (3,1 prosenttia aikuisista Euroopassa)
Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä: noin 2,5 miljoonaa tai neljäsosa ainakin kerran käyttäneistä
Viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä: alle 1 miljoonaa
Maiden välinen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneissä: vaihteluväli 0,1–3,5 prosenttia

Amfetamiinit

Ainakin kerran käyttäneitä: noin 12 miljoonaa (3,5 prosenttia aikuisista Euroopassa)
Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä: noin 2 miljoonaa tai kuudesosa ainakin kerran käyttäneistä
Viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä: alle 1 miljoonaa
Maiden välinen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneissä: vaihteluväli 0,0–1,3 prosenttia

Opioidit

Opioidien ongelmakäyttäjät: arviolta 1,2–1,5 miljoonaa Euroopassa
Huumekuolemien osuus kaikista 15–39-vuotiaiden kuolemista oli Euroopassa neljä prosenttia, ja opioidit liittyvät noin kolmeen neljäsosaan niistä.
Pääasiallinen huume yli 50 prosentissa kaikista hoitopyynnöistä
Noin 650 000 opioidien käyttäjää sai korvaushoitoa vuonna 2007.

korkeina: kulutus ei laske vakiintuneilla alueilla ja lisääntyy edelleen muualla. Toisaalta on saatu tietoja siitä, että toimittajilla on vaikeuksia kulutuskysynnän täyttämisessä eräillä suurilla markkina-alueilla. On mielenkiintoista nähdä, saadaanko tulevaisuudessa kouriintuntuvampaa näyttöä tämän huumeen saatavuuden heikkenemisestä sillä perusteella, että viime aikoina on raportoitu kokaiinin maailmanlaajuisen tuotannon laskeneen.

Heroini aiheuttaa edelleen suurimman osan huumeaineista johtuvasta sairastuvuudesta ja kuolleisuudesta Euroopassa. Tämän huumeen käyttö on laskenut 1990-luvun puolivälistä tai lopusta lähtien, joskaan nykyinen tilanne ei ole yhtä yksiselitteinen, ja se herättää huolta joillain alueilla. Merkittävän laskun jälkeen uusien hoitoon hakeutuvien asiakkaiden määrä on kasvanut vuodesta 2002. Merkittävä osa maista ilmoittaa nyt hoitopyyntöjen kasvaneen sekä lukumäärällisesti että suhteellisesti opioideihin verrattuna. Tiedot huumekuolemista, jotka liittyvät suurelta osin heroiniin käyttöön, eivät myöskään osoita paluuta ennen vuotta 2004 havaittuun laskevaan suuntaukseen. Myös huumeainetrikokset ja takavarikot ovat kasvussa. On huolestuttavaa, että muutamasta maasta on ilmoitettu nuorison heroini-ongelmasta. Tämä osoittanee, että heroini kenties leviää uusiin väestönsosiin. On kaiken kaikkiaan pettymys, että heroini-ongelmien laskeva suuntaus ei enää oikeuta tekemään positiivisia analyyssejä. Vaikka meillä ei toistaiseksi ole näyttöä aiempina vuosina ilmenneen heroinin käytön epideemisen leviämisen toistumisesta, tämän huumeen käytöstä johtuvat terveydelliset ja sosiaaliset ongelmat ovat huomattavat. Kaikki merkit tilanteen mahdollisesta synkentymisestä aiheuttavat suurta huolta, varsinkin kun Eurooppa on nyt siirtynyt taloudellisten vaikeuksien aikaan.

Huumeiden sekakäyttö ja alkoholin rinnakkaiskäytön ongelmat määrittävät nyt Euroopan huumeongelmaa

Ehkäisevässä huumetyössä on jo pitkään ymmärretty, että päihteiden käytön ongelmiin pystytään vastaamaan parhaiten toimimalla kokonaisvaltaisesti terveellisten elintapojen ja tietoon perustuvien valintojen pohjalta. Silti huumeiden käyttöä koskevassa keskustelussa on useimmiten eroteltu eri päihteet. On vaikea olla tekemättä tästä sellaista johtopäätöstä, ettei tällainen yksilötteinen näkemys enää riitä, jos haluamme ymmärtää päihteiden käyttötapojen kehitystä Euroopassa. Henkilöt, jotka huumeita käyttävät, eivät juuri koskaan pidä yhdessä ainoassa päihteessä. Nyky-Euroopassa sekakäyttötavat ovat vallitsevia. Erilaisten päihteiden yhdistelmäkäyttö aiheuttaa useimmat näkemämme ongelmat tai pahentaa niitä. Siksi on kehitettävä kokonaisvaltaisempi, integroitu

ja sekakäytön huomioon ottava näkökulma, jotta hahmotamme tilanteen entistä paremmin ja pystymme suunnittelemaan ja arvioimaan asianmukaisia toimia. Sama koskee myös huumausainemarkkinoita. Yhden huumausaineen kysynnän vähentämiseen tähtäävä työ valuu hukkaan, jos samalla avataan mahdollisuus korvaavan, kenties vielä vaarallisemman aineen käyttöön.

Tämänvuotiseen raporttiin liittyy sekakäyttöä koskeva erityiskysymys, jossa selvitetään, miten useiden päihteiden käyttö vaikuttaa erilaisiin huumeidenkäyttäjryhmiin. Havainnot ovat huolestuttavia. Nuorilla sekakäyttö voi lisätä akuuttien ongelmien riskiä ja ennakoit kroonisen huumeidenkäytön kehittymistä myöhemmällä iällä. Vanhempien, säännöllisten käyttäjien keskuudessa sekakäyttö on keskeinen tekijä huumeiden yliannostuksessa, se hankaloittaa huumehoitoa ja liittyy väkivaltaan ja rikollisuuteen. Lisäksi Euroopan kuluttajien saatavilla olevien huumausaineiden valikoima kasvaa koko ajan. Tässä raportissa mainitaan myös kannabismarkkinoille tarkoitettujen, valtaosin sääntelemättömien päihteiden entistä suurempi valikoima, synteettisten huumeiden tuotannon innovaatiot ja yhä suurempi huoli reseptilääkkeiden väärinkäytöstä. Lisäksi Euroopan päihdeongelmaa määrittäväksi tekijäksi on tunnustettu alkoholin samanaikainen käyttö. Tämäkin näkyy kaikissa ikäryhmissä. Uusimmista koululaisista koskevista tiedoista näkyy vahva yhteys humalahakuisen juomisen ja huumeidenkäytön välillä. Humalahakuisen juomiseen liittyy usein huumeiden viihdekäyttöä, mikä lisää kielteisten tulosten riskiä nuorten aikuisten keskuudessa. Kroonikkokäyttäjien väestöryhmässä alkoholin väärinkäyttö on niin yleistä, ettei sitä yleensä edes mainita, ja samanaikaisen alkoholiriippuvuuden hoidosta on tullut entistä tärkeämpi osa huumehoitokeskusten työtä. Alkoholiongelmat voivat olla erityisen vahingollisia opioideista riippuvaisille huumeidenkäyttäjille: maksan toiminta voi olla jo ennestään heikentynyt hepatiitti-infektion vuoksi, ja yliannostuksen riski on suuri.

Innovaatiot ja lähtökemikaalien saatavuus: synteettisten huumeiden markkinoihin yhä merkittävämmiin vaikuttavat keskenään reagoivat tekijät

EMCDDA on havainnut synteettisten huumeiden saatavuuden ja käytön kehittyvän entistä monimutkaisemmaksi ja muutosherkemmäksi. Laittomat markkinat ja niiden toimittajat näyttävät toimivan tuotantoprosessien, uusien tuotteiden ja markkinointimahdollisuuksien suhteen erittäin innovatiivisesti ja osoittavat nopeaa mukautumiskykyä valvontatoimenpiteisiin. Myös laittomien huumeiden

”laillisten vaihtoehtojen” markkinoinnin kasvava erikoistuminen on huolestuttavaa kehitystä.

Esimerkki markkinoiden muutosherkyydestä näkyy ekstaasin saatavuuden viimeaikaisessa kehityksessä. Vuoteen 2007 asti useimmat Euroopassa analysoidut ekstaasitabletit sisälsivät 3,4-metyleenidioksidimetamfetamiinia (MDMA) tai jotain muuta ekstaasin kaltaista ainetta. Varhaisen varoituksen järjestelmästä vuoden 2009 alusta lähtien saadut alustavat tiedot antavat kuitenkin viitteitä joidenkin jäsenvaltioiden, esimerkiksi Tanskan ja Alankomaiden, tilanteessa meneillään olevista muutoksista. Enimmillään puolessa näissä maissa analysoiduista tableteista ei löytynyt MDMA:ta eikä mitään sen kaltaisia aineita. Sen sijaan tableteissa oli 1-(3-kloorifenyyli)piperatsiinia (mCPP) joko yksin tai muihin psykoaktiivisiin aineisiin yhdistettynä. Vaikka mCPP:tä ei mainita YK:n yleissopimusten luetteloissa, siihen on kohdistettu valvontatoimenpiteitä eräissä EU:n jäsenvaltioissa. Syyt nykyiseen markkinoiden muutokseen eivät ole aivan selvät, mutta pula MDMA:n synteessissä tarvittavasta tärkeimmästä lähtökemikaalista eli 3,4-metyleenidioksidifenyyli-2-propanonista (PMK) on yksi mahdollinen selitys. Vielä ei ole varmaa, onko tämä kehitys tilapäinen poikkeama vai merkitseekö se merkittävämpää muutosta ekstaasimarkkinoilla. EU:n varhaisen varoituksen järjestelmässä on tarkkailtu mCPP:tä vuodesta 2005. EMCDDA ja Europol seuraavat alan kehitystä tiiviisti ja laativat raportin markkinoista vuonna 2010.

Ekstaasimarkkinoiden muutokset voivat olla osoitus siitä, että lähtökemikaalien laittoman kaupan estämiseen tähtäävät toimet ovat olleet entistä tuloksellisempia. Toimilla voi olla lisäksi merkittäviä vaikutuksia muiden päihteiden saatavuuteen ja käyttöön. Eräiden merkkien mukaan metamfetamiini voi esimerkiksi syrjäyttää amfetamiinin osassa Pohjois-Eurooppaa. Markkinatekijät ja lähtökemikaalit ovat tässäkin ilmeisen tärkeässä asemassa: metamfetamiinin tuotantolaitokset näyttävät asettuneen nyt Liettuaan, jonka maantieteellinen sijainti helpottaa lähtökemikaalien – tässä tapauksessa 1-fenyyli-2-propanonin (BMK) – tuontia Euroopan unionin ulkopuolelta. Pohjoismaiden tilanne lisää huolta metamfetamiinin käytön mahdollisesta leviämisestä Tšekin ulkopuolelle. Viimeksi mainitussa maassa metamfetamiiniongelmia on ollut pitkään olemassa, mutta tuotanto on yleensä pienimuotoista ja tarkoitettu henkilökohtaiseen tai paikalliseen kulutukseen. Monet Keski-Euroopan maat ovat nyt ilmoittaneet metamfetamiinia käytettävän jossain määrin, ja Europol on ilmoittanut muutamien suurehkojen tuotantolaitosten löytymisestä ja hävittämisestä muualla Euroopassa. Lisäksi

on jonkin verran näyttöä metamfetamiinin käytön nopeasta lisääntymisestä Euroopan unioniin rajoittuvissa maissa. Tämä huume ei ole toistaiseksi onnistunut pääsemään Länsi-Euroopan suurille piristemarkkinoille, joita kokaiini ja amfetamiini edelleen hallitsevat. Leväperäisyyteen ei kuitenkaan ole varaa metamfetamiinin tuotannon suhteellisen helppouden ja sen huomattavan kielteisten kansanterveysvaikutusten vuoksi. Ongelmien syntyminen nopeudesta käy osoitukseksi Slovakia, joka tarjoaa tuoreen tapaustutkimuksen maasta, jossa metamfetamiinin käyttö on lisääntynyt merkittävästi.

Internet ja markkinointi: onko "spice" esimakua tulevasta?

Tietotekniikan kehitys on mullistanut lähes kaikki nykyelämän osa-alueet, sillä internet tarjoaa nyt paitsi rajoitteettoman tietolähteen myös merkittävän virtuaalisen markkinapaikan tavaroiden ja palvelujen kauppaa varten. Ei siis ole yllätys, että tämä väline vaikuttaa nyt huumausaineisiin. EMCDDA pani tänä vuonna alulle ensimmäisen arvionsa hoidon internetpohjaisista lähestymistavoista, ja näyttää siltä, että ehkäisytyön, hoidon ja haittojen torjunnan internetpohjaiset lähestymistavat tarjoavat huomattavia mahdollisuuksia. Huonona puolena on se, että tämän maailmanlaajuisen virtuaalisen ilmiön sääntelyssä näyttää esiintyvän ongelmia ja että internetiä voidaan käyttää myös psykoaktiivisten aineiden käytön edistämiseen. Alkoholin ja lääkkeiden verkkomarkkinoinnin aiheuttamiin huolenaiheisiin on lisättävä vielä säänneltyjen psykoaktiivisten aineiden oletettavasti "laillisten" vaihtoehtojen ilmestyminen.

EMCDDA tarkkailee nykyisin säännöllisesti verkkokauppioiden myyntiin tarjoamia psykoaktiivisia aineita. Nämä markkinat ovat kasvaneet viime vuosina, ja ne kattavat nyt laajan valikoiman kasviperäisiä tuotteita, erityisesti yrttiseoksia, sekä synteettisiä yhdisteitä sisältäviä tuotteita. Internetmarkkinoille ilmestyvät uudet

päihhteet vaihtelevat joissain osissa maailmaa perinteisesti käytetyistä huumeista aina laboratorioissa syntetisoituihin, ihmisillä testaamattomiin kokeellisiin kemikaaleihin. Muihin innovaatioihin kuuluvat eri tuotemerkkien kehittäminen ja houkuttelevien pakkausten käyttö. Tästä ovat merkille pantavana esimerkkinä "spice"-nimellä markkinoidut yrttiseokset.

Markkinoilta on löytynyt lukuisia spice-tuotemerkkejä, joiden pakkaukset ja valmistusaineluettelot vaihtelevat. Rikosteknisissä laboratoriotutkimuksissa ei ole juurikaan pystytty havaitsemaan pakkausmerkinnöissä mainittuja kasviperäisiä aineita. Sen sijaan eräistä näytteistä löydettiin seoksiin lisättyjä synteettisiä kannabinoideja. Näitä aineita ei mainittu lueteltujen valmistusaineiden joukossa, joten käyttäjät olisivat kuluttaneet niitä tietämättään. Löydetyt kannabinoidit ovat suhteellisen hämähäperäisiä kokeellisen tutkimuksen yhdisteitä. Osa niistä on hyvin vahvoja, eikä niiden vaikutuksista ihmisiin ole juurikaan tietoa.

Yritykset kiertää huumevalvontaa markkinoimalla sääntelemättömiä korvikkeita eivät ole uusia. Uutta sen sijaan ovat nyt kokeiltavien aineiden laaja kirjo, tahallisesti väärin pakkausmerkittyjen tuotteiden aggressiivinen markkinointi, internetin lisääntyvä käyttö ja nopeus, jolla markkinat reagoivat sääntelytoimenpiteisiin. "Spice" voi olla toisaalta varoitus tulevasta ongelmista. Usein Euroopan lainkäyttöalueiden ulkopuolella sijaitsevien edistyneiden kemistien kyky aikaansaada orgaanista synteesiä pienin kustannuksin voi johtaa huomattavan monilukuisten psykoaktiivisten aineiden kehittämiseen. Tämän myötä kuvaan voi tulla täysin uusia kemikaaliryhmiä, myös monia analogisia yhdisteitä, joita voi olla vaikea havaita ja jotka voivat aiheuttaa melkoisia ongelmia yksittäisiin yhdisteisiin perustuvalla valvontapolitiikalle. Koska osalla näistä aineista voi olla laillisia käyttötapoja tai niitä voidaan myydä oletettuun lailliseen käyttötarkoitukseen, ne voivat jäädä huumevalvonnan ja kaupan sääntelyn välimaastoon.



Luku 1

Toimintalinjat ja lainsäädäntö

Johdanto

Kuluneen vuoden aikana on laadittu kaksi uutta eurooppalaista ja kansainvälistä huumausainepoliittista asiakirjaa. Euroopan unioni julkisti joulukuussa 2008 uuden huumausaineita koskevan toimintasuunnitelmansa (2009–2012). Muutamaa kuukautta myöhemmin Yhdistyneet Kansakunnat antoi uuden poliittisen julistuksen ja toimintasuunnitelman maailman huumeongelman torjumiseksi. Uusien huumausainepoliittisten asiakirjojen sisältöä ja kansalaisyhteiskuntaa edustavien organisaatioiden roolia asiakirjojen laadinnassa käsitellään tässä luvussa.

Kansainvälisessä poliittisessa keskustelussa on käsitelty muun muassa huumausainekauppaa ja tässä luvussa arvioidaan huumausaineiden kaupasta tuomittavia vähimmäisrangaistuksia koskevan lainsäädännön viimeaikaista kehitystä Euroopassa. Myös haittojen vähentäminen on ollut tärkeä aihe poliittisessa keskustelussa. Tässä luvussa selvitetään kahden tärkeän siihen liittyvän toimenpiteen – neulojen ja ruiskujen vaihdon sekä korvaushoidon – oikeudellista asemaa.

Muita käsiteltäviä aiheita ovat kansallisten huumestrategioiden ja toimintasuunnitelmien hyväksyminen ja arviointi viime aikoina, uudet tiedot huumausaineisiin liittyvistä julkisista menoista ja niiden suuntaukset sekä huumeisiin liittyvän tutkimuksen kehitys Euroopassa.

Kansainvälisten ja EU:n toimintalinjojen kehitys

YK:n uusi poliittinen julistus ja toimintasuunnitelma

Yhdistyneiden Kansakuntien uusi poliittinen julistus ja toimintasuunnitelma (1) hyväksyttiin YK:n huumausainetoimikunnan (CND:n) tämänvuotisen istunnon aikana pidetyssä korkean tason poliittisessa tapaamisessa. Tämä oli tulosta vuosia kestäneestä pohdinnasta ja osa maailman huumeongelmaa käsitelleessä vuoden 1998 YK:n yleiskokouksen ylimääräisessä istunnossa (UNGASS)

päätettyjen toimenpiteiden toteuttamisen ja tavoitteiden saavuttamisen 10-vuotisarviointia.

Euroopan unionilla ja sen jäsenvaltioilla oli johtava asema UNGASS-arvioinnissa. Euroopan unionin kanta arviointiprosessista muotoutuvaan YK:n huumausainepoliittikkaan esitettiin Euroopan unionin neuvoston laatimassa yhteisessä kannassa. Asiakirjassa korostetaan kansanterveyden merkitystä kansainvälisen huumausaineiden valvontajärjestelmän ensimmäisenä periaatteena ja tarvetta koko järjestelmän laajuiseen yhtenäisyyteen YK:n elimissä (kuten kansainvälinen huumausaineiden valvontaelin INCB, Yhdistyneiden Kansakuntien huumausaine- ja kriminaalipoliittikan toimisto UNODC, Yhdistyneiden Kansakuntien yhteinen HIV:n ja aidsin vastainen ohjelma UNAIDS, Maailman terveysjärjestö WHO) huumausaineiden alalla. Lisäksi uuteen YK:n poliittiseen julistukseen toivottiin sisällytettävän tietyt keskeiset osat ja ensisijaiset tavoitteet. Niihin kuului muun muassa tarve kattavaan, yhtenäiseen ja tasapainoiseen huumausainepoliittikkaan, jossa painotetaan kysynnän pienentämistä ja johon kuuluu myös haittojen vähentäminen. EU tähdensi, että kansainvälisten ihmisoikeusyleissopimusten kunnioittaminen – myös oikeus terveyteen – olisi otettava keskeiseksi osaksi uutta huumausainepoliittikkaa, jonka tulisi perustua tieteelliseen näyttöön. Lisäksi EU esitti, ettei vaihtoehtoisen kehityksen tukemisen ehtona saisi olla laittomien kasvien viljelyn vähentyminen, jos halutaan torjua huumausaineiden tuotantoa.

YK:n uusi asiakirja on sisällöllisesti samankaltainen kuin vuonna 1998 päätetyt alkuperäiset UNGASS:n julistukset ja toimintasuunnitelmat. Siihen sisältyy monia Euroopan unionin ajamia asioita, kuten toimintasuunnitelmastakin ilmenee: siinä arvioidaan nykyisen huumausainepoliittikan ongelmia ja luetellaan toimet, joiden toteuttamiseen YK:n jäsenvaltiot ovat sitoutuneet seuraavan vuosikymmenen aikana. Huumausaineiden kysynnän vähentämiseen sisältyviä keskeisiä toimia ja tavoitteita ovat ihmisoikeuksien entistä parempi kunnioittaminen, palvelujen saatavuuden parantaminen ja niiden tehostettu

(1) Political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem (poliittinen julistus ja toimintasuunnitelma kansainvälisestä yhteistyöstä maailman huumeongelman vastaisen yhtenäisen ja tasapainoisen strategian määrittelemiseksi).

Maailmanlaajuiset laittomat huumemarkkinat

Euroopan komission rahoittaman, maailmanlaajuisia huumemarkkinoita koskevan uuden tutkimuksen tulokset esiteltiin huumausainetoimikunnan istunnossa Wienissä vuonna 2009. ⁽¹⁾ Tutkimuksessa ei löydetty todisteita siitä, että maailmanlaajuinen huumeongelma olisi pienentynyt vuosien 1998 ja 2007 välisenä aikana. Joidenkin valtioiden kohdalla ongelma lieveni, mutta toisten kohdalla se paheni – joissakin tapauksissa huomattavasti.

Tutkimuksen mukaan laittomat huumemarkkinat eivät ole vertikaalisesti integroituneet eivätkä merkittävien välittäjien tai kartellien hallitsemat. Vaikka laittomien huumeiden myynnin arvioidaan tuottavan yli 100 miljardia euroa, suurimmalla osalla huumekauppaan osallistuvista on pienet tulot. Muutama henkilö tienaa omaisuuksia, mutta heidän osuutensa kokonaistuotosta on hyvin pieni.

Tutkimuksessa kerrotaan eri maiden kansallisen huumausainepolitiikan lähentymisestä: kysynnän vähentämiseksi annetaan enemmän painoarvoa, ja haittojen vähentäminen on yleisemmin hyväksyttyä. Myyjiä ja salakuljettajia koskevia toimenpiteitä on tiukennettu.

Tutkimuksen mukaan huumausainekiellon täytäntöönpano on aiheuttanut mittavia tahattomia ongelmia, joista monet olisi voitu ennustaa (esimerkiksi tuotannon ja kaupan maantieteellinen siirtyminen).

⁽¹⁾ Euroopan komission raportti "Report on global illicit drug markets, 2009" (saatavilla osoitteessa http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).

kohdistaminen haavoittuvimpiin ryhmiin. Tavoitteena on niin ikään huumausainepolitiikan tasapainottaminen huumausaineiden kysynnän vähentämiseksi, näyttöön perustuvien toimenpiteiden käyttöönotto sekä seuranta- ja laadunvalvontamekanismit. YK:n asiakirjassa ei kuitenkaan nimenomaisesti tunnusteta haittojen vähentämisen osuutta, vaikka Euroopassa on edistetty tätä lähestymistapaa tieteellisen tarkastelun puitteissa.

EU:n huumeidenvastainen toimintasuunnitelma

Euroopan komissio julkaisi syyskuussa 2008 loppuarviointinsa huumausaineita koskevasta EU:n toimintasuunnitelmasta (2005–2008). ⁽²⁾ Arvioinnissa käsiteltiin toimien toteutusta ja toimintasuunnitelmassa asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Siinä tarkasteltiin myös toimintasuunnitelman vaikutuksia EU:n jäsenvaltioiden kansalliseen huumausainepolitiikkaan ja selvitettiin Euroopan huumausainetilanteen viimeaikaisia suuntauksia.

Arvioinnissa todettiin, että vaikei kaikkia toimia ollutkaan toteutettu eikä kaikkia tavoitteita saavutettu, edistystä oli tapahtunut likipitään kaikilla toimintasuunnitelman osa-alueilla. Lisäksi sen, että useimpiin kansallisiin huumepoliittisiin asiakirjoihin sisältyi EU:n toimintasuunnitelman tavoitteiden kaltaisia tavoitteita, katsottiin osoittavan Euroopan maiden yhdentyneen entisestään huumausainepolitiikan alalla. Euroopan huumausainetilanteen todettiin myös jotakuinkin vakiintuneen, joskaan EU:n toimintasuunnitelman vaikutusta tähän suuntaukseen ei pystytty määrittämään.

Eräistä toiminnallisista puutteista huolimatta EU:n huumeidenvastaisen toimintasuunnitelman katsottiin tuottaneen lisäarvoa kolmella eri osa-alueella: se on sitouttanut jäsenvaltiot ja EU:n elimet pyrkimään yhteisiin tavoitteisiin, tarjonnut puitteet koordinoinnille ja johdonmukaisen lähestymistavan kehittämiseksi huumausaineiden alalla sekä toiminut poliittisena mallina kansainvälisellä tasolla.

Huumeidenvastaisen toimintasuunnitelman loppuarvioinnissa tuotiin esille myös asiakirjan seuraaja, EU:n huumeidenvastainen toimintasuunnitelma (2009–2012), jonka Eurooppa-neuvosto hyväksyi joulukuussa 2008. ⁽³⁾ Tämä toimintasuunnitelma on viides vuonna 1990 alkaneessa sarjassa ja toinen EU:n nykyisen huumausainestrategian (2005–2012) puitteissa laadittu. Sen yleisenä tavoitteena on vähentää merkittävästi väestön huumausaineiden käyttöä ja vähentää laittomien huumeiden käytöstä ja kaupasta aiheutuvia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja.

EU:n uudessa toimintasuunnitelmassa nimetään viisi ensisijaista tavoitetta toiminta-alueiden mukaan: koordinoinnin ja yhteistyön parantaminen ja yleisen tietoisuuden lisääminen, huumausaineiden kysynnän vähentäminen, huumausaineiden tarjonnan vähentäminen, kansainvälisen yhteistyön parantaminen ja pyrkimys ymmärtää ongelmaa paremmin. Uusi toimintasuunnitelma on edeltäjänsä keskitetympi, sillä tavoitteita on vain noin puolet (24) ja toimiakin vähemmän (72) kuin edellisessä. Lisäksi siihen sisältyy aiempaan toimintasuunnitelmaan kuulumattomia tavoitteita ja toimia. ⁽⁴⁾ Ulkoinen, riippumaton arvioija tekee nykyisen huumeidenvastaisen toimintasuunnitelman ja huumausainestrategian loppuarvioinnin vuonna 2012, minkä jälkeen pohditaan EU:n seuraavia huumausainepoliittisia asiakirjoja.

Kansalaisyhteiskunta ja huumausainepolitiikan valmistelu

Kansalaisjärjestöjen osallistuminen EU:n ja YK:n uusia huumausainepoliittisia asiakirjoja valmistelevaan

⁽²⁾ 13407/08 ADD3 Cordroque 69 (englanninkielinen asiakirja on luettavissa osoitteessa <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

⁽³⁾ EUVL C 326, 20.12.2008, s. 7.

⁽⁴⁾ Katso EU:n huumausaineita koskeva toimintasuunnitelma (2009–2012): uudet piirteet, s. 20.

EU:n huumausaineita koskeva toimintasuunnitelma (2009–2012): uudet piirteet

EU:n uudessa huumausaineita koskevassa toimintasuunnitelmassa kiinnitetään aiempaa enemmän huomiota kansalaisyhteiskunnan osallistumiseen huume politiikkaan. Euroopan huume foorumin perustamisen kautta toimintasuunnitelmassa yritetään kannustaa Euroopan kansalaisyhteiskuntaa sitoutumaan huume ongelmien vastaiseen toimintaan. Toimintasuunnitelmassa kehoitetaan myös jäsenvaltioita ottamaan kansalaisyhteiskunta mukaan toimintaan kaikilla asianmukaisilla huume politiikan tasoilla.

Ennaltaehkäisyyn, hoidon, haittojen vähentämisen ja kuntoutuksen toimenpiteiden laatua korostetaan yhä enemmän toimilla, jotka edellyttävät ohjeiden, hyvien käytäntöjen ja laatuvaatimusten laatimista ja vaihtamista sekä EU:n laadullisten vähimmäisvaatimusten tai kriteerien kehittämistä näillä aloilla. Huumeiden kysynnän vähentämisen nimissä myös vankiloiden tilanteelle annetaan lisähuomiota: jäsenvaltioiden edellytetään tarjoavan samanlaisia palveluja vankiloissa oleville huumeenkäyttäjille kuin vankiloiden ulkopuolella oleville käyttäjille, tarjoavan jälkihoitoa vankilasta vapautumisen jälkeen sekä ylipäätään parantavan huume ongelmien ja -palvelujen valvontaa tässä yhteydessä.

Useimmat tarjonnan vähentämiseen liittyvistä toimista kohdistuvat lainvalvonnan ja jäsenvaltioiden välisen oikeudellisen yhteistyön parantamiseen, mikä tapahtuu usein lisäämällä EU:n elinten, hankkeiden ja työkalujen käyttöä. Euroopassa ja Euroopan kautta tapahtuvan huumeiden lähtöaineiden laittoman kaupan ja salakuljetuksen vähentäminen on aiheena seitsemässä eri toimesta, joissa keskitytään laajasti käytännön toimintaan.

Kansainvälisen yhteistyön alalla annetaan enemmän painoarvoa vaihtoehtoiselle kehitykselle, ja tämän kaltaisille ohjelmille vaaditaan tehostettua taloudellista ja poliittista tukea kolmessa toimesta. Myös erillisissä sopimuksissa ja ohjelmissa yritetään pohtia tarkemmin tasapainoista lähestymistapaa kysynnän ja tarjonnan vähentämiseen.

Tietoon, tutkimukseen ja arviointiin liittyvä uusi toimi edellyttää keskeisten indikaattoreiden ja toimintasuunnitelmien kehittämistä huumerikollisuuteen, laittomaan viljelyyn, huume markkinoihin ja tarjonnan vähentämistä koskeviin toimenpiteisiin liittyvien tietojen keräystä varten. Enemmän painoarvoa annetaan myös tutkimuksen lisäämiselle huumausaineiden alalla sekä huume politiikan arvioinnin kehittämiseksi niin kansallisella kuin EU:nkin tasolla.

keskusteluun on tärkeä osa kansalaisyhteiskunnan sitouttamista tähän politiikan alaan. Euroopan komission huumausaineita käsittelevä kansalaisyhteiskunnan foorumi keskusteli toukokuussa 2008 huumausaineita koskevan EU:n toimintasuunnitelman (2005–2008)

arvioinnin tuloksista ja seuraavan toimintasuunnitelman tarpeista ja mahdollisesta sisällöstä (Euroopan komissio, 2008a). Foorumin 26 kansalaisjärjestöä ehdottivat, että kansanterveyden ja ihmisoikeuksien periaatteet tulisi asettaa EU:n huumausainepolitiikan keskiöön ja että leimautumisen ja syrjinnän torjuntaa olisi korostettava. Ne toivoivat myös lisähuomiota haavoittuvimpiin ryhmiin, sekakäyttöön, mielenterveysasioihin, vankiloiden tilanteeseen ja huume kuolemien ennaltaehkäisyyn. Foorumin esille ottamiin ensisijaisiin toimiin kuuluvat valtiovallan ja kansalaisyhteiskunnan toimien tehostettu koordinointi, huumausaineiden kysynnän vähentämisen laatuvaatimusten kehittäminen, tietojenkeruumekanismien tehostaminen sekä tuki kolmansien maiden vaihtoehtoiselle kehitykselle.

Kansalaisjärjestöjen osuutta edistymisessä kohti vuoden 1998 UNGASS-tavoitteiden saavuttamista arvioi kansalaisjärjestöjen Wienin huumausainekomitea Euroopan komission ja useiden EU:n jäsenvaltioiden rahallisella tuella. Vuoden 2008 jälkeinen prosessi perustui yhdeksään alueelliseen kuulemiseen, jotka huipentuivat heinäkuussa 2008 Wienissä järjestettyyn foorumiin. Foorumin hyväksymässä loppujulistuksessa ja kolmessa päätöslauselmassa korostettiin kansalaisjärjestöjen monipuolista toimintaa ja yhä kasvavaa roolia huumausainepolitiikan alalla. ⁽⁵⁾ Kansalaisjärjestöt kehottivat hallituksia ja kansainvälisiä järjestöjä kuulemaan niitä säännöllisesti ja lisäämään niille annettavaa tukea. Jäsenvaltioille ja kansainvälisille järjestöille osoitetuista moninaisista pyynnöistä voidaan mainita tässäkin useita, kuten kattava ja tasapainoinen huumausainepolitiikka, joka rakentuu ihmisoikeuksien, kansanterveyden ja tieteellisen näytön varaan; seuranta- ja arviointivalmiuksien lisääminen; parhaiden käytäntöjen sekä erityisesti YK:n tehokkaan hoidon suuntaviivojen kehittäminen ja levittäminen; huumausaineiden saatavuus ja riittävä tarjonta kipulääkkeinä; vaihtoehtoiset seuraamukset ja säännökset huumausainerikoksista; huumausaineriippuvaisten tai huumausainerikoksista tuomittujen vankien ihmisoikeuksien kunnioittaminen.

Kansalliset huumausaineita koskevat strategiat ja toimintasuunnitelmat

Uudet suuntaukset

Huumausainestrategiat ja -toimintasuunnitelmat ovat nyt keskeisiä kansallisen huume politiikan työvälineitä Euroopassa. Yhtä lukuun ottamatta kaikki EMCDDA:n seuraamat 30 maata ovat hyväksyneet tällaiset asiakirjat, joita ne myös määrääjain uudistavat.

⁽⁵⁾ http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56

Vuonna 2008 uuden huumausainepoliittisen asiakirjan ⁽⁶⁾ hyväksyivät Kreikka, Ranska ja Yhdistynyt kuningaskunta. Kreikka hyväksyi nykyistä huumausainestrategiaansa täydentävän toimintasuunnitelman vuosiksi 2008–2012. Uuden suunnitelman tavoitteisiin kuuluu muun muassa huumausainehoidon parempi tarjonta. Ranskan uusi toimintasuunnitelma vuosiksi 2008–2011 kattaa huumausaineet, alkoholin ja tupakan. Suunnitelman ensisijaisiin tavoitteisiin kuuluu nuorten huumeidenkäytön aloittamisen ehkäiseminen muistuttamalla, että se on kiellettyä, ja tiedottamalla nuorille ja heidän vanhemmilleen siihen liittyvistä riskeistä. Yhdistyneen kuningaskunnan hyväksymät uusi huumausainestrategia vuosiksi 2008–2018 ja siihen liittyvä toimintasuunnitelma vuosiksi 2008–2011 tähtäävät huumausaineiden tarjonnan rajoittamiseen ja kysynnän pienentämiseen, ja erityistä huomiota kiinnitetään perheiden suojeluun ja yhteisöjen vahvistamiseen.

Kymmenen EU:n jäsenvaltion kansallisten huumausainepoliittisten asiakirjojen voimassaoloaika päättyi vuonna 2008. Espanja hyväksyi uuden huumausainestrategian helmikuussa 2009, ja kahdeksan maata (Bulgaria, Irlanti, Italia, Kypros, Liettua, Portugali, Romania, Slovakia) valmistautui viimeistelemään ja hyväksymään uudet huumausaineita koskevat strategiat ja toimintasuunnitelmat vuoden 2009 ensimmäisellä puoliskolla. Latvia jatkoi vuosien 2005–2008 ohjelmaa yksivuotisella toimintasuunnitelmalla. Myös Alankomaat suunnittelee korvaavansa vuonna 1995 vahvistetun valkoisen kirjan huumausainepoliitikasta vuoden 2009 aikana, ja monissa maissa ainakin yksi huumausainepoliittinen asiakirja vanhennee tänä vuonna (Tšekki, Luxemburg, Unkari, Slovenia, Kroatia, Turkki).

Arviointi

Jotakuinkin kaksi kolmannesta Euroopan maista on ilmoittanut arvioivansa jatkuvasti tai vuosittain kansallisissa huumausaineasiakirjoissaan määriteltyjen toimien toteutumista. Useimmiten huumausainepoliittikkaan liittyviltä palveluntarjoajilta ja ministeriöiltä kerättyihin tietoihin perustuva tilanneraportti annetaan hallituksen tai kansanedustuslaitoksen käsiteltäväksi. Niinpä useimmat maat ovat jo aloittaneet EU:n huumeidenvastaisen toimintasuunnitelman (2009–2012) toimen nro 70 täytäntöönpanon. Siinä kehoitetaan EU:n jäsenvaltioita arvioimaan ja hiomaan kansallista huumeepoliittikkaansa säännöllisesti ja jatkuvasti.

Samantyyppinen arviointi voidaan tehdä myös kansallisten huumausaineita koskevien strategioiden ja

toimintasuunnitelmien loppuarvioinnista, ja yli 20 maata on ilmoittanut valmistelewansa tai juuri suorittaneensa sellaisen. Joskus loppukertomus on yhteenvedo vuotuisista täytäntöönpanokatsauksista, joskus taas siinä pyritään tutkimaan perusteellisemmin politiikan täytäntöönpanoprosessia, tehokkuutta tai vaikutuksia. Perusteellisemman lähestymistavan omaksuneista maista kaksi (Kypros, Luxemburg) ovat päättäneet käyttää apuna ulkomaalaisia arvioijia.

Huumausainestrategioiden tai toimintasuunnitelmien tulosten yhdistäminen huumausainetilanteen muutoksiin on huomattavan vaikeaa huumausainepoliittikan arvioinnissa. Ongelmia on laajojen toimintakokonaisuuksien vaikutusten hahmottamisessa ja keskeisten ympäristötekijöiden vaikutuksen ymmärtämisessä, esimerkiksi huumausainemarkkinat tai huumausaineiden käytön ja nuorten elämäntyylien suuntaukset. Muutamissa Euroopan maissa on yhtä kaikki pyritty selvittämään huumausaineita koskevien strategioiden ja toimintasuunnitelmien yhteyksiä huumausainetilannetta kuvaaviin indikaattoreihin. Tämän oletetaan yleistävän EU:n uuden huumeidenvastaisen toimintasuunnitelman (2009–2012) myötä, sillä suunnitelmassa kehoitetaan kehittämään välineitä huumausainepoliittikan tehokkuuden ja vaikutusten mittaamiseen. EMCDDA kehittää lisäksi parhaillaan jäsenvaltioille ohjeita avuksi huumausainepoliittisten asiakirjojen tulosten arviointiin ja tulkintaan.

Julkiset menot

Poliittiset päättäjät tarvitsevat yksityiskohtaista ja luotettavaa tietoa huumausaineisiin liittyvistä julkisista menoista voidakseen arvioida resurssien tosiasiallista kohdentamista tälle osa-alueelle ja viime kädessä huumausainepoliittikan kustannustehokkuutta. Siksi sen arviointi, paljonko valtiot käyttävät varoja huumausaineiden käytön torjuntaan, on olennainen edellytys huumausaineiden käytön laajojen vaikutusten ymmärtämiselle.

Arviot julkisista menoista perustuvat hallitusten talousarvioihin ja kirjanpitoasiakirjoihin. Kansallisen huumausainepoliittikan täytäntöönpanosta aiheutuvien kokonaiskustannusten arviointi on silti vaikeaa, koska tällöin on yhdistettävä eri hallintotasoilla (paikallisesti, alueellisesti, valtakunnallisesti) toteutettavia toimia, joiden rahoitus voi olla peräisin talousarvion eri kohdista, eikä kaikkia ole välttämättä merkitty juuri huumeita koskeviksi eriksi.

Euroopan yhteenlasketuiksi huumausaineisiin liittyviksi julkisiksi menoiksi on arvioitu 34 miljardia euroa

⁽⁶⁾ Termillä ”kansallinen huumeepoliittinen asiakirja” tarkoitetaan hallituksen hyväksymiä virallisia asiakirjoja, joissa määritellään huumeita koskevat yleiset periaatteet ja erityiset toimet tai tavoitteet ja jotka voidaan virallisesti nimetä huumeestrategiaksi, toimintasuunnitelmaksi, ohjelmaksi tai muuksi poliittiseksi asiakirjaksi.

vuonna 2005 (EMCDDA, 2008a). Tätä arviota ei ole voitu päivittää, koska raportoinnissa esiintyy paljon puutteita. Hyvän kuvan tiedonkeräyksen vaikeudesta saa esimerkiksi siitä, että tietoja vuodelta 2007 ilmoittaneista 23 maasta ainoastaan Tšekki pystyi erittelemään menot hallintotasokohtaisesti. Useimmat maat toimittivat tietoja keskushallinnon menoista, seitsemän myös alue- tai paikallishallinnon menoista (Belgia, Tanska, Viro, Itävalta, Suomi, Kroatia) tai sosiaaliturvarahastojen menoista (Saksa).

Merkityt ja merkitsemättömät menot

Merkittyyä menoja ovat suunnitellut, huumeaineisiin liittyvät yleisen valtionhallinnon julkiset menot. Ne edustavat valtion vapaaehtoista sitoutumista huumeaineita koskevaan toimintaan, ja ne voidaan selvittää tarkastelemalla seikkaperäisesti valtioiden talousarvioita. Vuoden 2007 tietoja ilmoittaneista 23 maasta 16 ilmoitti pelkästään merkityt menot. Usein (esimerkiksi Viro, Ranska, Puola, Romania) valtaosa ilmoitetuista merkityistä menoista liittyi kansallisten huumeainepoliittisten asiakirjojen täytäntöönpanoon.

Kaikkia huumeaineisiin liittyviä menoja ei kuitenkaan merkitä sellaisiksi valtioiden talousarvioissa. Useimmissa maissa osa huumeaineisiin liittyvään toimintaan käytetyistä varoista sisältyy muihin ohjelmiin ja toimiin (esimerkiksi poliisin yleiseen toimintabudjettiin tai sekä laillisiin että laittomiin aineisiin liittyviin toimiin). Näissä tapauksissa ”merkitsemättömät menot” on arvioitava kustannusmallintamisen avulla. Aiempien tutkimusten tulosten perusteella merkitsemättömät menot muodostavat

usein valtaosan huumeaineongelmaan liittyvistä kansallisista menoista.

Huumeaineisiin liittyvät julkiset menot voidaan luokitella julkisyhteisöjen tehtäväluokituksen (COFOG) avulla (EMCDDA, 2008e). Kolme maata toimitti ensimmäisen COFOG-tason mukaan luokitellut merkityt menot (Luxemburg, Suomi, Yhdistynyt kuningaskunta ainoastaan Englannin osalta), ja ainoastaan Yhdistynyt kuningaskunta ilmoitti luvut ”yleiselle julkishallinnolle”, ”koulutukselle” ja ”sosiaaliturvalle”. (7) Näissä kolmessa maassa ”terveydenhuolto” sai suurimman osan yhteenlasketuista varoista, toiseksi eniten sai ”yleinen järjestys ja turvallisuus” (taulukko 1). Sitä vastoin niissä maissa, jotka toimittavat COFOG-tiedot merkitsemättömistä menoista, valtaosa kohdentui ”yleiseen järjestykseen ja turvallisuuteen” ja vasta sen jälkeen ”terveydenhuoltoon”. Tämä vastaa aiemmissa raporteissa (katso EMCDDA, 2008e) tehtyjä havaintoja, jotka viittaavat siihen, että vaikka enin osa merkityistä menoista kohdennetaan ”terveydenhuollon” toimiin, ”yleinen järjestys ja turvallisuus” saa leijonanosan huumeaineisiin liittyvistä julkisista menoista.

Suuntaukset

Useimmissa maissa, joista on saatavissa johdonmukaista tietoa, kiintein hinnoin arvioidut merkityt menot kasvoivat vuonna 2007 vuoteen 2005 verrattuna. Kasvun vaihteluväli oli 14–23 prosenttia (Tšekki, Irlanti, Liettua, Luxemburg, Kroatia) ja jopa 72 prosenttia (Kypros, Suomi). Yhdistyneessä kuningaskunnassa merkityt menot pysyivät muuttumattomina tänä aikana.

Taulukko 1. Merkityt ja merkitsemättömät huumeaineisiin liittyvät julkiset menot vuonna 2007 julkisyhteisöjen tehtäväluokituksen (COFOG) mukaan raportoivissa EU:n jäsenvaltioissa

COFOG-luokka	Luxemburg miljoonaa euroa (%)		Suomi ⁽¹⁾ miljoonaa euroa (%)		Yhdistynyt kuningaskunta miljoonaa euroa (%)
	Merkityt	Merkitsemättömät ⁽²⁾	Merkityt	Merkitsemättömät	Merkityt
Yleiset julkiset palvelut	–	–	–	–	50,4 (3,6)
Yleinen järjestys ja turvallisuus	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	–	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Terveydenhuolto	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Koulutus	–	–	–	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Sosiaaliturva	–	–	–	–	10,5 (0,8)

⁽¹⁾ Tiedot vuodelta 2006.
⁽²⁾ Luxemburg on toimittanut yksityiskohtaiset tiedot mallintamisenettelyistä, joilla merkitsemättömien menojen arviot on saatu.
 Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2008).

(7) COFOG-luokituksessa on kolme hierarkista tasoa. Ensimmäisellä tasolla valtion menot jaetaan kymmeneen tehtävään.

Kansallinen lainsäädäntö

Euroopan unionin tasapainoisessa lähestymistavassa huumausainepolitiikkaan painotetaan yhtäläisesti kysynnän ja tarjonnan vähentämistä. Viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana hyväksytyn kansallisen lainsäädännön tarkastelu osoittaa, että lakien säätäminen EU:n jäsenvaltioissa on ollut vilkasta ja poliittisen sitoumuksen mukaista. Maat ovat perustaneet sääntelypuitteita tiettyjä haittojen vähentämistoimia varten ja lisänneet huumausaineiden kaupasta määrättäviä rangaistuksia. Jakson puolivälissä kahdella EU:n välineellä tehostettiin näitä prosesseja. Vuonna 2003 Euroopan unionin neuvosto antoi suosituksen huumausaineiden väärinkäyttöön liittyvien terveyshaittojen ehkäisemisestä ja vähentämisestä. Siinä kehoitettiin muun muassa tarjoamaan asianmukaista korvaushoitoa ja mahdollisuutta käyttää neulojen ja ruiskujen jakelua ja vaihtoa.⁽⁸⁾ Myös 25. lokakuuta 2004 tehdyssä neuvoston puitepäätöksessä 2004/757/YOS kehoitettiin määräämään ankarampia seuraamuksia huumausaineiden kaupasta. Tässä osiossa kuvataan viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana ilmenneitä suuntauksia haittojen vähentämisen sääntelyssä ja huumausainekauppioiden rangaistuksissa. Siitä käy ilmi, että kansallinen toiminta näillä aloilla näkyy myös EU:n sopimuksissa, joskin tietyt maat ovat käyttäneet oikeuttaan sopimuksissa määriteltyjä vähimmäisnormeja tiukempaan sääntelyyn.

Opioidikorvaushoito

Vuodesta 1998 alkaen kaikkiaan 18 maata on ilmoittanut 45 säädöksestä, jotka koskevat korvaushoito-ohjelmien oikeuskehyksen perustamista tai muuttamista. Monissa näistä teksteistä on keskitytty perustamaan tai sääntelemään ohjelmia ainakin jossain määrin yksityiskohtaisesti: Irlannissa (1998), Puolassa (1999), Saksassa (2000), Tšekissä ja Portugalissa (2001), Kreikassa ja Luxemburgissa (2002), Belgiassa ja Ranskassa (2004), Latviassa (2005) sekä Liettuassa ja Itävallassa (2007).

Kun Euroopan maiden hyväksymissä laeissa ja asetuksissa on katettu opioidikorvaushoidon monia eri osa-alueita, vuoteen 2004 saakka näkyi selkeä sallittujen aineiden määrittelyn suuntaus. Tänä aikana noin neljänneksessä säännöksistä sallittiin metadonin tai buprenorfiinin kaltaisten aineiden käyttö tai säänneltiin sitä. Sitä vastoin kolmanneksessa vuodesta 2002 lähtien ilmoitetuista säädöksistä määriteltiin ohjelmiin pääsy tai helpotettiin sitä. Opioidikorvaushoitoon käytettäviä aineita saavat tietyissä maissa määrät hoidokeskusten lääkärit,

joskin muidenkin lääkäreiden määräykset sallitaan usein.⁽⁹⁾ Lainsäädännössä täsmennetään yleensä myös valtuutetut jakelijat, jotka ovat useimmiten apteekkeja tai hoitokeskuksia, mutta osassa maista myös lääkärit voivat jaella lääkkeitä.

Neulojen- ja ruiskujenvaihto-ohjelmat

Neulojen- ja ruiskujenvaihto-ohjelmat voivat olla paikallisia, alueellisia tai kansallisia. Joskus ne on sallittu erityisellä kansallisella oikeuskehyksellä, yleensä näin ei kuitenkaan ole. Kuluneen kymmenen vuoden jakson alussa Euroopasta raportoiduissa laeissa pyrittiin pääasiassa tarjoamaan oikeuskehys tällaista toimintaa varten (Slovenia vuonna 1999, Puola vuonna 2001, Suomi vuonna 2003) tai määrittämään pääsy neulojen- ja ruiskujenvaihto-ohjelmiin tai helpottamaan sitä (Belgia ja Ranska vuonna 1998, Suomi vuonna 2003). Lainsäädännön painopiste siirtyi pian näiden ohjelmien sääntelyyn, ja Belgia, Portugali ja Luxemburg hyväksyivät erityiset, yksityiskohtaiset lait tai asetukset vuosina 2000, 2001 ja 2003. Niissä säädettiin, ketkä tällaisia ohjelmia saavat toteuttaa ja ovatko esimerkiksi jakeluautomaatit sallittuja. Portugalissa sääntelykehystä laajennettiin vuonna 2007 kattamaan vankiloiden neulan- ja ruiskunvaihto-ohjelmat.

Osa maista on hyväksynyt lainsäädäntöä, jolla puututaan siihen ongelmaan, että neulojen- ja ruiskujenvaihto-ohjelmat voivat olla huumausaineiden käytön ”helpottamisen” tai siihen ”yllyttämisen” kriminalisointia koskevien säännösten vastaisia. Belgiassa ja Saksassa asia on ratkaistu sisällyttämällä lakiin säännös, jossa nimenomaisesti vapautetaan tietyt ohjelmat näistä rajoituksista, joskin jaeltujen ruiskujen määrää on jouduttu rajoittamaan. Muutamissa maissa poliisia on ohjeistettu tarkoituksenmukaisista lainvalvontakäytännöistä neulojen ja ruiskujen jakelupaikkojen läheisyydessä. Kaiken kaikkiaan steriilien ruiskujen ja neulojen joutuminen poliisin takavarikoimiksi on harvinaista Euroopan unionissa.

Huumausainekaupan seuraamukset

Viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana EU:n jäsenvaltiot ovat todenneet sekä yhdessä että erikseen, että huumausainekauppaan liittyvistä rikoksista pitäisi rangaista ankarammin, vaikka rikokset onkin määriteltävä eri tavoin lähes 30 maan laeissa. ”Huumausainekaupan” rikokseen voi sisältyä tuotanto tai viljely, maahantuonti ja vienti, kuljettaminen, tarjoaminen, myynti ja/tai hallussapito tarkoituksena jaella tai toimittaa edelleen tai ajatus ”voitosta” tai ”kaupallisuudesta”.

⁽⁸⁾ Neuvoston suositus, annettu 18 päivänä kesäkuuta 2003 (EUVL L 165, 3.7.2003, s. 31).

⁽⁹⁾ Katso kaavio 11, s. 80.

Vuodesta 1999 vuoteen 2004 kuusi maata hyväksyi lait, joilla tiukennettiin tietyistä huumeainekauppaan liittyvistä rikoksista määrättäviä seuraamuksia. Vuonna 1999 Irlannissa määriteltiin uusi rikos, suuren huumeainemäärän hallussapito (arvoltaan yli 12 700 euroa) tarkoituksena toimittaa huumeainetta edelleen. Siitä määrätään aina vähimmäisrangaistukseksi kymmenen vuotta vankeutta. Vuonna 2000 Yhdistynyt kuningaskunta otti käyttöön seitsemän vuoden vankeusrangaistuksen vähimmäisrangaistuksena kolmannelta A-luokan huumeiden kaupasta annettavasta tuomiosta, ja vuonna 2001 Kreikka tiukensi huumeainekauppioiden rangaistuksia koskevaa lainsäädäntöä rajoittamalla heidän oikeuttaan ehdonalaan vapauttamiseen. Viron rikoslain muutoksilla vuosina 2002 ja 2004 korotettiin pienten määrien kaupasta määrättäviä enimmäisrangaistuksia kolmesta viiteen vuoteen ja suurten määrien kaupasta määrättäviä enimmäisrangaistuksia viidestä kymmeneen vuoteen. Tanskassa huumeainekaupasta määrättäviä rangaistuksia pidennettiin kuudesta kymmeneen vuoteen ja suurten määrien tai erityisen vaarallisten aineiden kaupasta määrättäviä rangaistuksia kymmenestä 16 vuoteen. Niin ikään vuonna 2004 Liettua tiukensi yksinkertaisista kaupankäyntirikoksista määrättäviä enimmillään kahden vuoden rangaistuksia 2–8 vuoteen, ja suurten määrien kaupan rangaistukseksi määrätään entisten 2–8 vuoden sijaan nyt 8–10 vuotta.

Lokakuussa 2004 tehdyssä neuvoston puitepäätöksessä 2004/757/YOS esitettiin huumeainekaupan rikoksia ja seuraamuksia koskevat vähimmäissäännöt. Sen jälkeen neljä muuta maata on hyväksynyt lait, joilla tavanomaisesta huumeainekaupasta määrättävät seuraamukset on saatettu päätöksen mukaisiksi. Vuonna 2006 Alankomaat tiukensi suurten huumeainemäärien kaupasta määrättävää enimmäisrangaistusta neljästä kuuteen vuoteen, ja Puola tiukensi suurten määrien hallussapidosta ja alaikäisille toimittamisesta määrättäviä enimmäisrangaistuksia viidestä kahdeksaan vuoteen ja määritteli myös vähimmäisrangaistukseksi kuusi kuukautta. Slovakiassa perusseuraamus huumeainekaupasta oli ennen 2–8 vuotta, nyt se on 4–10 vuotta, ja suurista määristä määrättävä rangaistus on kymmenen vuoden sijaan nyt 15 tai jopa 20 vuotta. Viimeksi Itävalta tiukensi vuonna 2007 huumeainesten luovuttamisesta muille tai tiettyjen huumeainesten viljelystä määrättäviä vankeusrangaistuksia kuudesta kuukaudesta kahteentoista kuukauteen. Tärkeimmistä rikoksista määrättäviä rangaistuksia ei muutettu, joskin suuren määrän määritelmää pienennettiin siten, että

Euroopan huumeaineita koskeva oikeustietokanta

Euroopan huumeaineita koskeva oikeustietokanta (ELDD) on EMCDDA:n verkossa oleva tietokanta, josta jäsenvaltiot ja Norja saavat tietoa Euroopan huumeisiin liittyvästä lainsäädännöstä. ELDD sisältää lakitekstejä alkuperäisissä muodoissaan, kunkin maan huumeainelainsäädännön profiilit sekä yksityiskohtaisia kertomuksia tietyistä aiheista. Sivuston Topic overviews -kohdassa on myös tiivistelmiä valikoitujen aiheiden lainsäädännöllisestä asemasta, mukaan lukien laitton huumeainekauppa, korvaushoito sekä neuloihin ja ruiskuihin liittyvät ohjelmat. (1)

(1) ELDD Topic overviews: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>

määrällinen raja on nyt 15-kertainen kynnysmäärään nähden, kun se oli ennen 25-kertainen.

Huumeainetutkimus

Huumeainetutkimus Euroopan maissa oli EMCDDA:n vuoden 2008 raportin erityiskysymys. (10) Tänä vuonna on tarkasteltu uusimmissa Reitox-raporteissa olevia viittauksia kansalliseen tutkimukseen ja näin on saatu kuva Euroopan maissa viime aikoina tehdystä tutkimustyöstä. Tässä osiossa kerrotaan myös Euroopan komission tänä vuonna käynnistämästä tutkimuksesta, jossa selvitetään huumeainetutkimusta EU:ssa.

Tutkimushankkeet jäsenvaltioissa

Euroopan maat mainitsivat yli 350 tutkimushanketta, joita on myös julkaistu vuosien 2007 ja 2008 kansallisissa Reitox-raporteissa. Yhdistynyt kuningaskunta mainitsi eniten tutkimushankkeita, yli 80 kappaletta. Seuraavina olivat Saksa ja Alankomaat, joista kumpikin mainitsi yli 30 hanketta, sekä Tšekki, Irlanti ja Suomi, joista kukin mainitsi yli 20 hanketta.

Viimeaikaisista tutkimuksista yli kolmannes käsitteli huumeainetilanteen vuoksi toteutettuja toimia, kolmanneksessa keskityttiin huumeainesten käyttöasteeseen, levinneisyyteen ja käyttötapoihin ja viidenneksessä huumeainesten käytön seurauksiin. Huomattavasti vähemmän huomiota tutkimusaiheina näyttävät saaneen muun muassa taustatekijät, riskit ja suojatekijät, huumeiden vaikutusmekanismit ja haittavaikutukset, tarjonta ja markkinat sekä menetelmälliset kysymykset.

(10) Lisätietoja EU:n ja jäsenvaltioiden huumeaineita koskevasta tutkimuksesta on saatavissa seuraavasta osoitteesta: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>

Tämän suppeahkon selvityksen tulokset tukevat EU:n uuden toimintasuunnitelman kehotuksia lisätä tutkimustoimintaa aliedustetuilla painopistealoilla, erityisesti huumeiden tarjonnan alalla.

Selvitys huumausaineita koskevasta tutkimuksesta Euroopan unionissa

Huumausaineiden tarjonta kuuluu nykytutkimuksessa aliedustettuihin aloihin. Tämä ilmenee Euroopan komission toimeksiannosta tehdystä tutkimuksesta ”Vertaileva analyysi Euroopan unionissa tehdystä, laittomia huumeita koskevasta tutkimustyöstä”. Tutkimusraportissa mainittiin ennaltaehkäisy, säädöspuitteet ja kiellot muina suhteellisen aliedustettuina aloina, kun

taas epidemiologiset aiheet todettiin yleisiksi. ⁽¹¹⁾ Tutkimuksen mukaan jäsenvaltioissa on toki laaja-alaista asiantuntemusta, mutta maiden välisten tietojen vertailtavuutta ja tutkimustyön näkyvyyttä olisi parannettava.

Osallistumisen eurooppalaiseen tutkimustoimintaan havaittiin vaihtelevan suuresti maasta toiseen, ja suuri osa kansainvälisestä yhteistyöstä on epävirallisella pohjalla. Tutkimuksessa kuitenkin korostettiin, että huumausaineita koskevaa tutkimusta voidaan edistää eurooppalaisten ja kansainvälisten tutkijaverkoston avulla. Tutkimusvalmiudet, yleinen laatu ja rahoituksen saatavuus vaihtelevat suuresti EU:ssa, ja tarve lisätä valmiuksia ja rahoitusta on huomattava, jotta katettaisiin laajempi osa

⁽¹¹⁾ Katso http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm

Luku 2

Huumeongelman torjunta Euroopassa pääpiirteittäin

Johdanto

Tässä luvussa esitetään yleiskatsaus siihen, millä tavoin Euroopassa on vastattu huumeongelmiin, ja käsitellään mahdollisuuksien mukaan suuntauksia, kehitystä ja laatuksymyksiä. Ensin arvioidaan ennalta ehkäisevää huumetyötä ja sen jälkeen hoitoa, haittojen vähentämistä ja sosiaalista kuntoutusta. Kaiken kaikkiaan nämä toimenpiteet muodostavat yhdessä kattavan kysyntää vähentävän järjestelmän. Niiden voidaan katsoa täydentävän toisiaan ja joskus niitä tarjotaankin yhdistelmänä ja samoissa laitoksissa. Tämä koskee entistä useammin esimerkiksi hoitoa sekä haittoja vähentäviä toimenpiteitä.

Huumausaineisiin liittyvän lainvalvonnan puitteissa kehiteltyjä toimenpiteitä käsitellään uudessa osiossa, jossa esitetään myös uusimmat tilastotiedot huumausainerikoksista. Luvun lopussa arvioidaan niin ikään vankiloissa olevien huumeidenkäyttäjien tarpeita ja tässä erityisympäristössä käytössä olevia toimenpiteitä.

Ehkäisevä huumetyö

Ehkäisevä huumetyö voidaan jakaa eri tasoihin tai strategioihin, jotka ulottuvat koko yhteiskuntaan kohdennetuista toimista (ympäristöön vaikuttavat toimet) aina riskialttiisiin henkilöihin (kohdennettu ehkäisy). Ihannetapauksessa eri strategiat eivät kilpaile keskenään vaan täydentävät toisiaan. Seuraavassa yleiskatsauksessa keskitytään viimeaikaiseen kehitykseen ja vastikään ilmoitettuihin, ennalta ehkäisevää työtä selvittäneiden kontrolloitujen tutkimusten tuloksiin.

Yleinen ehkäisevä huumetyö

Yleinen ehkäisevä huumetyö kohdistuu koko väestöön. Sen tavoitteena on estää tai viivästyttää huumausaineiden käytön ja huumausaineisiin liittyvien ongelmien alkua tarjoamalla nuorille tarpeelliset tiedot ja taidot huumausaineiden välttämiseksi. Euroopassa toteutettuja ennalta ehkäiseviä toimia seurataan nyt ensimmäistä kertaa järjestelmällisesti valtaosassa jäsenvaltioita. Uusimmat raportit vahvistavat, että huumausainetietoa levittämään tarkoitettujen toimenpiteiden, kuten kertaluonteiset

esitelmät, ovat tärkein osa kouluissa tapahtuvaa ja yhteisöjen keskuuteen vietyä yleistä ehkäisytyötä kaikissa näissä maissa. Tällaisen toiminnan tehokkuus ei kuitenkaan saada vahvistusta käytettävissä olevasta aineistosta. Yhä useammat maat (myös Tšekki, Kypros, Itävalta, Puola, Slovenia, Slovakia) ovat kuitenkin ilmoittaneet paremmin tieteeseen pohjautuvista toimista, esimerkiksi vakioprotokollan mukaisista ennaltaehkäisyn ohjelmista.

Harvoja tehokkaiksi osoittautuneita ennaltaehkäisyn ohjelmia on käsitelty Euroopassa EU-Dap-tutkimuksessa (<http://www.eudap.net>). Siihen osallistuu 7 000 oppilasta seitsemästä Euroopan maasta, ja oppilaiden ikä on 12–14 vuotta. Tutkimuksessa arvioidaan kattavaan sosiaaliseen vaikutukseen perustuvaa ehkäisyohjelmaa, jossa elämäntaitojen opettaminen yhdistetään normatiiviseen koulutukseen ja tietojen hankkimiseen huumausaineista. Kahden vuoden aikana ohjelma on havaittu tehokkaaksi usein toistuvan humaltumisen ja tiheän kannabiksen käytön vähentäjänä.

EU-Dap-tutkimustulokset ovat sukupuoliriippuvaisia, sillä ohjelman yleinen tehokkuus on seurausta pelkästään sen vaikutuksesta poikiin. Ei ole selvää, johtuuko tämä siitä, etteivät tytöt ole yhtä riskialttiita, vai siitä, etteivät he reagoi ohjelmaan. Sukupuoliriippuvaiset vaikutukset tulivat ilmi myös tanskalaisessa kontrolloidussa tutkimuksessa, joka käsiteli elämäntaito-ohjelmaa. Tytöillä suurin vaikutus ilmeni kiusaamisessa, viimeksi kuluneen viikon ja viimeksi kuluneen kuukauden alkoholinkäytössä, pojilla taas vaikutukset olivat suurimpia yli viiden alkoholiannoksen juojilla ja kannabista kokeilleilla.

Prahassa suoritettussa kontrolloidussa tutkimuksessa yhteisölähtöistä ohjelmaa, johon kuuluivat koulutuksellinen osa, vertaislähestyminen, elämäntaitojen opetus ja vanhempainohjelmat, vertailtiin koulujen vakiomuotoiseen ”vähimmäisehkäisytyöhön” (Miovský ym., 2007). Yhteisöpohjainen ohjelma vähensi tehokkaammin alkoholinkäyttöä ja vaikutti huumeidenkäyttöä koskeviin mielipiteisiin 13–15-vuotiailla oppilailla erityisesti tietyissä haavoittuvissa lapsiryhmissä, kuten yksinhuoltajaperheiden lapsissa. Siksi ohjelmassa todettiin olevan potentiaalia valikoivaan ehkäisevään huumetyöhön.

Valikoiva ja kohdennettu ehkäisytyö

Sekä valikoivassa että kohdennetussa ehkäisytyössä katsotaan, että huumeaineiden käytön ongelma keskittyy haavoittuviin ryhmiin tai yksilöihin, joiden sosiaaliset ja henkilökohtaiset mahdollisuudet ovat vähäiset (EMCDDA, 2008c). Valikoiva ehkäisytyö kohdistuu erityisryhmiin, perheisiin tai yhteisöihin, joiden jäsenet voivat muita todennäköisemmin ryhtyä käyttämään huumeita tai joutua huumeriippuvaisiksi vähäisten sosiaalisten siteiden ja resurssien vuoksi. Tätä lähestymistapaa koskeva tutkimustieto on esitelty EMCDDA:n parhaiden käytäntöjen portaalin uudessa osiossa (¹²). Kohdennetun ehkäisytyön tarkoituksena on tunnistaa henkilöt, joiden käyttäytymisongelmat tai psyykkiset ongelmat voivat ennakoita aineiden ongelmakäyttöä myöhemmällä iällä, ja kohdentaa heihin henkilökohtaisesti erityisiä toimenpiteitä.

Uutta tietoa etnisiin ryhmiin kohdennetusta valikoivasta ehkäisytyöstä on saatu Belgiasta ja Luxemburgista. Ainoastaan Saksa, Katalonia (Espanja), Luxemburg ja Itävalta ovat ilmoittaneet, että nuorisoriikillisille on järjestelmällisiä toimenpideprotokollia, sen jälkeen kun he ovat joutuneet tekemisiin rikosoikeusjärjestelmän kanssa. Muut maat ovat ilmoittaneet yleisistä tai tapauskohtaisista toimenpiteistä. Vuodesta 2008 lähtien kymmenessä jäsenvaltiossa on käynnistetty nuorisoriikillisille suunnattu järjestelmällinen toimenpideprotokolla FRED (¹³). FRED-järjestelmän tuore arviointi 140 saksalaisessa laitoksessa on osoittanut rikoksen uusimisen ja huumeidenkäytön vähentyneen ohjelmaan osallistujien keskuudessa.

Uusia kohdennetun ehkäisytyön hankkeita on ilmoitettu ainoastaan Saksasta, Alankomaista, Slovakiasta ja Ruotsista. Tällaiset hankkeet ovat erittäin harvinaisia Euroopassa, vaikka ne tiedetään tehokkaiksi (EMCDDA, 2009b). Ajankohtaisia esimerkkejä kohdennetuista ehkäisyhankkeista Euroopassa ovat vanhempien yhteistyökoulutuksen Oregon-malli, jota käytetään Alankomaissa ja Norjassa 4–12-vuotiaiden häiriökäyttäytyvien lasten vanhemmilla. Vastaavasti lähes 30 prosentissa Ruotsin kunnista käytössä olevassa Komet för föräldrar -menetelmässä keskitytään sellaisten lasten vanhempiin, joilla on ulkoistavia käyttäytymisongelmia sekä vaikeuksia myönteisten vertaissuhteiden luomisessa. Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jossa oli mukana 159 perhettä, osoitti osallistujien vanhemmuusvalmiuksien kohentuneen merkittävästi ja heidän lastensa käyttäytymisongelmien vähentyneen.

Joukkotiedotusvälineissä järjestettävät ainekohtaiset kampanjat

Euroopassa on kehitetty joukkotiedotusvälineissä järjestettäviä ainekohtaisia kampanjoita, jotka ovat kohdistuneet kannabiksen käyttöön (Tanska, Irlanti, Ranska, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta) sekä viime aikoina kokaiinin käyttöön (Irlanti, Espanja ja Yhdistynyt kuningaskunta).

Lähes kaikissa kampanjoissa varoitetaan kyseisen huumeen käytön vaaroista ja osassa käytetään sokkikeinoja. Vain kahdessa kampanjassa on otettu eri lähestymistapa. Yhdistyneen kuningaskunnan ja Kolumbian kampanjassa "Shared responsibility" vedotaan käyttäjien vastuuseen ympäristölle ja yhteiskunnalle koituvista haitoista, jotka liittyvät kokaiiniin tuotantoon. Alankomaissa vuonna 2006 järjestetty kannabista koskeva kampanja arvosteli normatiivisia käsityksiä tosielämään perustuvien tarinoiden avulla, joissa nuoret ihmiset esitettiin myönteisinä esikuvina, sen sijaan että kampanjassa olisi ollut varoituksia tai kuvauksia huumeiden käytöstä. Kampanjan arvioinnista kävi ilmi, että kannabiksen polton vastaiset sosiaaliset normit vahvistuivat ja että kampanjalla ei ollut kielteisiä vaikutuksia, mitä tulee normatiivisiin käsityksiin tai aikeisiin käyttää huumeita (Wammes ym., 2007).

Joukkotiedotusvälineissä järjestettävien, huumeiden käytön vaarallisuutta korostavien kampanjoiden vaikutusta käyttäytymismuutoksiin, asenteisiin tai aikomukseen käyttää huumeita arvioidaan vain harvoin. Lisäksi niiden vähäiset vaikutukset ja mahdolliset haitat ovat aiheuttaneet huolta. Kun esimerkiksi Yhdysvalloissa järjestetyn kansallisen kannabiskampanjan lopputulosta arvioitiin perusteellisesti, sillä ei huomattu olleen minkäänlaista kokonaisvaikutusta. Todisteita löydettiin kuitenkin siitä, että kampanjalla oli ollut tahattomia vaikutuksia kannabiksen eduksi ja että ihmiset, jotka eivät olleet aiemmin olleet kiinnostuneita kannabiksesta, ilmoittivat aikomuksesta käyttää sitä (Hornik ym., 2008). Skotlantilaisen kokaiinia koskevan kampanjan "Know the score" arvioinnissa kävi ilmi samanlaisia ongelmia (EMCDDA, 2007a).

Nuoren ihmisen päätöksentekoprosessi on monimutkainen, ja vertaisryhmän vuorovaikutus sekä käsitykset sosiaalisista normeista vaikuttavat siihen voimakkaasti. Näyttää siltä, että joukkotiedotusvälineiden tiedottaminen ei ole tähän mennessä kyennyt ottamaan tehokkaasti huomioon tätä monimutkaisuutta.

Hoito

Noin 400 000 huumeaineiden käyttäjän on ilmoitettu aloittaneen huumehoidon vuonna 2007. (¹⁴) Alle puolet hoidon aloittaneista oli ensikertalaisia. Kaiken kaikkiaan valtaosa hoidon kysynnästä (86 prosenttia) kohdistui avohoitokeskuksiin. Osuus on kasvanut viime vuosina

(¹²) <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>

(¹³) http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english

(¹⁴) Hoidon kysynnän indikaattoriin saatiin avohoidon osalta tiedot 23 maasta, kun kattavuus oli yli 70 prosenttia yksiköistä useimmissa maissa, ja laitoshoidon osalta 20 maasta, kun kattavuus oli yli 50 prosenttia yksiköistä useimmissa maissa.

monista eri syistä, muun muassa saatavuuden parannuttua ja erikoistuneen avohoidon monipuolistuttua.

Euroopassa huumeaineongelmien hoidossa käytetään pääasiassa psykososiaalisia toimenpiteitä, opioidikorvaushoitoa ja vieroitushoitoa. Psykososiaalisissa toimenpiteissä käyttäjille tarjotaan tukea heidän yrittäessään hallita ja voittaa huumeongelmansa. Toimiin kuuluvat neuvonta, motivointi, kognitiivinen käyttäytymisterapia, tapauskohtaiset ratkaisut, ryhmä- ja perheterapia sekä uudelleen sortumisen ehkäisy. Psykososiaaliset toimet muodostavat perustan yhteisölähtöiselle avo- ja laitoshoidolle, ja yleensä niillä myös täydennetään opioidien korvaushoitoa. Huumeieroitus on lyhytkestoista, lääkärin valvonnassa tapahtuvaa toimintaa, jonka tarkoituksena on ratkaista kroonisesta huumeidenkäytöstä johtuvat vieroitusoireet. Yleensä sitä annetaan laitoshoidona. Kunkin maan eri hoitotapojen suhteellisiin osuuksiin vaikuttavat monet tekijät, kuten kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän organisaatio.

Avohoito

Historiallisesti huumeainehoitoa on tarjottu suurelta osin laitosympäristössä, ja useimmat asiakkaista ovat olleet heroiinin käyttäjiä. Tilanne muuttui 1980- ja 1990-luvuilla avohoidon yleistyttyä nopeasti ja aivan viime aikoina yhä useampien kannabiksen- ja kokaiininkäyttäjien hakeutuessa hoitoon. Myös laillisten aineiden tai reseptilääkkeiden aiheuttamat ongelmat ovat yleistyneet.

Vuonna 2007 avohoidon aloittavista asiakkaista 54 prosenttia ilmoitti käyttävänsä ensisijaisesti opioideja, pääasiassa heroiinia, 21 prosenttia kannabista ja 18 prosenttia kokaiinia. Useat maat ovat ilmoittaneet muiden huumeiden kuin opioidien aiheuttamien ongelmien takia hoitoon tulevien asiakkaiden, varsinkin uusien asiakkaiden, määrän lisääntyneen (katso luvut 3 ja 5).

Avohoitoon hakeutuvat käyttäjät ovat valtaosin nuoria miehiä, joiden keski-ikä on 31 vuotta. Miehiä on lähes nelinkertaisesti naisia nähden (3,7:1). Hoitoasiakkaiden ikä- ja sukupuoliprofiili riippuu pääasiallisesta huumeesta. Kannabisasiakkaat ovat keskimäärin huomattavasti nuorempia (25 vuotta) kuin opioidien (32 vuotta) ja kokaiinin (33 vuotta) käyttäjät. Pääasiallisesta huumeesta riippumatta ensi kertaa hoitoon tulevat asiakkaat ovat keskimäärin kaksi vuotta nuorempia kuin kaikki asiakkaat yhteensä. Miesten määrä on naisia keskimäärin suurempi kokaiinia (5,1:1) ja kannabista (5,5:1) käyttävien asiakkaiden keskuudessa. ⁽¹⁵⁾

Yleisin hoitoonhakeutumistapa avohoidossa on oma-aloitteinen hakeutuminen, jonka osuus on noin kolmannes kaikista asiakkaista. Noin neljänneksen ohjaa hoitoon rikosoikeusjärjestelmä, ja loppujen ohjaajina toimivat sosiaali- ja terveyspalvelut tai epäviralliset verkostot, myös perhe ja ystävät. Sairaaloiden ja muiden lääketieteellisten tahojen hoitoonohjaus on harvinaista muualla paitsi Suomessa, jossa sen osuus on 25 prosenttia asiakkaista. Myös Unkari on poikkeus, sillä siellä yli 70 prosenttia asiakkaista on ohjattu hoitoon rikosoikeusjärjestelmästä. ⁽¹⁶⁾ Kannattaa huomata, että Unkarin rikoslain mukaan pienten määrien hallussapidosta ei tuomita rangaistukseen, jos huumeriippuvainen henkilö osoittaa olleensa huumehoidossa.

Psykososiaalista avohoitoa antavat useimmiten julkiset laitokset (16 maassa) tai kansalaisjärjestöt (kymmenen maata). Kansallisten asiantuntijoiden mukaan tällaista hoitoa on saatavissa valtaosalle sitä pyytävälle kymmenessä maassa ja lähes kaikille sitä pyytävälle 13 muussa maassa. Neljässä maassa (Bulgaria, Viro, Romania, Turkki) psykososiaalista avohoitoa arvioidaan kuitenkin olevan saatavilla alle puolelle aktiivisesti sitä pyytävistä (katso kaavio 1A). Näiden lukujen taakse voi kätkeytyä huomattavaa vaihtelua eri maiden kesken ja eroja erikoistuneiden hoito-ohjelmien saatavuudessa kannabiksen ja kokaiinin käyttäjille.

Opioidikorvaushoito

Psykososiaaliseen hoitoon yhdistetty korvaushoito on vallitseva opioidien käyttäjien hoitomuoto Euroopassa. Yleensä sitä annetaan avohoidona, mutta joissain maissa sitä on saatavana myös laitoshoidona. Esimerkiksi Itävallassa 65 prosenttia pitkäkestoisessa laitoshoidossa olevista asiakkaista saa hidaskäyttöistä morfiinia. Korvaushoitoa tarjotaan yhä enemmän myös vankiloissa. ⁽¹⁷⁾

Sen jälkeen kun Kyproksessa otettiin käyttöön suuriannoksinen buprenorfiinihoito vuonna 2007, opioidikorvaushoitoa on saatavissa kaikissa EU:n jäsenvaltioissa sekä Kroatiassa ja Norjassa. ⁽¹⁸⁾ Turkissa korvaushoitoa ei ole vielä otettu käyttöön, joskin se on sallittu hoitokeskuksista vuonna 2004 annetussa asetuksessa. Kuudessatoista maassa erikoistuneet julkiset avohoitokeskukset ovat korvaushoidon pääasiallisia tarjoajia. Tästä huolimatta vastaanotolla työskentelevät yleislääkärit ovat yhä merkittävämpiä tällaisen hoidon tarjoajia – usein yhdistetyn hoidon järjestelyissä – ja pääasiallisia tarjoajia tietyissä maissa (Belgian Vallonian

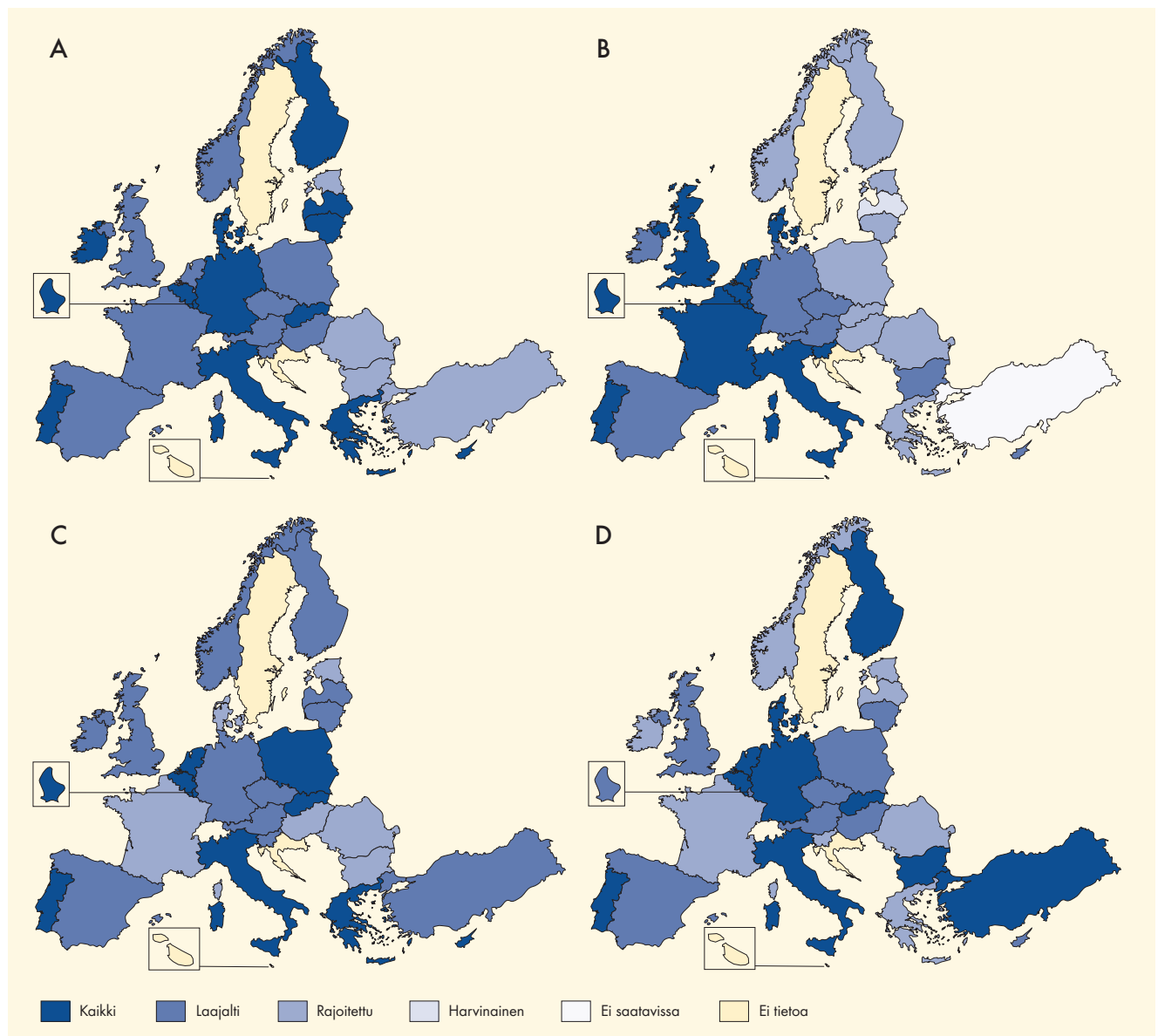
⁽¹⁵⁾ Katso taulukot TDI-10 ja TDI-21 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁶⁾ Katso taulukko TDI-16 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁷⁾ Katso Huumeiden käyttäjille annettava tuki vankiloissa, s. 37.

⁽¹⁸⁾ Katso taulukot HSR-1 ja HSR-2 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Kaavio 1. Hoitotapojen saatavuus suhteessa tarpeeseen kansallisten asiantuntijoiden arvioimana: (A) psykososiaalinen avohoito, (B) korvaushoito, (C) psykososiaalinen laitoshoido, (D) vieroitus



Huom. Saatavuus on määritelty arvioimalla, kuinka suuri osa hoitoa tarvitsevista huumeidenkäyttäjistä voi saada sitä: lähes kaikki (kaikki), valtaosa mutteivät kaikki (laajalti), useampi kuin muutama muttei valtaosa (rajoitettu), vain muutama (harvinainen) tai ei saatavissa. Tiedot on kerätty jäsenmäärä kyselylomakkeen avulla.

Lähteet: Reitoxin kansalliset yhteyspisteet.

alue, Tšekki, Saksa, Ranska, Luxemburg, Itävalta, Norja) (katso luku 6).

Arvioidaan, että vuonna 2007 noin 650 000 opioidien käyttäjää on saanut korvaushoitoa Euroopassa. ⁽¹⁹⁾ Kansallisten asiantuntijoiden mukaan tällaista hoitoa on saatavissa lähes kaikille opioidien käyttäjille yhdeksässä maassa ja valtaosalle käyttäjistä seitsemässä maassa. Korvaushoitoa arvioidaan olevan saatavilla osalle opioidien käyttäjistä kymmenessä maassa (Viro, Kreikka, Latvia, Liettua, Unkari, Puola, Romania, Slovakia, Suomi, Norja). Korvaushoidon saatavuutta koskevat tiedot

viittaavat alueelliseen kahtiajakoon: heikointa saatavuus on ilmoitusten mukaan Itä- ja Pohjois-Euroopassa (kaavio 1B).

Laitoshoido

Laitoshoido edellyttää, että asiakkaat yöpyvät hoitolaitoksessa useista viikoista useisiin kuukausiin. Näissä ohjelmissa noudatetaan yleensä huumeetonta periaatetta (ilman korvaushoitoa), ja tarkoituksena on opettaa asiakas pidättymään huumeiden käytöstä. Asiakkaille tarjotaan majoitus ja yksilöllisesti järjestettyä

⁽¹⁹⁾ Katso taulukko HSR-3 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

psykososiaalista hoitoa, minkä lisäksi he osallistuvat yhteiskuntaan kuntouttamiseen tähtäävään toimintaan. Tässä yhteydessä käytetään usein terapeutista yhteisöpohjaista lähestymistapaa. Laitoshoidon annetaan myös psykiatrisissa sairaaloissa erityisesti asiakkaille, joilla on samanaikaisia psykiatrisia häiriöitä.

Vuonna 2007 saatujen ilmoitusten perusteella noin 40 000 henkilöä eli yksi kymmenestä hoidon aloittaneesta huumeiden käyttäjästä on aloittanut laitoshoidon. Yli puolet heistä mainitsi opioidit pääasiallisesti huumeekseen (56 prosenttia), ja muut taas mainitsivat useimmiten kannabiksen (14 prosenttia), muut piristeet kuin kokaiinin (14 prosenttia) ja kokaiinin (7 prosenttia).

Laitoshoidon aloittavien huumausaineiden käyttäjien keskimääräinen ikä on 30 vuotta, mutta opioidi- ja kannabisasiakkaat ovat keskimäärin vanhempia (31 vuotta) kuin muiden piristeiden kuin kokaiinin käyttäjät (28 vuotta) ja kannabiksen käyttäjät (26 vuotta). Useimmat laitoshoidon asiakkaat ovat miehiä, ja miesten määrä suhteessa naisiin on kokonaisuudessaan 3,6:1. Suhde on pienempi pääasiallisesti muita piristeitä kuin kokaiinia käyttävillä (2,2:1) ja suurempi kokaiinin käyttäjillä (5,1:1) ja kannabiksen käyttäjillä (8:1). Useimmissa maissa, joista tietoa on saatavissa, työttömien ja epävarmoissa oloissa asuvien huumeidenkäyttäjien osuus on kuitenkin suurempi laitoshoidon asiakkaissa kuin avohoidossa. ⁽²⁰⁾

Laitoshoidon tärkeimmät tarjoajat ovat kansalaisjärjestöt (12 maassa) ja julkiset laitokset (11 maassa). Yksityiset laitokset täyttävät tämän tehtävän Tanskassa ja Luxemburgissa, ja ne ovat toiseksi tärkein tarjoaja kymmenessä maassa. Kansalliset asiantuntijat arvioivat, että psykososiaalista laitoshoidon on saatavissa valtaosalle hoitoon hakeutuvista 12 maassa ja lähes kaikille hoitoon hakeutuvista yhdeksässä maassa. Silti kuudessa maassa (Bulgaria, Tanska, Viro, Ranska, Unkari, Romania) tätä hoitomuotoa arvioidaan olevan saatavilla alle puolelle aktiivisesti sitä pyytävistä (katso kaavio 1C).

Vieroitus

Vieroitus on yleensä ennakkoedellytys pitkäaikaisen, huumeista pidättäytymiseen perustuvan laitoshoidon aloittamiselle. Sitä tarjotaan yleensä muttei yksinomaan laitostoimenpiteenä sairaaloissa, erikoistuneissa hoitokeskuksissa tai laitoksissa, joissa on lääketieteellinen tai psykiatrinen osasto.

Julkiset laitokset ovat vieroitushoidon pääasiallisena tarjoajana 21 maassa. Kansalaisjärjestöt ovat suurimpia tarjoajia Belgiassa (Flanderissa) ja Alankomaissa. Luxemburgissa ja Bulgariassa yksityinen sektori on vallitseva tarjoaja. Kansalliset asiantuntijat arvioivat,

että vieroitushoitoa on saatavissa valtaosalle siihen hakeutuvista yhdeksässä maassa ja lähes kaikille kymmenessä maassa. Kahdeksassa maassa (Viro, Irlanti, Kreikka, Ranska, Latvia, Romania, Slovenia, Norja) vieroitushoitoa arvioidaan olevan saatavilla alle puolelle aktiivisesti sitä pyytävistä (katso kaavio 1D).

Laadunvalvonta

Terveystieteiden suunnittelijat ja poliittiset päättäjät etsivät Euroopassa yhä yleisemmin mekanismeja, joilla varmistetaan huumeidenhoidon hyvä laatu. He pyrkivät asettamaan etusijalle näyttöön perustuvat toimenpiteet harkitessaan hoidon tarjontaa ja varojen kohdentamista.

Suuntaviivoista on tulossa tärkeä väline huumeidenhoidon laadunvalvonnan. Hoidon suuntaviivoihin sisältyvät muun muassa tieteelliseen näyttöön perustuvat suositukset, asiantuntijalausunnat, palvelujen käyttäjien mielipyykset ja kansalliset terveydenhoitojärjestelmät. Niiden tarkoituksena on auttaa valitsemaan ja soveltamaan tarkoituksenmukaisia huumeidenhoidon toimenpiteitä. Kansalliset huumeidenhoidon suuntaviivat laatii valtuutettu laitos 20 maassa (tietoja ilmoittaneita maita on kaikkiaan 27).

Käytössä olevat suuntaviivat koskevat erityisesti farmakologista huumeidenhoitoa. Kansallisia korvaushoidon suuntaviivoja on ilmoitusten mukaan laadittu 18 maassa ja 11 maassa on otettu käyttöön vieroituksen suuntaviivat. Silti noin kolmannes näistä maista ilmoittaa, etteivät ne käytä suuntaviivoja edellytyksenä hoitolaitoksen käytölle tai rahoitukselle.

Kansalliset psykososiaalista hoitoa ja sosiaalista kuntoutusta koskevat suuntaviivat ovat harvinaisempia. Vain seitsemän jäsenvaltiota (Bulgaria, Tšekki, Tanska, Saksa, Alankomaat, Slovenia, Yhdistynyt kuningaskunta) ilmoittaa, että niillä on käytettävissään suuntaviivat psykososiaalisia toimenpiteitä varten, ja viidellä (Tšekki, Saksa, Portugali, Slovenia, Yhdistynyt kuningaskunta) on käytössään suuntaviivat sosiaalista kuntoutusta varten. Kansallisten suuntaviivojen vähäisy johtunee vähäisestä näytöstä, mikä viittaa uusien useassa kohteessa toteutettavien, satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten tarpeeseen tällä alalla.

Henkilöstön jatkokoulutus on tärkeää laadukkaiden palvelujen varmistamiseksi. Erityisesti riippuvuushoitoa antavalle henkilöstölle suunnitellut kurssit ja jonkinlainen huumeidenhoitoa koskeva jatkokoulutus lääkäreille ovat yleisiä Euroopan unionissa. Useimmissa maissa samantyyppiset koulutusmahdollisuudet ovat muidenkin ammattilaisten käytettävissä, esimerkiksi sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät ja psykologit.

⁽²⁰⁾ Katso taulukot TDI-10, TDI-13, TDI-15 ja TDI-21 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Parhaiden käytäntöjen portaali: uusi hoitoa käsittelevä osa

Vuonna 2008 julkaistujen yleiseen ja valikoituun ehkäisytyöhön liittyvien osien jälkeen EMCDDA on lanseerannut uuden huumehoidolle omistetun osan Parhaiden käytäntöjen portaalissaan. Se sisältää yhdistelmän uusimpiin arvioihin pohjautuvista tuloksista, jotka liittyvät farmakologisen ja psykososiaalisen hoidon tehokkuuteen opioideihin, piristeisiin ja kannabikseen liittyvien häiriöiden osalta. Portaalissa työskentelyä on helpotettu Euroopan komission rahoittaman hoidon laatua ja parhaiden käytäntöjen vaihtoa koskevan tutkimuksen avulla (terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosasto, 2008b).

Hoito-osassa esitellään eri toimenpiteiden tehokkuutta vertailevien tutkimusten tulokset. Tehokkuus määritellään ihannetapauksessa toteuttamalla kontrolloituja tutkimuksia tai satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia, joissa toimenpiteitä verrataan erityisiin tuloksiin tähtääviin toimiin. Suurin osa tämän alan näyttöperustasta tulee Yhdysvalloissa suoritetuista tutkimuksista. Tutkimukset yleistyvät nykyään myös Euroopassa, ja niissä on saatu urauurtavia tuloksia opioidikorvaushoidoissa käytettävistä uusista tehoaineista.

Uusi osa sisältää myös linkejä muihin tietolähteisiin, arvioituja toimenpiteitä, sanaston sekä lyhyen tiivistelmän nykyisessä näyttöperustassa olevista aukoista. Portaalia laajennetaan tulevaisuudessa siten, että siihen lisätään täydentäviä aiheita.

EMCDDA:n parhaiden käytäntöjen portaali: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>

Harvat maat ilmoittavat arvioivansa säännöllisesti kaikenlaisen huumehoidon tuloksia. Viisi jäsenvaltiota arvioi korvaus- ja vieroitushoitoa, ja ainoastaan Tanska, Saksa ja Yhdistynyt kuningaskunta arvioivat psykososiaalisten hoitotoimenpiteiden tuloksia säännöllisesti. Yksittäisiä tai epäsäännöllisiä hoitotulosten arviointia on ilmoitettu eräistä maista.

Haittojen vähentäminen

Huumeaineiden aiheuttamien haittojen ehkäisy ja vähentäminen on kansanterveystavoite kaikissa jäsenvaltioissa sekä EU:n huumeainestrategiassa ja toimintasuunnitelmassa (Euroopan komissio, 2007). Alan päätoimia ovat opioidikorvaushoito sekä neulojen- ja ruiskujenvaihto-ohjelmat, joilla pyritään vähentämään yliannostuskuolemia ja tartuntatautien leviämistä. Näiden toimien on ilmoitettu olevan saatavissa kaikissa maissa Turkia lukuun ottamatta. Vaikka palvelutarjonnan valikoimassa ja määrässä on tuntuja eroja (katso luvut 6 ja 7), Euroopassa on yleisenä suuntauksena haittoja vähentävien toimenpiteiden lisäys ja vakiinnuttaminen.

Useimmat maat tarjoavat laaja-alaisia terveydenhuollon ja sosiaalialan palveluja, myös henkilökohtaisia riskinarviointi- ja neuvontapalveluja, turvallista käyttöä koskevaa perehdytystä, tartuntatautien testausta ja neuvontaa, rokotuksia ja virushepatiitin hoitoa. Näitä palveluja annetaan yleensä matalan kynnyksen keskuksissa. Haittojen vähentämiseen tähtäävän toiminnan painopiste on laajentunut HIV-/aids-epidemiasta huumeiden ongelmakäyttäjien, erityisesti sosiaalisesti syrjäytyneiden ongelmakäyttäjien, terveys- ja sosiaalitarpeiden yleiseen täyttämiseen.

Viime vuosina on niin ikään havaittu ammattilaistumista, ja tiukkojen laatustandardien varmistamiseksi palveluja myös tarkastellaan tarkemmin. Esimerkiksi vuosina 2006 ja 2007 Englannissa tarkastettiin haittojen vähentämispalvelut parannuskohteiden havaitsemiseksi. Laatu voidaan varmistaa myös määräämällä rahoitussopimuksissa pakolliseksi erityisten normien noudattaminen, kuten Tšekki ja Viro ilmoittavat tehneensä.

Vastuu laadunvalvonnasta kuuluu kansallisille laitoksille 14 maassa, mutta liittovaltioissa valtakunnallista tasoa alemmat virastot ovat usein vastuussa tästä. Ohjeistuksen tukena voidaan käyttää kustannustehokkuutta koskevia tutkimushavaintoja, kuten Yhdistyneen kuningaskunnan ohjeistuksessa neulan- ja ruiskunvaihto-ohjelmille (NICE, 2009). Lisäksi peräänkuulutetaan asiakkaiden osallistamista ja henkilöstön palautetta palvelun laadun kehittämiseksi ja parantamiseksi. Parhaiden käytäntöjen levittämiseen ja uusien tutkimustulosten tiedottamiseen ammattilaisille käytettäviin mekanismeihin kuuluvat osaamiskeskukset, kuten Alankomaiden "resultaten scoren" (tulosten pisteytys), ja kansainväliset tiedotustapahtumat esimerkiksi C-hepatiitista. ⁽²¹⁾ Eurooppalainen sosiaalisen osallisuuden ja terveyden verkosto tuotti yhteistyössä EMCDDA:n kanssa (Hedrich ym., 2008a) tiedonkeräysprotokollan erikoistuneiden, haittojen vähentämiseen tähtäävien matalan kynnyksen keskustusten käyttöön osana EU:n rahoittamia hankkeita, joilla kehitetään ja otetaan käyttöön eurooppalaisia terveysindikaattoreita.

Sosiaalinen kuntoutus

Sosiaalinen kuntoutus tunnustetaan olennaiseksi osaksi kattavaa huumeainestrategiaa. Sitä voidaan käyttää kaikissa huumeaineiden käytön vaiheissa ja eri ympäristöissä, ja siihen sisältyvät valmiuksien parantaminen, sosiaalisten taitojen kohentaminen, työllisyyttä helpottavat ja edistävät toimenpiteet sekä (paremman) asunnon tarjoaminen. Käytännössä kuntoutusohjelmat voivat tarjota ammatinvalinnanohjausta,

⁽²¹⁾ <http://www.hepatitisfachtag.org/>

työharjoittelua ja asumisen tukiratkaisuja. Vankiloissa toteutettavilla, uudelleensortumiseen ja rikoksen uusimiseen vaikuttavilla toimenpiteillä voidaan kehittää vankien sidoksia yhteisöpohjaiseen asumiseen ja sosiaalisiin tukipalveluihin heidän vapautumisensa valmistelemiseksi (terveys- ja kuluttaja-asoiden pääosasto, 2008a). Yleensä sosiaalisten kuntoutustoimien tulokset perustuvat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon laitosten tehokkaaseen yhteistyöhön.

Kodittomuus yhdessä epävarmojen asumisolojen kanssa on yksi huumeidenkäyttäjii vakavimmin uhkaavista syrjäytymisen muodoista, sillä ne koskettavat noin kymmentä prosenttia vuonna 2007 hoitoon päässeistä huumeidenkäyttäjistä. ⁽²²⁾ Tietyissä huumeidenkäyttäjien ryhmissä määrä on todennäköisesti paljon suurempi.

Kaikki jäsenvaltiot ilmoittavat, että käytettävissä on asuntoratkaisuja huumausaineiden käyttäjille. Tietoja siitä, missä määrin huumausaineiden käyttäjien asuntotarpeet täyttyvät, on kuitenkin vähän. Esimerkiksi Slovakiassa kuntoutuspalvelujen majoituspalvelu on usein kysyntää pienempi vähäisten taloudellisten resurssien vuoksi.

Tukiasumista on ilmoitusten mukaan useissa maissa (Tšekissä, Saksassa, Irlannissa, Alankomaissa, Suomessa, Ruotsissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa). Nämä tilapäiset asumisratkaisut koostuvat yleensä aamiaismajoituksesta tai pienistä lyhytaikaisesta vuokrattavista kalustetuista huoneistoista. Usein niitä tarjotaan laitoshoidon jälkeen, jotta ihmiset pystyisivät elämään itsenäisesti. Esimerkiksi Irlannissa käyttäjät ovat vastuussa vuokran ja joidenkin kotipalvelujen maksamisesta, mutta tukityöntekijät auttavat heitä vuokrasopimuksen tekemisessä ja kouluttautumisessa tai työllistymisessä.

Koska 45 prosentilla hoidon aloittavista käyttäjistä on koulunkäynnissään suoritettuna korkeintaan alempi perusaste ja noin 40 prosenttia heistä on työttömiä ⁽²³⁾, sosiaaliseen kuntoutumiseen kuuluu keskeisenä osana huumausaineiden käyttäjien auttaminen työllistymään ja kouluttautumaan ammattiin. Tämän alan ohjelmia on ilmoitettu useimmista jäsenvaltioista. Tšekissä, Liettuassa, Unkarissa, Sloveniassa ja Slovakiassa huumausaineiden käyttäjien paluu työmarkkinoille on saanut tukea EU:n Equal-aloitteella, jolla torjutaan syrjintää työmarkkinoilla, rahoitetuista hankkeista. Valtaosassa näitä hankkeita autetaan vakinaisia huumausainehoidon asiakkaita löytämään kykyjään vastaavia työpaikkoja. Lähestymistavan merkitys saa tukea skotlantilaisesta tutkimuksesta, jossa todettiin, että työllistymiseen liittyvää tukea saaneiden tervehtyneiden huumausaineiden

käyttäjien todennäköisyys löytää ansiotyötä oli kolminkertainen (McIntosh ym., 2008).

Huumeilainsäädännön valvonta ja huumerikokset

Huumausaineita koskevan lainsäädännön valvontaan osallistuu useita eri hallinnonaloilla toimivia viranomaisia (kuten poliisi, oikeuslaitos, terveydenhuolto). Käytännössä käsite ”huumeilainsäädännön valvonta” yhdistetään usein poliisin ja poliisin kaltaisten laitosten (esimerkiksi tullin) toteuttamiin toimiin, joilla valvotaan huumausaineiden käyttöä ja huumausainemarkkinoita koskevia lakeja. Säänneltyjä aloja ovat huumausaineiden käyttö ja hallussapito, myynti ja tuotanto, kemikaalien päätyminen laittomien huumausaineiden valmistukseen sekä rahanpesu.

Huumeilainsäädännön valvonta on Euroopassa keskeinen osa huumeiden torjuntaa, ja siihen kohdistetaan suuri, ehkäpä suurin, osa huumausaineongelmaan käytetyistä resursseista. Jokin aika sitten verrattiin huumausaineisiin liittyvien julkisten varojen kohdentamista Euroopassa ja todettiin, että valtioiden keskimääräinen panostus huumausaineisiin liittyvään ”yleiseen järjestykseen ja turvallisuuteen” (poliisivoimat, tuomioistuimet ja vankilat) voi olla lähes kolminkertainen suhteessa rahamäärään, joka käytetään huumausaineiden käytöstä aiheutuvien terveysongelmien hoitamiseen. Merkittävä osa ”yleiseen järjestykseen ja turvallisuuteen” kohdennetuista varoista päättyy todennäköisesti poliisivoimille (EMCDDA, 2008e).

Huumeilainsäädännön valvonnan luonne ja voimakkuus voivat vaihdella kansallisen lainsäädännön ja soveltamisen mukaan sekä toimintaan osallistuvien elinten resurssien – yleisten lainvalvontavirastojen ja erikoisyksiköiden, niin sanottujen ”huumeysiköiden” – ja painopistealueiden mukaan.

Toisin kuin eräillä muilla lainvalvonnan aloilla, joilla poliisivirkamiehet tyypillisesti reagoivat lain rikkomuksiin, joista kansalaiset ovat usein ilmoittaneet, huumeilainsäädännön valvonta on suurimmalta osaltaan ennakkoivaa, sillä se perustuu useimmiten lainvalvontaelinten aloitteeseen. Tämä johtuu siitä, että monet huumerikokset nähdään ”sopimukseen perustuviksi rikoksiksi”, joissa keskenään asiasta sopineet henkilöt osallistuvat salaa lainvastaiseen toimintaan, josta poliisi ei saa vihiä, ellei sitä havaita sattumalta (esimerkiksi jalkautuneen valvonnan avulla) tai aktiivisen tiedustelutoiminnan kautta.

⁽²²⁾ Katso taulukko TDI-15 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽²³⁾ Katso taulukot TDI-12 ja TDI-13 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Tämän seurauksena huumelainsäädännön valvontaan kuuluu monia erilaisia toimintoja, jotka perustuvat usein tietojen keräämiseen, käsittelyyn ja jakamiseen ihmisten ja sähköisten keinojen avulla, tietokoneistetut tietokannat ja erityiset viestintäverkot mukaan lukien. Tämä koskee erityisesti huumausaineiden tarjonnan vähentämiseen tähtäävää toimintaa ⁽²⁴⁾, jossa lainvalvontaviranomaisilla on keskeinen tehtävä ja johon sisältyvät toiminta vihjeenantajien kanssa, salaiset operaatiot ("soluttautumistoiminta") ja elektroninen valvonta, myös viestiliikenteen sieppaaminen.

Huumausaineiden valvotut toimitukset ja kohdenneet operaatiot, joiden tarkoituksena on huumausaineiden myyntipisteiden häirintä tai poistaminen, ovat esimerkkejä eurooppalaisten lainvalvontavirastojen toimintataktiikasta. Ihmisten ja ajoneuvojen tarkastaminen ja etsinnät strategisissa kohteissa ja niiden läheisyydessä, kuten satamissa, lentokentillä ja maarojoilla, ovat yleisluonteisempaa taktiikkaa, johon sisältyy myös muita päämääriä, muun muassa maahanmuuton valvonta.

Myös lainvalvontaelimet, erityisesti tulli, osallistuvat monissa maissa säänneltyjä kemikaaleja koskevan lainsäädännön valvontaan. Siihen kuuluu tuonti- ja vientilupien käsittely sekä epäilyttävien tapahtumien tunnistaminen ja tutkiminen. Salaisten huumelaboratorioiden purkaminen voi niin ikään kuulua lainvalvontavaimien tehtäviin maissa, joissa valmistetaan synteettisiä huumausaineita.

Huumerikokset

Pääasiassa poliisilta peräisin olevat perustason ilmoitukset huumausainerikoksista ovat ainoat rutiininomaisesti Euroopassa saatavilla olevat tiedot huumausaineisiin liittyvästä rikollisuudesta. ⁽²⁵⁾ Ilmoitukset koskevat yleensä esimerkiksi huumausaineiden tuotantoa, kauppaa ja välittämistä sekä huumausaineiden käyttöä ja hallussapitoa käyttöä varten.

Huumausainerikoksia koskevia tietoja voidaan pitää huumausaineiden käytön ja kaupan epäsuorina indikaattoreina tai lainvalvonnan aktiivisuuden suorina indikaattoreina. Tietoihin sisältyvät kuitenkin vain sellaiset huumausaineisiin liittyvät toiminnot, jotka ovat tulleet lainvalvontaelinten tietoon, ja niissä voivat näkyä myös kansalliset erot lainsäädännössä, painopistealueissa ja resursseissa. Lisäksi kansalliset tietojärjestelmät voivat poiketa toisistaan erityisesti kirjaamis- ja raportointikäytäntöjen osalta. Näistä syistä maiden

kelvollinen vertailu on hankalaa. Onkin järkevämpää vertailla suuntauksia kuin absoluuttisia lukuja.

Kun pohjana käytetään 21 jäsenvaltion toimittamia tietoja, jotka edustavat 85:tä prosenttia Euroopan unionin 15–64-vuotiaasta väestöstä, ilmoitettujen huumausainerikosten määrä kasvoi arviolta 29 prosenttia vuodesta 2002 vuoteen 2007. Tiedoista ilmenee nouseva suuntaus kaikissa ilmoittaneissa maissa lukuun ottamatta Bulgariaa, Tšekkiä, Kreikkaa, Luxemburgia, Unkaria ja Sloveniaa, joissa suuntaus oli tasainen tai yleisesti ottaen laskeva tänä aikana. ⁽²⁶⁾

Käyttö- ja kaupparikokset

Huumausainerikosten jakautuminen huumausaineiden käyttöön liittyviin rikoksiin ja kauppaan (välittämiseen, salakuljetukseen, valmistukseen) liittyviin rikoksiin ei ole muuttunut merkittävästi. Useimmissa Euroopan maissa käyttöä tai käyttöön tarkoitettua hallussapitoa koskevat rikokset muodostivat yhä suurimman ryhmän, jopa 91 prosenttia kokonaismäärästä (Espanja) vuonna 2007. ⁽²⁷⁾ Tarjontaa koskevat rikokset ovat kuitenkin suurin ryhmä Tšekissä (87 prosenttia) ja Alankomaissa (69 prosenttia) (kaavio 2). Tšekissä pienten huumausainemäärien hallussapidosta ilman tarkoitusta tarjota niitä rangaistaan varoituksella tai sakolla. Alankomaissa huumausaineiden käyttöön liittyvistä rikoksista ei yleensä syytetä. ⁽²⁸⁾

Vuodesta 2002 vuoteen 2007 käyttöä koskevat huumausainerikokset kasvoivat useimmissa ilmoituksen tehneistä maista, vain Bulgariassa, Kreikassa,

EMCDDA:n vuoden 2009 erityiskysymys tuomioita koskevista tilastoista

EMCDDA julkaisi vuonna 2009 uuden erityiskysymyksen tuomioita koskevista tilastoista; siinä tarkastellaan Euroopan maiden huumelainsäädännön rikkomusten seurauksia. Raportissa tarkastellaan saatavilla olevia poliisin, syyttäjien ja tuomioistuinten kansallisia tilastoja ja niitä tutkitaan rikoslajin (hallussapito, kauppa) sekä seurauksen lajin (sakko, vankeus, hoito) mukaan. Tarkastelussa keskitytään seuraavaan kysymykseen: mikä on todennäköisin seuraus, jonka kussakin maassa saa huumeiden hallussapidosta tai välitysr rikoksesta?

Tämä erityiskysymys on saatavilla painetussa muodossa ja internetin kautta ainoastaan englanniksi (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>).

⁽²⁴⁾ Huumeiden tarjonnan vähentäminen on määritelty sivulla 28 olevassa laatikossa, katso EMCDDA:n vuosiraportti 2008.

⁽²⁵⁾ Keskustelua huumausaineiden ja rikollisuuden välisistä suhteista, katso EMCDDA (2007b).

⁽²⁶⁾ Katso kaavio DLO-1 ja taulukko DLO-1 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽²⁷⁾ Katso taulukko DLO-2 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽²⁸⁾ Katso maakohtaiset katsaukset Tšekki ja Alankomaat EMCDDA:n sivustolla (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

Alankomaissa ja Sloveniassa lasku oli koko ajan jatkuvaa. ⁽²⁹⁾ Kaiken kaikkiaan käyttörikosten määrä lisääntyi Euroopan unionissa keskimäärin 32 prosenttia vuosina 2002–2007.

Myös huumausainekauppaan liittyvät rikokset kasvoivat vuosina 2002–2007, joskin huomattavasti hitaammin: Euroopan unionin keskimääräinen kasvu oli 14 prosenttia. Tällä jaksolla kahdeksan maata ilmoitti tarjontaan liittyvien rikosten yleisestä vähenemisestä ja kahdeksan lisääntymisestä. ⁽³⁰⁾

Suuntaukset huumausaineittain

Kannabis on edelleen huumausainerikoksia koskevissa raporteissa useimmiten mainittu huume Euroopassa. ⁽³¹⁾ Valtaosassa Euroopan maita kannabikseen liittyvät rikokset muodostivat 55–85 prosenttia ilmoitetuista huumausainerikoksista vuonna 2007. Muita huumausaineita koskevat rikokset ylittivät kannabisrikokset vain kahdessa maassa: Liettuassa (heroiini, 26 prosenttia) ja Tšekissä (metamfetamiini, 59 prosenttia). Latviassa huumerikokset jakautuivat tasaisesti kannabiksen, heroinin ja ekstaasin kesken.

Kannabikseen liittyvien huumerikosten määrä lisääntyi tai pysyi ennallaan viisivuotiskaudella 2002–2007 useimmissa maissa, joista saatiin tietoa, ja kasvua oli EU:ssa kaikkiaan keskimäärin 23 prosenttia. Suuntaus oli laskeva Bulgariassa, Tšekissä ja Sloveniassa. ⁽³²⁾

Kokaiinirikokset lisääntyivät vuosina 2002–2007 kaikissa Euroopan maissa, joista tietoa saatiin, paitsi Bulgariassa ja Saksassa. Koko Euroopan unionissa kokaiinirikokset kasvoivat samana aikana noin 59 prosenttia. ⁽³³⁾

Aiemmissa raporteissa havaittu aleneva suuntaus Euroopan unionin heroiinirikoksissa näyttää nyt pysähtyneen, ja kasvua on ollut noin seitsemän prosenttia kaudella 2002–2007. Kansalliset suuntaukset kuitenkin vaihtelevat, ja nouseva suuntaus johtuu pääasiassa kahden viime vuoden aikaisesta noususta Belgiassa, Kreikassa, Espanjassa, Ranskassa, Puolassa ja Portugalissa ja tilanteen vakiintumisesta Saksassa ja Itävallassa. ⁽³⁴⁾

Amfetamiineihin liittyvien rikosten määrän suuntaus näyttää olevan Euroopan unionissa nouseva, arvioitu kasvu oli 59 prosenttia vuodesta 2002 vuoteen 2007.

Sen sijaan ekstaasiin liittyvät rikokset vähenivät arviolta 22 prosenttia samana aikana. ⁽³⁵⁾

Terveystienhuollon ja sosiaalisen tuen toimenpiteet vankiloissa

Euroopan unionissa on päivittäin vankilassa yli 600 000 henkilöä ⁽³⁶⁾, mikä merkitsee, että vankeja on 100 000:ta henkilöä kohti keskimäärin 120. Kansallisesti vankien osuus väestöstä vaihtelee 65 vangista 320 vankiin 100 000:ta henkilöä kohti, ja useimmat Keski- ja Itä-Euroopan jäsenvaltiot ilmoittavat keskimääräistä suurempia lukuja. Silti kansalliset luvut ja EU:n keskiarvo ovat huomattavasti pienemmät kuin Venäjän (629) ja Yhdysvaltojen (756) ilmoittamat luvut. ⁽³⁷⁾

Useimmissa EU:n maissa huumausainerikoksista tuomitut vangit muodostavat 10–30 prosenttia vankilaväestöstä. Lisäksi tuntematon määrä muita rikollisia on tuomittu huumausaineriippuvuuden vuoksi tehdyistä omaisuusrikoksista tai muista huumausaineisiin liittyvistä rikoksista. Vaikka kokonaismäärät ovat pieniä, huumausainerikollisten määrä tuomittujen vankien keskuudessa on kasvanut viime vuosina monissa Keski- ja Itä-Euroopan jäsenvaltioissa.

Vankilaväestön huumausaineiden käyttö

Vankiloissa tapahtuvaa huumausaineiden käyttöä koskevissa tutkimuksissa käytettyjä määritelmiä, tutkimuskysymyksiä ja -menetelmiä ei ole vielä standardoitu tarpeeksi (Vandam, 2009; terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosasto, 2008a), vaikka nykyisistä tutkimuksista ilmenee, että huumausaineiden käyttö on vankien keskuudessa edelleen muuta väestöä yleisempää. Useista vuodesta 2002 lähtien pääasiassa Länsi-Euroopassa tehdyistä tutkimuksista saatujen tietojen mukaan vähintään kolmannes ja enintään puolet haastatelluista ilmoitti käyttäneensä huumausainetta ennen vangitsemistaan. Myös kaikkein vahingollisimmat huumeidenkäytön muodot voivat keskittyä vankiloihin. Eräiden tutkimusten mukaan vähintään viidennes ja enintään kolmannes haastatelluista ilmoitti joskus käyttäneensä suonensisäisiä huumeita. ⁽³⁸⁾

Vankilaan tullessaan useimmat käyttäjät vähentävät käyttöä tai lopettavat sen kokonaan pääasiassa

⁽²⁹⁾ Katso kaavio DLO-1 ja taulukko DLO-4 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽³⁰⁾ Katso kaavio DLO-1 ja taulukko DLO-5 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽³¹⁾ Katso taulukko DLO-3 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽³²⁾ Katso kaavio DLO-3 ja taulukko DLO-6 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽³³⁾ Katso kaavio DLO-3 ja taulukko DLO-8 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽³⁴⁾ Katso kaavio DLO-3 ja taulukko DLO-7 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

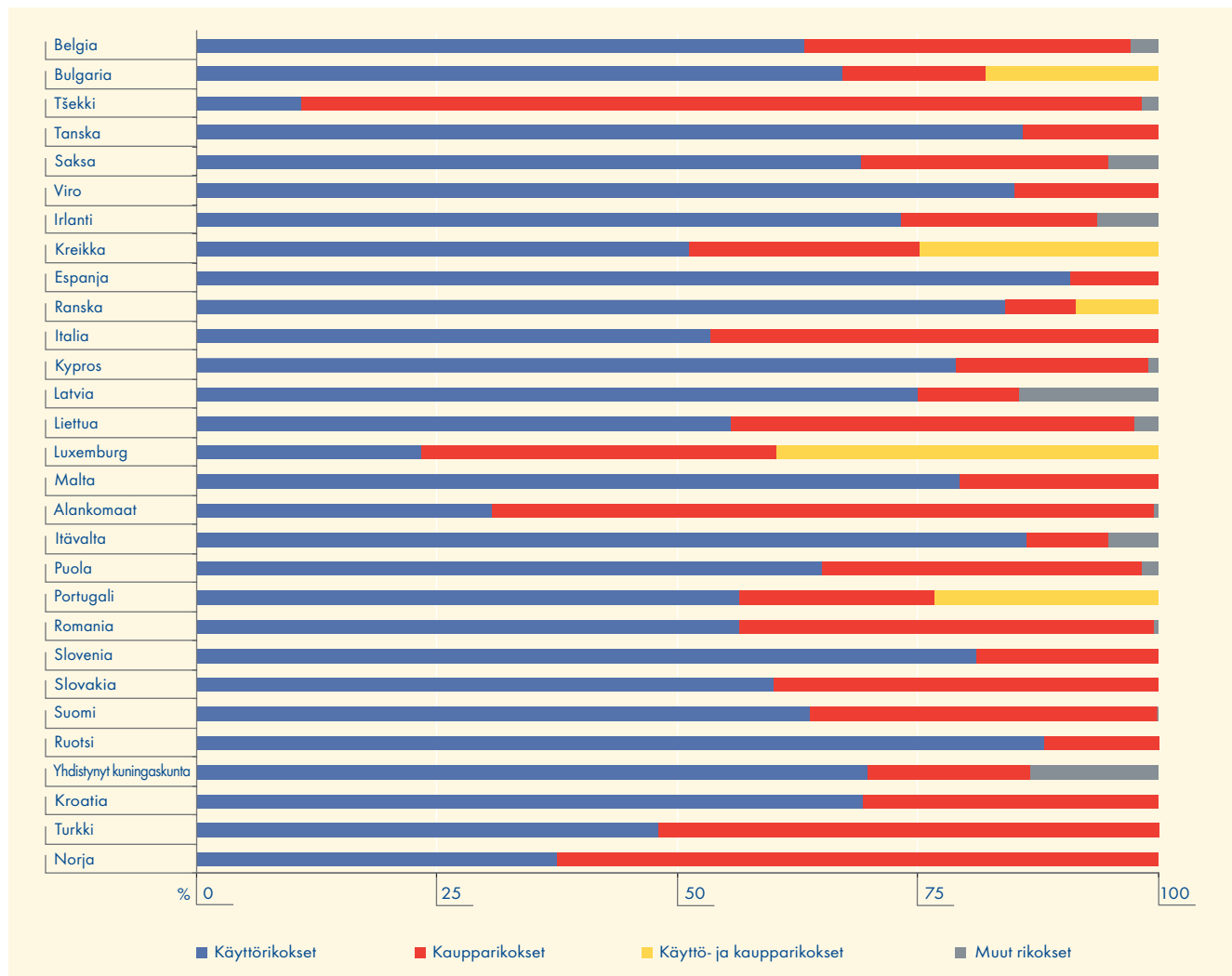
⁽³⁵⁾ Katso kaavio DLO-3 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽³⁶⁾ Euroopan vankiloita koskevat tiedot ovat saatavissa Euroopan neuvoston sivustolta seutaavasta osoitteesta: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_1/List_Space_1.asp

⁽³⁷⁾ Lähde: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> sekä Venäjän että Yhdysvaltojen osalta.

⁽³⁸⁾ Katso taulukot DUP-105 ja DUP-2 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Kaavio 2. Rikostyyppi huumausainelainsäädännön rikkomuksissa Euroopassa



Huom. Lisätietoja: katso kaavio DLO-2 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.
Lähteet: Reitoxin kansalliset yhteyspisteet.

aineiden hankintaongelmien vuoksi. Silti se, että huumeita pääsee useimpiin vankiloihin huolimatta kaikista toimenpiteistä niiden tarjonnan karsimiseksi, on sekä vankila-asiantuntijoiden että poliittisten päättäjien tunnustama tosiasia Euroopassa. Vuodesta 2002 alkaen tehtyjen tutkimusten mukaan vangeista 1–50 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä huumeita vankilassa, ja peräti 27 prosenttia kertoo käyttävänsä niitä vankeuden aikana säännöllisesti. ⁽³⁹⁾ Kuudessa saksalaisessa vankilassa 1 457 vangille tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että 22 prosenttia oli käyttänyt injektiohuumeita vankilassa. Neljässä muussa maassa tehtyjen tutkimusten mukaan määrä on kymmenen prosenttia tai enemmän. ⁽⁴⁰⁾ Injektiohuumeita vankiloissa käyttävät näyttävät käyttävän yhteisiä ruiskuja ja neuloja vankilan ulkopuolista väestöä

useammin. Tämä herättää kysymyksiä tartuntatautien mahdollisesti leviämisestä vankilaväestön keskuudessa.

Vankien terveydenhuolto Euroopassa

Vangeilla on oikeus samantasoiseen lääketieteelliseen hoitoon kuin muussa yhteiskunnassa elävillä, ja vankiloiden terveydenhuoltopalvelujen pitäisi kyetä tarjoamaan hoitoa huumeidenkäytöstä aiheutuviin ongelmiin olosuhteissa, jotka ovat verrattavissa vankiloiden ulkopuoliseen maailmaan (CPT, 2006; WHO, 2007). Tämä yleinen tasa-arvon periaate tunnustetaan Euroopan unionissa huumausaineiden väärinkäyttöön liittyvien terveyshaittojen ehkäisemisestä ja vähentämisestä 18. kesäkuuta 2003 annetussa neuvoston suosituksessa ⁽⁴¹⁾ ja EU:n uudessa huumeidenvastaisessa

⁽³⁹⁾ Katso taulukko DUP-3 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁴⁰⁾ Katso taulukko DUP-4 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁴¹⁾ EUVL L 165, 3.7.2003, s. 31.

toimintasuunnitelmassa (2009–2012) kehoitetaan panemaan tämä periaate täytäntöön.

Kansalliset poliittiset päättäjät kiinnittävät nyt aiempaa suurempaa huomiota vankien terveydenhoitopalvelujen tarjontaan, ja merkit viittaavat siihen, että EU:n jäsenvaltioiden vangeille tarjoamat palvelut paranevat. Monet maat ovat ilmoittaneet nyt esimerkiksi kansallisen vankilaterveyspolitiikan ja -ohjelman olemassaolosta. Tästä huolimatta tehtävää on vielä paljon, jos haluamme varmistaa, että vangeilla on pääsy ulkopuoliseen maailmaan määrällisesti ja laadullisesti verrattavissa olevaan terveydenhuoltoon. Lisäksi vankiloiden on vastattava huumausaineiden käyttäjien erityisiin terveydenhuoltopalvelujen tarpeisiin, esimerkkinä veren kautta tarttuvat tartuntataudit ja samanaikaiset psykiatriset ongelmat.

Huumeiden käyttäjille annettava tuki vankiloissa

Euroopan maissa vangeille tarjotaan muun muassa seuraavia palveluja: tietoa huumeista ja terveydestä, tartuntatautien seulontaa ja rokotuksia, huumeriippuvuuden hoitoa, esimerkkeinä vieroitushoito, korvaushoito ja huumeeton lähestymistapa, sekä vapautumiseen valmistautuminen. Esimerkkejä palvelujen jatkuvasti laajenemisesta vankiloihin ovat korvaushoidon käyttöönotto Tšekin, Puolan ja Ruotsin vankiloissa, huumeeton hoito-ohjelma Kyproksessa ja Tanskan hoitotakuujärjestelmän laajentaminen vankiloihin (vangeilla on oikeus päästä huumehoitoon kahden viikon kuluessa sitä koskevasta pyynnöstä).

Korvaushoidon jatkaminen vankilassa on hyväksytty virallisissa asetuksissa 26 maassa, mutta viidessä niistä sitä ei käytetä. Tällaisen hoidon aloittaminen vankilassa on hyväksyttyä 21 maassa. Asiantuntijoiden arvioiden mukaan toimenpiteiden tarjonnassa on kuitenkin eroja. Korvaushoitoa on saatavilla lähes kaikissa vankiloissa yhdeksässä maassa ja yli puolessa vankiloista neljässä maassa. Tšekissä, Saksassa, Ranskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa korvaushoitoa arvioidaan tarjottavan alle puolessa vankiloista ja Unkarissa, Puolassa, Suomessa ja Ruotsissa sitä tarjotaan vain muutamissa. Yhdeksässä maassa (Bulgaria, Viro, Kreikka, Kypros, Latvia, Liettua, Slovakia, Romania, Turkki) tällaista hoitoa ei ole saatavissa vankiloissa, tosin Bulgariassa ja Romaniassa

asiaa valmistellaan ja Latviassa lainsäädännön muuttamisesta keskustellaan.

Vähäinen korvaushoidon tarjonta yhteiskunnassa näkyy yleensä erittäin heikkona tai olemattomana tarjontana vankiloissa. ⁽⁴²⁾ Muista jäsenvaltioiden ilmoittamista esteistä, jotka haittaavat korvaushoidon saamista vankilassa, voidaan mainita hoidon aloittamisen sääntelykehyksen puute (Suomi) ja hoidon maksullisuus (Belgian ranskankielinen yhteisö). Lisäksi korvaushoidon tarjonta riippuu usein paikallisista oloista, ja joskus se on yksittäisen vankilalääkärin aloitteen varassa.

Asiantuntijoiden arviot muiden ehkäisytyön ja haittojen vähentämiseen tähtäävien toimenpiteiden saatavuudesta ja tarjontamääristä vankiloissa ovat saatavissa 26:sta EU:n jäsenvaltiosta, Norjasta ja Turkista. Yksilöllistä neuvontaa tartuntataudeista ja huumausaineisiin liittyvän riskikäyttäytymisen arviointia on ilmoitettu olevan 26 maassa. C-hepatiitin testaus vankilaan tultaessa on mahdollista 22 maassa muttei Unkarissa, Puolassa eikä Turkissa. Silti Unkarissa yli 14 prosenttia vangeista on seulottu HCV-infektion osalta vuonna 2007 alkaneen ja edelleen jatkuvan kampanjan ensimmäisten yhdeksän kuukauden aikana. Muihin toimiin kuuluvat kohdennettu vankiloiden B-hepatiittirokoteohjelma, huumausaineisiin keskittyvät terveydenedistämiskurssit vankilahenkilöstölle sekä turvallisen käytön neuvonta ja harjaantuminen, joita on ilmoitettu tarjottavan 13 maassa, tosin kattavuus vaihtelee.

Yliannostusten ehkäisemiseen tarkoitettujen toimien tarjonta on samantasoista. Vapautumista edeltävää neuvontaa yliannostusvaaran ehkäisemiseksi on saatavissa 18 maassa, mutta arvioidaan, että sitä on annettu laajemmassa mitassa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ainoastaan kahdeksassa maassa. Erityisesti vankilaympäristöön laadittuja tiedotteita huumausainekuolemista ja ensiaputilanteista on saatavissa vain seitsemässä maassa. ⁽⁴³⁾

Neulan- ja ruiskunvaihdon tarjontaa vankiloissa on ilmoitettu Saksasta, Espanjasta, Luxemburgista, Portugalista ja Romaniasta ja sitä suunnitellaan Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Skotlannissa). Vankilahenkilöstön vastustus ja luottamuspula on ilmoitettu esteiksi, jotka estävät eräiden neulojen- ja ruiskujenvaihto-ohjelmien toteutumista vankiloissa.

⁽⁴²⁾ Katso kaavio HSR-2 vuoden 2009 tilastotiedotteessa.

⁽⁴³⁾ Katso taulukko HSR-7 vuoden 2009 tilastotiedotteessa.

Luku 3

Kannabis

Johdanto

Kannabiksen käyttö Euroopassa on muuttunut huomattavasti viime vuosikymmenen aikana samoin kuin keskustelu siitä, miten tämän huumausaineen laajalle levinneeseen käyttöön olisi reagoitava. Muutama maa erottui 1990-luvun alussa ja puolivälissä kannabiksen suuren levinneisyyden vuoksi. Koko Euroopan alueen käyttö oli nykytilanteeseen verrattuna tuolloin vielä vähäistä. Useimmissa maissa kannabiksen käyttö kasvoi 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa ja johti nykyiseen huomattavasti homogeenisempaan yleiskuvaan Euroopassa. Silti maiden välillä on edelleen suuria eroja. Viime vuosina on alettu ymmärtää entistä paremmin tämän huumausaineen pitkäaikaisen ja yleisen käytön kansanterveydelliset seuraukset ja saamiemme tietojen mukaan kannabiksesta johtuviin ongelmiin haetaan hoitoa entistä useammin. Eurooppa voi olla siirtymässä parhaillaan uuteen vaiheeseen, sillä yleisistä väestö- ja koululaistutkimuksista saadut tiedot viittaavat vakiintuvaan tai peräti vähenevään käyttöön. Historiallisesti arvioiden käyttömäärät ovat edelleen suuria, ja tehokkaan

torjuntakeinon löytäminen kannabiksen käyttöön on edelleen Euroopan huume keskustelun keskeinen kysymys.

Tarjonta ja saatavuus

Tuotanto ja salakuljetus

Kannabista voidaan viljellä monenlaisissa ympäristöissä, ja se kasvaa luonnonvaraisena eri puolilla maailmaa. Kasvia arvellaan nykyisin viljeltävän 172 maassa tai alueella (UNODC, 2009). ⁽⁴⁴⁾ Yhdessä nämä seikat tarkoittavat, että kannabiksen maailmanlaajuisen tuotantomäärän arviointi on vaikeaa. UNODC (2009) arvioi kannabisruohon maailmanlaajuisen tuotannon vuonna 2008 sijoittuneen 13 300 tonnin ja 66 100 tonnin välille.

Kannabiksen viljely on yleistä Euroopassa ja mahdollisesti kasvussa (Korf, 2008). Vuonna 2007 kaikkiaan 19 Euroopan maata ilmoitti kannabiksen kotiviljelystä, tosin ilmiön mittakaava näyttää vaihtelevan suuresti. Merkittävä osa Euroopassa käytetystä kannabiksesta on kuitenkin

Taulukko 2. Kannabisruohon ja -hartsin tuotanto, takavarikot, hinta ja pitoisuus

	Kannabishartsit	Kannabisruoho
Maailmanlaajuisen tuotannon arvio (tonneina)	2 200–9 900	13 300–66 100
Maailmanlaajuisesti takavarikoidut määrät (tonneina)	1 300	5 600
Takavarikoitu määrä (tonneina)		
EU ja Norja (Kroatia ja Turkki mukaan lukien)	853 (859)	70 (96)
Takavarikkojen lukumäärä		
EU ja Norja (Kroatia ja Turkki mukaan lukien)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Keskihinta katukaupassa (euroa grammalta)	3–11	1–12
Vaihteluväli (kvartiiliväli) ⁽¹⁾	(5–9)	(4–9)
Keskimääräisen pitoisuuden (THC-pitoisuuden) vaihteluväli	2–13 %	1–10 %
⁽¹⁾ Ilmoitettujen keskihintojen keskivaiheen vaihteluväli. Huom. Kaikki tiedot vuodelta 2007, paitsi maailmanlaajuisen tuotannon arvot vuodelta 2008. Lähteet: UNODC World drug report (2009) (maailmanlaajuiset arvot), Reitoxin kansalliset yhteyspisteet (Euroopan tiedot).		

⁽⁴⁴⁾ Mikäli haluat lisätietoja huumausaineiden tarjonta- ja saatavuustietojen lähteistä, katso s. 40.

todennäköisesti peräisin alueiden välillä tapahtuvasta salakuljetuksesta.

Eurooppaan myös tuodaan kannabisruohoa – pääosin Afrikasta (esimerkiksi Nigeriasta, Marokosta, Ghanasta, Etelä-Afrikasta) ja harvemmin Lounais-Aasiasta (Pakistanista) ja Amerikasta (Jamaika) (INCB, 2009a).

Kannabishartsin tuotannoksi arvioitiin 2 200–9 900 tonnia vuonna 2008 (UNODC, 2009). Marokko on edelleen suurin kansainvälinen tuottaja. Saatujen tietojen mukaan kannabishartsin tuotantoon käytettävä maa-ala pieneni vuoden 2003 tasolta 134 000 hehtaaria 76 400 hehtaariin vuonna 2005 (UNODC ja Marokon hallitus, 2007). Hartsia on mainittu tuotettavan muissakin maissa, kuten Afganistanissa ja Pakistanissa (UNODC, 2009). Marokossa tuotettu kannabisharts salakuljetetaan Eurooppaan yleensä Espanjan niemimaan ja Alankomaiden kautta, joista se jaellaan edelleen muihin Euroopan maihin.

Takavarikot

Vuonna 2007 maailmassa takavarikoitiin arviolta 5 600 tonnia kannabisruohoa ja 1 300 tonnia kannabishartsia eli kaikkiaan noin kymmenen prosenttia enemmän kuin edellisvuonna. Kannabisruohoa takavarikoitiin eniten (66 prosenttia) Pohjois-Amerikassa, ja hartsitakavarikot keskittyivät (66 prosenttia) edelleen Länsi- ja Keski-Eurooppaan (UNODC, 2009).

Euroopassa arvioidaan tehdyn 241 000 kannabisruohon takavarikkoa vuonna 2007, yhteismäärältään 96 tonnia.⁽⁴⁵⁾ Takavarikoiden määrä yli kaksinkertaistui vuodesta 2002 vuoteen 2007. Tämän jakson kahden ensimmäisen vuoden aikana takavarikoidun kannabisruohon määrä puolittui mutta kasvoi sen jälkeen. Silti sen määrä on edelleen selvästi alle vuonna 2002 takavarikoitujen 130 tonnin. Suurimmat kannabisruohon takavarikointien lukumäärät on ilmoitettu Yhdistyneestä kuningaskunnasta, jonka osuus oli jotakuinkin puolet kaikista takavarikoista vuosina 2005 ja 2006. Turkki (25,5 tonnia) ja Belgia (12,8 tonnia) ilmoittivat vuoden 2007 huippuluvut.

Kannabishartsin takavarikot ylittävät Euroopassa kannabisruohon takavarikot sekä kappalemääräisesti että määrällisesti.⁽⁴⁶⁾ Vuonna 2007 tehtiin noin 325 000 kannabishartsin takavarikkoa, joissa otettiin talteen 859 tonnia huumetta. Määrä on lähes yhdeksänkertainen takavarikoituun kannabisruohon verrattuna. Vuosina 2002–2007 kannabishartsin takavarikoiden lukumäärä on lisääntynyt, mutta takavarikoitu määrä on vaihdellut samaan aikaan. Vähän yli puolet kaikista kannabishartsin takavarikoista ja noin kolme neljänestä vuonna 2007

takavarikoidusta määrästä tapahtui ilmoitusten mukaan Espanjassa, mutta suurimmat määrät kannabishartsia takavarikoitiin Belgiassa (59 tonnia), Portugalissa (43 tonnia) ja Turkissa (6 tonnia).

Kannabiskasvien takavarikot ovat lisääntyneet tasaisesti vuodesta 2002 arviolta 15 000 tapaukseen vuonna 2007. Maat ilmoittavat takavarikoidut määrät joko kasvien lukumääränä tai arvioituna painona. Kasveja takavarikoitiin 2,4 miljoonaa kappaletta, ja määrä on pysynyt suhteellisen vakaana kahden viime vuoden ajan. Vuonna 2002 määrä oli noin 1,5 miljoonaa kasvia.

Huumausaineiden tarjonta ja saatavuus: tiedot ja lähteet

Järjestelmälliset ja rutiinomaiset tiedot laittomien huumausaineiden markkinoiden ja salakuljetuksen kuvaamiseksi ovat edelleen vähäisiä. Heroiinin, kokaiinin ja kannabiksen tuotantoa koskevat arviot saadaan viljelyarvioista, jotka perustuvat kenttätöihin (näytteenottoon) sekä ilmakuvakartoituksiin tai satelliittien avulla tehtyihin tutkimuksiin. Näihin arvioihin liittyy merkittäviä rajoituksia, esimerkiksi tuottoa koskevat vaihtelut ja vaikeus seurata kannabiksen kaltaisia kasveja, joita saatetaan kasvattaa sisätiloissa tai joiden kasvatus ei rajoitu tiettyihin maantieteellisiin alueisiin.

Huumausaineiden takavarikkoja pidetään usein tarjonnan, salakuljetusreittien ja huumeiden saatavuuden epäsuorana indikaattorina. Selkeämpi indikaattori ne ovat huumausainelainsäädännön soveltamisesta (esimerkiksi painopistealueet, resurssit ja strategiat), mutta ne heijastelevat samalla myös raportointikäytäntöjä ja salakuljettajien heikkouksia. Lisäksi on ehkä analysoitava tiedot laittomien huumausaineiden puhtaudesta tai vahvuudesta ja katukauppahinnoista, jotta vähittäismarkkinoita voidaan ymmärtää. Tällaisia tietoja voi kuitenkin olla saatavilla vain vähän, tai tietojen luotettavuus ja vertailukelpoisuus voi olla epävarmaa. Tiedustelutietojen hankkiminen lainvalvontavirastoista voi auttaa täydentämään kokonaiskuvaa.

EMCDDA kerää kansallisia tietoja huumeiden takavarikoinneista, puhtaudesta ja katukauppahinnoista Euroopassa. Muut huumeiden tarjontaa koskevat tiedot ovat peräisin UNODC:n tietojärjestelmistä ja analyyseista, ja täydentäviä tietoja saadaan myös Europolilta. Huumeiden lähtöaineita koskevat tiedot saadaan Euroopan komissiolta, joka kerää tietoja kyseisten aineiden takavarikoista EU:ssa, sekä INCB:ltä, joka osallistuu kansainvälisiin aloitteisiin, joilla estetään lähtökemikaalien päätyminen laittomien huumausaineiden valmistukseen.

Tässä raportissa esitetyt tiedot ja arviot ovat parhaita saatavissa olevia arvioita, mutta niitä on tulkittava varoen, koska monissa maanosissa ei ole vielä kehittyneitä huumausainetarjontaa koskevia tietojärjestelmiä.

⁽⁴⁵⁾ Tässä luvussa mainitut tiedot Euroopan huumausainetakavarikoinneista ovat taulukoissa SZR-1–SZR-6 vuoden 2009 tilastotiedotteessa.

⁽⁴⁶⁾ Koska lähetysten koko ja lähetysmatka vaihtelevat ja lähetysten on ylitettävä kansainvälisiä rajoja, kannabishartsin riski joutua takavarikoiduksi voi olla suurempi kuin maan sisällä tuotetulla kannabisruoholla.

Takavarikoitujen kasvien paino lisääntyi tänä aikana selvästi, ja se oli 27 tonnia vuonna 2007. Tästä 25 tonnia raportoitui Espanjasta.

Hinta ja väkevyys

Kannabistuotteiden väkevyys määräytyy delta-9-tetrahydrokannabinolin (THC) eli niiden tärkeimmän tehoaineen pitoisuuden mukaan. Kannabiksen väkevyys vaihtelee suuresti maasta toiseen ja saman maan sisällä sekä eri kannabistuotteiden kesken. Kannabiksen pitoisuustiedot perustuvat valtaosin takavarikoidusta kannabiksesta otettujen näytteiden rikosteknisiin laboratoriotutkimuksiin. Ei ole varmaa, vastaavatko tehdyt määrytykset yleistä tasoa markkinoilla, joten pitoisuustietoja kannattaa tulkita varoen. Vuonna 2007 hartsinäytteiden ilmoitettu THC-pitoisuus vaihteli 2,9 prosentista 13,3 prosenttiin. Kannabishartsin keskimääräinen väkevyys oli 1,2–10,2 prosenttia. Näissä luvuissa ei ole mukana Alankomaissa kotikasvatettu ”nederwiet” eli ”sinsemilla”. Vuosina 2002–2007 ilmoitetut kannabishartsin ja -ruohon keskimääräiset pitoisuudet pysyivät ennallaan tai pienenivät monissa niistä 16:sta Euroopan maasta, joiden tietoja pystyttiin analysoimaan. Portugalissa ja Luxemburgissa todettiin sen sijaan kasvava suuntaus kannabishartsin keskimääräisessä THC-pitoisuudessa. Kannabisruohon pitoisuuksien kasvua havaittiin viidessä muussa maassa. Tietoja paikallisesti tuotetun kannabisruohon pitoisuuksista tietyllä aikavälillä on saatavissa ainoastaan Alankomaista. Siellä havaittiin hiljattain nederwiet-kannabiksen keskimääräisen pitoisuuden laskeneen vuoden 2004 tasolta 20,3 prosentista 16,0 prosenttiin vuonna 2006. Taso säilyi myös vuonna 2007. ⁽⁴⁷⁾

Vuonna 2007 kannabiksen keskimääräinen vähittäiskauppahinta vaihteli 3 eurosta 11 euroon grammalta niissä 18 maassa, joista tietoja saatiin, ja puolet niistä ilmoitti hinnaksi 5–9 euroa. Kannabisruohon keskimääräinen vähittäiskauppahinta oli 1–12 euroa grammalta tietoja toimittaneissa 17 maassa, ja puolessa niistä ilmoitettiin hinnaksi 4–9 euroa. Niissä 11 maassa, joista on tietoa vuosilta 2002–2007, kannabishartsin keskimääräinen inflaatiokorjattu vähittäiskauppahinta laski. Kannabisruohon tilanne on käytettävissä olevien tietojen mukaan pysynyt vakaampana samana aikana.

Levinneisyys ja käyttötavat

Kannabiksen käyttö koko väestössä

Varovaisesti voidaan arvioida, että noin 74 miljoonaa eurooppalaista aikuista – toisin sanoen useampi kuin joka viides kaikista 15–64-vuotiaista – on käyttänyt kannabista

ainakin kerran (katso yhteenvedo tiedoista taulukosta 3). Maiden väliset erot ovat huomattavat, sillä kansallinen esiintyvyys vaihtelee välillä 1,5–38,6 prosenttia. Useimmissa maissa käyttäjäarvot sijoittuvat välille 10–30 prosenttia.

Väestötutkimukset: tärkeä väline huumeidenkäytön mallien ja suuntausten ymmärtämiseksi Euroopassa

Huumeiden käyttöä kokonaisväestössä tai koululaisten keskuudessa selvitetään tilastollisesti edustavilla kyselyillä, jotka tuottavat arvioita siitä väestön osuudesta, joka ilmoittaa käyttäneensä huumeita tietyssä ajanjaksona. Tällaisista kyselyistä saadaan myös hyödyllistä taustatietoa käyttötavoista, käyttäjien sosiodemografisista piirteistä, riskien ymmärtämisestä ja huumeiden saatavuudesta.

EMCDDA on laatinut kansallisten asiantuntijoiden kanssa aikuisten haastatteluja varten sarjan keskeisiä kysymyksiä (”eurooppalaisen mallikyselylomakkeen”, EMQ). Se on nyt otettu käyttöön useimmissa EU:n jäsenvaltioissa. Käytetyissä menetelmissä ja tiedonkeruuvuosissa on kuitenkin vielä eroja, joten erityisesti maiden välisiä pieniä eroja on tulkittava varoen.

Kyselyjen suorittaminen on kallista, ja vain harvat maat keräävät tietoa vuosittain. Monet tosin keräävät tietoa 2–4 vuoden välein. Tämän raportin tiedot perustuvat tuoreimpaan kustakin maasta saatavilla olevaan kyselyyn, joka on yleensä tehty vuosien 2004 ja 2007 välisenä aikana.

Kolmesta vakioajanjaksoista, joita käytetään kyselytutkimusten tietojen raportointiin, väljin on ainakin kerran elämänsä aikana käyttäneitä kuvaava muuttuja. Se ei välttämättä anna tarkkaa kuvaa nykytilanteesta aikuisten keskuudessa, mutta se voi auttaa ymmärtämään käyttötapoja ja käytön tiheyttä. EMCDDA:n käyttämät ikähaarukat aikuisten osalta ovat 15–64-vuotiaat (kaikki aikuiset) ja 15–34-vuotiaat (nuoret aikuiset), ja painopiste on viimeksi kuluneen vuoden ja kuukauden kattavilla ajanjaksoilla (käyttö kyselytutkimusta edeltävien 12 kuukauden tai 30 päivän aikana). ⁽¹⁾ Koululaisten osalta koko elämän aikainen käyttöaste vastaa viimeksi kuluneen vuoden aikaista käyttöastetta, koska laittomien huumeiden käyttö ennen 15. ikävuotta on harvinaista.

Eurooppalainen koulukysely alkoholista ja muista huumeaineista (ESPAD) käyttää vakioituja menetelmiä ja välineitä huumeiden ja alkoholin käytön mittaamiseen 15–16-vuotiaiden koululaisten tilastollisesti edustavissa otoksissa. Kyselytutkimuksia on tehty vuosina 1995, 1999, 2003 ja 2007. Vuonna 2007 tietoja kerättiin 35 maasta, mukaan lukien 25 EU:n jäsenvaltiota, Norja ja Kroatia. ⁽²⁾

⁽¹⁾ Lisätietoja on saatavilla seuraavasta osoitteesta: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>

⁽²⁾ Vuoden 2007 ESPAD-kyselyn olennaisimmista tuloksista on saatavilla yhteenvedo 23 kielellä (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). Raportti löytyy kokonaisuudessaan ESPAD:n internetsivuilta (<http://www.espad.org>).

⁽⁴⁷⁾ Katso pitoisuus- ja hintatietoja koskevat taulukot PPP-1 ja PPP-5 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Taulukko 3. Kannabiksen käytön levinneisyys koko väestössä – yhteenvetotiedot

Ikäryhmä	Käytön ajanjakso		
	Koko elämä	Kulunut vuosi	Kulunut kuukausi
15–64-vuotiaat			
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	74 miljoonaa	22,5 miljoonaa	12 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	22,1 %	6,8 %	3,6 %
Vaihteluväli	1,5–38,6 %	0,4–14,6 %	0,1–7,2 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgaria (5,6 %) Kypros (6,6 %)	Romania (0,4 %) Malta (0,8 %) Kreikka (1,7 %) Bulgaria (1,9 %)	Romania (0,1 %) Malta (0,5 %) Ruotsi (0,6 %) Liettua (0,7 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Tanska (38,6 %) Italia (31,2 %) Ranska (30,6 %) Yhdistynyt kuningaskunta (30,0 %)	Italia (14,6 %) Espanja (10,1 %) Tšekki (9,3 %) Ranska (8,6 %)	Italia (7,2 %) Espanja (7,1 %) Ranska, Tšekki (4,8 %)
15–34-vuotiaat			
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	41,5 miljoonaa	17 miljoonaa	9 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	31,1 %	12,5 %	6,8 %
Vaihteluväli	2,9–48,0 %	0,9–20,9 %	0,3–13,4 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (2,9 %) Malta (4,8 %) Kypros (9,9 %) Kreikka (10,8 %)	Romania (0,9 %) Malta (1,9 %) Kreikka (3,2 %) Kypros (3,4 %)	Romania (0,3 %) Ruotsi (1,3 %) Kreikka, Liettua (1,5 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Tanska (48,0 %) Ranska (43,6 %) Yhdistynyt kuningaskunta (40,1 %) Tšekki (38,3 %)	Italia (20,9 %) Tšekki (19,3 %) Espanja (18,8 %) Ranska (16,7 %)	Espanja (13,4 %) Italia (10,4 %) Tšekki, Ranska (9,8 %)
15–24-vuotiaat			
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	19 miljoonaa	10 miljoonaa	5 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	30,5 %	15,8 %	8,3 %
Vaihteluväli	3,7–43,9 %	1,5–28,2 %	0,5–16,9 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (3,7 %) Malta (4,9 %) Kypros (6,9 %) Kreikka (9,0 %)	Romania (1,5 %) Kreikka, Kypros (3,6 %) Ruotsi (6,0 %) Portugali (6,6 %)	Romania (0,5 %) Kreikka (1,2 %) Ruotsi (1,6 %) Kypros, Liettua (2,0 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Tšekki (43,9 %) Ranska (42,0 %) Tanska (41,1 %) Saksa (39,0 %)	Tšekki (28,2 %) Espanja (24,1 %) Italia (22,6 %) Ranska (21,7 %)	Espanja (16,9 %) Tšekki (15,4 %) Ranska (12,7 %) Italia (11,5 %)

Euroopan levinneisyyden arviot perustuvat painotettuihin keskiarvoihin, jotka on saatu vuosien 2001 ja 2008 välillä (pääasiassa 2004–2008) tehdyistä uusimmista kansallisista tutkimuksista. Tämän vuoksi arvioita ei voida antaa yksittäisiltä vuosilta. Euroopan keskimääräinen levinneisyys laskettiin kyseisen ikäryhmän väestön mukaan painotetusta keskiarvosta kussakin maassa. Maissa, joista tietoja ei ole saatavissa, käytettiin EU:n keskimääräistä levinneisyyttä. Käytetty väestöpohja: 15–64 (334 miljoonaa), 15–34 (133 miljoonaa) ja 15–24 (63 miljoonaa). Tässä tiivistetyt tiedot ovat saatavissa vuoden 2009 tilastiedotteen kohdasta ”Yleiset väestötutkimukset”.

Monet maat ilmoittavat suhteellisen suuria käyttötasoja viimeksi kuluneen vuoden ja kuukauden aikaiselle kannabiksenkäytölle. Arviolta noin 22,5 miljoonaa eurooppalaista on käyttänyt kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana eli keskimäärin 6,8 prosenttia kaikista 15–64-vuotiaista. Kannabista viimeksi kuluneen kuukauden

aikana käyttäneisiin kuuluvat myös ne, jotka käyttävät kannabista säännöllisesti mutteivät välttämättä runsaasti. Kannabista on käyttänyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana arviolta 12 miljoonaa eurooppalaista aikuista, mikä vastaa keskimäärin noin 3,6:ta prosenttia kaikista 15–64-vuotiaista.

Kannabiksen käyttö nuorten aikuisten keskuudessa

Kannabiksen käyttö keskittyy vahvasti nuoriin (15–34-vuotiaisiin), ja yleensä suurimmaksi viimeisen vuoden aikana käyttäneeksi ryhmäksi ilmoitetaan 15–24-vuotiaat. Tämä koskee lähes kaikkia Euroopan maita Portugalia lukuun ottamatta. ⁽⁴⁸⁾

Väestötutkimusten tietojen perusteella näyttäisi siltä, että keskimäärin 31,1 prosenttia eurooppalaisista nuorista aikuisista (eli 15–34-vuotiaista) on käyttänyt kannabista joskus, 12,5 prosenttia on käyttänyt viimeksi kuluneen vuoden ja 6,8 prosenttia viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Vieläkin suuremman osan eurooppalaisista 15–24-vuotiaista arvellaan käyttäneen kannabista viimeksi kuluneen vuoden (15,9 prosenttia) tai kuukauden (8,3 prosenttia) aikana. Kannabiksen käytön kansalliset esiintyvyyssarviot vaihtelevat suuresti maittain kaikkien levinneisyysslukujen osalta, ja asteikon yläpään maat ilmoittavat enimmillään kymmenkertaisia arvoja pienimpiä esiintyvyyssasteita ilmoittaneisiin maihin verrattuna.

Kannabiksen käyttö on yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa (katso EMCDDA, 2006a), vaikka maiden välillä havaitaankin suuria eroja. Esimerkiksi ilmoituksensa mukaan viimeksi kuluneen vuoden aikana kannabista käyttäneiden miesten ja naisten välinen suhde vaihtelee Portugalin 6,4 miehestä naista kohden Itävallan 1,4 mieheen naista kohden.

Koululaisten kannabiksenkäyttö

ESPAD-tutkimus ⁽⁴⁹⁾ tarjoaa vertailukelpoista tietoa alkoholin ja huumeiden käytöstä 15–16-vuotiaiden koululaisten keskuudessa Euroopassa (Hibell ym., 2009). Vuonna 2007 tutkimus tehtiin 25:ssä EU:n jäsenvaltiossa sekä Kroatiassa ja Norjassa. Jotkin maat (kuten Espanja, Ruotsi, Yhdistynyt kuningaskunta) tekevät omia kansallisia koululaistutkimuksiaan, joista saatava tieto – myös kannabiksen käytöstä – on vertailukelpoista ESPAD-tutkimuksen ja kouluikäisten lasten terveyskäyttäytymistä selvittävän HBSC-tutkimuksen kanssa.

Vuotta 2007 koskevista ESPAD-tiedoista ilmenee, että eniten kannabista ainakin kerran käyttäneitä 15–16-vuotiaita koululaisia on Tšekissä (45 prosenttia) ⁽⁵⁰⁾ ja että Viron, Ranskan, Alankomaiden, Slovakian ja Yhdistyneen kuningaskunnan ilmoittamat yleisyysluvut vaihtelevat 26 prosentista 32 prosenttiin. Viisitoista maata ilmoitti kannabista kerran käyttäneiden määräksi 13–25 prosenttia. Pienimmät osuudet (alle kymmenen prosenttia) ilmoittivat Kreikka, Kypros, Romania, Suomi,

Ruotsi ja Norja. Kaiken kaikkiaan kannabista ainakin kerran käyttäneiden koululaisten sukupuolijakauma vaihtelee vähän.

Eniten kannabista edeltävän kuukauden aikana käyttäneitä 15–16-vuotiaita koululaisia on Espanjassa (20 prosenttia) ja Tšekissä (18 prosenttia). ⁽⁵¹⁾

Kansainväliset vertailut

Euroopan tuloksia voidaan verrata muista maanosista saatuihin tuloksiin. Esimerkiksi Yhdysvaltojen kansallisessa huumeidenkäyttö- ja terveyskyselyssä (Samhsa, 2007) arvioitiin kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuudeksi 49 prosenttia nuorista aikuisista (15–34-vuotiaista, EMCDDA:n uudelleen laskema osuus) ja viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden osuudeksi 21 prosenttia. Samassa ikäryhmässä kannabista ainakin kerran ja viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden osuudet olivat 58 ja 28 prosenttia Kanadassa (2004) ja Australiassa 47 ja 16 prosenttia (2007). Kaikki nämä luvut ylittävät vastaavat eurooppalaiset keskiarvot, jotka ovat 31,1 ja 12,5 prosenttia.

Ainoastaan Espanjan ja Tšekin ilmoittamat määrät ainakin kerran käyttäneistä koululaisista ovat verrattavissa Yhdysvaltojen ja Australian ilmoittamiin määriin.

Kannabiksen käytön suuntaukset

EMCDDA:lle ilmoitettujen kansallisten kyselytutkimustietojen perusteella kannabiksen käyttö lisääntyi selvästi lähes kaikissa EU-maissa varsinkin nuorten (kaavio 3) ja koululaisten keskuudessa. Vuosituhannen vaihteessa useimmissa Euroopan maissa huomattava osa nuorista oli käyttänyt tai käytti tätä huumausainetta, mikä näkyy siitä, että vuodesta 1998 vuoteen 2003 ainakin kerran kannabista käyttäneiden 15–34-vuotiaiden määrä oli lisääntynyt noin 30 prosenttiin seitsemässä maassa ja ylitti 40 prosenttia kahdessa muussa maassa. Vastaavat viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden määrät samassa ikäryhmässä olivat peräti 15–20 prosenttia seitsemässä maassa ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneiden määrät 8–15 prosenttia kuudessa maassa.

Kannabiksen käytön suuntaukset ovat erityisen kiinnostavia Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Maa erottui 1990-luvun alussa ja puolivälissä eurooppalaisesta yleiskuvasta siinä, että se ilmoitti suurimpia levinneisyyssarvioita. Tilanne on muuttunut vähitellen, kun käyttö on lisääntynyt muissa maissa. Lisäksi kannabiksen käyttö on laskenut

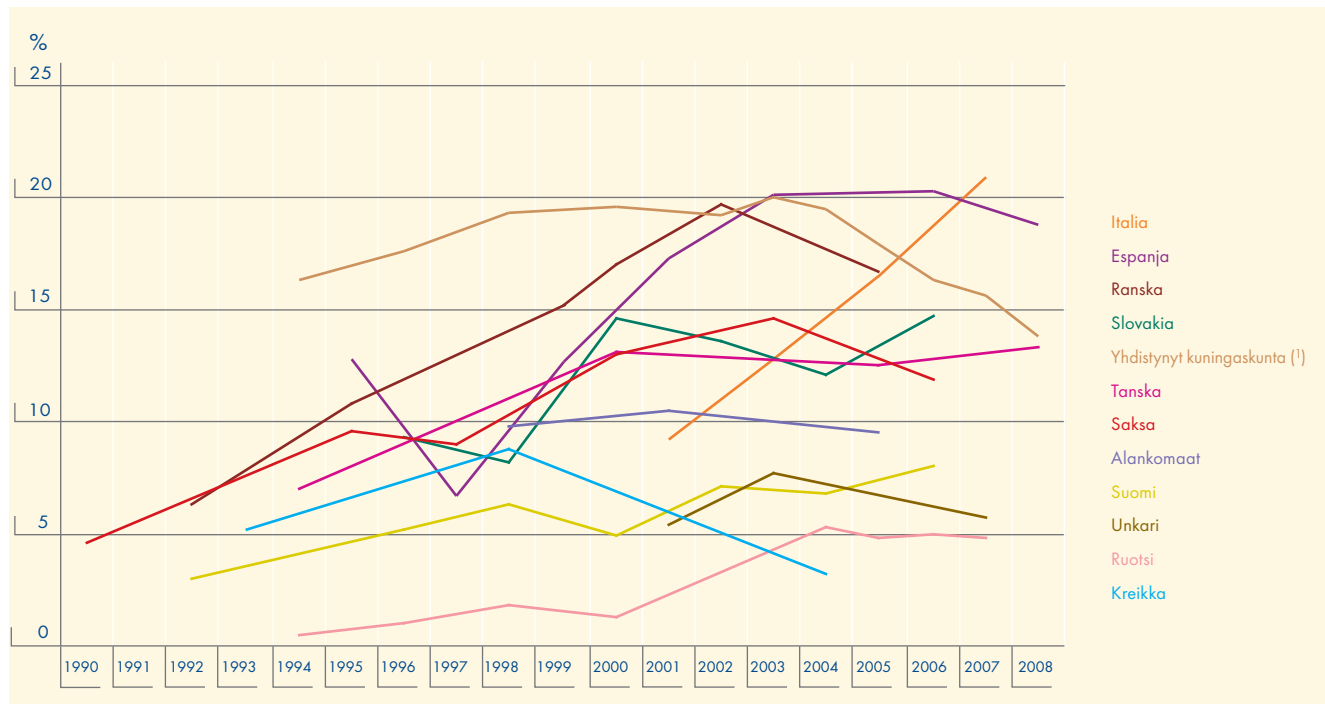
⁽⁴⁸⁾ Katso kaavio GPS-1 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁴⁹⁾ Katso väestötutkimuksia käsittelevä laatikko, s. 41.

⁽⁵⁰⁾ Katso kaavio EYE-1 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁵¹⁾ Katso kaavio EYE-1 (osa i) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Kaavio 3. Suuntaukset kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) keskuudessa



(¹) Englanti ja Wales.

Huom. Lisätietoja: katso kaavio GPS-4 vuoden 2009 tilastotiedotteessa.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2008), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa tasaisesti jotakuinkin vuodesta 2003 alkaen erityisesti 16–24-vuotiaiden keskuudessa ⁽⁵²⁾, mikä viittaa uuteen sukupolveen. Laskeva tai vakiintuva suuntaus näkyy nyt muuallakin – sekä koululaistutkimuksissa että joissain yleisissä väestötutkimuksissa. Niistä 11 maasta, joista on mahdollista määrittää viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten aikuisten suuntauksia vuosina 2002–2007, neljässä maassa havaittiin ainakin 15 prosentin lasku alkuarvosta ja neljässä muussa tilanne näyttää vakiintuneen. ⁽⁵³⁾ Kolmessa maassa esiintyvyyssluvut ovat kasvaneet ainakin 15 prosenttia, joskin kasvava suuntaus voidaan kyseenalaistaa eräiden muiden tietojen perusteella.

Suuntaukset koululaisten keskuudessa

Aikuisväestön tapaan kannabiksen käyttö koululaisväestön keskuudessa lisääntyi muutamissa Euroopan maissa vuosina 1995–2003, mutta yleensä nousu on pysähtynyt tai käyttäjien määrä laskenut hiljattain. Vain kaksi EMCDDA:n seurantaan kuuluvaa maata, jotka osallistuivat ESPAD-koululaistutkimuksiin vuonna 2007 (Liettua ja Slovakia), ovat ilmoittaneet kolmea prosenttiyksikköä suuremmasta kasvusta ainakin kerran käyttäneiden

määrissä vuodesta 2003 lähtien. Toisaalta yhdeksän maata on ilmoittanut vastaavansuuruisesta vähentymisestä samana aikana. ⁽⁵⁴⁾ Yhdysvalloissa ja Australiassa tehdyistä koululaistutkimuksista on niin ikään saatu tietoja alenevasta suuntauksesta, joka havaittiin ensimmäisenä Australiassa vuonna 1999. ⁽⁵⁵⁾

Koululaisten kannabiksenkäytön aिकासuuntausten osalta Euroopassa on havaittu erilaisia malleja vuosina 1995–2007 (kaavio 4). Seitsemän pääasiassa Pohjois- ja Etelä-Euroopassa sijaitsevaa maata (Kreikka, Kypros, Malta, Romania, Suomi, Ruotsi, Norja) on ilmoittanut kannabista ainakin kerran käyttäneiden määrän pysyneen kaikkiaan vakiona ja pienenä koko tänä aikana. Useimmissa Länsi-Euroopan maissa sekä Kroatiaassa ja Sloveniassa, joissa ainakin kerran käyttäneiden määrä oli suuri tai kasvoi voimakkaasti aina vuoteen 2003 saakka, käyttäjien määrä on laskenut tai pysynyt vakaana vuonna 2007. Näistä 11 maasta yhdeksän ilmoitti yli kolmen prosenttiyksikön laskusta ja kaksi maata ilmoitti tilanteen pysyneen ennallaan. Tilanne on jossain määrin erilainen useimmissa Keski- ja Itä-Euroopan maissa, joissa vuosina 1995–2003 havaittu kasvava suuntaus näyttää nyt tasoittuvan. Tällä alueella tilanne on muuttumaton

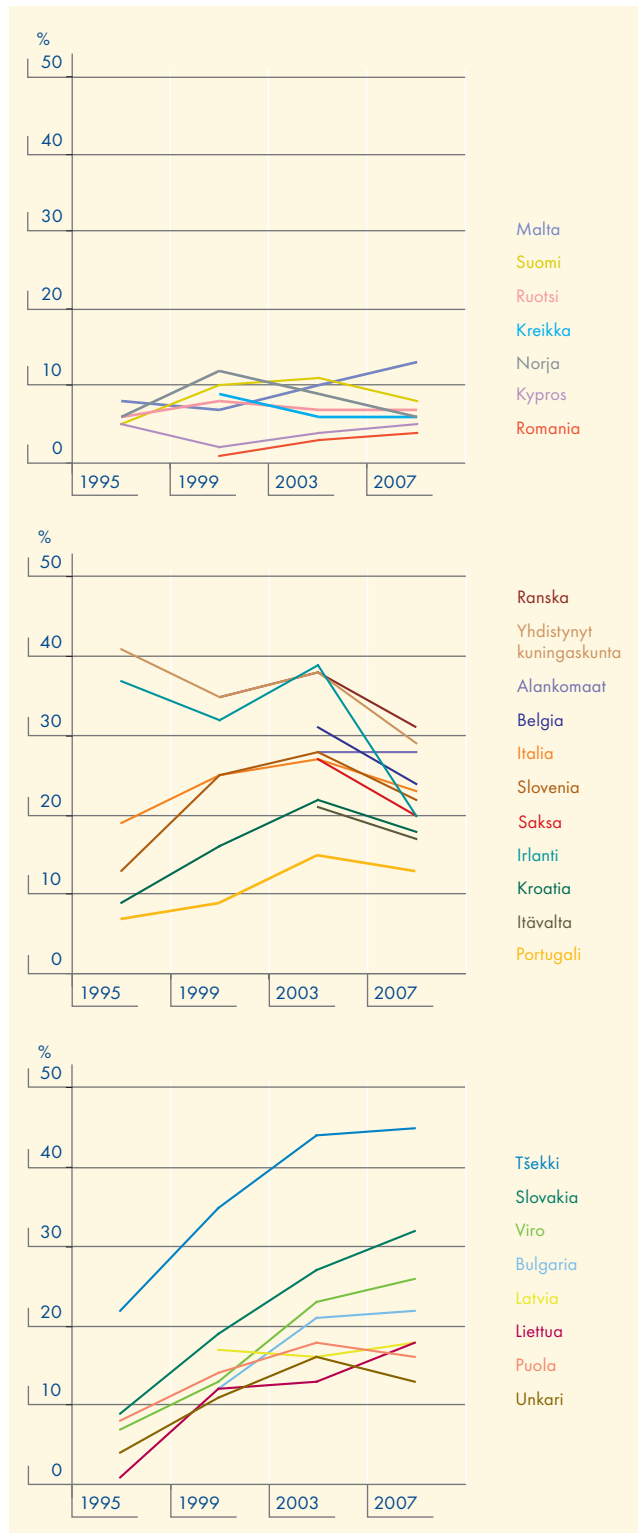
⁽⁵²⁾ Katso kaavio GPS-10 vuoden 2009 tilastotiedotteessa.

⁽⁵³⁾ Jollei tietoja ollut saatavissa juuri näiltä vuosilta, käytettiin edellisen tai seuraavan vuoden lukuja.

⁽⁵⁴⁾ ESPAD-tutkimuksessa yli kolmen prosenttiyksikön nousu tai lasku tulkitaan osoitukseksi muutoksesta.

⁽⁵⁵⁾ Katso kaavio EYE-1 (osa xii) vuoden 2009 tilastotiedotteessa.

Kaavio 4. Erilaisia suuntauksia kannabista ainakin kerran käyttäneiden 15–16-vuotiaiden koululaisten keskuudessa



Lähde: ESPAD.

kuudessa maassa, ja yli kolmen prosenttiyksikön kasvua on ilmoitettu kahdesta maasta. ⁽⁵⁶⁾

Eräissä Euroopan maissa ainakin kerran kannabista käyttäneiden koululaisten määrän kasvuun vuosina 1995–2003 liittyi ainakin kerran tupakoineiden määrän kasvu. Vuodesta 2003 lähtien kumpikin suuntaus on kääntynyt monissa maissa päinvastaiseksi, mikä voi viitata tupakan ja kannabiksen polttamisen välisiin yhteyksiin nuorilla. ⁽⁵⁷⁾

Kannabiksen käyttötavat

Saatavilla olevien tietojen perusteella kannabiksen käyttötapoja on monia. Kannabista ainakin kerran käyttäneistä 15–64-vuotiaista ainoastaan 30 prosenttia oli käyttänyt sitä viimeksi kuluneen vuoden aikana. ⁽⁵⁸⁾ Tätä huumausainetta viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneistä keskimäärin 50 prosenttia on käyttänyt sitä myös viimeksi kuluneen kuukauden aikana, ja uusimpien tutkimusten mukaan aineen toistuva käyttö voi jatkua pitkään muuttumattomana myös nuorilla (Perkonigg, 2008).

Runsaan ja pitkäaikaisen käytön arviointi on tärkeä kansanterveydellinen kysymys, koska asia korreloi haitallisten seurausten, kuten hengitysvaikeuksien, heikon koulumenestyksen tai riippuvuuden, kanssa (Hall ja Solowij, 1998). Päivittäinen tai lähes päivittäinen käyttö (vähintään 20 päivänä viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana) on nykyisellään selkein vertailukelpoinen merkki runsaasta käytöstä. Tiedot tällaisesta kannabiksenkäytöstä Euroopassa kerättiin vuosina 2007 ja 2008 osana ”kenttätutkimusta”, jota EMCDDA koordinoi yhdessä kansallisten asiantuntijoiden ja Reitoxin kansallisten yhteyspisteiden kanssa 13 maassa. Tutkimus kattoi 77 prosenttia EU:n aikuisväestöstä (15–64-vuotiaista). Näiden tietojen perusteella voidaan arvioida, että yli prosentti kaikista eurooppalaisista aikuisista eli noin 4 miljoonaa henkeä käyttää kannabista päivittäin tai lähes päivittäin. Valtaosa eli noin 3 miljoonaa näistä kannabiksenkäyttäjistä on 15–34-vuotiaita, mikä on jotakuinkin 2–2,5 prosenttia kaikista eurooppalaisista tässä ikäryhmässä. ⁽⁵⁹⁾

Kannabiksen runsaan käytön suuntauksia on vaikea arvioida tietojen vähyyden vuoksi. Viimeaikaisista suuntauksista ilmoittaneista seitsemästä maasta neljä (Espanja, Ranska, Italia, Portugali) ilmoitti päivittäisen kannabiksenkäytön yleistymisestä ja yksi (Irlanti) tilanteen pysymisestä ennallaan. Ainoastaan kaksi (Kreikka,

⁽⁵⁶⁾ Katso kaavio EYE-1 (osa xiii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁵⁷⁾ Katso erityiskysymys huumeiden sekakäytöstä.

⁽⁵⁸⁾ Katso kaavio GPS-2 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁵⁹⁾ Euroopan keskiarvot ovat arvioita, jotka perustuvat tietojen ilmoittaneiden maiden (väestön) painotettuun keskiarvoon. Maille, joista ei ole saatua tietoja, on annettu keskimääräinen tulos. Saadut luvut ovat 1,2 prosenttia kaikista aikuisista (15–64-vuotiaista) ja 2,3 prosenttia nuorista aikuisista (15–34-vuotiaista). Katso taulukko GPS-7 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Alankomaat) ilmoitti vähentymisestä. ⁽⁶⁰⁾ Nämä tulokset viittaavat siihen, että kannabista runsaasti käyttävien käyttäjien määrä on voinut yleisesti kasvaa Euroopassa kuluneen vuosikymmenen aikana.

Kannabisriippuvuus tunnustetaan yhä laajemmin tämän huumausaineen säännöllisen käytön mahdolliseksi seuraukseksi, vaikka sen vakavuus ja seuraukset voivatkin vaikuttaa muiden psykoaktiivisten aineiden (kuten heroiinin tai kokaiinin) vastaavia vaikutuksia lievemmiltä. Koska kannabista säännöllisesti käyttävän väestön osuus on kuitenkin suhteellisesti muita suurempi, runsaan kannabiksenkäytön kokonaisvaikutus kansanterveyteen voi

Asteikot kannabiksen ongelmakäytön mittaamiseen yleisissä väestötutkimuksissa

On todistettu, että kannabisriippuvuutta, vieroitusoireet mukaan lukien, voidaan mitata koko väestöstä yhtä luotettavasti kuin hoidettujen käyttäjien otoksista (Mennes ym., 2009). Tämän vuoksi EMCDDA kehittää parhaillaan yhteistyössä monien maiden kanssa menetelmiä kannabiksen runsaan ja merkittävän pitkäaikaisen käytön seurantaan.

Viime vuosina on testattu eri menetelmiä, joilla voitaisiin arvioida runsaan ja ongelmallisen huumeidenkäytön, etenkin kannabiksenkäytön, yleisyyttä yleisissä väestötutkimuksissa. Saksalaiset asiantuntijat ovat arvioineet aiheesta ilmestynyttä kirjallisuutta ja alalla viime aikoina tehtyä työtä. He ovat tunnistaneet neljä kannabikseen liittyvää asteikkoa, joita on testattu Euroopan kokonaisväestön otoksilla. Nämä asteikot ovat huumeriippuvuuden vaikeusastetta mittaava asteikko (SDS), marihuanan ongelmakäyttöön liittyvä asteikko (PUM), kannabiksen väärinkäytön seulontatesti (CAST) ja kannabiksen käyttöön liittyvien häiriöiden tunnistamiskoe (CUDIT) (Piontek ym., 2008). Näihin asteikkoihin sisältyy 4–10 kohtaa, ja niiden psykometrisiä ominaisuuksia (esimerkiksi niiden kyky eritellä johdonmukaisesti riippuvaiset niistä, jotka eivät ole riippuvaisia, sekä erittelyn onnistuminen halutun kannabisriippuvuuteen tai -ongelmaan liittyvän käsitteen perusteella) pidettiin yleisesti ottaen hyvinä.

Tällä alalla on kuitenkin vielä joitakin vaikeuksia yhteisymmärryksen löytämisessä sen suhteen, mitä tekijää tai tekijöitä (esimerkiksi riippuvuus, väärinkäyttö, haitallinen käyttö, käyttöön liittyvät ongelmat) olisi mitattava kannabiksen ongelmakäytön arvioinnissa. Arviointi on myös vaikeaa, koska jos ilmiön esiintyvyyttä on alhainen, sen mittaaminen saattaa tuottaa useita vääriä ja liioiteltuja tuloksia, minkä johdosta kannabiksen ongelmakäytön yleisyys kokonaisväestössä yliarvioitaa. Lisävalidointitutkimukset, joita parhaillaan suunnitellaan tai laaditaan, voivat auttaa näiden ongelmien selvittämisessä.

olla merkittävä. Käyttäjillä, varsinkin runsaasti käyttävillä, voi myös esiintyä ongelmia, jotka eivät välttämättä täytä riippuvuudelle asetettuja kliinisiä kriteerejä.

Tutkimusten mukaan kannabisriippuvuuden kehittyminen on hitaampaa kuin muiden huumausaineiden (esimerkiksi kokaiinin) yhteydessä ja kannabista ainakin kerran käyttäneistä riippuvuuden jossain vaiheessa kehittyvien osuus ei välttämättä ylitä kymmentä prosenttia (Wagner ja Anthony, 2002). Yhdysvalloista peräisin olevien väestötutkimustietojen mukaan riippuvuutta havaittiin noin 20–30 prosentilla päivittäisistä käyttäjistä. ⁽⁶¹⁾ Muut tutkimukset antavat olettaa, että kannabisriippuvuus voi säilyä suhteellisen vakaana ajan mittaan (Swift ym., 2000). Silti todennäköisesti yli puolet kannabiksen käyttäjistä pystyy lopettamaan käytön ilman hoitoa (Cunningham, 2000; Ellingstad ym., 2006).

Koululaisten käyttötavat

Vuoden 2007 ESPAD-tutkimuksesta ilmenee, että kannabiksen käyttö ainakin joskus korreloi käsityksiin tämän huumausaineen muita pienemmästä riskistä ja helpommasta saatavuudesta. ⁽⁶²⁾ Muuhun opiskelijaväestöön verrattuna kannabiksen käyttäjät käyttävät todennäköisemmin alkoholia, tupakkaa ja muitakin laittomia huumausaineita kuin kannabista. ⁽⁶³⁾

ESPAD-tutkimuksen uudet tiedot antavat myös hieman lisävaloa runsaan kannabiksenkäytön käyttötapoihin. Kymmenessä Euroopan maassa 5–12 prosenttia 15–16-vuotiaista miespuolisista koululaisista ilmoitti käyttäneensä kannabista ainakin 40 kertaa. Osuus oli ainakin kaksinkertainen vastaavaan naispuolisten koululaisten tulokseen nähden. Tämä tukee eräitä muita tutkimustietoja, jotka osoittavat runsaiden käyttötapojen olevan yleisempiä nuorilla miehillä. Käytön varhainen aloittaminen on yhdistetty myöhemmällä iällä runsastuvaan käyttöön ja ongelmallisiin käyttömuotoihin. Useimmissa niistä kymmenestä maasta, joissa usein toistuva käyttö on suhteellisen suurta, 5–9 prosenttia koululaisista ilmoitti aloittaneensa kannabiksen käytön 13-vuotiaana tai sitä nuorempana. ⁽⁶⁴⁾

Hoito

Hoidon kysyntä

Kannabis oli pääasiallinen huume noin 20 prosentilla kaikista hoitoon hakeutuneista vuonna 2007 (73 000 asiakasta), joten se oli toiseksi yleisimmin

⁽⁶⁰⁾ Katso taulukko GPS-7 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁶¹⁾ Yhdysvalloissa vuosina 2000–2006 tehdyn kansallisen väestötutkimuksen tietojen analysointi. NSDUH:n analysointityökalu verkossa: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, käytetty 25.2.2008, analyysi muuttujilla MJDAY30A ja DEPENDMRJ.

⁽⁶²⁾ Katso kaavio EYE-1 (osa v) ja (osa vi) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁶³⁾ Katso erityiskysymys huumeiden sekakäytöstä.

⁽⁶⁴⁾ Katso kaavio EYE-1 (osa iii) ja (osa vii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

ilmoitettu huume heroisiin jälkeen. Maiden väliset erot olivat kuitenkin huomattavat. Kannabiksen mainitsi pääasialliseksi huumeeksi alle viisi prosenttia asiakkaita Bulgariassa, Liettuassa ja Sloveniassa. Tanskassa, Ranskassa, Unkarissa, Alankomaissa ja Turkissa kannabiksen ilmoittaneita oli yli 30 prosenttia. Erot voivat selittyä kannabiksenkäytön yleisyyden, huumehoidon tarpeen, tarjonnan ja organisoinnin tai lähetekäytäntöjen perusteella. Niistä kahdesta maasta, joissa kannabiksen käyttäjien osuudet olivat suurimmat, Ranskan neuvontakeskukset keskittyvät nuoriin käyttäjiin ja Unkarissa kannabisrikoksiin syyllistyneille tarjotaan huumehoitoa vaihtoehtona rangaistukselle. Rikosoikeusjärjestelmällä on tärkeä rooli hoitoonohjauksessa näissä kummassakin maassa, mutta yleisesti ottaen jäsenvaltiot ilmoittavat useimpien kannabiksenkäyttäjien aloittavan hoidon Euroopassa omasta aloitteestaan.

Kannabiksen vuoksi avohoidon aloittavat asiakkaat ilmoittavat usein käyttävänsä myös muita huumeaineita. Neljästätoista maasta kerättyjen tietojen perusteella 85 prosenttia heistä käyttää muuta päihdettä, useimmiten alkoholia (65 prosenttia) tai kokaiinia (13 prosenttia), osa ilmoittaa käyttävänsä kumpaakin (12 prosenttia). ⁽⁶⁵⁾

Suuntauksia huumehoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvien joukossa

Niissä 19 maassa, joista tietoja on saatavissa, ensisijaisesti kannabista käyttävien lukumäärä ja osuus hoitoon ensi kertaa hakeutuneista kasvoi noin 19 000 henkilöstä 34 000 henkilöön (25 prosentista 31 prosenttiin) vuosina 2002–2007. ⁽⁶⁶⁾ Tämä suuntaus näyttää kuitenkin pysähtyneen vuosina 2006 ja 2007, sillä useimmat maat ilmoittivat uusien kannabisasiakkaiden osuuden vähentyneen tai säilyneen ennallaan. Tämä voi liittyä viimeaikaisiin kannabiksenkäytön suuntauksiin, mutta se voi heijastaa myös muutoksia ilmoituskäytännöissä, palvelukapasiteetin loppumista tai muiden palvelujen käyttöä (esimerkiksi perusterveydenhuollon tai mielenterveyshuollon käyttöä).

Asiakasprofiilit

Avohoitoon hakeutuvat kannabiksen käyttäjät ovat Euroopassa valtaosin nuoria miehiä – miehiä on 5,5 jokaista naista kohden – ja keski-ikältään 25-vuotiaita. ⁽⁶⁷⁾ Ensi kertaa hoitoon tulevista ensisijaisesti kannabiksen käyttäjiksi ilmoittautuu 67 prosenttia 15–19-vuotiaista ja 78 prosenttia alle 15-vuotiaista. ⁽⁶⁸⁾

Kaiken kaikkiaan 24 prosenttia avohoitoon tulevista ensisijaisesti kannabista käyttävistä asiakkaista on satunnaisia käyttäjiä, joiden hoitoon ohjaajana on todennäköisesti usein rikosoikeusjärjestelmä. Asiakkaita 12 prosenttia käyttää kannabista viikoittain tai harvemmin, 18 prosenttia käyttää sitä 2–6 kertaa viikossa ja 47 prosenttia on päivittäisiä käyttäjiä, jotka muodostavat ongelmallisimman ryhmän. Maiden välillä havaitaan suuria eroja. Unkarissa, Romaniassa ja Kroatiaassa valtaosa kannabisasiakkaita on satunnaisia käyttäjiä, kun taas Belgiassa, Tanskassa, Espanjassa, Ranskassa, Maltassa ja Alankomaissa valtaosa on päivittäisiä käyttäjiä. ⁽⁶⁹⁾ Erikoistuneiden neuvontakeskusten asiakkaille Ranskassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että 63 prosenttia päivittäisistä kannabiksen käyttäjistä oli riippuvaisia (Obradovic, 2008).

Monet kannabisasiakkaat ovat vielä opiskelijoita, ja heidän asumisolonsa ovat vakaat (EMCDDA, 2008a). Ranskassa kannabisasiakkaita 34 prosenttia on käynyt teknisen alan ammattioppilaitosta. Koko väestössä vastaava luku on 6,8 prosenttia (Obradovic, 2008), mikä viittaa kannabiksen käyttäjien alempaan koulutustasoon.

Kannabiksen käytön ja samanaikaisten psykiatristen ongelmien välinen suhde on toistaiseksi ratkaisematon ja monimutkainen kysymys (EMCDDA, 2008a). Tutkimuksista on silti ilmennyt, että mielenterveysongelmista kärsivillä henkilöillä, erityisesti skitsofreenikoilla, on suurempi riski ajautua kannabiksen suurkäyttäjiksi (Henquet ym., 2005). Lisäksi on selvää näyttöä siitä, että kannabiksesta voi aiheutua haittaa ennestään mielenterveysongelmista kärsiville (ACMD, 2008). Huumeaineiden käyttäjien palvelukeskuksissa havaitaan niin ikään suhteellisen usein, että kannabiksen vuoksi hoitoon lähetetyillä nuorilla on taustalla mielenterveysongelmia (Schroder ym., 2008). Tähän voi olla syynä se, etteivät he ole etsineet tai saaneet tarkoituksenmukaista hoitoa ongelmiinsa yleisistä terveydenhuoltopalveluista (Zachrisson ym., 2006).

Hoidon tarjonta

Erityisesti kannabiksen käyttäjille suunnitellut hoito-ohjelmat voivat tarjota tämän käyttäjäryhmän tarpeisiin räätälöityjä palveluja ja myös vähentää nuorten riskiä ajautua ongelmallisempien ja vanhempien käyttäjien seuraan. EMCDDA keräsi vuonna 2008 tietoja tällaisten ohjelmien saatavuudesta Euroopassa. Kansallisten asiantuntijoiden ilmoitusten mukaan sellaisia oli 13:ssa tietoja ilmoittaneista 25 maasta (kaavio 5). Palvelujen

⁽⁶⁵⁾ Katso erityiskysymys huumeiden sekakäytöstä.

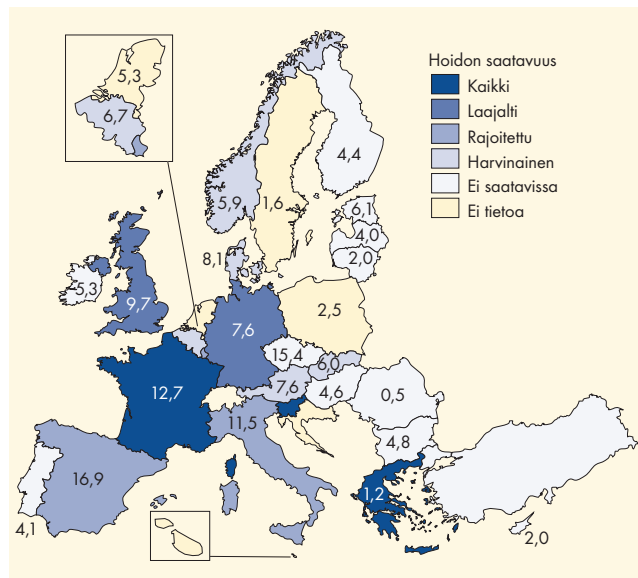
⁽⁶⁶⁾ Katso kaaviot TDI-1 ja TDI-2 ja taulukot TDI-3 (osa iv) ja TDI-5 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁶⁷⁾ Katso taulukko TDI-21 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁶⁸⁾ Katso taulukko TDI-10 (osa iv) ja (osa vi) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁶⁹⁾ Katso taulukot TDI-18 (osa i) ja TDI-111 (osa viii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Kaavio 5. Kannabiksen käyttäjille tarkoitettujen erityisten hoito-ohjelmien saatavuus ja kannabista viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneiden määrä (%) 15–24-vuotiaiden keskuudessa



Huom. Saatavuus on määritelty arvioimalla, kuinka suuri osa hoitoa tarvitsevista kannabiksen käyttäjistä voi saada sitä: lähes kaikki (kaikki), valtaosa mutteivät kaikki (laajalti), useampi kuin muutama muttei valtaosa (rajoitettu), vain muutama (harvinainen) tai ei saatavissa.

Erityisten hoito-ohjelmien saatavuutta koskevat tiedot on saatu kansallisilta asiantuntijoilta, jotka arvioivat, missä määrin hoitokapasiteetti vastaa aktiivisesti hoitoon hakeutuvien kannabiksen käyttäjien tarvetta. Erityisissä ohjelmissa voidaan tarjota suunnitelmallista hoitoa kannabiksen ongelmakäyttäjille, tukea sukulaisille, neuvontaa muille kuin ongelmakäyttäjille tai nuorisorikollisille. Ohjelmia on ilmoitettu olevan Alankomaissa, mutta tietoa niiden saatavuudesta ei ole saatu. Viimeksi kuluneen kuukauden aikana kannabista käyttäneiden määrä 15–24-vuotiaiden keskuudessa osoittaa, kuinka suuri osa nuorista voi joutua tekemisiin tällaisten ohjelmien kanssa. Se ei osoita hoitotarvetta tai kannabiksen käytön tasoa kyseisessä maassa.

Jos haluat lisätietoa levinneisyydestä, katso taulukko GPS-16 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset yhteyspisteet.

saatavuus vaihteli maasta toiseen. Arvioiden mukaan lähes kaikki erityistä hoitoa pyytävät saavat sitä Ranskassa, Kreikassa ja Sloveniassa, yli puolet saa sellaista Saksassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja ainoastaan vähemmistö jäljelle jääneissä kahdeksassa maassa. Niistä 12 maasta, jotka ilmoittivat, ettei erityisiä ohjelmia kannabiksen käyttäjille ole, Bulgaria, Tšekki, Viro, Kypros, Romania ja Turkki aikovat käynnistää sellaisia kolmen vuoden kuluessa.

Kannabiksen käyttäjien hoito-ohjelmat Euroopassa

Kreikassa OKANAN nuorisoyksiköt tarjoavat varhaisen puuttumisen hoito-ohjelman kokeileville tai satunnaisille kannabiksen käyttäjille ja tätä suunnitelmallisempaa hoitoa runsaasti käyttäville ja ongelmakäyttäjille. Hoito perustuu pääosin systeemiseen terapiaan ja perheterapiaan.

Ranskassa noin 275 tarkoitukseen varattua neuvontakeskusta eri puolilla maata tarjoaa tietoa ehkäisytyöstä, lyhytaikaisia toimenpiteitä ja tukea nuorille huumausaineiden (pääosin kannabiksen) käyttäjille, nuorisorikollisille ja heidän sukulaisilleen. Kun asiakkaila diagnosoidaan ongelmakäyttöä (riippuvuutta) tai vakavia samanaikaisia sairauksia, heidät ohjataan erikoispalveluihin.

Itävallassa useissa neuvontakeskuksissa (esimerkiksi ChEck it!, B.I.T., Clean Bregenz) käytetään nuoria kannabiksen käyttäjiä varten kehitettyjä erityisjärjestelyjä, joissa heidät eriytetään muista kävijöistä, jotka ovat pääosin opioidien käyttäjiä, ja osallistetaan heidän sukulaisensa ja ystävänsä neuvonta- tai hoitoprosessiin.

Saksassa internetpohjainen kannabiksenkäytön keskeytysohjelma Quit the shit ⁽⁷⁰⁾ on siirretty 12:een huumausaineiden käyttäjien neuvontapisteeseen seitsemässä osavaltiossa. FRED (katso luku 2) tarjoaa motivoiviin haastatteluihin perustuvaa neuvontaa rikosoikeusjärjestelmän hoitoon ohjaamille asiakkaille. Kannabikseen liittyvistä häiriöistä kärsiville potilaille tarkoitettu CANDIS-hoito-ohjelma perustuu motivaation parantamiseen, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja psykososiaaliseen ongelmanratkaisuun, ja sitä toteutetaan parhaillaan Dresdenissä. Ohjelman arvioinnista ilmeni myönteisiä tuloksia, ja kymmenessä muussa keskuksessa parhaillaan meneillään olevan jatkotutkimuksen perusteella päätetään, otetaanko ohjelma käyttöön muuallakin.

Lisäksi Belgia, Saksa, Ranska, Alankomaat ja Sveitsi tekevät yhteistyötä kansainvälisessä INCANT-nimisessä tutkimuksessa, jossa selvitetään kattavan perhelähtöisen hoidon tehokkuutta kannabiksen ongelmakäyttöä hoidettaessa.

Tieteellisen kirjallisuuden mukaan monet psykoterapian muodot, kuten motivaatioterapia ja kognitiivis-behavioraalinen terapia, on osoitettu tehokkaiksi kannabiksesta johtuvissa hoidoissa, mutta mitään psykoterapien muotoa ei ole todettu muita tehokkaammaksi (Nordstrom ja Levin, 2007). Osalle kannabiksen ongelmakäyttäjistä voi olla apua myös lyhyistä hoitotoimenpiteistä, joita tarjoavat esimerkiksi nuorisolle tarkoitettut sosiaalipalvelut, yleislääkärit ja koulut.

Jokin aika sitten 326 nuorelle kannabiksen suurkäyttäjälle tehdystä satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa havaittiin kolme tai kuusi kuukautta jatkuneen seurantajakson päättyessä, ettei kannabiksen käytön lopettaneiden määrä vaihdellut motivoiviin haastatteluihin osallistuneiden ja pelkkää neuvontaa

⁽⁷⁰⁾ Katso Internetpohjainen hoito.

Internetpohjainen hoito

Internetpohjaista huumehoitoa on ollut Euroopan unionissa vuodesta 2004 lähtien, ja sen tarjonta on vielä vähäistä. Uusi tutkimus antaa kuvan tämäntyyppisten toimenpiteiden kehityksen nykytilanteesta Euroopan unionissa (EMCDDA, 2009a). Internetpohjaista hoitoa voidaan kuvailla ”erityisen yksityiskohtaisiksi tai mukautetuiksi, suunnitelluiksi ja jaksotetuiksi huumehoidon toimenpiteiksi, joita tarjotaan ja jotka välitetään internetin kautta”. Kannabiksen käyttöön liittyviä häiriöitä varten on löydetty hoitotoimenpiteitä Saksassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja muita kokaiinin ja ”klubihuumeiden” (esimerkiksi ekstaasin) käyttäjiä varten suunniteltuja toimenpiteitä on myös löydetty Alankomaissa.

Internetpohjainen hoito on hoidon ja ennaltaehkäisyn alalla toimivien organisaatioiden kehittämää, ja sen tavoitteena on auttaa huumeiden käyttäjiä arvioimaan omaa aineiden käyttöään sekä muuttamaan tätä käytöstä. Toimenpiteet antavat huumeisiin ja huumeriippuvuuteen liittyvää tietoa sekä tietoutta koskevia kokeita tai pelejä taikka huumeiden käyttöä koskevia itse suoritettavia testejä. Kaikille niille yhteistä on suunnitellun interventiohoidon saatavuus, joka on joko etukäteen räätälöity oma-apuohjelma, jossa ei olla yhteydessä neuvojiin, tai säännöllinen ohjelma, jossa on sovittuja yhteydenottoja. Jäljempänä mainittu voidaan toteuttaa kahdenkeskisillä keskustelupalstoilla tai ilmoitustauluilla. Joskus tarjotaan myös yhteydenpitomahdollisuuksia muihin käyttäjiin foorumin kautta, jolloin syntyy virtuaalisia oma-apuryhmiä.

Saatavilla ei ole vielä tarpeeksi näyttöä tämäntyyppisten toimenpiteiden tehokkuudesta, mutta ensimmäisissä satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa saadut tulokset osoittavat, että ne olisivat mahdollisesti hyödyllisiä. Saksassa kannabiksen käyttäjille tarkoitetun Quit the shit -toimenpiteen arvioinnin alustavien tulosten mukaan 32 prosenttia osallistujista ilmoitti pidättyneensä huumeiden käytöstä ohjelman suorittamisen jälkeen ja ohjelma tavoitti erityisesti ensi kertaa hoitoa hakeneet. Toimenpiteisiin pääsyn kynnys on matala, minkä johdosta ne saattavat tavoittaa yksilöt, jotka ovat haluttomia käyttämään muita palveluja. Samalla nämä yksilöt saattavat kuitenkin kohdata vakavia ongelmia, kuten huumeriippuvuutta tai muita henkisiä ongelmia, joihin internetpohjaisen hoidon kapasiteetti ei riitä.

tai huumeidenkäyttöä koskevaa valistusta saaneiden kesken (McCambridge ym., 2008). Yksittäisen terapeutin vaikutuksia ja terapeutin ja hoitotoimenpiteen vuorovaikutusta havaittiin sen sijaan kannabiksen keskeyttämisessä kolmen kuukauden kohdalla. Nämä tulokset osoittavat, että on tärkeää, että koulutuksen ja hoidon tarjoajat kohdentavat hoitotoimenpiteitä nuoriin kannabiksen käyttäjiin varsinkin erikoispalvelujen ulkopuolella.

Luku 4

Amfetamiinit, ekstaasi ja hallusinogeenit

Johdanto

Amfetamiinit (tämä yleisnimi kattaa sekä amfetamiinin että metamfetamiinin) ja ekstaasi ovat kannabiksen jälkeen Euroopassa useimmiten käytetyt laittomat huumeet. Absoluuttisesti laskettuna kokaiinin käyttö voi olla yleisempää, mutta kokaiinin keskittyminen maantieteellisesti merkitsee, että monissa maissa toiseksi yleisin laiton päihde on joko ekstaasi tai amfetamiinit. Joissain maissa amfetamiinien käyttö on lisäksi merkittävä osa huumeongelmaa, ja sen osuus hoitoa tarvitsevien keskuudessa on huomattava.

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

Ekstaaseihin kuuluu synteettisiä aineita, jotka muistuttavat kemiallisesti amfetamiineja mutta joiden vaikutus on jossain määrin erilainen. Ekstaaseista tunnetuin on 3,4-metylelenidioksimetamfetamiini (MDMA), mutta joskus

ekstaasitableteissa on muitakin sen kaltaisia aineita (MDA, MDEA). Ekstaasi oli käytännöllisesti katsoen tuntematon huume Euroopassa ennen 1980-luvun loppua, mutta sen käyttö yleistyi nopeasti 1990-luvulla. Sen suosio on perinteisesti liittynyt tanssimusiikin kuluttajiin, ja yleisestikin synteettisten huumeaineiden käyttö yhdistetään tiettyihin alakulttuureihin tai sosiaalisiin ympäristöihin.

Tunnetuin synteettinen hallusinogeeni Euroopassa on lysergihapon dietyyliamidi (LSD), jonka kulutus on ollut varsin pitkään alhaisella ja melko vakaalla tasolla. Viime vuosina nuorisossa näkyy heräkkeen yhä suurempaa kiinnostusta luonnossa esiintyviin hallusinogeenisiin, kuten hallusinogeenisiin sieniin.

Tarjonta ja saatavuus

Synteettisten huumeiden lähtöaineet

Lainvalvontatoimet keskittyvät laittomien huumeiden tuotannossa välttämättömiin lähtöaineisiin, ja

Taulukko 4. Amfetamiinin, metamfetamiinin, ekstaasin ja LSD:n tuotanto, takavarikot, hinta ja puhtaus

	Amfetamiini	Metamfetamiini	Ekstaasi	LSD
Maailmanlaajuisen tuotannon arvio (tonneina)	230–640 ⁽¹⁾		72–137	tes
Maailmanlaajuisesti takavarikoidut määrät (tonneina)	23,6	18,2	7,9	0,9
Takavarikoitu määrä EU ja Norja (Kroatia ja Turkki mukaan lukien)	7,9 tonnia (8,1 tonnia)	340 kilogrammaa (340 kilogrammaa)	Tabletteja 21 miljoonaa (22 miljoonaa)	Käyttöyksiköjä 68 000 (68 000)
Takavarikoiden lukumäärä EU ja Norja (Kroatia ja Turkki mukaan lukien)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Keskihinta katukaupassa (EUR) Vaihteluväli (kvartiiliväli) ⁽²⁾	Gramma 5–30 (12–23)	Gramma 8–51	Tabletti 3–19 (4–8)	Annos 4–30 (7–12)
Keskimääräisen puhtauden vaihteluväli	4–40 %	3–66 %	21–90 mg	—

⁽¹⁾ Saatavilla on vain kokonaisarvioita amfetamiinin ja metamfetamiinin maailmanlaajuisesta tuotannosta.
⁽²⁾ Ilmoitettujen keskihintojen vaihteluvälin keskialue, joka kattaa jakauman toisen ja kolmannen neljänneksen.
Huom. Kaikki tiedot ovat vuodelta 2007; tes = tietoja ei ole saatavilla.
Lähteet: UNODC World drug report (2009) (maailmanlaajuiset arvot), Reitoxin kansalliset yhteyspisteet (Euroopan tiedot).

tällä alalla kansainvälinen yhteistyö on erityisen arvokasta. Project Prism on kansainvälinen aloite, jonka tarkoituksena on estää synteettisten huumeiden laittomassa valmistuksessa käytettävien lähtökemikaalien laiton (⁷¹) kauppa käyttämällä laillisessa kaupassa vientiä koskevia ennakoilmoituksia ja ilmoittamalla pysäytetyistä lasteista ja takavarikoista, kun epäilyttäviä kauppvoja tapahtuu. Tiedot tämän alan toiminnasta ilmoitetaan Yhdistyneiden Kansakuntien kansainväliselle huumausainevalvontalautakunnalle (INCB, 2009b).

Mikä on huumeen lähtöaine?

Huumealalla käytetään termiä "lähtöaine" viittamaan aineisiin, joita voidaan käyttää laillisesti mutta joita saatetaan käyttää myös laittomaan huumeiden valmistukseen. Näistä aineista voidaan käyttää myös muita nimityksiä, kuten "esiaste, prekursori".

Lähtöaineiden kansainvälisen valvonnan oikeudellinen perusta on huumausaineiden ja psykotrooppisten aineiden laitonta kauppaa vastaan vuonna 1988 tehdyn Yhdistyneiden Kansakuntien yleissopimuksen 12 artikla. Sopimukseen on laadittu kaksi taulukkoa, joissa luetellaan 23 "tiettyä huumausaineiden ja psykotrooppisten aineiden laittomaan valmistukseen yleisesti käytettävää ainetta", joiden käyttäminen laittomiin tarkoituksiin olisi estettävä.

Sopimuksen 12 artikla saatettiin osaksi alkuperäistä, vuonna 1990 annettua eurooppalaista lainsäädäntöä kyseisten aineiden kulkeutumisen estämiseksi laittomiin tarkoituksiin (asetus (ETY) N:o 3677/90). Se saatettiin osaksi myös myöhemmin annettuja asetuksia, jotka koskevat kyseisten aineiden kaupan sääntelyä EU:ssa (EY) N:o 273/2004) ja yhteisön ja kolmansien maiden välillä (EY) N:o 111/2005) sekä lupamenettelyjen ja valvontasääntöjen määrittämistä (EY) N:o 1277/2005).

EU:n asetusten luokka 1 sisältää enimmäkseen aineita, jotka ovat välttämättömiä synteettisten huumeiden valmistukseen, kuten efedriini ja pseudoefedriini (metamfetamiinin valmistukseen), 3,4-metyleenidioksifenyyli-2-propanoni (PMK), isosafroli ja safroli (ekstaasin valmistukseen) sekä 1-fenyyli-2-propanoni (P2P, BMK) (amfetamiinin ja metamfetamiinin valmistukseen). Luokka 2 sisältää tärkeitä reagensseja, kuten kaliumpermanganaatti ja etikkahappoanhydridi, joista ensiksi mainittua käytetään yleisesti kokaiinin ja toiseksi mainittua heroiinin valmistukseen. Luokassa 3 luetellaan tavallisempia reagensseja, mukaan lukien suolahappo ja rikkihappo (heroiinin ja kokaiinin valmistuksessa), sekä liuottimia, kuten asetoni (kokaiinin ja MDMA:n valmistuksessa) ja tolueeni (metamfetamiinin ja MDMA:n valmistuksessa).

INCB ilmoittaa, että vuonna 2007 maailmassa takavarikoitiin huomattavasti aiempaa enemmän metamfetamiinin kahta keskeistä lähtöainetta: efedriiniä 22 tonnia (10,2 tonnia vuonna 2006) ja pseudoefedriiniä 25 tonnia (0,7 tonnia vuonna 2006). EU:n jäsenvaltioiden osuus oli 0,6 tonnia efedriiniä (pääasiassa Ruotsissa ja Bulgariassa), mikä on yli kaksi kertaa vuonna 2006 takavarikoitu määrä, ja yli 7 tonnia pseudoefedriiniä, josta lähes kaikki takavarikoitiin Ranskassa.

Sitä vastoin sekä amfetamiinin että metamfetamiinin laittomaan valmistukseen käytettävän 1-fenyyli-2-propanonin (P-2-P, BMK) maailmanlaajuiset takavarikot vähenivät vuonna 2007 jyrkästi 834 litraan (verrattuna 2 600 litraan vuonna 2006). P-2-P:n takavarikot EU:ssa tuottivat 582 litraa oltuaan 2 005 litraa vuonna 2006.

MDMA:n valmistukseen käytettävän 3,4-metyleenidioksifenyyli-2-propanonin (3,4-MDP-2-P, PMK) takavarikoinnit maailmassa vähenivät edelleen vuonna 2007 2 300 litraan vuoden 2006 8 800 litrasta. MDMA:n synteesissä 3,4-MDP-2-P:n korvaavan safrolin maailmanlaajuiset takavarikot kuitenkin lisääntyivät rajusti vuonna 2007, jolloin takavarikoitiin 46 000 litraa (vuonna 2006 vain 62 litraa), tosin vain kahdeksan litraa takavarikoitiin EU:ssa.

Amfetamiini

Maailman amfetamiinintuotanto keskittyy edelleen Eurooppaan, jossa oli 81 prosenttia kaikista vuonna 2007 ilmoitetuista amfetamiinilaboratorioista (UNODC, 2009), vaikka tuotantoa on muissakin maanosissa, varsinkin Pohjois-Amerikassa. (⁷²) Maailmassa takavarikoitiin vuonna 2007 yhteensä lähes 24 tonnia amfetamiineja, valtaosa Lähi- ja Keski-idässä liittyen Kaakkois-Euroopassa tuotettuihin Captagon-tabletteihin (⁷³) (katso taulukko 4). Länsi- ja Keski-Euroopassa tehtiin 36 prosenttia maailman takavarikoinneista, mikä osoittaa Euroopan aseman tämän huumausaineen suurena tuottajana ja kuluttajana (CND, 2008; UNODC, 2009).

Valtaosa Euroopassa takavarikoidusta amfetamiinista tuotetaan (suuruusjärjestyksessä) Alankomaissa, Puolassa ja Belgiassa, vähemmässä määrin Virossa ja Liettuassa. Vuonna 2007 Euroopan unionista löydettiin ja Europolille ilmoitettiin 29 amfetamiinien tuotantoa, tabletointia tai varastointia harjoittavaa toimipistettä.

Euroopassa arvioidaan tehdyn 40 000 jauhemaisen amfetamiinin takavarikkoa vuonna 2007, yhteismäärältään 8,1 tonnia. (⁷⁴) Takavarikoiden määrä on kasvanut

(⁷¹) Katso Mikä on huumeen lähtöaine?

(⁷²) Mikäli haluat lisätietoja huumausaineiden tarjonta- ja saatavuustietojen lähteistä, katso s. 40.

(⁷³) Captagon on yksi synteettisen, keskushermostoa stimuloivan aineen, fenetylliinin, rekisteröidyistä tavaramerkeistä. Tällä merkillä laittomilla markkinoilla myytyjen tablettien todetaan yleensä sisältävän amfetamiinia kofeiiniin sekoitettuna.

(⁷⁴) Analyysi on alustava, koska Yhdistyneen kuningaskunnan tietoja vuodelta 2007 ei vielä ole saatu.

tasaisesti vuosina 2002–2007, mutta talteen otetun amfetamiinin määrä on vaihdellut, tosin suuntaus on ollut nouseva, ja uusi ennätys saavutettiin vuonna 2007. ⁽⁷⁵⁾

Euroopassa vuonna 2007 takavarikoitujen amfetamiinierien puhtaus vaihteli suuresti ja jopa siinä määrin, että mahdollisiin huomioihin keskimääräisistä arvoista on suhtauduttava varoen. Näytteiden keskimääräinen puhtausaste vaihtelee Tanskan, Saksan, Ranskan ja Yhdistyneen kuningaskunnan alle kymmenestä prosentista Alankomaiden, Puolan ja eräiden Baltian maiden ja pohjoismaiden yli 30 prosenttiin. Viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana amfetamiinin puhtaus on pysynyt vakaana tai laskenut niissä 20 maassa, joista on saatu riittävästi tietoja suuntausten analyysia varten.

Vuonna 2007 amfetamiinin keskihinta katukaupassa vaihteli 10 eurosta 20 euroon grammalta yli puolessa tietoja ilmoittaneista 17 maasta. Niistä 11 maasta, joissa vuoden 2007 ja 2006 tietoja voitiin vertailla, Espanja, Ranska ja Itävalta ilmoittivat vähittäiskauppahinnan nousseen, muissa maissa hinta on vakaa tai laskeva.

Metamfetamiini

Metamfetamiinin tuotanto keskittyy Itä- ja Kaakkois-Aasiaan ja Pohjois-Amerikkaan, joskin siihen liittyvä toiminta lisääntyy myös Latinalaisessa Amerikassa ja Oseaniassa. Vuonna 2007 takavarikoitiin 18,2 tonnia metamfetamiinia. Vuodesta 2004 vallinnut vakaa suuntaus siis jatkui. Valtaosa (56 prosenttia) huumausaineesta takavarikoitiin Itä- ja Kaakkois-Aasiassa ja seuraavaksi eniten Pohjois-Amerikassa. Vain kaksi prosenttia takavarikoista tehtiin Euroopassa (UNODC, 2009).

Euroopassa toki valmistetaan metamfetamiinia laittomasti, mutta tuotanto rajoittuu valtaosin Tšekkiin, josta paljastui vuonna 2007 noin 390 pienimuotoista ”keittiölaboratoriota”. Huumausainetta ilmoitetaan tuotettavan myös Slovakiassa ja Liettuassa.

Vuonna 2007 Euroopassa ilmoitettiin lähes 4 500:sta metamfetamiinin takavarikosta, joissa takavarikoitiin noin 340 kg huumetta. Norjan osuus on suurin takavarikoiden lukumäärästä ja niissä talteen saadun metamfetamiinin määrästä. Vuosina 2005–2007 Euroopassa takavarikoidun metamfetamiinin takavarikoinnit ovat lisääntyneet kappale- ja kilomääräisesti, mutta silti määrät ovat pieniä muihin huumausaineisiin verrattuina.

Ekstaasi

Maailmassa tuotettiin vuonna 2007 UNODC:n arvion (2009) mukaan 72–137 tonnia ekstaasia. Tuotanto näyttää hajaantuvan maantieteellisesti, sillä valmistus

Metamfetamiinin valmistus Euroopassa: EMCDDA:n ja Europolin yhteinen julkaisu

EMCDDA ja Europol julkaisivat vuonna 2009 sarjan yhteisiä julkaisuja huumeiden tarjonnasta Euroopassa. Sarjan ensimmäisessä raportissa annetaan kattava kuvaus metamfetamiinin tuotannosta ja kaupasta Euroopassa sekä tarkastellaan niitä koskevia toimia Euroopassa ja kansainvälisesti. ⁽¹⁾

Sarjaan lisätään myöhemmin raportteja muiden synteettisten huumeiden, kuten amfetamiinin ja ekstaasin, tarjonnasta Euroopassa.

⁽¹⁾ Saatavilla seuraavasta osoitteesta: <http://emcdda.europa.eu/publications/>

tapahuu lähellä kuluttajamarkkinoita Pohjois-Amerikassa, Itä- ja Kaakkois-Aasiassa ja Oseaniassa. Tästä huolimatta Eurooppa on edelleen ekstaasintuotannon pääalue tuotannon keskittyessä Alankomaihin, Belgiaan ja vähemmässä määrin Saksaan, Yhdistyneeseen kuningaskuntaan ja Puolaan.

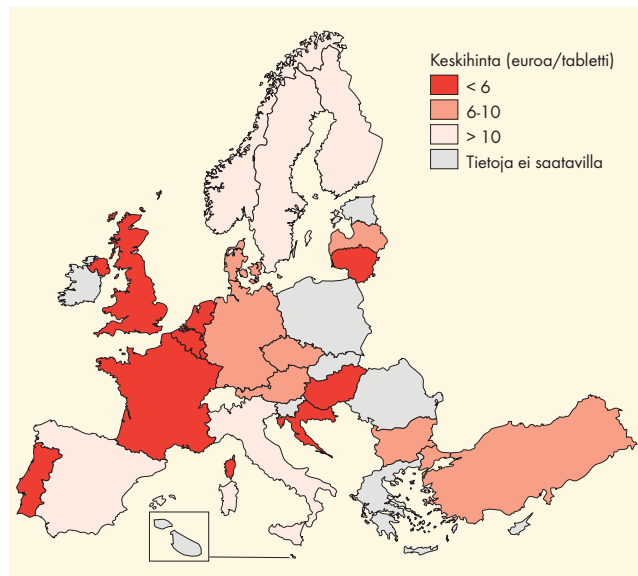
Vuonna 2007 ekstaasia takavarikoitiin maailmassa 7,9 tonnia. Ilmoitetut määrät kasvoivat useimmilla alueilla. Länsi- ja Keski-Euroopan osuus oli 36 prosenttia maailmanlaajuisista takavarikoista, Kaakkois-Euroopan osuus oli kaksi prosenttia (UNODC, 2009). Euroopassa ilmoitettiin kaikkiaan yli 24 000 takavarikointia, joissa takavarikoitiin arviolta 22 miljoonaa ekstaasitablettia vuonna 2007. Alankomaat ilmoitti määrällisesti suurimmista takavarikoista: 8,4 miljoonaa tablettia kaksinkertaisti vuoden 2006 ilmoitetut määrät. Vain kahdesta muusta Euroopan maasta ilmoitettiin tämän suuruusluokan takavarikoinneista vuonna 2007: Ranska ja Saksa ilmoittivat kumpikin noin miljoonasta takavarikoidusta tablettista. Myös Yhdistynyt kuningaskunta ilmoitti takavarikoineensa vuonna 2006 yli 6 miljoonaa tablettia, mutta vuoden 2007 tiedot eivät ole vielä saatavissa.

Vuosina 2002–2007 Euroopassa ilmoitetut ekstaasitakavarikoiden lukumäärät laskivat jyrkästi vuonna 2003, mutta sittemmin määrä on kasvanut hieman vuosi vuodelta. Samaan aikaan takavarikoidun huumausaineen määrä laski alimmilleen vuonna 2005, mutta määrä on jälleen kasvanut, ja se lähestyy vuoden 2002 tasoa.

Euroopassa useimmat vuonna 2007 analysoidut ekstaasitabletit sisälsivät MDMA:ta tai jotain muuta ekstaasin kaltaista ainetta (MDEA, MDA) ainoana psykoaktiivisena aineena. Kaikkiaan 17 maata ilmoitti, että kappalemääräisesti näin oli yli 70 prosentissa kaikista analysoiduista tableteista. Pienemmät MDMA:n

⁽⁷⁵⁾ Tässä luvussa mainitut tiedot Euroopan huumausainetakavarikoinneista ovat taulukoissa SZR-11–SZR-18 vuoden 2009 tilastotiedotteessa.

Kaavio 6. Ekstaasitablettien hinta katukaupassa



Huom. Maat, jotka toimittivat ainoastaan vähimmäis- ja enimmäisarvot, on otettu mukaan, jos arvot sijoittuvat jollekin näistä väleistä. Katso taulukko PPP-4 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset yhteyspisteet.

ja sen kaltaisten aineiden pitoisuudet ekstaasitableteissa ilmoittivat muun muassa Bulgaria (47 prosenttia), Kypros (44 prosenttia) ja Itävalta (61 prosenttia). Luxemburgissa useimmat analysoidut tabletit (83 prosenttia) eivät sisältäneet mitään säänneltyä päihdettä. Samoin oli Kyproksessa (53 prosenttia). Turkissa vain 23 prosentissa analysoiduista tableteista oli MDMA:n kaltaisia päihteitä.

Vuonna 2007 testattujen ekstaasitablettien tyypillinen MDMA-pitoisuus oli 19–75 mg tietoja toimittaneissa 11 maassa. Lisäksi osa maista (Bulgaria, Ranska, Alankomaat, Slovakia, Norja) raportoivat suuren annoksen eli yli 130 mg MDMA:ta sisältävistä ekstaasitableteista. Ekstaasitablettien puhtaudessa ei ole selviä suuntauksia.

Ekstaasi on nyt huomattavasti halvempaa kuin 1990-luvulla, jolloin se tuli yleisesti laajalti saataville. Vaikka toisten ilmoitusten mukaan tabletteja myydään alle 2 euron kappalehintaan, useimmat maat raportoivat keskimääräiseksi vähittäiskauppahinnaksi 4–10 euroa tablettilta (kaavio 6). Vuosilta 2002–2007 saatavissa olevat inflaatiokorjatut tiedot viittaavat katukaupan hinnan laskun jatkuneen.

Hallusinogeenit

LSD:n käyttöä ja salakuljetusta pidetään Euroopassa edelleen marginaalisen pienenä. Käytettävissä olevien tietojen mukaan vuosina 2002–2007 takavarikoidut määrät ovat laskeneet, vaikka takavarikoiden lukumäärä hieman kasvoi vuodesta 2003 vuoteen 2007. LSD:n

inflaatiokorjattu hinta vähittäiskaupassa on laskenut hieman vuodesta 2003 alkaen. Vuoden 2007 keskiarvo sijoittuu 5:n ja 12 euron välille valtaosassa raportoivista maista.

Hallusinogeeniset sienet, joita kasvaa luonnonvaraisina monissa Euroopan maissa ja joita voi ostaa internetistä, mainitaan 11 maassa huumausainetakavarikoista vuonna 2007 ilmoittaneista 28 maasta. Kuudesta maasta, jotka ilmoittivat hallusinogeenisten sienten takavarikoiden, käytön yleisyyden tai saatavuuden suuntauksista, kaikkiaan viidessä suuntaus oli laskeva. Yksi maa (Ranska) ilmoitti käytön yleistyneen ja takavarikoiden määrän kasvaneen. Syynä tähän katsottiin olevan sienten ja sientenkasvatuspakkausten saatavuus internetistä.

Levinneisyys ja käyttötavat

Osasta EU:n jäsenvaltioita (Tšekki, Viro, Yhdistynyt kuningaskunta) raportoitiin suhteellisen suuria amfetamiinien tai ekstaasin käyttömääriä koko väestön keskuudessa. Muutamassa maassa amfetamiinin tai metamfetamiinin käyttö, joka tapahtuu yleensä injektioimalla, aiheuttaa suuren osan kaikista huumeiden ongelmakäyttö- ja hoitoonhakeutumistapauksista. Tästä kroonikkokäyttäjien populaation tilanteesta poiketen synteettiset huumausaineet, varsinkin ekstaasi, yhdistetään yleisemmin yökerhoihin ja tanssitapahtumiin. Tämän vuoksi nuorten keskuudesta saadaan muuhun väestöön verrattuna merkittävästi suurempia käyttömäärätietoja ja erityisen korkeita määriä havaitaan tietyissä ympäristöissä tai erityisväestöryhmissä. Hallusinogeenien, kuten lysergihapon dietyyliamidin (LSD:n) ja hallusinogeenisten sienten, yleiset kulutustasot ovat yleisesti matalia, ja ne ovat pysyneet laajalti vakaina viime vuosina.

Amfetamiinit

Viimeaikaiset väestökyselyt osoittavat, että vähintään kerran amfetamiineja käyttäneiden määrä ⁽⁷⁶⁾ vaihtelee Euroopassa maasta toiseen ollen 0–11,7 prosenttia koko aikuisväestöstä (15–64-vuotiaista). Keskimäärin 3,5 prosentin kaikista eurooppalaisista aikuisista arvioidaan käyttäneen amfetamiineja ainakin kerran. Viimeksi kuluneen vuoden aikana tätä huumetta käyttäneiden määrä on paljon pienempi, koko Euroopan keskiarvo on 0,5 prosenttia. Näiden arvioiden perusteella noin 12 miljoonaa eurooppalaista lienee kokeillut amfetamiineja, ja noin 2 miljoonaa lienee käyttänyt huumetta viimeksi kuluneen vuoden aikana (katso yhteenvetotiedot taulukosta 5).

⁽⁷⁶⁾ Amfetamiinin käyttöä koskevissa tiedoissa ei ole eroteltu amfetamiinia ja metamfetamiinia, mutta tiedot liittyvät yleensä amfetamiiniin (sulfaatti tai deksamfetamiini), koska metamfetamiinin käyttö on harvinaista Euroopassa.

Taulukko 5. Amfetamiinien käytön levinneisyys koko väestössä – yhteenvetotiedot

Ikäryhmä	Käytön ajanjakso	
	Koko elämä	Kulunut vuosi
15–64-vuotiaat		
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	12 miljoonaa	2 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	3,5 %	0,5 %
Vaihteluväli	0,0–11,7 %	0,0–1,3 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (0,0 %) Kreikka (0,1 %) Malta (0,4 %) Kypros (0,8 %)	Kreikka, Malta, Romania (0,0 %) Ranska (0,1 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Yhdistynyt kuningaskunta (11,7 %) Tanska (6,3 %) Espanja (3,8 %) Norja (3,6 %)	Viro (1,3 %) Tanska (1,2 %) Norja (1,1 %) Yhdistynyt kuningaskunta (1,0 %)
15–34-vuotiaat		
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	7 miljoonaa	1,5 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	5,0 %	1,1 %
Vaihteluväli	0,1–15,3 %	0,1–3,1 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (0,1 %) Kreikka (0,2 %) Malta (0,7 %) Kypros (0,8 %)	Kreikka, Romania (0,1 %) Ranska (0,2 %) Kypros (0,3 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Yhdistynyt kuningaskunta (15,3 %) Tanska (10,5 %) Latvia (6,1 %) Norja (5,9 %)	Tanska (3,1 %) Viro (2,9 %) Norja (2,0 %) Latvia (1,9 %)
Euroopan levinneisyyden arviot perustuvat painotettuihin keskiarvoihin, jotka on saatu vuosien 2001 ja 2008 välillä (pääasiassa 2004–2008) tehdyistä uusimmista kansallisista tutkimuksista. Tämän vuoksi arvioita ei voida antaa yksittäisillä vuosilla. Euroopan keskimääräinen levinneisyys laskettiin kyseisen ikäryhmän väestön mukaan painotetusta keskiarvosta kussakin maassa. Maissa, joista tietoja ei ole saatavissa, käytettiin EU:n keskimääräistä levinneisyyttä. Käytetty väestöpohja: 15–64 (334 miljoonaa) ja 15–34 (133 miljoonaa). Tässä tiivistetyt tiedot ovat saatavissa vuoden 2009 tilastotiedotteen kohdasta ”Yleiset väestötutkimukset”.		

Nuorten (15–34-vuotiaiden) keskuudessa amfetamiinia ainakin kerran käyttäneiden määrä vaihtelee maasta toiseen huomattavasti, ja se on 0,1–15,3 prosenttia. Euroopan keskiarvo on noin viisi prosenttia. Viimeksi kuluneen vuoden aikana amfetamiineja käyttäneitä on tässä ikäryhmässä 0,1–3,1 prosenttia. Valtaosa maista ilmoittaa levinneisyysarvioksi 0,5–2,0 prosenttia. Arviolta keskimäärin 1,1 prosenttia eurooppalaisista nuorista on käyttänyt amfetamiineja viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Vuonna 2007 tutkimukseen osallistuneissa 26:ssa EU:n jäsenvaltiossa, Norjassa ja Kroatiassa 15–16-vuotiaiden koululaisten keskuudessa amfetamiineja oli käyttänyt ainakin kerran 1–8 prosenttia. Yli viiden prosentin yleisyys raportoitiin toki vain Bulgariasta, Latviasta (kummassakin kuusi prosenttia) ja Itävallasta (kahdeksan prosenttia). ⁽⁷⁷⁾

Amfetamiinin ongelmakäyttö

EMCDDA:n huumausaineiden ongelmakäyttöä koskevaa indikaattoria voidaan käyttää amfetamiinien yhteydessä rajoitetusti, sillä niiden yhteydessä ongelmakäytöksi määritellään injektioikäyttö tai pitkäaikainen/säännöllinen käyttö. Vain Suomi on antanut tuoreen kansallisen arvion amfetamiinin ongelmakäyttäjistä, joiden määräksi arvioitiin 12 000–22 000 vuonna 2005. ⁽⁷⁸⁾ Tämä on noin neljä kertaa maan arvioitu opioidien ongelmakäyttäjien määrä.

Pääasiallisesti amfetamiinin käytöstä johtuvien ilmoitettujen hoitopyyntöjen määrä on suhteellisen pieni useimmissa Euroopan maissa, mutta tuntuva osa kaikista Ruotsissa (34 prosenttia), Suomessa (23 prosenttia), Latviassa (16 prosenttia) ja Unkarissa (11 prosenttia) ensimmäistä

⁽⁷⁷⁾ Tiedot kaikista ESPAD-maista ja Espanjasta. Katso kaavio EYE-2 (osa vii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁷⁸⁾ Tämä on 3,4–6,3 tapausta tuhatta 15–64-vuotiasta kohden. Laskettu alkuperäisestä näytteestä, joka koostuu 15–54-vuotiaista ja jonka ei oletettu sisältävän 55–64-vuotiaita käyttäjiä.

kertaa hoitoon tulevista ilmoittaa amfetamiinin syyksi. Neljä muuta maata (Belgia, Tanska, Saksa, Alankomaat) ilmoittavat, että 6–10 prosenttia hoidon aloittavista asiakkaista mainitsee amfetamiinin pääasialliseksi huumeekseen. Muissa maissa osuus on alle kolme prosenttia. ⁽⁷⁹⁾

Amfetamiinin käyttäjien kokonaismäärä ja osuus ensi kertaa hoitoon hakeutuvista on pysynyt pääosin vakaana vuosina 2002–2007. Ainoastaan Tanska, Latvia ja Alankomaat ovat ilmoittaneet uusien amfetamiiniasiakkaiden osuuden merkittävästä lisääntymisestä, Ruotsi ja Suomi puolestaan vähentymisestä. ⁽⁸⁰⁾ Kun arvioimme suuntauksia koskevia tietoja, meidän on pidettävä mielessä menetelmälliset rajoitukset, sillä osaa kansallisista seurantajärjestelmistä on muutettu viime aikoina (muun muassa Latviassa).

Amfetamiinin käyttäjät tulevat hoitoon keskimäärin 29 vuoden iässä. Naisten osuus on suurempi kuin muiden huumeaineiden yhteydessä: miesten suhde naisiin on 2:1. Hoidossa olevat amfetamiinin käyttäjät ilmoittavat usein käyttävänsä muitakin päihteitä, pääasiassa kannabista ja alkoholia sekä joskus opioideja. ⁽⁸¹⁾ Maissa, joissa hoitoon hakeutuvista suuri osa on pääasiallisesti amfetamiinin käyttäjiä, useimmiten ilmoitettu käytötapa on injektioikäyttö (63–83 prosenttia).

Metamfetamiinin ongelmakäyttö

Toisin kuin muissa maanosissa, joissa metamfetamiinin käyttö on lisääntynyt viime vuosina, Euroopan käyttömäärät näyttävät vähäisiltä. Tämän huumeen käyttö on Euroopassa perinteisesti keskittynyt Tšekkiin ja Slovakiaan. Metamfetamiinin ongelmakäyttäjiä arvioitiin vuonna 2007 olevan Tšekissä 20 400–21 400 (2,8–2,9 tapausta tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti), mikä on kaksi kertaa opioidien ongelmakäyttäjien arvioitu määrä, ja Slovakiassa noin 5 800–15 700 (1,5–4,0 tapausta tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti), mikä on noin 20 prosenttia vähemmän kuin opioidien käyttäjien arvioitu määrä.

Kummassakin maassa suuri osa hoitoon tulevista ilmoittaa pääasialliseksi huumeekseen metamfetamiinin: Tšekissä heidän osuutensa on 61 prosenttia ja Slovakiassa 26 prosenttia. Vuodesta 2002 vuoteen 2007 metamfetamiinin käytöstä johtuva hoidon kysyntä on kasvanut kummassakin maassa. ⁽⁸²⁾

Injektioikäyttö on hoidossa olevien metamfetamiinin käyttäjien useimmiten ilmoittama käytötapa (82 prosenttia Tšekissä ja 41 prosenttia Slovakiassa). Myös muiden päihteiden, pääasiassa kannabiksen, alkoholin ja

opioidien, käytöstä ilmoitetaan usein. Slovakiassa on havaittu jyrkkä kasvu niiden opioidikorvaushoitoa saavien määrässä, jotka ilmoittavat käyttävänsä metamfetamiinia.

Tšekissä ja Slovakiassa hoidon aloittavat metamfetamiinin käyttäjät ovat suhteellisen nuoria, keskimäärin 24–25-vuotiaita, ja pääosin miehiä. Naisten osuus on kuitenkin suurempi metamfetamiinin kuin muiden huumeiden aiheuttamien ongelmien vuoksi hoidossa olevien keskuudessa.

Ekstaasi

Noin 10 miljoonan eurooppalaisen aikuisen arvioidaan kokeilleen ekstaasia (keskimäärin 3,1 prosenttia) ja noin 2,5 miljoonan (0,8 prosenttia) käyttäneen sitä viimeksi kuluneen vuoden aikana (katso yhteenvetotiedot taulukosta 6). Maiden väliset vaihtelut ovat huomattavia, ja uusimpien tutkimusten mukaan 0,3–7,5 prosenttia kaikista aikuisista (15–64-vuotiaista) on joskus kokeillut tätä huumeainetta. Useimmat maat ilmoittavat ainakin kerran käyttäneitä olevan arviolta 1–5 prosenttia. Viimeksi kuluneen vuoden aikana tätä huumetta käyttäneiden määrä vaihtelee eri puolilla Eurooppaa, ja se on 0,1–3,5 prosenttia. Kuten useimpien muidenkin laittomien huumeiden yhteydessä, ilmoitettu käyttö on kaikilla mittareilla mitattuna paljon yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa.

Ekstaasin kulutus oli paljon yleisempää nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) keskuudessa, joista ainakin kerran käyttäneitä arvioitiin olevan kansallisesti 0,6–14,6 prosenttia. Viimeksi kuluneen vuoden aikana tätä huumetta ilmoitti käyttäneensä 0,2–7,7 prosenttia ikäryhmän vastaajista. Arviolta 7,5 miljoonaa nuorta eurooppalaista (5,6 prosenttia) on joskus kokeillut ekstaasia, ja noin 2 miljoonaa (1,6 prosenttia) ilmoitti käyttäneensä sitä kuluneen vuoden aikana. Jos keskitytään vielä nuorempaan ikäryhmään, levinneisyysarviot nousevat edelleen: 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä ainakin kerran käyttäneitä on 0,4–18,7 prosenttia, joskin valtaosa maista sijoittuu ilmoitustensa mukaan 2,1–6,8 prosentin alueelle. Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden määräksi arvioidaan tässä ikäryhmässä 1,0–3,9 prosenttia valtaosassa maista. Silti pienimmän (0,3 prosenttia) ja suurimman (12 prosenttia) kansallisen arvion välillä on huomattava ero. ⁽⁸³⁾

Vuonna 2007 tutkimukseen osallistuneissa 28 maassa ekstaasia oli käyttänyt ainakin kerran 1–5 prosenttia 15–16-vuotiaista koululaisista. Vain neljä maata ilmoitti

⁽⁷⁹⁾ Katso taulukko TDI-5 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁸⁰⁾ Katso kaavio TDI-1 ja taulukko TDI-36 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁸¹⁾ Katso taulukko TDI-37 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁸²⁾ Katso taulukko TDI-5 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁸³⁾ Katso kaavio GPS-9 (osa ii) ja taulukot GPS-17 ja GPS-18 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Taulukko 6. Ekstaasin käytön levinneisyys koko väestössä – yhteenvetotiedot

Ikäryhmä	Käytön ajanjakso	
	Koko elämä	Kulunut vuosi
15–64-vuotiaat		
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	10 miljoonaa	2,5 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	3,1 %	0,8 %
Vaihteluväli	0,3–7,5 %	0,1–3,5 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (0,3 %) Kreikka (0,4 %) Malta (0,7 %) Liettua (1,0 %)	Romania (0,1 %) Kreikka, Malta (0,2 %) Puola (0,3 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Yhdistynyt kuningaskunta (7,5 %) Tšekki (7,1 %) Irlanti (5,4 %) Latvia (4,7 %)	Tšekki (3,5 %) Viro (1,7 %) Slovakia (1,6 %) Yhdistynyt kuningaskunta, Latvia (1,5 %)
15–34-vuotiaat		
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	7,5 miljoonaa	2 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	5,6 %	1,6 %
Vaihteluväli	0,6–14,6 %	0,2–7,7 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Kreikka, Romania (0,6 %) Malta (1,4 %) Liettua, Puola (2,1 %)	Romania (0,2 %) Kreikka (0,4 %) Puola (0,7 %) Italia, Liettua, Portugali (0,9 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Tšekki (14,6 %) Yhdistynyt kuningaskunta (12,7 %) Irlanti (9,0 %) Latvia (8,5 %)	Tšekki (7,7 %) Viro (3,7 %) Yhdistynyt kuningaskunta (3,1 %) Latvia, Slovakia, Alankomaat (2,7 %)
Euroopan levinneisyyden arviot perustuvat painotettuihin keskiarvoihin, jotka on saatu vuosien 2001 ja 2008 välillä (pääasiassa 2004–2008) tehdyistä uusimmista kansallisista tutkimuksista. Tämän vuoksi arvioita ei voida antaa yksittäisillä vuosilla. Euroopan keskimääräinen levinneisyys laskettiin kyseisen ikäryhmän väestön mukaan painotetusta keskiarvosta kussakin maassa. Maissa, joista tietoja ei ole saatavissa, käytettiin EU:n keskimääräistä levinneisyyttä. Käytetty väestöpohja: 15–64 (334 miljoonaa) ja 15–34 (133 miljoonaa). Tässä tiivistetyt tiedot ovat saatavissa vuoden 2009 tilastotiedotteen kohdasta ”Yleiset väestötutkimukset”		

tätä yleisemmästä käytöstä: Bulgaria, Viro, Slovakia (kaikissa kuusi prosenttia) ja Latvia (seitsemän prosenttia).

Ensisijaisesti ekstaasin vuoksi hoitoon hakeutuvien määrä oli merkityksettömän pieni myös vuonna 2007. Kahdessa maassa kolmesta ekstaasin mainitsee alle prosentti huumausainehoidon asiakkaista, jäljelle jääneissä maissa osuus on 1–5 prosenttia. Keski-ikältään 24-vuotiaat ekstaasin käyttäjät ovat huumehoitoon hakeutuvista henkilöistä nuorimpia, ja he ilmoittavat säännöllisesti käyttävänsä samanaikaisesti muitakin päihteitä, kuten kannabista, kokaiinia, alkoholia ja amfetamiineja. ⁽⁸⁴⁾

LSD ja hallusinogeeniset sienet

Ainakin kerran LSD:tä käyttäneiden osuus aikuisväestöstä (15–64-vuotiaista) vaihtelee lähes nollasta 5,2 prosenttiin. Nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) vastaavat luvut

EMCDDA:n erityiskysymys huumeiden sekakäytöstä

EMCDDA julkaisee vuoden 2009 vuosiraportin ohessa erityiskysymyksen huumeiden sekakäytöstä. Asiakirjassa tarkastellaan tämän hyvin yleisen huumeidenkäyttötavan käytössä olevia määritelmiä sekä annetaan tietoja, joiden avulla voidaan ymmärtää paremmin sekakäytön levinneisyyttä ja tunnusomaisia piirteitä eri väestönoissa (kouluikäiset lapset, aikuiset, huumeiden ongelmakäyttäjät). Siinä kuvataan myös käytössä olevia toimenpiteitä, jotka kohdistuvat tämän ilmiön ehkäisemiseen, hoitoon ja haittojen vähentämiseen. Raportti sisältää lisäksi lyhyen katsauksen yleisimpiin huumesekoituksiin liittyvistä riskeistä, ja siinä käsitellään sekakäytön valvontaa tulevaisuudessa.

Tämä erityiskysymys on saatavilla painetussa muodossa ja internetin kautta ainoastaan englanniksi (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>).

⁽⁸⁴⁾ Katso taulukot TDI-5 ja TDI-37 (osa i), (osa ii) ja (osa iii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

ovat hieman korkeammat (0–6,6 prosenttia), joskin huomattavasti alempia vaihteluvälejä esiintyy viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden ja 15–24-vuotiaiden keskuudessa. ⁽⁸⁵⁾ Sitä vastoin vertailukelpoisia tietoja toimittaneissa muutamissa maissa LSD:n käyttöä suurempi tekijä on hallusinogeenisten sienten käyttö, sillä niitä ainakin kerran kokeilleiden nuorten aikuisten määrät ovat 0,3–8,3 prosenttia, viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden määrät ovat 0,2–2,8 prosenttia.

Hallusinogeenisten sienten käytön levinneisyysarviot ovat 15–16-vuotiaiden koululaisten keskuudessa LSD:tä ja muita hallusinogeenisiä suuremmat kymmenessä kaikkiaan 26 maasta, jotka ovat ilmoittaneet tietoja näistä päihteistä. Useimmat maat ilmoittavat ainakin kerran hallusinogeenisiä sieniä käyttäneiden määrän arvioksi 1–4 prosenttia. Slovakian (viisi prosenttia) ja Tšekin (seitsemän prosenttia) luvut ovat tätä suurempia. ⁽⁸⁶⁾

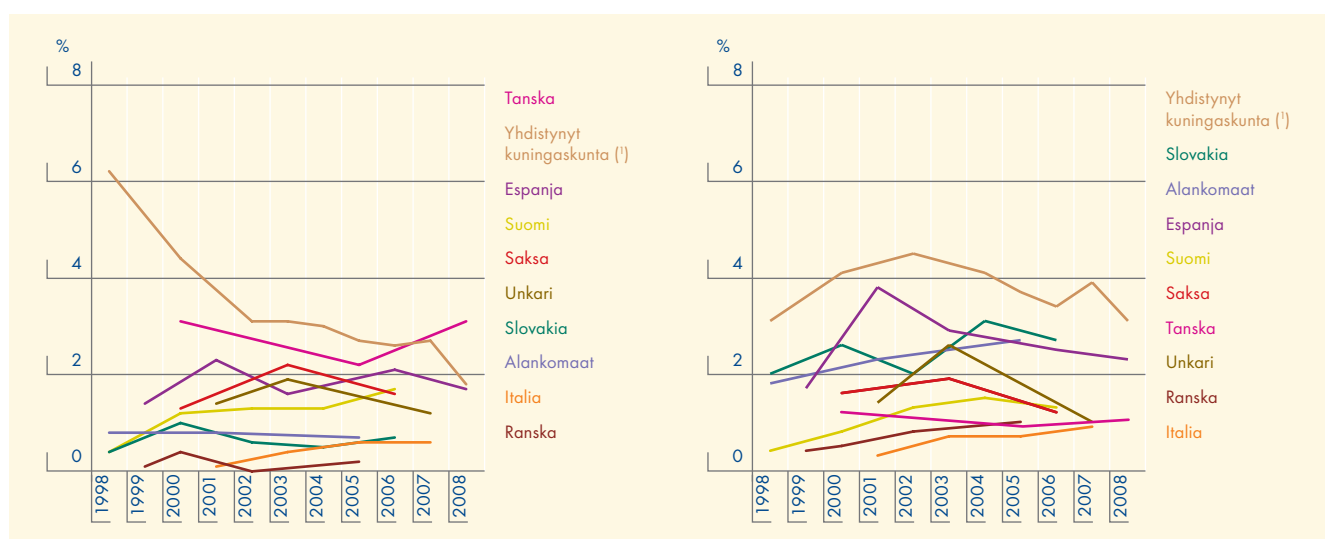
Suuntaukset amfetamiinien ja ekstaasin käytössä

Aiempien raporttien havainnot amfetamiinin ja ekstaasin kulutuksen vakiintumisesta ja jopa vähenemisestä Euroopassa saavat tukea uusimmista tutkimustiedoista. Yleisen 1990-luvulla tapahtuneen lisäyksen jälkeen väestötutkimukset viittaavat nyt yleiseen vakiintumiseen tai lievään laskuun kummankin huumeen suosiossa, joskaan tätä mallia ei ole näkyvissä kaikissa maissa.

Viimeksi kuluneen vuoden aikana amfetamiinia käyttäneiden nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) määrä on vähentynyt Yhdistyneessä kuningaskunnassa oleellisesti eli vuoden 1998 tasolta 6,2 prosentista 1,8 prosenttiin vuonna 2008. Tanskassa amfetamiinin käyttö lisääntyi 0,5 prosentista vuonna 1994 3,1 prosenttiin vuonna 2000, ja luku on sama vuonna 2008. ⁽⁸⁷⁾ Muissa maissa, jotka ilmoittavat toistuvista kyselyistä samalla aikavälillä (Saksa, Kreikka, Espanja, Ranska, Alankomaat, Slovakia, Suomi), suuntaukset ovat suurelta osin vakiintuneet (kaavio 7). Viisivuotiskaudella 2002–2007 niistä 11 maasta, joista on riittävästi tietoa amfetamiinin käytöstä ainakin kerran viimeksi kuluneen vuoden aikana 15–34-vuotiaiden ikäryhmässä, neljä ilmoitti käytön vähentyneen vähintään 15 prosenttia lähtötasolta, kolme ilmoitti käytön vakiintuneen ja neljä ilmoitti käytön lisääntyneen.

Ekstaasin käyttö nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) keskuudessa näyttää hieman monitahoisemmalta. Ainakin kerran viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden määrä kasvoi yleisesti osassa Euroopan maita 1980-luvun lopussa ja 1990-luvun alussa, joten Saksa, Espanja ja Yhdistynyt kuningaskunta olivat samalla tasolla 1990-luvun puolivälissä. Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden määrä on laskenut siten, että arvioitu Euroopan keskiarvo on 1,6 prosenttia. Niissä maissa, joissa on tehty tuoreempia tutkimuksia, käyttö on yleisempää Yhdistyneessä kuningaskunnassa kuin muissa maissa. ⁽⁸⁸⁾

Kaavio 7. Suuntaukset amfetamiineja (vasen) ja ekstaasia (oikea) viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) keskuudessa



(¹) Englanti ja Wales.

Huom. Vain vähintään kolme kyselyä vuosina 1998-2008 tehneet maat on otettu mukaan. Lisätietoja: katso kaaviot GPS-8 ja GPS-21 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2008), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista.

⁽⁸⁵⁾ Katso taulukot GPS-8 (osa ii), GPS-9, GPS-11 ja GPS-17 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁸⁶⁾ Tiedot kaikista ESPAD-maista paitsi Espanjasta. Katso kaavio EYE-2 (osa v) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁸⁷⁾ Tanskassa vuoden 1994 tiedot viittaavat ”koviin huumeisiin”, joilla tarkoitettiin pääasiassa amfetamiineja.

⁽⁸⁸⁾ Katso kaavio GPS-21 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Viisivuotiskaudella 2002–2007 ekstaasia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten aikuisten määrä on vähentynyt ainakin 15 prosenttia alkutasolta kolmessa niistä 11 maasta, jotka ovat toimittaneet riittävästi tietoa, pysynyt vakaana neljässä maassa ja kasvanut neljässä.

Kokaiini saattaa parhaillaan korvata amfetamiineja ja ekstaasia eräissä maissa ja tietyssä huumeidenkäyttäjäpopulaatiossa. Tämä oletus on näkyvissä Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja jossain määrin muissa maissa (esimerkiksi Tanska ja Espanja). Niissä on havaittu yhtä aikaa kokaiinin käytön lisääntyvän ja amfetamiinien käytön vähenevän (EMCDDA, 2008b).

ESPAD ja muut vuonna 2007 tehdyt koululaistutkimukset osoittavat yleisesti, että amfetamiini- ja ekstaasikokeilujen määrä on muuttunut vain vähän 15–16-vuotiaiden oppilaiden keskuudessa. Kun otetaan huomioon vähintään kahden prosenttiyksikön erotus kaudella 2003–2007, ainakin kerran amfetamiinia käyttäneiden määrä on kasvanut yhdeksässä maassa. Samalla tavalla mitaten ekstaasin käyttö lisääntyi seitsemässä maassa. Amfetamiinia ainakin kerran käyttäneiden määrä väheni ainoastaan Virossa, kun taas Tšekissä, Portugalissa ja Kroatiassa ilmoitettiin ekstaasin käytön vähentyneen.

Amfetamiinit ja ekstaasi viihdeympäristöissä: käyttö ja toimenpiteet

Huumeiden ja alkoholin käyttöä esiintyy aika ajoin tietyissä viihdeympäristöissä, joihin nuoret kokoontuvat (kuten tanssitapahtumissa tai musiikkifestivaaleilla). Tutkimukset huumeiden käytöstä näissä ympäristöissä voivat antaa tietoa amfetamiineja ja ekstaasia tai muita huumausaineita, kuten ketamiinia ja GHB:tä, käyttävien henkilöiden käyttäytymisestä. Huumeiden käytön arvioidaan olevan tavallista tällaisissa ympäristöissä, mutta tietoja ei voida yleistää koskemaan koko väestöä. Suuri osa huumausaineiden käytöstä tapahtuu pääasiassa viikonloppuisin ja lomien aikana (EMCDDA, 2006b).

Viihdeympäristöissä vuonna 2007 tehdyistä tutkimuksista on saatu yleisyystietoja viidestä maasta (Belgia, Tšekki, Latvia, Liettua, Itävalta). Ainakin kerran käyttäneiden arviot vaihtelevat ekstaasin osalta 15 prosentista 71 prosenttiin ja amfetamiinien osalta 17 prosentista 68 prosenttiin. Neljässä näistä tutkimuksista ilmoitettiin myös hallusinogeenisia sieniä ainakin kerran käyttäneiden määrä, joka oli 4–64 prosenttia. Ekstaasin tai amfetamiinien toistuvaa käyttöä esiintyy niin ikään näissä ympäristöissä, mutta se on yleensä paljon vähäisempää.

Viitteitä siitä, missä määrin näiden huumausaineiden käyttö saattaa keskittyä nuoreen, klubeissa käyvään

väestöön, saadaan vuosina 2007 ja 2008 tehdystä British Crime Survey -tutkimuksesta. Ne 16–24-vuotiaat nuoret, jotka ilmoittivat käyneensä yökerhossa vähintään neljä kertaa viimeksi kuluneen kuukauden aikana, olivat käyttäneet yli kolme kertaa todennäköisemmin ekstaasia (kahdeksan prosenttia) kuin ne, jotka eivät käy yökerhoissa (2,3 prosenttia) (Hoare ja Flatley, 2008).

Yökerhoissa käyvien ja huumeita käyttävien nuorten terveys ja turvallisuus on yhä suurempi kansanterveydellinen huolenaihe. Ohjeistot, kuten Yhdistyneessä kuningaskunnassa kehitetty ”Turvallisemman tanssin” ohjeet, ovat muodostuneet tärkeiksi työkaluiksi tällä alalla. Vaikka 12 maata on nyt ilmoittanut kehittäneensä tällaisen ohjeistuksen yöelämän huvipaikkoja varten, ainoastaan Alankomaat, Slovenia, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta ilmoittavat, että ohjeistusta seurataan ja valvotaan.

Turvallisen klubeilla käynnin ohjeiden tarkoituksena on vähentää huumausaineista johtuvien ongelmien esiintymisen todennäköisyyttä, muun muassa taata ilmaisen kylmän veden ja välittömän ensiavun saatavuus sekä tarjota ehkäisytyötä kentällä. Kansalliset asiantuntijat raportoivat tällaisten toimenpiteiden saatavuudesta yökerhoissa, joilla on riittävän suuri kohdeyleisö, jotta toimenpiteet kannattaa toteuttaa. Kaikkiaan vaikuttaa siltä, että terveysriskejä ja huumausaineiden käyttöä Euroopan yöelämässä ehkäisevien tai vähentävien yksinkertaisten toimenpiteiden saatavuus on vähäistä. Kentällä tehtävää ehkäisytyötä ilmoitetaan olevan tarjolla valtaosassa merkittävistä yökerhoista ainoastaan Liettussa ja Sloveniassa ja alle puolessa 18 maan yökerhoista. Sellaista ei ole lainkaan kuudessa maassa. Viisi maata on ilmoittanut välittömän ensiavun saatavuudesta valtaosassa merkittävistä yökerhoista (Luxemburg, Portugali, Slovenia, Yhdistynyt kuningaskunta, Norja), ja 15 maassa sitä on saatavilla alle puolessa merkittävistä yökerhoista. Kreikassa ja Ruotsissa sitä ei ole saatavilla. Ilmaista kylmää vettä on saatavissa yli puolessa merkittävistä yökerhoista 11 maassa ja alle puolessa merkittävistä yökerhoista yhdeksässä maassa. Tätä järjestelyä ei ollut lainkaan Kreikassa, Kyproksessa eikä Romaniassa.

Hoito

Amfetamiinien käyttäjät saavat yleensä hoitoa avopalvelujen piirissä. Maissa, joissa amfetamiinien käyttö on ollut perinteisesti merkittävää, palvelut ovat voineet erikoistua tämäntyyppisen huumeongelman hoitoon. Pahimmista ongelmista kärsivien amfetamiinien käyttäjien hoitoa voidaan tarjota laitoshoidossa tai psykiatrisissa klinikoissa tai sairaaloissa.

Amfetamiinien ongelmakäyttäjille tarkoitettuja erityisiä hoito-ohjelmia on ilmoitusten mukaan yhdeksässä maassa (Saksa, Viro, Espanja, Italia, Itävalta, Portugali, Slovenia, Slovakia, Yhdistynyt kuningaskunta). Tällaisten ohjelmien saatavuus vaihtelee maittain. Vain kolmessa edellä mainituista maista (Portugali, Slovenia, Yhdistynyt kuningaskunta) erikoistuneita ohjelmia on saatavilla valtaosalle hoitoon aktiivisesti hakeutuvista amfetamiinien käyttäjistä. Kuudessa maassa kansalliset asiantuntijat katsovat erikoistuneiden amfetamiinihoitojen olevan saatavilla alle puolelle niihin pyrkivistä käyttäjästä. Näiden huumeaineiden käyttäjille erityisesti suunnattujen ohjelmien sisällöstä ei ole kattavia asiakirjoja.

Vankkaan tehokkuusnäyttöön perustuvia terapeutisia vaihtoehtoja ei yleensä ole psykostimuloivien aineiden, kuten amfetamiinien, riippuvuushoidon ohjenuoraksi. Lupaavia tuloksia on ilmoitettu äskettäin tehdyistä tutkimuksista, jotka koskevat farmakologisia tehoaineita, joiden avulla hallitaan pidättymistä ja vähennetään amfetamiiniriippuvuuteen liittyvää pakonomaista tarvetta saada ainetta. Tähän mennessä tällaisia tehoaineita ei ole ollut. Suomalaisesta metyyllifenidaatin ja aripipratsolin käyttöä koskevasta tutkimuksesta saadut alustavat tulokset ovat myönteisiä. Henkilöillä, joille annettiin metyyllifenidaattia, oli vähemmän amfetamiinipositiivisia virtsanäytteitä kuin aripipratsolia tai lumevalmistetta saaneilla (Tiisonen ym., 2007). Äskettäisessä kirjallisuustutkimuksessa havaittiin myönteisiä tuloksia sekä metyyllifenidaatin että deksamfetamiinin käytöstä metamfetamiiniriippuvuuden hoidossa (Elkashef ym., 2008).

Deksamfetamiinia on ollut saatavissa jo pitkään amfetamiinien ongelmakäyttäjien hoitoon Englannissa ja Walesissa. Siellä lääkemääräyksen voi kirjoittaa kuka tahansa lääkäri. Tiedot tästä käytännöstä Yhdistyneessä kuningaskunnassa ovat kuitenkin vähäiset. Yli kymmenen vuotta sitten tehdyssä apteekkipalveluja koskevassa kyselyssä arvioitiin, että 900–1 000 asiakasta sai tätä hoitoa (Strang ja Sheridan, 1997). Useimpien lääkemääräysten kirjoittajina olivat sairaaloissa tai klinikoilla työskentelevät lääkärit, ja lähes kaikki lääkärit työskentelivät kansallisessa terveydenhuoltojärjestelmässä (NHS). Vuonna 2000 tehty tutkimus, jonka kohdejoukkona oli 265 NHS-erikoisosastoa, osoitti, että deksamfetamiinin määräämistä voitiin käyttää noin kolmanneksessa

tutkituista keskuksista (Rosenberg ym., 2002). Yhdistyneen kuningaskunnan suuntaviivoissa huumeaineriippuvuuden kliiniseksi hallitsemiseksi ei kuitenkaan suositella deksamfetamiinin määräämistä asiakkaille, koska sen tehoa ei ole osoitettu (NTA, 2007).

Tähän mennessä yksikään psykososiaalinen toimenpide ei ole osoittautunut erityisen tehokkaaksi psykostimulanttien käyttäjien auttamiseksi pysymään erossa näistä huumeista. Kirjallisuudessa mainitut tehokkaimmiksi osoittautuneet toimenpiteet piristeitä käyttävien hoidossa ovat kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvat hoitomuodot, kuten uudelleensortumisen ehkäisy. Muunlaisten toimenpiteiden tehokkuudesta ei ole hyvää näyttöä. Kirjallisuudesta havaitaan erityisesti pääasiallisesti amfetamiinin käyttäjien keskuudessa asianmukaisesti toteutettujen tutkimusten, varsinkin hoitotulostutkimusten, niukkuus (Baker ym., 2004). Lisäksi hiljattain julkaistussa Cochrane-arviossa psykostimulantteihin liittyvistä psykososiaalisista toimenpiteistä esitettiin päätelmä, jonka mukaan johdonmukaisia, myönteisiä käyttäytymismuutoksia (pidättäminen hoidon aikana, huumeen käytön vähentäminen) ilmeni vain sellaisissa toimenpiteissä, joihin sisältyy palkitsemis- ja rajoittamismenettelyjä. Tällainen lähestymistapa on joka tapauksessa harvinainen Euroopassa, joskin muutamia kokeiluhankkeita on ollut (katso luku 5).

Tarvitaan lisätutkimusta amfetamiinien ongelmakäyttäjien, erityisesti injektioikäikäisten, psykososiaalisesta ja farmakologisesta hoidosta. Nykyiset eurooppalaiset hoitokäytännöt ja hoidon kattavuus on niin ikään dokumentoitava paremmin, ja paljon tehtävää on myös hyvien käytäntöjen jakamisessa. Amfetamiinin tai metamfetamiinin käyttäjien hakeutuminen hoitoon voi heikentyä varsinkin varhaisessa käyttövaiheessa, koska nimenomaisesti heille suunnattuja hoito-ohjelmia ei ole olemassa. Lisäksi ohjelmien saatavuus voisi saada useampia käyttäjiä hoidon piiriin. Tämä todettiin kannabiksen ongelmakäyttäjien yhteydessä Saksassa ja Ranskassa, kun kyseiset maat laajensivat erikoistuneiden hoito-ohjelmien saatavuutta. Nämä toimenpiteet voivat olla erityisen hyödyllisiä maissa, joissa amfetamiinin ja metamfetamiinin ongelmakäyttäjien määrä, varsinkin injektioikäikäisten määrä, on hiljattain kasvanut (Talu ym., 2009).



Luku 5

Kokaiini ja crack-kokaiini

Johdanto

Kokaiinin käytön ja kokaiinitakavarikkojen on havaittu yleisesti lisääntyneen Euroopan unionissa viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana. Ilmiö on silti rajoittunut pääosin läntisiin jäsenvaltioihin, ja maiden välillä on suuria eroja. Saatavissa olevat tiedot osoittavat myös huomattavia eroja kokaiinin käyttäjien keskuudessa niin käyttötapojen kuin sosiodemografisten taustojenkin suhteen. Ainetta vain kerran tai muutaman kerran kokeilleet muodostavat suurimman ryhmän. Toiseen ryhmään kuuluu yhteiskuntaan sopeutuneita säännöllisiä käyttäjiä, joihin joissain maissa kuuluu suhteellisen paljon nuoria. Osalla heistä kokaiinin käyttö runsastuu tai pitkittyy, ja se voi johtaa kroonisiin terveydellisiin tai sosiaalisiin ongelmiin tai hoidon tarpeeseen. Kolmas käyttäjäryhmä sisältää yhteiskunnallisesti syrjäytyneitä ryhmiä, esimerkiksi nykyisiä ja entisiä opioidien käyttäjiä. Useimmat heistä käyttävät kokaiinia runsaasti, mihin liittyy mahdollisesti crack-kokaiinin käyttöä tai injektioikäyttöä. Tämä voi pitkittää tai kärjistää jo ennestään vallinneita terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia ja hankaloittaa opioidien käytön hoitoa. Koska

kokaiininkäyttäjien profiilit ovat hyvin erilaiset, tämän huumausaineen käytön yleisyyden, terveydellisten ja yhteiskunnallisten vaikutusten ja tarvittavien vasteiden arviointi on ainutlaatuisen haasteellista.

Tarjonta ja saatavuus

Tuotanto ja salakuljetus

Kokaiinin lähteenä toimivan kokapensaasan kasvatusta on edelleen keskittynyt muutama maihin Andien seudulla. ⁽⁸⁹⁾ UNODC (2009) arvioi kokapensaasan yhteenlasketun viljelyalan perusteella vuoden 2008 potentiaalisen kokaiinintuotannon 845 tonniksi puhdasta kokaiinihydrokloridia, mistä Kolumbian osuus on 51 prosenttia, Perun 36 prosenttia ja Bolivian 13 prosenttia. Maailmanlaajuisen kokaiinintuotannon arvioidaan vähentyneen 15 prosenttia vuonna 2008 pääasiassa Kolumbian tuotantomäärien pienennettyä 600 tonnista vuonna 2007 430 tonniin vuonna 2008. Sitä vastoin Perun ja Bolivian kokaiinintuotanto on jatkanut lievää kasvuaan.

Taulukko 7. Kokaiinin ja crack-kokaiinin tuotanto, takavarikot, hinta ja puhtaus

	Kokaiini	Crack ⁽¹⁾
Maailmanlaajuisen tuotannon arvio (tonneina)	845	tes
Maailmanlaajuisesti takavarikoidut määrät (tonneina)	710 ⁽²⁾	0,8
Takavarikoitu määrä (tonneina) EU ja Norja (Kroatia ja Turkki mukaan lukien)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Takavarikkojen lukumäärä EU ja Norja (Kroatia ja Turkki mukaan lukien)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Keskihinta katukaupassa (euroa grammalta) Vaihteluväli (kvartiiliväli) ⁽³⁾	44–88 (58–67)	20–112
Keskimääräisen puhtauden vaihteluväli (%)	22–57	35–98

⁽¹⁾ Koska vain pieni määrä maita ilmoitti tietoja, aineistoa on tulkittava varauksella.

⁽²⁾ UNODC:n arvioiden mukaan tämä luku vastaa 412:ta tonnia puhdasta kokaiinia.

⁽³⁾ Ilmoitettujen keskihintojen vaihteluvälin keskialue, joka kattaa jakauman toisen ja kolmannen neljänneksen.

Huom. Kaikki tiedot ovat vuodelta 2007 paitsi maailmanlaajuisen tuotannon arviot, jotka ovat vuodelta 2008; tes = tietoja ei ole saatavilla.

Lähteet: UNODC World drug report (2009) (maailmanlaajuiset arvot), Reitoxin kansalliset yhteyspisteet (Euroopan tiedot).

⁽⁸⁹⁾ Mikäli haluat lisätietoja huumausaineiden tarjonta- ja saatavuustietojen lähteistä, katso s. 40.

Valtaosa kokapensaasta lehtien jalostamisprosessista kokaiinihydrokloridiksi keskittyy edelleen Kolumbiaan, Peruun ja Boliviiaan, vaikka sitä voi tapahtua myös muissa Etelä-Amerikan maissa. Kolumbian merkitys kokaiinin tuotannossa saa tukea tiedoista, jotka koskevat laboratoriodien lakkauttamista ja kaliumpermanganaatin takavarikkoja. Kaliumpermanganaatti on kokaiinihydrokloridin synteesissä käytetty kemiallinen reagenssi. Vuonna 2007 lakkautettiin 2 471 kokaiinilaboratoriota (78 prosenttia maailman kokonaismäärästä) ja yhteensä 144 tonnia kaliumpermanganaattia takavarikoitiin Kolumbiassa (94 prosenttia maailmanlaajuisista takavarikoista) (INCB, 2009a).

Käytettävissä olevat tiedot viittaavat siihen, että kokaiini salakuljetetaan edelleen Eurooppaan eri reittejä pitkin (EMCDDA, 2008d). Kokaiinilähetykset kulkevat Etelä- ja Keski-Amerikan maiden, kuten Argentiinan, Brasilian, Ecuadorin, Meksikon ja Venezuelan, kautta ennen saapumistaan Eurooppaan. Myös Karibian maita käytetään usein huumausaineen uudelleenlastaukseen kohti Eurooppaa. Näillä reiteillä kokaiinia salakuljetetaan kaupallisilla lennoilla tai meritse. Viime vuosina on havaittu myös Länsi-Afrikan kautta kulkeva vaihtoehtoinen reitti. Sieltä kokaiini kuljetetaan Eurooppaan usein kalastus- tai purjealuksilla, mutta myös salakuljetuksesta ilma- tai maateitse Pohjois-Afrikan kautta on raportoitu (Europol, 2007).

Muitakin läpikulkumaita on tullut esiin viime vuosina. Niitä ovat Etelä-Afrikka ja Venäjä sekä Keski- ja Itä-Euroopan maat, joissa kokaiinitakavarikkojen määrä lisääntyi vuoden 2002 arvioidusta 412 tapauksesta 1 065 tapaukseen vuonna 2007. Belgia, Espanja, Ranska, Italia, Alankomaat, Portugali ja Yhdistynyt kuningaskunta on nimetty merkittäviksi läpikulkumaita Euroopan sisäisille kokaiinilähetyksille.

Takavarikot

Kokaiini on maailman toiseksi eniten salakuljetettu huume kannabistuonon ja kannabishartsin jälkeen. Vuonna 2007 kokaiinitakavarikot pysyivät maailmalla entisellään noin 710 tonnissa. Etelä-Amerikasta ilmoitettiin suurimmat takavarikoidut määrät, ja niiden osuus on 45 prosenttia koko maailman tasosta. Seuraavina tulevat Pohjois-Amerikka (28 prosenttia) sekä Länsi- ja Keski-Eurooppa (11 prosenttia) (UNODC, 2009).

Euroopassa kokaiinitakavarikoiden lukumäärä on kasvanut viimeiset 20 vuotta ja erityisesti vuodesta 2003 lähtien. Vuonna 2007 kokaiinitakavarikoiden määrä

Lait, joilla pyritään torjumaan huumeiden salakuljetusta avomerillä

Riippuu valtioiden välisestä yhteistyöstä, kuinka hyvin huumeiden salakuljettamista meriteitse voidaan estää. Tätä helpottamaan on tehty kaksi kansainvälistä sopimusta.

Kansainvälisen merioikeusyleissopimuksen (1982) 108 artiklan nojalla valtio, joka epäilee lippunsa alla purjehtivan aluksen (1) olevan osallinen huumeiden salakuljetukseen, voi pyytää muiden valtioiden apua salakuljetuksen torjumiseen. Vuonna 1988 huumausaineiden laitonta kauppaa vastaan tehdyn YK:n yleissopimuksen 17 artiklassa suunnitellaan jatkoyhteistyötä. Sopimuksessa vahvistetaan järjestelmä, jonka perusteella mikä tahansa valtio, jolla on kohtuulliset perusteet epäillä toiseen maahan rekisteröityä alusta huumeiden salakuljetuksesta, voi pyytää aluksen lippuvaltiolta lupaa nousta alukseen, etsiä ja takavarikoida huumeita ja tämän seurauksena asettaa rikoksentehtäjät syytteeseen. Näitä toimia voidaan toteuttaa missä tahansa aluevesien ulkopuolella. Toimivaltaiset kansalliset viranomaiset on nimetty yhteysviranomaisiksi, jotka päivystävät jatkuvasti, jotta tällaisiin pyyntöihin voitaisiin vastata mahdollisimman nopeasti. Pyynnöt voidaan hyväksyä kokonaan tai osittain tai ne voidaan hylätä. Aluksia voivat pysäyttää vain sota-alukset, sotilasilma-alukset tai muut alukset tai ilma-alukset, joiden voi selkeästi tunnistaa olevan valtion palveluksessa sekä siihen tarkoitukseen valtuutettuja.

Itse alukseen nousun ja sitä seuraavat toimet suorittaa ryhmä pyynnön tehneen valtion lainvalvonnasta vastaavia virkamiehiä; ryhmää kutsutaan lainvalvontayksiköksi (LEDET). Jos koordinoinnista vastaavat hallitustenväliset elimet, kuten MAOC-N (huumausaineiden merikuljetusten analysointi- ja torjuntakeskus), LEDET:n kuljettaja joskus toisen maan sota-alus. Tällaisessa tapauksessa alukseen nousuoperaation aikana käytettävät helikopterit ja veneet toimivat LEDET:n isäntävaltion eivätkä sota-aluksen lipun alla, jotta tunnistusvaatimusta noudatettaisiin.

(1) Laiva miehistöineen kuuluu sen valtion määräämisvallan alaisuuteen, johon alus on rekisteröity ("lippuvaltio").

kasvoi 92 000:een, vaikka talteen otettu kokonaismäärä laski 77 tonniin vuoden 2006 tasolta eli 121 tonnista. Takavarikoidun kokaiinin kokonaismäärän lasku koski suurelta osin Portugalia ja vähemmässä määrin Espanjaa ja Ranskaa, jotka ilmoittivat vuonna 2007 pienemmistä takavarikoiduista määristä edellisvuoteen verrattuna. ⁽⁹⁰⁾ Vuonna 2007 Espanja ilmoitti edelleen Euroopan suurimmat takavarikoidut kokaiinimäärät ja suurimman takavarikoiden lukumäärän – noin puolet kaikista.

Puhtaus ja hinta

Kokaiinin keskimääräinen puhtaus Euroopassa oli 22–57 prosenttia vuonna 2007. ⁽⁹¹⁾ Useimmat maat, joista

⁽⁹⁰⁾ Katso taulukot SZR-9 ja SZR-10 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁹¹⁾ Katso pitoisuus- ja hintatietoja koskevat taulukot PPP-3 ja PPP-7 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Syyt kokaiinin hintojen laskuun Euroopassa

Kokaiinin inflaatiokorjattu hinta on laskenut Euroopassa vuodesta 2000 lähtien, vaikka kokaiinin kysyntä on kasvanut, kuten näkyy kokaiininkäytön levinneisyyslukuista kokonaisväestön ja huumeiden ongelmakäyttäjien keskuudessa. Tämä epäloogiselta näyttävä havainto voi selittyä useilla tekijöillä. Kokaiinin tuonnin kasvu Eurooppaan on varmasti yksi avaintekijöistä, ja se on heijastunut myös takavarikkojen määriin. Etelä-Amerikan kokaiinikauppiat etsivät vaihtoehtoja Yhdysvaltain markkinoille, mikä saattaa olla syy tuonnin aikaisempaa suurempaan keskittämiseen Eurooppaan. Lisäksi tätä ilmiötä on saattanut kiihdyttää kokaiinin kysynnän kasvu Euroopassa. Euroopan kasvanut kokaiininkulutus sekä Euroopan valuuttojen suhteellinen vahvuus Yhdysvaltain dollariin verrattuna ovat voineet tasapainottaa laskeneita hintoja ja mahdollisesti pienempiä voittomarginaaleja.

Muutkin tekijät ovat kuitenkin saattaneet vaikuttaa kokaiinin hintaan. Tekninen kehitys sekä uusien salakuljetusreittien käyttö ovat voineet johtaa kuljetuskulujen laskemiseen sekä salakuljetuksen riskien pienenemiseen; esimerkiksi Länsi-Afrikan salakuljetusreitillä huumevalvonta on heikkoa ja salakuljettajille maksetaan vähän. Kokaiinimarkkinoiden kasvava kilpailu (Desroches, 2007) on myös voinut vaikuttaa huumeen hintaan Euroopassa.

Tiedonpuute tässä asiassa tarkoittaa, että edellä esitetty analyysi on pakostakin spekulatiivinen. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää saada enemmän tietoa niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat Euroopan huumemarkkinoihin. EMCDDA on sitoutunut jatkamaan yhteistyön ja tutkimuksen kehittämistä tällä alalla.

on saatavissa riittävästi tietoja suuntausten analysoimiseksi pidemmällä aikavälillä, ovat ilmoittaneet kokaiinin puhtauden laskeneen vuosina 2002–2007 Espanjaa ja Portugalia lukuun ottamatta.

Vuonna 2007 kokaiinin keskimääräinen vähittäiskauppahinta vaihteli 44 eurosta 88 euroon grammalta niissä 19 maassa, joista tietoja saatiin, ja noin puolet maista ilmoitti keskihinnaksi 58–67 euroa grammalta. Niissä maissa, jotka ilmoittivat riittävästi tietoja vertailua varten, katukaupassa myytävä kokaiini on halventunut vuosina 2002–2007.

Levinneisyys ja käyttötavat

Kokaiinin käyttö koko väestössä

Kokaiini on edelleen kaiken kaikkiaan Euroopassa toiseksi eniten käytetty laiton huumeaine kannabiksen jälkeen. Käyttö vaihtelee kuitenkin paljon maittain. Arviolta noin 13 miljoonaa eurooppalaista on käyttänyt sitä ainakin kerran elämässään eli keskimäärin

3,9 prosenttia 15–64-vuotiaista aikuisista (katso tietojen yhteenvedo taulukosta 8). Kansalliset luvut asettuvat välille 0,1–8,3 prosenttia, ja 12 maata 23:sta, mukana useimmat Keski- ja Itä-Euroopan maat, ilmoitti alhaisia levinneisyyslukuja aikuisilla (0,5–2 prosenttia vähintään kerran elämässään käyttäneitä).

Noin 4 miljoonan eurooppalaisen arvioidaan käyttäneen tätä huumeainetta viimeksi kuluneen vuoden aikana (keskimäärin 1,2 prosenttia), jos kohta kansallinen vaihtelu maasta toiseen on tässäkin huomattavaa. Tuoreimpien kansallisten tutkimusten arviot viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden määristä ovat 0–3,1 prosenttia, mutta 18 maassa 24:stä käyttäneiden määrä ei ylitä yhtä prosenttia. Viimeksi kuluneen kuukauden aikana kokaiinia käyttäneiden arvioitu määrä on noin 0,4 prosenttia aikuisväestöstä, mikä vastaa jotakuinkin 1,5:tä miljoonaa henkilöä. Nämä arviot ovat todennäköisesti varovaisia.

Kokaiinin käyttö näyttää kaiken kaikkiaan keskittyvän muutamiiin maihin, muun muassa Tanskaan, Espanjaan, Italiaan, Irlantiin ja Yhdistyneeseen kuningaskuntaan. Muissa Euroopan maissa tämän huumeaineen käyttö on suhteellisen vähäistä. Maissa, joissa amfetamiinit hallitsevat laittomien stimuloivien huumeiden markkinoita, kokaiinin käyttöä koskevat arviot ovat lähes aina pieniä. Vastaavasti useimmiten niissä maissa, joissa kokaiini on tärkein laiton piriste, amfetamiinin käytön ilmoitetaan olevan alhaisella tasolla.

Vain pieni osa niistä, jotka ovat käyttäneet kokaiinia ainakin kerran, näyttää kehittyvän runsaampia käyttömalleja. Yleisten väestötutkimusten tiedot viittaavat siihen, että monet kokaiinin käyttäjät ovat lopettaneet käytön. Maissa, joissa ainakin joskus käyttäneitä on yli kaksi prosenttia, useimmat kokaiinia joskus käyttäneet aikuiset (80–95 prosenttia) eivät ole käyttäneet sitä viimeksi kuluneen kuukauden aikana. ⁽⁹²⁾

Kokaiinin käyttö nuorten aikuisten keskuudessa

Euroopassa arvioidaan 7,5 miljoonan nuoren (15–34-vuotiaan) aikuisen eli keskimäärin 5,6 prosentin käyttäneen kokaiinia ainakin kerran elämänsä aikana. Kansalliset luvut vaihtelevat 0,1 prosentista 12,0 prosenttiin. Tässä ikäryhmässä kokaiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana Euroopassa käyttäneiden keskiarvoksi arvioidaan 2,2 prosenttia (3 miljoonaa) ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneiden keskiarvoksi 0,8 prosenttia (1 miljoona).

Käyttö on erityisen suurta nuorten (15–34-vuotiaiden) miesten keskuudessa. Heistä kokaiinia oli käyttänyt viimeksi kuluneen vuoden aikana 4,2–7,7 prosenttia

⁽⁹²⁾ Katso kaavio GPS-16 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Taulukko 8. Kokaiinin käytön levinneisyys koko väestössä – yhteenvetotiedot

Ikäryhmä	Käytön ajanjakso		
	Koko elämä	Kulunut vuosi	Kulunut kuukausi
15–64-vuotiaat			
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	13 miljoonaa	4 miljoonaa	1,5 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	3,9 %	1,2 %	0,4 %
Vaihteluväli	0,1–8,3 %	0,0–3,1 %	0,0–1,1 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (0,1 %) Liettua, Malta (0,4 %) Kreikka (0,7 %)	Romania (0,0 %) Kreikka (0,1 %) Tšekki, Unkari, Puola (0,2 %)	Tšekki, Kreikka, Viro, Romania (0,0 %) Malta, Liettua, Puola, Suomi (0,1 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Espanja (8,3 %) Yhdistynyt kuningaskunta (7,6 %) Italia (6,8 %) Irlanti (5,3 %)	Espanja (3,1 %) Yhdistynyt kuningaskunta (2,3 %) Italia (2,2 %) Irlanti (1,7 %)	Espanja (1,1 %) Yhdistynyt kuningaskunta (1,0 %) Italia (0,8 %) Irlanti (0,5 %)
15–34-vuotiaat			
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	7,5 miljoonaa	3 miljoonaa	1 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	5,6 %	2,2 %	0,8 %
Vaihteluväli	0,1–12,0 %	0,1–5,5 %	0,0–2,1 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (0,1 %) Liettua (0,7 %) Malta (0,9 %) Kreikka (1,0 %)	Romania (0,1 %) Kreikka (0,2 %) Puola (0,3 %) Unkari, Tšekki (0,4 %)	Viro, Romania (0,0 %) Tšekki, Kreikka, Puola (0,1 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Yhdistynyt kuningaskunta (12,0 %) Espanja (11,8 %) Tanska (9,5 %) Irlanti (8,2 %)	Espanja (5,5 %) Yhdistynyt kuningaskunta (4,5 %) Tanska (3,4 %) Irlanti, Italia (3,1 %)	Yhdistynyt kuningaskunta (2,1 %) Espanja (1,9 %) Italia (1,2 %) Irlanti (1,0 %)
15–24-vuotiaat			
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	3 miljoonaa	1,5 miljoonaa	0,6 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	4,4 %	2,2 %	0,9 %
Vaihteluväli	0,1–9,9 %	0,1–5,6 %	0,0–2,5 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (0,1 %) Kreikka (0,6 %) Liettua (0,7 %) Malta, Puola (1,1 %)	Romania (0,1 %) Kreikka (0,2 %) Puola (0,3 %) Tšekki (0,4 %)	Viro, Romania (0,0 %) Kreikka (0,1 %) Tšekki, Puola, Portugali (0,2 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Yhdistynyt kuningaskunta (9,9 %) Espanja (9,3 %) Tanska (9,2 %) Irlanti (7,0 %)	Tanska (5,6 %) Espanja (5,4 %) Yhdistynyt kuningaskunta (5,0 %) Irlanti (3,8 %)	Yhdistynyt kuningaskunta (2,5 %) Espanja (1,7 %) Italia (1,2 %) Irlanti (1,1 %)
Euroopan levinneisyyden arviot perustuvat painotettuihin keskiarvoihin, jotka on saatu vuosien 2001 ja 2008 välillä (pääasiassa 2004–2008) tehdyistä uusimmista kansallisista tutkimuksista. Tämän vuoksi arvioita ei voida antaa yksittäisiltä vuosilta. Euroopan keskimääräinen levinneisyys laskettiin kyseisen ikäryhmän väestön mukaan painotetusta keskiarvosta kussakin maassa. Maissa, joista tietoja ei ole saatavissa, käytettiin EU:n keskimääräistä levinneisyyttä. Käytetty väestöpohja: 15–64 (334 miljoonaa), 15–34 (133 miljoonaa) ja 15–24 (63 miljoonaa). Tässä tiivistetyt tiedot ovat saatavissa vuoden 2009 tilastotiedotteiden kohdasta ”Yleiset väestötutkimukset”.			

Tanskassa, Espanjassa, Irlannissa, Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. ⁽⁹³⁾ Useimmissa maissa viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten miesten lukumäärä suhteessa nuoriin naisiin on ainakin kaksinkertainen.

Tässä 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä viimeksi kuluneen vuoden aikaiseksi kokaiininkäytöksi arvioidaan 2,2 prosenttia, mikä vastaa 1,5:tä miljoonaa käyttäjää Euroopassa. Toisin kuin kannabista tai ekstaasia ainakin joskus käyttäneiden arviot, jotka ovat suurimpia

⁽⁹³⁾ Katso kaavio GPS-13 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

15–24-vuotiaiden ryhmässä, tuoreemman kokaiininkäytön (viimeksi kuluneen vuoden tai kuukauden aikana) luvut ovat samanlaisia 15–34-vuotiaiden ja 15–24-vuotiaiden ikäryhmissä. ⁽⁹⁴⁾

Kokaiini liittyy myös alkoholin käyttöön ja tietynlaisiin elämäntapoihin. Esimerkiksi British Crime Survey -tutkimuksen tietojen perusteella on todettu, että noin 13,5 prosenttia 16–24-vuotiaista pubeissa yhdeksän kertaa tai useammin viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyneistä on ilmoittanut käyttäneensä viimeksi kuluneen vuoden aikana kokaiinia. Pubeissa käymättömien vastaava luku on 1,7 prosenttia. Myös yökerhoissa käyminen on yhdistetty lisääntyneeseen kokaiinin käyttöön, sillä lähes kymmenen prosenttia 16–24-vuotiaista klubissa vähintään neljä kertaa viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyneistä on ilmoittanut käyttäneensä kokaiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana. Klubeissa käymättömien vastaava osuus oli 3,3 prosenttia. Tutkimuksesta saatiin myös tietoa pienistä crack-kokaiinin käyttömääristä myös kokaiinin käyttäjien keskuudessa. Tämä vahvistaa muiden tutkimusten havainnot, joiden mukaan näiden kahden päihteen käyttäjäprofiilit ovat erilaiset (Hoare ja Flatley, 2008). Viihdeympäristöissä tehdyt tutkimukset osoittavat myös kokaiinin käytön olevan niissä koko väestössä yleisempää (EMCDDA, 2007a). Lisäksi jokin aika sitten Tšekissä teknomusiikin harrastajien keskuudessa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että 30,9 prosenttia vastaajista oli käyttänyt kokaiinia.

Vuonna 2008 27:ssä EU:n jäsenvaltiossa tehdystä Eurobarometri-kyselytutkimuksesta kävi ilmi, että 85 prosenttia 15–25-vuotiaista pitää kokaiinin käyttöä suurena terveysriskinä. Niiden vastaajien osuudet, jotka pitivät muita päihteitä yhtä vaarallisina terveysriskinä, ovat paljon pienempiä: kannabiksen kohdalla 40 prosenttia, tupakan kohdalla 28 prosenttia ja alkoholin kohdalla 24 prosenttia. Vain heroiinin käyttö koetaan yhtä riskialttiiksi tätä useamman vastaajan vastauksissa. Maiden välinen vaihtelu on pientä, ja 95 prosenttia vastaajista katsoi, että kokaiinin tulisi pysyä kiellettyinä (Euroopan komissio, 2008b).

Koululaisten kokaiininkäyttö

Arviot koululaisten kokaiininkäytöstä ovat paljon pienempiä kuin kannabiksen kohdalla. ESPAD-tutkimuksessa ainakin joskus kokaiinia käyttäneiden 15–16-vuotiaiden koululaisten osuus on 1–2 prosenttia puolessa tietoja ilmoittaneista 28 maasta. Valtaosa muista maista on ilmoittanut 3–4 prosentin käyttömääriä, mutta

Ranska, Italia ja Yhdistynyt kuningaskunta ovat ilmoittaneet viisi prosenttia. Ainakin joskus kokaiinia käyttäneistä enemmistö on miehiä useimmissa maissa, suurimmat luvut (kuusi prosenttia) on saatu Ranskasta ja Italiasta. ⁽⁹⁵⁾

Kansainväliset vertailut

Kokaiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten aikuisten arvioitu määrä on yleisesti pienempi Euroopan unionissa kuin Australiassa ja Yhdysvalloissa. Silti Espanja ja Yhdistynyt kuningaskunta (Englanti ja Wales) ilmoittavat suurempia lukuja kuin Australia, ja ainoastaan Espanja ilmoittaa Yhdysvaltoja suurempia arvioita (kaavio 8).

Kokaiinin käytön suuntaukset

Yksinkertaistaen kokaiinin käytön suuntauksissa esiintyy Euroopassa erilaisia malleja. Niissä kahdessa maassa, joissa kokaiinin käyttö on yleisintä (Espanja ja Yhdistynyt kuningaskunta), tämän huumeusaineen käyttö lisääntyi huomattavasti 1990-luvun lopulla. Sen jälkeen suuntaus on ollut tasaisempi, joskin yleisesti ottaen nouseva. Joissakin maissa, esimerkiksi Tanskassa, Irlannissa ja Italiassa, käytön yleistymisen on ollut hillitympää, ja se on tapahtunut hieman myöhemmin. Käyttömäärät näissä kolmessa maassa ovat silti suuria verrattuna muihin Euroopan maihin. Muualla Euroopassa tilannetta on vaikeampi tulkita: käyttö on kaiken kaikkiaan vähäistä, ja osassa maita havaitaan pientä nousua tai pientä laskua. Niistä 11 maasta, joiden osalta on voitu määritellä suuntaus vuodesta 2002 vuoteen 2007, viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten aikuisten (15–34 vuotta) määrät kasvoivat ainakin 15 prosenttia alkutasosta viidessä maassa (Irlanti, Italia, Latvia, Portugali, Yhdistynyt kuningaskunta) ⁽⁹⁶⁾, vähenivät kahdessa maassa (Unkari, Puola) ja pysyivät tasaisina neljässä (Saksa, Espanja, Slovakia, Suomi) (kaavio 9).

Vuonna 2007 tehdyissä ESPAD-koululaistutkimuksissa ainakin kerran kokaiinia käyttäneiden 15–16-vuotiaiden koululaisten määrä kasvoi vähintään kahdella prosenttiyksiköllä vuoden 2003 jälkeen Ranskassa, Kyproksessa, Maltassa, Sloveniassa ja Slovakiassa. Espanjan koululaistutkimuksessa havaittiin kahden prosenttiyksikön lasku vuosien 2004 ja 2007 välillä.

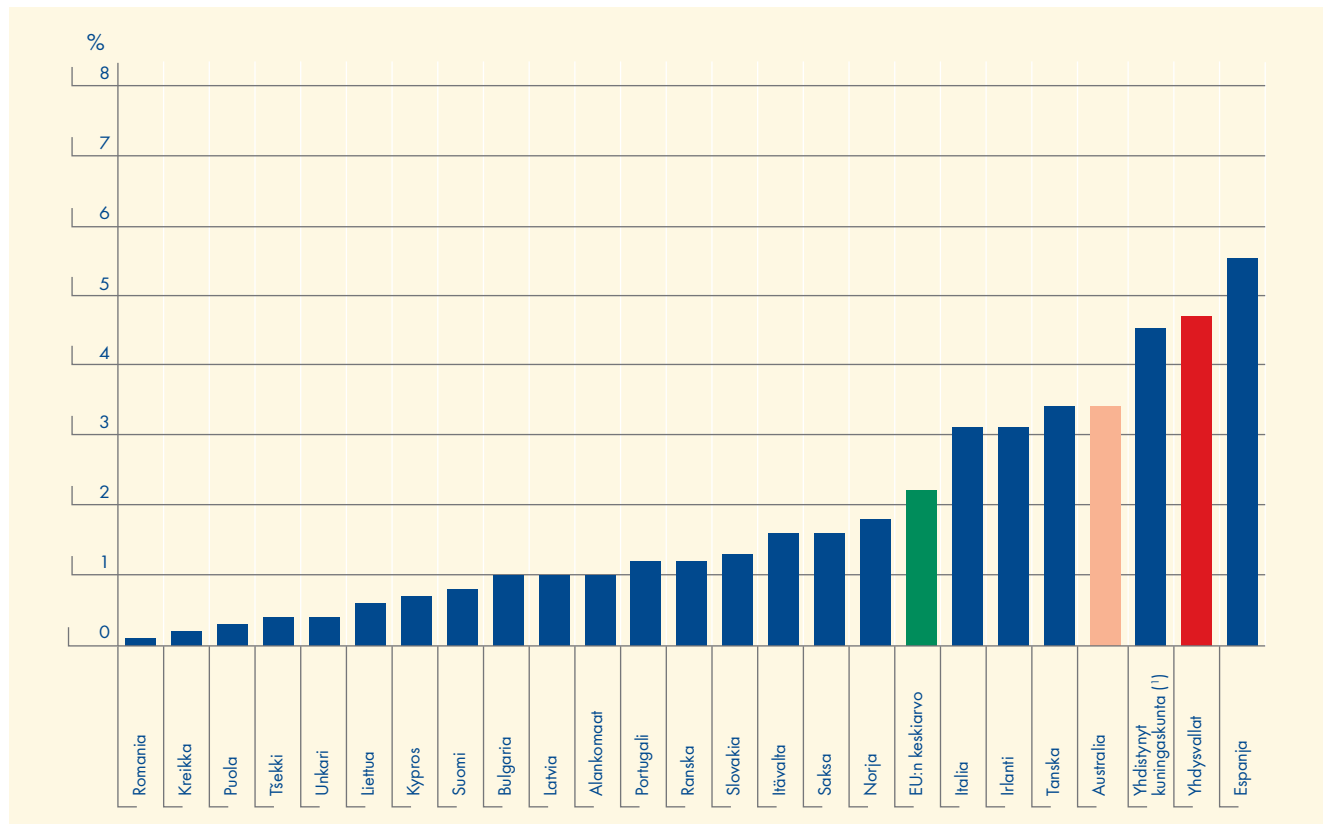
Kokaiinin käytön terveysvaikutukset

Kokaiinin käytön terveysvaikutusten laajuutta todennäköisesti aliarvioidaan. Osittain tämä johtuu

⁽⁹⁴⁾ Katso kaikkien vuosien tiedot kaaviosta GPS-15 ja taulukoista GPS-14, GPS-15 ja GPS-16; taulukot GPS-17, GPS-18 ja GPS-19 sisältävät uusimmat tiedot vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁹⁵⁾ Katso taulukko EYE-12 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽⁹⁶⁾ Myös Tanskassa tapahtui nousua mutta eri aikaan.

Kaavio 8. Viimeksi kuluneen vuoden aikainen kokaiininkäyttö nuorilla aikuisilla (15–34-vuotiailla) Euroopassa, Australiassa ja Yhdysvalloissa

(1) Englanti ja Wales.

Huom. Tiedot perustuvat kunkin maan uusimpaan kyselytutkimukseen. Euroopan unionin keskimääräinen levinneisyysaste on laskettu kansallisten lukujen keskiarvosta, jota on painotettu kyseisen maan 15–34-vuotiaan väestön osuudella (2006, lähteenä Eurostat). Yhdysvaltojen ja Australian tiedot on laskettu uudelleen alkuperäisistä kyselyn tuloksista mukauttamalla ne koskemaan 15–34-vuotiaiden ikäryhmää. Lisätietoja: katso kaavio GPS-20 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

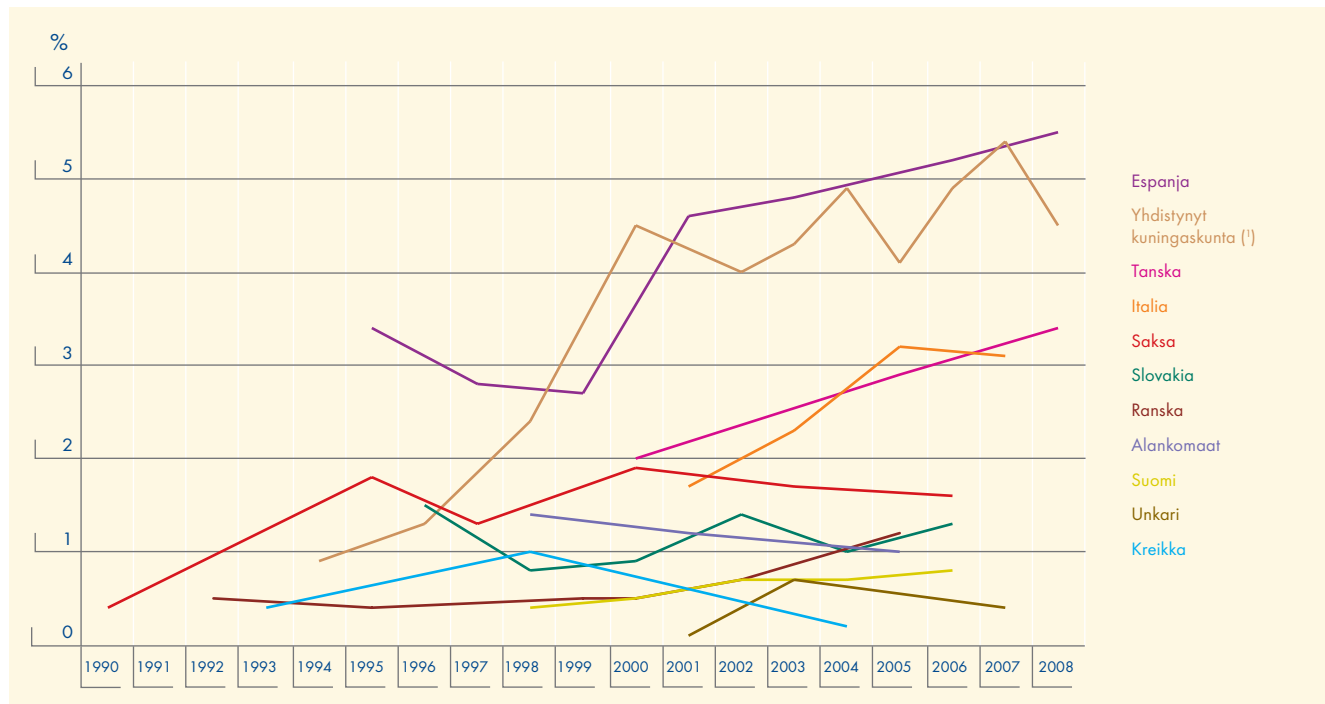
Lähteet: Reitoxin kansalliset yhteyspisteet.

SAMHSA (USA), Office of Applied Studies (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Kansallinen huumeidenkäyttö- ja terveystutkimus, 2007. Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series no. 22. Cat. no. PHE 107. Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

pitkäaikaisesta kokaiininkäytöstä aiheutuvien patologioiden epäspesifisestä tai kroonisesta luonteesta, osittain sairauksien ja tämän huumausaineen käytön välisen syy-seuraussuhteen osoittamisen vaikeudesta. Säännöllinen kokaiininkäyttö, myös nuuskaaminen, voi aiheuttaa sydän- ja verisuoniongelmiä sekä hermostollisia ja psykiatrisia ongelmia ja lisätä onnettomuus- ja väkivalta-alttiutta. Muiden pähteiden, muun muassa alkoholin, samanaikainen käyttö voi lisäksi lisätä joitakin kokaiinin aiheuttamista ongelmista (katso EMCDDA, 2007a). Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa arvioitiin, että toistuvasti kokaiinia käyttävillä oli seitsenkertainen riski saada ei-fataali sydäninfarkti kuin ei-käyttäjillä (Qureshi ym., 2001). Kaiken kaikkiaan arvioitiin, että neljänneksen 18–45-vuotiaiden ei-fataaleista sydäninfarkteista voidaan katsoa johtuvan ”kokaiinin toistuvasta käytöstä”.

Tuoreiden raporttien mukaan maissa, joissa kokaiinin käyttö on suhteellisen yleistä, tämä huumausaine näyttää liittyvän valtaosaan huumausaineiden aiheuttamista ensiapukäynneistä. Amerikan huumausaineiden väärinkäytön varoitusverkosto DAWN arvioi, että kokaiini sellaisenaan tai yhdessä muiden huumausaineiden kanssa oli osallisena kuudessa kymmenestä huumausaineiden aiheuttamasta ensiapupäivystyskäynnistä vuonna 2006. Espanjassa sairaaloiden ensiapuosastojen kansallinen raportointijärjestelmä, johon kirjataan psykoaktiivisten aineiden ei-lääkinnällinen käyttö, osoittaa, että vuonna 2006 kokaiini oli useimmiten ilmoitettu aine (59 prosenttia). Seuraavina tulivat kannabis (31 prosenttia), rauhoittavat lääkkeet (28 prosenttia) ja heroini (22 prosenttia). Alkoholin käyttö yhdistyi usein kaikkiin näihin pähteisiin. Tutkimuksessa, joka suoritettiin barcelonalaisen sairaalan ensiapuosastolla kokaiinin käyttöön suoraan liittyvien ongelmien vuoksi käyvien keskuudessa, tärkeimmät vaivat olivat ahdistuneisuus tai

Kaavio 9. Suuntaukset kokaiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) keskuudessa



(¹) Englanti ja Wales.

Huom. Lisätietoja: katso kaavio GPS-14 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2008), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista.

levottomuus (48 prosenttia) ja rintakipu tai sydämentykytykset (25 prosenttia).

Suurimmat terveysriskit liittyvät kokaiinin injektioikäyttöön ja crack-kokaiinin käyttöön (sydän- ja verisuoniongelmat, mielenterveydelliset ongelmat, terveydentilan heikentyminen). Yhteiskunnallinen syrjäytyminen ja muut erityisongelmat, kuten injektioikäyttöön liittyvät riskit, yleensä vielä pahentavat edellä mainittuja ongelmia. Samanaikainen opioidien ja kokaiinin käyttö näyttää aiheuttavan tavanomaista suuremman yliannostusriskin (EMCDDA, 2007a).

Riippuvuus on yksi kokaiinin käytön kielteisistä vaikutuksista käyttäjälle. Yhdysvalloissa tehdystä tutkimuksesta ilmeni, että viitisen prosenttia kokaiinin käyttäjistä voi tulla riippuvaisiksi ensimmäisen käyttövuoden aikana, joskin vain noin 20 prosenttia käyttäjistä tuli riippuvaisiksi pitkällä aikavälillä (Wagner ja Anthony, 2002). Toisen tutkimuksen mukaan riippuvaisiksi tulleista lähes 40 prosenttia toipuu ilman huumeasaine- tai alkoholihoitoa (Cunningham, 2000). Lisäksi on näyttöä siitä, että monet kokaiinin käyttäjät sääntelevät tämän huumeasaineen käyttöä asettamalla itselleen rajoja esimerkiksi käytettyjen määrien, käyttötiheyden tai ympäristön mukaan (Decorte, 2000).

Kokaiinin ongelmakäyttö ja hoidon kysyntä

Kokaiinin ongelmakäytön (injektioikäyttö tai pitkäaikainen/säännöllinen käyttö) kansallisia arvioita on saatavissa ainoastaan Espanjasta ja Italiasta ja alueellisia arvioita ja crack-kokaiinia koskevia arvioita ⁽⁹⁷⁾ ainoastaan Yhdistyneestä kuningaskunnasta. Italiassa arvioitiin vuonna 2007 olleen 3,8–4,7 kokaiinin ongelmakäyttäjää tuhatta aikuista kohti. Uusimpien Espanjaa koskevien tietojen mukaan vuonna 2002 maassa oli 4,5–6 kokaiinin ongelmakäyttäjää tuhatta aikuista (15–64-vuotiaasta) kohti. Kokaiinin ongelmakäyttäjää koskevissa arvioissa todennäköisesti aliarvioidaan hoitoa tai lyhyitä hoitajaksoja tarvitsevien henkilöiden määrä, koska yhteiskuntaan sopeutuneet kokaiinin käyttäjät lienevät aliedustettuja käytetyissä tietolähteissä.

Vuonna 2007 noin 17 prosenttia kaikista hoitoon tulevista asiakkaista mainitsi kokaiinin, pääasiassa jauhemaisen kokaiinin, pääasiallisena huumehoitoon hakeutumisen syynä. Tämä vastaa 61 000:ta ilmoitettua tapausta 25:ssä Euroopan maassa. Ensi kertaa hoitoon tulevista kokaiinin pääasiallisiksi syyksi ilmoittavien osuus on suurempi (22 prosenttia).

Maiden väliset erot ovat suuret, kun tarkastellaan kokaiiniasiakkaiden osuutta kaikista ja uusista hoitoon

⁽⁹⁷⁾ Katso Crack-kokaiinin käyttö Euroopassa, s. 69.

tulleista asiakkaista. Espanjan ilmoittamat osuudet ovat suurimmat kaikkien (45 prosenttia) ja uusien asiakkaiden (60 prosenttia) keskuudessa. Seuraavina ovat Alankomaat (32 ja 29 prosenttia) ja Italia (23 ja 26 prosenttia). Belgiassa, Irlannissa, Kyproksessa, Luxemburgissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa kokaiiniasiakkaat muodostavat 11–13 prosenttia kaikista huumausaineiden vuoksi hoidettavista asiakkaista ja 11–19 prosenttia uusista asiakkaista. Muualla Euroopassa kokaiinin osuus huumausainehoidossa olevista asiakkaista on alle kymmenen prosenttia ja seitsemässä maassa alle prosentin. ⁽⁹⁸⁾

Huumausainehoittoon pääasiallisesti kokaiininkäytön vuoksi hakeutuvien asiakkaiden määrä on kasvanut Euroopassa useita vuosia, joskin suuntaus perustuu muutamien maiden suureen vaikutukseen. Vuosina 2002–2007 uusien asiakkaiden kasvu oli ilmoitusten mukaan suhteellisesti suurinta Espanjassa, Irlannissa ja Italiassa. Niissä maissa, joita koskevat tiedot riittävät suuntausten analysoimiseen pidemmällä aikavälillä, kaikkien niiden hoitoon hakeutuvien määrä, jotka ilmoittivat kokaiinin pääasialliseksi huumeekseen, on kasvanut suhteellisesti 13 prosentista 19 prosenttiin (18 maan tietojen perusteella). ⁽⁹⁹⁾ Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvissa asiakkaissa osuus nousi 17 prosentista 25 prosenttiin (19 maan tietojen perusteella). Vuodesta 2005 lähtien niistä maista, joissa kokaiiniasiakkaiden osuudet ovat suurimmat, Espanja ja Italia ilmoittavat tilanteen vakiintuneen, mutta Alankomaissa kokaiinin vuoksi hoitoon ensi kertaa hakeutuvien määrä on vähentynyt. Heidän osuutensa on kuitenkin kasvussa muissa maissa, kuten Tanskassa, Irlannissa, Kreikassa ja Portugalissa. ⁽¹⁰⁰⁾

Hoidettavien asiakkaiden profiili

Lähes kaikki kokaiiniasiakkaat on ilmoitettu avohoitokeskuksista, joskin osa kokaiinin käyttäjistä saatetaan hoitaa yksityisissä klinikoissa, jotka eivät juurikaan ole edustettuina nykyisessä seurantajärjestelmässä.

Kokaiiniasiakkaissa miesten osuus on suurempi suhteessa naisten määrään (viisi miestä yhtä naista kohti). Myös heidän keski-ikänsä on huumausainehoidon asiakkaiden korkeimpia (noin 32 vuotta). Näin on erityisesti niissä maissa, joissa on paljon kokaiinin pääasialliseksi huumeekseen ilmoittavia asiakkaita, varsinkin Italiassa, jossa miehiä on kahdeksan yhtä naista kohden ja käyttäjien keski-ikä on 35 vuotta. Lähes puolet

Crack-kokaiinin käyttö Euroopassa

Euroopassa kokaiinia on saatavilla kahdessa muodossa: jauhemaisena kokaiinina (kokaiini-HCl, eräänlainen hydrokloridisuola) ja harvemmin käytettynä crack-kokaiinina (vapaa kokaiiniemäs). Tavallisesti crackia poltetaan ja se on tunnettu voimakkaasta vaikutuksestaan, joka saattaa johtaa ongelmallisiin käyttötapoihin. Yleensä sitä valmistetaan kokaiini-HCl:stä lähellä paikkoja, joissa sitä myydään ja käytetään.

Crackin käyttö alkoi levitä Yhdysvalloissa 1980-luvun puolivälissä pääasiassa suurkaupunkialueiden keskustojen köyhissä slummeissa, ja sitä esiintyi suhteettoman paljon etnisten vähemmistöjen keskuudessa. Samanlaisen ilmiön puhkeamista Euroopassa on pelätty, mutta tähän mennessä vakavaa crack-epidemiaa ei ole havaittu.

Crack-kokaiinia käytetään kuitenkin joissain Euroopan kaupungeissa, vaikkakin ilmiön tarkkaa laajuutta on vaikea arvioida. Lontoon (GLADA, 2004) ja Dublinin (Connolly ym., 2008) tilannetta koskevat raportit viittaavat myös siihen, että ilmiö voi kasvaa. Lontoossa crackin käyttöä pidetään huomattavana osana kaupungin huumeongelmaa, ja sen yleistymisen 1990-luvun puolivälin jälkeen johtuu pääasiassa kasvavasta määrästä opioidien käyttäjiä, jotka käyttävät myös crackia.

Yhdistyneestä kuningaskunnasta ilmoitetaan suurin osa crackiin liittyvistä hoitopyynnöistä ja takavarikoista. Eräissä tutkimuksissa arvioitiin crack-kokaiinin ongelmakäyttäjien lukumäärän olleen Englannissa 5,2–5,6 henkilöä tuhata aikuista kohden aikavälillä 2006–2007. Myös muiden Euroopan maiden kaupungit ovat ilmoittaneet laajoista crack-ongelmista.

Crackin käyttöä esiintyy pääasiassa syrjäytyneissä ja vähäosaisissa ryhmissä, kuten seksityöläisten ja opioidien ongelmakäyttäjien keskuudessa, ja jotkin maat ovat ilmoittaneet sen käytön olevan yleistä tietyissä etnisissä vähemmistöissä (esimerkiksi Ranska, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta). Crackin käyttö on hyvin harvinaista yhteiskuntaan sopeutuneiden yksilöiden keskuudessa, mukaan lukien tavallisen jauhemaisen kokaiinin käyttäjät (Prinzleve ym., 2004). Crackin käytön jatkuvuus tietyissä ryhmissä ja kaupungeissa merkitsee kuitenkin sitä, että se uhkaa levitä laajempiin yhteisöihin.

kokaiiniasiakkaista on alkanut käyttää huumausainetta ennen 20 vuoden ikää ja 88 prosenttia ennen 30 vuoden ikää. Kokaiinin ensimmäisen käyttökerran ja ensimmäisen hoitoon hakeutumisen välinen aika on pisin (9–12 vuotta) Espanjassa, Italiassa ja Alankomaissa. ⁽¹⁰¹⁾

Useimmat kokaiiniasiakkaat nuuskaavat (55 prosenttia) tai polttavat (32 prosenttia) kokaiinia, ja alle seitsemän prosenttia ilmoittaa käyttävänsä sitä suonensisäisesti. ⁽¹⁰²⁾

⁽⁹⁸⁾ Katso kaavio TDI-2 sekä taulukko TDI-5 (osa i) ja (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta. Espanjan tiedot ovat vuodelta 2006.

⁽⁹⁹⁾ Mukana ovat ainoastaan opioidit, kannabiksen, kokaiinin ja muut piristeet maininneet asiakkaat.

⁽¹⁰⁰⁾ Katso kaaviot TDI-1 ja TDI-3 sekä taulukko TDI-3 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁰¹⁾ Katso taulukot TDI-10, TDI-11 (osa iii), TDI-21 ja TDI-103 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁰²⁾ Katso taulukko TDI-17 (osa iv) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Neljästätoista maassa vuonna 2006 tehty analyysi osoitti, että noin 63 prosenttia kokaiiniasiakkaista on sekakäyttäjiä. Näistä 42 prosenttia käyttää alkoholia, 28 prosenttia kannabista ja 16 prosenttia heroiniä kokaiinin ohella. Kokaiini myös mainitaan usein toissijaisena huumausaineena. Näin tekevät varsinkin ensisijaisesti heroini-ongelmasta kärsivät asiakkaat (28 prosenttia). ⁽¹⁰³⁾

Vuonna 2007 noin 8 000 asiakkaan ilmoitetaan aloittaneen avohoidon pääasiassa crack-kokaiinin käytön vuoksi. Tämä on 15 prosenttia kaikista kokaiiniasiakkaista ja 2,7 prosenttia kaikista avohoitoasiakkaista. Valtaosan crack-asiakkaista (noin 6 500) on ilmoittanut Yhdistynyt kuningaskunta, jossa heidän osuutensa hoidossa olevista kokaiiniasiakkaista on 45 prosenttia. Lähes neljännes (22 prosenttia) pääsiallisesti crack-kokaiinia käyttävistä asiakkaista käyttää myös heroiniä, ja näiden asiakkaiden työttömyys ja kodittomuus on erittäin yleistä. ⁽¹⁰⁴⁾

Kaiken kaikkiaan hoidossa olevissa kokaiinin käyttäjissä on havaittu kaksi pääryhmää: yhteiskuntaan sopeutuneet yksilöt, jotka käyttävät jauhemaista kokaiinia, sekä syrjäytyneempi asiakasryhmä, joka käyttää kokaiinia, varsinkin crack-kokaiinia, yhdessä opioidien kanssa. Ensimmäinen ryhmä ilmoittaa yleensä nuuskaavansa ainetta ja käyttävänsä sitä aika ajoin muiden päihteiden, kuten alkoholin tai kannabiksen, muttei opioidien kanssa. Osa tämän ryhmän jäsenistä ohjautuu hoitoon rikosoikeusjärjestelmän kautta. Toinen ryhmä ilmoittaa usein käyttävänsä huumeita suonensisäisesti, käyttävänsä niin kokaiinia kuin opioidejakin ja polttavansa joskus crack-kokaiinia. Ryhmän jäsenten terveydelliset ja sosiaaliset olosuhteet ovat epävarmat. Tähän ryhmään kuuluu entisiä heroinin käyttäjiä, jotka tulevat uudelleen huumehoitoon kokaiinin käytön vuoksi.

Hoito ja haittojen vähentäminen

Hoito

Euroopassa julkiset huumehoitolaitokset on useimmiten suunniteltu opioidien käyttäjien tarpeisiin, ja kokaiinin käyttäjien hoitoon keskittyvät kesukset ovat harvinaisia ja usein yksityisiä. Muutamissa maissa (esimerkiksi Irlannissa, Italiassa, Espanjassa) on kuitenkin otettu käyttöön kokaiinin käyttäjille suunnattuja strategioita tai hoito-ohjelmia ja Ranskassa vastaavia ohjelmia parhaillaan kehitellään.

Kokaiininkäyttäjien ja heidän ongelmien ja tarpeidensa erilaisuus vaikeuttaa hoitopalvelujen organisointia ja tarjoamista kaikille niistä tarvitseville. Tiettyjä

kokaiininkäyttäjryhmiä on hankala tavoittaa ja siten vaikea saada hoitoon. Esimerkiksi syrjäytyneet kokaiinin injektioikättäjät ja crack-käyttäjät eivät useinkaan hakeudu hoitoon vapaaehtoisesti. Tästä syystä Irlannissa suositellaan kenttätöitä ja muita toimenpiteitä, jotta muutoin tavoittamattomiin jäävät käyttäjät saataisiin houkuteltua hoitoon (Connolly ym., 2008). Kenttätöiden hoito-ohjelmista voi lisäksi olla hyötyä tietyille ryhmille. Esimerkki tällaisesta on saatu syrjäytyneisiin crack-kokaiinin käyttäjiin kohdennetusta alankomaalaisesta tutkimuksesta. Hoito-ohjelmassa asiakkaiden hoitomyöntyvyys ja -tyytyväisyys olivat hyvät. Hoitoa saaneet ilmoittivat terveytensä, elinolosuhteidensa, perhesuhteidensa ja sosiaalisten suhteidensa sekä psykiatrisen tilansa kohentuneen (Henskens ym., 2008).

Myös yhteiskuntaan sopeutuneita kokaiininkäyttäjiä voi olla vaikea saada hoitoon. Heidän tarpeisiinsa ei nimittäin välttämättä vastata hoitopalveluissa, joiden pääsiallisena asiakaskuntana ovat opioidien käyttäjät. Muutamat maat ovat ilmoittaneet toimenpiteistä, joilla pyritään voittamaan nämä ongelmat. Esimerkiksi Italiassa vuonna 2007 käynnistetty "Progetto nazionale cocaina" tarjoaa erikoistuneita palveluja, joiden aukioloajat soveltuvat paremmin yhteiskuntaan sopeutuneille kokaiininkäyttäjille ja heidän perheilleen (esimerkiksi työajan jälkeen). Vastaavasta lähestymistavasta on saatu tietoja myös Irlannista, jossa jauhemaisen kokaiinin käyttäjien hoitoon houkuttelemiseksi on kehitetty erityisiä ohjelmia.

Myös kokaiinin ongelmaikättäjien ja crack-kokaiinin käyttäjien säilyttäminen hoidon piirissä on tärkeää, koska runsaaseen kokaiininkäyttöön liittyy käyttäytymishäiriöitä, sosiaalisia ja psykologisia häiriöitä (esimerkiksi impulsiivista ja aggressiivista käyttäytymistä) ja joissakin ryhmissä kaoottinen elämäntyyli sekä voimakas henkinen ja fyysinen kuluminen. Säännöllinen käynti terapiaistunnoissa ja merkityksellinen terapeutin vuoropuhelu on alan ammattilaisten mukaan vaikeaa (Connolly ym., 2008). Kokaiinin käyttö voi lisäksi keskeyttää muiden huumausaineriippuvuuksien hoidon ja vaarantaa onnistuneen pidättymisen heroininista. Esimerkiksi Saksassa kokaiinin samanaikainen käyttö on havaittu ratkaisevaksi tekijäksi ihmisten lopettaessa kesken opioidikorvaushoidon.

Käyttäjien houkutteleva hoitoon ja pitäminen hoidossa on vaikeaa myös silloin, kun ympäristössä ei ole saatavana erityistä psykososiaalista tukea, jonka tehokkuudesta olisi vahvaa näyttöä, eikä käytettävissä ole tehokasta lääkehoitoa, joka auttaisi käyttäjiä pidättymään käytöstä tai vähentämään käyttöä tänä aikana.

⁽¹⁰³⁾ Katso erityiskysymys huumeiden sekakäytöstä.

⁽¹⁰⁴⁾ Katso Crack-kokaiinin käyttö Euroopassa (s. 69) ja taulukot TDI-7 ja TDI-115 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Näihin vaikeuksiin voidaan puuttua kehittämällä erityisiä hoito-ohjelmia ja kursseja, jotka on sovitettu kokaiinin ja crack-kokaiinin käyttöön liittyviin ongelmiin. Hoitohenkilöstölle on ilmoitettu järjestetyn kokaiiniin keskittyvää koulutusta Irlannissa, Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Lisäksi 11 jäsenvaltiota, joiden joukossa ovat kaikki kokaiinin käyttömääriltään ja hoitotarpeeltaan suuret maat, on ilmoittanut, että perinteisten hoitopalvelujen rinnalla on saatavana erityisiä hoito-ohjelmia kokaiinin tai crack-kokaiinin käyttäjille. Vaikka Italian, Portugalin, Slovenian ja Yhdistyneen kuningaskunnan kansalliset asiantuntijat arvioivatkin, että nämä ohjelmat olivat saatavilla valtaosalle hoitoa tarvitsevista kokaiininkäyttäjistä, Tanskan, Saksan, Espanjan, Ranskan, Irlannin, Alankomaiden ja Itävallan asiantuntijat katsoivat, että alle puolet tarvitsijoista pääsi tällaiseen hoitoon.

Aiemmin lähes kaikki alan tutkimus keskittyi Yhdysvaltoihin, mutta nyt Euroopassa on meneillään useita kokaiiniriippuvuutta koskevia tutkimuksia. Yhdistyneessä kuningaskunnassa eräässä kliinisessä tutkimuksessa selvitetään kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuutta yhdistettynä palkitsemis- ja rajoittamismenettelyihin pääasiallisesti kokaiinia käyttävien keskuudessa (katso EMCDDA, 2008b). Jokin aika sitten tehdyn Cochrane-arvion mukaan tämä yhdistelmä on antanut parhaat tulokset piristeriippuvuuden hoidossa (Knapp ym., 2007). Toisessa kliinisessä tutkimuksessa, niin ikään Yhdistyneessä kuningaskunnassa, tutkitaan modafiniilin tehokkuutta yhdessä kuponkipohjaisen palkitsemis- ja rajoittamismenettelyn kanssa potilailla, jotka saavat opioidikorvaushoitoa ja käyttävät crack-kokaiinia. Modafiniili on jo osoittanut hoitovaikutusta useissa tutkimuksissa piristeriippuvuuden korvaavana tehoaineena.

Alankomaissa viidessä kliinisessä tutkimuksessa selvitetään parhaillaan useiden farmaseuttisten tehoaineiden, muun muassa deksamfetamiinin ja modafiniilin, tehokkuutta kokaiiniriippuvuuden hoidossa. Toisessa kliinisessä alankomaalaistutkimuksessa tutkittiin yhteisön vahvistukseen perustuvaa lähestymistapaa yhdessä palkitsemis- ja rajoittamismenettelyjen kanssa sellaisilla

opioidikorvauspotilailla, joilla on kokaiiniriippuvuus. Tuloksista ilmeni merkittävä kokaiininkulutuksen väheneminen verrattuna tavalliseen hoitoon.

Mainittakoon vielä espanjalais-italialainen yhteistutkimus, jossa useissa eri kohteissa selvitetään TA-CD-kokaiinirokotteen tehokkuutta. Se on suurin tähän mennessä järjestetty tätä rokotetta koskeva tutkimus, ja siihen osallistuu useita satoja vapaaehtoisia. TA-CD-rokotteen ensimmäiset turvallisuustutkimukset Yhdysvalloissa ovat osoittaneet, että kokaiinin subjektiiviset vaikutukset vähenevät ja huumausaineen käyttö vähenee, minkä lisäksi asiakas jatkaa hoitoa pidempään.

Haittojen vähentäminen

Crack-kokaiinin ja kokaiinin ongelmakäyttäjille suunnatut haittojen vähentämistoimet ovat uusi toiminta-alue monissa jäsenvaltioissa. Yksi syy tämän alan toimenpiteiden vähäiseen tarjontaan varsinkin crack-kokaiinin käyttäjille voi olla se, että keskeisiltä työntekijöiltä puuttuu tietoa tästä huumausaineesta, kohderyhmästä ja heidän tarpeistaan.

Jäsenvaltiot tarjoavat kokaiinia injektioiville käyttäjille yleensä samat palvelut ja valmiudet kuin opioidien käyttäjille, esimerkiksi turvallisen käytön suositukset, koulutus turvallista injektointia varten sekä neulan- ja ruiskunvaihto-ohjelmat. Kokaiinin injektioikäyttöön voi kuitenkin liittyä suurempi tarvikkeiden yhteiskäytön riski ja suurempi injektointitiheys, mistä voi seurata suonien kokoonpnuminen ja injektointi kehon riskialttiimpiin osiin (sääriin, käsiin, jalkoihin, nivusiin). Siksi turvallista käyttöä koskevat suositukset olisi mukautettava näitä erityisriskejä vastaaviksi. Muutamissa maissa (esimerkiksi Belgiassa ja Ranskassa) osassa matalan kynnyksen keskuksia tarjotaan myös puhtaita crack-piippuja.

Viihdeympäristöissä kokaiinin käyttäjille kohdennetut haittoja vähentävät toimet keskittyvät pääasiassa tietoisuuden lisäämiseen. Ohjelmissa tarjotaan nuorille neuvontaa ja tietoa alkoholin ja huumeiden käyttöön yleisesti liittyvistä riskeistä sekä materiaalia kokaiinin käyttöön liittyvistä riskeistä.

Luku 6

Opioidien käyttö ja huumeiden injektioikäyttö

Johdanto

Heroiinin käyttö ja erityisesti sen injektioikäyttö on yhdistetty tiiviisti huumausaineiden ongelmakäyttöön Euroopassa 1970-luvulta lähtien. Heroiini aiheuttaa edelleenkin suurimman osan huumausaineista johtuvasta sairastuvuudesta ja kuolleisuudesta Euroopan unionissa. Viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana heroinin käytön ja siihen liittyvien ongelmien on havaittu vähenneen, mutta tuoreet tiedot viittaavat siihen, että suuntaus on voinut kääntyä eräissä maissa. Lisäksi synteettisten opioidien, kuten fentanyylin, käytöstä ja stimuloivien huumeiden, kuten kokaiinin tai amfetamiinien, suonensisäisestä käytöstä kertovat raportit osoittavat, että huumausaineiden ongelmakäyttö muuttuu yhä monisyisemmäksi Euroopassa.

Tarjonta ja saatavuus

Euroopan laittomilla huumemarkkinoilla on perinteisesti ollut tarjolla kahdenlaista tuotua heroiniä: yleisesti saatavilla olevaa ruskeaa heroiniä (emäksisessä muodossa), joka tulee lähinnä Afganistanista, ja huomattavasti harvinaisempaa valkoista heroiniä (suolan muodossa), joka on yleensä peräisin Kaakkois-Aasiasta. ⁽¹⁰⁵⁾ Lisäksi jonkin verran opioideja tuotetaan Euroopassa, mutta ne ovat pääasiassa kotitekoisia unikkotuotteita (kuten oopiumunikko, murskatuista unikon varsista tai mykeröistä tehty unikkotiiviste) Itä-Euroopan maista (Latvia, Liettua).

Tuotanto ja salakuljetus

Euroopassa käytettävä heroini on peräisin pääasiassa Afganistanista, joka on edelleen maailman johtava laittoman oopiumin tuottaja. Muita tuottajamaita ovat Myanmar, josta ainetta toimitetaan pääasiassa Itä- ja Kaakkois-Aasiaan, Pakistan ja Laos sekä Meksiko ja Kolumbia, joita kumpaakin pidetään Yhdysvaltojen suurimpina heroinin toimittajina (UNODC, 2009). Maailmanlaajuisen oopiumintuotannon arvioidaan laskeneen huippuvuodesta 2007 pääosin Afganistanin tuotannon vähennyttyä 8 890 tonnista noin 8 000 tonniin

vuonna 2008. Uusimpien arvioiden mukaan heroinin mahdollinen tuotanto maailmassa oli 735 tonnia vuonna 2007 (UNODC, 2009). Afganistanissa viime vuosien aikana hajotettujen laboratorioiden määrän kasvu viittaa siihen, että oopiumia jalostetaan yhä enenevässä määrin morfiiniksi ja heroiiniksi jo kyseisessä maassa. Suuret oopium- ja morfiinitakavarikot naapurimaissa (Pakistan, Iran) osoittavat kuitenkin, että merkittävää jalostusta tapahtuu myös Afganistanin ulkopuolella (CND, 2008; UNODC, 2009).

Heroini saapuu Eurooppaan pääasiassa kahta merkittävää salakuljetusreittiä pitkin: historiallisesti merkittävää Balkanin reittiä ja sen useita sivuhaaroja

Taulukko 9. Heroinin tuotanto, takavarikot, hinta ja puhtaus

Tuotanto ja takavarikot	Heroini
Mahdollisen maailmanlaajuisen tuotannon arvio (tonneina) ⁽¹⁾	735
Maailmanlaajuisesti takavarikoitu määrä	
Heroini (tonneina)	65
Morfiini (tonneina)	27
Takavarikoitu määrä (tonneina)	
EU ja Norja	8,8
(Kroatia ja Turkki mukaan lukien)	(22)
Takavarikkojen lukumäärä	
EU ja Norja	56 000
(Kroatia ja Turkki mukaan lukien)	(58 000)
Hinta ja puhtaus Euroopassa	Ruskea heroini
Keskihinta katukaupassa (euroa grammalta)	
Vaihteluväli	14–119
(kvartiiliväli) ⁽²⁾	(35–77)
Keskimääräinen puhtaus (%)	
Vaihteluväli	9–50
(kvartiiliväli) ⁽²⁾	(16–27)

⁽¹⁾ UNODC:n luku perustuu sen arvioon laittoman oopiumin maailmanlaajuisesta tuotantomäärästä (8 870 tonnia vuonna 2008) (UNODC, 2009).

⁽²⁾ Ilmoitetun keskihinnan tai puhtauden vaihteluvälin keskialue, joka kattaa jakauman toisen ja kolmannen neljänneksen.

Huom. Tiedot ovat vuodelta 2007 paitsi mahdollisen maailmanlaajuisen tuotannon arvion osalta.

Lähteet: UNODC World drug report (2009) (maailmanlaajuiset arvot), Reitoxin kansalliset yhteyspisteet (Euroopan tiedot).

⁽¹⁰⁵⁾ Mikäli haluat lisätietoja huumausaineiden tarjonta- ja saatavuustietojen lähteistä, katso s. 40.

pitkin kuljettuaan ensin Pakistanin, Iranin ja Turkin läpi, jonne suurimmat takavarikoidut määrät sijoittuvat, sekä ”pohjoista reittiä” Keski-Aasian ja Venäjän federaation kautta, jolloin heroiniin salakuljetetaan esimerkiksi junalla suoraan Puolaan (INCB, 2009a) tai Norjaan Liettuan kautta. Kaakkoisaasian heroiniin toissijaisia salakuljetusreittejä on raportoitu esimerkiksi Afganistanista ja Pakistanista ilmaitse Keski-idän ja Itä-Afrikan maiden kautta Euroopan laittomien huumeiden markkinoille (INCB, 2009a; WCO, 2008). Kaakkois-Aasian heroiniin salakuljetetaan myös suoraan Eurooppaan (Yhdistyneeseen kuningaskuntaan) lentoteitse Pakistanista. Euroopan unionissa Alankomaat ja jossain määrin myös Belgia ovat merkittävässä asemassa toissijaisina jakelukeskuksina (Europol, 2008).

Takavarikot

Maailmanlaajuisesti ilmoitetut oopiumin takavarikot lisääntyivät huomattavasti vuonna 2007 kaikkiaan 510 tonniin. Iranin osuus oli 84 prosenttia kokonaismäärästä. Koko maailmassa morfiinin ilmoitetut takavarikot vähenivät jyrkästi 27 tonniin ja heroiniin takavarikot lisääntyivät hieman 65 tonniin. Suurimmat heroinitakavarikot ilmoitettiin Iranista (25 prosenttia maailman kokonaismäärästä), Turkista ja Afganistanista (UNODC, 2009).

Euroopassa arviolta 58 000 takavarikossa saatiin talteen 22 tonnia heroiniin vuonna 2007. Yhdistynyt kuningaskunta ilmoitti edelleen suurimman takavarikkojen lukumäärän ja Turkki suurimman takavarikoidun määrän eli 13,2 tonnia vuonna 2007. ⁽¹⁰⁶⁾ Vuosia 2002–2007 koskevat tiedot 25:stä tietoa ilmoittaneesta maasta osoittavat, että ensimmäisenä vuonna tapahtuneen laskun jälkeen takavarikkojen lukumäärä on kasvanut keskeytyksettä vuodesta 2003. Turkissa talteen otetun heroiniin määrän yleinen suuntaus poikkeaa Euroopan unionissa havaitusta suuntauksesta. Kun Turkki ilmoitti takavarikoidun heroiniin määrän viisinkertaistuneen vuodesta 2002 vuoteen 2007, Euroopan unionissa takavarikoitu määrä on ollut yleisesti samaan aikaan laskussa, tosin määrä kasvoi vuodesta 2006 vuoteen 2007.

Etikkahappoanhydridin (jota käytetään heroiniin valmistuksessa) takavarikoinnit maailmassa lisääntyivät vuonna 2007 aina 56 300 litraan. Lähes puolet siitä takavarikoitiin Venäjällä (25 000 litraa), Turkissa (13 300 litraa) ja Sloveniassa (6 500 litraa) (INCB, 2009b). INCB arvioi, että ”lähes 80 prosenttia” Afganistanin heroiniinlaboratorioissa käytetystä etikkahappoanhydridistä salakuljetetaan Itä- ja Kaakkois-

Euroopan kautta, ja kehottaa Euroopan komissiota ja EU:n jäsenvaltioita estämään etikkahappoanhydridin sieppaamisen sisäisiltä markkinoilta laittomiin tarkoituksiin (INCB, 2009a).

Puhtaus ja hinta

Vuonna 2007 ruskean heroiniin keskimääräinen puhtaus oli 15–30 prosenttia useimmissa tietoa ilmoittaneissa maissa, tosin alle 15 prosentin arvoja ilmoitettiin Ranskasta (12 prosenttia) ja Itävaltasta (yhdeksän prosenttia) sekä korkeampia arvoja Yhdistyneestä kuningaskunnasta (50 prosenttia) ja Norjasta (35 prosenttia). Valkoisen heroiniin tyypillinen puhtaus on yleensä suurempi (30–50 prosenttia) niissä harvoissa Euroopan maissa, jotka ilmoittivat näitä tietoja. ⁽¹⁰⁷⁾

Ruskean heroiniin katukauppahinta oli Pohjoismaissa edelleen muuta Eurooppaa korkeampi: Ruotsi raportoi keskihinnaksi 119 euroa grammalta ja Tanska 96 euroa.

Heroiniin hinnat markkinoiden eri tasoilla

Huumeiden hintojen seuraaminen on tärkeää huumemarkkinoiden ymmärtämiseksi. EMCDDA kerää tietoja katukauppahinnoista, jotka ilmaistaan yleensä euroina grammaa, annosta tai pilleriä kohti. Näiden tietojen perusteella on mahdollista arvioida tyypillinen hinta, jonka käyttäjä maksaa tietyistä huumeista Euroopan maassa. Hinnoissa ajan mittaan tapahtuvat muutokset voivat kertoa mahdollisista muutoksista huumeiden tarjonnassa tai kysynnässä. Tukkuhintoja koskevat tiedot ovat toinen hyödyllinen indikaattori, joka voi antaa kuvan huumaussainemarkkinoiden voitoista. Tukkuhinta tarkoittaa huumaussainekauppioiden maksamaa hintaa merkittäville jakelijoille markkinoilla, joilla huumetta käytetään.

Vuoden 2007 osalta vertailukelpoisia tietoja tukku- ja katukauppahinnoista on saatavilla vain muutamasta maasta (Tšekki, Saksa, Espanja, Romania, Yhdistynyt kuningaskunta). Näissä maissa ilmoitettu heroiniin tukkuhinta vaihtelee 12,5 eurosta 35,8 euroon grammalta, ja saatavilla olevien tietojen perusteella keskimääräinen katukauppahinta vaihtelee 36 eurosta 62,7 euroon. Markkinoiden matalimmat tukku- ja katukaupan hinnat ilmoitetaan Romaniasta ja korkeimmat Espanjasta. Katukauppa- ja tukkuhinnan välinen suhde vaihtelee myös huomattavasti Tšekin suhdeluvusta 1,6:1 Yhdistyneen kuningaskunnan suhdeluksi 2,8:1. Vertailuja tehtäessä on oltava varovainen, sillä huumeen puhtaudessa voi olla eroja eri maiden tai markkinoiden tasojen välillä tai eri aikoina. Hintojen analysointi voi kuitenkin antaa paljon tietoa erityisesti ajan mittaan muuttuvista suuntauksista, sillä se voi viitata huomattaviin markkinoilla tapahtuviin muutoksiin.

⁽¹⁰⁶⁾ Katso taulukot SZR-7 ja SZR-8 vuoden 2009 tilastotiedotteesta. Huomaa, että vuoden 2007 tietojen puuttuessa Euroopan kokonaismäärien arvioinnissa on käytetty vuoden 2006 vastaavia tietoja. Analyysi on alustava, koska Yhdistyneen kuningaskunnan tietoja vuodelta 2007 ei vielä ole saatu.

⁽¹⁰⁷⁾ Katso pituus- ja hintatietoja koskevat taulukot PPP-2 ja PPP-6 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Kymmenessä muussa maassa ruskean heroiinin hinta katukaupassa vaihteli välillä 30–80 euroa grammalta, mutta Turkissa keskihinta grammalta oli 15 euroa. Vuosina 2002–2007 ruskean heroiinin hinta laski seitsemässä niistä 12:sta Euroopan maasta, jotka ilmoittavat aikasuuntauksia, ja nousi viidessä. Valkoisen heroiinin hinnan katukaupassa on ilmoittanut vain muutama Euroopan maa, ja se asettui 31 euron ja 151 euron välille grammalta.

Arviot opioidien ongelmakäytön levinneisyydestä

Tämän osan tiedot perustuvat EMCDDA:n huumeiden ongelmakäytön indikaattoriin, johon sisältyvät lähinnä huumeiden injektioikäyttö ja opioidien käyttö, joskin muutamissa maissa amfetamiinien ja kokaiinin käyttäjät muodostavat siitä merkittävän osan. On syytä panna merkkeille, että monet maat ilmoittavat useimpien ”opioidien ongelmakäyttäjien” olevan lähinnä sekakäyttäjiä, jotka käyttävät myös opioideja. Koska levinneisyys on suhteellisen pientä ja koska tällainen huumeiden käyttö jää yleensä piiloon, levinneisyysarvioiden saaminen edellyttää saatavilla olevien tietolähteiden tilastollista ekstrapolointia.

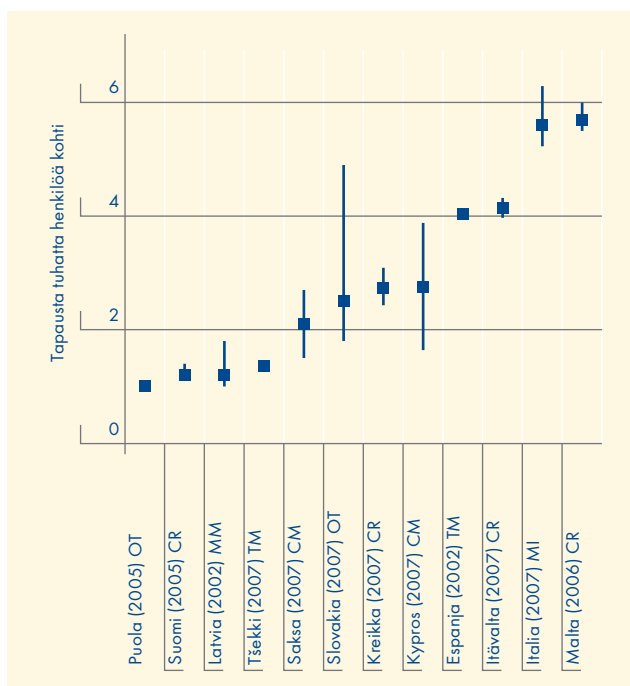
Opioidien ongelmakäytön kansallisen levinneisyyden arviot Euroopan maissa vuosina 2002–2007 vaihtelevat karkeasti arvioiden yhdestä kuuteen tapaukseen tuhatta 15–64-vuotiaista kohti; ongelmakäytön yleiseksi levinneisyydeksi arvioidaan alle kolmesta kymmeneen tapaukseen tuhatta asukasta kohti. Pienimmät asianmukaisesti dokumentoidut arviot opioidien ongelmakäytöstä ovat Tšekistä, Latviasta, Puolasta ja Suomesta (vaikka niin Tšekissä kuin Suomessakin on suuri määrä amfetamiinien ongelmakäyttäjää), mutta suurimmat arviot on saatu Maltasta, Italiasta, Itävaltasta ja Espanjasta (kaavio 10).

Opioidien ongelmakäytön keskimääräisen levinneisyyden tietoja toimittavissa maissa on arvioitu olevan 3,6–4,6 tapaukseen tuhatta 15–64-vuotiaista kohti. Jos oletetaan, että tämä kuvaa koko EU:ta, EU:ssa ja Norjassa oli noin 1,4 miljoonaa (1,2–1,5 miljoonaa) opioidien ongelmakäyttäjää vuonna 2007. ⁽¹⁰⁸⁾ Vankiloissa olevat opioidien ongelmakäyttäjät, erityisesti pitkiin vankeusrangaistuksiin tuomitut, voivat olla aliedustettuina tässä arvioissa.

Hoidossa olevat opioidien käyttäjät

Euroopassa hoitoon hakeutuneiden valtaosa ilmoitti edelleen opioidit, ensisijaisesti heroiinin, pääasialliseksi huumeekseen. Euroopassa on silti huomattavia eroja siinä,

Kaavio 10: Arviot opioidien ongelmakäytön vuotuisesta levinneisyydestä (tapaukseen tuhatta 15–64-vuotiaista kohti)



Huom. Symboli edustaa piste-estimaattia ja viiva arviointimenetelmistä aiheutuvaa epävarmuusväliä, joka voi olla joko 95 prosentin luottamusväli tai herkkyysanalyysiin perustuva väli. Kohderyhmissä voi olla pientä vaihtelua erilaisten menetelmien ja tietolähteiden takia, joten vertailuja on tehtävä varoen. Suomea (15–54) ja Maltaa (12–64) koskeissa tutkimuksissa käytettiin tavanomaisesta poikkeavaa ikähaarukkaa (kaikenikäiset). Kaikkia kolmea lukua mukautettiin vastaamaan 15–64-vuotiaista väestöä olettaen, että huumeusaineiden käyttö muissa ikäryhmissä on merkityksetöntä. Saksan ja Kyproksen osalta väli on kaikkien arvioiden alimmasta arvosta niiden yläpään arvoon, ja piste-estimaatti on pelkkä keskipisteiden keskiarvo. Arviointimenetelmät on lyhennetty: CR = capture-recapture (merkintä-takaisinpyyntimenetelmä); TM = treatment multiplier (hoitokerroin); MI = multivariate indicator (monimuuttujaindikaattori); MM = mortality multiplier (kuolleisuuskerroin); CM = combined methods (yhdistetyt menetelmät); OT = other methods (muut menetelmät). Lisätietoja: katso kaavio PDU-1 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset yhteyspisteet.

kuinka suuri osa huumeusaineiden käyttäjistä hakeutuu hoitoon kyseisistä aineista johtuvien ongelmien vuoksi. Opioidiasiakkaiden osuus on yli 90 prosenttia Bulgariassa ja Sloveniassa hoitoon tulevista, 50–90 prosenttia 15 maassa ja 10–49 yhdeksässä maassa. ⁽¹⁰⁹⁾ Kaiken kaikkiaan niistä noin 325 000:sta hoitoon tulevasta, joiden pääasiallinen huume on tiedossa, 49 prosenttia mainitsi heroiinin pääasialliseksi huumeusaineekseen. Jos huomioon otetaan muut opioidit, määrä nousee 55 prosenttiin kyseisistä asiakkaista. ⁽¹¹⁰⁾ Eräissä maissa muiden opioidien kuin heroiinin vuoksi hoitoon

⁽¹⁰⁸⁾ Arviota on tarkennettu 1,5 miljoonasta 1,4 miljoonaan uusien tietojen pohjalta. Koska luottamusvälit ovat laajat ja koska arvio perustuu eri vuosien tietoihin, ei voida päätellä, että uusi arvio on osoitus opioidien ongelmakäyttäjien levinneisyyden vähentymisestä Euroopassa.

⁽¹⁰⁹⁾ Katso taulukko TDI-5 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹¹⁰⁾ Katso taulukko TDI-113 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Opioidien ongelmakäytön levinneisyys

Huumeiden ongelmakäytön levinneisyyden – tietynä vuonna aineen käytön aloittaneiden ja huumeiden ongelmakäyttäjiksi muuttuneiden lukumäärän – seuranta on välttämätöntä, jotta Euroopan huumetilanteen suuntauksia voidaan seurata ja jotta sopivia käytäntöjä ja toimenpiteitä voidaan laatia.

EMCDDA on edistänyt huumeiden ongelmakäytön levinneisyyden määrittämiseen liittyvää tutkimusta, ja se on hiljattain julkaissut aiheita koskevat suuntaviivat (Scalia Tomba ym., 2008). Se on myös käynnistänyt yhteistyössä Zürichin yliopiston kanssa tutkimuksen, jossa testataan uutta ”yhden päivän” menetelmää käyttämällä hoitoonhakeutumisviiveen (aika ennen hoitoa) jakaumaa hoidettujen heroiininkäyttäjien poikkileikkausotoksessa. Menetelmässä käytetään toimintoa, joka kuvaa korvaushoidossa olemisen todennäköisyyttä (General Inclusion Function, GIF), kun hoitoonpääsyä ei rajoiteta sääntelyllä, ja joka ottaa huomioon hoitoonhakeutumisviiveen, kuolleisuuden sekä huumeidenkäytön lopettamisasteet. Arvioita voidaan tehdä yksittäisen päivän hoitotiedoista, kun taas vakiintuneisiin menetelmiin vaaditaan pitkä ajanjakso, joka kattaa vähintään kahdeksasta kymmeneen vuotta.

Tutkimus tehtiin kuudessa EU:n jäsenvaltiossa (Espanja, Italia, Malta, Alankomaat, Slovakia ja Yhdistynyt kuningaskunta) ja sen perusteella GIF-menetelmän avulla voidaan arvioida heroinin ongelmakäytön levinneisyyttä jopa siinä tapauksessa, että korvaushoitoa koskevat tietosarjat ovat puutteellisia. Vähintään viidellä alueella levinneisyysarvioista saatiin esiintyvyyssarviot, jotka vastasivat hyvin muita saatavissa olevia (esimerkiksi merkintä-takaisinpyyntimenetelmän avulla tehtyjä) arvioita.

GIF-menetelmä näyttää olevan vankka, ja se saattaa levinneisyysarvioiden lisäksi antaa myös kustannustehokkaita arvioita opioidien ongelmakäytön esiintyvyydestä ja korvaushoidon kattavuudesta sekä niiden muuttumisesta ajan mittaan. Tulevaisuuden työhön voisi kuulua tutkimuksia muissa EU:n jäsenvaltioissa, alueellisten erojen analyyssejä sekä analyyssejä sukupuolen ja käyttömuotojen mukaan.

hakeutuneiden osuus ja lukumäärä ovat lisääntyneet viime vuosina. ⁽¹¹¹⁾

Monet opioidien käyttäjät ovat mukana pitkäaikaista hoitoa tarjoavissa ohjelmissa. Tämä näkyy siinä, että opioidit pääasialliseksi huumeekseen mainitsevien käyttäjien osuus on suurempi jo hoidossa olevien huumausaineiden käyttäjien keskuudessa. Äskettäisessä hankkeessa, jossa analysoitiin 14 maassa huumausaineiden vuoksi hoidossa olevia asiakkaita

koskevia tietoja, todettiin, että ensisijaisesti opioideja käyttävien henkilöiden osuus oli 61 prosenttia kaikista asiakkaista mutta vain 38 prosenttia niistä asiakkaista, jotka tulevat hoitoon ensimmäistä kertaa. ⁽¹¹²⁾ Yli vuoden hoidossa olleiden asiakkaiden keskuudessa ensisijaisesti opioideja käyttävien prosenttiosuuden on ilmoitettu ylittävän 50 prosenttia kaikissa tutkimukseen osallistuneissa maissa.

Ensisijaisesti opioidien käytön vuoksi hoitoon hakeutuvat ilmoittavat usein käyttävänsä myös muita huumeita. Vuonna 2006 analysoiduista 14 maan tiedoista ilmeni, että 59 prosenttia heroiniasiakkaista käyttää myös toissijaista päihdettä, pääasiassa kokaiinia (28 prosenttia), kannabista (14 prosenttia) ja alkoholia (7 prosenttia). ⁽¹¹³⁾

Opioidien ongelmakäytön suuntaukset

Aikasuuntausten seuraaminen on hankalaa, koska opioidien ongelmakäyttöä koskevat levinneisyys- ja käyttöastearviot toistuvat muutaman kerran ja koska yksittäiset arviot ovat tilastollisesti epävarmoja. Yhdeksästä maasta saadut tiedot, joissa levinneisyysarviot toistuvat vuosina 2002–2007, viittaavat suhteellisen vakaaseen tilanteeseen. Itävallassa vuoteen 2005 saakka havaittua kasvua ei ole pystytty vahvistamaan uusimpien tietojen perusteella. Muualta on tietoja, jotka voivat olla viitteitä viimeaikaisista muutoksista. Kyproksessa vuonna 2007 tehty arvio osoittaa, että opioidien ongelmakäyttö on kasvanut merkittävästi. Tämä liittyy hoidossa olevien ulkomaalaisten määrän lisääntymiseen. ⁽¹¹⁴⁾ Ranskan TREND-järjestelmä perustuu sekä kvalitatiivisiin että kvantitatiivisiin tietoihin, ja sen sisältämät tiedot antavat viitteitä siitä, että heroini olisi levinnyt uusiin käyttäjäryhmiin. Erityisen huolestuttavaa on se, että näihin kuuluu yhteiskuntaan sopeutuneita ja teknojuhlissa käyviä henkilöitä.

Silloin kun opioidien ongelmakäyttäjistä ei ole ajantasaisia yleisyys- eikä käyttöaste-arvioita, voi silti olla mahdollista analysoida aikasuuntauksia muiden, pääosin epäsuorien indikaattorien – kuten hoidon kysyntää koskevien tietojen – perusteella. Kaikkiaan 19 maan otoksen perusteella hoidon aloittaneiden, heroinin pääasialliseksi huumeekseen ilmoittaneiden henkilöiden kokonaismäärä kasvoi vuosina 2002–2007. Jos keskitytään aivan viime aikoihin, tällaisten henkilöiden määrä lisääntyi sekä absoluuttisesti että suhteellisesti kaikkien huumeasiakkaiden keskuudessa kahdeksassa maassa vuosina 2006–2007. Nousua oli usein edeltänyt tuntuva lasku edeltävinä vuosina. Lisäksi kymmenen maata

⁽¹¹¹⁾ Katso Opiaattilääkkeiden väärinkäyttö, s. 78.

⁽¹¹²⁾ Katso taulukko TDI-38 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹¹³⁾ Katso vuoden 2009 erikoiskysymys huumeiden sekäkäytöstä.

⁽¹¹⁴⁾ Katso kaikki tiedot, myös luottamusväli, taulukoista PDU-6 (osa ii) ja PDU-102 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

on ilmoittanut jo vuodesta 2004 lähtien, että heroiinin pääasialliseksi huumeekseen ilmoittaneiden uusien hoitoon tulijoiden määrä on kasvanut sekä absoluuttisesti että suhteellisesti. ⁽¹¹⁵⁾

Muut indikaattorit tukevat tätä analyysia. Useimmiten opioidien käyttöön liitettyjä huumausainekuolemia vuonna 2007 koskevat tiedot eivät anna viitteitä siitä, että vuoteen 2003 saakka havaittu laskeva suuntaus olisi palannut (katso luku 7). Yli puolet tietoja ilmoittaneista maista kirjasi useampia huumeekuolemia vuosina 2006–2007. ⁽¹¹⁶⁾ Vastaavasti Euroopan unionissa vuoteen 2003 havaittu heroiinitakavarikkojen lukumäärän lasku on nyt kääntynyt tasaiseen nousuun. Myös uusimmissa huumausainerikoksia koskevissa tiedoissa havaitaan heroiiniin liittyvien rikosten lukumäärän kasvaneen.

Käytettävissä olevien tietojen perusteella vuoteen 2003 asti havaittu laskeva suuntaus opioidi-indikaattoreissa on nyt taipunut. Selvimmin tämä näkyy kenties takavarikoista ja huumeekuolemista vuodesta 2003 alkaen ja heroiinin käytöstä johtuvista uusista hoitopyynnöistä vuodesta 2004 alkaen. Nämä muutokset ovat ilmenneet samaan aikaan Afganistanin oopiumituotannon kasvun kanssa, mikä lisää huolta siitä, että tapahtumilla on yhteys Euroopan markkinoihin lisääntyneen heroiinin saatavuuden kautta.

Huumeiden injektioikäyttö

Huumeiden injektioikäytön levinneisyys

Huumeiden injektioikäyttäjillä on suurin huumeidenkäytöstä johtuvien terveysongelmien, kuten veri-infektioiden (HIV/aids, hepatiitti), tai huumeekuolemien riski. Vain 12 maata kykeni ilmoittamaan tuoreet arviot injektioikäyttäjien määrästä ⁽¹¹⁷⁾, vaikka nämä ovat kansanterveyden kannalta merkittävä ryhmä. Tämän käyttäjäryhmän seurannan parantaminen on siksi tärkeä haaste terveydenseurantajärjestelmien kehittämisessä Euroopassa.

Käytettävissä olevat arviot antavat viitteitä injektioikäytön levinneisyyden suurista eroista eri maiden kesken. Useimmissa maissa arviot vaihtelevat alle yhdestä viiteen tapaukseen tuhatta 15–64-vuotiaasta asukasta kohti, mutta Virossa on ilmoitettu poikkeuksellisen korkea luku, 15 tapausta tuhatta henkeä kohden.

Tietojen puuttuminen vaikeuttaa päätelmien tekoa injektioikäytön aikasuuntauksista, joskin käytettävissä olevien tietojen perusteella se vähenee Tšekissä,

EMCDDA:n erityiskysymys huumeiden injektioikäytöstä

Huumeiden injektioikäyttö on huumeiden käyttäjien keskuudessa ilmenevien vakavien kansanterveysongelmien yleisimpiä taustatekijöitä. Näihin terveysongelmiin kuuluvat HIV/aids, C-hepatiitti ja yliannostus. Huumeiden injektioikäytön esiintyvyys ja suuntaukset vaihtelevat jäsenvaltioiden kesken ympäri Eurooppaa, ja ne saattavat muuttua ajan mittaan. Vaihtoehtoisia käyttömuotoja (esimerkiksi polttaminen) saattaa esiintyä samanaikaisesti injektioikäytön kanssa, ja huumeiden käyttäjät saattavat muuttaa käyttötapojaan.

Erityiskysymyksessä keskitytään huumeiden injektioikäytön asemaan ja suuntauksiin sekä erityistoimenpiteisiin, jotka kohdistuvat huumeiden injektioikäyttöihin Euroopassa. Julkaisussa käsitellään myös sitä, mitkä tekijät ovat mahdollisesti vaikuttaneet injektioikäytön vähenemiseen tietyissä maissa tai tietyillä alueilla ja miksi sen käyttäöstä saattaa olla yhä korkea tai kasvamaan päin toisilla alueilla. Siinä käsitellään myös toimenpiteitä ja politiikkaa, jotka tähtäävät injektioikäytön vähentämiseen ja jotka saattavat kannustaa käyttäjiä omaksumaan vähemmän haitallisia käyttömuotoja.

Tämä erityiskysymys on saatavilla painetussa muodossa ja internetin kautta ainoastaan englanniksi joulukuusta 2009 lähtien (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>).

Kreikassa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa. ⁽¹¹⁸⁾ Kyproksessa sen on havaittu lisääntyneen.

Myös tartuntatauteja koskevista kyselyistä voidaan saada tietoa kansallisista eroista ja ajallisista muutoksista huumeiden injektioikäytössä. Maita on silti vertailtava keskenään varoen, koska tutkittavien valikoinnissa voi olla vaihtelua. Uusien injektioikäyttäjien (jotka ovat käyttäneet huumetta tällä tavoin alle kaksi vuotta) osuus on todettu suhteellisen suureksi (yli 20 prosentiksi) kolmessa maassa, mikä voi olla osoitus merkittävästä uudesta lisäyksestä injektioikäytössä. Kymmenessä maassa osuus oli alle kymmenen prosenttia. ⁽¹¹⁹⁾ Toinen indikaattori, joka kertoo injektioikäytön alkaneen aivan viime aikoina, on nuorten (alle 25-vuotiaiden) injektioikäyttäjien osuus otoksissa. He edustavat yli 40:tä prosenttia otokseen otetuista injektioikäyttäjistä Tšekissä, Virossa, Latviassa, Liettuassa, Itävallassa, Romaniassa ja Slovakiassa, kun taas 11 muussa maassa alle 20 prosenttia tutkimukseen osallistuneista injektioikäyttäjistä on alle 25-vuotiaita.

⁽¹¹⁵⁾ Katso taulukko TDI-3 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹¹⁶⁾ Katso taulukko DRD-2 (osa i) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹¹⁷⁾ Katso kaavio PDU-2 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹¹⁸⁾ Katso taulukko PDU-6 (osa iii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹¹⁹⁾ Katso kaavio PDU-3 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Opioidien käyttäjien injektiokäyttö

Injektiokäyttö ilmoitetaan usein hoitoon tulevien opioidien käyttäjien tavanomaiseksi käyttötavaksi. Sen osuus on useimmissa maissa yli puolet opioidiasiakkaista, seitsemässä maassa 25–50 prosenttia ja viidessä maassa alle 25 prosenttia. Pienimmät injektiokäyttäjien osuudet hoidon aloittavien opioidienkäyttäjien keskuudessa on ilmoitettu Tanskasta ja Alankomaista, suurimmat Liettuasta, Latviasta ja Romaniasta. ⁽¹²⁰⁾ Hoitoraportit viittaavat myös siihen, että injektiokäytön suosio opioidien käyttäjien keskuudessa voi vaihdella huomattavasti maiden sisällä. Esimerkiksi Espanjan itsehallintoalueilla injektiokäyttäjien osuus uusista opioidiasiakkaista vaihteli 0,9 prosentista 47,2 prosenttiin.

Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevista opioidien käyttäjistä injektiokäytöstä ilmoittaa 42 prosenttia, mikä on vähemmän kuin kaikkien hoitoon tulevien opioidienkäyttäjien keskuudessa (44 prosenttia). Tämä koskee lähes kaikkia 22:ta tietoa ilmoittanutta maata. Neljässätoista maassa hoidossa olevia huumeaineiden käyttäjiä koskevien tietojen analyysissä havaittiin, että injektiokäyttö on edelleen yleistä kaikkien hoidossa olevien käyttäjien keskuudessa (62 prosenttia), mutta huomattavia poikkeuksia on, kuten Alankomaat, jossa määrä oli 6,1 prosenttia. ⁽¹²¹⁾

Injektiokäyttäjien osuus hoitoon tulevista heroiniin käyttäjistä jatkoi vähenemistään vuonna 2007. Tämä suuntaus on nyt ilmeinen muutamassa maassa, joissa sitä ei aiemmin ole havaittu (esimerkiksi Tšekki, Saksa). Vuosina 2002–2007 injektiokäyttäjien määrä ensisijaisesti opioidien vuoksi hoidon aloittavien asiakkaiden keskuudessa on vähentynyt useimmissa maissa, ja tilastollisesti merkittäviä vähennyksiä raportoitin 13 maasta. Kaksi maata on silti ilmoittanut määrän lisääntyneen tänä aikana (Bulgaria, Slovakia). ⁽¹²²⁾

Muissa tutkimuksissa yleensä vahvistetaan laskeva suuntaus opioidien käyttäjien injektiokäytössä. Esimerkiksi Ranskassa on injektiokäytön käyttästen todettu laskeneen hoitotietojen perusteella vuodesta 2001 lähtien, ja tutkimukset osoittavat, että heroiniin käyttöön yhdistyy nykyään yhä useammin nuuskauksen käyttö. Injektiokäyttö näyttää yleistyvän nyt aiempaa myöhemmässä käyttöhistorian vaiheessa.

Opioidien ongelmakäytön hoito

Ensisijaisesti opioidien käytön vuoksi avohoitoon tulevien asiakkaiden keski-ikä on 33 vuotta, ja lähes kaikki maat

Opiaattilääkkeiden väärinkäyttö

Opioidikipulääkkeet ovat vahvimpia saatavilla olevia lääkkeitä voimakkaan ja kroonisen kivun hallintaan. Opioideja käytetään myös korvauslääkkeinä opioidiriippuvuuden hallinnassa. Näitä määräyksestä saatavia lääkkeitä voidaan käyttää väärin, mikä saattaa johtaa terveydelle haitallisiin vaikutuksiin, kuten riippuvuuteen, yliannostukseen ja injektointiin liittyviin haittoihin. Opiaattilääkkeitä saattaa joutua laittomille huumeajantarkkailijoille, kun korvauslääkkeitä päätyy muuhun kuin niille suunniteltuun tarkoitukseen. Internet-apteekkeilla näyttää olevan myös huomattava rooli opiaattilääkkeiden saatavuudessa Yhdysvalloissa (INCB, 2009a), mutta niiden rooli Euroopassa vaikuttaa olevan vähäinen. Euroopassa korvauslääkkeiden aiempaa yleisemmästä määräämisestä opioidiriippuvaisille huumeidenkäyttäjille on seurannut kyseisten lääkkeiden väärinkäyttöä koskevien ilmoitusten lisääntyminen.

Euroopassa huumeiden aloittavista asiakkaista noin viisi prosenttia (17 810) ilmoittaa muut opioidit kuin heroiniin pääasiallisesti huumeekseen. Useimmin ilmoitetut aineet ovat buprenorfiini, joka on Suomessa kirjattu pääasiallisesti huumeeksi 41 prosentissa ja Ranskassa seitsemässä prosentissa kaikista hoitopyynnöistä; metadoni, jonka osuus on 18,5 prosenttia kaikista hoitopyynnöistä Tanskassa sekä muut opiaattilääkkeet Latviassa, Itävallassa ja Ruotsissa, joissa niiden osuus on 5–15 prosenttia kaikista hoitopyynnöistä. ⁽¹⁾ Tšekki ilmoitti myös arviolta 4 250:stä buprenorfiinin ongelmakäyttäjistä vuonna 2007. Tämä kuvastaa pääasiassa muutosta heroiniin ongelmakäyttäjien käyttämissä aineissa muttei kasvua opioidien ongelmakäytön kokonaisuutena. Saksalaisessa Phar-Mon-järjestelmässä valvotaan suurta määrää lääkkeitä, joita voidaan mahdollisesti käyttää väärin. Myös kyseisessä järjestelmässä havaittiin kasvua opiaattilääkkeiden väärinkäytössä, jossa korvauslääkkeet ovat kipulääkkeitä merkittävämmässä osassa (Roesner ja Küfner, 2007).

Opiaattilääkkeiden väärinkäyttö nostaa esiin tärkeitä kysymyksiä sen suhteen, kuinka estetään korvauslääkkeiden ja opioidikipulääkkeiden päätyminen laittomille markkinoille. Samalla on varmistettava huolellisesti, ettei näiden aineiden laillinen käyttö vaarannu (Cherny ym., 2006).

⁽¹⁾ Katso taulukko TDI-113 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

ovat ilmoittaneet iän nousseen vuodesta 2003 lähtien. ⁽¹²³⁾ Naispuoliset asiakkaat, ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat opioidien käyttäjät sekä vuodesta 2004 alkaen EU:hun liittyneiden jäsenvaltioiden asiakkaat ovat keskimäärin muita nuorempia.

⁽¹²⁰⁾ Katso taulukot PDU-104, TDI-5 ja TDI-17 (osa v) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹²¹⁾ Katso taulukot TDI-17 (osa v) ja TDI-38 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹²²⁾ Katso taulukot TDI-4 ja TDI-5 tilastotiedotteissa 2006 ja 2009.

⁽¹²³⁾ Katso taulukot TDI-10, TDI-32 ja TDI-103 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Huumausaineita käyttävät naiset on todettu erityisen haavoittuvaksi ryhmäksi. Opioidiasiakkaiden keskuudessa miehiä on yleisesti 3,5 yhtiä naista kohden, jos kohta Pohjoismaissa (esimerkiksi Suomessa ja Ruotsissa) naisten osuus opioidien käyttäjistä on suurempi ja etelässä (esimerkiksi Kreikassa, Italiassa, Portugalissa) pienempi. ⁽¹²⁴⁾

Hoidon aloittavien opioidienkäyttäjien työttömyysaste on suurempi ja koulutusaste alhaisempi kuin muilla asiakkaila (katso luku 2). Psykiatriset häiriöt ovat yleisiä tässä väestöosassa, esimerkiksi italialaisessa tutkimuksessa havaittiin useimpien (72 prosenttia) huumausainehoidon asiakkaiden, joilla on samanaikaisia psykiatrisia sairauksia, olevan ensisijaisesti opioideja käyttäviä. ⁽¹²⁵⁾

Lähes kaikki hoidon aloittavat opioidien käyttäjät ilmoittavat aloittaneensa käytön ennen 30 vuoden ikää ja noin puolet ennen 20 vuoden ikää. Ensimmäisen käyttökerran ja ensimmäisen hoitoon hakeutumisen välinen viive on noin kahdeksan vuotta. ⁽¹²⁶⁾

Hoidon tarjonta ja kattavuus

Opioidien käyttäjien hoito tapahtuu useimmiten avohoidossa eli esimerkiksi erikoistuneissa keskuksissa, yleislääkärin hoidossa ja alhaisen kynnyksen keskuksissa (katso luku 2). Muutamissa maissa myös laitoshoidolla on keskeinen rooli huumehoitojärjestelmässä, muun muassa Bulgariassa, Kreikassa, Suomessa ja Ruotsissa. ⁽¹²⁷⁾ Opioidiriippuvuuden hoitoon on Euroopassa monia erilaisia vaihtoehtoja, ja ne eriytyvät jatkuvasti. Hoidon saatavuus ja kattavuus vaihtelevat kuitenkin maantieteellisesti. Huumeetonta hoitoa ja korvaushoitoa opioidien käyttöön on saatavissa kaikissa EU:n jäsenvaltioissa, Kroatiassa ja Norjassa. Turkissa tutkitaan parhaillaan korvaushoidon tulevaa käyttöä.

Huumeeton hoito on terapeuttinen lähestymistapa, jossa yleensä edellytetään pidättymistä kaikista aineista, myös korvauslääkityksestä. Potilaat osallistuvat päivittäiseen toimintaan ja saavat vahvaa psykologista tukea. Vaikka huumeetonta hoitoa voidaan tarjota sekä avo- että laitoshoidossa, jäsenvaltiot ilmoittavat yleisimmin laitoshoidosta, jossa käytetään hoitoyhteisön periaatteita tai Minnesotan mallia.

Korvaushoitoa, johon yleensä yhdistetään psykososiaalinen hoito, tarjotaan tyypillisesti erikoistuneissa avohoitokeskuksissa. Kolmetoista maata on ilmoittanut tarjoavansa korvaushoitoa myös yleislääkäreiden valvonnassa, yleensä yhdistetyn hoidon

Samanaikaiset sairaudet: huumeiden käyttö ja mielenterveyshäiriöt

Samanaikaisilla sairauksilla tarkoitetaan huumeiden käyttöön liittyvien ongelmien ja psykiatristen häiriöiden usein huomaamatonta yhtäaikaista esiintymistä samalla henkilöllä. Tutkimuksissa on havaittu psykiatristen ongelmien suurempaa esiintyvyyttä huumehoidossa olevilla potilailla ja huumeongelmien suurempaa esiintyvyyttä psykiatrisessa hoidossa olevilla potilailla (EMCDDA, 2005).

Euroopassa huumeiden käyttäjillä ilmoitetuista mielenterveysongelmista yleisimpiin kuuluvat masennus, ahdistuneisuus, skitsofrenia, persoonallisuushäiriöt, tarkkaavaisuushäiriö ja yliaktiivisuus. Erityinen hoito samanaikaisista sairauksista kärsiville huumeiden käyttäjille on vähäistä Euroopassa. Kansalliset asiantuntijat ilmoittavat, että erityisiä ohjelmia on olemassa 18 maassa mutta että 14 maassa ne ovat saatavilla vain pienelle osalle niitä tarvitsevista asiakkaista. Seitsemässä muussa maassa tähän tarkoitukseen ei ole olemassa lainkaan tällaisia ohjelmia, mutta kyseisistä maista viisi suunnittelee kehittävänsä vastaavat ohjelmat seuraavien kolmen vuoden aikana.

Eurooppalainen ennakoiva monikeskustutkimus (Isadora) toteutettiin hiljattain, ja siihen osallistui kaksoisdiagnoosipotilaita akuuteilta psykiatrisilta osastoilta. ⁽¹⁾ Siinä tehdyt havainnot korostavat vertaileviin analyysihin liittyviä vaikeuksia tällä alalla sekä tähdentävät yhtenäisemmän lähestymistavan tarvetta diagnosoinnin, hoidon ja samanaikaisten sairauksien tutkimuksen osalta Euroopassa (Baldacchino ym., 2009).

⁽¹⁾ <http://isadora.advsh.net/>

järjestelyissä erikoistuneiden hoitokeskusten kanssa (katso kaavio 11). Tšekissä, Ranskassa, Alankomaissa, Portugalissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Kroatiassa kuka tahansa yleislääkäri voi määrätä korvaushoitoa, mutta Belgiassa, Tanskassa, Saksassa, Irlannissa, Luxemburgissa, Itävallassa ja Norjassa ainoastaan erityisesti siihen koulutetut tai valtuutetut lääkärit voivat toimia niin. Muutamasta maasta on ilmoitettu, että yleislääkärin osallistuminen on auttanut parantamaan korvaushoidon saatavuutta ja kattavuutta, koska se on lisännyt maantieteellistä kattavuutta, lyhentänyt odotusaikoja ja helpottanut hoitoon pääsyä (Tšekki, Saksa, Ranska, Itävalta, Yhdistynyt kuningaskunta).

Asiantuntijoiden arvioiden mukaan opioidien korvaushoidon saatavuus on suhteellisen hyvä 16 maassa, joissa sitä on saatavilla vähintään puolelle opioidien

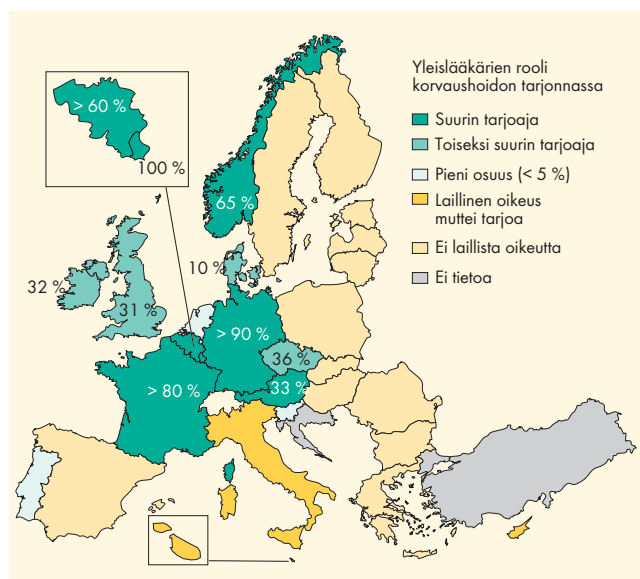
⁽¹²⁴⁾ Katso taulukot TDI-5 ja TDI-21 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹²⁵⁾ Katso myös Samanaikaiset sairaudet: huumeiden käyttö ja mielenterveyshäiriöt.

⁽¹²⁶⁾ Katso taulukot TDI-11, TDI-33, TDI-107 ja TDI-109 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹²⁷⁾ Katso taulukko TDI-24 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Kaavio 11: Vastaanotolla työskentelevien yleislääkärien antaman opioidikorvaushoidon tarjonta



Huom. Niiden korvaushoitoasiakkaiden määrä, jotka saavat hoitonsa yhteisön yleislääkäreiltä, näkyy prosentteina kartalla.
Lähteet: Reitoxin kansalliset yhteyspisteet.

käyttäjistä (katso luku 2). Näissä maissa ensisijaisesti huumeettoman hoidon valitsee 10–25 prosenttia opioidien käyttäjistä. Korvaushoitoa arvioidaan olevan saatavilla osalle opioidien käyttäjiä kymmenessä maassa (Viro, Kreikka, Latvia, Liettua, Unkari, Puola, Romania, Slovakia, Suomi, Norja). Syynä tähän voi olla se, että varsinkin nuorten tai ensi kertaa hoitoon tulevien asiakkaiden ensisijainen hoitomuoto on huumeeton hoito, tai se, että korvaushoidon piiriin on vaikea päästä. Esimerkiksi Kreikassa opioidien korvaushoidon jonotusaika on keskimäärin yli kolme vuotta.

Psykososiaalisen hoidon tarjontaa pidetään keskeisenä korvaushoidon tehokkuuden varmistajana. Asiantuntijoiden arvioiden mukaan sitä annetaan lähes kaikille korvaushoitoasiakkaille seitsemässä maassa (Kreikka, Italia, Latvia, Portugali, Romania, Slovakia, Yhdistynyt kuningaskunta) ja valtaosalle heistä 14 maassa. Neljässä maassa (Viro, Luxemburg, Unkari, Alankomaat) sitä arvioidaan annettavan vain pienelle osalle korvaushoidossa olevista.

Korvaushoitoa EU:ssa, Kroatiassa ja Norjassa saavien asiakkaiden kokonaismääräksi arvioidaan noin 650 000 vuonna 2007. Vuonna 2005 määrä oli 560 000 ja vuonna 2003 500 000 henkilöä. Käytettävissä olevien tietojen perusteella määrä vaikuttaa nousseen kaikissa maissa paitsi Espanjassa, jossa korvaushoitoa saavien määrä on laskenut vuodesta 2002, sekä Ranskassa, Luxemburgissa, Unkarissa ja Alankomaissa, joissa

lasku on ollut vähäistä tai tilanne on pysynyt ennallaan. Korvaushoidon tarjontaa laajentaneissa maissa suurimmat lisäykset ovat nähtävissä Virossa, missä asiakkaiden lukumäärä kasvoi viidessä vuodessa 60:stä yli tuhanteen, ja Bulgariassa, jossa hoitopaikkojen lukumäärä kasvoi 380:stä lähes 3 000:een vuosina 2003–2007. Korvaushoitoasiakkaiden määrä on niin ikään yli kaksinkertaistunut samana aikana Tšekissä, Latviassa, Suomessa ja Norjassa, ja yli 40-prosenttisesta kasvusta ovat ilmoittaneet Kreikka, Puola, Portugali, Romania ja Ruotsi.

Pelkkä opioidien ongelmakäyttäjien arvioidun määrän ja annettujen hoitojen määrän vertailu viittaa siihen, että yli 40 prosenttia saanee korvaushoitoa. Kummankin tietosarjan tarkkuudessa on kuitenkin yhä toivomisen varaa, minkä vuoksi tähän arvioon on suhtauduttava varauksellisesti. Samasta syystä myös vertailu on vaikeaa, joskin käytettävissä olevien tietojen perusteella voidaan sanoa, että korvaushoitoa saavien opioidien ongelmakäyttäjien osuus vaihtelee huomattavasti maasta toiseen arvioitujen määrien ollessa viidestä prosentista yli 50 prosenttiin. ⁽¹²⁸⁾

Useimmat Euroopassa korvaushoidossa olevat saavat metadonia (70 prosenttia), mutta maita, joissa se on ainoa määrätty lääke, on yhä vähemmän, koska buprenorfiinia on saatavilla kaikissa EU:n jäsenvaltioissa neljää maata (Bulgaria, Espanja, Unkari, Puola) lukuun ottamatta. Tšekissä, Ranskassa, Latviassa ja Ruotsissa yli 50 prosentille korvaushoidossa olevista asiakkaista määrätään buprenorfiinia. Muita vaihtoehtoja ovat hidasvaikutteinen morfiini (Bulgaria, Itävalta, Slovenia) ja kodeiini (Saksa, Kypros, Itävalta). Uusi buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmä hyväksyttiin EU:n markkinoille vuonna 2006 ja sitä on sittemmin käytetty 11 maassa. Kuusi Euroopan maata tarjoaa myös heroiinihoitoa niille opioidikäyttäjille, jotka eivät saa riittävästi apua muista hoidoista.

Hoidon tehokkuus, laatu ja normit

Satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten ja tarkkailututkimusten arvioinnin perusteella voidaan päätellä, että metadoniin tai buprenorfiiniin perustuva korvaushoito voi olla tehokasta opioidiriippuvuuden hallinnassa. Kaiken kaikkiaan tämöntyyppinen hoito on yhdistetty moniin myönteisiin tuloksiin, joista voidaan mainita pidätyminen hoidon aikana, laittomien opioidien käytön ja injektoinnin väheneminen, kuolleisuuden ja rikollisen käyttäytymisen lasku sekä terveyden ja sosiaalisten olojen vakiintuminen ja paraneminen kroonisilla heroiinin käyttäjillä. Lisäksi viimeaikaisista

⁽¹²⁸⁾ Katso kaavio HSR-1 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

satunnaistetuista kontrolloiduista tutkimuksista on ilmennyt, että heroiinihoito vähentää tehokkaasti laittomien huumausaineiden käyttöä, parantaa fyysistä ja henkistä terveyttä ja vähentää rikollista käyttäytymistä asiakkailla, joiden hoitamista pidetään hankalana tai joilla muut hoitotavat ovat epäonnistuneet.

Lääkehoitoon yhdistetyt psykososiaaliset ja psykoterapeuttiset toimenpiteet ovat niin ikään osoittautuneet tehokkaiksi hoidon tuloksia koskevissa tutkimuksissa (Schulte ym., 2008). Nämä lähestymistavat lisäävät hoitomotivaatiota, ehkäisevät sortumista uudelleen ja vähentävät haittoja. Lisäksi niissä tarjotaan neuvoja ja käytännön tukea asiakkaille, joiden on järjestettävä

asumis-, työ- ja perheongelmansa samaan aikaan, kun heidän opioidiriippuvuuttaan hoidetaan.

WHO on aivan äskettäin (2009) kehittänyt vähimmäisvaatimukset ja kansainväliset suuntaviivat psykososiaalisesti tuetulle opioidiriippuvaisten lääkehoidolle. Asiakirja on vastine päätöslauselmaan, jonka Yhdistyneiden Kansakuntien talous- ja sosiaalineuvosto (Ecosoc) on antanut, ja se perustuu tieteellisen kirjallisuuden järjestelmälliseen arviointiin ja eri puolilta maailmaa kutsuttujen tunnettujen asiantuntijoiden kuulemiseen. Useimmat Euroopan maat ovat niin ikään kehittäneet suuntaviivat korvaushoitoa varten (katso luku 2).

Luku 7

Huumeisiin liittyvät tartuntataudit ja huumekuolemat

Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

Tartuntataudit, kuten HIV ja B- ja C-hepatiitti, ovat huumeidenkäytön vakavimpia terveydellisiä seurauksia. Niissäkin maissa, joissa HIV:n levinneisyys on pieni injektioikäyttäjien keskuudessa, muita tartuntatauteja, kuten A-, B- ja C-hepatiittia, sukupuolitauteja, tuberkuloosia, jäykkäkouristusta, botulismia ja ihmisen T-lymfotrooppista virusta voi esiintyä suhteettoman yleisesti huumeiden käyttäjillä. EMCDDA seuraa järjestelmällisesti HIV:tä sekä B- ja C-hepatiittia injektioikäyttäjillä (vasta-aineiden levinneisyys tai muut erityiset merkkiaineet B-hepatiitin yhteydessä). ⁽¹²⁹⁾

HIV ja aids

Vuoden 2007 lopussa injektioikäyttäjien ilmoitettu HIV-infektion levinneisyys oli ilmeisen matala useimmissa Euroopan unionin maissa, ja koko EU:n tilanne vaikuttaa muuhun maailmaan verrattuna suhteellisen myönteiseltä. Tämä voi johtua ainakin osittain ennaltaehkäisyyn paremmasta saatavuudesta, hoidosta ja haittoja vähentävistä toimenpiteistä, kuten korvaushoidoista sekä neulojen- ja ruiskujenvaihto-ohjelmista. Muut tekijät, kuten eräissä maissa havaittu huumeiden injektioikäytön väheneminen, ovat voineet vaikuttaa merkittävästi asiaan. Tästä huolimatta tiedot viittaavat tietyissä Euroopan osissa siihen, että HIV:n leviäminen huumeiden injektioikäytön välityksellä on edelleen suhteellisen yleistä vuonna 2007. Tämä korostaa tarvetta varmistaa paikallisen ehkäisytyön kattavuus ja tehokkuus.

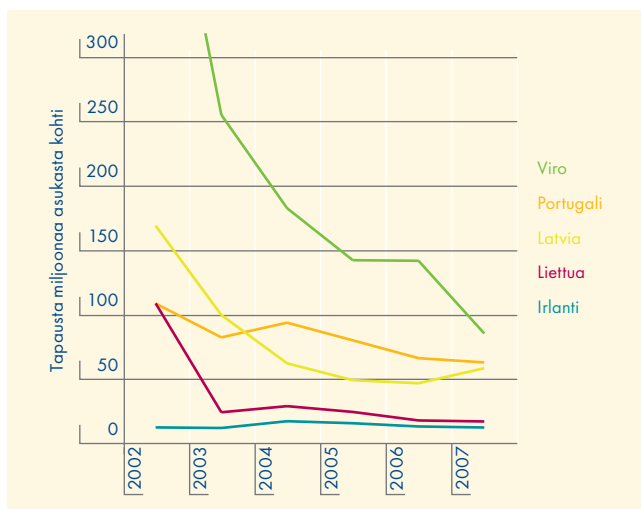
HIV-infektion suuntaukset

Vuonna 2007 ilmoitetuista uusista injektioikäytöstä johtuvista tapauksista saadut tiedot antavat olettaa, että infektioaste laskee yleisesti kaikkialla Euroopan unionissa Viron, Latvian ja Liettuan epidemioista aiheutuneen vuosien 2001–2002 huipun jälkeen. ⁽¹³⁰⁾ Vuonna 2007 niissä 24:ssä EU:n jäsenvaltiossa, joista kansallisia tietoja on saatavissa, huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa ilmoitettujen uusien infektioiden kokonaisaste oli 4,7 tapausta miljoonaa asukasta kohden. Se on

vähemmän kuin 5,0 vuonna 2006. ⁽¹³¹⁾ Eniten uusia tapauksia ilmoittaneista kolmesta maasta Portugalissa ja Virossa jatkui laskeva suuntaus, joskin Portugalissa tämä suuntaus näyttää tasaantuvan. Latvia sitä vastoin ilmoitti tapausten lisääntyneen 47,1 tapauksesta miljoonaa asukasta kohden 58,7 tapaukseen vuonna 2007 (kaavio 12).

Kaiken kaikkiaan vuosina 2002–2007 ei ole havaittu merkittävää kasvua uusissa HIV-infektioissa, ja ilmoitetut määrät ovat pysyneet alhaisina. Bulgariassa ja Ruotsissa ilmoitettujen uusien infektioiden määrä kuitenkin kasvoi: Bulgariassa 0,3 uudesta tapauksesta miljoonaa asukasta kohti vuonna 2002 aina 5,6 tapaukseen vuonna 2007 ja Ruotsissa 3,5 uudesta tapauksesta vuonna 2002 vuoden 2007 huippuarvoon eli 6,7 tapaukseen, minkä jälkeen palattiin vuoden 2008 tasolle. Tämä viittaa HIV-epidemian mahdollisuuteen injektioikäyttäjien keskuudessa vastaisuudessakin.

Kaavio 12: Suuntaukset viidessä EU:n jäsenvaltiossa, joissa injektioikäyttäjien uusia ilmoitettuja HIV-infektioita on paljon



Huom. Viron vuoden 2002 arvo jää asteikon ulkopuolelle (516 tapausta miljoonaa asukasta kohti). Lisätietoja: katso taulukko INF-104 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Lähteet: ECDC ja WHO Europe.

⁽¹²⁹⁾ Jos haluat lisätietoja menetelmistä ja määritelmistä, katso vuoden 2009 tilastotiedote.

⁽¹³⁰⁾ Katso taulukko INF-104 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹³¹⁾ Kansallisia tietoja ei ole saatavissa Espanjasta, Italiasta eikä Itävaltasta.

Suuntaustiedot HIV-levinneyden seurannasta huumeiden injektiokäyttäjien otoksissa ovat tärkeä lisä HIV-tapausraporttien tietoihin. Levinneystietoja on saatavissa 25 maasta vuosilta 2002–2007. ⁽¹³²⁾ HIV:n levinneisyys pysyi tällä jaksolla muuttumattomana 11 maassa. Kuudessa maassa (Bulgaria, Saksa, Espanja, Italia, Latvia, Portugali) HIV:n levinneydessä näkyi tilastollisesti merkityksetöntä laskua kansallisten otosten perusteella. Alueellisesti levinneyden ilmoitettiin kuitenkin kasvaneen kahdessa näistä maista: Bulgariassa yhdessä kaupungissa eli Sofiassa ja Italiassa kolmella 21 alueesta. Kahdessa maassa (Liettua, Puola) HIV:n levinneydessä näkyi tilastollisesti merkittävää kasvua kansallisten otosten perusteella.

Huumeiden injektiokäytöstä johtuvien uusien ilmoitettujen infektioiden suuntausten vertailusta HIV:n levinneyteen injektiokäyttäjien keskuudessa voidaan olettaa, että injektiokäyttöön liittyvän HIV-infektion ilmaantuvuus vähenee useimmissa maissa koko maan tasolla.

Toisaalta huumeiden injektiokäytöstä johtuvien uusien HIV-diagnoosien suuri vuotuinen määrä Virossa, Latviassa ja Portugalissa viittaa siihen, että tartunnat ovat näissä maissa edelleen suhteellisen korkealla tasolla, vaikka ne vähenevätkin nyt Virossa ja Portugalissa. Virossa tartuntojen tuoreus saa tukea vuoden 2005 levinneystiedoista, joiden mukaan noin kolmannes uusista (alle kaksi vuotta injektioineista) injektiokäyttäjistä on HIV-positiivisia. Lisää viitteitä jatkuvasta HIV:n leviämisestä saadaan suuresta levinneystasosta (yli viisi prosenttia) nuorten injektiokäyttäjien keskuudessa (otoksissa on vähintään 50 alle 25-vuotiaasta injektiokäyttäjää) monissa maissa: Espanjassa (kansalliset tiedot, 2006), Ranskassa (viisi kaupunkia, 2006), Virossa (kaksi aluetta, 2005), Liettuaassa (yksi kaupunki, 2006) ja Puolassa (yksi kaupunki, 2005). ⁽¹³³⁾

Aidsin esiintyvyys ja HAART-hoidon saatavuus

Vaikka tiedot aidsin esiintyvyydestä eivät ole hyvä indikaattori HIV:n leviämisestä, ne ovat tärkeitä, koska ne kertovat oireita aiheuttavan sairauden yleisyydestä. Aidsin suuri esiintyvyys tietyissä Euroopan maissa voi olla osoitus siitä, että monet HIV-infektioituneet injektiokäyttäjät eivät saa erittäin tehokasta antiretroviraalista hoitoa (HAART) infektion tarpeeksi varhaisessa vaiheessa hyötyäkseen mahdollisimman tehokkaasti hoidosta.

Viro on maa, jossa injektiokäytöstä johtuvan aidsin esiintyvyys on suurin, arviolta 33,5 uutta tapausta miljoonaa asukasta kohden vuonna 2007. Vuonna 2006

HIV huumeiden injektiokäyttäjillä Euroopan unionissa ja naapurimaissa: idän kasvavat suuntaukset

Huumeiden injektiokäyttäjien keskuudessa HIV-epidemia kehittyy edelleen eri tavoin Euroopan eri osissa. Euroopan unionin maissa ilmoitettujen vastadiagnosoitujen HIV-tartuntatapausten lukumäärä injektiokäyttäjillä on enimmäkseen vakaalla ja alhaisella tasolla tai laskussa. Monissa entisissä neuvostotasavalloissa tartuntojen määrä kuitenkin kasvoi vuonna 2007 (Wiessing ym., 2008b), mikä viittaa siihen, että käytössä olevat ehkäisytimet saattavat olla riittämättömiä ja tehostamisen tarpeessa.

Niissä idän maissa, joissa vuoden 2001 huipun jälkeen oli tapahtunut laskua (Venäjä, Valko-Venäjä), on huomattu uutta kasvua viime vuosina. Vuonna 2007 diagnosoitujen uusien ja ilmoitettujen HIV-tartuntojen määrä injektiokäyttäjillä vaihteli Turkmenistanin nolasta Kazakstanin 80 tapaukseen ja Ukrainan 152 tapaukseen miljoonaa henkilöä kohden. Tuorein luku Venäjän kohdalla on 78 tapausta miljoonaa henkilöä kohti vuonna 2006.

Vuonna 2007 absoluuttisesti suurimman lukumäärän uusia ilmoitettuja HIV-tapauksia injektiokäyttäjillä ilmoitti Ukraina (7 087 tapausta), ja seuraavaksi eniten niitä oli Uzbekistanissa (1 816 tapausta) ja Kazakstanissa (1 246 tapausta). Vuonna 2006 Venäjä puolestaan ilmoitti 11 161 tapausta. Useissa muissa entisissä neuvostotasavalloissa, joissa luvut ja asteet ovat kokonaisuudessaan matalammat, näkyy kasvava suuntaus ilmoitetuissa tapauksissa. Tämä viittaa siihen, että injektiokäyttäjien keskuudessa saattaa esiintyä epidemioita. Näihin maihin kuuluvat Azerbaidžan, Georgia, Kirgisian, Moldova, Tadžikistan ja Valko-Venäjä.

määrä oli 17,1 uutta tapausta miljoonaa asukasta kohden. Suhteellisen korkeita aidsin esiintymistasoja raportoidaan myös Latviasta (13,2 uutta tapausta miljoonaa asukasta kohti), Espanjasta (8,8), Portugalista (8,6) ja Liettuaasta (6,2). Näistä neljästä maasta suuntaus on laskeva Espanjassa, Latviassa ja Portugalissa muttei Liettuaassa. ⁽¹³⁴⁾

B- ja C-hepatiitti

Vaikka HIV-infektion korkeita levinneystasoja tavataan vain muutamissa EU:n jäsenvaltioissa, virushepatiitin ja erityisesti C-hepatiittiviruksen (HCV) aiheuttama infektio on vallitsevampi huumeiden injektiokäyttäjillä eri puolilla Eurooppaa. HCV-vasta-aineiden määrä kansallisissa injektiokäyttäjien otoksissa vuosina 2006–2007 vaihtelee 18 prosentista 95 prosenttiin. Puolet maista ilmoittaa yli 40 prosentin määriä. Kolmessa maassa (Bulgaria, Tšekki, Slovenia) vallitsevuus on alle 25 prosenttia injektiokäyttäjien kansallisissa otoksissa. ⁽¹³⁵⁾ Tälläkin

⁽¹³²⁾ Katso taulukko INF-108 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹³³⁾ Katso taulukot INF-109 ja INF-110 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹³⁴⁾ Katso kaavio INF-1 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹³⁵⁾ Katso taulukot INF-111–INF-113 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

tasolla olevat infektoitumisasteet ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma.

HCV:n levinneisyys voi vaihdella maissa suuresti, mikä on osoitus alueellisista eroista ja kohdeväestön ominaispiirteistä. Esimerkiksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa paikallisissa tutkimuksissa saadaan 29–60 prosentin tasoja, mutta Italiassa eri alueiden arviot vaihtelevat 36 prosentista aina 92 prosenttiin.

Uusimmissa tutkimuksissa (2006–2007) näkyy hyvin erilaisia vallitsevuustasoja alle 25-vuotiaiden injektioikätyöväestön ja alle kaksi vuotta huumeidenkäyttäjien keskuudessa. Tämä viittaa siihen, että HCV:n ilmaantuvuus vaihtelee näissä populaatioissa kautta Euroopan. ⁽¹³⁶⁾ Samat tutkimukset osoittavat myös, että monet injektioikätyöväestön saavat virustartunnan nopeasti injektioinnin alettua, joten aikaa tehokkaiden HCV-torjuntatoimien käynnistämiseksi on vähän.

B-hepatiittiviruksen (HBV) vasta-aineiden levinneisyys vaihtelee niin ikään suuresti. Tähän voivat olla syynä rokotusasteen erot tai muutkin tekijät. Kattavimmat tiedot koskevat anti-HBc:tä, joka osoittaa aiemman tartunnan. Vuonna 2006–2007 kolme kymmenestä maasta, jotka toimittivat tietoja injektioikätyöväestöstä, ilmoitti anti-HBc:n levinneisyyden olevan yli 40 prosenttia. ⁽¹³⁷⁾

Ilmoitettuja hepatiittitapauksia koskevat aicasuuntaukset osoittavat selviä eroja B- ja C-hepatiitin välillä, mutta niiden tulkinta on vaikeaa. Jotain käsitystä näiden infektioiden epidemiologiasta voidaan silti saada siitä, miten suuri osuus kaikista ilmoitetuista tapauksista on injektioikätyöväestön, sikäli kuin riskitekijät ovat tiedossa (Wiessing ym., 2008a). B-hepatiitin osalta injektioikätyöväestön osuus on laskenut vuosina 2002–2007 neljässä maassa kaikkiaan 17:stä. C-hepatiitin osalta injektioikätyöväestön osuus ilmoitetuista tapauksista on laskenut seitsemässä maassa vuosina 2002–2007 mutta toisaalta kasvanut neljässä (Tšekki, Luxemburg, Malta, Yhdistynyt kuningaskunta). ⁽¹³⁸⁾

Tartuntatautien ehkäisy ja torjunta

Seitsemäntoista EU:n jäsenvaltiota ja Turkki ovat ilmoittaneet, että huumeidenkäyttäjien tartuntatautien ennaltaehkäisy kuuluu maiden kansalliseen huumeidenkäyttäjien strategiaan, ja kuusi maata on ilmoittanut erityisestä asiasta koskevasta strategiasta. Kymmenen näistä 23 maasta on ilmoittanut, että niissä on tartuntatautien torjuntastrategioita paikallis- tai aluetasolla.

C-hepatiitin esiintyvyys mahdollisena indikaattorina injektioikätyöväestön HIV-riskistä

EMCDDA:n kokoama ryhmä mallittajia ja epidemiologeja on tutkinut, olisiko injektioikätyöväestön esiintyvän C-hepatiittiviruksen (HCV) esiintyvyyttä koskevia tietoja mahdollista käyttää indikaattorina HIV-tartuntariskistä. HCV tarttuu yhteisiä neuloja käytettäessä samaan tapaan kuin HIV. HCV tarttuu paljon herkemmin, minkä johdosta se saattaa paljastaa riskikäyttäytymisen kokonaistason injektioikätyöväestössä, joissa HIV ei ole vielä levinnyt. Riskikäyttäytymiseen kuuluu neulojen ja oheistarvikkeiden yhteiskäyttö sekä injektioikätyöväestön vaihtaminen.

Yhdistettyjen HCV:n ja HIV:n esiintyvyystiöiden analyysi on osoittanut, että enintään 30 prosentin (95 prosentin luottamusväli, 21–38 %) HCV:n esiintyvyys injektioikätyöväestössä liittyy olemattomaan tai hyvin vähäiseen HIV:n esiintyvyyteen. Korkeammilla HCV:n esiintyvyyksillä huomattiin lineaarinen suhde HIV:n ja HCV:n esiintyvyyden välillä, ja aikasarjatiedot osoittavat, että havaittu HIV:n esiintyvyys nousee noin puolella verrattuna HCV:n esiintyvyyteen.

Nämä tulokset osoittavat, että HCV:n esiintyvyyttä koskevia tietoja voitaisiin käyttää apuna kehitettäessä kohdistettuja ehkäisy- ja haittojen vähentämistoimenpiteitä injektioikätyöväestölle. Lisäksi tutkimustuloksia voitaisiin käyttää myös HIV-epidemian riskin arvioimiseen maissa, joissa HIV:n levinneisyys injektioikätyöväestön keskuudessa on yhä matala.

Lähde: Vickerman ym. (tarkastettavana).

EU:n jäsenvaltiot torjuvat tartuntatautien leviämistä huumeidenkäyttäjien keskuudessa yhdistelemällä muun muassa seuraavia toimia: huumehoito, steriilien injektiovälineiden jakelu ja yhteisöpohjainen toiminta, jossa tarjotaan tietoa, koulutusta, testausta ja käyttäytymiseen vaikuttavia toimenpiteitä usein kenttätyössä tai matalan kynnyksen keskuksissa. Kaikkiaan 27 maan asiantuntijat ilmoittivat, kuinka ensisijaisia huumeidenkäyttäjien tartuntatautien tietyt ehkäisytoimenpiteet ovat. ⁽¹³⁹⁾ Steriilien injektiovälineiden saanti neulan- ja ruiskunvaihto-ohjelmien kautta on ilmoitettu ensisijaiseksi tavoitteeksi 23 maassa, tartuntatautien testaus ja niihin liittyvä neuvonta 16 maassa sekä tiedon, koulutus- ja viestintäaineiston levittäminen puolestaan 14 maassa.

Steriilien ruiskujen saanti on useimmiten ilmoitettu painopistealue, ja tulos oli sama vuonna 2005 tehdyssä samanlaisessa selvityksessä. Yhä useammat maat ilmoittavat nykyisin tartuntatauteihin liittyvästä

⁽¹³⁶⁾ Katso kaavio INF-6 (osa ii) ja (osa iii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹³⁷⁾ Katso taulukko INF-115 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹³⁸⁾ Katso taulukot INF-105 ja INF-106 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹³⁹⁾ Katso taulukko HSR-6 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Kroonista C-hepatiittia sairastavien injektiokäyttäjien hoito

Jopa 30 prosentille potilaista, joilla on hoitamaton krooninen C-hepatiitti, kehittyä maksakirroosi 30 vuodessa, ja loppuvaiheen maksasairauden hoidosta aiheutuvat kulut ovat huomattavia (Jager ym., 2004). C-hepatiitin aiheuttamien kulujen pienentämiseksi Euroopassa on tärkeää edistää ja laajentaa suurimman potilasryhmän hoitopäätöksiä. Tämä koskee kroonisia viruksen kantajia, jotka ovat myös aktiivisia injektiokäyttäjää.

Nykyiset kroonisen C-hepatiitin hoitomuodot – kuudesta kahteentoista kuukaudesta kestävä pitkävaikutteisen interferonin ja ribaviriinin yhdistelmähoitajakso – ovat tehokkaita, ja yli 50 prosenttia potilaista saavuttaa niiden avulla pysyvän virologisen vasteen. Vaikka pitkäaikaisia tutkimuksia on tehty vähän, saatavilla olevat tutkimukset ovat osoittaneet, että injektiokäyttäjien virusloadot ovat toteutuneet hyvin ja että ne ovat olleet menestyksekkäitä (esimerkiksi Moussalli ym., 2007). Tämän lisäksi on osoitettu, että vankiloissa annettava C-hepatiittihoido on kustannustehokasta (Sutton ym., 2008) ja että samanaikaisista psykiatrisista häiriöistä kärsivien huumeidenkäyttäjien hoito on turvallista ja tehokasta (Loftis ym., 2006).

Huumeidenkäyttäjien pääsy C-hepatiittihoidon on kuitenkin yhä vähäistä. Syitä tähän saattavat olla riittämätön hoitokapasiteetti, tiedonpuute hoitovaihtoehdoista tai huumeidenkäyttäjien vähäinen huomioonottoaminen. Useat EU:n jäsenvaltiot, mukaan lukien Tanska, Saksa, Ranska, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta, ovat viime vuosina tarkistaneet politiikkaansa laajentaakseen kokeisiin ja hoitoon pääsyä sellaisten kroonisen C-hepatiittiviruksen kantajien kohdalla, jotka ovat aktiivisia injektiokäyttäjää.

C-hepatiittihoido on joskus haastavaa huumauseriippuvuuden yhteydessä, mutta hoito voi kehittyä tarkkaan suunnitellun ja organisoidun klinisen hallinnan myötä sekä yhteistyössä potilaan kanssa, sen jälkeen kun potilas on suostunut hoitoon saatuaan riittävästi tietoa. Parempia hoitotuloksia saadaan monialaisten ryhmien avulla, jotka voivat hoitaa huumeriippuvuutta, maksasairauksia sekä samanaikaisesti esiintyviä psyykkisiä ongelmia (Grebely ym., 2007).

neuvonnasta ja testauksesta sekä kohdennetuista hepatiitin immunisaatio-ohjelmista ensisijaisina tavoitteinaan.

Toimenpiteet

Tutkimusten mukaan hoidon jatkumisella on yhteys huumauseriippuvuuden injektiokäytön ja siihen liittyvän riskikäyttäytymisen vähentämiseen ja sitä kautta HIV-tartunnalta suojeluun. Useimmissa Euroopan maissa haittojen vähentäminen ja hoitopalvelujen tarjonta on kasvanut huomattavasti 1990-luvun puolivälistä (Hedrich

ym., 2008b). Opioidikorvaushoitoa on saatavissa kaikissa EU:n jäsenvaltioissa, Kroatiaa ja Norjassa, mutta useissa maissa sen tarjonta on edelleen vähäistä (katso luvut 2 ja 6).

Yksilöllistä tartuntatautineuvontaa ovat kansallisten asiantuntijoiden arvioiden mukaan saaneet viime vuoden aikana lähes kaikki ongelmakäyttäjät 17 maassa. ⁽¹⁴⁰⁾ Tämä oli tilanne myös HCV-testauksen osalta 12 maassa, kun taas 11 maan asiantuntijat arvioivat, että useimmat huumauseriippuvien ongelmakäyttäjät saivat käytännön neuvoja ja koulutusta turvallisesta käytöstä ja injektioinnista viimeksi kuluneen vuoden aikana. Kaikkiaan 28:ssa tietojen ilmoittaneessa maassa B-hepatiittirokotus on sisällytetty tavanomaisiin immunisaatiojärjestelmiin 21 maassa, ja 17 maassa on yhteisöjen huumeidenkäyttäjille suunnattuja erityisiä rokotusohjelmia. Lisäksi 17 maata on ilmoittanut huumeiden käyttäjille tarjotusta terveysvalistuksesta, jossa on mukana vertaiskouluttajia.

Kaikissa EU:n jäsenvaltioissa, Kroatiaa ja Norjassa on neulan- ja ruiskunvaihto-ohjelmia. Kyproksen ohjelmaa ei tosin ole juurikaan käytetty vuonna 2007. Viidessätoista maassa useimpien injektiokäyttäjien arvioidaan saaneen ruiskuja tällaisen ohjelman puitteissa ainakin kerran viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Yhdessätoista maassa vain osa injektiokäyttäjistä sai ruiskuja samana aikana, vaikka yhdeksän näistä maista mainitsi steriilien injektioarvikkeiden saannin ensisijaisena toimenä tartuntatautien leviämisen ehkäisyssä.

Neulojen- ja ruiskujenvaihto-ohjelmien kautta toimitettujen ruiskujen määrä kasvoi vuosina 2005–2007 18 maassa niistä 26:sta, joista tietoja on saatavilla. Vuosittain asiakasta kohden annettavien ruiskujen määrä vaihtelee huomattavasti: Kroatiaa ja Liettuaa määrää oli viitisenkymmentä ruiskua kutakin ohjelman asiakasta kohti. Suomessa ruiskuja annettiin 200 ja Romaniassa 300 vuonna 2007. ⁽¹⁴¹⁾

Kaikkiaan vuonna 2007 jaettiin ruiskuja 33 prosenttia enemmän kuin vuonna 2003 niissä 14 maassa, joista luotettavia tietoja tai arvioita oli saatavissa. Jatkuvasta määrän kasvusta tänä aikana ilmoittivat Belgia, Bulgaria, Tšekki, Viro, Unkari, Itävalta, Slovakia ja Suomi. Latviassa jaettujen ruiskujen määrä pysyi samana, ja Espanjassa, Liettuaa, Luxemburgissa, Portugalissa ja Puolassa se laski.

Viidessätoista maasta saatujen tietojen mukaan yli 125 000 henkilöä on käynyt neulojen- ja ruiskujenvaihtokeskuksissa vuonna 2007. ⁽¹⁴²⁾ Asiakkaiden käytitietoja ei kuitenkaan ole saatavissa neljästä EU:n suurimmasta jäsenvaltiosta (Saksa, Espanja, Italia, Yhdistynyt kuningaskunta). Ranskan 120 CAARUD-

⁽¹⁴⁰⁾ Asiantuntijat 26:sta EU:n jäsenvaltiosta, Turkista ja Norjasta arvioivat valikoitujen huumeidenkäyttäjille tarjottujen toimenpiteiden tarjontatason.

⁽¹⁴¹⁾ Katso taulukko HSR-5 (osa i) ja (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁴²⁾ Katso taulukko HSR-5 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

keskuksessa tehty kansallinen tutkimus osoitti, että näitä haittojen vähentämiseen pyrkiviä keskuksia oli käyttänyt arviolta 40 000 henkilöä vuonna 2007 (Toufik ym., 2008). Yhdistyneeseen kuningaskuntaan perustettiin uusi neulojenvaihdon seurantajärjestelmä vuonna 2008.

Alhaisen kynnyksen keskuksat voivat tarjota mahdollisuuden perusterveydenhoidon palvelujen tarjoamiseen ja haittojen vähentämiseen tärkeisiin toimenpiteisiin vaikeasti tavoitettaville väestöosille. Injektiokäyttäjille tarkoitettujen matalan kynnyksen terveyspalvelukeskusten hiljattainen arviointi Suomessa johti päätelmään, että tällä palveluyhdistelmällä oli merkittävä vaikutus tartuntatautien ehkäisyssä. Sitä pidetään myös kustannustehokkaana innovaationa, joka voi toimia maan rajoittavan huume politiikan puitteissa (Arponen ym., 2008).

Neulojen ja ruiskujen vaihdon järjestelyillä voi olla merkitystä myös terveyden edistämiseksi. Terveyden edistämiseen liittyvää koulutusta, joka perustuu vahvistettuun opetussuunnitelmaan tai koulutuskeskusteluihin, tarjotaan neulojen- ja ruiskujenvaihto-ohjelmien henkilöstölle 20 maassa ja apteekkihenkilöstölle yhdeksässä maassa. Matalan kynnyksen toimintaympäristössä työskentelyn ohjeista, jotka kattavat muun muassa tartuntatautien testauksen, ruiskujen vaihdon, kenttätöön ja vertaiskoulutuksen, on ilmoittanut kaikkiaan 11 EU:n jäsenvaltiota.

Huume kuolemat ja kuolleisuus

Huumeiden käyttö on yksi suurimmista nuorten terveysongelmien ja kuolemien syistä Euroopassa. Tämä näkyy EMCDDA:n tukemasta kansainvälisestä tutkimuksesta, jossa todettiin, että seitsemällä eurooppalaisella kaupunkialueella 10–23 prosenttia 15–49-vuotiaiden kuolleisuudesta johtuu opioidien käytöstä (Bargagli ym., 2005).

Huume kuolemiin luetaan kuolemantapaukset, jotka aiheutuvat suoraan yhden tai useamman päihteen farmakologisesta vaikutuksesta (huume aineiden aiheuttamat kuolemantapaukset), ja huume aineiden käytön välillisesti aiheuttamat kuolemantapaukset, joihin vaikuttaa usein muita rinnakkaisia tekijöitä (esimerkiksi tapaturmat). Tunnettuja kuolinsyitä ovat muun muassa akuutti toksisuus, liikenneonnettomuudet erityisesti alkoholin yhteiskäytön yhteydessä (EMCDDA, 2007c), väkivalta, itsemurhat ennestään haavoittuvilla

henkilöillä tai toistuvasta käytöstä johtuvat krooniset sairaudet (esimerkiksi kokaiinin käyttäjien sydän- ja verisuoniongelmat). Vaikka enin osa huume kuolemista sattuu ongelmaikäyttäjille, joitain tapauksia esiintyy myös muissa käyttäjäryhmissä, myös huume aineita ainoastaan satunnaisesti käyttävillä. ⁽¹⁴³⁾

Huume kuolemat

EMCDDA:n ”huume kuoleman” määritelmä kattaa kuolemantapaukset, jotka johtuvat suoraan yhden tai useamman huumeen kulutuksesta (yliannostukset), jos ainakin yksi käytetyistä aineista on laitton huume aine. Kuolemantapausten kokonaismäärään voivat vaikuttaa erilaiset tekijät, kuten huume aineiden levinneisyys ja käyttötavat (injektio-, sekakäyttö), huumeidenkäyttäjien ikä ja muut sairaudet sekä hoidon ja ensiapupalvelujen saatavuus.

Eurooppaa koskevien tietojen lisääntyneen luotettavuuden ansiosta eurooppalaisia ja kansallisia suuntauksia voidaan kuvata paremmin, ja useimmat maat ovat nyt ottaneet käyttöön EMCDDA:n mukaisen määritelmän. ⁽¹⁴⁴⁾ Silti maiden väliset erot tapausten havainnoinnissa, kansallisiin kuolemansyrekistereihin ilmoittamisessa ja EMCDDA:lle ilmoittamisessa ovat niin huomattavia, että vertailua on tehtävä varoen.

EU:n jäsenvaltiot, Kroatia, Norja ja Turkki ilmoittivat vuosina 1990–2006 joka vuosi 6 400–8 500 huume kuolemaa, ja näitä kuolemia oli kyseisellä ajanjaksolla yhteensä yli 135 000. Vuonna 2006 Yhdistyneen kuningaskunnan ja Saksan osuus oli puolet kaikista ilmoitetuista kuolemantapauksista. Huume kuolleisuus vaihtelee suuresti Euroopan maiden välillä, kolmesta kuolemasta yli 85 kuolemaan miljoonaa 15–64-vuotiaasta asukasta kohti (keskimäärin 22 kuolemaa miljoonaa asukasta kohti). Yli 20 kuolemantapausta miljoonaa asukasta kohti tapahtuu 17:ssä kaikkiaan 30:stä Euroopan maasta, ja yli 40 kuolemantapausta miljoonaa asukasta kohti kuudessa maassa (kaavio 13). Huume aineiden yliannostus oli syynä neljään prosenttiin kaikista 15–39-vuotiaiden eurooppalaisten kuolemantapauksista. ⁽¹⁴⁵⁾

Opioidikuolemat

Heriini

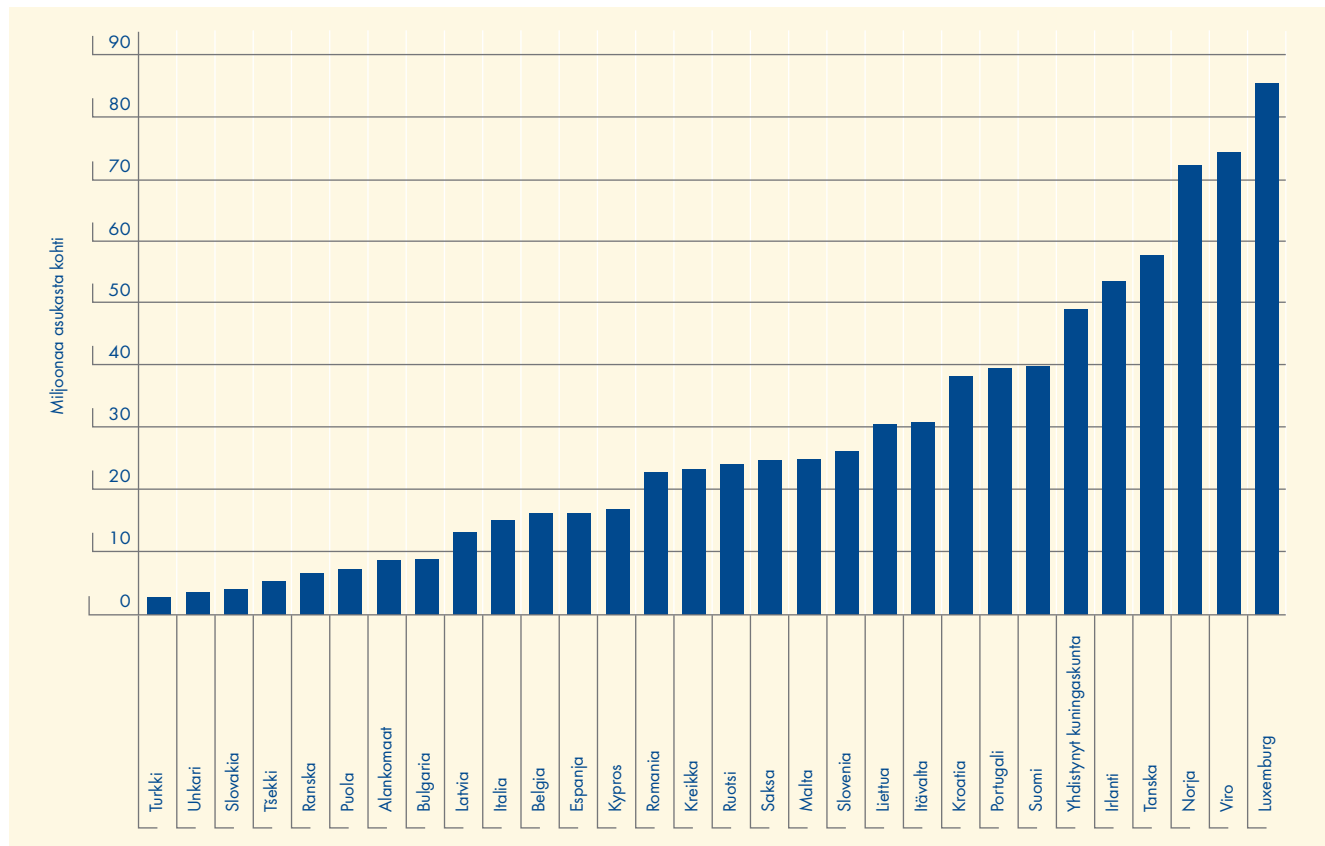
Opioidit, lähinnä heriini tai sen metaboliitit, ovat osallisina useimmissa Euroopassa ilmoitetuissa

⁽¹⁴³⁾ Katso Huume aine kuolleisuus: monitahoinen kysymys vuosiraportissa 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Tarkemmat tiedot menetelmistä, katso vuoden 2009 tilastotiedote.

⁽¹⁴⁵⁾ Katso kaavio DRD-7 (osa i) sekä taulukot DRD-5 (osa ii) ja DRD-107 (osa i) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Kaavio 13: Kaikkien aikuisten (15–64-vuotiaiden) huumekuolemista johtuva kuolleisuus



Huom. Tšekin osalta käytettiin EMCDDA:n määritelmää kansallisen määritelmän sijaan; Yhdistyneen kuningaskunnan osalta käytettiin huumeainestrategian mukaista määritelmää; Romanian osalta tiedot koskevat ainoastaan Bukarestia ja useita piirikuntia Bukarestin toksikologisen laboratorion toimialueella. Portugalin osalta tiedot sisältävät kaikki tapaukset, joissa laittomia huumeaineita havaittiin kuolinsyytutkimuksissa, joten ne antavat todennäköisesti liian suuren arvion EMCDDA:n määritelmään verrattuna. Väestön kuolleisuustilastot perustuvat Eurostatin ilmoittamaan vuoden 2006 kansalliseen väestömäärään. Väestötietoja on vertailtava varoen, koska määritelmissä ja raportoinnin laadussa on eroja. Lisätietoja luottamusväleistä ja tilastotiedoista, katso kaavio DRD-7 (osa i) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit 2008, tiedot on saatu kansallisista kuolleisuusrekistereistä tai erikoisrekistereistä (oikeuslääketieteellisistä tai poliisin rekistereistä) ja Eurostatista.

huumekuolemista. Tietoja toimittaneissa 22 maassa opioidien osuus vaihteli 35 prosentista lähes sataan prosenttiin kaikista kuolemantapauksista, ja 11 maata ilmoitti osuuden olevan yli 85 prosenttia. ⁽¹⁴⁶⁾

Toksikologisissa raporteissa mainitaan heroiinin lisäksi muitakin aineita. Useimmiten mainitaan alkoholi, bentsodiatsepiinit tai muut opioidit ja joissakin maissa kokaiini. Tämän perusteella huomattava osa kaikista huumekuolemista voi johtua sekakäytöstä.

Suurin osa heroiinin yliannostukseen kuolleista huumeiden käyttäjistä Euroopassa on miehiä (82 prosenttia).

Useimmissa maissa yliannostukseen kuolevien keski-ikä on noin 35 vuotta ja usein myös kasvussa, mikä viittaa siihen, että nuorten heroiininkäyttäjien määrä on kaiketi vakiintunut tai vähentynyt. Kaiken kaikkiaan 14 prosenttia

yliannostuskuolemista Euroopassa tapahtuu alle 25-vuotiaille, joskin Bulgariassa, Itävallassa ja muutamissa vähän huumekuolemia ilmoittavissa maissa (Malta, Kypros, Slovakia, Romania) yli kolmannes yliannostuskuolemista sijoittuu tähän ikäryhmään. Tämä voi olla osoitus heroiinin käyttäjien tai injektioikäyttäjien nuoruudesta näissä maissa. ⁽¹⁴⁷⁾

Heroiinin yliannostukseen liittyviä tekijöitä ovat injektioikäyttö ja samanaikainen muiden pähteiden, erityisesti alkoholin, bentsodiatsepiinien ja tiettyjen depressiolääkkeiden käyttö sekä muut sairaudet, aiemmat yliannostukset ja yksin eläminen (Skotlannin hallitus, 2008). Vankilasta vapautumisen tai huumeainehoidon loppumisen jälkeinen aika on havaittu erityisen suuren yliannostusriskin ajaksi.

⁽¹⁴⁶⁾ Suurin osa EMCDDA:lle ilmoitetuista tapauksista on opioidien (lähinnä heroiinin) yliannostuksia, joten opioideihin liittyvien tapausten kuvailussa käytetään ilmoitettujen huumekuolemien yleisiä ominaispiirteitä. Katso kaavio DRD-1 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁴⁷⁾ Katso kaaviot DRD-2 ja DRD-3 sekä taulukko DRD-1 (osa i) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Arviolta kutakin kuolemaan johtanutta yliannostusta kohti on peräti 20–25 ei-fataalia yliannostusta, mutta näiden seuraukset tunnustetaan huonosti. EMCDDA:lla on meneillään kriittinen arviointi asiaan liittyvistä riskitekijöistä ja mahdollisista toimenpiteistä tällä alalla.

Metadoni ja buprenorfiini

Opioidikorvaushoidon on tutkimuksissa osoitettu vähentävän yliannostuskuoleman riskiä. Silti joka vuosi ilmoitetaan joitakin kuolemantapauksia, joissa havaitaan korvaushoitolääkkeitä (metadonia tai buprenorfiinia). Nämä johtuvat useimmiten väärinkäytöstä tai harvoissa tapauksissa hoidon aikaisista ongelmista.

Useat maat ilmoittivat, että huomattavassa osassa huumekuolemista havaittiin metadonia, tosin yhteisten raportointistandardien puuttuessa on vaikea arvioida, mikä osa tällä aineella on ollut kuolemassa, koska muitakin huumeita voi olla mukana. Asiaan voivat vaikuttaa muutkin tekijät, kuten opioiditoleranssin häviäminen, liian suuri annostus tai epäasianmukainen käyttö, esimerkiksi epäsäännöllinen käyttö ja käyttö muihin kuin hoitotarkoituksiin. Buprenorfiinimyrkytyksen aiheuttamat kuolemat ovat harvinaisia huolimatta aineen kasvavasta käytöstä korvaushoidossa Euroopassa (katso luku 6). Suomessa buprenorfiini on kuitenkin nykyisin mukana useimmissa huumekuolemissa, yleensä rauhoittavien lääkkeiden tai alkoholin kanssa tai injektioituna.

Fentanyyli ja muut synteettiset opioidit

Virossa fentanyylimyrkytysten epidemia aiheutti 117 injektiokäyttäjän kuoleman vuosina 2005–2006 (EMCDDA, 2008b). Virosta ei ole saatavissa vuoden 2007 tietoja fentanyylin aiheuttamista kuolemantapauksista, joskin viimeaikaiset tutkimukset vahvistavat huumausaineen käytön lisääntyneen injektiokäyttäjillä. Vuonna 2007 kaksi kolmannesta Tallinnassa haastatelluista injektiokäyttäjistä ilmoitti pääasialliseksi huumeekseen fentanyylin, ja yksi kymmenestä ruiskujenvaihto-ohjelmaan osallistuneesta injektiokäyttäjistä ilmoitti käyttäneensä fentanyyliä injektioimalla viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Toisessa Tallinnassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että fentanyylin pääasialliseksi huumeekseen mainitsevilla injektiokäyttäjillä oli suurempi HIV:n levinneisyys ja suurempi todennäköisyys injektioriskikäyttäytymiseen ja yliannostukseen jossain vaiheessa amfetamiinin injektiokäyttöä verrattuna (Talu ym., 2009). Suomessa opioidit, kuten oksikodoni, tramadoli tai fentanyyli,

mainittiin 21 kuolemantapauksen yhteydessä, joskaan näiden huumeiden osuutta ei tarkennettu.

Muut huumekuolemat

Kokaiinikuolemat ovat hankalampia määrittää ja tunnistaa kuin opioidikuolemat. Yliannostuksesta suoraan johtuvat kuolemantapaukset vaikuttavat olevan harvinaisia, ja ne johtuvat yleensä hyvin suurista kokaiiniansiannoksista. Muutoin useimmat kokaiinikuolemat näyttävät johtuvan kroonisesta myrkyllisyydestä, joka aiheuttaa sydän- ja verisuoniongelmia ja hermostollisia häiriöitä. Tämän huumausaineen osuutta näissä kuolemissa ei välttämättä aina huomata eikä niitä aina ilmoiteta kokaiinikuolemina. Tietojen tulkintaa hankaloittavat lisäksi useissa tapauksissa havaitut muut päihteet, jotka tekevät syysuhteiden määrittämisestä hankalaa.

Vuonna 2007 12 jäsenvaltiosta raportoitettiin noin 500 kokaiinikuolemaa (vuonna 2006 450 kuolemaa 14 maassa). Silti on todennäköistä, että kokaiinikuolemien määrä raportoidaan Euroopan unionissa liian pieneksi.

Kuolemantapauksia, joissa ekstaasi on osallisena, raportoidaan harvoin ja monissa tapauksissa kyseistä huumausainetta ei ole määritelty kuoleman välittömäksi syyksi. Vaikka amfetamiinikuolemistakin raportoidaan Euroopassa harvoin, Tšekissä huomattavan osan kuolemaan johtaneista yliannostuksista – lääkkeitä lukuun ottamatta – (11 tapausta 40:stä) on ilmoitettu johtuvan pervitiinistä (metamfetamiinista). Opioidikuolemia on ilmoitettu 14. Suomesta ilmoitettiin 229 kuolemantapausta, joista 40 prosentissa oli mukana amfetamiineja. Tämä ei välttämättä tarkoita, että kyseinen huume oli kuoleman välitön syy. ⁽¹⁴⁸⁾

Huumekuolemien suuntaukset

Huumekuolemat lisääntyivät Euroopassa jyrkästi 1980-luvulla ja 1990-luvun alussa heroinin käytön ja injektiokäytön lisääntyessä samaan aikaan. Sen jälkeen taso on pysynyt korkeana. Pitkiä aikasarjoja toimittavien maiden tiedot antavat viitteitä eriytyvistä suuntauksista: joissain maissa (esimerkiksi Saksa, Espanja, Ranska, Italia) kuolemantapausten huippu saavutettiin 1990-luvun alkupuolella tai puolivälissä. Muissa maissa (esimerkiksi Kreikka, Portugali, Suomi) kuolemantapausten huippu ajoittui vuoden 2000 paikkeille. Muutamissa muissa maissa (esimerkiksi Tanska, Alankomaat, Itävalta, Yhdistynyt kuningaskunta) on havaittu nouseva suuntaus ilman selkeää huippua. ⁽¹⁴⁹⁾

⁽¹⁴⁸⁾ Jos haluat tietoja muiden huumeiden kuin heroinin aiheuttamista huumekuolemista, katso taulukko DRD-108 vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁴⁹⁾ Katso kaaviot DRD-8 ja DRD-11 vuoden 2009 tilastotiedotteesta. Historiallisista syistä EU:n suuntaus liittyy 15 jäsenvaltion Euroopan unioniin ja Norjaan.

Vuosina 2000–2003 useimmat EU:n jäsenvaltiot ilmoittivat määrän vähentyneen, minkä jälkeen kuolemantapaukset lisääntyivät vuosina 2003–2006. Vuodelta 2007 saatavissa olevat alustavat tiedot antavat viitteitä vähintään edellisvuoden kaltaisesta tasosta, ja lisäyksestä on ilmoittanut 14 maata 18:sta.

Sytä ilmoitettujen huumekuolemien jatkumiseen samalla tasolla on vaikea selittää, varsinkin kun on saatu merkkejä injektioikäytön vähenemisestä sekä hoitoon ja haittojen vähentämispalveluihin hakeutuvien opioidikäyttäjien määrän lisääntymisestä. Kun otetaan huomioon tämä riskialttiiden ryhmien pienentyminen, huumekuolemien yleistymisen tai säilymisen entisellä tasolla aiheuttaa erittäin paljon huolta.

Ilmiölle voi olla useita mahdollisia selityksiä, mutta kaikki ne kaipaavat lisätutkimuksia. Tällaisia voivat olla ikääntyvän ja kroonistuvan väestön haavoittuvuuden lisääntyminen, sekakäyttäjien ja riskikäyttäytymisen yleistymisen, nykyisten palvelujen tehottomuus haavoittuvimpien ryhmien tavoittamisessa tai jopa vankilasta vapautuvien tai hoidosta poistuvien, erittäin riskialttiiksi tiedettyjen uudelleen sortuvien opioidikäyttäjien määrän kasvu. ⁽¹⁵⁰⁾

Huumeiden käytöstä johtuva yleinen kuolleisuus

Huumekuolemien ohella huumeiden käytöstä johtuvaan yleiseen kuolleisuuteen lasketaan mukaan huumeiden käytön välillisesti aiheuttamat kuolemantapaukset. Ne keskittyvät ongelmakäyttäjiin, vaikka osa niistä voi kohdata satunnaisiakin käyttäjiä (esimerkiksi liikenneonnettomuudet, osa itsemurhasta). Vaikka välillisesti huumausaineista johtuvien kuolemantapausten määrää on vaikea selvittää, määrän kansanterveydellinen vaikutus voi olla huomattava.

Yleistä kuolleisuutta voidaan arvioida useilla eri tavoilla: yhdessä menetelmässä yhdistellään kuolleisuuden kohorttitutkimusten tietoa huumausaineiden käyttöä koskeviin arvioihin. ⁽¹⁵¹⁾ Toisessa lähestymistavassa hyödynnetään yleisiä kuolleisuustilastoja ja arvioidaan huumausaineiden käytöstä johtuvaa osuutta. Esimerkiksi HIV-/aids-kuolleisuuden yhteydessä voidaan yhdistellä tietoja muista erikoislähteistä, joita ovat esimerkiksi Eurostat ja EuroHIV.

Kuolleisuuden kohorttitutkimukset

Kuolleisuuden kohorttitutkimuksissa seurataan samoja huumausaineiden ongelmakäyttäjäryhmiä pitkän aikaa

ja pyritään selvittämään kaikkien ryhmässä tapahtuvien kuolemantapausten kuolinsyyt yhdistämällä tiedot kuolleisuusrekistereihin. Tällaisessa tutkimuksessa voidaan määritellä yleiset ja syykohtaiset kuolleisuusluvut kohortille ja arvioida, missä määrin ryhmän kuolleisuus ylittää koko väestön kuolleisuuden. Pitkän aikajanan kohorttitutkimuksia voidaan käyttää testaamaan hypoteeseja, jotka koskevat esimerkiksi huumekuolemien määrien muuttumisen syitä, sekä seuraamaan yleistä riskiä ja havaitsemaan muuttuvia malleja kuolinsyissä.

Tutkimusten valintaympäristöstä (esimerkiksi huumehoitokeskuksissa suoritettut tutkimukset) ja hyväksymiskriteereistä (esimerkiksi injektioikäyttäjät, heroiniin käyttäjät) riippuen useimmista kohorttitutkimuksista havaitaan, että ongelmakäyttäjien kuolleisuus on 1–2 prosenttia vuodessa. Vaikka kuolinsyiden suhteellinen merkitys vaihtelee eri maissa ja ajallisesti, pääasiallinen syy on yleensä huumeen yliannostus, jonka osuus injektioikäyttäjien kuolemantapauksista on 50–60 prosenttia maissa, joissa HIV:n/aidsin levinneisyys on vähäistä. Valitettavasti osassa maista yliannostukset havaitaan yleisistä kuolleisuusrekistereistä huonosti, minkä vuoksi merkittävä osa ”tuntemattomasta” tai riittämättömästi selvitetystä syystä (esimerkiksi sydänpysähdyksestä) johtuviksi luokitelluista kuolemantapauksista voi olla yliannostuksia. Kuolemansyiden kuvauksen validiteetin parantamiseksi voidaan käyttää muitakin tietolähteitä (esimerkiksi poliisin tai rikostutkimuksen erityisiä kuolemansyyrekistereitä).

EMCDDA on kehittänyt protokollan, jonka on tarkoitus kannustaa jäsenvaltioita ryhtymään kuolleisuutta selvittäviin kohorttitutkimuksiin, tuottaa vertailukelpoista tietoa huumeiden ongelmakäyttäjien kuolevuusriskeistä ja antaa tietoa ennaltaehkäisyn ja hoidon toimintalinjoja varten. Uusimmat eurooppalaiset tutkimukset on tehty Saksassa, Espanjassa, Italiassa, Alankomaissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa. Kolmannes EU:n jäsenvaltioista ei ole vielä suorittanut kuolleisuuden kohorttitutkimusta, joskin monissa maissa tutkimusten ilmoitetaan olevan jo meneillään tai valmisteilla vuodeksi 2009 (esimerkiksi Tšekki, Ranska, Latvia, Puola).

Huumeisiin välillisesti liittyvät kuolemantapaukset

Arviolta 2 100 ihmistä kuoli vuonna 2006 huumausaineiden käytön aiheuttamaan HIV:hen/aidsiin Euroopan unionissa. ⁽¹⁵²⁾ Näistä kuolemantapauksista 89 prosenttia tapahtui Espanjassa, Ranskassa, Italiassa ja Portugalissa. Erittäin tehokkaan antiretroviraalisen hoidon

⁽¹⁵⁰⁾ Katso Vankilan jälkeisten yliannostuskuolemien vähentäminen, s. 92.

⁽¹⁵¹⁾ Katso Huumeiden ongelmakäytöstä johtuvan kokonaiskuolleisuuden arviointi: uudet kehityssuuntaukset, s. 91.

⁽¹⁵²⁾ Vuosi 2006 valittiin siksi, että se on viimeinen vuosi, josta lähes kaikista jäsenvaltioista on saatu tietoa kuolemansyistä Eurostatin kautta. Jos tarvitsit yksityiskohtaista tietoa lähteistä, tartuntaryhmistä, määristä ja laskelmista, katso taulukko DRD-5 (osa iii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

Huumeiden ongelmakäytöstä johtuvan kokonaiskuolleisuuden arviointi: uudet kehityssuuntaukset

Viimeaikaiset kuolleisuuden kohorttitutkimukset Euroopan unionissa osoittavat, että huumekuolema (yliannostus) on tyypillisesti syynä 25–50 prosentissa huumeidenkäyttäjien kuolemista. Tämän perusteella kokonaiskuolleisuus tässä väestössä voi olla 2–5 kertaa suurempi kuin rekisteröityjen huumekuolemien lukumäärä. Tämä kerroin vaihtelee maittain eri tekijöiden perusteella, mukaan lukien riskikäyttäytyminen, kuolemaan johtaneiden yliannostusten määrä sekä muiden mahdollisten kuolemansyiden esiintyvyys.

EMCDDA edistää tutkimusta, jossa arvioidaan huumeiden ongelmakäyttäjien kokonaiskuolleisuutta. Vuonna 2008 tšekkiläisten tutkijoiden kanssa yhteistyössä toteutetussa hankkeessa arvioitiin kirjallisuutta, tietolähteitä ja tällä alalla mahdollisesti käytettäviä menetelmiä. (!) Asiantuntijaryhmä suositteli käytettäväksi kahta menetelmää tulevilla tutkimuksissa: kerroinmenetelmää, joka perustuu rekisteröityjen kuolemaan johtaneiden yliannostusten lukumäärään, sekä ekstrapolaatiomenetelmää, joka perustuu kuolleisuuteen huumeiden ongelmakäyttäjien kohorteissa sekä kansallisiin arvioihin huumeiden ongelmakäyttäjäjoukosta. Molempia menetelmiä on testattu menestyksekkäästi Tšekissä, ja EMCDDA suunnittelee perustavansa kiinnostuneiden maiden muodostaman ryhmän, joka voisi hyödyntää tätä työtä lähitulevaisuudessa.

(!) Katso <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>

tultua käyttöön vuonna 1996 HIV-/aids-kuolleisuus laski selvästi useimmissa EU:n jäsenvaltioissa. Portugalissa lasku oli tosin muita maita huomattavasti vähäisempää. Virossa viime vuosina havaittu lisäys on johdonmukainen, kun otetaan huomioon HIV:n suuri levinneisyys injektioikäyttäjien keskuudessa kyseisessä maassa (viidestä kuuteen henkilöä kymmenestä) ja tartunnastaan tietämättömien henkilöiden suuri osuus. Myös Latvia on ilmoittanut äskettäin määrän kasvusta. Nykyisin huumeidenkäyttäjien arvioitu HIV-/aids-kuolleisuus on pieni useimmissa maissa Espanjaa ja Portugalia lukuun ottamatta. Italiassa, Ranskassa ja Latviassa HIV-/aids-kuolleisuus ja yliannostuskuolleisuus ovat samalla tasolla. ⁽¹⁵³⁾

Muita huumeidenkäyttäjien kuolemantapauksien määriin vaikuttavia sairauksia ovat krooniset sairaudet, kuten maksasairaudet (jotka johtuvat C-hepatiitti-infektiosta ja suuresta alkoholinkulutuksesta), syöpä ja sydän- ja verisuoniongelmat. Muihin syihin on kiinnitetty

huomattavan vähän huomiota, vaikka niiden on havaittu vaikuttavan kuolleisuuteen tuntuvasti. Esimerkiksi vammat (tapaturmat, murhat ja muu väkivalta) ja itsemurha voivat aiheuttaa vähintään 25 prosenttia huumausaineiden ongelmakäyttäjien kuolleisuudesta. Kirjallisuustutkimuksessa (Darke ja Ross, 2002) havaittiin, että heroiinin käyttäjien itsemurha-aste oli 14 kertaa suurempi kuin koko väestössä. Äskettäisissä Euroopassa tehdyissä kohorttitutkimuksissa itsemurhan osuus oli 6–11 prosenttia ongelmakäyttäjien kuolemantapauksista. Näiden syiden kokonaisvaikutusta on yhtä kaikki vaikea arvioida tietojen vähäisen saatavuuden vuoksi.

Huumekuolemien vähentäminen

Kaksitoista maata on ilmoittanut, että niiden kansalliseen huumausainestrategiaan kuuluu huumekuolemien vähentämiseen tähtäävä osa. Yhdessä maassa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa, on laadittu huumausaineiden aiheuttamien haittojen vähentämiseksi erityinen toimintasuunnitelma, jossa määritellään erityisiä toimia huumekuolemien ennalta ehkäisemiseksi. Kolmessatoista maassa ei ole erityistä strategiaa eikä huumekuolemien vähentämiseen tähtäävää kansallisen huumausainestrategian osaa. Kahdesta maasta ei ole tietoja.

Toimenpiteet

Italiassa hoidon aloittavien huumausaineiden ongelmakäyttäjien keskuudessa suoritetussa prospektiivisessä pitkän aikavälin tutkimuksessa havaittiin, että kohortin kuolevuusriski oli koko väestöön verrattuna kymmenkertainen (Davoli ym., 2007). Hoitoon osallistuminen alensi riskiä nelinkertaiseksi koko väestöön verrattuna. Tämä osoitti, että huumausainehoito vähentää huumekuolleisuutta. Tutkimuksesta kävi niin ikään ilmi, että huumeiden käyttäjien suurin kuolleisuus havaittiin 30 päivän kuluessa hoidon keskeytymisestä. Tämä havainto osoittaa, että tarvetta hoidon jälkeiselle huolelliselle seurannalle on ja että hyvin lyhyitä hoitojaksoja on vältettävä, koska niiden riskit voivat ylittää niiden hyödyn.

Useimmat maat, joista on saatu tietoja, ovat ilmoittaneet tarjoavansa tiedotus- ja ennaltaehkäisymateriaalia. Kaikkiaan 28 maan asiantuntijoiden mukaan ⁽¹⁵⁴⁾ huumeiden käyttäjille tarkoitettua painettua tai multimediamuotoista aineistoa yliannostusten estämiseksi on tarjottu viimeksi kuluneen vuoden aikana useimmille tai lähes kaikille ongelmakäyttäjille yhdeksässä maassa,

⁽¹⁵³⁾ Katso kaavio DRD-7 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁵⁴⁾ Katso taulukko HSR-8 vuoden 2009 tilastotiedotteesta. Asiantuntijat 26:sta EU:n jäsenvaltiosta, Norjasta ja Turkista arvioivat valikoitujen huumekuolemien ehkäisytoimenpiteiden tarjonnan.

pienelle osalle 12 maassa sekä Belgian ranskankielisessä yhteisössä. Tällaista aineistoa ei ole Turkissa, ja harvoilla ongelmakäyttäjillä on mahdollisuus tutustua sellaiseen Virossa, Latviassa, Unkarissa ja Slovakiassa. Bulgariasta ei ole saatavilla tietoja.

Suurella osalla kuolemaan johtaneista ja muista kuin kuolemaan johtaneista yliannostustapauksista on todistajia, esimerkiksi muita huumeidenkäyttäjiä, heidän perheenjäseniään, terveyden- ja sosiaalihuollon henkilöstöä, poliiseja tai vankiloiden vartijoita, jotka voisivat puuttua tilanteeseen. Kymmenen maata on ilmoittanut erityisestä aineistosta, jolla autetaan huumeidenkäyttäjien perheitä tunnistamaan ja hallitsemaan yliannostuksia. Kahdeksassa maassa tällaista aineistoa on poliisivirkamiesten saatavilla, ja seitsemässä maassa sellaista on kehitetty vankilahenkilöstölle. ⁽¹⁵⁵⁾ Muita kohderyhmiä ovat huumausainevirastojen työntekijät, sairaankuljetushenkilöstö, tapaturma- ja ensiapuhenkilöstö sekä maahanmuuttajat venäjänkielisistä maista ja romaniväestö. Useille eri kohderyhmille tarkoitettua aineistoa on saatavilla harvoissa maissa, eikä kaikkea aineistoa ole saatavissa koko maassa.

Yliannostusriskiä koskevasta valistuksesta ovat ilmoittaneet kaikki maat, ja yhdeksässä niistä sitä on tarjolla merkittävimmissä suurkaupungeissa, joissa on huomattava määrä huumausaineiden ongelmakäyttäjiä. Neljässä maassa tällaista toimintaa tarjotaan ainoastaan osassa tärkeitä suurkaupunkeja ja 12 maassa vain muutamassa suurkaupungissa.

Erityisiä yliannostustilanteisiin reagointia koskevia kursseja järjestetään joko yksilöllisesti tai ryhmille. Huumeiden käyttäjille tiedotetaan yliannostusriskeistä, myös toleranssin heikkenemisestä käyttämättömyysjakson jälkeen, sekakäytön vaikutuksista ja riskeistä varsinkin alkoholin samanaikaisen käytön yhteydessä, huumeidenkäytön riskeistä yksin oltaessa ja ensiaputaidoista. Kansalliset asiantuntijat arvioivat, että seitsemässä maassa valtaosa ongelmakäyttäjistä sai jonkinasteista yliannostusvalistusta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ja että kymmenessä maassa vain pieni osa ongelmakäyttäjistä sai sellaista. Kuudessa maassa (Belgia, Latvia, Itävalta, Puola, Romania, Slovakia) vain osa huumausaineiden ongelmakäyttäjistä sai tällaista opastusta. Yliannostustilanteisiin reagoimiseen liittyvää valistusta ei ollut saatavissa Virossa, Unkarissa eikä Turkissa.

Huumeiden käyttäjät, joilla on aiemmin ollut yliannostuksia, ovat suuressa yliannostusvaarassa tulevaisuudessa (Coffin ym., 2007), joten heille olisi suunnattava erityistä opastusta. Koulutettu henkilöstö tekee yksilöllisen yliannostusriskin arvioinnin, jonka tarkoituksena

on tunnistaa lisätukea tarvitsevat henkilöt. Asiantuntijoiden mukaan yhdeksässä maassa useimmille ongelmakäyttäjille tehtiin yliannostusriskin arviointi ainakin kerran viimeksi kuluneen vuoden aikana, mutta 16 maassa vain pieni osa saattoi hyötyä tällaisesta toimenpiteestä. Bulgariasta, Saksasta ja Ranskasta ei ole saatavilla tietoja.

Naloksonin tarjoaminen käyttäjille ei kuulu tavanomaiseen yliannostusten ennaltaehkäisyyn Euroopassa, mutta kotipakkausten jakelu on yleistä Italian huumausainehoitokeskuksissa. Kyseisessä maassa näitä pakkauksia voi ostaa myös apteekeista ilman lääkärin määräystä. Yhdistyneessä kuningaskunnassa naloksonin oikeudellinen asema muuttui kesäkuussa 2005. Kuka tahansa saa antaa sitä, kun kyseessä on ihmishengen pelastaminen. Yliannostusvalistuksen

Vankilan jälkeisten yliannostuskuolemien vähentäminen

Englannissa on arvioitu, että 15 prosenttia maan 1 506:sta yliannostuksen aiheuttamasta kuolemasta vuonna 2005 tapahtui henkilöille, jotka olivat vastikään vapautuneet vankilasta (Department of Health, 2007). Kansainväliset tutkimukset vahvistavat tämän kohonneen kuolemanriskin, joka johtuu tahattomasta huumeiden yliannostuksesta välittömästi vankilasta vapautumisen jälkeen (esimerkiksi Farrell ja Marsden, 2008). Nämä tutkimukset korostavat myös sitä, että vankilassa olleiden mielenterveys- ja huumeongelmiin on reagoitava paremmin.

Kuudessa Euroopan maassa ei 24 maasta saatujen asiantuntija-arvioiden mukaan tarjota tällä hetkellä vankilasta vapautumista edeltävää neuvontaa yliannostusriskistä eikä sen ehkäisystä. Kymmenen maata tarjoaa neuvontaa vain harvoille huumeiden ongelmakäyttäjille vankilassa, ja kuusi muuta maata tarjoaa sitä alle puolelle ongelmakäyttäjistä. Vain Italia ja Luxemburg tarjoavat tätä palvelua enemmistölle kohdeväestöstä. Koska etenkin tutkintavankien vapautuspäivämäärää voi olla vaikea ennustaa, olisi ihanteellista, jos yliannostusriskiä koskevaa valistusta tarjottaisiin vankiloissa säännöllisesti riskikäyttäytymisen vähentämiseksi.

Opioidikorvaushoito on osoittanut suojaavaa vaikutusta vankilaolosuhteissa (Dolan ym., 2005), ja sen saatavuus näyttää parantuvan EU:n vankiloissa. Korvaushoidon aloittamiseen vankilassa on olemassa lakisääteinen mahdollisuus 21 maassa (katso luku 2). Mahdollisuus tämältyyppisen hoidon aloittamiseen vankilassa vähentää yliannostuksen ja kuoleman riskiä vankilasta vapautumisen yhteydessä sekä pienentää uudelleen vangitsemisen astetta (WHO, 2009). On kuitenkin tärkeää, että vankilan terveyspalvelujen ja kuntien hoidontarjoajien välillä on asianmukaiset yhteyssiteet hoidon jatkuvuuden takaamiseksi.

⁽¹⁵⁵⁾ Katso taulukko HSR-8 (osa ii) vuoden 2009 tilastotiedotteesta.

vaikutuksia naloksonikotipakkaukseen yhdistettynä tutkittiin kohorttitutkimuksessa, johon valittiin 239 opioidienkäyttäjää hoitokeskuksista (Strang ym., 2008). Tulosten mukaan yliannostuksen merkit tunnistetaan paremmin ja naloksonin käyttäjien itsevarmuus on kasvanut. Ensimmäisten kolmen kuukauden aikana kaikki 12 yliannostustapausta, joissa käytettiin naloksonia, onnistuttiin pysäyttämään. Kuudessa yliannostustapauksessa, joissa sitä ei käytetty, tapahtui yksi kuolemantapaus. Tekijät päättelivät, että laajempi tarjonta vähentäisi huumeusainekuolemia edelleen, ja suosittelivat lisätutkimuksia yliannostusvalistuksen ja naloksonin hätävaraston merkityksestä opioidien käyttäjille.

Toinen kiistanalainen lähestymistapa on valvottujen huumeidenkäyttötilojen ⁽¹⁵⁶⁾ tarjoaminen, jonka

tarkoituksena on vähentää niiden asiakkaiden kuolevuusriskiä nopean ja asianmukaisen lääkinällisen avun muodossa tiloissa tapahtuvan yliannostuksen yhteydessä. Euroopasta, Kanadasta ja Australiasta saadut toimintatiedot tällaisista keskuksista osoittavat, että tiloissa tapahtuvat yliannostukset hallitaan onnistuneesti eikä ilmoitettuja kuolemaan johtaneita yliannostuksia ole ollut. Milloy ja hänen kollegansa laskivat kuolemantapaukset, jotka oli mahdollisesti vältetty Vancouverissa sijaitsevan huumeidenkäyttötilan toiminnan ansiosta. Heidän arvionsa mukaan 2–12 kuolemantapausta vuodessa on kenties vältetty näin (Milloy ym., 2008). Tämä vahvistaa aiemmat havainnot tällaisten tilojen todennäköisesti myönteisestä vaikutuksesta yliannostuskuolemiin lähiseuduilla, joissa kattavuus on riittävä.

⁽¹⁵⁶⁾ Aiheen arviointi, katso EMCDDA (2004).

Luku 8

Huumausaineiden uudet suuntaukset

Johdanto

Uusien psykoaktiivisten aineiden käytöstä ja uusista huumausaineiden käyttötavoista voi aiheutua merkittäviä vaikutuksia kansanterveyteen ja huumausainepolitiikkaan. Niitä on kuitenkin vaikea havaita, koska ne ilmenevät tyypillisesti aluksi vähäisessä määrin, yksittäisissä paikoissa tai pienissä väestön alaryhmissä. Harvan maan seurantajärjestelmät ovat riittävän herkkiä tällaisen uuden ilmiön havaitsemiseksi huumausaineiden alalla, ja havaitsemisen menetelmälliset vaikeudet ovat huomattavia. Mahdollisten uusien uhkien tunnistamisen tärkeys tunnustetaan kuitenkin laajalti. Euroopan unionin varhaisen varoituksen järjestelmä reagoi nopeasti uusien psykoaktiivisten päihteiden ilmestymiseen Euroopan huumemarkkinoille. Varhaisen varoituksen järjestelmää tukeva toiminta on tärkeä osa EMCDDA:n työtä, ja se liittyy laajempaan suunnitelmaan käyttää monenlaisia tietolähteitä Euroopan huumesurantajärjestelmän ajantasaisuuden ja herkkyyden kohentamiseksi.

Uusia huumausaineita koskeva toiminta

Neuvoston päätöksessä uusista psykoaktiivisista aineista ⁽¹⁵⁷⁾ perustetaan kansanterveydellistä ja sosiaalista uhkaa mahdollisesti aiheuttavista uusista psykoaktiivisista aineista koskevien tietojen nopea vaihdantajärjestelmä. ⁽¹⁵⁸⁾ Lisäksi siinä tarjotaan mahdollisuus käynnistää virallinen riskien arviointiprosessi, jonka tulosten perusteella voidaan tehdä poliittinen päätös uusien päihteiden ottamiseksi sääntelyn piiriin koko Euroopan unionin alueella.

Varhaisen varoituksen järjestelmän vuonna 1997 tapahtuneen perustamisen jälkeen järjestelmän kautta on ilmoitettu yli 90 aineesta. Viime aikoihin saakka fenetyyliamiinit ja tryptamiinit muodostivat suuren osan ilmoituksista. Viime vuosina päihteiden kirjo on kuitenkin laajentunut. Niiden joukossa on nyt useita piperatsiini- ja katinonijohdannaisia sekä sekalainen kokoelma muita päihteitä, kuten kasvivalmisteita, muutamia epätavallisia piristeitä ja hallusinogeeniä sekä muutamia lääkkeitä.

Vuoden 2008 aikana varhaisen varoituksen järjestelmän kautta ilmoitettiin EU:ssa virallisesti 13 uudesta psykoaktiivisesta aineesta ensimmäistä kertaa. Uusien synteettisten huumeiden ohella, joita uusista ilmoitetuista aineista oli 11, ryhmään kuului kaksi kasvia muttei yhtään lääketta.

Ilmoitettujen kahden kasvin – kratomin ja kavan – kemiallinen koostumus on suhteellisen hyvin tunnettu kirjallisuuden ansiosta. Niitä on käytetty perinteisesti eri maanosissa, ja niiden osuus Euroopan huumausainemarkkinoilla vaikuttaa vähäiseltä.

Useimmat uusista ilmoitetuista yhdisteistä ovat psykotrooppisia aineita koskevan YK:n vuoden 1971 yleissopimuksen liitteissä I ja II lueteltujen aineiden kaltaisia synteettisiä huumausaineita. Aiempiin vuosiin verraten vuonna 2008 ilmoitetuista uusista aineista yhä harvempi kuuluu suuriin kemiallisiin ryhmiin eli fenetyyliamiineihin (yksi), tryptamiineihin (kaksi) ja piperatsiineihin (ei yhtään). Huomattakoon, että kuusi uutta ilmoitettua ainetta on katinonijohdannaisia. Useimmat uusista synteettisistä aineista ovat ominaisuuksiltaan stimuloivia, vain kolme aiheuttaa hallusinogeenisia vaikutuksia.

Vuonna 2008 varhaisen varoituksen järjestelmän kautta ilmoitettiin ensimmäisen kerran synteettisestä kannabinoidista nimeltään JWH-018. Synteettisten kannabinoidien ilmestyminen on leimallista uusimmalle designer-huumeiden kehitysvaiheelle: 1980-luvun aineet perustuivat fentanyyliin, 1980-luvun lopun aineet olivat fenetyyliamiineja, joiden rengas oli vaihdettu, 1990-luvulla kehitettiin tryptamiineja. 2000-luvun aineita ovat piperatsiini- ja katinonijohdannaiset. Kannabinoidireseptorien toimintaan vaikuttaa yli sata yhdistettä, ja on oletettavaa, että markkinoille ilmestyy uusia päihteitä erilaisista kemiallisista ryhmistä. Kaikki tämä muodostaa jatkuvan haasteen kansanterveys- ja lainvalvontaviranomaisille niin aineiden tutkimuksellisen ja toksikologisen tunnistamisen kuin nopean riskinarvioinnin ja tarvittaessa sääntelytoimienkin vuoksi.

⁽¹⁵⁷⁾ Neuvoston päätös 2005/387/YOS, tehty 10 päivänä toukokuuta 2005, uusia psykoaktiivisia aineita koskevasta tietojenvaihdosta, riskienarvioinnista ja valvonnasta (EUVL L 127, 20.5.2005, s. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>

Psykoaktiiviset kasvit, joista ilmoitetaan varhaisen varoittamisen järjestelmän kautta

Viime vuosina on ilmoitettu tuotteista, jotka sisältävät viittä eri psykoaktiivista kasvia. Varhaisen varoittamisen järjestelmän havaitsemat lajit eivät ole kansainvälisen valvonnan alaisia, mutta EU:n jäsenvaltiot voivat valvoa niitä.

Kava (*Piper methysticum*) on pensaskasvi, jota on käytetty satojen vuosien ajan eteläisen Tyynenmeren saarilla seremoniatarkoituksiin. Kasvin juurista valmistettua teetä juodaan sen rauhoittavan ja rentouttavan vaikutuksen takia. Kasvavana huolenaiheena on se, että pitkäaikainen kavan käyttö voi aiheuttaa maksavaurioita. Mikään EU:n jäsenvaltio ei ole ilmoittanut sääntelevänsä kasvia tai sen vaikuttavia ainesosia (kavalaktoneja).

Khat koostuu *Catha edulis* -kasvin lehdistä ja tuoreista versoista. Kyseistä pensaskasvia viljellään Itä-Afrikassa ja Arabian niemimaalla. Se toimii lievänä piristeenä, kun tuoretta kasviainesta pureskellaan. Khatin vaikuttavat aineet, katinoni ja katiini, ovat synteettisten huumeiden, kuten amfetamiinin ja metkatinonin, läheisiä kemiallisia sukulaisia. Niitä säännellään kansainvälisesti vuonna 1971 tehdyn YK:n yleissopimuksen mukaisesti. *Catha edulis* -kasvia säännellään 12:ssa EU:n jäsenvaltiossa.

Kratom (*Mitragyna speciosa*) on Kaakkois-Aasiasta kotoisin oleva puu. Sen lehtiä voidaan pureskella tai polttaa tai niistä voidaan valmistaa teetä. Sillä on piristävä vaikutus

pieninä annoksina. Korkeampina annoksina kratomilla on opioidien kaltaisia vaikutuksia, ja sitä on käytetty kivun ja opioidien aiheuttamien vieroitusoireiden hoitoon perinteisessä lääketieteessä. Kratomin pääasialliset vaikuttavat aineet ovat mitragyniini, mitrafylliini ja 7-hydroksimitragyniini – tosin mitragyniini luultavasti aiheuttaa kratomin analgeettiset vaikutukset sekä helpottaa opioideista aiheutuvia vieroitusoireita. Kasvia, mitragyniiniä ja 7-hydroksimitragyniiniä säännellään Tanskassa; Liettuassa säännellään kasvia ja mitragyniiniä.

Salvia divinorum on monivuotinen yrtti, joka on kotoisin Etelä-Meksikosta. Siellä sitä käytetään hallusinogeenisten ominaisuuksiensa vuoksi perinteisesti seremoniatarkoituksiin. Kasvin tärkein vaikuttava aine, salvinoriini A, on voimakas kappi-opioidireseptorin agonisti. *Salvian* viihdekäyttöön kuuluvat lehtien pureskelu sekä tiivistettyjen uutteen polttaminen tai käyttö kielenalaisesti, ja nämä käyttötavat näyttävät aiheuttavan vahvoja vaikutuksia. Kasvin lehtien tai siementen nieleminen aiheuttaa pitkäkestoisemman mutta lievemmän vaikutuksen. *Salvia divinorumia* tai sen vaikuttavia aineita säännellään kuudessa jäsenvaltiossa sekä Kroatiassa.

Havaijilainen puuruusu (*Argyrea nervosa*) on monivuotinen kiipeävä köynnöskasvi. Kasvin siemenet sisältävät vaikuttavaa ainetta d-lysergihapon amidia (LSA, tunnetaan myös nimellä d-lysergamidi). Kyseinen aine on läheistä sukua LSD:lle, ja sillä voi olla lieviä hallusinogeenisiä vaikutuksia. LSA:ta säännellään huumeena Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Spice-tuotteet ja muut vastaavat synteettiset kannabinoidit

Internetissä ja eräissä erikoisliikkeissä ”spice”-nimellä markkinoituja tuotteita on ollut saatavilla ainakin vuodesta 2006 lähtien. Vaikka spice-tuotteita voidaan mainostaa suitsukkeina, osa käyttäjistä on kuvannut niiden polttamisen vaikutuksia samanlaisiksi kuin kannabiksella. Ruotsista tulleen ilmoituksen perusteella varhaisen varoituksen järjestelmässä on seurattu spice-tuotteita vuoden 2008 alusta.

Spice-tuotteiden pakkaustietojen mukaan ne koostuvat jopa 14 kasviperäisestä ainesosasta. Ainakin kahdella näistä ainesosasta – *Pedicularis densiflora* ja *Leonotis leonurus* – voi olla jotain psykoaktiivisia vaikutuksia, mutta spice-tuotteiden sisältämiksi väitettyjen kasvimateriaalien farmakologiasta ja toksikologiasta tiedetään vähän. Niinpä näiden tuotteiden mahdollisista terveysriskeistä tai psykoaktiivisista vaikutuksista ei voida esittää lopullisia toteamuksia. Synteettisiä ainesosia ei mainita tuotetiedoissa.

Vuonna 2008 spice-tuotteita sekä monia muita spice-tyyppisiä kasvirohdossekoituksia saatto ostaa

verkkokaupoista, ja niitä oli saatavissa ”laillisia psykotrooppeja” myyvistä ”head shop” tai ”smart shop” -liikkeistä ainakin yhdeksässä EU:n jäsenvaltiossa (Tšekissä, Saksassa, Latviassa, Liettuassa, Luxemburgissa, Itävallassa, Puolassa, Portugalissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa).

Jäsenvaltiot ovat tehneet laajamittaista oikeustieteellistä tutkimusta tunnistaa spice-tuotteiden psykoaktiiviset ainesosat. Joulukuussa 2008 Saksassa ja Itävallassa löydettiin synteettinen kannabinoidei JWH-018 ⁽¹⁵⁹⁾. JWH-018:n kemiallinen rakenne poikkeaa huomattavasti kaikissa aktiivituotteissa esiintyvän tetrahydrokannabinolin (THC) rakenteesta. Koe-eläimillä JWH-018 aiheuttaa saman vaikutuksen kuin THC, ja sen on raportoitu olevan sitä voimakkaampaa. Vuoden 2009 alussa Euroopassa löydettiin spice-näytteistä toinen synteettinen kannabinoidei CP 47,497 ⁽¹⁶⁰⁾ ja kolme sen homologia.

Synteettisiä kannabinoideja on havaittu vain osassa näytteitä ja vaihtelevina määrinä. Näyttää siltä, että nämä synteettiset aineet on lisätty tuotteeseen salaa, koska spice-tuotteiden pakkaustiedoissa mainitaan ainoastaan rohdosperäisiä valmistusaineita.

⁽¹⁵⁹⁾ Naftalen-1-yyli-[1-pentyyli-indol-3-yyli]metanoni.

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-dimetyyliheptyyli)-2-[(1R,3S)-3-hydroksisikloheksyyli]fenoli.

JWH-018:aa sekä CP 47,497:ää ja viimeksi mainitun homologeja ei tiedetä käytetyn yleisesti psykoaktiivisina huumeina sellaisenaan. Siksi on vielä selvítettävä, onko näille erityisille päihteille todellista kysyntää ja tarvitaanko neuvoston päätöksessä 2005/387/YOS tarkoitettuja jatkotoimia.

Mahdollisten terveydellisten seikkojen perusteella viisi jäsenvaltiota on ryhtynyt erilaisiin oikeudellisiin toimiin spice-tuotteiden ja vastaavien yhdisteiden kieltämiseksi tai sääntelemiseksi muulla tavoin. Saksa käytti hätätilanteessa käytettävää huumausainelainsäädäntöä säännelläkseen spice-tuotteesta löydettyä viittä synteettistä kannabinoidia vuoden ajan. Ranska luokitteli huumausaineeksi kuusi spice-tuotteista löydettyä synteettistä kannabinoidia. Itävalta kielsi lääkelakinsa nojalla kuutta synteettistä kannabinoidia sisältävien poltettavien seosten maahantuonnin ja markkinoinnin. Luxemburg päätti säännellä lukuisia synteettisiä kannabinoideja psykotrooppisina aineina. Puola muutti huumausainelakiaan ja otti JWH-018:n ja kaksi spice-tuotteiden väitettyä kasviperäistä ainesosaa sääntelyn piiriin.

Internet: psykoaktiivisten aineiden kauppapaikka

Internetistä on tullut psykoaktiivisten aineiden uusi markkinapaikka, joka tarjoaa vähittäismyyjille mahdollisuuden tarjota myyntiin suurelle yleisölle tarkoitettuja, säännellyille huumeille vaihtoehtoisia tuotteita. Verkkokauppa vaikuttaa uusien psykoaktiivisten aineiden mahdolliseen leviämiseen, ja kauppapaikan seuraaminen on yhä tärkeämpi osa uusien huumesuuntausten tunnistamisprosessia. Erityisesti on keskityttävä myyntiin tarjottuihin aineisiin liittyviin riskeihin. Tietoa uusista tuotteista tarvitsevat niin käyttäjät kuin ammattilaisetkin, esimerkiksi kliiniset toksikologit, myrkytyskeskusten asiantuntijat ja huumeystöntekijät.

Huumeiden verkkomarkkinoiden nykyisen kehityksen selvittämiseksi EMCDDA tekee vuotuista tilannetutkimusta. Vuonna 2009 tutkittiin 115 verkkokauppaa. Domain-nimen maakoodien ja muiden internetsivustojen tietojen perusteella verkkokaupat näyttävät sijaitsevan 17:ssä Euroopan maassa. Valtaosa tunnistetuista vähittäismyyjistä toimii Yhdistyneessä kuningaskunnassa (37 prosenttia), Saksassa (15 prosenttia), Alankomaissa (14 prosenttia) ja Romaniassa (7 prosenttia).

Psilosiinia ja psilokybiinia sisältäviä hallusinogeenisia sieniä ei tarjottu missään vuonna 2009 tutkimassa verkkokaupassa, toisin kuin vuonna 2008. Neljä Ranskassa ja Alankomaissa sijaitsevaa verkkovähittäiskauppiasta tarjosi kuitenkin

Kansalliset riskinarviointimenettelyt

EMCDDA teki vuonna 2008 tutkimuksen eri kansallisista oikeusmenettelyistä, jotka liittyvät uusien aineiden asettamiseen huumausainelain valvonnan alaisuuteen, sekä kyseiseen toimenpiteeseen kuluva ajasta ja siitä, kuuluuko toimenpiteeseen kansallista riskinarviointimenettelyä. Tutkimuksessa mukana olleissa 26 maassa näkyy selvästi kolme erilaista lähestymistapaa riskinarviointiin. Kuudessa maassa ei toteuteta kansallista riskinarviointia. Yleensä nämä maat turvautuvat kansainvälisellä tai Euroopan tasolla tehtyihin riskinarviointeihin. Seitsemässä maassa kansallista riskinarviointia saatetaan toteuttaa tapauskohtaisesti tarvittaessa. Lisäksi 13 maassa toteutetaan jonkintyyppistä riskinarviointia, kun harkitaan tietyn aineen sääntelyä. Tämä riskinarviointi suoritetaan joko huumausainelain tai vastaavan lain edellyttämänä, tai se on osa minkä tahansa uuden lainsäädännön ehdottamiseen vaadittavia menettelyjä.

Havaittujen haittojen taso ei vaikuta lainsäädäntömenettelyn nopeuteen 12:ssa niistä 20 maasta, jotka saattavat toteuttaa omia riskinarviointejaan. Neljä maata (Saksa, Luxemburg, Slovakia ja Ruotsi) saattavat nopeuttaa lainsäädäntömenettelyään, jos riskitaso arvioidaan korkeaksi. Ranskassa, Itävallassa ja Norjassa kiireiset tapaukset johtavat itse riskinarvioinnin keston lyhenemiseen. Alankomaissa on mahdollista toimia kummalla tahansa tavalla.

Kansalliset riskinarvioinnit toteuttaa 16 maassa asiantuntijaryhmä, joka toimii julkishallinnon alaisuudessa – joko toimivaltaisessa ministeriössä, valtion virastossa tai hallintoelimestä. Kuudessa maassa tarjotaan tai saatetaan tarjota mahdollisuus kuulla riippumattomia asiantuntijoita, jos se koetaan tarpeelliseksi. Lisäksi kolmessa maassa (Alankomaat, Itävalta ja Yhdistynyt kuningaskunta) riskinarvioinnin suorittavat riippumattomat tieteelliset elimet.

Lisätietoja: Katso ELDD:n sivustosta Legal reports -kohta (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

hallusinogeenisten *Psilocybe mexicana*- ja *Psilocybe tampanensis*-sienten rihmastopakkaa (sclerotium).

Vuonna 2009 myyntiin tullessiin uusin tuotteisiin kuului joukko poltettavia rohdostuotteita ja ”bilepillereitä”, jotka sisältävät uusia laillisia vaihtoehtoja bentsyylipieratsiinille (BZP). Myös nuuskattavia tuotteita ja rohdosjauheita on tarjolla entistä enemmän.

Spice-tuotteita ^[161] tarjosi myyntiin 48 prosenttia tutkituista vähittäiskauppiasta. Vaikka spice-tuotteita myyvistä verkkokaupoista 14 sijaitsi Euroopan eri maissa, yli kaksi viidennestä (42 prosenttia) näistä kaupoista sijaitsi Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja merkittävä määrä myös Irlannissa, Latviassa ja Romaniassa.

[161] Katso Spice-tuotteet ja muut vastaavat synteettiset kannabinoidit, s. 96.

Huoli spice-tuotteista on johtanut siihen, että jotkin maat ovat ryhtyneet lainsäädäntötoimiin näiden aineiden kieltämiseksi tai sääntelemiseksi muulla tavoin. Maaliskuuhun 2009 mennessä spice-tuotteet oli vedetty Saksan, Itävallan ja Ranskan verkkokaupoista.

Vuonna 2009 verkkomarkkinoille alkoi ilmestyä spice-tuotteille vaihtoehtoisia poltettavia sekoituksia. Tutkituilla vähittäiskauppiaille oli myynnissä ainakin 27:ää erilaista poltettavaa rohdossekoitusta spice-tuotteiden vaihtoehtoina. Tuotteiden mainostettiin sisältävän kasvipohjaisia ainesosia, joskin osa sisälsi myös hallusinogeenista punakärpässiäntä (*Amanita muscaria*). Saksassa ja Itävallassa kaupan pidetyt spice-tuotteiden vaihtoehdot sisälsivät useita rohdosperäisiä poltettavia sekoituksia, joita myydään ”huonetuoksuina” tai suitsukkeina. Spice-tuotteita korvaavien tuotteiden nopea ilmaantuminen korostaa tämän markkinapaikan kykyä vastata nopeasti psykoaktiivisten aineiden oikeudellisen aseman muuttumiseen usein tuomalla markkinoille uusia aineita.

Koska BZP:tä ryhdyttiin sääntelemään EU:n jäsenvaltioissa, ainetta ei saa enää käyttää ekstaasin laillisina vaihtoehtoina myytävissä ”bilepillereissä”. Vuoden 2009 alussa monet verkkovähittäiskauppiat tarjosivat BZP:tä sisältämättömiä ”bilepillereitä”. Esimerkiksi Irlannissa, Puolassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa sijaitsevat verkkokaupat tarjosivat ”retropillereitä”, joiden väitetään sisältävän 1-(4-fluorifenyyli)piperatsiinia (pFPP), jota on kuvattu vaikutukseltaan lievästi hallusinogeeniseksi ja vahvan euforisoivaksi.

Nuuskatuotteita markkinoidaan vaihtoehtoina säännellyille huumeille, kuten kokaiinille tai amfetamiineille. Tuotteiden väitetään sisältävän kofeiinia ja useita muita kasviperäisiä ainesosia, joista voidaan mainita rohtokalmajuuri (*Acorus calamus*), hydrastisjuuri (*Hydrastis canadensis*) ja lehmus (*Tilia europaea*).

Aineiden seuranta

Piperatsiinit

Vuonna 2007 EMCDDA:n ja Europolin aktiivisessa seurantaraportissa 1-(3-kloorifenyyli)piperatsiinista (mCPP) todettiin, ettei se erityisesti vedonnut käyttäjiin. Näyttää epätodennäköiseltä, että se vakiinnuttaa oman asemansa huumeena viihdeympäristössä. Vuonna 2008 mCPP oli yhä yleisemmin saatavilla oleva uusi synteettinen huume laittomilla huumausainemarkkinoilla, ja sitä esiintyi joko yksinään tai yhdessä MDMA:n kanssa. Tästä on näyttöä

sekä takavarikoiden lukumäärän että EMCDDA:lle ja Europolille ilmoitetun takavarikoidun aineen määrän perusteella. On edelleen epäselvää, käytetäänkö ainetta tehostamaan tai jäljittelemään osaa MDMA:n vaikutuksista vai pelkästään ”tehostavana aineena”. Koska mCPP ei ole säännelty aine useimmissa jäsenvaltioissa, kaikista sen takavarikoista ei todennäköisesti ilmoiteta.

Neuvosto päätti 3. maaliskuuta 2008, että jäsenvaltioiden on toteutettava kansallisen lainsäädäntönsä mukaiset toimenpiteet BZP:n saattamiseksi aineen riskeihin suhteutettujen valvontatoimenpiteiden ja rikosoikeudellisten seuraamusten piiriin, joista säädetään kunkin jäsenvaltion antamassa, psykotrooppisista aineista vuonna 1971 tehdyn Yhdistyneiden Kansakuntien yleissopimuksen mukaisia velvoitteita noudattavassa kansallisessa lainsäädännössä. ⁽¹⁶²⁾ Jäsenvaltioiden on ryhdyttävä tähän mahdollisimman pian mutta viimeistään vuoden kuluessa päätöksen tekemispäivästä. Tätä raporttia valmisteltaessa 17 jäsenvaltiota ⁽¹⁶³⁾ oli ilmoittanut säännelleensä BZP:n.

GHB/GBL ja ketamiini

Euroopassa on seurattu gammahydroksivoihappoa (GHB) ja ketamiinia vuodesta 2000, jolloin tehtiin kummankin aineen riskinarviointi uusia synteettisiä huumausaineita koskevan vuoden 1997 yhteisen toiminnan perusteella (EMCDDA, 2002).

Vain muutamat maat ilmoittavat GHB:n ja ketamiinin levinneisyystietoja, ja ilmoitetut levinneisyysarviot ovat huomattavasti pienempiä kuin muilla laittomilla huumausaineilla. Tilanteessa tapahtuneita muutoksia on vaikea arvioida, koska levinneisyystietoja saadaan muista kuin todennäköisyyssytöksistä, joiden vertailukelpoisuus ajallisesti ja otosten kesken on heikko. Alankomaalaisessa Trendwatch-tutkimuksessa havaittiin lievää kasvua GHB:n käytössä tietyissä verkostoissa ja tietyillä alueilla Alankomaissa vuonna 2007, mutta sekä GHB:tä että ketamiinia käytettiin harvemmin kuin muita viihdeympäristöhuumeita ja useimmiten piilopopulaatioissa, kotona ja juhlissa. Aiempina vuosina ilmoitetusta kasvusta poiketen uusimmat GHB:tä koskevat Amsterdamin ensiapupäivystysten tiedot osoittavat selvää vähentymistä 444 tapauksesta vuonna 2006 aina 110 tapaukseen vuonna 2007. Lontoolaisessa sairaalassa tehdystä tutkimuksesta ilmeni 58 ketamiinin käytöstä johtuvaa ensiaputapausta vuonna 2006 ja samoin vuonna 2007. Useimmissa ketamiiniin liittyvissä tapauksissa huumausainetta nautittiin yhdessä muiden päihteiden

⁽¹⁶²⁾ Neuvoston päätös 2008/206/YOS, tehty 3 päivänä maaliskuuta 2008, 1-bentsyyli-piperatsiin (BZP) määrittämisestä valvontatoimenpiteiden ja rikosoikeudellisten seuraamusten piiriin saatettavaksi uudeksi psykoaktiiviseksi aineeksi.

⁽¹⁶³⁾ Belgia, Tanska, Saksa, Viro, Irlanti, Kreikka, Ranska, Italia, Kypros, Liettua, Luxemburg, Malta, Unkari, Portugali, Slovakia, Suomi ja Ruotsi sekä lisäksi Kroatia, Norja ja Turkki.

kanssa, ja ainoastaan 11 prosentissa oli kyse pelkästään ketamiinista. Missään niistä ei tarvittu tehohoitoa (Wood ym., 2008).

Vuonna 2007 tehdystä ESPAD school population surveys -tutkimuksesta saadaan uusinta tietoa 15–16-vuotiaiden

koululaisten GHB:n käytöstä eri puolilla Eurooppaa.

Kaikkiaan 26:ssa EU:n jäsenvaltiossa sekä Kroatiassa ja Norjassa kyselyyn osallistuneista koululaisista GHB:tä oli käyttänyt ainakin kerran 0–3 prosenttia, joskin useimmat maat ilmoittivat määräksi enintään prosentin.



Lähteet

- ACMD (2008), *Cannabis: classification and public health*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, Lontoo (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. ja Salminen, M. (2008), *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*, Kansanterveyslaitos, Helsinki (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).
- Baker, A., Lee, N. K. ja Jenner, L. (toimittajat) (2004), *Models of intervention and care for psychostimulant users* (2. painos), National Drug Strategy Monograph Series No. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. ym. (2009), "Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project", *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, s. 88–100.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M. ym. (2005), "Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries", *European Journal of Public Health* 16, s. 198–202.
- Cherny, N. I., Catane, R. ja Kosmidis, P. A. (2006), "Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering", *Annals of Oncology* 17, s. 885–887.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, huumausainetoimikunta, Yhdistyneet Kansakunnat: talous- ja sosiaalineuvosto, Wien.
- Coffin, P. O., Tracy, M., Bucciarelli, A. ym. (2007), "Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose", *Academic Emergency Medicine* 14, s. 616–623.
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M. ym. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).
- Cunningham, J. A. (2000), "Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?", *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 211–213.
- Darke, S. ja Ross, J. (2002), "Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods", *Addiction* 97, s. 1383–1394.
- Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C. A. ym. (2007), "Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study", *Addiction* 102, s. 1954–1959.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine*, VUB University Press, Bryssel.
- Department of Health (2007), *Reduction of drug-related harm: an action plan*, Department of Health, Lontoo (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).
- Desroches, F. (2007), "Research on upper level drug trafficking: a review", *Journal of Drug Issues* 37, s. 827–844.
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B. ym. (2005), "Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection", *Addiction* 100, s. 820–828.
- ECDC ja WHO:n Euroopan-alueitoimisto (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, Euroopan tautienhäily- ja -valvontakeskus, Tukholma.
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. ym. (2008), "Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update", *Substance Abuse* 29, s. 31–49.
- Ellingstad, T. P., Sobell, L. C., Sobell, M. B. ym. (2006), "Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution", *Addictive Behaviours* 31, s. 519–530.
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2004), *European report on drug consumption rooms*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2005), *Co-morbidity: drug use and mental disorders*, Teemana huumeet nro 14, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2006a), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, erityiskysymys, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2006b), *Developments in drug use within recreational settings*, erityiskysymys, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.

- EMCDDA (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, erityiskysymys, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2007b), *Huumeet ja rikollisuus – monimutkainen suhde*, Teemana huumeet nro 16, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2007c), *Drugs and driving*, erityiskysymys, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monografia nro 8, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2008b), *Vuosiraportti 2008: Huumeongelma Euroopassa*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, erityiskysymys, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2008d), *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, Technical datasheet, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).
- EMCDDA (2008e), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, erityiskysymys, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2009a), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights, nro 10, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2009b), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic papers, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- Euroopan komissio (2007), Komission kertomus Euroopan parlamentille ja neuvostolle: Huumaussaineiden väärinkäyttöön liittyvien terveyshaittojen ehkäisemisestä ja vähentämisestä 18. kesäkuuta 2003 annetun neuvoston suosituksen täytäntöönpano, KOM(2007) 199 lopullinen (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0199en01.pdf).
- Euroopan komissio (2008a), *Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Brussels 20-21 May 2008, Final report* (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).
- Euroopan komissio (2008b), "Young people and drugs among 15–24 year-olds", *Flash Eurobarometer* 233 (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).
- Eurooppalainen komitea kidutuksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen estämiseksi (CPT) (2006), *The CPT standards – 'substantive' sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1, Rev. 2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).
- Europol (2007), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haag.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haag.
- Farrell, M. ja Marsden, J. (2008), "Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales", *Addiction* 103, s. 251–255.
- GLADA (2004), *An evidence base for the London crack cocaine strategy*, Greater London Authority, Lontoo.
- Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. ym. (2007), "Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection", *International Journal of Drug Policy* 18, s. 437–443.
- Hall, W. ja Solowij, N. (1998), "Adverse effects of cannabis", *Lancet* 1352, s. 1611–1616.
- Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. ja Razc, J. (toimittajat) (2008a), *Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies*, Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdam (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).
- Hedrich, D., Pirona, A. ja Wiessing, L. (2008b), "From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe", *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, s. 503–517 (doi:10.1080/09687630802227673).
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. ym. (2005), "Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people", *BMJ* 330, s. 11.
- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. ym. (2008), "Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction", *Substance Use Misuse* 43, s. 1464–1475.
- Hibell, B. ym. (2009), *ESPAD-raportti 2007: Koululaisten päihteidenkäyttö 35 maassa Euroopassa*, Ruotsin Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) ja Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä.
- Hoare, R. ja Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, Lontoo.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. ym. (2008), "Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths", *American Journal of Public Health* 98, s. 2229–2236.
- INCB (2009a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*, Yhdistyneiden Kansakuntien kansainvälinen huumaussainevalvontalautakunta, New York.

- INCB (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, Yhdistyneiden Kansakuntien kansainvälinen huumaussainevalvontalautakunta, New York.
- Jager, J., Limburg, W., Kretzschmar, M. ym. (toimittajat) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- Knapp, W. P., Soares, B. G., Farrell, M. ja Lima, M. S. (2007), "Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders", *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf, D. (toimittaja) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, Pompidou-ryhmä, Pabst Science Publishers, Lengerich, Saksa.
- Loftis, J. M., Matthews, A. M. ja Hauser, P. (2006), "Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management", *Drugs* 66, s. 155–174.
- McCambridge, J., Slym, R. L. ja Strang, J. (2008), "Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users", *Addiction* 103, s. 1819–1820.
- McIntosh, J., Bloor, M. ja Robertson, M. (2008), "Drug treatment and the achievement of paid employment", *Addiction Research and Theory* 16, s. 37–45.
- Mennes, C. E., Ben Abdallah, A. ja Cottler, L. B. (2009), "The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups", *Addictive Behaviors* 34, s. 223–226.
- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. ym. (2008), "Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility", *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V. ja Trapková, B. (2007), "Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study", *Československá Psychologie* 103 (liite 51), s. 109–118 (http://csppsych.psu.cas.cz/files/csppsych_supplement2007.pdf).
- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. ja Lang, J. P. (2007), "Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues", *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, s. S51–S55.
- NICE (2009), *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*, Public health guidance 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, Lontoo.
- Nordstrom, B. R. ja Levin, F. R. (2007), "Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature", *American Journal of Addiction* 16, s. 331–342.
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008), *Activité des « consultations jeunes consommateurs » (2005–2007)*, Tendances 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Pariisi.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A. ym. (2008), "The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life", *Addiction* 103, s. 439–449.
- Piontek, D., Kraus, L. ja Klempova, D. (2008), "Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties", *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, s. 25.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. ym. (2004), "Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups", *European Addiction Research* 10, s. 147–155.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F. K., Guterman, L. R. ja Hopkins, L. N. (2001), "Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey", *Circulation* 103, s. 502–506.
- Roesner, S. ja Küfner, H. (2007), "Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON)", *Sucht* 54 (liite 1), s. S65–S77.
- Rosenberg, H., Melville, J. ja McLean, P. C. (2002), "Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services", *Addiction* 97, s. 59–65.
- Samhsa (2007), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C. ym. (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. ja Deering, D. (2008), "Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, s. 963–968.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. ym. (2008), "Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe", raportissa *Quality of treatment services in Europe – drug treatment: situation and exchange of good practice* (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Skotlannin hallitus (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Strang, J. ja Sheridan, J. (1997), "Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales", *Addiction* 92, s. 833–838.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S. ym. (2008), "Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective

cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses”, *Addiction* 103, s. 1648–1657.

Sutton, A. J., Edmunds, W. J., Sweeting, M. J. ja Gill, O. N. (2008), “The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis”, *Journal of Viral Hepatitis* 15, s. 797–808.

Swift, W., Hall, W. ja Copeland, J. (2000), “One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 309–318.

Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. ym. (2009), “HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: implications for intervention”, *International Journal of Drug Policy* [doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007].

Terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosasto (2008a), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosasto, Bryssel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).

Terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosasto (2008b), *Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice*, terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosasto, Bryssel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).

Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J. ym. (2007), “A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence”, *American Journal of Psychiatry* 164, s. 160–162.

Toufik, A., Cadet-Tairou, A., Janssen, E. ja Gandilhon, M. (2008), *The first national survey on users of the CAARUD centres*, Tendances No. 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Pariisi.

UNODC (2009), *World drug report*, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeasaine- ja kriminaalipolitiikan toimisto, Wien.

UNODC ja Marokon hallitus (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeasaine- ja kriminaalipolitiikan toimisto, Wien.

Vandam, L. (2009), “Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature”,

julkaisussa Cools, M. ym. (toimittajat), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antwerpen.

Vickerman, P., Hickman, M., May, M. ym. (tarkastettavana), “Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis”, *Addiction*.

Wagner, F. A. ja Anthony, J. C. (2002), “From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol”, *Neuropsychopharmacology* 26, s. 479–488.

Wammes, A., Van Leeuwen, L. ja Lokman, S. (2007), *Evaluatierapport DVP-Campagne 2006, “Je bent niet gek als je niet blowt”*, Trimbos Institute, Utrecht.

WCO (2008), *Customs and drugs report 2007*, Maaailman tullijärjestö, Bryssel.

WHO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, WHO:n Euroopan-alue-toimisto, Kööpenhamina (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).

WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Maaailman terveysjärjestö, Geneve (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. ym. (2008a), “European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability”, *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).

Wiessing, L., Van de Laar, M. J., Donoghoe, M. C. ym. (2008b), “HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East”, *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).

Wood, D. M., Bishop, C. R., Greene, S. L. ja Dargan, P. I. (2008), “Ketamine-related toxicology presentations to the ED”, *Clinical Toxicology* 46, s. 630.

Zachrisson, H. D., Rödje, K. ja Mykletun, A. (2006), “Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey”, *BMC Public Health* 6:34 (<http://www.biomedcentral.com>).

Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus

Vuosiraportti 2009: Huumeongelma Euroopassa

Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto

2009 - 104 s. - 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-327-7

EU-julkaisujen tilaukset

EU-julkaisuja voi ostaa

- EU Bookshopista (<http://bookshop.europa.eu>)
- kirjakaupasta julkaisun nimen, julkaisijan ja/tai ISBN-numeron perusteella
- suoraan myyntiedustajiltamme, joiden yhteystiedot ovat saatavissa internetistä (<http://bookshop.europa.eu>), tai faksitse numerosta +352 2929-42758.

Ilmaisjulkaisuja voi tilata

- EU Bookshopista (<http://bookshop.europa.eu>)
- Euroopan komission edustustoista tai lähetystöistä, joiden yhteystiedot ovat saatavissa internetistä (<http://ec.europa.eu>), tai faksitse numerosta +352 2929-42758.

EMCDDA:sta

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

EMCDDA kerää, analysoi ja levittää tosiasioihin perustuvaa, objektiivista, luotettavaa ja vertailukelpoista tietoa 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.



Julkaisutoimisto

ISBN 978-929168396-3



9 789291 683963