



Euroopan huumaussaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

VUOSIRAPORTTI 2008

HUUMEONGELMA EUROOPASSA



Euroopan huumaussaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

HUUMEONGELMA EUROOPASSA

VUOSIRAPORTTI 2008

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 yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto, 2008

ISBN 978-92-9168-327-7

© Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2008

Tekstin jäljentäminen on sallittua, kunhan lähde mainitaan.

Printed in Luxembourg

PAINETTU KLOORIVALKAISEMATTOMALLE PAPERILLE



Euroopan huumausaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, P-1149-045 Lisboa, Portugal

P. (351) 218 11 30 00 • F. (351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Sisällys

Esipuhe	5
Kiitokset	7
Alkuhuomautukset	9
Yleiskatsaus	11
Luku 1: Poliittika ja lainsäädäntö	
Kansainvälisen ja EU:n politiikan kehitys • Kansalliset strategiat • Julkiset menot • Kansallinen lainsäädäntö • Rikollisuus • Kansallinen tutkimus	18
Luku 2: Huumeongelman torjunta Euroopassa pääpiirteittäin	
Ehkäisevä huumetyö • Hoito • Haittojen vähentäminen • Sosiaalinen kuntoutus • Terveys ja sosiaalinen vaste vankiloissa	28
Luku 3: Kannabis	
Tarjonta ja saatavuus • Levinneisyys ja käyttötavat • Hoito	36
Luku 4: Amfetamiinit, ekstaasi ja LSD	
Tarjonta ja saatavuus • Levinneisyys ja käyttötavat • Viihdeympäristöt • Hoidon tarjonta	47
Luku 5: Kokaiini ja crack-kokaiini	
Tarjonta ja saatavuus • Levinneisyys ja käyttötavat • Hoito ja haittojen vähentäminen	58
Luku 6: Opioidien käyttö ja huumeiden injeksiokäyttö	
Heroiinin tarjonta ja saatavuus • Arviot opioidien ongelmakäytön levinneisyydestä • Huumeiden injeksiokäyttö • Opioidien ongelmakäytön hoito	69
Luku 7: Huumeisiin liittyvät tartuntataudit ja huumekuolemat	
Tartuntataudit • Tartuntatautien ehkäiseminen • Kuolemat ja kuolleisuus • Kuolemien vähentäminen	79
Luku 8: Huumausaineiden uudet suuntaukset	
Uusia psykoaktiivisia aineita koskevat EU:n toimet • Internetpisteet • GHB ja GBL	91
Lähteet	96



Esipuhe

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksella (EMCDDA) on ilo esitellä 13. vuosiraporttinsa. Tämän raportin laatiminen ei olisi onnistunut ilman Reitoxin kansallisten yhteyspisteiden verkostossa toimivien kumppaneidemme uurastusta ja sitoutuneisuutta asiaan eikä ilman eri puolilla Eurooppaa toimivia asiantuntijoita, jotka ovat osallistuneet tietojen analysointiin. Lisäksi kiitämme kaikkia niitä Euroopan unionin virastoja ja kansainvälisiä järjestöjä, jotka osallistuvat huumealan tutkimiseen. Raportti on toteutettu yhteisin voimin, joten kiitos kaikille sen laatimiseen osallistuneille. Se on laadittu, koska tarvitsemme tarkan kuvauksen huumeitilanteesta voidaksemme keskustella asiasta tietopohjaisesti, tuloksekkaasti ja perustellusti. Raportti tarjoaa tosiasioita mielipiteiden tueksi sekä varmistaa, että vaikeiden poliittisten päätösten tekijöillä on selkeä käsitys tarjolla olevien vaihtoehtojen kustannuksista ja eduista.

Tämä vuosi on ollut poikkeuksellisen työntäyteinen huume politiikan kannalta, ja EMCDDA:lla on ollut etuoikeus olla mukana sekä EU:n huumausaineiden torjuntaa koskevan toimintasuunnitelman loppuarvioinnissa että arvioimassa huumeongelmaa käsitelleessä vuoden 1998 Yhdistyneiden Kansakuntien yleiskokouksen ylimääräisessä istunnossa asetettujen tavoitteiden edistymistä. On miellyttävää huomata, että kansainvälisesti vertailtuna Eurooppa erottuu edukseen maailman kehittyneimpien seurantavalmiuksiensa ansiosta. Nykyiset tietolähteemme ovat kuitenkin puutteellisia, ja pyrimmekin kumppaneidemme kanssa jatkuvasti parantamaan saatavilla olevan tiedon laatua ja merkityksellisyyttä.

Huumeita koskevaan poliittiseen keskusteluun vaikuttavat Euroopan huumeongelmasta aiheutuvat niin piilevät kuin ilmeisemmätkin kustannukset, ja niitä käsitelläänkin monin paikoin tässä raportissa. EMCDDA on pyrkinyt selvittämään, mitä julkisia menoja Euroopan unionin jäsenvaltioille aiheutuu huumeidenkäytön torjunnasta. Tämä selvitystyö on vasta aloitettu, joten saadut arviot ovat vain viitteellisiä. Huumausaineiden vastaisesta toiminnasta näyttää kuitenkin aiheutuvan huomattavia kustannuksia, sillä alustavien arvioiden mukaan niiden osuus julkisista menoista on 28–40 miljardia euroa. Talouden termein on vaikeampi ilmaista huumeidenkäytöstä aiheutuvaa haittaa. Miten lasketaan kustannukset Euroopan huume kuolemista, huumeiden tuotannon

tai myynnin kielteisistä vaikutuksista niissä yhteisöissä, joissa sitä tapahtuu, tai siitä, miten huumausainekauppa horjuttaa tuottaja- ja läpikulkumaiden sosiaalista kehitystä ja poliittista vakautta? Tällaisia haittoja mietittäessä on syytä muistaa, miten huolestuttavia seurauksia esimerkiksi kokaiinin kuljettamisella Länsi-Afrikan kautta on ollut.

Myönteisenä seikkana voidaan todeta, että huumeidenkäyttö näyttää Euroopassa vakiintuvan ja että Euroopan unionin jäsenvaltiot puuttuvat asiaan entistä paremmin. Yleinen arviomme on, että useimpien huumeidenkäyttömuotojen osalta lisäystä ei ole tapahtunut, ja joidenkin käyttömuotojen osuus näyttää jopa vähentyneen. Lähes kaikki jäsenvaltiot ovat laatineet reagointia koskevat strategiset suunnitelmat, ja koko yhteisössä toiminta on selvästi yhtenäisempää. Hoitojen saatavuus paranee, ja joissakin maissa on päästy siihen tilanteeseen, että useimmat heroiininkäyttäjät, jotka aikaisemmin määriteltiin piilopopulaatioksi, hyödyntävät ainakin jonkinlaisia palveluja. Vielä jokin vuosi sitten injektiokäyttäjien HIV-infektiot olivat suurin huolenaihe huume politiittisessa keskustelussa. Sitten Euroopassa on alettu säännönmukaisesti toteuttaa käytännönläheisiä ehkäisy- ja hoitotoimenpiteitä sekä haittojen vähentämiseen tähtääviä toimenpiteitä. Huumeidenkäyttöön liittyvien uusien infektioiden määrä on vähentynyt, ja se vähenee edelleen.

Hyvistä uutisista ei saa jymyotsikoita, joten ne saatetaan jättää huomiotta. On kuitenkin tärkeää, että tapahtunut edistys havaitaan. Euroopassa on saatu yhä selkeämpi käsitys siitä, millaisilla toimenpiteillä pystytään tehokkaasti puuttumaan huumeongelmaan. Jotta investoinneille ja politiikalle saadaan tukea, on saatava yhä useammat uskomaan, että toimilla voi olla ja onkin merkitystä. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, ettei tässä raportissa käsiteltäisi useita huolestuttavia aiheita Euroopan unionissa. Esimerkkeinä mainittakoon kokaiinin käytön jatkuva lisääntyminen ja ne huomattavat erot, joita edelleen on havaittavissa eri maiden välillä huumeongelmallisille tarjottavien palvelujen saatavuudessa ja laadussa. Päätelmänä voidaan todeta, että edistyksestä huolimatta työtä on vielä paljon jäljellä. Euroopassa ei kuitenkaan ole koskaan aiemmin ollut yhtä laajaa yhteisymmärrystä toimien sisällöstä kuin nyt.

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 tautienehkäisy- ja -valvontakeskus (ECDC), Euroopan lääkevirasto (EMA) ja Europol
- Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeiden ja rikollisuuden torjunnan toimisto, WHO:n Euroopan aluetoimisto, Interpol, Maailman tullijärjestö, ESPAD-hanke ja Ruotsin Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) sekä Euroopan aidsin epidemiologinen seurantakeskus (EuroHIV)
- Euroopan unionin elinten käänöskeskus ja Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto.

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 osoitteessa

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



Alkuhuomautukset

Tämä vuosiraportti perustuu tietoihin, joita seurantakeskus on saanut EU:n jäsenvaltioilta, jäsenehdokasvaltioilta ja Norjalta (joka on osallistunut seurantakeskuksen työhön vuodesta 2001) kansallisen raportin muodossa. Tässä esitetyt tilastotiedot koskevat vuotta 2006 (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 puhtaustiedot perustuvat otantaan kaikista takavarikoiduista huumeista, eikä ilmoitettuja tietoja voida yleensä suhteuttaa mihinkään huumemarkkinoiden tiettyyn tasoon. Puhtautta ja katukaupan hintaa koskevat analyysit perustuvat tyyppisiin (modaaliisiin) arvoihin tai, jollei sellaisia ole, keskiarvoihin (tai mediaaneihin).

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

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 olleet asiakkaat eivät sisälly tietoihin. Mikäli pääasiallisena hoitoon hakeutumisen syynä olevan huumeen osuus on ilmoitettu, nimittäjänä on käytetty niitä tapauksia, joissa pääasiallinen huume on tiedossa.

Suuntauksia on analysoitu ainoastaan niiden maiden osalta, jotka toimittavat riittävästi tietoja kyseisenä ajanjaksona tapahtuneista muutoksista. Vuoden 2006 puuttuvat arvot on voitu korvata vuoden 2005 luvuilla huumemarkkinoiden suuntausanalyysissa. Muita suuntauksia analysoitaessa puuttuvat tiedot on voitu interpoloida. Hintoihin liittyvät suuntauksia on inflaatiokorjattu kansallisesti.

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

Lisätietoja tilastotiedoista ja analyysimenetelmistä on saatavissa vuoden 2008 tilastotiedotteessa.

Vuosiraportti on ladattavissa 23 kielellä (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>).

Vuoden 2008 tilastotiedotteessa (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) 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 huumetilanteen tärkeimmistä näkökohdista.

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



Yleiskatsaus

Euroopan huumetilanne — uusia näkymiä ja vanhoja tosiasioita

Vahva puheenvuoro Euroopalta tärkeänä pohdinnan ja politiikan laatimisen vuonna

Vuonna 2008 Euroopassa on arvioitu vuosien 2005–2008 huumausaineita koskevia toimintasuunnitelmia ja valmisteltu uutta suunnitelmaa EU:n huumausainestrategian jatkamiseksi toiselle kaudelle (2009–2012). Samaan aikaan 13 jäsenvaltiota laatii uudelleen tai tarkistaa kansallisia huumausainestrategioitaan ja toimintasuunnitelmiaan. Kansainvälisesti tämä vuosi on lisäksi ajankohta, jolloin YK:n 20. yleiskokouksen erityisistunnossa hyväksytyille julistuksille ja toimintasuunnitelmille tehdään kymmenvuotistarkistus. Tästä syystä vuosi 2008 on ennennäkemättömän tärkeä Euroopan ja koko maailman laajuisille pohdinnoille siitä, miten huumausainepolitiikassa on tähän asti onnistuttu ja mihin suuntiin politiikkaa olisi vastaisuudessa kehitettävä.

Euroopassa vallitsee yhä suurempi yksimielisyys asiasta, sillä jäsenvaltiot ovat hyväksyneet kansallisia huumausainestrategioita ja osallistuneet kansainväliseen keskusteluun huumausaineista. Kaikissa EU:n jäsenvaltioissa yhtä lukuun ottamatta on nyt kansallista huumausainepolitiikkaa koskevat asiakirjat, ja noin puolet jäsenvaltioista on jäsentänyt kansalliset asiakirjansa EU:n toimintasuunnitelman päälinjojen mukaan. Tämä viittaa Euroopan poliittiseen yhdentymiseen suhteessa huumausaineongelmaan. EU:n jäsenvaltiot ovat komission tuella esittäneet entistä yhtenäisemmän EU:n kannan YK:n ylimääräisen istunnon arvioinnin yhteydessä parhaillaan käytävissä keskusteluissa. Euroopan panoksessa keskusteluun on tähdennetty kattavan, tasapainoisen ja näyttöön perustuvan politiikan ja toiminnan tarvetta sekä korostettu, miten tärkeää huumausaineongelman seurannan maailmanlaajuinen tehostaminen on YK:n arvioinnin jälkeisinä vuosina.

Huumeidenkäyttö ja rikosoikeudellisten seuraamusten määrääminen: erilaisia käytäntöjä

EMCDDA on havainnut viime vuosina Euroopan maiden huumausainelainsäädännössä suuntauksen erotella entistä selvemmin toisistaan huumeiden salakuljettajat ja myyjät ja toisaalta huumeiden käyttäjät. Osassa

maita erottelu näkyy huumeidenkäytöstä säädettyjen rangaistusten lievenemisenä, joskin toisissa maissa lievennykset on torjuttu ja rangaistuksia on jopa kovennettu. Käytännössä erotteleminen huumeiden välittäjiin ja käyttäjiin on usein vaikeaa, ja jäsenvaltiot poikkeavat toisistaan suuresti siinä suhteessa, miten nämä kaksi ryhmää erotetaan toisistaan.

Se käsitys, että Euroopan maat määräisivät huumeidenkäytöstä entistä vähemmän rikosoikeudellisia seuraamuksia, ei saa tukea käytettävissämme olevista tiedoista. Viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana ilmoitettujen huumausainerikosten määrä on lisääntynyt Euroopassa. Valtaosa ilmoitetuista huumausainerikoksista liittyy käyttöön ja hallussapitoon eikä niinkään huumeiden välittämiseen, ja vaikka välitysrikokset ovatkin lisääntyneet 12 prosenttia, hallussapitorikosten kasvu on ollut yli 50 prosenttia. Huumausainerikoksiin useimmin liittyvä huume on edelleen kannabis.

Huumeidenkäyttöä koskevien huumausainerikosten yleistymisen syyt eivät ole yksiselitteiset, ja kasvu voi johtua myös siitä, että joissakin maissa voi olla nykyisin hallinnollisesti yksinkertaisempaa määrätä rikosoikeudellisia seuraamuksia hallussapidosta. Tiedot eivät myöskään tue sitä joidenkin tahojen näkemystä, että huumeiden ja erityisesti kannabiksen käyttäjien todennäköisyys joutua syytteeseen huumausainerikoksista olisi viime vuosina kasvanut. Sekään, missä määrin huumausaineiden hallussapidosta määrättyt seuraamukset ovat muuttuneet, ei ole vielä selvillä. Siksi EMCDDA selvittääkin asiaa ensi vuoden raportin erityiskysymyksenä.

Uusi tutkimus selvittää nuorten asenteita huumeidenkäyttöön

Jokin aika sitten tehdyssä Eurobarometri-kyselyssä selvitettiin nuorten asenteita ja käsityksiä huumeidenkäytöstä ja havaittiin huomattavaa samankaltaisuutta eri maiden välillä. Kaiken kaikkiaan 81–96 prosenttia tutkimukseen osallistuneista piti heroiniin, kokaiiniin ja ekstaasin kaltaisten huumeiden käyttöön liittyviä riskejä suurina. Suuri enemmistö

(95 prosenttia) vastaajista katsoi, että huumausaineita on edelleen säänneltävä Euroopassa. Kannabiksen osalta näkemykset kuitenkin erosivat: 40 prosenttia katsoo, että tämän huumausaineen riski on suuri, mutta likipitään sama määrä (43 prosenttia) pitää kannabiksen käyttöä ”kohtalaisena terveysriskinä” eli pääosin tupakointiin rinnastettavana riskitekijänä. Käsitykset kannabiksen terveysriskeistä ilmenevät käytännössä siten, että kannabiskielon voimassa pitäminen saa entistä vähemmän tukea (67 prosenttia) ja että melko huomattava vähemmistö (31 prosenttia) kannattaa sitä, että kannabista säänneltäisiin samalla tavoin kuin tupakka- ja alkoholituotteita.

Ehkäisevä huumetyö: näyttöperusta kasvaa, mutta käytännöt muuttuvat hitaasti

Vaikka ehkäisevää huumetyötä kannatetaan yleisesti, asiaa koskevat viralliset arviot ovat menetelmällisesti haasteellisia ja ehkäisytoimenpiteiden tehokkuutta tukeva näyttö on ajan kuluessa ollut vähäistä. Tilanne on nyt muuttumassa, kun ehkäisytyön tieteellinen perusta kasvaa ja kun yhä tarkempia tutkimuksia valmistuu. Vaikka päätelmät on edelleen usein tehtävä yhdysvaltalaisen tutkimusten tuloksista, joiden soveltuvuus Eurooppaan voi olla kyseenalainen, myös eurooppalaisen tutkimustyön määrä lisääntyy koko ajan. Kaiken nyt käytössä olevan tiedon ansiosta ymmärretään yhä paremmin, millaiset toimet ovat todennäköisesti tehokkaita ja miten ehkäisevä huumetyö olisi kohdennettava riskialteimpiin henkilöihin. Uusien tietojen perusteella näyttää kuitenkin siltä, että monissa maissa vallalla olevat lähestymistavat eivät useinkaan perustu vankkaan näyttöön vaan sisältävät joissain tapauksissa jopa haitallisesti vaikuttavia toimia. Poliittisille päättäjille voi olla haaste, että hyödyllisiksi tiedetyt ohjelmat edellyttävät usein entistä suurempia resurssi-investointeja sekä koulutuksen ja laadunvalvonnan painottamista.

Tukeakseen huumausaineita koskevan tiedon ja parhaiden käytäntöjen siirtämistä EMCDDA otti vuonna 2008 käyttöön parhaita käytäntöjä käsittelevän internetportaalin. Portaaliin sisältyy myös ehkäisytyötä koskeva osa, ja se tarjoaa yleiskatsauksen uusimpaan näyttöön ohjelmien tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta. Lisäksi se sisältää välineitä ja normeja toimien laadun parantamiseen. Arvioituista käytännöistä annetaan niin ikään esimerkkejä eri puolilta Eurooppaa.

Huumehoito: pääpaino tuloksiin ja asiakkaiden tarpeisiin

Huumeriippuvuuteensa hoitoa saavien huumeidenkäyttäjien määrä on kasvanut huomattavasti viime vuosina, ja monissa maissa merkittävä osa

opioidien ongelmakäyttäjistä on nykyisin pitkäkestoisessa korvaushoidossa. Tämä suuntaus on laajentanut käytettävissä olevien lääkehoitovaihtoehtojen valikoimaa ja siirtänyt poliittista päähuomiota hoidon aloittamisesta hoidon laatuun ja tuloksellisuuteen. Keskusteluissa käsitellään nykyään varsinkin sitä, mitkä ovat korvaushoidon realistiset pitkän aikavälin tavoitteet ja miten hyvin asiakkaat sopeutuvat takaisin yhteiskuntaan ja pystyvät palaamaan tavalliseen elämään. Työllistyminen on yksi yhteiskuntaan sopeutumisen keskeisiä osatekijöitä, ja sen ennustearvo on osoittautunut merkittäväksi. Paluu työmarkkinoille on silti usein vaikeaa, koska Euroopassa pitkäkestoisessa hoidossa olevalle, yleisesti ikääntyvälle huumeidenkäyttäjien kroonikkopopulaatiolle on usein tyypillistä heikko ammattitaito ja alhainen koulutustaso. Euroopassa huumausainehoitoa tarjoavien tahojen kannalta on yhä tärkeämpää, että pääsemme yhteisymmärrykseen pitkäaikaisista huumeongelmista kärsivien henkilöiden onnistuneen hoitotuloksen määritelmästä ja siitä, missä määrin tämä väestönosa voidaan sopeuttaa uudelleen yhteiskuntaan.

Vaikka huumausainehoidon tarjonta lisääntyikin Euroopassa, maiden välillä on edelleen huomattavia eroja hoidon saatavuudessa ja siinä, miten laajasti ratkaisuja erilaisiin huumeongelmiin tarjotaan. Hoitovaihtoehtojen merkitys vankiloissa oleville huumeidenkäyttäjille tunnustetaan laajasti, ja alan palveluihin on myös investoitava vastaavasti. Useissa maissa ne ovat edelleen kehittymättömiä. Hoitomallien kehittäminen rakenteeltaan yhä hajanaisemman huumeidenkäyttäjien joukon tarpeisiin on merkittävä haaste Euroopan huumausainehoitajien tarjoajille. Koska yleisesti ei ole saatu näyttöä minkään yksittäisen lähestymistavan toimivuudesta, osa Euroopan maista kehittää kiinnostavia uusia menetelmiä kannabiksen tai kokaiinin käyttäjien hoitoon. Sekakäyttöön, johon kuuluu myös alkoholi, liittyvät erilaiset muodot aiheuttavat monitahoisia ongelmia, jotka ovat niin ikään haaste palvelujen kehittäjille. Tämän vuoksi onkin todennäköistä, että huumehoitoja Euroopassa tarjoavien on kehitettävä vastedes entistä eriytyneempiä reagointitapoja, jotta ne pystyvät vastaamaan asiakkaiden yhä erilaisempiin tarpeisiin.

Entistä vahvempia merkkejä kannabiksen suosion mahdollisesta hiipumisesta

Viimeaikaisten koululais- ja aikuisväestökyselyjen tietojen perusteella kannabiksen käyttö on yleisesti ottaen vakiintunut, ja se vähenee muutamissa maissa. Kansalliset suuntaukset ovat edelleen erilaisia, ja maiden välillä on huomattavia eroja. Tämä näkyy keskipitkän aikavälin suuntauksissa: vähäisen käytön maissa on havaittu kasvua,

Pikakatsaus – arvioita huumeidenkäytöstä Euroopassa

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

Kannabis

Ainakin kerran käyttäneitä: vähintään 71 miljoonaa (22 prosenttia aikuisista Euroopassa)
Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä: noin 23 miljoonaa aikuista Euroopassa tai kolmasosa ainakin kerran käyttäneistä
Viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä: yli 12 miljoonaa Euroopassa
Maiden välinen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneissä: vaihteluväli 0,8–11,2 prosenttia

Kokaiini

Ainakin kerran käyttäneitä: vähintään 12 miljoonaa (3,6 prosenttia aikuisista Euroopassa)
Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä: 4 miljoonaa aikuista Euroopassa tai kolmasosa ainakin kerran käyttäneistä
Viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä: noin 2 miljoonaa
Maiden välinen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneissä: vaihteluväli 0,1–3,0 prosenttia

Ekstaasi

Ainakin kerran käyttäneitä: noin 9,5 miljoonaa (2,8 prosenttia aikuisista Euroopassa)
Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä: yli 2,6 miljoonaa tai kolmasosa ainakin kerran käyttäneistä
Viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä: yli 1 miljoonaa
Maiden välinen vaihtelu viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneissä: vaihteluväli 0,2–3,5 prosenttia

Amfetamiinit

Ainakin kerran käyttäneitä: lähes 11 miljoonaa (3,3 prosenttia aikuisista Euroopassa)
Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä: noin 2 miljoonaa tai viidesosa 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 ongelmakäyttö: 1–6 tapausta tuhatta aikuista kohti
Vuosina 2005 ja 2006 huume kuolemien osuus kaikista 15–39-vuotiaiden kuolemista oli Euroopassa 3,5 prosenttia, ja opioidit liittyivät noin 70 prosenttiin niistä
Pääasiallinen huume noin 50 prosentissa kaikista hoitopyynnöistä
Yli 600 000 opioidienkäyttäjää sai korvaushoitoa vuonna 2006.

monissa muissa tilanne on vakiintunut, ja osassa maita, joissa kannabiksen käyttö on yleistä, sen suosion on todettu laskeneen.

Ainakin kerran kannabista käyttäneiden määrä on vähentynyt selvimmin nuorissa ikäryhmissä. Uusimman kouluikäisten lasten terveyskäyttäytymistä koskevan HBSC-tutkimuksen tiedot osoittavat, että huumeidenkäyttö on vakiintunut tai vähentynyt 15-vuotiaiden koululaisten keskuudessa useimmissa maissa vuosina 2001–2006, ja alustavat tiedot viittaavat siihen, että tilanne saa vahvistusta vuoden 2008 lopulla julkaistavan ESPAD-tutkimuksen (Euroopan kouluissa tehtävä alkoholia ja muita päihteitä koskeva hanke) uusimmalta kierrokselta. Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joka on perinteisesti erottunut muista maista kannabiksen käytön yleisyyden vuoksi, havaitaan nyt vakaa laskeva suuntaus, selkeimmin 16–24-vuotiaiden ikäryhmässä. Syitä kannabiksen suosion laskuun nuorten keskuudessa ei ole kovin hyvin dokumentoitu, mutta ne voivat liittyä muutoksiin käsityksissä tämän huumeen käyttöön liittyvistä riskeistä. Osa tutkijoista katsoo, että kannabiksen suosion lasku voi johtua tupakointia koskevien asenteiden muuttumisesta. Kannabista poltetaan Euroopassa usein yhdessä tupakan kanssa ja ehkäisytyössä käsitellään sekä laittomien että laillisten päihteiden terveysvaikutuksia.

Viimeaikaisista suuntauksista huolimatta kannabiksen käyttö Euroopassa on historiallisesti mitaten edelleen suurta, ja säännöllisen ja runsaan käytön osuus on monissa maissa suuri varsinkin nuorten miesten keskuudessa. Säännöllisesti ja runsaasti kannabista käyttävien henkilöiden määrän suuntauksat voivat vaihdella riippumatta huumeidenkäytön yleisyydestä koko väestössä, joten käyttötapoihin ja niihin liittyviin ongelmiin on kiinnitettävä vastedes lisää huomiota.

Kannabiksen kotituotanto: suuri tuntematon tekijä

Kannabishartsit on historiallisesti ollut hallitseva tuote monissa EU:n jäsenvaltioissa, ja Länsi-Eurooppa on yhä tämän huumeaineen muodon suurin kuluttaja maailmassa. On kuitenkin huomattava, että suurelta osin piiloon jäävä kannabisruohon kotituotanto on ollut kasvussa Euroopassa. Useimmat maat ilmoittavat nykyään paikallisesta tuotannosta, joka voi vaihdella muutamasta henkilökohtaiseen käyttöön kasvatettavasta kasvista kaupallisiin tarkoituksiin tarkoitettuihin suurimittaisiin viljelmiin.

Kotona tuotetun kannabisruohon määrää ja suhteellista markkinaosuutta ei edelleenkään tunneta, minkä vuoksi EMCDDA tekee parhaillaan tutkimusta Euroopan kannabismarkkinoiden kartoittamiseksi. Kehittyvien kannabismarkkinoiden vaikutuksista käydään myös

yhä enemmän keskustelua. Esiin tuodut huolenaiheet koskevat muun muassa kannabiksen tuotantopaikkojen haittavaikutuksia paikallisyhteisöihin lisääntyneen rikollisuuden muodossa ja kotona viljellyn kannabiksen vahvuutta, joka on yleensä suuri. Paikallinen tuotanto on haaste myös lainvalvontaelimille, koska tuotantopaikat sijaitsevat lähellä kuluttajia, ne on helppo kätkeä eikä huumeita tarvitse kuljettaa maiden rajojen yli.

Kokaiinin käyttö lisääntyy edelleen Euroopan segmentoituneilla piristemarkkinoilla

Piristeet ovat osa Euroopan kroonisten ja syrjäytyneiden ongelmakäyttäjien huumeidenkäyttöä, mutta niillä on merkittävä asema myös yhteiskuntaan varsin hyvin sopeutuneiden, huumeita viihdeympäristöissä käyttävien nuorten keskuudessa. Piristeiden käyttötavat vaihtelevat Euroopassa: kokaiini on nykyisin yleisin piriste monissa Etelä- ja Länsi-Euroopan maissa, ja sen osuus myös kasvaa koko ajan. Tämän vastapainoksi amfetamiinin ja ekstaasin käyttöä koskevat indikaattorit viittaavat yleisesti vakiintuneeseen tai vähenevään suuntaukseen. Amfetamiinit ovat silti käytetyimpiä piristeitä monissa Keski-, Pohjois- ja Itä-Euroopan maissa, joista osassa ne muodostavat merkittävän osan huumeongelmasta. Metamfetamiinin käyttö on harvinaista Tšekin ja Slovakian ulkopuolella, tosin tämän huumeen saatavuudesta tai käytöstä saadaan satunnaisia ilmoituksia muista maista.

Koska eri piristeiden käyttöympäristöissä ja niiden käytön perusteluissa ilmenee samankaltaisuuksia, näiden päihteiden voidaan katsoa kilpailevan jossain määrin keskenään Euroopan huumausainemarkkinoilla. Tämän perusteella voidaan olettaa, että kun yksittäisiin aineisiin kohdennetaan toimia, kaikki piristeet on otettava huomioon ryhmänä eikä pelkästään erillisinä ongelmina. Tämä on tärkeää huomata, koska yhden piristeen saatavuuteen vaikuttavat toimet voivat jäädä tehottomiksi, jos kuluttajat ryhtyvät käyttämään vaihtoehtoisia tuotteita.

Synteettisten huumausaineiden tuotannon kehittyminen Euroopassa lisää huolta ympäristökustannuksista

Euroopan maat ovat yhä amfetamiinien ja MDMA:n suurimpia tuottajia, vaikka Euroopan suhteellinen merkitys on voinutkin pienetä tuotannon lisääntyneellä muualla. Vuosittain löydetään yleensä 70–90 tuotantolaitosta pääosin muutamasta Länsi- ja Itä-Euroopan maasta. Lainvalvontatietojen perusteella synteettisten huumeiden, metamfetamiini mukaan lukien, tuotanto näyttäisi kehittyvän koko ajan tuotantoerien kasvaessa suurempien reaktioastioiden, teollisen ja räätälöidyn laitteiston sekä siirrettävien laitosten vaikutuksesta.

Tyypillisen tuotantoerän koon kasvaminen voi kärjistää jätteiden hävittämisen aiheuttamia ongelmia. Kun amfetamiinia tai MDMA:ta tuotetaan yksi kilogramma, yleensä syntyy noin 15–20 kiloa jätteenä, kuten ympäristölle vaarallisia myrkyllisiä ja helposti syttyviä kemikaaleja. Ympäristövahingoista ja synteettisten huumausainetuotannon kemiallisten jätteiden laittomaan varastointiin käytettyjen kohteiden puhdistamisesta aiheutuvat kustannukset voivat olla huomattavat.

Kokaiinin salakuljetus Länsi-Afrikan kautta vaatii huomiota ja toimia

Samalla kun kokaiinin käyttö lisääntyy Euroopassa, kokaiinin torjuntatoimia voimistetaan. Takavarikoidun kokaiinin määrä ja kokaiinitakavarikkojen lukumäärä ovat kasvussa. Vuotuinen määrä ylittää nykyisin 120 tonnia; tästä yli kolme neljännestä takavarikoidaan Espanjassa ja Portugalissa. Kokaiinin salakuljetusta Eurooppaan on pyritty torjumaan perustamalla Lissaboniin huumausaineiden merikuljetusten analysointi- ja torjuntakeskus (MAOC-N), jolla on nykyisin tärkeä tehtävä torjuntatoimien koordinoinnissa ja tiedustelutietojen jakamisessa toimintaan osallistuvien jäsenvaltioiden kesken.

Vaikka kokaiinia tulee Eurooppaan monia eri teitä, Länsi-Afrikan maiden kautta tapahtuva salakuljetus on lisääntynyt räjähdysmäisesti. Se onkin nyt merkittävin Euroopan markkinoille tarkoitettun kokaiinin kuljetusreitti. Tilanne on omiaan hajauttamaan ja heikentämään panostusta tämän ennestäänkin monista yhteiskunnallisista, terveydellisistä ja poliittisista haasteista kärsivän alueen kehittämiseen. Erityisesti kokaiinin salakuljetuksesta saatavat tulot voivat heikentää merkittävässä määrin rikosoikeudellisia järjestelmiä ja lisätä korruptiota. Euroopan unioni ja sen jäsenvaltiot toimivat yhteistyössä Länsi-Afrikan maiden kanssa pyrkiessään kehittämään vastatoimenpiteitä tämän kasvavan uhan torjumiseksi.

Heroiiniongelmat eivät vähene, ja synteettisten opioidien käyttö lisääntyy

Uusimpien arvioiden mukaan heroinin tuotanto maailmassa on kasvanut edelleen, ja se on nyt arviolta 733 tonnia. Tämän huumeen saatavuuden ja käytön kasvun vaikutusta Euroopassa on silti vaikea mitata. Päätelmiä on hankala tehdä käytettävissä olevien tietojen perusteella. Esimerkiksi Euroopan unionissa talteen otetun heroinin määrä on hiukan vähentynyt, mutta vastapainoksi Turkissa takavarikoitu määrä on lisääntynyt huomattavasti.

Ei ole näyttöä sellaisesta heroinin ongelmien epideemisestä kasvusta kuin 1990-luvulla havaittiin monin paikoin. Kaiken kaikkiaan tiedot viittaavat siihen, että ongelma

on vakiintunut nykyiselleen eikä enää vähene. Heroiinin käyttö on tällaisenaan yhä vakava terveydellinen ongelma Euroopassa, ja se aiheuttaa suuren osan huumausaineiden käytöstä johtuvista kuolemantapauksista ja sosiaalisista kustannuksista. Tietojen perusteella noin 60 prosenttia hoidossa olevista on hakeutunut hoitoon opioidin, pääasiassa heroinin, käytön vuoksi. Ensi kertaa hoitoon hakeutuvien keskuudessa opioidienkäyttäjien suhteellinen osuus – joskaan ei heidän lukumääränsä – on tähän saakka pienentynyt. Nyt tämä suuntaus näyttää tasoittuneen. Vaikka näyttö viittaakin siihen, että Euroopan opioideja käyttävä väestö vanhenee vähitellen, tietojen perusteella näiden aineiden uusia käyttäjiä tulee siinä määrin, ettei ongelma supistu merkittävästi lähitulevaisuudessa.

Toisin kuin Afganistanin tilanne ehkä antaisi olettaa, sekä laittomaan käyttöön päätyneiden että laittomasti valmistettujen synteettisten opioidien aiheuttamat ongelmat näyttävät yleistyvän joissakin maissa. Esimerkiksi Virossa, Latviassa ja Liettuaassa on havaintoja EU:n ulkopuolella laittomasti valmistetun 3-metyylifentanyylin saatavuuden aiheuttamasta ongelman pahenemisesta. Koska tämä huumausaine on vahvaa (fentanyyli on huomattavasti vahvempaa kuin heroini), sen käyttö voi olla erittäin vaarallista, kuten Viron vuonna 2006 ilmoittamat 70 kuolemaan johtanutta fentanyylimyrkytystä osoittavat. Muissa maissa on havaittu, että hoitokäyttöön tarkoitettujen opioidien ilmeisestä katukauppaan päätymisestä johtuvan ongelmakäytön vuoksi hoitoon hakeutuvien asiakkaiden määrä on kasvanut. Tämä puolestaan kasvattaa huumeiden sekakäytön ongelmaa, joka on yhä yleisempi kroonisilla huumeidenkäyttäjillä osassa Eurooppaa.

Huumeiden injektioikäyttö ja HIV: kokonaistilanne myönteinen mutta maiden erot suuria

Yli 40 prosenttia kaikista avohoitoon hakeutuvista heroininikäyttäjistä ilmoittaa aineen injektioikäytöstä. Siksi tämä erityisen haitallinen käyttötapa on Euroopassa edelleen merkittävä terveysongelma. Injektioikäyttöön liittyy monia ongelmia, joista voidaan mainita pelkästään esimerkkinä veren välityksellä tarttuvien infektioiden, kuten HIV:n ja C-hepatiitin, leviäminen. Injektioikäyttäjien osuuden vaihtelu hoitoon tulijoissa viittaa siihen, että monissa maissa yleinen suuntaus on injektioikäytön väheneminen. Tiedoissa näkyy silti selviä alueellisia ja kansallisia eroja. Muutamissa maissa varsinkin Itä-Euroopassa huumeiden injektioikäyttö on heroinin merkittävin käyttötapa: yli 80 prosenttia hoitoon tulevista heroininikäyttäjistä ilmoittaa sen käytettäväkseen. Injektioikäytön aloittaneiden määrä näyttää olevan edelleen suuri eräissä jäsenvaltioissa. Tämä käy

ilmi injektioikäyttäjillä tehdyistä tutkimuksista, joiden mukaan suhteellisen suuri osa heistä on nuoria ja uusia injektioikäyttäjiä.

Uusien HIV-infektioiden määrä on yleisesti vähentynyt Euroopassa, sen jälkeen kun paikalliset epidemiat muutamissa maissa aiheuttivat jyrkän nousun tämän vuosikymmenen alussa. Injektioinnin vähentyminen sekä hoidon saatavuus ja haittoja vähentävät palvelut näyttävät johtaneen tilanteen helpottumiseen yleisesti, ja vaikka uusien injektioikäyttäjien määrässä havaitaan hieman kasvua, se on jäänyt pieneksi. Maiden välillä on silti edelleen suuria eroja. Huolimatta siitä, että Viron, Latvian ja Portugalin tilanne on tietojen perusteella kohentunut, näistä maista ilmoitetaan suhteessa erittäin paljon uusia infektoita, ja niiden osuus huumeidenkäytöstä johtuvista kaikista uusista HIV-tapauksista Euroopassa on merkitsevä suuri. Alueellisten ja paikallisten tutkimustietojen mukaan HIV-infektion tarttuminen on yhä ongelma Espanjassa ja Italiassa, mutta koska kansallisia tapauskohtaisia tietoja ei ole, suuntausten selvittäminen näissä maissa on hankalaa. Muuallakin riskikäyttäytyminen jatkuu ja uusien epidemioiden mahdollisuus on olemassa. Tämä viittaa vahvasti siihen, että varuillaan on edelleen oltava: esimerkiksi Bulgariasta ilmoitettiin vuonna 2006 kaikkiaan 34 uutta tapausta, vaikka vuosina 2000–2003 ilmoitettuja infektoita ei juurikaan ollut.

Huumekuolemat: suuri kansanterveydellinen rasite

EMCDDA seuraa suoraan huumeidenkäytöstä johtuviksi katsottavien kuolemaan johtavien myrkytysten (huumekuolemien) määrää. Euroopassa ilmoitetaan vuodessa keskimäärin noin 7 000–8 000 huumekuolemaa. Koska tapauksista osan tiedetään jäävän kirjaamatta, tämä määrä on vähimmäisarvio. Opioidit, eritoten heroini, ovat yliannostukseen yleisimmin liittyviä huumeita, vaikkakin tilastoissa esiintyy yleisesti muitakin huumeita ja alkoholi. Laskettuaan muutamien vuosien ajan vuosikymmenen alkupuolella huumekuolemien suuntaus on nyt tasaantunut. Syyt tähän eivät ole tiedossa, joten lisätutkimuksia tarvitaan yliannostuksiin liittyvistä tekijöistä ja ehkäisytoimien tehokkuudesta. Vankilasta vapautuvilla huumeidenkäyttäjillä voi olla erityinen riski, koska äskettäisen tutkimuksen perusteella heidän kuolleisuutensa on 8–10 kertaa odotettua suurempi. Kaiken kaikkiaan yliannostusten ehkäisyyn on panostettava entistä voimakkaammin.

Tutkimukset ovat niin ikään osoittaneet, että kun myös sairaudet, tapaturmat ja väkivalta otetaan huomioon, huumeidenkäyttäjien kokonaiskuolleisuus on peräti 50-kertainen koko väestöön nähden. Siksi tarvitaan investointeja tarkasti suunniteltuihin kohorttitutkimuksiin,

jotta huumausaineista johtuvan kokonaiskuolleisuuden syyt ja laajuus ymmärretään paremmin ja jotta voidaan tutkia esimerkiksi vapautuvien vankien ja hoitonsa keskeyttävien henkilöiden erityisiä riskejä.

Internet ja markkinainnovaatiot ovat haaste huumausainepolitiikalle

EMCDDA:n jokin aika sitten tekemä tutkimus osoittaa, että Euroopan verkkokaupoissa myydään yli 200:aa luontaista, puolisyntheettistä tai synteettistä psykoaktiivista tuotetta. Monia aineista luonnehditaan ”laillisiksi psykotroopeiksi” tai ”rohdospsykotroopeiksi” ja niitä mainostetaan vaihtoehtoina säännellyille aineille. Niiden tosiasiallinen oikeudellinen asema voi silti vaihdella huomattavasti Euroopan eri maissa. Ilmoitusten mukaan tällaisten tuotteiden verkkomyyjiä tulee koko ajan lisää, ja ne mukautuvat nopeasti markkinoiden sääntelypyrkimyksiin esimerkiksi tuomalla markkinoille uusia tuotteita. Lisäksi verkkoapteekit ja psykoaktiivisia aineita laillisiksi väitettyihin tarkoituksiin myyvät verkkokaupat tarjoavat mahdollisesti uusia väyliä laittomaan huumetarjontaan. Kaiken kaikkiaan internetkauppa on nykyään melkoinen haaste niin kansainväliselle kuin kansallisellekin huumepolitiikalle ja valvontamekanismeille. Kun otetaan huomioon, miten nopeasti uusia tuotteita saadaan markkinoille ja jaeltua, verkkokaupan valvonnasta on tullut tärkeä kehittämisen kohde.

Vuoropuhelu kansalaisyhteiskunnan kanssa myönnetään tärkeäksi yhä laajemmin

Huumeongelmat kietoutuvat moniin muihin sosiaalisiin ja terveydellisiin kysymyksiin. Siksi mukaan on otettava monen eri alan toimijat, jotta huumausaineisiin liittyvät toimet onnistuvat. Tukea voidaan saada myös yhteisöistä, joissa toimet toteutetaan. Tämä on ymmärretty laajalti, koska

poliittisen keskustelun halutaan nyt perustuvan tietoihin, joita saadaan vuoropuhelusta kansalaisyhteiskunnan kanssa. Huumausaineista Euroopan unionissa viime aikoina käydyssä keskustelussa on tämän perusteella pantu alulle useita eri toimia. Merkittävimpiä niistä on Euroopan komission perustama huumausaineita käsittelevä kansalaisyhteiskunnan foorumi, jonka avulla on mahdollista varmistaa, että ruohonjuuritason kokemukset saadaan osaksi EU:n uuteen huumausainestrategiaan johtavaa prosessia, ja hankkia tietoja EU:n huumausaineita koskevan toimintasuunnitelman arvioimiseksi. Kansalaisjärjestöjen ja paikallisten yhteisöjen edustajien kuulemisen tärkeys todetaan myös EU:n huumausainestrategiassa ja toistetaan Euroopan parlamentin maaliskuussa 2008 hyväksymässä mietinnössä, jossa tunnustetaan kansalaisyhteiskunnan rooli huumausainepolitiikan kehittämisessä, toteutuksessa, arvioinnissa ja seurannassa.

Euroopan päihdetutkimus ja rajatylittävän yhteistyön tarve

Viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana huumausaineita koskeva tutkimus ja sen tukirakenteet (tutkimuskeskukset, tieteelliset julkaisut, rahoitusjärjestelyt) ovat kehittyneet Euroopassa paljon, mikä näkyy EMCDDA:n vuoden 2008 tutkimusta koskevassa erityiskysymyksessä. Huonompi uutinen on se, ettei huumausainetutkimuksen yhteistyössä eikä koordinoinnissa EU:n jäsenvaltioiden kesken ole tapahtunut vastaavaa kehitystä. Asiaan kiinnitetään entistä suurempaa huomiota, ja Euroopan komissio on tilannut uuden tutkimuksen saadakseen kokonaiskartoituksen tutkimustoiminnasta ja vertailevan analyysin Euroopan ja muiden maanosien infrastruktuurista. Raporttiin sisältyy suosituksia yhteistyön tehostamiseksi EU:ssa, ja siinä osallistutaan keskusteluun siitä, miten voidaan parantaa eurooppalaisen tutkimuksen rahoitusmahdollisuuksien yhteyksiä tutkimustarpeisiin ja politiikkaan.



Luku 1

Politiikka ja lainsäädäntö

Johdanto

Huume politiikka kuuluu vuoden 2008 tärkeisiin aiheisiin. Tänä vuonna niin Yhdistyneet Kansakunnat kuin Euroopan unionikin arvioivat huume politiikkansa tuloksia suhteessa laittomien huumeiden käyttöön ja niistä aiheutuviin haittoihin. Yhdistyneet Kansakunnat arvioi edistystä maailman huumeongelmaa käsitelleessä vuoden 1998 YK:n yleiskokouksen ylimääräisessä istunnossa (UNGASS) päätettyjen toimenpiteiden toteuttamisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa. Euroopan unioni suorittaa vuonna 2008 EU:n huumeaineiden torjuntaa koskevan toimintasuunnitelman (2005–2008) loppuarvioinnin ja laatii toimintasuunnitelman vuosiksi 2009–2012. Lisäksi entistä useammat EU:n jäsenvaltiot tarkistavat kansallisia huume strategioitaan ja toimintasuunnitelmiaan ja laativat uusia huume politiittisia asiakirjoja (1) tänä vuonna.

EMCDDA käsittelee vuoden 2008 havaintoja ja kehitystä seuraavassa vuosiraportissaan. Tänä vuonna luvussa 1 keskitytään huume politiikan viimeaikaisiin muutoksiin, esitellään uudet tiedot huumeaineisiin liittyvistä julkisista menoista, selvitetään huumeaineiden lakien kolmea erityisulottuvuutta – hallussapitoa omaa käyttöä varten, vaihtoehtoja rangaistuksille ja väestön suojelun tehostamista – ja otetaan esiin huumeaineisiin liittyvien rikosten uudet suuntaukset. Luvun päätteeksi esitetään yleiskatsaus EU:n jäsenvaltioiden huumeaineita koskevaan tutkimukseen.

Kansainvälisen ja EU:n politiikan kehitys

YK:n yleiskokouksen ylimääräisen istunnon 10-vuotisarviointi

Vuonna 1998 pidetyssä YK:n 20. yleiskokouksen ylimääräisessä istunnossa (UNGASS) keskusteltiin maailman huumeongelmasta. Tässä ”huumeaine huippukokouksessa” määriteltiin kansainväliselle yhteisölle uusi ohjelma hyväksymällä

kolme keskeistä asiakirjaa (2): poliittinen julistus, julistus huumeaineiden kysynnän vähentämistä koskevasta suuntaa antavista periaatteista ja viisiosainen päätöslauselma toimista, joilla lisätään kansainvälistä yhteistyötä. Hyväksymällä poliittisen julistuksen YK:n jäsenvaltiot sitoutuivat saavuttamaan mitattavia tuloksia laittomien huumeaineiden tarjonnan ja kysynnän vähentämisessä vuoteen 2008 mennessä.

Yhdistyneiden Kansakuntien huumeaine toimekkunnan (CND) tämänvuotisessa istunnossa käynnistettiin 10-vuotisarviointi edistymisestä vuoden 1998 ylimääräisessä istunnossa asetettujen päämäärien ja tavoitteiden saavuttamisessa. Yhdistyneiden Kansakuntien huumeaine- ja kriminaalipoliittikan toimiston (UNODC) julkaisemassa raportissa todettiin, että viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana on saavutettu merkittävää edistystä, joskaan kaikilla aloilla ja kaikilla alueilla YK:n jäsenvaltiot eivät ole täysin saavuttaneet poliittisessa julistuksessa mainittuja päämääriä ja tavoitteita (3). Arviointia seuraa vuoden mittainen pohdintajakso, jonka aikana keskusteluja käydään ensin hallitusten välisissä asiantuntijatyöryhmissä ja sen jälkeen istuntojen välillä kokoontuvissa työryhmissä. Näin saadaan valmisteltua erityinen kaksipäiväinen korkean tason tapaaminen CND:n vuoden 2009 istuntoon, jossa päätetään mahdollisesti tulevasta poliittisesta julistuksesta ja toimista.

Euroopan unioni toimii aktiivisesti ylimääräiseen istuntoon liittyvässä arviointityössä. EU:n valmistelemat päätöslauselmat hyväksyttiin CND:n istunnoissa vuonna 2006 (49/1), 2007 (50/12) ja 2008 (51/4). Kaikissa niissä kehoitetaan käyttämään tieteellistä ja avointa arviointiprosessia. EMCDDA on osallistunut myös Euroopan komission rahoittamiin ja UNODC:n järjestämiin asiantuntijakuulemisiin ja esittänyt siinä yhteydessä yleiskatsauksen Euroopan unionin huumeaine strategioihin ja -vasteisiin vuodesta 1998 alkaen.

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

(2) <http://www.un.org/ga/20special/>.

(3) <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>.

Huumausaineita koskevan EU:n toimintasuunnitelman arviointi

Joulukuussa 2007 Euroopan komissio esitteli toisen tilannekatsauksensa huumausaineita koskevan EU:n toimintasuunnitelman (2005–2008) toteutukseen. Kertomukseen sisältyy EU:n jäsenvaltioiden, EMCDDA:n, Europolin ja Euroopan komission ilmoittamia tietoja, ja siinä arvioidaan, missä määrin vuodeksi 2007 suunnitellut toimenpiteet toteutuivat. Katsauksen tärkeimpiin päätelmiin kuuluu havainto, että jäsenvaltioiden huumausainepoliitikassa on havaittavissa merkkejä yhdistymisestä. Lisäksi katsauksesta käyvät ilmi tarjonnan vähentämistoimia koskevien tietojen keräämisen vaikeus ja suunniteltujen toimien yhdistämisen vaikeus suhteessa niiden toteutuksen arviointia varten valittuun indikaattoriin.

Huumausaineita koskevan EU:n nykyisen toimintasuunnitelman loppuarviointi tehtiin vuonna 2008 EU:n jäsenvaltioiden, Europolin ja EMCDDA:n tietojen perusteella. Komission on tarkoitus julkaista arviointikertomus syksyllä 2008, ja kertomuksen tulosten perusteella laaditaan nykyisen EU:n huumausainestrategian (2005–2012) puitteissa toinen toimintasuunnitelma (2009–2012).

Muu kehitys EU:ssa

Syyskuussa 2007 neuvosto ja Euroopan parlamentti hyväksyivät vuosien 2007–2013 rahoituskehikseen kuuluvan huumetorjuntaa ja -tiedotusta koskevan ohjelman ⁽⁴⁾ osana perusoikeuksien ja oikeusasioiden yleisohjelmaa. Ohjelman yleisinä tavoitteina on ehkäistä ja vähentää huumeidenkäyttöä, huumeriippuvuutta ja huumeiden aiheuttamia haittoja, edistää huumeidenkäyttöä koskevan tiedotuksen parantamista ja tukea EU:n huumausainestrategian (2005–2012) toteutusta. Ohjelman puitteissa annetaan käyttöön 21,35 miljoonaa euroa komission tutkimuksiin, huumausaineiden alalla toimivien eurooppalaisten kansalaisjärjestöjen toimintakustannuksiin ja valtioiden välisiin hankkeisiin. Yhteisiä toimia voidaan toteuttaa myös muiden yhteisön ohjelmien kanssa, esimerkkinä yhteisön toinen toimintaohjelma terveyden alalla (2008–2013) ⁽⁵⁾. Sen osaan, jolla edistetään terveempiä elintapoja terveyden taustatekijöihin vaikuttamalla, sisältyy laittomiin huumausaineisiin liittyviä toimia tietyissä toimintaympäristöissä, kuten oppilaitoksissa ja työpaikoilla.

Kesäkuussa 2006 Euroopan komissio julkaisi vihreän kirjan kansalaisyhteiskunnan roolista Euroopan unionin huumeopoliitikassa, kuten nykyisessä huumausaineita

koskevassa toimintasuunnitelmassa edellytetään. Tämän jälkeen vuonna 2007 käynnistyi huumausaineita käsittelevän kansalaisyhteiskunnan foorumin valintaprosessi. Foorumin tarkoituksena on toimia näkemysten ja tietojen epävirallisen vaihdon kanavana komission ja kansalaisyhteiskunnan järjestöjen kesken EU:ssa, ehdokasmaissa ja tarpeen mukaan myös Euroopan naapuruuspolitiikkaan kuuluvissa maissa. Foorumissa on mukana 26 organisaatiota, jotka edustavat laajaa näkemysten kirjoa. Se kokoontui ensimmäisen kerran joulukuussa 2007 ja uudelleen toukokuussa 2008 keskustelemaan EU:n nykyisen huumausaineita koskevan toimintasuunnitelman arvioinnista ja uudesta toimintasuunnitelmasta.

Kansalliset huumestrategiat

Uudet suuntaukset

Neljä EU:n jäsenvaltiota (Tšekki, Viro, Unkari, Suomi) sekä Turkki ja Norja hyväksyivät uudet huumausaineita koskevat toimintasuunnitelmat vuoden 2007 jälkipuoliskolla. Kaikki nämä asiakirjat kattavat kolmen tai neljän vuoden jakson, ja Turkin toimintasuunnitelmaa lukuun ottamatta niillä on ollut edeltäjiä, joko suunnitelmia tai ohjelmia. Samana vuonna Espanja myös hyväksyi kokaiininvastaisen täydentävän kansallisen toimintaohjelman (2007–2010).

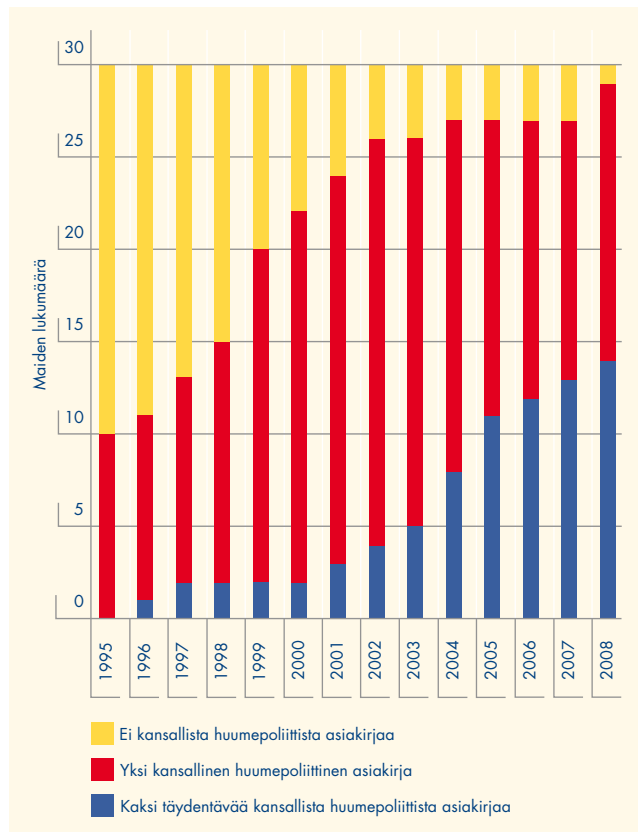
Vuoden 2008 alussa kolme muuta jäsenvaltiota hyväksyi uusia poliittisia asiakirjoja. Italian ensimmäinen huumausaineita koskeva toimintasuunnitelma kattaa yhden vuoden ajanjakson, ja sitä seuraa nelivuotinen toimintasuunnitelma (2009–2012), joka mukautetaan EU:n uuteen huumausaineita koskevaan toimintasuunnitelmaan. Maltan ensimmäisessä kansallisessa huumausainepoliittikkaa käsittelevässä asiakirjassa ei määritellä ajanjaksoa, mutta siihen sisältyy lähes 50 lähivuotena toteutettavaa toimea. Myös Yhdistyneen kuningaskunnan uutta 10-vuotista huumausainestrategiaa (2008–2018) täydennettiin ensimmäistä kertaa kolmivuotisella toimintasuunnitelmalla (2008–2011), jossa määritellään lähitulevaisuuden keskeiset toimet.

Valtaosassa vuoden 2007 lopulla ja vuoden 2008 alussa hyväksytyistä kansallisista huumausainepoliittikkaa käsittelevistä asiakirjoista keskitytään pääasiassa laittomiin huumeisiin, mutta muutamissa käsitellään myös muita aineita, kuten alkoholia, tupakkaa, lääkkeitä ja dopingia. Tämä vastaa Euroopan maissa ilmenevää suuntausta: laittomien ja laillisten aineiden käytön väliset yhteydet ja samankaltaisuudet tunnustetaan, mutta

⁽⁴⁾ Euroopan parlamentin ja neuvoston päätös N:o 1150/2007/EY, tehty 25 päivänä syyskuuta 2007, huumetorjuntaa ja -tiedotusta koskevan erityisohjelman perustamisesta vuosiksi 2007–2013 osana perusoikeuksien ja oikeusasioiden yleisohjelmaa (EUVL L 257, 3.10.2007, s. 23).

⁽⁵⁾ Euroopan parlamentin ja neuvoston päätös N:o 1350/2007/EY, tehty 23 päivänä lokakuuta 2007, yhteisön toisesta toimintaohjelmasta terveyden alalla (2008–2013) (EUVL L 301, 20.11.2007, s. 3).

Kaavio 1. Suuntaukset niiden maiden määrässä, joilla on kansallisia huumausainepoliittisia asiakirjoja; 27 EU:n jäsenvaltiota, Kroatia, Turkki ja Norja



Lähteet: Reitoxin kansalliset yhteyspisteet.

huumausaineiden käyttöä käsittelevissä asiakirjoissa puututaan harvoin kattavasti muihin aineisiin kuin laittomiin huumausaineisiin ⁽⁶⁾. Norja on edelleen yksi tästä mallista poikkeavista maista. Laittomat huumausaineet ja alkoholi on täysin integroitu sen äskettäin hyväksymään toimintasuunnitelmaan. Vuonna 2009 kehitettävät lukuisat kansalliset huumausainestrategiat ja toimintasuunnitelmat yhdessä äskettäin hyväksytyjen vastaavien asiakirjojen kanssa tarjoavat EMCDDA:lle mahdollisuuden tutkia, jatkuuko vuoden 2006 erityiskysymyksessä havaittu suuntaus, jossa lailliset ja laittomat huumausaineet sisällytetään kansalliseen huumeepoliittikkaan.

Yleiskuva tilanteesta

Itävalta on nyt ainoa EU:n jäsenvaltio, joka ei ole hyväksynyt kansallista huumausainestrategiaa tai -toimintasuunnitelmaa, vaikkakin jokaisella sen maakunnalla on paikallinen huumausaine- tai riippuvuusstrategia tai -toimintasuunnitelma. Muissa 26 jäsenvaltiossa sekä Kroatiasa, Turkissa ja Norjassa huumausainepoliittikka on määritelty kansallisissa huumausainepoliittisissa asiakirjoissa. Muistutettakoon

vertailun vuoksi, että vuonna 1995 vain kymmenellä näistä 30 maasta oli tällainen väline (kaavio 1).

Myös huumausainestrategioiden ja -toimintasuunnitelmien muodossa on nähtävissä lähentymistä. Nykyään 14 maata jäsentää kansalliset huumausainepoliittiset asiakirjansa EU:n nykyisen huumausainestrategian ja -toimintasuunnitelman mukaisesti. Lisäksi yhtä monen maan kansallisen huumausainepoliittikan organisoinnissa käytetään kahta toisiaan täydentävää välinettä, jotka ovat strateginen kehys ja toimintasuunnitelma (kaavio 1). Kun Euroopan unioni käytti tätä lähestymistapaa ensimmäisen kerran vuonna 2000, vain kahdessa jäsenvaltiossa oli kaksi toisiaan täydentävää huumeepoliittista asiakirjaa.

Kansallisten huumausainepoliittisten asiakirjojen sisältö on toinen asia, jossa näkyy EU:n jäsenvaltioiden, Kroatian, Turkin ja Norjan lähentymistä. Eri maiden hyväksymissä kansallisissa huumausainestrategioissa ja -toimintasuunnitelmissa näkyy vähitellen yhä enemmän yhteisiä tavoitteita ja yhteisiä interventioita. Koska Euroopan maat poikkeavat toisistaan niin huumeongelmansa kuin poliittisen, sosiaalisen ja taloudellisen ympäristönsä suhteenkin, kansallisen huumausainepoliittikan moninaisuus säilynee jossain määrin myös vastaisuudessa, vaikka se väheneekin. Esimerkkejä tästä moninaisuudesta on luvussa 2.

Arviointi

Vuonna 2008 kaikkiaan 13 EU:n jäsenvaltiota on jo laatinut uudelleen kansalliset huumausainepoliittiset asiakirjansa tai aikoo tarkistaa ja uusia ne. Siksi tämä vuosi on kansallisen politiikan kannalta ennennäkemättömän vilkas vuosi. Italian, Maltan ja Yhdistyneen kuningaskunnan vanavedessä Irlanti uudistaa huumausainestrategiansa vuonna 2008, Ranska, Portugali ja Romania huumausaineita koskevat toimintasuunnitelmansa ja Bulgaria, Espanja, Kypros, Liettua ja Slovakia molemmat asiakirjat. Myös Alankomaat, jolla on Euroopan vanhin kansallinen huumausainepoliittinen asiakirja, aikoo laatia uuden vuoden 2008 aikana.

Euroopassa tunnustetaan yhä laajemmin tarve sisällyttää seuranta ja arviointi keskeiseksi osaksi kansallista huumausainestrategiaa ja -toimintasuunnitelmaa. Lähes kaikki edellä mainitut maat ovat laatineet tai aikovat laatia tilannekatsauksen omien huumausainestrategioidensa tai -toimintasuunnitelmiansa täytäntöönpanosta, ja osa niistä, muun muassa Irlanti, Kypros ja Portugali, tuottanee perusteellisia arvioita vuonna 2008.

EU:n jäsenvaltioiden välillä on kuitenkin eroja siinä, mitä menetelmiä ja lähestymistapoja ne käyttävät kansallisten huumausainestrategioiden ja

⁽⁶⁾ Katso erityiskysymys "Huumeepoliittikka Euroopassa: kattaako se muutakin kuin laitomat huumausaineet?" vuodelta 2006.

-toimintasuunnitelmien arviointiin, ja alan parhaat käytännöt olisikin nyt tunnistettava. Tätä korostettiin neuvoston puheenjohtajavaltio Portugalin järjestämässä arviointikonferenssissa syyskuussa 2007. EMCDDA vastaa tähän haasteeseen yhteistyössä jäsenvaltioiden kanssa tutkimalla mahdollisuuksia alan eurooppalaisten suuntaviivojen kehittämiseen.

Huumausaineisiin liittyvät julkiset menot

Vuonna 2006 neljä EU:n jäsenvaltiota (Tšekki, Irlanti, Puola ja Portugali) antoivat yksityiskohtaiset tiedot huumausaineiden torjuntaan liittyvistä julkisista menoista (yhteenvedo taulukossa 1). Kaksi näistä neljästä maasta ilmoitti tiedot huumausaineisiin liittyvien julkisten menojen jakautumisesta keskushallinnon ja alue- tai paikallishallinnon kesken, mikä mahdollistaa eri hallinnonalojen tehtävien vertailun. Niissä maissa, joista tietoja on saatavilla, ehdottomasti suurin osa ilmoitetuista huumausaineisiin liittyvistä julkisista menoista kohdennetaan keskushallinnon rahoittamaan toimintaan.

Kaikkiaan 11 jäsenvaltiota ilmoitti yksityiskohtaiset tiedot valtion menoista tiettyihin huumeongelman vuoksi toteutettuihin toimiin. Lisäksi kaksi maata antoi karkeat arviot huumeongelmaan liittyvistä julkisista kokonaismenoista (Espanja, Malta) muttei tietoja toiminnasta, johon varat käytettiin.

Vuonna 2005 Euroopan maiden huumausaineisiin liittyvien julkisten menojen kokonaismääräksi laskettiin 13–36 miljardia euroa (EMCDDA, 2007a). Arvio saatiin ekstrapoloimalla kuuden maan (Belgia, Unkari, Alankomaat, Suomi, Ruotsi, Yhdistynyt kuningaskunta) kaikki huumausaineisiin liittyvät menot kattamaan muutkin valtiot.

Tarkistettu arvio, johon sisältyy tietoja muita maista (Tšekki, Ranska, Luxemburg, Puola, Slovakia), on esitetty äskettäin (EMCDDA, 2008d). Uusi arvio huumausaineisiin liittyvistä Euroopan maiden julkisista menoista on 34 miljardia euroa (95 prosentin luottamusväli, 28–40 miljardia euroa), mikä on 0,3 prosenttia kaikkien EU:n jäsenvaltioiden yhdistetystä bruttokansantuotteesta. Tämän perusteella huumeongelmaan käytettävien valtion varojen osuus on EU-kansalaiselle keskimäärin 60 euroa vuodessa. Nämä luvut on joka tapauksessa edelleen katsottava vain suuntaa antaviksi, koska ne perustuvat vähäisiin tietoihin.

Tiedot huumeidenkäytön sosiaalisista kustannuksista

Tiedot huumeidenkäytön sosiaalisista kustannuksista (huumeidenkäytön aiheuttamista välittömistä ja välillisistä kustannuksista) saatiin neljältä jäsenvaltiolta. Vaikka näistä ilmoituksista voidaan saada hyödyllistä tietoa huumeidenkäytön vaikutuksesta raportointimaassa, menetelmiin ja raportointiin liittyvät erot estävät maiden välisen vertailun. Eri maiden tietojen vertailukelvottomuus tuo entistä selvemmin esiin tarpeen omaksua yhteinen lähestymistapa huumeidenkäytön sosiaalisten kustannusten seurantaan Euroopassa.

Italiassa laittomien huumeiden käyttöön liittyvät sosiaaliset kustannukset arvioitiin 6 473 miljoonaksi euroksi. Lainvalvonnan osuus kokonaismenoista oli suurin (43 prosenttia), ja loput menoista jakautuivat sosiaali- ja terveydenhuoltoon (27 prosenttia) sekä huumeidenkäyttäjien ja huumeidenkäytöstä välillisesti kärsivien henkilöiden tuottavuuden heikentymiseen (30 prosenttia). Lisäksi huumeidenkäyttäjien arvioitiin käyttäneen 3 980 miljoonaa euroa laittomien huumeiden ostoihin. Näiden tietojen perusteella huumeidenkäytön

Taulukko 1. Huumeluokitellut julkiset menot ⁽¹⁾ tietyissä EU:n jäsenvaltioissa

Maa	Valtionhallinnon ilmoittamat korvamerkityt menot (euroa)				Yhteenlaskettu osuus julkisista kokonaismenoista ⁽²⁾ (%)
	Keskustaso	Aluetaso	Paikallistaso	Yhteensä	
Tšekki	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Irlanti ⁽³⁾	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Puola	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugali	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

⁽¹⁾ Virallisissa kirjanpitoasiakirjoissa nimenomaisesti huumeisiin liittyviksi ”merkityt” julkiset menot.

⁽²⁾ Valtion vuotuiset kokonaismenot.

⁽³⁾ Irlannissa ministeriöt ja valtion virastot joutuvat ilmoittamaan vuotuiset huumeisiin liittyvät menonsa koordinoivalle kunnallis- ja maaseutuasiain sekä gaelinkielisen alueen ministeriölle. Näitä menoja ei ole välttämättä merkitty virallisissa kirjanpitoasiakirjoissa nimenomaisesti huumeisiin liittyviksi julkisiksi menoiksi.

Lähde: Reitoxin kansalliset yhteispisteet ja Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

Kohti selkeää käsitystä huumausaineisiin liittyvistä julkisista menoista Euroopassa – EMCDDA:n vuoden 2008 erityiskysymys

EMCDDA on vastannut EU:n huumausaineita koskevaan toimintasuunnitelmaan 2005–2008 kehittämällä hankkeen, jonka tarkoituksena on tunnistaa, kehittää ja testata huumausaineisiin liittyvien julkisten menojen kvantifiointimenetelmiä. Asiaa käsittelevässä erityiskysymyksessä esitetään yleisarvio kaikista vuoden 2005 huumausaineisiin liittyvistä julkisista menoista EU:n jäsenvaltioissa ja Norjassa. Valtaosa menoista oli alun perinkin ”merkitty” huumausaineisiin liittyviksi; yleensä ne jäljitettiin tarkistamalla perusteellisesti viralliset kirjanpitoasiakirjat, mikä on mahdollisesti osoitus jäsenvaltioiden vapaaehtoisesta sitoutumisesta huumeiden torjuntaan. Mallintamistekniikoiden avulla arvioitiin päämääriltään laajempiin ohjelmiin sisältyviä piilotettuja tai ”merkittämättömiä” menoja, mikäli tämä oli mahdollista. Tämä uusi kahtalainen lähestymistapa antaa vakioituneet arviot, jolloin voidaan maksimoida huumeiden ja huumeriippuvuuden torjuntaan käytettävien julkisten menojen arvioinnin luotettavuus ja maiden välinen vertailtavuus.

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

kustannusten arvioidaan olevan Italiassa 0,7 prosenttia bruttokansantuotteesta. Itävallassa vuonna 2004 ilmoitettujen tietojen perusteella välittömien ja välillisten kustannusten välinen suhde oli päinvastainen Italiaan nähden: huumeidenkäytön arvioiduista sosiaalisista kustannuksista eli 1 444 miljoonasta eurosta 72 prosenttia johtui välillisistä kustannuksista.

Yhdistynyt kuningaskunta ilmoitti, että vuosina 2003 ja 2004 A-luokan (7) huumeiden käyttöön liittyvät taloudelliset ja sosiaaliset kustannukset Englannissa ja Walesissa olivat 22,26 miljardia euroa eli 63 940 euroa vuodessa kutakin ongelmakäyttäjää kohden. Ongelmakäyttäjien huumeidenkäytön oletettiin aiheuttavan 99 prosenttia kokonaiskustannuksista. Huumausainerikoksista johtuvat kustannukset, lainvalvonta ja huumausainerikosten uhrien kustannukset mukaan lukien, muodostivat suurimman ryhmän kaikista kustannuksista (90 prosenttia eli 20,1 miljardia euroa).

Kansallisen lainsäädännön kehittyminen

Huumausaineita koskevassa lainsäädännössä vuoden 1998 huumausaineita koskevan ylimääräisen istunnon jälkeen tapahtuneiden muutosten tarkastelu on erityisen kiintoisaa tänä vuonna, jolloin huumausainepoliittisia asiakirjoja tarkistetaan ja arvioidaan kansainvälisesti, EU:ssa sekä jäsenvaltioissa. Tässä osiossa havainnoidaan

muutoksia kolmella keskeisellä alalla, jotta saadaan vastaus kysymykseen, ovatko lainsäädännön määritelmissä ja huumeidenkäyttäjien reagoinnissa tapahtuneet muutokset osoitus uudesta, laajemmasta suuntauksesta siinä, miten eri maissa suhtaudutaan huumeidenkäyttäjisiin.

Hallussapito henkilökohtaiseen käyttöön

Useimmat Euroopan maat ovat viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana siirtyneet kohti lähestymistapaa, jossa erotetaan huumausainekauppiat, joihin suhtaudutaan rikollisina, ja toisaalta huumausaineiden käyttäjät, joita pidetään pikemminkin hoitoa tarvitsevinä sairaina henkilöinä. Jäsenvaltiot poikkeavat silti huomattavasti toisistaan sen suhteen, miten ne ovat halunneet määritellä nämä ryhmät viime vuosina voimaan saatetuissa uusissa laeissa.

Yksi jäsenvaltioiden kesken eniten eroavista seikoista on se, onko henkilökohtaiselle hallussapidolle asetettu määrällisiä rajoja vai ei. Vuosina 2004–2006 Bulgaria on poistanut lainsäädännöstään henkilökohtaisen hallussapidon, Italia on ottanut sen uudelleen käyttöön oltuaan 12 vuotta ilman tätä käsitettä, ja Yhdistynyt kuningaskunta säati asiasta mutta päätti sittemmin jättää soveltamatta sitä. Vuonna 2003 Kypros otti käyttöön tietyt määrälliset rajoitukset kaikille huumausaineille ja Belgia puolestaan kannabikselle. Saksassa osavaltiot pyrkivät panemaan entistä johdonmukaisemmin täytäntöön perustuslakituomioistuimen päätöksen, jossa mainitut ”merkityksettömät määrät” jätettiin määrittelemättä, mikä on johtanut tulkintoihin 3–30 grammasta. Vuonna 2005 Slovakiassa henkilökohtaisen käytön lakisäätöisiä määritelmiä laajennettiin enintään yhdestä annoksesta enintään kolmeen annokseen ja suurempien määrien yhteydessä kymmeneen annokseen. Samalla edellä mainittuja määriä suurempien määrien hallussapidosta määrättävää rangaistusta tiukennettiin selkeäksi vähintään neljän vuoden vankeusrangaistukseksi, jollainen määrätään myös huumausainekaupan rikoksesta.

Pienryhmissä tapahtuva huumeidenkäyttö on toinen haaste käyttäjien ja jälleenmyyjien erottelun kannalta. Belgiassa erityinen ”ryhmässä tapahtuvan käytön” rikosnimike kumottiin vuonna 2003 ja samana vuonna Unkarin rikoslain muutoksella sallittiin poikkeus ”yhteiseen” käyttöön tarkoitetun pienen erän jälleenmyyjän kohteluun (kumottu sittemmin käsitteen oikeudellisen epäselvyyden vuoksi). Vuonna 2006 Malta katsoi, ettei jälleenmyyjien kuuden kuukauden vähimmäisrangaistus ole aina asianmukainen yhteiskäytön yhteydessä, ja muutti lakia siten, että poikkeukset sallitaan.

(7) A-luokan huumeiksi luokitellaan vaarallisimpina pidetyt huumeet.

Rangaistuksia tarkasteltaessa huomataan, että enimmäisrangaistuksia tai todennäköisiä rangaistuksia henkilökohtaiseen käyttöön tarkoitetun huumausaineen hallussapidosta on alennettu monissa Euroopan maissa vuoden 2001 jälkeen – joko kaikkien huumeiden kohdalla (Viro, Kreikka, Unkari, Portugali, Suomi) tai pelkästään kannabiksen (Belgia, Luxemburg, Yhdistynyt kuningaskunta) tai vähempiriskisten huumeiden kohdalla (Romania). Kaikki maat eivät silti ole lieventäneet rangaistuksiaan tänä aikana: Ranska ja Puola päättivät jättää lakinsa muuttamatta neuvottelujen jälkeen, Tanska puolestaan kovensi ”normaalirangaistuksen” varoituksesta sakkoihin (joita sittemmin korotettiin). Italian uudessa laissa huumeidenkäyttö määriteltiin uudelleen hallinnolliseksi rikokseksi ja kannabis luokiteltiin uudelleen muiden laittomien aineiden, kuten heroiinin ja kokaiinin, kanssa samanlaisiin rangaistuksiin johtavaksi aineeksi. Yhdistyneessä kuningaskunnassa on ilmoitettu kannabiksen luokituksen tiukentamisesta vastaisuudessa.

Vaihtoehdot rangaistuksille

Muutoksissa, jotka liittyvät huumeidenkäyttäjien hoitoonpääsyyn rikosoikeuden kautta, on yleensä kaksi yhteistä tekijää. Ensinnäkin niillä kaikilla laajennetaan huumeidenkäyttäjien hoitoonohjauksen soveltamisalaa. Maiden välillä on silti eroja siinä, missä vaiheessa hoitoa tarjotaan: useimmat maat tarjoavat hoitoa tuomioistuinvaiheessa eivätkä aiemmissa vaiheissa, kun huumeidenkäyttäjä on tekemisissä poliisin tai syyttäjälaitoksen kanssa. Toisena seikkana on hoidon mahdollisuus: hoitomääräyksen noudattamatta jättäminen johtaa rikossyytteisiin, syytteen asettamiseen tai rangaistukseen liittyvien menettelyjen käynnistymiseen uudelleen.

Maat ovat ottaneet käyttöön tai laajentaneet vaihtoehtoja tai järjestelmiä, joiden puitteissa rikoksesta epäiltyjä ohjataan hoitoon tai neuvontaan vaihtoehtona vankeusrangaistuksille ja muille rangaistuksille YK:n ylimääräisen istunnon ja EU:n toimintasuunnitelman tavoitteiden mukaisesti. Irlannissa ja Maltassa huumeidenkäyttäjät voidaan nyt pidättämisen jälkeen ohjata hoitoon. Tämä pätee myös Yhdistyneessä kuningaskunnassa, jossa huumeet testaus pidätettäessä on sallittu tietyissä olosuhteissa. Irlantiin, Yhdistyneeseen kuningaskuntaan (Englantiin ja Skotlantiin) sekä Norjaan on perustettu erityisiä huumausainetuomioistuimia ja niistä keskustellaan parhaillaan Maltassa; Portugali perusti asianaajasta, lääkäristä ja sosiaalityöntekijästä koostuviin ”huumeidenkäytön vieroituslautakuntiin” perustuvan järjestelmän. Muidenkin maiden uusissa laeissa on sisällytetty jonkinlainen hoitomuoto vaihtoehtoksi

rangaistukselle. Ranskassa muut kuin huollettavat huumausainerikoksiin syyllistyneet henkilöt voivat käydä ja ostaa valistuskursseja; Espanjassa, Latviassa ja Unkarissa hoidossa olevien huumeidenkäyttäjien vapausrangaistuksia voidaan lykätä; Bulgariassa, Unkarissa, Romaniassa ja Turkissa ehdollinen rangaistus on yhdistettävissä hoitoon. Alankomaat aikoo lisätä hoidon käyttöä edellytyksenä varhaiselle vankilasta vapautumiselle. Mikäli katsotaan aiheelliseksi, tuomitut rikolliset voidaan Suomessa nykyisin ohjata avovankilaan, jos he eivät sorru uudelleen huumeisiin; Kreikassa heidät voidaan lähettää erikoishoitoyksikköön. Huumeidenkäytön hoito-ohjelmiin pääsyä on laajennettu kattamaan entistä vakavampiin rikoksiin tuomitut henkilöt Italiassa (rikokset, joista voidaan tuomita enintään kuuden vuoden vankeusrangaistukseen entisten neljän vuoden sijaan) ja Espanjassa (viiden vuoden vankeusrangaistus entisten kolmen vuoden sijaan). Belgiassa rikosoikeudenkäynnin kaikissa vaiheissa on vaihtoehtoja ohjata huumeita käyttäviä rikolliset hoitoon.

Lisää kuvauksia erilaisista hoidoista vaihtoehtona rangaistuksille ja niiden käytön yleisyydestä on luettavissa ELDD:n sivuston Topic overview ja Legal reports -kohdista ⁽⁸⁾.

Väestön suojelun tehostaminen

Viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana yleisöä on yhä laajemmin suojeltu huumeidenkäyttäjiltä rikoslainsäädännön avulla, ja samalla kun on eroteltu ”sairaksi” luokitellut käyttäjät ja ”rikollisiksi” luokitellut huumekauppiaat, myös ”käyttäjien” luokka on jaettu lainsäädännöllisesti henkilöihin, jotka aiheuttavat vahinkoa yhteiskunnan muille jäsenille, ja toisiin, jotka eivät aiheuta. Edellä kuvatut toimet, joilla on alennettu henkilökohtaisesta käytöstä rikoslain nojalla määrättäviä rangaistuksia tai tarjottu vaihtoehtoja rangaistuksille, ovat osa tätä kehitystä. Hoitovaihtoehdot ja alennetut rangaistukset ovat mahdollisia esimerkiksi sillä ehdolla, ettei käyttäjä aiheuta minkäänlaista yleistä häiriötä.

Toisaalta sellaisten rikollisten rangaistuksia on kovennettu ja rangaistusperusteita lisätty, jotka voivat aiheuttaa vahinkoa muille yhteiskunnan jäsenille. Pääosa lainsäädäntötoimista on keskittynyt ajoneuvon kuljettamiseen huumausaineen vaikutuksen alaisena (Belgia, Tšekki, Tanska, Espanja, Ranska, Latvia, Liettua, Portugali, Suomi). Irlannin, Suomen ja Norjan uusissa, työpaikkojen huumeetestejä sääntelevissä laeissa korostetaan, että testaus on sallittua ainoastaan silloin, kun huumausaineen vaikutuksesta aiheutuu huomattavaa vaaraa tai suuri riski. Huumeidenkäyttöä eri liikennemutojen yhteydessä säännellään uusilla laeilla: Irlannissa säännellään juna- ja laivaliikennettä, Latviassa veneilyä, Suomessa ilmailua. Viime vuosina on niin ikään

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>.

säädetty lakeja ja määritelty strategioita huumeista aiheutuvan yleisen häiriön ennaltaehkäisemiseksi tai siitä rankaisemiseksi (katso vuoden 2005 erityiskysymys) sekä annettu uusia valtuuksia sulkea baareja tai muita tiloja tai kieltää ihmisten pääsy niihin (Belgia, Irlanti, Alankomaat) sekä sulkea yksityisasuntoja, joissa harjoitetaan kaupallista huumausaineiden jakelua (Alankomaat) tai järjestelmällistä käyttöä (Yhdistynyt kuningaskunta). Samaan aikaan eri puolilla Eurooppaa on saatettu voimaan uusia lakeja tupakoimattomien henkilöiden suojelemiseksi tupakan haitoilta: vuodesta 2004 alkaen 24 Euroopan unionin jäsenvaltiota (eli kaikki jäsenvaltiot Kreikkaa, Unkaria ja Puolaa lukuun ottamatta) ovat kieltäneet tupakoinnin suljetuissa julkisissa tiloissa tai rajoittaneet sitä voimakkaasti. Usein kiellon rikkojille on säädetty myös huomattavia rangaistuksia.

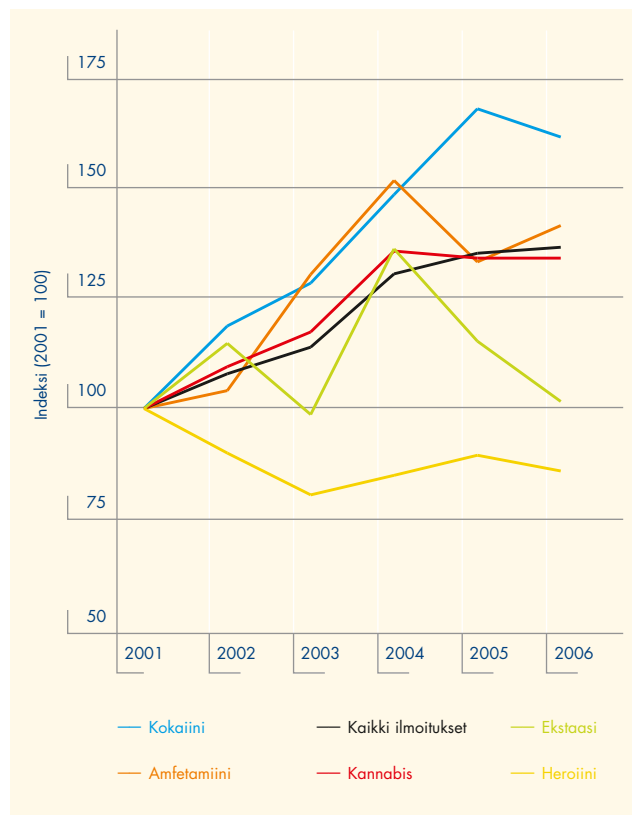
Edellä tarkastellut lainsäädännön muutokset voidaan tiivistää seuraavasti: vaikuttaa siltä, että rikosoikeudellisia seuraamuksia on lievennetty tapauksissa, joissa yksittäiseen käyttäjään ei liity raskauttavia seikkoja, mutta ikään kuin vastapainoksi on tiukennettu niiden henkilöiden rangaistuksia, joiden toiminta voi vaikuttaa yhteiskunnan muihin jäseniin. Viimeksi mainittu on osoitus siitä, että väestöä suojellaan yhä enenevässä määrin rikoslain avulla.

Huumausainerikokset

Huumausainerikokset on laaja käsite, johon voidaan sisällyttää kaikki jollain tavoin huumausaineisiin liittyvät rikokset⁽⁹⁾. Käytännössä rutiinitietoa on saatavissa Euroopassa ainoastaan huumausainelakien rikkomuksia koskevista perustason ilmoituksista, pääasiassa poliisilta. Vaikka näitä tietoja pidetäänkin yleensä epäsuorina indikaattoreina huumausaineiden käytöstä ja huumausainekaupasta, on tärkeää muistaa, että ne heijastelevat eroja maiden kansallisessa lainsäädännössä sekä tavoissa, joilla lakeja sovelletaan ja pannaan täytäntöön. Tiedot kuvastavat lisäksi eroja rikosoikeusviranomaisten prioriteeteissa ja resursseissa, joita ne myöntävät erilaisiin rikoksiin puuttumista varten. Maiden välillä on huomattavia eroja myös huumerikoksia koskevissa tietojärjestelmissä, varsinkin ilmoitus- ja kirjaamiskäytännöissä. Näiden erojen takia maiden vertailu voi olla hankalaa. Onkin järkevämpää vertailla suuntauksia kuin absoluuttisia lukuja.

Kaiken kaikkiaan EU:n jäsenvaltioissa tehtyjä huumerikoksia koskevat ilmoitukset lisääntyivät keskimäärin 36 prosenttia vuosina 2001–2006 (kaavio 2). Tietojen mukaan suuntaus on nouseva kaikissa tietoja antaneissa

Kaavio 2. Indeksoidut suuntauksien EU:n jäsenvaltioissa vuosina 2001–2006 ilmoitetuissa huumerikoksissa



Huom. Suuntauksien perustuvat kaikkien EU:n jäsenvaltioiden lainvalvontaviranomaisten ilmoittamiin tietoihin kansallisista huumerikosilmoituksista (rikosoikeudellisesti rangaistavat ja muut). Kaikki tietosarjat on indeksoitu vuoden 2001 perustason 100 ja painotettu maan väestömäärän mukaan koko EU:ta koskevan suuntauksen esittämiseksi. Suuntauksiin sisältyvissä maissa vuonna 2006 ilmoitettujen huumausainerikosten kokonaismäärät (ennen painotusta): amfetamiini, 41 069; kannabis, 550 878; kokaiini, 100 117; ekstaasi, 17 598; heroini, 77 242; kaikki ilmoitukset, 936 866. Maita, joilta puuttuvat tiedot vähintään kahdelta perättäiseltä vuodelta, ei ole otettu mukaan suuntauksen laskelmiin; kokonaissuuntaus perustuu kaikkiin EU-maihin Yhdistynyttä kuningaskuntaa lukuun ottamatta, kannabista koskeva suuntaus perustuu 18 maahan, heroinia koskeva 18:aan, kokaiinia koskeva 17:ään, amfetamiinia koskeva 12:een ja ekstaasia koskeva 13:een. Jos haluat lisätietoja menetelmästä, katso kaavio DLO-3 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset yhteyspisteet ja väestötietojen osalta Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

maissa lukuun ottamatta Bulgariaa, Kreikkaa, Latviaa ja Sloveniaa, joissa määrät olivat yleisesti ottaen laskevia viiden vuoden ajanjaksolla⁽¹⁰⁾.

Käyttö- ja kaupparikokset

Huumausainerikosten jakautuminen huumausaineiden käyttöön liittyviin rikoksiin ja huumausaineiden kauppaan (välittämiseen, salakuljetukseen, valmistukseen) liittyviin rikoksiin on edellisvuosien kaltainen. Useimmissa Euroopan maissa valtaosa rikoksista liittyy huumeiden käyttöön tai hallussapitoon käyttöä varten, Espanjassa

⁽⁹⁾ Keskustelua huumausaineiden ja rikollisuuden välisistä suhteista, katso EMCDDA (2007b).

⁽¹⁰⁾ Katso taulukko DLO-1 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

vuonna 2006 peräti 96 prosenttia rikoksista ⁽¹¹⁾. Tšekissä, Alankomaissa, Turkissa ja Norjassa suurin osa huumausainerikoksista liittyy kauppaan, ja tällaisten rikosten osuus kaikista vuonna 2006 ilmoitetusta huumausainerikoksista oli alimmillaan 52 prosenttia (Turkki) ja enimmillään 88 prosenttia (Tšekki).

Käyttörikosten määrä lisääntyi Euroopan unionissa keskimäärin 51 prosenttia vuosina 2001–2006. Kasvava suuntaus näyttää vallitsevan kahdessa kolmasosassa tietoja ilmoittaneista maista; vain Sloveniassa ja Norjassa suuntaus on ollut viisivuotiskaudella laskeva ⁽¹²⁾. Merkille on pantava niin ikään, että käyttörikosten osuus kaikista huumausainerikoksista kasvoi samaan aikaan puolessa tietoja luovuttaneista maista.

Myös huumausainekauppaan liittyvien rikosten määrä kasvoi vuosina 2001–2006, joskin huomattavasti hitaammin: Euroopan unionin keskimääräinen kasvu oli 12 prosenttia. Tällä ajanjaksolla kaupparikosten määrä kasvoi yli puolessa tietoja luovuttaneista maista ja väheni neljässä maassa (Saksa, Kypros, Alankomaat, Slovenia) ⁽¹³⁾.

Suuntaukset huumausaineittain

Kannabis oli useimmissa Euroopan maissa vuonna 2006 edelleen yleisin huume, johon tilastoidut huumerikokset liittyivät ⁽¹⁴⁾. Näissä maissa kannabikseen liittyvien rikosten osuus kaikista huumerikoksista vaihteli 36 prosentista 86 prosenttiin. Muutamissa maissa suurin osa huumausainerikoksista oli muita kuin kannabisrikoksia: Tšekissä metamfetamiinirikosten osuus oli 60 prosenttia

kaikista huumerikoksista, ja Maltassa heroiinirikosten osuus oli 41 prosenttia. Luxemburgissa huumerikokset jakautuivat miltei tasaisesti kannabiksen, heroiinin ja kokaiinin kesken.

Kannabikseen liittyvien huumerikosten määrä lisääntyi tai pysyi ennallaan vuosina 2001–2006 useimmissa maissa, joista saatiin tietoa, ja kasvua oli EU:n tasolla kaikkiaan keskimäärin 34 prosenttia (kaavio 2). Suuntaus oli kuitenkin laskeva Bulgariassa, Tšekissä (2002–2005), Italiassa ja Sloveniassa ⁽¹⁵⁾.

Kokaiinirikokset lisääntyivät vuosina 2001–2006 kaikissa Euroopan maissa paitsi Bulgariassa, Saksassa ja Slovakiassa. EU:n keskiarvo nousi 61 prosenttia samalla ajanjaksolla.

Heroiinirikosten tilanne vuosina 2001–2006 poikkeaa kannabis- tai kokaiinirikosten tilanteesta, sillä ilmoitusten määrä laski Euroopan unionissa keskimäärin 14 prosenttia pääasiassa vuosina 2001–2003. Heroiinirikosten kansallisissa suuntauksissa on kuitenkin ollut vaihtelua tarkasteluajanjakson aikana, sillä kolmasosassa maista suuntaus on nouseva ⁽¹⁶⁾.

Sekä amfetamiini- että ekstaasirikosten keskimääräinen suuntaus EU:ssa saavutti huippunsa vuonna 2004. Amfetamiinirikosten suuntaus jatkui ylöspäin (keskimääräinen lisäys 41 prosenttia vuosina 2001–2006), ekstaasirikosten keskiarvo EU:ssa vaihteli samana ajanjaksona ilman kokonaismäärän muutosta.

Lisää huumeisiin liittyvää tutkimusta

EMCDDA on kerännyt Reitoxin kansallisten yhteyspisteiden verkoston kautta yksityiskohtaista tietoa huumealan tutkimuksesta Euroopan maissa. Jäsenvaltioiden ilmoittamiin tietoihin sisältyvät kansallisten tutkimusorganisaatioiden ja rahoitusjärjestelyjen kuvaukset. Jäsenvaltiot ovat lisäksi toimittaneet luettelot tärkeimmistä vuodesta 2000 alkaen tehdyistä tutkimuksista ja maininneet tieteelliset artikkelit, lehdet ja verkkosivustot, joiden kautta niiden alueella tehdyn huumeisiin liittyvän tutkimuksen tuloksia on levitetty. EMCDDA antaa nämä ja monet muut tiedot käyttöön erilaisten jakelutuotteiden ja -kanavien kautta (katso <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

Jos haluat perusteellisempaa tietoa tästä aiheesta, katso vuoden 2008 erityiskysymys huumeisiin liittyvästä tutkimuksesta (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Euroopan komissio on antanut toimeksi perusteellisen vertailevan analyysin Euroopan unionissa tehdystä laittomien huumeiden koskevasta tutkimustyöstä. Tutkimuksen tarkoituksena on antaa yleiskuva Euroopan unionilta ja jäsenvaltioilta saatavasta rahoituksesta huumeisiin liittyvää tutkimusta varten. Se pohjautuu tutkimukseen liittyvän erityiskysymyksen tuloksiin ja laajentaa tutkimusalaan kattamaan huumeiden tarjonnan vähentämisen ja turvallisuuden. Tutkimuksessa arvioidaan jäsenvaltioiden nykyisiä tutkimuksen perusrakenteita Euroopan tasolla ja vertaillaan niitä muihin maanosiin, kuten Pohjois-Amerikkaan ja Australiaan. Tutkimuksen päätelminä esitetään suosituksia toimenpiteiksi, joilla voidaan korjata tietovajeet ja parantaa yhteistyötä Euroopassa. Siinä arvioidaan myös nykyisiä eurooppalaisia verkostoja, myös EMCDDA:n verkostoja ja Reitoxin kansallisten yhteyspisteiden verkostoa. Tutkimuksen tulokset ovat käytettävissä vuoden 2009 alkupuolella.

⁽¹¹⁾ Katso taulukko DLO-2 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹²⁾ Katso kaavio DLO-2 ja taulukko DLO-4 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹³⁾ Katso taulukko DLO-5 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁴⁾ Katso taulukko DLO-3 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁵⁾ Katso taulukko DLO-6 vuoden 2008 tilastotiedotteesta. Tarkempi analyysi kannabikseen liittyvistä rikoksista on luettavissa luvusta 3.

⁽¹⁶⁾ Katso taulukko DLO-7 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Kansallinen huumeisiin liittyvä tutkimus

Huumeongelmaa koskevaa tutkimusta tehdään kaikissa Euroopan maissa ja siitä saadaan laittomien huumeaineiden vaikutuksen kuvaamiseen ja ymmärtämiseen välttämätöntä tietoa kansallisella tasolla. Huumeisiin liittyvän tutkimuksen järjestämisestä Euroopan maissa voidaan saada yleiskuva 25 jäsenvaltion sekä Kroatian ja Norjan ilmoitusten perusteella. Koska näyttöön pohjautuvien toimenpiteiden merkitys tunnustetaan yhä laajemmin, on pantava merkille, että 21 maata ilmoitti huumeainepolitiikan perustuvan ainakin jossakin määrin tutkimustuloksiin.

Koordinointi ja rahoitus

Huumeaineisiin liittyvä tutkimus mainitaan 20 maan kansallisessa huumeainestrategiassa tai -toimintasuunnitelmassa (tietoja ilmoittaneita maita on 27). Tutkimus on mukana erillisenä aihealueena, tai siiten viitataan näyttöön perustuvan politiikan olennaisena osana. Tietoja antaneista 27 maasta 15:ssä on kansallisen tason rakenteet huumeaineisiin liittyvän tutkimuksen koordinoimiseksi. Vain viisi maata ilmoitti, ettei huumeaineisiin liittyvää tutkimusta mainita niiden kansallisissa strategioissa tai ettei vastaavaa kansallista koordinoitirakennetta ole.

Jäsenvaltioiden ilmoitusten mukaan valtio on huumeaineisiin liittyvän tutkimuksen päärahoituslähde joko yleisten tutkimusohjelmien tai huumeitutkimusohjelmien muodossa. Terveys- ja sosiaalialojen tieteet ovat yleistutkimuksen pääasialliset alat, joilta on mahdollista saada rahoitusta huumeaineisiin liittyvään tutkimukseen. Erityisesti huumeaineisiin liittyvään tutkimukseen tarkoitettua rahoitusta voi olla saatavana kansallisilta huumeainealan koordinoitielimiltä (Tšekki, Espanja, Ranska, Luxemburg, Unkari, Puola, Portugali, Norja). Kummankin tyyppisissä rahoitusohjelmissa laittomia huumeita koskeva tutkimus kytketään muiden riippuvuuskien tutkimukseen, esimerkkeinä alkoholi-, tupakka- ja peliriippuvuus. Rahoitus perustuu useimmiten tutkimustoimeksiantoja koskeviin sopimuksiin tai puiteohjelmiin, joihin tutkijat hakevat. Muita ilmoitettuja rahoituslähteitä ovat säätiöt, tiedeakatemit, yksityiset laitokset, huumeidenvastaisen työn erityisrahastot, Euroopan komissio ja Yhdistyneet Kansakunnat.

Rakenteet ja hankkeet

Valtaosa maista ilmoitti, että tutkimusta tehdään pääosin yliopistoissa ja korkeakouluissa sekä erikoistuneissa keskuksissa, joista osassa on myös kansallinen

yhteyspiste. Seuraavina mainittiin julkiset ja yksityiset tutkimuskeskukset. Osa maista (Saksa, Espanja, Portugali) ilmoitti kansallisista tutkimusverkostoista. Näillä voi olla tärkeä tehtävä tutkimuksen järjestämisessä ja rahoittamisessa, ja ne voivat edistää tutkimuksen ja käytännön välisiä suoria yhteyksiä.

Jäsenvaltioissa vuodesta 2000 alkaen tehdyistä merkittävistä tutkimuksista yli puolet koski epidemiologian alaa ja noin kolmannes soveltavaa tutkimusta (pääosin ehkäisy- ja hoitotoimenpiteiden arviointia). Lisäksi tutkimuskohteina mainittiin huumeidenkäytön taustatekijät, riskit ja suojatekijät, huumeidenkäytön seuraukset, huumeiden vaikutusmekanismit ja haittavaikutukset.

Huumeaineisiin liittyvää tutkimusta rajoittavia tekijöitä ilmoitettiin useista maista. Havaittuja ongelmia olivat organisatoriset seikat, kuten koordinoinnin puute ja hajanaiset resurssit (Saksa, Ranska, Itävalta), pätevän tutkimushenkilöstön puute (Latvia, Unkari) sekä menetelmälliset seikat (tietosuojakysymykset, piilopopulaatioiden vaikea tavoitettavuus, tutkimushankkeiden jatkuvuuden puute). Monet maat mainitsevat huumeainetutkimukseen käytettävissä olevan rahoituksen vähyyden tärkeäksi rajoittavaksi tekijäksi (Belgia, Kreikka, Puola, Romania, Suomi).

Tietojen levittäminen

Kaikkiaan löydettiin 25 huumeainealaan erikoistunutta eurooppalaista vertaisarvioitua julkaisua, jotka ilmestyvät yhteensä 11 muulla kielellä kuin englanniksi. Valtaosassa näistä kansallisista aikakausjulkaisuista julkaistaan englanninkielisiä tiivistelmiä ja myös ulkomaalaisten tekijöiden kirjoituksia julkaistaan niissä mielellään. Laittomien huumeaineiden ja riippuvuuksiin erikoistuneiden julkaisujen ohella artikkeleita laittomasta huumeidenkäytöstä ilmestyy myös monien muiden tieteenalojen vertaisarvioituissa julkaisuissa ja ammattilehdissä. Vuonna 2006 huumeainealan tutkimustuloksia julkaistiin yli sadassa tällaisessa eurooppalaisessa julkaisussa. Muilla julkaisuilla, kuten kansallisten yhteyspisteiden julkistamilla tiedoilla, on niin ikään tärkeä merkitys tietojen levittämisessä.

Reitoxin kansalliset yhteyspisteet hoitavat tärkeää tehtävää levittäessään tutkimustuloksia kaikkiin tietoihin antaviin maihin pääasiassa kansallisten raporttiansa muodossa.



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. Tässä arvioituihin toimenpiteisiin kuuluvat ehkäisevä huumetyö, hoito, haittojen vähentämien ja sosiaalinen kuntoutus, jotka yhdessä muodostavat kattavan kysyntää vähentävän järjestelmän. Luvussa arvioidaan niin ikään vankiloissa olevien huumeidenkäyttäjien tarpeita ja reagointia niihin tässä käsiteltäviltä osin. Lisäksi käsitellään lyhyesti tulevia seurannan haasteita huumausainepolitiikan toisella osa-alueella eli huumeiden tarjonnan vähentämisen alalla.

Ehkäisevä huumetyö

Ehkäisevä huumetyö voidaan jakaa eri tasoihin tai strategioihin, jotka vaihtelevat ympäristöön vaikuttavista toimista aina kohdennettuun ehkäisyyn. Ihannetapauksessa nämä alat eivät kilpaile keskenään vaan täydentävät toisiaan. Seuraava Euroopan nykytilanteen ja suuntausten kuvaus perustuu EMCDDA:lle vuonna 2007 ilmoitettuihin yleisen ja valikoidun ehkäisytöiden tarjontaa koskeviin laadullisiin tietoihin ⁽¹⁷⁾ sekä kohdennettua ehkäisevää huumetyötä koskevaan tutkimuskirjallisuuteen (EMCDDA, 2008f).

Yleinen ehkäisevä huumetyö

Koulujen yleisen ehkäisevän huumetyön tavoitteet näyttävät muuttuneen Euroopassa viime vuosina. Vuonna 2007 useimmiten mainittu ehkäisytöiden tavoite oli elämäntaitojen kehittäminen (12 raportoivaa maata 28:sta), mutta vuonna 2004 puolet maista (13 maata 26:sta) ilmoitti päätavoitteikseen tietoisuuden lisäämisen ja tietojen tarjoamisen. Suojaavan kouluympäristön luominen eräänlaisena rakenteellisena toimenpiteenä mainittiin niin ikään päätavoitteena useammin vuonna 2007 (kuusi maata) kuin vuonna 2004 (neljä maata). Ilmoitetuissa tavoitteissa tapahtuneet muutokset voivat olla osoitus entistä järkipäisemmän ja näyttöön perustuvan lähestymistavan omaksumisesta, mutta on epäselvää, missä määrin tavoitteiden muuttuminen vastaa käytännön tarjontaa.

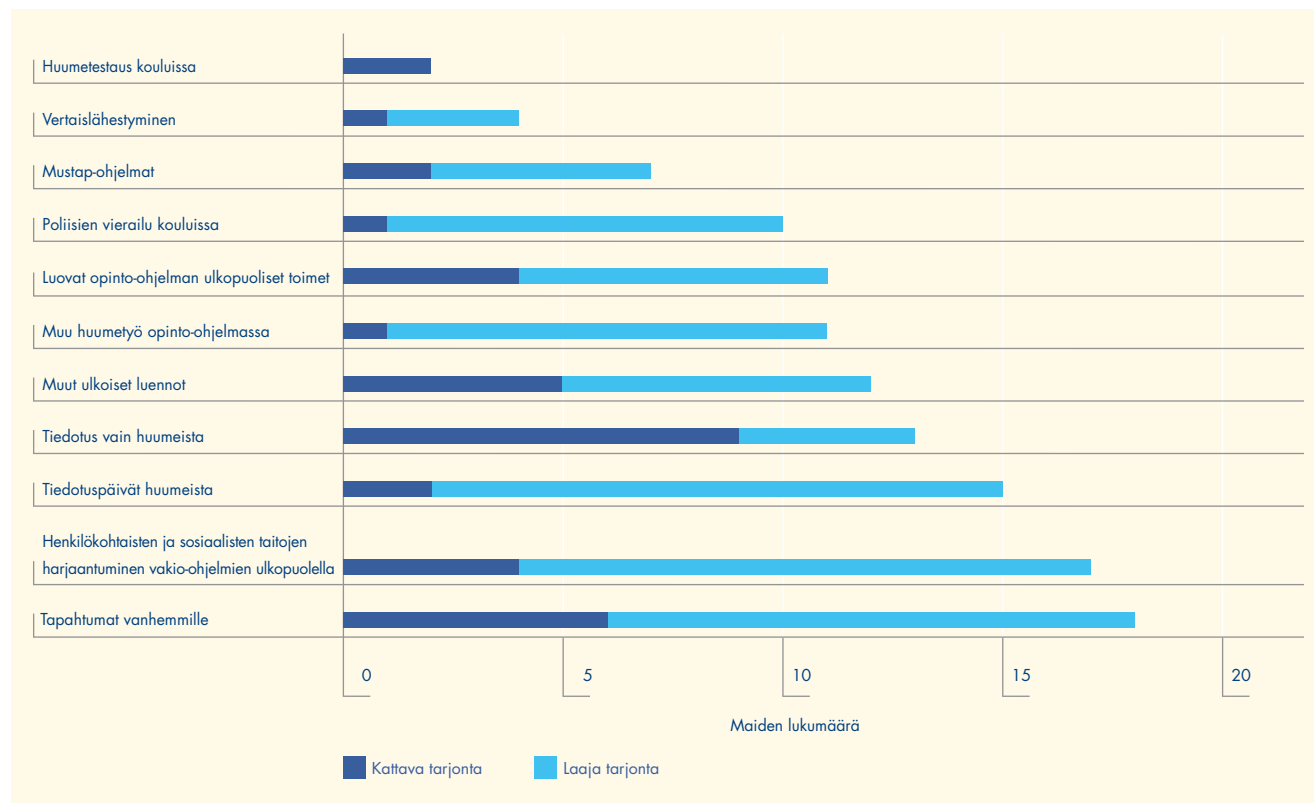
Tehokkaampi huumetarjonnan vähentämisen seuranta

Huumeiden tarjonnan vähentäminen voidaan määritellä kattamaan kaikki toiminta, jonka tavoitteena on estää laittomia huumausaineita päätyästä niiden käyttäjille. Sen välineinä voivat olla kansainväliset yleissopimukset, EU:n ja jäsenvaltioiden lainsäädäntö ja politiikka sekä toiminta, jolla torjutaan laittomien huumausaineiden tuotantoon ja salakuljetukseen liittyviä prosesseja ja niihin osallistuvia toimijoita sekä laittomien aineiden (lääkkeiden, lähtökemikaalien) sieppaamista laittomiin tarkoituksiin tai niiden laitonta valmistusta sekä huumerahan pesua. Lainvalvontatoiminta, vaihtoehtoiset kehitysaloitteet ja hankkeet huumerikollisuuden torjumiseksi vaikuttavat kaikki laittomien huumausaineiden tarjonnan vähentämiseen. Seuranta ja analysointi ovat kysynnän vähentämisen tavoin tärkeänä tukena toiminnalle ja sen arvioinnille.

Tiedot, joita on hiljattain kerätty EU:n huumausaineita koskevan toimintasuunnitelman vuotuisten tilannearvioiden ja UNGASS-arvioinnin (katso luku 1) puitteissa, osoittavat, että tarjonnan vähentämisen toimenpiteitä koskevien tietojen saatavuus on vaihteleva. Kansainvälisiin hankkeisiin liittyvät toimet dokumentoidaan yleensä hyvin, mutta kansallisen tason toimintaa koskevia tietoja on usein vaikea saada ja vertailla. Euroopan komissio, Eurostat, Europol ja EMCDDA pyrkivät parantamaan tilannetta seuraavan EU:n huumeita koskevan toimintasuunnitelman (2009–2012) yhteydessä. Nykyisiä käsitekehyksiä ja tietojärjestelmiä sekä jäsenvaltioiden tarjonnan vähentämiseen tähtäävän toiminnan seurannan ja analysoinnin mahdollisia tietolähteitä on arvioitava uudelleen. Tarvitaan myös parempi näkemys huumemarkkinoista, erityisesti tarjonta- ja jakelujärjestelyistä niin taloudelliselta kuin sosiaaliseltakin kannalta. Kahdessa Euroopan komission rahoittamassa tutkimuksessa selvitetään huumausaineiden tarjonnan vähentämisen tietojärjestelmiä ja -lähteitä sekä kansainvälisiä huumemarkkinoita.

Vanhemmille järjestetyt tapahtumat ja yksinomaan tiedotukseen keskittyvät strategiat (tiedotuspäivät, asiantuntijoiden tai poliisin vierailu kouluissa) kuuluvat useimpien jäsenvaltioiden mainitsemiin koulujen ehkäisytöiden toimiin (kaavio 3). Näiden toimenpiteiden tehokkuudesta ei ole tietoa. Vain muutamat maat ovat ilmoittaneet selkeämmin näyttöön perustuvista toimenpiteistä. Tällaisia

⁽¹⁷⁾ Tiedot on saatu jäsenvaltioiden kansallisilta asiantuntijoilta.

Kaavio 3. Useimmin käytetyt toimenpidetyypit yleisessä koululähtöisessä ehkäisytyössä

Huom. Mustap = monivaiheiset, vakioidut ohjelmat, joissa käytetään painettua aineistoa.
Lähde: Reitoxin kansalliset yhteyspisteet.

ovat vakimuotoiset ohjelmat, vertaislähestyminen tai erityisesti poikiin kohdistetut toimenpiteet. Kaikkien tarkoituksena on parantaa viestintätaitoja ja valmiuksia konfliktien, stressin tai turhaumien käsittelyyn tai korjata normatiivisia väärinkäsityksiä huumeidenkäytöstä. Heikkoon tai olemattomaan näyttöön perustuvien toimenpiteiden yleinen vallitsevuus voi johtua siitä, että näihin toimiin tarvitaan vähemmän resursseja ja vähemmän henkilöstökoulutusta.

Erityisesti huumeidenkäyttöön kohdistuvien toimien lisäksi kouluissa tapahtuu myös rakenteellista ehkäisytyötä. Rakenteellisilla toimenpiteillä pyritään luomaan suojaavia ja normatiivisia sosiaalisia ympäristöjä ja vaikuttamaan nuorten huumeidenkäyttöä koskeviin valintoihin (Toumbourou *et al.*, 2007). Tämä lähestymistapa sopii myös yleiseen ehkäisy politiikkaan, jossa annetaan yhä tiukempia määräyksiä tupakan ja alkoholin käytöstä kouluissa. Niinpä 20 maata ilmoitti täydellisestä tupakointikiellosta kaikissa kouluissa, ja 18 maata ilmoitti koulujen kattavasta tai laajasta huumeepoliittisesta ehkäisytyön tarjonnasta ⁽¹⁸⁾. Erityisesti Keski- ja Länsi-Euroopan jäsenvaltiot ilmoittivat toteuttaneensa rakenteellisia toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on

vähentää tupakan ja alkoholin käyttöä kouluissa. Näitä ehkäisytoimia voidaan täydentää muilla rakenteellisilla toimilla, esimerkkeinä koulurakennusten ja kouluelämän suunnittelun kohentaminen.

Perheisiin kohdistuva ehkäisytyö on toinen laajalti käytössä oleva lähestymistapa. Yksitoista maata ilmoitti tarjoavansa kattavasti tai laajasti perhetapaamisia ja -iltoja. Koulujen ehkäisytyön tapaan perheisiin kohdistuva ehkäisytyö näyttää keskittyvän pääasiassa tiedottamiseen. Tutkimuksessa johdonmukaisen tehokkaaksi osoittautunut (Petrie *et al.*, 2007) lähestymistapaa eli tehokasta neuvontaa ja koulutusta perheille tarjotaan vähän, vain seitsemän maata ilmoitti merkittävästä tarjonnasta.

Valikoiva ehkäisevä huumeystyö

Valikoiva ehkäisevä huumeystyö perustuu sosiaalisiin ja väestöllisiin indikaattoreihin, kuten työttömyys-, rikollisuus- ja irtolaisuustietoihin. Se kohdistuu erityisryhmiin, perheisiin tai kokonaisiin yhteisöihin, joiden jäsenet voivat muita todennäköisemmin ryhtyä käyttämään huumeita tai joutua huumeriippuvaisiksi vähäisten sosiaalisten siteiden ja resurssien vuoksi.

⁽¹⁸⁾ Laaja tarjonta: interventio tarjotaan valtaosassa kohteita, joissa kohdepopulaation koko riittää sen toteutukseen. Kattava tarjonta: interventio tarjotaan lähes kaikissa kohteissa, joissa kohdepopulaation koko riittää sen toteutukseen.

Kolmesta maasta ilmoitti, että enin osa niiden perhekeskeisestä ehkäisytyöstä on valikoivaa. Perheiden merkittäviin riskiolosuhteisiin puututaan Euroopassa kuitenkin harvoin. Tietoja antaneista 30 maasta ainoastaan seitsemän ilmoitti tarjoavansa kattavasti tai laajasti eri aineiden käyttöön liittyviä toimenpiteitä perheille, ja viisi ilmoitti tarjoavansa toimenpiteitä perheiden konflikteihin ja laiminlyönteihin. Lisäksi neljä maata ilmoitti seuraavista toimenpidelajeista: muita heikompaan sosiaaliseen asemaan (esimerkiksi työttömyyteen) puuttuminen, rikosoikeudellisissa ongelmissa auttaminen ja etnisten vähemmistöjen marginalisoituneiden perheiden auttaminen. Lisäksi ainoastaan kolmessa maassa otetaan huomioon mielenterveysongelmista kärsivien perheiden tarpeet.

Haavoittuvimpien nuorten ryhmien, esimerkiksi nuorisorikollisten, asunnottomien, irtolaisten, muita heikommassa asemassa olevien nuorten ja vähemmistönuorten, riskiolosuhteisiin puututaan myös harvoin asian kasvavasta poliittisesta merkityksestä huolimatta. Vuodesta 2004 alkaen yhä useamman maan huume politiikassa mainitaan nämä ryhmät ehkäisytyön ensisijaisina kohteina, mutta ilmoitettu toimenpiteiden tarjonta ei ole kasvanut tänä aikana. Yksityiskohtaiset tiedot aiheesta on esitetty vuoden 2008 erityiskysymyksessä heikoimmassa asemassa olevista nuorista.

Kohdennettu ehkäisevä huumetyö

Kohdennetun ehkäisytyön tarkoituksena on havaita henkilöt, joiden käyttäytymisongelmat tai psykiset ongelmat voivat ennakoita aineiden ongelmakäyttöä myöhemmällä iällä, ja kohdentaa heihin henkilökohtaisesti erityisiä toimenpiteitä. Tällaiseen kohderyhmään kuuluvat koulupudokkaat ja psykiatrisista häiriöistä kärsivät henkilöt, epäsosiaalisesti käyttäytyvät tai henkilöt, joissa havaitaan varhain huumeidenkäytön merkkejä. Hiljattain julkaistussa raportissa (EMCDDA, 2008f) esitellään ongelmien kehittymistä käsitteleviä pitkittäistutkimuksia, neurologisia käyttäytymistutkimuksia ja uutta tietoa aivojen sopeutuvuudesta ja välittäjäaineiden roolista sekä käsitellään jäsenvaltioiden ilmoittamia ehkäisytyön toimenpiteitä.

Käyttäytymisongelmaiset lapset, joilla on esimerkiksi yhtä aikaa tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö ja käyttäytymishäiriö, ovat vaarassa ajautua aineiden ongelmakäyttöön. Varhainen puuttuminen käyttäytymishäiriöiden lasten ongelmiin edellyttää tiivistä yhteistyötä lääkintä-, sosiaali- ja nuorisotyöviranomaisten kesken. Esimerkiksi Saksan ”moniosaisessa hoitokonseptissa” yhdistetään vanhempien ja hoitajien neuvonta, samanaikainen lääketieteellinen, psykoterapeuttinen ja psykososiaalinen tuki sekä koulutuksellinen

Huumeet ja riskialttiit nuoret – EMCDDA:n vuoden 2008 erityiskysymys

Tiettyihin ryhmiin kuuluvilla nuorilla on riski syrjäytyä, ja tähän saattaa liittyä kasvanut huumeidenkäytön ja huumeidenkäyttöongelmien todennäköisyys. Keskittämällä huumeidenkäytön ja huumehaittojen vähentämiseen tähtääviä toimenpiteitä tiettyihin ryhmiin voidaan lisätä mahdollisuuksia täyttää näiden ryhmien tarpeet, jolloin myös toimenpiteen onnistumisen todennäköisyys kasvaa.

Tässä erityiskysymyksessä tarjotaan perusteellista tietoa tiettyjen ryhmien riskitekijöistä ja alttiutusprofiileista sekä tarkastellaan niiden huumeidenkäyttöä ja huumeisiin liittyviä ongelmia. Siinä tutkitaan myös, mitä seurauksia on koulupinnauksesta, opinnoissa epäonnistumisesta, sosiaalisesti epäedullisesta asemasta, perheongelmista ja rikollisuudesta aiheutuvalta alttiudella. Siinä käsitellään myös riskialttiiden ryhmien huumeidenkäyttöön ja huumeongelmiin kohdistettavia erityistoimenpiteitä, kuten lainsäädäntöä, ennaltaehkäisyä ja hoitoa.

Tämä erityiskysymys on saatavissa painetussa muodossa ja internetissä vain englanniksi (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

tuki lastentarhassa tai oppilaitoksessa. Irlannin lähestymistavasta, joka sisältää nuorille kohdennettua koulutusta ja psykologista neuvontaa erityisesti kehityshäiriöiden ennaltaehkäisemiseksi kouluissa, oppilaitoksissa ja perheessä, on saatu yleisesti myönteisiä arviointituloksia. Alankomaissa tutkittiin alakouluikäisten (8–13-vuotiaiden) nuorten häiriökäyttäytymisen hoidon pitkäaikaisia ennalta ehkäiseviä vaikutuksia ja havaittiin, että manualisoitu käyttäytymisterapia antoi huomattavasti paremmat seurantalokset tupakoinnin ja kannabiksen käytön suhteen kuin tavanomainen hoito (Zonneville-Bender *et al.*, 2007).

Toimenpiteiden tehokkuus ja riskit

Huumeidenkäyttö lasten keskuudessa ja perheissä on edelleen kohdennetun ehkäisyn painopistealue Euroopassa. Monet tutkimukset, joissa selvitettiin aineiden käyttöön ajautumista ennakoivia sosiaalisia ja neurobehavoraalaisia ennustimia, osoittavat, että myös muu kuin huumeaineisiin kohdistuva ennalta ehkäisevä työ voi vaikuttaa huumeidenkäyttöön. Sekä valikoidulla että kohdennetulla ehkäisytyöllä voidaan vähentää varhaisen kehityksellisen haitan vaikutusta sekä sen johtamista sosiaaliseen marginalisoitumiseen ja tämän jälkeen ajautumiseen aineiden väärinkäyttäjiksi. Monet tutkimukset ovat osoittaneet, että varhaiskouluvuosiensa aikaiset toimenpiteet, joilla parannetaan koulutusympäristöä ja vähennetään

EMCDDA:n parhaiden käytäntöjen portaali

EMCDDA on käynnistänyt tänä vuonna internetissä ensimmäisen osan parhaiden käytäntöjen portaalista huumeisiin liittyviä toimenpiteitä varten (ehkäisytyö, hoito, haittojen vähentäminen ja sosiaalinen kuntoutus). Portaali tarjoaa katsauksen uusimpaan näyttöön eri toimenpiteiden tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta ja esittelee välineitä ja normeja toimenpiteiden laadun parantamiseksi sekä esimerkkejä arvioituista käytännöistä eri puolilla Eurooppaa. Se on tarkoitettu huumealan lääkäreille, poliittisille päättäjille ja tutkijoille, ja se on painopisteeltään vahvasti yleiseurooppalainen.

Portaalin ensimmäisessä osassa keskitytään yleiseen ehkäisevään huumetyöhön, erityisesti näyttöön tehokkuudesta vuodesta 2000 lähtien julkaistujen lukuisten arvioiden pohjalta. Jos haluat lisätietoja tuloksista, katso <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>.

Portaali tarjoaa tietoa lukuisten toimenpiteiden tehokkuudesta, mutta on huomattava, että näytön perusta on usein suppea ja että eri toimenpiteiden valitseminen edellyttää varovaisuutta. Lisäksi on epävarmaa, miten tietyt toimenpiteet toimivat eri ympäristöissä, koska kontrolloiduissa tutkimuksissa mitataan ohjelmien tehokkuutta. EMCDDA:n tietopankin uusi versio, joka on käytettävissä portaalissa, sisältää esimerkkejä eri maissa ja ympäristöissä arvioituista toimenpiteistä, ja siitä voi olla lisähyötyä.

syrjäytymistä, vähentävät niin ikään myöhempää aineiden käyttöä (Toumbourou *et al.*, 2007).

Koululähtöisen ehkäisytyön yleistä tehokkuutta on epäilty (Coggans, 2006; Gorman *et al.*, 2007). Viimeaikaisten kirjallisuustutkimusten ⁽¹⁹⁾ mukaan tietyt koululähtöisen ehkäisytyön osa-alueet, kuten keskittyminen normatiivisiin uskomuksiin ja elämäntaitoihin, näyttävät olevan tehokkaita. Esimerkiksi koululähtöisen ehkäisyohjelman kehittämistä ja arviointia koskevasta, Euroopan komission osarahoittamasta satunnaistetusta kontrolloidusta EU-Dap-tutkimuksesta on raportoitu myönteisiä tuloksia ⁽²⁰⁾. Seurantatutkimuksessa havaittiin, että ohjelman vaikutukset pysyivät muuttumattomina vielä 15 kuukauden kuluttua toimenpiteestä ja että humaltumisen ja kannabiksen käytön tiheys oli tutkimukseen osallistuneilla entistä harvinaisempaa. Tutkimuksessa käytetyssä ”Unplugged”-nimisessä ohjelmassa kyseenalaistettiin vakiintuneet käsitykset aineiden käytön hyväksymisestä ja uskomukset aineiden käytön yleisyydestä nuorten keskuudessa.

Ehkäisytyön on oltava paitsi tehokasta myös turvallista — haittavaikutusten on jätävä mahdollisimman vähiin. Kielteisten vaikutusten riskejä on siis harkittava tarkkaan

suunniteltaessa ja arvioitaessa toimenpiteitä. Tämä on erityisen tärkeää yleisessä koululähtöisessä ehkäisytyössä, joka kohdistuu laajaan ja sekalaiseen kohdeväestöön. Esimerkiksi Euroopassa yleinen lähestymistapa, jossa vain jaetaan tietoja huumeiden vaikutuksista, on ensinnäkin tehoton, ja lisäksi siitä saattaa aiheutua epäsuotavia vaikutuksia (Werch ja Owen, 2002). Sama koskee joukkotiedotusvälineissä järjestettäviä kampanjoita, jotka voivat voimistaa taipumusta aineiden käyttöön ⁽²¹⁾.

Yksi tapa varmistaa, että ehkäisyohjelmat perustuvat näyttöön ja että epäsuotavien vaikutusten riski on mahdollisimman pieni, on kehittää normit ehkäisyhankkeiden toteuttamista ja sisältöä varten. Niiden jäsenvaltioiden määrä, jotka ovat ilmoittaneet hankkeiden suunnittelua ja arviointia koskevista normeista, on lisääntynyt kolmesta yhdeksään vuosina 2004–2007. Useat jäsenvaltiot ilmoittavat, että ne valmistelevat sertifiointiprosesseja ohjelmien laadun ja julkisten varojen tehokkaan käytön takaamiseksi (Tšekki, Unkari, Puola, Portugali). Esimerkiksi Tšekissä ehkäisytyön sertifiointi on edellytys valtion talousarviosta maksettavien tukien saamiseksi.

Hoito

Tässä osiossa luodaan yleiskatsaus huumeaineiden käyttäjien hoitoon Euroopassa ja kuvataan palvelujen organisointia ja tarjontaa.

Organisointi

Huumeidenkäyttäjien hoitopalveluja tarjoaa EU:ssa yleensä julkinen sektori, vaikka kansalaisjärjestöillä voikin olla yhtä suuri rooli (seitsemän jäsenvaltiota), tai ne voivat olla hoitopalvelujen pääasiallisia tarjoajia (viisi jäsenvaltiota). Yleislääkäreillä on niin ikään tärkeä asema, ja eräissä maissa he ovat korvaushoidon keskeisiä tarjoajia. Joissain maissa myös yksityinen sektori voi osallistua hoitoon, pääasiassa laitoshoitoon. Huumeihoidon rahoitus on joka tapauksessa valtaosaltaan peräisin julkisista varoista, tai se on kytketty sosiaali- tai terveysturvakuutukseen.

Tarjonta

Huumehoitoa annetaan eri ympäristöissä: sekä avo- että laitoshoidossa, yleislääkärien vastaanotoilla, matalan kynnyksen virastoissa ja laitoksissa. Avohoito ja siihen liittyvä yleislääkärin hoito ovat Euroopassa yleisin huumeidenkäyttäjien hoitomuoto pääasiassa siksi, että korvaushoitoa annetaan yleensä tässä hoitoasetelmassa. Huumeidenkäyttäjät, jotka aloittavat avohoidon, ovat hoidon kysynnän indikaattorin uusimpien tietojen mukaan

⁽¹⁹⁾ Katso parhaiden käytäntöjen portaali (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>.

⁽²¹⁾ Katso tämän raportin luku 3 ja vuoden 2007 vuosiraportti.

keskimäärin noin 30-vuotiaita ja valtaosin miehiä ⁽²²⁾. Noin kolmannes hakeutuu hoitoon itse, rikosoikeusjärjestelmän kautta lähetetään hoitoon nyt 22 prosenttia ja vastaisuudessa tätäkin enemmän. Loput aloittavat hoidon sosiaali- ja terveyspalvelujen läheteellä tai epävirallisten verkostojen kautta ⁽²³⁾.

Puolet avohoitoasiakkaista ilmoitti käyttävänsä ensisijaisesti opioideja, 21 prosenttia kannabista ja 16 prosenttia kokaiinia. Muiden huumeiden kuin opioidien aiheuttamien ongelmien takia hoitoon tulevien asiakkaiden, varsinkin uusien asiakkaiden, lisääntyminen voi liittyä kannabiksen ja kokaiinin käyttäjien hoidon saatavuuden parantumiseen monissa jäsenvaltioissa sekä näihin huumeisiin hoitoa etsivien käyttäjien määrän kasvuun (katso luvut 3 ja 5). Tästä huolimatta erityisesti muiden huumeiden kuin opioidien käyttäjien tarpeisiin suunnattujen palvelujen yleinen saatavuus on heikko.

Laitoshoidon annetaan yleensä hoitoyhteisöissä, psykiatrisissa sairaaloissa ja keskussairaaloiden erikoisosastoilla. Tarjotut palvelut vaihtelevat lyhytkestoisesta vieroituksesta pitkäaikaiseen psykiatriseen hoitoon ja huumeista pidättäytymiseen perustuviin ohjelmiin. Laitoshoidon voi soveltaa erityisen hyvin monenlaista hoitoa tarvitseville huumeidenkäyttäjille, joilla on samanaikaisia fyysisen ja henkisen terveyden ongelmia. Laitoshoidon asiakkaat ovat keskimäärin samanlaisia kuin avohoitoasiakkaat eli noin 30-vuotiaita, pääosin miehiä ja hoitoon pääasiassa opioidien käytön vuoksi hakeutuvia. ⁽²⁴⁾ Useimmissa maissa, joista tietoa on saatavissa ⁽²⁵⁾, työttömien ja epävarmoissa oloissa asuvien huumeidenkäyttäjien osuus on kuitenkin suurempi laitoshoidon asiakkaissa kuin avohoidossa.

Huumehoidossa on perinteisesti keskitytty opioidienkäyttäjiiin, ja he ovatkin edelleen suurin hoidettava ryhmä. Valtaosassa jäsenvaltioita psykososiaaliseen hoitoon yhdistetty korvaushoito on vallitseva opioidienkäyttäjien hoitomuoto. Sen jälkeen kun Kyproksessa otettiin käyttöön suuriannoksinen buprenorfiinihoito vuonna 2007, korvaushoitoa on saatavissa kaikissa jäsenvaltioissa sekä Kroatiassa ja Norjassa ⁽²⁶⁾. Turkissa korvaushoitoa ei ole vielä otettu käyttöön, vaikka se on sallittu hoitokeskuksista vuonna 2004 annetussa asetuksessa. Metadonin jälkeen buprenorfiini on toiseksi yleisimmin määrätty opioidikorvike, ja sen käyttö opioidiriippuvuuden hoitoon on lisääntynyt viime vuosina (katso luku 6). Nyt se on saatavissa hoitovaihtoehtona kaikissa muissa jäsenvaltioissa paitsi Bulgariassa, Unkarissa ja Puolassa. Vuonna 2006 arvioitiin 594 000 opioidinkäyttäjän saavan korvaushoitoa

Euroopassa. Nousua edellisvuodesta oli tapahtunut 16 maassa kaikkiaan 22:sta tietojen luovuttaneesta valtiosta.

Haittojen vähentäminen

Huumeusainoiden aiheuttamien haittojen ehkäisy ja vähentäminen on kansanterveystavoite kaikissa jäsenvaltioissa sekä EU:n huumeusainestrategiassa ja toimintasuunnitelmassa (Euroopan komissio, 2007a). Alan päätoimia ovat opioidien korvaushoito sekä neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat, joilla pyritään vähentämään yliannostuskuolemia ja tartuntatautien leviämistä. Näitä toimia ilmoitettiin tarjottavan kaikissa maissa paitsi Turkissa (katso myös luvut 6 ja 8), ja vaikka palvelutarjonnan valikoimassa ja määrässä on tuntuja eroja, Euroopassa on yleisenä suuntauksena haittoja vähentävien toimenpiteiden lisäys ja vakiinnuttaminen.

Lisäksi useimmat maat tarjoavat erilaisia terveydenhoito- ja sosiaalipalveluja matalan kynnyksen keskuksissa. Osa maista on kuitenkin ilmoittanut, että haittojen torjuntaan liittyvien toimenpiteiden toteutus on viivästynyt poliittisen tuen puutteessa. Kreikassa matalan kynnyksen palvelujen ja korvaushoidon laajentaminen on pysähtynyt, Puolan ja Romanian neulan- ja ruiskunvaihto-ohjelmia supistettiin vuonna 2006 ulkoisen rahoituksen loputtua, ja Kyproksen ainut neulan- ja ruiskunvaihto-ohjelma ei ole saanut virallista tukea. Unkarissa, jossa vaihto-ohjelmat ja kientätyö ovat tähän asti kasvaneet, hoidon ulkopuolelle jääneen väestön keskuudessa tehty tutkimus viittaa siihen, että tarjonta on edelleen riittämätöntä ja kynnys hoitoon pääsyyn korkea.

Baltian maiden ja Romanian erityisen HIV/aids-profiilin vuoksi kansainväliset lahjoittajat ovat edelleen tärkeässä asemassa näissä maissa. Taloudellista tukea haittojen vähentämistoimintaan antavat HIV:n/aidsin, tuberkuloosin ja malarian vastaisen taistelun maailmanlaajuinen terveysrahasto, ja Virossa, Latviassa ja Liettuaissa UNODC on äskettäin käynnistänyt hankkeen, joka koskee HIV:n/aidsin ehkäisyä ja hoitoa suonensisäisiä huumeita käyttävien keskuudessa ja vankiloissa.

Osa jäsenvaltioista on hiljattain selvittänyt haittojen vähentämistoimenpiteiden käyttöönoton seurauksia. Ranskassa havaittu kuolleisuuden aleneminen huumeidenkäyttäjien keskuudessa tapahtui samaan aikaan kuin virusten kolmoishoidon käyttöönotto, haittojen vähentämispoliittikan kehittäminen ja opioidien korvaushoitotulojen saatavuus. Espanjassa suonensisäisiä huumeita käyttävien väheneminen ja helppo pääsy metadoniylläpitoon yhdistettiin tartuntatautien ja

⁽²²⁾ Katso taulukot TDI-10 (osa iii) ja TDI-21 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽²³⁾ Katso taulukko TDI-16 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽²⁴⁾ Katso taulukot TDI-10 (osa vi) ja TDI-21 (osa iv) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽²⁵⁾ Katso taulukot TDI-13 ja TDI-15 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽²⁶⁾ Katso taulukot HSR-1 ja HSR-2 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

huumekuolemien vähenemiseen huumeidenkäyttäjien keskuudessa (De la Fuente *et al.*, 2006). Portugalista saatavissa olevien tietojen perusteella tartuntatautien määrä on kääntynyt laskuun, minkä voidaan katsoa johtuvan ainakin osittain haittojen vähentämiseen ja hoitoon tähtävien toimenpiteiden paremmasta saatavuudesta.

Sosiaalinen kuntoutus

Hoidossa olevien huumeidenkäyttäjien keskuudessa työttömyys ja kodittomuus ovat yleisiä. Näitä haittatekijöitä näyttää esiintyvän muita laajemmin myös tietyissä käyttäjäryhmissä, erityisesti naisilla, heroisiin ja crackin käyttäjillä, etnisiin vähemmistöihin kuuluvilla henkilöillä ja samaan aikaan psykiatrisista ongelmista kärsivillä henkilöillä.

Sosiaalinen kuntoutus tunnustetaan olennaiseksi osaksi kattavaa huumeusainestrategiaa ja sitä voidaan toteuttaa missä tahansa huumeidenkäytön vaiheessa ja erilaisissa olosuhteissa. Sosiaalisen kuntoutuksen päämäärään voidaan päästä valmiuksia parantamalla, sosiaalisia taitoja kohentamalla, työllisyyttä helpottavilla ja edistävillä toimenpiteillä sekä tarjoamalla asunto tai parempi asunto. Käytännössä kuntoutuspalvelut voivat tarjota ammatinvalinnanohjausta, työharjoittelua ja asumisen tukiratkaisuja, ja vankiloissa toteutettavilla toimenpiteillä voidaan kehittää vankien yhteyksiä yhteisöpohjaisen asumisen ja sosiaalisen tuen palveluihin heidän vapautumisensa valmisteleiseksi.

Kodittomuus yhdessä epävarman majoituksen kanssa on huumeidenkäyttäjää vakavimmin uhkaava syrjäytymisen muoto, sillä se koskettaa noin kymmentä prosenttia vuonna 2006 hoitoon päässeistä huumeidenkäyttäjistä ⁽²⁷⁾. Vaikka tuettua asumista tarjotaan monissa maissa huumehoidossa oleville asiakkaille, myös puutteista on ilmoitettu. Kaksi maata raportoi, että huumeidenkäyttäjien on vaikea päästä yleisiin kodittomille tarkoitettuihin palveluihin, joiden käyttäjinä ovat yleensä alkoholin ongelmakäyttäjät (Irlanti, Italia). Kolmessa maassa (Belgia, Tanska, Alankomaat) toteutetaan parhaillaan uusia toimenpiteitä huumeidenkäyttäjien majoitustarpeen täyttämiseksi. Kyseiset maat ilmoittavat, että kodittomille pitkäaikaisille huumeriippuvaisille tarkoitetut tilat keskitetään ja että erityisiä hoitokoteja avataan ongelmakäyttäytymisestä tai sairauksien yhtäaikaisesta esiintymisestä kärsiville huumeidenkäyttäjille.

Huumehoitoasiakkaiden tukeminen työpaikan löytämiseksi on keskeinen elementti sosiaalisessa kuntouttamisessa, sillä

joka toinen hoitoon tuleva asiakas on työtön ⁽²⁸⁾. Uusien lähestymistapojen, joilla asiakkaita autetaan löytämään ja säilyttämään työpaikka, on ilmoitettu onnistuneen. Tällaisia ovat muun muassa mentorointihankkeet, tukityöpaikat (vuodesta 2006 lähtien myös Liettuassa) sekä työnantajien ja työntekijöiden erityisvalmennus, kuten Irlannin ”Valmiina työhön” -hankkeessa tai Tšekin erilaisissa ”työ- ja sosiaalitoimistoissa”.

Terveys ja sosiaalinen vaste vankiloissa

Vankilat muodostavat tärkeät puitteet terveydenhoito- ja sosiaalitoimenpiteiden tarjoamiseksi huumeidenkäyttäjille. Tässä osiossa arvioidaan Euroopan vankiloissa tapahtuvaa huumeidenkäyttöä ja vankilassa olevia huumeidenkäyttäjää koskevia tietoja sekä käsitellään uutta tietoa palvelujen tarjonnasta vangituille huumeidenkäyttäjille ja vankiloiden huumehoitoa koskevista uusista laeista.

Huumeidenkäyttö

Monista erilaisista tutkimuksista saadut tiedot viittaavat edelleen siihen, että huumeidenkäyttäjät ovat yliedustettuina Euroopan vankiloissa yleiseen väestöön suhteutettuna. Vuosina 2001–2006 tehdyt kyselytutkimukset osoittavat, että niiden vankien osuus ⁽²⁹⁾, jotka ilmoittavat joskus käyttäneensä laitonta huumeusainetta, vaihtelee suuresti vankilapopulaation, säilöönottoyksiköiden ja maiden kesken eli useimpien tutkimusten mukaan enintään kolmanneksesta (Bulgaria, Unkari, Romania) yli 50 prosenttiin ja peräti 84 prosenttiin Englannin ja Walesin naisvankilassa. Kannabis on edelleen vankien käyttämäksi useimmiten ilmoitettu laiton huumeusaine, ainakin kerran käyttäneitä on jopa 78 prosenttia. Vaikka muita aineita ainakin kerran käyttäneitä koskevat arviot voivat olla hyvin pienet eräissä vankiloissa (jopa vain yksi prosentti), on saatu selville, että 50–60 prosenttia vangeista on käyttänyt ainakin kerran heroiniä, amfetamiinia tai kokaiinia ⁽³⁰⁾. Myös kaikkein vahingollisimmat huumeidenkäytön muodot voivat keskittyä vankiloihin. Eräiden tutkimusten mukaan yli kolmannes haastatelluista ilmoitti joskus käyttäneensä suonensisäisiä huumeita ⁽³¹⁾.

Sekä vankila-asiantuntijat että poliittiset päättäjät ovat tunnustaneet sen tosiseikan, että huumeita pääsee useimpiin vankiloihin huolimatta kaikista toimenpiteistä niiden tarjonnan karsimiseksi. Vuosina 2001–2006 Euroopassa tehtyjen tutkimusten mukaan vangeista 1–56 prosenttia ilmoittaa käyttäneensä huumeita vankilassa ja peräti kolmannes ilmoittaa käyttäneensä suonensisäisiä

⁽²⁷⁾ Katso taulukko TDI-15 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽²⁸⁾ Katso taulukko TDI-20 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽²⁹⁾ Käsitettä ”vangit” käytetään tässä väljemmässä merkityksessä, ja se sisältää sekä tutkintavangit että vangitut henkilöt.

⁽³⁰⁾ Katso taulukko DUP-1 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽³¹⁾ Katso taulukko DUP-2 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

huumeita vankilassa ollessaan ⁽³²⁾. Tämä herättää huolta tartuntatautien mahdollisesta leviämisestä erityisesti injektioitarvikkeiden yhteiskäytön vuoksi.

Euroopan unionin vankilapopulaation suuruus on 607 000 ⁽³³⁾, ja vuotuiseksi kierroksi arvioidaan yli 860 000 vankia. Useimmissa maissa huumerikoksista tuomittujen vankien osuus on 10–30 prosenttia. Saatavissa olevista tiedoista voidaan arvioida, että EU:n vankiloissa käy vuosittain yli 400 000 henkeä, joilla on vanhoja tai nykyisiä kokemuksia laittomien huumeiden käytöstä. Heidän keskuudessaan lienee huomattava määrä huumeiden ongelmakäyttäjää. Euroopan vankiloiden entisten tai nykyisten huumeidenkäyttäjien suuren joukon terveydenhoitotarpeet määritellään ainakin jossain määrin huumeidenkäyttöä koskevissa terveysohjelmissa, jotka koskevat erityisesti tartuntatauteja, kuten hepatiittiviruksia B ja C sekä HIV:tä/aidsia (katso luku 7).

Terveydenhoito

Vastuu vankiloiden terveydenhoidosta kuuluu useimmissa maissa oikeusministeriölle. Tilanne kuitenkin muuttuu, ja yhä useammassa Euroopan maassa vastuu on siirretty terveydenhuoltojärjestelmälle (Ranska, Italia, Yhdistyneessä kuningaskunnassa Englanti ja Wales, Norja). Espanjassa huumeidenkäyttäjille kehitetään kattavia palveluja kaikissa vankiloissa kansallisen huumausainestrategian (2000–2008) toimitasuunnitelman

mukaisesti terveysministeriön ja sisäministeriön vuonna 2005 allekirjoittaman yhteistyöpöytäkirjan perusteella. Muissakin maissa vankilat ovat reagoineet yhä monilukuisempien huumeidenkäyttäjien tarpeisiin luomalla yhteistyösuhteet kansanterveyspalvelujen ja yhteisön valtiosta riippumattomien asiantuntijakeskusten kanssa.

Huumeita käyttäviin vankeihin kohdistetut toimenpiteet ovat laajentuneet Euroopan unionissa. Viiden vuoden takaiseen aikaan verrattuna yhä useammat maat ovat ilmoittaneet toiminnasta seuraavilla aloilla: huumeisiin liittyvä tiedotus ja ehkäisytyö, tartuntatautien seulonta, rokotukset ja huumeriippuvaisten hoito, korvaushoito mukaan lukien. Lisäksi toimenpiteet ovat tulleet entistä laajemmin saataville kyseisissä maissa. Vankilalähtöinen korvaushoito on virallisesti saatavilla kaikissa maissa paitsi Bulgariassa, Virossa, Latviassa, Liettuaissa, Kyproksessa, Slovakiassa ja Turkissa. Tämän hoitovaihtoehdon saatavuus on tuki yleisesti ottaen vähäistä monissa maissa. Espanja on tällä haavaa ainoa Euroopan maa, joka tarjoaa monenlaisia haittojen vähentämistoimia vankiloissa.

Vuonna 2006 vain neljä valtiota ilmoitti sosiodemografiset tiedot huumeidenhoidossa olevien vankien huumeidenkäyttötavoista kansallisissa hoidonseurantajärjestelmissään. Ranskassa, Kyproksessa ja Slovakiassa huumeidenhoidon aloittavien pääasiallisesti huumeeksi ilmoitettiin useimmiten jokin opioidi, yleensä heroini, mutta Ruotsissa amfetamiinin käyttö on vankilahoidon aloittamisen pääsyy. Se vastaa yleisesti maan ongelmakäytön tapoja.

Viimeaikainen vankiloiden huumehoitoa koskeva lainsäädäntö

Vuonna 2006 ja vuoden 2007 alussa kuusi maata tarkisti lainsäädäntöään ja ohjeitaan, jotka vaikuttavat vankien oikeuteen huumehoitoon.

Belgiassa oikeusministerin ohjeessa vuodelta 2006 todetaan, että vangeilla on oikeus samaan hoitovalikoimaan kuin vankilan ulkopuolellakin on saatavilla. Irlannin uudessa vankiloiden palveluohjeistossa korostetaan terveydenhoitopalvelujen normistoa. Palvelujen tulisi olla verrattavissa muun yhteiskunnan vastaaviin palveluihin mutta mukautettuja vankilaympäristöön.

Tanskassa tammikuussa 2007 tehty lakimuutos antaa vangituille huumeidenkäyttäjille oikeuden maksuttomaan huumehoitoon. Laissa säädetään, että hoidon tulisi yleensä alkaa 14 päivän kuluessa siitä, kun vanki on pyytänyt hoitoa Tanskan vankila- ja koetusaikevirastolta. Tällaista oikeutta ei ole, jos rikollisen odotetaan vapautuvan kolmen

kuukauden kuluessa tai jos hänen ei katsota soveltuvan tai olevan motivoitunut hoitoon.

Romaniassa luotiin toukokuussa 2006 uusi oikeusperusta korvaushoidolle vankiloissa oikeus-, terveys-, hallinto- ja sisäasiainministerin yhteisellä määräyksellä vankien integroitujen lääketieteellisten, psykologisten ja sosiaalisten avustushelmien jatkamiseksi.

Norjassa oikeusministeriön sekä terveys- ja sosiaaliministeriön yleiskirjeessä vuodelta 2006 vahvistettiin näiden kahden alan välistä yhteistyötä tarkoituksena tehostaa seuranta rangaistuksen aikana ja sen jälkeen. Slovakiassa vuonna 2006 säädetty laki sallii psykologisten palvelujen tarjonnan tutkintavankeudessa oleville huumeidenkäyttäjille, jotka kärsivät vieroitusoireista. Lain tarkoituksena on tarjota huumeidenkäyttäjille palveluja, silloin kun niitä eniten tarvitaan eli heti kun vankeuden aiheuttama pakollinen vieroitus alkaa. Lisäksi on luotu säädöskehys rangaistukseen tuomittujen huumeidenkäyttäjien nykyisten erikoishoitoyksiköiden tukemiseksi.

⁽³²⁾ Katso taulukot DUP-3 ja DUP-4 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽³³⁾ Euroopan neuvoston vuotuiset rikostilastot (SPACE), jotka perustuvat vankilaväestölle 1.9.2006 tehtyyn tutkimukseen.



Luku 3

Kannabis

Johdanto

Euroopan laajuinen kuva kannabiksesta 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. Lähes kaikissa maissa kannabiksen käyttö kasvoi 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa ja johti nykyiseen huomattavasti homogeenisempaan yleiskuvaan Euroopassa. Silti maiden välisiä eroja on edelleen. Viime vuosina on alettu ymmärtää entistä paremmin tämän huumausaineen pitkäaikaisen ja yleisen käytön kansanterveydelliset seuraukset; saamiemme tietojen mukaan kannabiksesta johtuviin ongelmiin haetaan hoitoa entistä useammin. Euroopassa voi olla alkamassa uusi vaihe, sillä tiedot viittaavat vakiintuvaan tai peräti vähenevään käyttöön. Historiallisesti arvioiden käyttömäärät ovat edelleen suuria, ja tehokkaan vastatoimenpiteen löytäminen kannabiksen käyttöön on edelleen eurooppalaisen huume keskustelun keskeinen kysymys.

Tarjonta ja saatavuus

Tuotanto ja kauppa

Kannabista voidaan viljellä monenlaisissa ympäristöissä, ja se kasvaa luonnonvaraisena eri puolilla maailmaa. Kasvia oletetaan viljeltävän nykyisin 172 maassa tai alueella (UNODC, 2008) ⁽³⁴⁾. Yhdessä nämä seikat tarkoittavat, että kannabiksen maailmanlaajuisista tuotantomääriä on todennäköisesti erittäin vaikeaa arvioida sen tarkemmin. Uusin UNODC:n tieto kannabisruohon maailmanlaajuisesta tuotannosta on 41 600 tonnia (2006); tästä Amerikan (Pohjois- ja Etelä-Amerikan) osuus on yli puolet ja Afrikan osuus lähes neljännes (UNODC, 2008).

Kannabiksen viljelyn yleisyys tarkoittaa myös sitä, että merkittävä osa sen kaupasta tapahtuu todennäköisesti alueiden välillä. Tämä pätee osaan kannabisruohosta Euroopassa, jossa kotiviljelyn ohella ⁽³⁵⁾ lähtömaiksi on

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 kenttätöihin (näytteenottoon) tai miehittämättömien ilmapölyalusten tai satelliittien avulla tehtyihin tutkimuksiin perustuvista viljelyarvioista. Näihin arvioihin liittyy merkittäviä rajoituksia, esimerkiksi tuottoa koskevat vaihtelut ja vaikeus seurata kasveja, joita ei kasvateta rajoitetulla maantieteellisellä alueella, esimerkiksi kannabista.

Huumausaineiden takavarikoja pidetään usein tarjonnan, salakuljetusreittien ja huumeiden saatavuuden epäsuorana indikaattorina; ne heijastelevat samalla myös lainvalvonnan painopistealueita, resursseja ja strategioita, salakuljettajien heikkouksia ja raportointikäytäntöjä. Lisäksi on ehkä analysoitava tiedot laittomien huumausaineiden puhtaudesta tai vahvuudesta ja katukauppahinnoista, jotta vähittäismarkkinoita voidaan ymmärtää. Tällaisten tietojen saatavuus voi olla heikkoa, tai tietojen luotettavuus ja vertailukelpoisuus voi olla epävarmaa. Tiedustelutietojen hankkiminen lainvalvontavirastoista voi auttaa täydentämään kokonais kuvaa.

EMCDDA kerää kansallisia tietoja huumeiden takavarikoinneista, puhtaudesta ja katukauppahinnoista Euroopassa. Muut huumeiden tarjontaa koskevat tiedot ovat suurelta osin peräisin UNODC:n tietojärjestelmistä ja analyysistä, ja täydentäviä tietoja saadaan myös Europolilta. Huumeiden lähtöaineita koskevat tiedot saadaan INCB:ltä, joka osallistuu kasainvälisiin aloitteisiin, joilla estetään lähtökemikaalien päätyminen laittomien huumausaineiden valmistukseen.

Koska monissa maanosissa ei ole kehittyneitä huumausainetarjontaa koskevia tietojärjestelmiä, osaa arvioista ja muista ilmoitetuista tiedoista on tulkittava varoen, vaikka ne edustavatkin parhaita käytössä olevia alustavia arvioita.

mainittu Albania ja Alankomaat (Reitoxin kansalliset raportit). Euroopassa käytettävän kannabisruohon on ilmoitettu tulevan myös muualta, kuten Länsi- ja Etelä-Afrikasta (Nigeria, Angola), Kaakkois-Aasiasta (Thaimaa), Lounais-Aasiasta (Pakistan) ja Amerikasta (Kolumbia, Jamaika) (CND, 2008; Europol, 2008).

⁽³⁴⁾ Mikäli haluat lisätietoja huumausaineiden tarjonta- ja saatavuustietojen lähteistä, katso oheinen laatikko.

⁽³⁵⁾ Katso Kannabiksen tuotanto Euroopassa, s. 37.

Kannabishartsin tuotannon määräksi arvioitiin 6 000 tonnia vuonna 2006, mikä on vähemmän kuin vuoden 2004 taso 7 500 tonnia (UNODC, 2007). Marokko on yhä suurin kansainvälinen tuottaja. Kannabishartsin tuotantoon käytettävä maa-ala pieneni vuoden 2003 tasolta 134 000 hehtaarista 76 400 hehtaariin, joilta saatiin 1 066 tonnia hartsia vuonna 2005 (UNODC ja Marokon hallitus, 2007). Hartsia on mainittu tuotettavan myös Afganistanissa, jossa tuotanto kasvaa nopeasti, Pakistanissa, Intiassa, Nepalissa sekä Keski-Aasian maissa ja IVY-maissa (UNODC, 2008). Marokossa tuotettu kannabisharts salakuljetetaan Eurooppaan yleensä Espanjan niemimaan kautta (Europol, 2008) ja osa siitä jaellaan edelleen Alankomaista käsin.

Takavarikot

Vuonna 2006 maailmassa takavarikoitiin 5 230 tonnia kannabisruohoa ja 1 025 tonnia kannabishartsia eli vähemmän kuin huippuvuonna 2004. Kannabisruohoa takavarikoitiin edelleen eniten Pohjois-Amerikassa (58 prosenttia), ja takavarikoidun hartsin määrä oli yhä suurin Länsi- ja Keski-Euroopassa (62 prosenttia) (UNODC, 2008).

Euroopassa arvioidaan tehdyn 177 000 kannabisruohon takavarikkoa vuonna 2006, yhteismäärältään 86 tonnia ⁽³⁶⁾. EU:n jäsenvaltioista Yhdistynyt kuningaskunta ilmoitti eniten kannabisruohon takavarikkoja, joskaan vuoden 2006 tiedot eivät ole vielä saatavilla. Turkki ilmoitti ennätysuurista kannabisruohotakavarikoista vuonna 2006. Kannabisruohon takavarikkojen määrä on kasvanut Euroopassa tasaisesti vuodesta 2001 lähtien. Määrät vähenivät yleisesti vuoteen 2005 saakka, mutta uusimpien tietojen mukaan ne ovat nyt suurentuneet.

Kannabishartsin takavarikot ylittävät Euroopassa kannabisruohon takavarikot sekä lukumääräisesti että määrällisesti: takavarikkoja oli kaksinkertainen määrä (325 000), ja takavarikoitu määrä (713 tonnia) oli kahdeksan kertaa suurempi. Valtaosa hartsitakavarikoista ilmoitetaan yhä Espanjasta (jonka osuus oli noin puolet kaikista takavarikoista ja määrällisesti noin kaksi kolmannesta vuonna 2006 takavarikoidusta määrästä). Kaukana sen jälkeen tulevat Ranska ja Yhdistynyt kuningaskunta. Vakiintuneen vaiheen eli vuosien 2001–2003 jälkeen kannabishartsin takavarikkojen lukumäärä on Euroopassa kasvussa. Takavarikoidut määrät kasvoivat vuosiin 2003–2004 saakka, mutta sen jälkeen ne ovat vähentyneet.

Kannabiksen tuotanto Euroopassa

Kannabiksen kotituotannosta on tullut viime aikoina Euroopassa yhä tärkeämpi kysymys sitä mukaa kuin valtaosassa Euroopan maita saadaan nykyisin tietoja paikallisesta kannabiksen viljelystä ja kannabiskasvien muuttamista suurista takavarikoista. Euroopassa kasvatettavan kannabiksen kerrotaan olevan peräisin sisätiloista, joissa sitä viljellään usein voimaperäisesti, ja ulkoviljelmistä. Viljelmien koko vaihtelee suuresti kasvattajan motivaation ja resurssien mukaan: kasveja voi olla muutama henkilökohtaiseen käyttöön tai useita tuhansia kappaleita suurissa kaupalliseen käyttöön tarkoitetuissa kohteissa.

Käytettävissä tiedot ovat hajanaisia, eikä niiden perusteella pystytä arvioimaan tarkasti kannabiksen viljelyn laajuutta Euroopassa. Monien maiden ilmoittamat tiedot viittaavat joka tapauksessa siihen, ettei viljelyä voida pitää enää merkityksettömänä. Esimerkiksi Ranskan väestötutkimuksissa arvioitiin vuonna 2005, että noin 200 000 henkeä oli kasvattanut kannabista ainakin kerran elämässään. Yhdistyneessä kuningaskunnassa Lontoon poliisi ilmoitti lakkauttaneensa vuosina 2005 ja 2006 (Daly, 2007) yli 1 500 ”kannabisfarmia”, joissa oli kussakin keskimäärin 400 kasvia. Valtaosan nyt käytettävissä olevasta kannabisruohosta oletetaan olevan peräisin joko paikallisesta tuotannosta tai muista Euroopan maista. Alankomaissa kannabiksen viljely on yleistä osassa maata, ja arviolta yhteensä 6 000 viljelmää lopetettiin vuosina 2005 ja 2006.

Kannabiksen tuotanto näyttää lisääntyneen jyrkästi 1990-luvun alusta sen puoliväliin eräissä Länsi-Euroopan maissa osin siksi, että tuontihartsin eli käytetyimmän kannabistuotteen laatua on pidetty heikkona ja hintaa korkeana. Eräissä maissa valtaosa käyttäjistä näyttäisi kuluttavan paikallisesti tuotettua kannabisruohoa. Tuodun hartsin osittainen korvaaminen kotona tuotetulla kannabisruoholla on ollut mahdollista viljelytaidon ja -teknologian lisääntymisen myötä (tuoton maksimointi ja paljastumisen välttäminen). Näitä tietoja levitetään sen jälkeen internetissä (Hough *et al.*, 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). Paikallisesti tuotetun kannabiksen etuna tuottajalle on se, ettei sitä tarvitse kuljettaa maan rajojen yli.

Vuonna 2006 arviolta 10 500 takavarikossa saatiin Euroopassa talteen noin 2,3 miljoonaa kannabiskasvia ⁽³⁷⁾, painoltaan 22 tonnia (mistä Espanjan osuus oli 64 prosenttia). Vuodesta 2001 tasaisesti yleistyneet kannabiskasvien takavarikot vakiintuivat vuonna 2006 ⁽³⁸⁾. Laskettuaan jyrkästi vuonna 2002 vuoden 2001 ennätysmäärästä Euroopassa takavarikoitujen kasvien lukumäärä on ollut kasvussa. Tosin kasvu tasoittui vuonna 2006 puoleen vuoden 2001

⁽³⁶⁾ Tässä luvussa mainitut tiedot Euroopan huumausainetakarikoineista ovat taulukoissa SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 ja SZR-6 vuoden 2008 tilastotiedotteessa.

⁽³⁷⁾ Koska Turkki ilmoitti, ettei se takavarikoinut lainkaan kannabiskasveja vuosina 2005 ja 2006, vaikka se oli takavarikoinut tätä materiaalia paljon vuosina 2001–2004, se jätettiin koko Eurooppaa koskevan analyysin ulkopuolelle.

⁽³⁸⁾ Tämä on alustava arvio, sillä ilmoituksensa mukaan eniten kannabiskasveja vuonna 2005 takavarikoinut Yhdistynyt kuningaskunta ei ole vielä ilmoittanut vuotta 2006 koskevia tietoja.

ilmoitetusta tasosta. Samalla viisivuotisjaksolla Euroopassa takavarikoitujen kannabiskasvien kiloina ilmoitettu määrä on kasvanut tasaisesti, ja kasvu kiihtyi vuonna 2006 Liettuan ennätystakavarikkojen vuoksi.

Hinta ja pitoisuus

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 kannabisnäytteiden ja -tuotteiden kesken. Asiaa koskevia tietoja on vaikea tulkita lukuisista menetelmällisistä syistä, ja onkin kyseenalaista, vastaavatko takavarikoista tehty määritykset yleistä markkinatilannetta. Tutkimukset antavat yleisesti viitteitä siitä, että kotona tehoviljelty kannabis on yleensä pitoisuudeltaan väkevämpää. Vuonna 2006 hartsinäytteiden ilmoitettu THC-pitoisuus vaihteli 2,3 prosentista 18,4 prosenttiin, kannabisruohon puolestaan 1 prosentista 13 prosenttiin. Vuosina 2001–2006 kannabishartsin ja -ruohon pitoisuudet pysyivät ennallaan tai pienenevät monissa niistä 16:sta Euroopan maasta, jotka ilmoittivat riittävät tiedot. Tuodussa kannabishartsissa havaittiin kuitenkin suuntaus vahvempaan suuntaan Alankomaissa ja kannabisruohossa seitsemässä muussa maassa. Paikallisesti tuotetun kannabisruohon pitoisuuden arvioita useiden vuosien ajalta on käytettävissä ainoastaan Alankomaista, joka ilmoitti väkevyyden laskeneen 16,0 prosenttiin vuonna 2006 vuoden 2004 huipputasolta eli 20,3 prosentista ⁽³⁹⁾.

Sekä kannabisruohon että -hartsin tyyppinen vähittäiskauppahinta vaihteli kahdesta eurosta 14 euroon grammalta. Suurin osa Euroopan maista ilmoitti kummankin tuotteen hinnaksi 4–10 euroa. Vuosina 2001–2006 kannabishartsin vähittäiskauppahinta (inflaatiokorjattu) on ilmoitusten mukaan laskenut Belgiaa ja Saksaa lukuun ottamatta. Useimmista maista saatavissa olevat tiedot viittaavat kannabisruohon osalta vakiintuneempaan tilanteeseen samana aikana. Poikkeuksena ovat Saksa ja Itävalta, joissa havaittiin merkkejä hintojen noususta.

Levinneisyys ja käyttötavat

Koko väestö

Varovaisesti voidaan arvioida, että yli 70 miljoonaa eurooppalaista aikuista – toisin sanoen useampi kuin joka viides kaikista 15–64-vuotiaista – on käyttänyt kannabista ainakin kerran (katso yhteenveto tiedoista taulukosta 2).

Väestötutkimukset – tärkeä väline huumeidenkäytön mallien ja suuntausten ymmärtämiseksi Euroopassa

Huumeidenkäyttöä 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 ⁽¹⁾.

EMCDDA on laatinut kansallisten asiantuntijoiden kanssa aikuisten haastatteluja varten sarjan yhteisiä keskeisiä kysymyksiä ("eurooppalaisen mallikyselylomakkeen", EMQ). Se on nyt otettu käyttöön useimmissa EU:n jäsenvaltioissa ⁽²⁾. Maiden välillä on kuitenkin vielä eroja käytetyissä menetelmissä ja tiedonkeruuvuorissa, joten erityisesti maiden välisiä pieniä eroja on tulkittava varoen ⁽³⁾.

Kyselyjen suorittaminen on kallista, ja siksi 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 vakioajanajaksosta, joita käytetään kyselytutkimusten tietojen raportointiin, väljin on ainakin kerran käyttäneitä kuvaava muuttuja. Se ei välttämättä anna tarkkaa kuvaa nykytilanteesta aikuisten keskuudessa, mutta se on hyödyllinen nuorten ikäryhmien yhteydessä, jolloin se antaa tietoa käyttötavoista ja käytön tiheydestä. Aikuisten osalta painopiste on viimeksi kuluneen vuoden ja kuukauden aikaisessa käytössä ⁽⁴⁾. On tärkeää tunnistaa selkeästi ne henkilöt, jotka käyttävät huumeita säännöllisesti tai joilla on huumeongelma. Siinä on edistytty kehittämällä asteikkoja koko väestön, aikuisten ja koululaisten runsaan käytön arviointiin (katso psykometrinen asteikkojen kehittämistä koskeva laatikko vuoden 2007 vuosiraportissa).

⁽¹⁾ Lisätietoa kyselyn menetelmistä on saatavissa vuoden 2008 tilastotiedotteessa

(<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

⁽²⁾ Saatavissa osoitteesta <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>.

⁽³⁾ Jos haluat lisätietoja kansallisista kyselytutkimuksista, katso taulukko GPS-21 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁴⁾ EMCDDA:n käyttämät ikähaarukat: kaikki aikuiset (15–64-vuotiaat) ja nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat). Tässä raportissa käytetään esimerkiksi käsitteitä "ainakin kerran käyttäneet", "viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneet" ja "viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneet" sekä puhekielenomaisempia käsitteitä "ainakin kerran kokeilleet", "viimeaikainen käyttö" ja "nykyinen käyttö" vastaavista ajanjaksoista.

Vaikka maiden väliset erot ovat huomattavat ja vaikka ne vaihtelevat kahden ja 37 prosentin välillä, puolet maiden ilmoittamista arvioista sijoittuu välille 11–22 prosenttia.

Monet maat ilmoittavat suhteellisen suuria käyttötasoja viimeksi kuluneen vuoden ja kuukauden aikaiselle kannabiksenkäytölle. Arviolta noin 23 miljoonaa

⁽³⁹⁾ Katso pitoisuus- ja hintatietoja koskevat taulukot PPP-1 ja PPP-5 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

eurooppalaista on käyttänyt kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana eli keskimäärin noin seitsemän prosenttia kaikista 15–64-vuotiaista. Kannabista viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneisiin kuuluvat myös ne, jotka käyttävät kannabista säännöllisesti mutteivät välttämättä runsaasti (katso alla). Kannabista on käyttänyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana arviolta 12,5 miljoonaa eurooppalaista aikuista, mikä vastaa keskimäärin noin neljää prosenttia kaikista 15–64-vuotiaista.

Kannabiksen käyttö nuorten aikuisten keskuudessa

Kannabiksen käyttö keskittyy vahvasti nuoriin (15–34-vuotiaisiin), ja yleensä suurimmiksi käyttäjäryhmiksi ilmoitetaan 15–24-vuotiaat. Näin on lähes kaikissa Euroopan maissa Belgiaa, Kyprosta ja Portugalia lukuun ottamatta ⁽⁴⁰⁾.

Väestötutkimusten tietojen perusteella näyttäisi siltä, että keskimäärin 31 prosenttia eurooppalaisista nuorista aikuisista (eli 15–34-vuotiaista) on käyttänyt kannabista joskus, 13 prosenttia on käyttänyt viimeksi kuluneen vuoden ja seitsemän prosenttia viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Arvioidaan, että vieläkin suurempi osa eurooppalaisista 15–24-vuotiaista on käyttänyt kannabista viimeksi kuluneen vuoden (17 prosenttia) tai kuukauden (yhdeksän prosenttia) aikana, joskin huumetta kokeilleiden tämänikäisten määrä on keskimäärin hieman pienempi (30 prosenttia). Kannabiksen käytön kansalliset esiintyvyyssarviot vaihtelevat suuresti maittain

Tuoreet koululaiskyselyt

Kouluikäisten lasten terveyskäyttämistä koskeva kyselytutkimus (HBSC) on WHO:n yhteistyötutkimus, jossa tutkitaan lasten terveyttä ja terveyskäyttämistä. Siihen on sisällytetty kysymyksiä kannabiksen käytöstä 15-vuotiaiden oppilaiden keskuudessa vuodesta 2001 alkaen. Kyselyn toinen kierros, jossa kannabiksen käyttöä koskevat kysymykset olivat mukana, tehtiin lokakuun 2005 ja toukokuun 2006 välisenä aikana 26:ssa EU:n jäsenvaltiossa ja Kroatiaassa.

Neljäs eurooppalainen koulukysely alkoholista ja muista huumausaineista (ESPAD) tehtiin vuonna 2007, ja siihen osallistuivat 25 EU:n jäsenvaltiota, Kroatia ja Norja. Kyselyssä selvitettiin erityisesti kyseisen vuoden aikana 16 vuotta täyttävien koululaisten päihteidenkäyttöä. Uusimpien kyselyjen tulokset julkaistaan joulukuussa 2008.

Osallistuminen kumpaankin neljän vuoden välein tehtävään kansainväliseen koulukyselyyn on lisääntynyt joka kierroksella, ja nyt mukana ovat useimmat Euroopan maat.

Espanja, Italia, Portugali, Slovakia, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta ovat ilmoittaneet myös omista, vuonna 2006 tehdyistä kansallisista koulukyselyistään peräisin olevia tietoja kannabiksen käytöstä.

kaikkien levinneisyyslukujen osalta, ja asteikon yläpään maat ilmoittavat enimmillään kymmenkertaisia arvoja pienimpiä esiintyvyyksasteita ilmoittaneisiin maihin verrattuna.

Kannabiksen käyttö on yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa (katso vuoden 2006 erityiskysymys huumeidenkäytöstä sukupuolinäkökulmasta), vaikka maiden välillä havaitaankin suuria eroja. Esimerkiksi ilmoituksensa mukaan viimeisen vuoden aikana kannabista käyttäneiden miesten ja naisten välinen suhde vaihtelee Portugalin 6,4 miehestä naista kohden Italian 1,3 mieheen naista kohden.

Koululaisten kannabiksenkäyttö

Tupakan ja alkoholin jälkeen kannabis on edelleen seuraavaksi yleisin koululaisten käyttämä psykoaktiivinen aine.

Kannabista ainakin kerran kokeilleiden 15- ja 16-vuotiaiden koululaisten määrän voidaan katsoa heijastelevan hiljattaista tai nykyistä käyttöä, sillä aineen ensimmäisen kokeilun ikä sijoittuu usein tälle välille. Vuosien 2005 ja 2006 HBSC-tutkimuksen tiedot 15-vuotiaista osoittavat, että kannabista ainakin kerran käyttäneiden määrät vaihtelevat suuresti 27 maan kesken. Viisi maata ilmoitti kannabista ainakin kerran käyttäneiden arvioksi alle kymmenen prosenttia, 11 maata ilmoitti arvioksi 10–20 prosenttia ja 11 maata 21–31 prosenttia (Currie *et al.*, 2008) ⁽⁴¹⁾. Tässä iässä poikien ilmoitetaan yleensä käyttävän kannabista yleisemmin kuin tyttöjen, mutta kannabiksen levinneisyyden sukupuolierot ovat pienet tai jopa olemattomat eräissä suurimpia käyttäjäarvioita ilmoittaneissa maissa.

Ainakin kerran kokeilleiden tapaan viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana kannabista käyttäneitä koululaisia koskevissa arvioissa on suurta vaihtelua maiden kesken. Joissain maissa määrä on käytännössä merkityksetön, toisissa puolestaan viitisentoista prosenttia haastatelluista ilmoitti käyttäneensä kannabista viimeksi kuluneiden 30 päivän kuluessa, pojat joskus tätäkin useammin. Aiemmistä ESPAD-tutkimuksista kerättyjen tietojen perusteella arvioidaan, että vuonna 2003 noin 3,5 miljoonaa (22,1 prosenttia) 15- ja 16-vuotiaista koululaista käytti kannabista ainakin kerran EU:n jäsenvaltioissa sekä Kroatiaassa ja Turkissa ja että 1,7 miljoonaa (11 prosenttia) käytti tätä huumausainetta kyselyä edeltäneen kuukauden aikana.

Kansainväliset vertailut

Euroopan tuloksia voidaan verrata muista maanosista saatuihin tuloksiin. Esimerkiksi Yhdysvaltojen kansallisessa huumeidenkäyttö- ja terveyskyselyssä (Samhsa, 2005) arvioitiin kannabista ainakin kerran käyttäneiden osuudeksi 49 prosenttia nuorista aikuisista (15–34-vuotiaista,

⁽⁴⁰⁾ Katso kaavio GPS-1 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁴¹⁾ Katso kaavio EYE-5 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Taulukko 2. Kannabiksen käytön levinneisyys koko väestössä — yhteenvedotiedot

Ikäryhmä	Käytön ajanjakso		
	Koko elämä	Kulunut vuosi	Kulunut kuukausi
15–64-vuotiaat			
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	71,5 miljoonaa	23 miljoonaa	12,5 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	21,8%	6,8%	3,8%
Vaihteluväli	1,7–36,5%	0,8–11,2%	0,5–8,7%
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (1,7%), Malta (3,5%), Bulgaria (4,4%), Kypros (6,6%)	Malta (0,8%), Bulgaria (1,5%), Kreikka (1,7%), Ruotsi (2,0%)	Malta (0,5%), Ruotsi (0,6%), Liettua (0,7%), Bulgaria (0,8%)
Suurimman käyttöasteen maat	Tanska (36,5%), Ranska (30,6%), Yhdistynyt kuningaskunta (30,1%), Italia (29,3%)	Italia, Espanja (11,2%), Tšekki (9,3%), Ranska (8,6%)	Espanja (8,7%), Italia (5,8%), Yhdistynyt kuningaskunta, Ranska, Tšekki (4,8%)
15–34-vuotiaat			
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	42 miljoonaa	17,5 miljoonaa	10 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	31,2%	13%	7,3%
Vaihteluväli	2,9–49,5%	1,9–20,3%	1,5–15,5%
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (2,9%), Malta (4,8%), Bulgaria (8,7%), Kypros (9,9%)	Malta (1,9%), Kreikka (3,2%), Kypros (3,4%), Bulgaria (3,5%)	Kreikka, Liettua, Ruotsi (1,5%), Bulgaria (1,7%)
Suurimman käyttöasteen maat	Tanska (49,5%), Ranska (43,6%), Yhdistynyt kuningaskunta (41,4%), Italia (38,6%)	Espanja (20,3%), Tšekki (19,3%), Ranska (16,7%), Italia (16,5%)	Espanja (15,5%), Ranska, Tšekki (9,8%), Yhdistynyt kuningaskunta (9,2%)
15–24-vuotiaat			
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	20 miljoonaa	11 miljoonaa	6 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	30,7%	16,7%	9,1%
Vaihteluväli	2,7–44,2%	3,6–28,2%	1,2–18,6%
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (2,7%), Malta (4,9%), Kypros (6,9%), Kreikka (9,0%)	Kreikka, Kypros (3,6%), Ruotsi (6,0%), Bulgaria, Portugali (6,6%)	Kreikka (1,2%), Ruotsi (1,6%), Kypros, Liettua (2,0%)
Suurimman käyttöasteen maat	Tanska (44,2%), Tšekki (43,9%), Ranska (42,0%), Yhdistynyt kuningaskunta (39,5%)	Tšekki (28,2%), Espanja (24,3%), Ranska (21,7%), Yhdistynyt kuningaskunta (20,9%)	Espanja (18,6%), Tšekki (15,4%), Ranska (12,7%), Yhdistynyt kuningaskunta (12,0%)
Tiedot perustuvat kunkin maan uusimpaan tutkimukseen. Tutkimusvuodet sijoittuvat välille 2001–2007. Euroopan keskimääräinen levinneisyys laskettiin kyseisen ikäryhmän väestön mukaan painotetusta keskiarvosta kussakin maassa. Maissa, joista tietoja ei ole saatavissa, käytettiin EU:n keskimääristä levinneisyyttä. Käytetty väestöpohja: 15–64 (328 miljoonaa), 15–34 (134 miljoonaa) ja 15–24 (64 miljoonaa). Tässä tiivistetyt tiedot ovat saatavissa vuoden 2008 tilastotiedotteen kohdasta ”Yleiset väestötutkimukset”.			

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 48 ja 20 prosenttia Australiassa (2004). Kaikki nämä luvut ylittävät vastaavat eurooppalaiset keskiarvot, jotka ovat 31 ja 13 prosenttia.

Kannabiksen käyttötavat

Saatavilla olevien tietojen perusteella kannabiksen käytössä on vaihtelua. Kannabista ainakin kerran käyttäneistä 15–64-vuotiaista ainoastaan 30 prosenttia oli käyttänyt sitä viimeksi kuluneen vuoden aikana ⁽⁴²⁾. Toisaalta viimeksi kuluneen vuoden aikana kannabista käyttäneistä keskimäärin 56 prosenttia oli käyttänyt sitä viimeksi kuluneen kuukauden aikana.

Runsaan ja pitkäaikaisen käytön arviointi on tärkeä kansanterveydellinen kysymys. Päivittäinen tai lähes päivittäinen käyttö (vähintään 20 päivänä viimeksi kuluneen 30 päivän aikana) voi olla 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. Näiden vähäistenkin 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 ⁽⁴³⁾.

Kannabiksen runsaan käytön suuntauksia Euroopassa on vaikea arvioida, mutta kumpaankin kenttätutkimukseen vuosina 2004 ja 2007 osallistuneissa maissa (Irlanti, Kreikka, Espanja, Ranska, Italia, Alankomaat, Portugali) keskimääräinen kasvu oli noin 20 prosenttia. Tosin tähän arvioon vaikuttavat suuresti Espanjan, Ranskan ja Italian luvut.

Kannabiksen toistuva käyttö voi pysyä suhteellisen vakaana pitkiäkin aikoja myös nuorehkojen käyttäjien keskuudessa. Äskettäin julkaistu saksalainen tutkimus, jossa seurattiin peräti kymmenen vuoden ajan 14–24-vuotiasta kohorttia, osoittaa, että kannabista toistuvasti (vähintään viisi kertaa elämässään) tutkimusjakson alussa käyttäneistä henkilöistä suuri osa jatkoi huumeen käyttöä: 56 prosenttia ilmoitti käyttävänsä sitä neljän vuoden ja 46

prosenttia vielä kymmenen vuoden jälkeenkin. Käänteisesti huumeen satunnainen (1–4 kertaa) käyttö jakson alussa ei näytä liittyvän myöhemmän pitkäaikaisen käytön tai ongelmakäyttötapojen kehittymiseen (Perkonig, 2008).

Kannabisriippuvuus tunnustetaan yhä laajemmin tämän huumausaineen säännöllisen käytön mahdolliseksi seuraukseksi, vaikka sen vakavuus ja seuraukset voivatkin vaikuttaa muiden psykoaktiivisten aineiden vastaavia vaikutuksia lievemmiltä. Koska kannabista säännöllisesti käyttävän väestön osuus on kuitenkin suhteellisesti muita suurempi, runsaan kannabiksenkäytön kokonaisvaikutus kansanterveyteen voi olla merkittävä. Yhdysvaltojen kansallisen väestötutkimuksen tietoja analysoitaessa on ilmennyt, että noin 20–30 prosenttia päivittäisistä käyttäjistä katsottiin riippuvaisiksi vuosina 2000–2006 ⁽⁴⁴⁾. Eräissä australialaisessa tutkimuksessa 92 prosenttia kannabiksen pitkäaikaiskäyttäjistä luokiteltiin jossain elämänsä vaiheessa riippuvaisiksi ja puolet heistä katsottiin riippuvaisiksi tutkimushetkellä. Vuotta myöhemmin tehdyn seurantatutkimuksen tietojen perusteella pitkäaikaiskäyttäjien kannabiksenkäyttömäärä ja riippuvuus voivat pysyä vakaina tämän ajan (Swift *et al.*, 2000).

EMCDDA kehittää parhaillaan yhteistyössä monien maiden kanssa menetelmiä kannabiksen runsaan ja merkittävän pitkäaikaisen käytön sekä riippuvuuden seurantaan. Psykometrisia asteikkoja testataan nyt useissa EU-maissa ja saatu näyttö analysoidaan tämän vuoden aikana. Nämä tiedot voivat auttaa EU:n jäsenvaltioita arvioimaan kannabiksenkäytön ongelmallisten muotojen vaikutuksia kansanterveyteen ja suunnittelemaan asianmukaisia toimenpiteitä ⁽⁴⁵⁾.

Kannabiksen käyttö koululaisten keskuudessa

HBSC:n tietojen mukaan toistuva kannabiksenkäyttö on yhä harvinaista 15-vuotiaiden koululaisten keskuudessa. Vain kuusi maata ilmoittaa kannabiksen toistuvan käytön (jolla tässä tarkoitetaan vähintään 40 kertaa edeltävien 12 kuukauden aikana) yleisyydeksi yli kaksi prosenttia. Toistuva käyttö on kuitenkin yleensä yleisempää poikien joukossa: arviot nousevat enimmillään viiteen prosenttiin seitsemässä maassa. Raporttien mukaan kannabiksen ongelmakäytön ja haavoittuvaan ryhmään kuulumisen (esimerkiksi nuorisorikolliset, vailla vakinaista kotipaikkaa olevat, heikosti koulutetut) välillä vallitsee korrelaatio. Tämä viittaa siihen, että tarvitaan erityisiä strategioita, joilla tarjotaan turvaverkko näille erityisen

⁽⁴²⁾ Katso kaavio GPS-2 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁴³⁾ Mainitut Euroopan keskiarvot ovat likimääräisiä arvioita, jotka perustuvat tietoihin ilmoittaneiden maiden (väestön) painotettuun keskiarvoon. Maille, joista ei ole 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.

⁽⁴⁴⁾ NSDUH:n verkkoanalysointijärjestelmä osoitteessa <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, käytetty 25.2.2008, analyysi muuttujilla MJDY30A ja DEPNDMRJ.

⁽⁴⁵⁾ Toimenpiteet, esimerkiksi hoitomuodot, esitellään osiossa Hoidon tarjonta, s. 44.

haavoittuvassa asemassa oleville nuorille. Asiaa käsitellään vuoden 2008 erityiskysymyksessä, joka koskee riskialttiita nuoria.

Sekäkäyttäjii on tutkittu yhdessä ESPAD:n kanssa vertailemalla edeltävien 30 päivän aikana kannabista käyttäneitä 15- ja 16-vuotiaita koululaisia vuonna 2003 muihin oppilaisiin. Vertailun perusteella kannabista käyttäneet oppilaat ovat keskimääräistä todennäköisemmin käyttäneet myös muita päihteitä. Vaikka muiden huumeaineiden käytön yleisyys viimeksi kuluneen kuukauden aikana oli kannabiskäyttäjillä yhä pieni (alle kymmenen prosenttia), tupakanpolto ja humalahakuinen juominen olivat kannabiskäyttäjien keskuudessa noin kaksi kertaa niin yleistä (80 prosenttia yleisempää) kuin oppilasväestössä yleensä. Nämä vertailut osoittavat, että kannabiksen käyttöön liittyy keskimääräistä huomattavasti yleisempi laillisten ja laittomien huumeaineiden käyttö ⁽⁴⁶⁾.

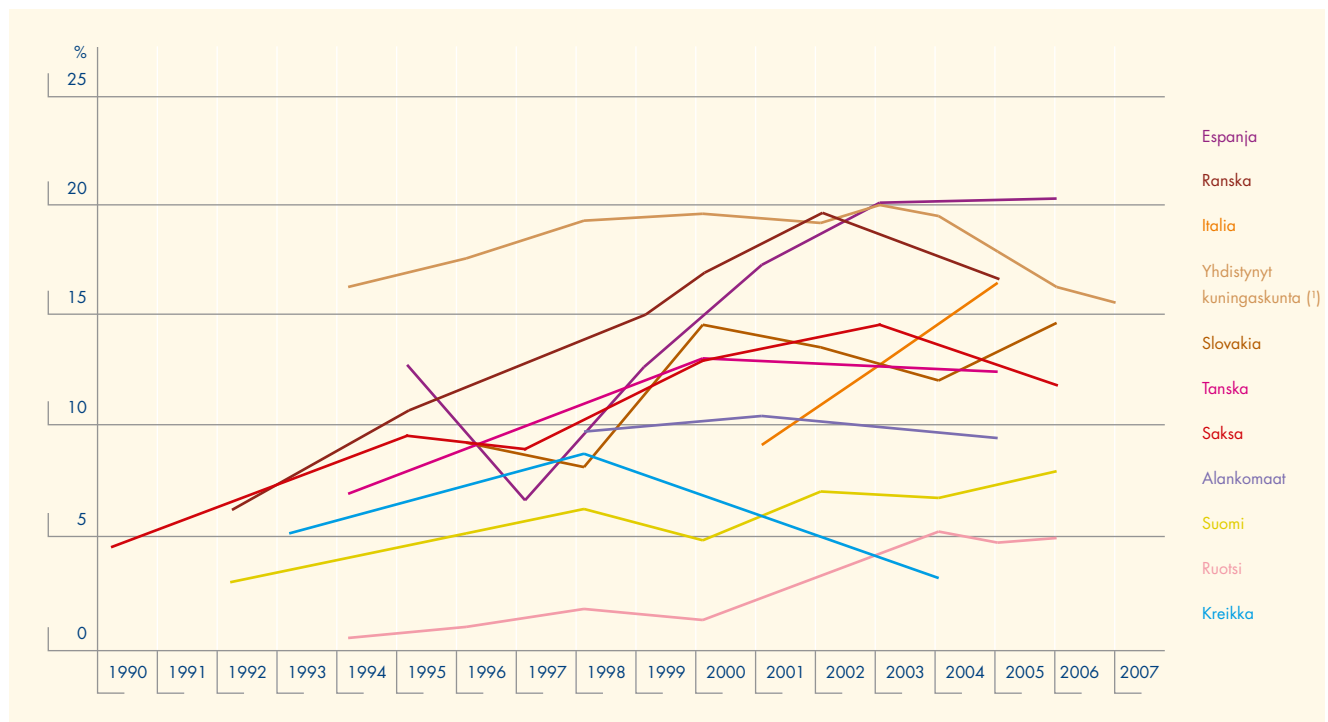
Kannabiksen käytön suuntaukset

Vain Ruotsi ja Norja ovat ilmoittaneet nuoria tai varusmiehiä koskevia tietoja tutkimusarjoista 1970-luvulta lähtien. Käyttäjien ensimmäinen aalto havaittiin 1970-luvulla. Käyttö

laski 1980-luvulla ja nousi selvästi uudelleen 1990-luvulla. Analysoimalla käytön aloitusvuotta äskettäisten tutkimusten yhteydessä on todettu lisäksi merkittävä kannabiksen käytön lisääntyminen Espanjassa (1970-luvun puolivälissä) ja Saksassa (1990-luvun alussa) (katso vuosien 2004 ja 2007 vuosiraportit).

EMCDDA:lle ilmoitettujen kansallisten kyselytutkimustietojen perusteella kannabiksen käyttö lisääntyi merkille pantavasti lähes kaikissa EU-maissa varsinkin nuorten (kaavio 4) ja koululaisten keskuudessa. Vuoden 2000 paikkeilla vähintään kerran kannabista käyttäneitä 15–34-vuotiaita oli yhdeksässä maassa yli 30 prosenttia ja kahdessa maassa noin 40 prosenttia, ja viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä oli seitsemässä maassa 15–20 prosenttia, ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä oli kuudessa maassa 8–15 prosenttia. Erityisen kiintoisa on kannabiksen käytön suuntaus Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Englannissa ja Walesissa). Maa ilmoitti Euroopan suurimpia levinneisyysarvioita 1990-luvun alussa ja keskivaiheilla, mutta viime vuosina maassa on todettu jatkuva aleneva suuntaus ennen muuta 16–24-vuotiaiden ikäryhmässä ⁽⁴⁷⁾.

Kaavio 4. Suuntaukset kannabista viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa



⁽¹⁾ Englanti ja Wales.

Huom: Katso kaavio GPS-2 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2007), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista.

⁽⁴⁶⁾ Analyysi perustuu Euroopan kouluissa tehdyn alkoholia ja muita päihteitä koskevan tutkimushankkeen (ESPAD) tietokannan tietoihin. Analysoinnin yhteydessä on noudatettu ESPAD-tietokannan käyttösääntöjä. Kunkin osallistujamaan tietoja ilmoittavat kansalliset tutkimuslaitokset mainitaan hankkeen verkkosivustolla (<http://www.espad.org>).

⁽⁴⁷⁾ Katso kaavio GPS-10 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Tuoreiden kansallisten kyselyjen tiedot viittaavat kannabiksen käytön vakiintumiseen monissa maissa. Niistä 16 maasta, joiden suuntausta on mahdollista analysoida vuodesta 2001 vuoteen 2006, viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden aikuisten määrä kasvoi vähintään 15 prosenttia kuudessa maassa, väheni saman verran kolmessa maassa ja pysyi ennallaan seitsemässä ⁽⁴⁸⁾.

Vakaa tai vähenevä suuntaus käy ilmi myös äskettäin julkaistuista koululaisten kannabiksenkäyttöä koskevista tiedoista. HBSC:n tietojen 2001/2 ja 2005/6 vertailu osoittaa vakaata tai alenevaa suuntausta kannabista kerran kokeilleiden tai useammin käyttävien 15-vuotiaiden koululaisten keskuudessa useimmissa EU-maissa ⁽⁴⁹⁾. Muissakin maissa eli Espanjassa, Portugalissa, Slovakiassa, Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa jokin aika sitten tehdyissä kansallisissa koulukyselyissä havaittiin vakiintuva tai vähenevä suuntaus.

Koska kannabiksen saatavuus Euroopassa ei kaiken kaikkiaan näytä muuttuneen ja koska hinnat näyttävät laskevan useimmissa tiedoista antaneissa maissa, selitystä nykyiselle vakiintumiselle tai vähenemiselle on etsittävä muualta. Ranskan vuoden 2005 väestökyselyssä (Baromètre Santé) todettiin, että kannabiksenkäytön lopettaneista 80 prosenttia mainitsi lopettamisen syyksi kiinnostuksen hiipumisen. Osaselitys voi löytyä myös havaitusta tupakoinnin vähenemisestä: onhan käyttötapa sama kuin kannabiksen, jolloin käyttäytyminen voi vaikuttaa jollain tasolla (Reitoxin kansalliset raportit ja Currie *et al.*, 2008).

Kannabiksen kokeilukäytön tai satunnaisen käytön väheneminen ei välttämättä ole suoraan suhteessa tämän huumausaineen säännöllisen käytön suuntauksiin. Tämä ilmenee kahden saksalaisnuorille tehdyn peräkkäisen kyselytutkimuksen tiedoista, joiden mukaan ainakin kerran ja viimeksi kuluneen vuoden aikana kokeilleiden määrä on vähentynyt ja ”säännöllisen käytön” (yli kymmenen kertaa viimeksi kuluneen vuoden aikana) määrä on pysynyt muuttumattomana (2,3 prosenttia) (BZgA, 2004, ja BZgA, 2007, mainitaan Saksan kansallisessa raportissa).

Kannabiksesta johtuva hoito

Hoidon kysynnän kuva

Ilmoitettuja hoitoon hakeutuneita oli vuonna 2006 yhteensä 390 000, ja heistä noin 21 prosenttia ilmoitti pääasiallisesti huumeeksi kannabiksen, mikä tekee siitä toiseksi yleisimmin

ilmoitetun huumeen heroiinin jälkeen ⁽⁵⁰⁾ (tietoja saatiin 24 maasta). Maiden väliset erot olivat kuitenkin huomattavat. Kannabiksen mainitsi hoidon aloittamisen pääsyyntä alle viisi prosenttia kaikista asiakkaista Bulgariassa, Liettuassa, Luxemburgissa ja Romaniassa. Sen sijaan Ranskassa, Unkarissa ja Alankomaissa yli 30 prosenttia hoidon asiakkaista ilmoitti sen pääasialliseksi huumeekseen ⁽⁵¹⁾.

Myös hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvissa on huomattavia eroja siten, että heistä kannabiksen mainitsee pääasiallisesti huumeeksi alle kymmenen prosenttia Bulgariassa, Liettuassa ja Romaniassa ja yli 50 prosenttia Tanskassa, Saksassa, Ranskassa ja Unkarissa ⁽⁵²⁾. Vaihtelu voi selittyä runsaan kannabiksenkäytön yleisyyden, huumehoidon organisoinnin tai lähetekäytäntöjen eroilla. Muutamissa maissa, joissa kannabispotilaiden osuus on suuri (esimerkiksi Saksa, Unkari, Itävalta, Ruotsi), huumehoitoa tarjotaan vaihtoehtona rangaistukselle, ja se on joskus pakollista pidätyksen yhteydessä; Ranskassa, jossa on suhteessa eniten kannabisasiakkaita Euroopassa, on äskettäin perustettu erikoistuneita keskuksia kannabiksenkäyttäjille, mikä vaikuttaa suoraan asiaa koskevaan raportointiin.

Kannabiksenkäyttäjiä hoidetaan pääosin avohoitokeskuksissa, mutta joissain maissa (Irlanti, Slovakia, Suomi, Ruotsi) noin kolmanneksen ilmoitetaan hakevan hoitoa laitoshoidosta ⁽⁵³⁾. Useimpien kannabisasiakkaiden kerrotaan tulevan hoitoon omasta aloitteestaan, mutta tämä hakeutumistapa on harvinaisempaa kannabiksen kuin muiden huumeiden käytön vuoksi apua hakevien keskuudessa.

Ensisijaisesti kannabiksen käytön vuoksi avohoitoon hakeutuvat ilmoittavat myös käyttävänsä muita huumeita: 21 prosenttia käyttää alkoholia toissijaisena päihteenä, 12 prosenttia amfetamiineja ja ekstaasia ja kymmenen prosenttia kokaiinia. Muun pääasiallisen huumausaineen vuoksi hoitoa saavien joukossa kannabis mainitaan kolmanneksi yleisimpänä päihteenä (21 prosenttia) alkoholin (32 prosenttia) jälkeen ⁽⁵⁴⁾.

Suuntauksia huumehoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvien joukossa

Noin 160 000:sta huumehoitoon vuonna 2006 ensimmäistä kertaa hakeutuneesta henkilöstä kannabisasiakkaat ovat toiseksi suurin ryhmä (28 prosenttia) heroiiniasiakkaiden (34 prosenttia, tietoja on saatu 24 maasta) jälkeen. Verrattuna kaikkien kannabiksen ensisijaiseksi huumeeksi ilmoittavien asiakkaiden osuuteen uusien asiakkaiden osuus on suurempi. Puolet maista ilmoittaa, että kannabiksen

⁽⁴⁸⁾ Jollei tietoja ollut saatavissa juuri näiltä vuosilta, käytettiin edellisen tai seuraavan vuoden lukuja. Ellei näitäkään ollut saatavilla, analyysia ei tehty.

⁽⁴⁹⁾ Katso kaaviot EYE-4 ja EYE-5 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁵⁰⁾ Katso taulukko TDI-2 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁵¹⁾ Katso taulukko TDI-5 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁵²⁾ Katso taulukko TDI-4 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁵³⁾ Katso taulukko TDI-24 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁵⁴⁾ Katso taulukot TDI-22 ja TDI-23 (osa i ja osa iv) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

pääasialliseksi huumeekseen ilmoittavien ensi kertaa hoitoon hakeutuvien osuus on kasvussa. Kannabishoitoon ensi kertaa hakeutuvien absoluuttinen määrä on lisääntynyt vuosina 2002–2006, vaikka pääasiassa kannabiksen vuoksi hoitoon ensi kertaa hakeutuvien osuus asiakkaista kasvoi vuosina 2002 ja 2005 ja pysyi samalla tasolla vuonna 2006 ⁽⁵⁵⁾.

Kasvava suuntaus kannabishoitoon hakeutumisessa voi liittyä moniin tekijöihin: kannabiksen käytön tai runsaan ja pitkäaikaisen käytön lisääntymiseen, tietojen kattavuuden paranemiseen, hoitojärjestelmän viimeaikaiseen laajentumiseen ja eriytymiseen kattamaan heroininikäyttäjien lisäksi myös muiden huumeiden käyttäjät sekä lainsäädännön ja politiikan muutoksiin, jotka lisäävät aika ajoin rikosoikeusjärjestelmän hoitoon ohjaamien kannabiksenkäyttäjien määriä (EMCDDA, 2008a). Kannabiksen käytön vuoksi ensi kertaa hoitoon hakeutuvien henkilöiden määrän viimeaikainen vakiintuminen voi selittyä myös kannabiksen käytössä äskettäin ilmenneillä suuntauksilla, hoitojärjestelmien muutoksilla tai hoitoonohjauspolkujen muuttumisella.

Asiakasprofiilit

Avohoitoon hakeutuvat kannabiksenkäyttäjät ovat valtaosin nuoria miehiä – miehiä on 5,2 jokaista naista kohden – ja keski-ikänsä 24-vuotiaita. Cannabis on nuorehkojen ikäryhmien useimmin ilmoittama ensisijainen huumausaine. Ensi kertaa hoitoon tulevista ensisijaisesti kannabista käyttäviksi ilmoittautuu 67 prosenttia 15–19-vuotiaista ja 80 prosenttia alle 15-vuotiaista ⁽⁵⁶⁾.

Useimmat kannabisasiakkaat näyttävät sopeutuneen yhteiskuntaan suhteellisen hyvin verrattuna muiden huumausainetyyppien vuoksi apua ongelmiinsa hakeviin henkilöihin. Monet ovat edelleen koulussa, ja he elävät varmassa asunnossa usein vanhempiensa luona. Viimeaikaisista tutkimuksista on paljastunut myös muusta samanikäisestä väestöstä sosiaaliselta profiililtaan poikkeavia kannabispotilaita, joiden taustalla vaikuttaa muita heikompia asema (EMCDDA, 2008a).

Kaiken kaikkiaan ensisijaisesti kannabiksen takia hoitoon hakeutuvat voidaan jakaa kolmeen ryhmään käytön toistuvuuden mukaan: satunnaisesti käyttäviin (30 prosenttia), kerran tai useampia kertoja viikossa käyttäviin (30 prosenttia) ja päivittäin käyttäviin (40 prosenttia) asiakkaisiin ⁽⁵⁷⁾. Eri maissa havaitaan kuitenkin huomattavia eroja erityisesti hoitoon tulevien säännöllisten kannabiksenkäyttäjien osuudessa. Maissa, joissa kannabisasiakkaita on muita enemmän, päivittäiskäyttäjien osuus vaihtelee 70 prosentista (Alankomaat ja Tanska)

Espanjan, Ranskan ja Italian 40–60 prosenttiin ja Saksan ja Unkarin 20–30 prosenttiin.

Hoidon tarjonta

EMCDDA:n toimeksiannosta tehty kyselytutkimus kannabishoidon tarjonnasta 19 jäsenvaltion eräissä huumehoitokeskuksissa osoitti, että puolessa kyselyn kohteena olevista keskuksista ei ollut erityisesti kannabisongelmiin erikoistuneita ohjelmia (EMCDDA, 2008a). Tämä havainto viittaa siihen, että monia kannabiksenkäyttäjää hoidetaan samoissa laitoksissa kuin muiden huumeiden käyttäjiä, mikä voi aiheuttaa ongelmia sekä hoitohenkilökunnalle että asiakkaille.

Tutkimukseen osallistuneista erikoiskeskuksista useimmat tarjosivat kannabiksenkäyttäjille lyhyitä hoitajaksoja, joissa oli yleensä alle 20 hoitokertaa. Yleensä hoito oli muodoltaan henkilökohtaista neuvontaa ja terapiaa tai neuvontaa kannabiksenkäytön mahdollisista seurauksista. Osa keskuksista ilmoitti mahdollisiksi hoitomuodoiksi kannabisvieroituksen, perheterapian, hoitoyhteisön ja vertaistukiryhmät. Laitoshoidoa käytettiin kannabishoidoissa yleensä vain sosiaalis-käytöksellisten ongelmien pitkittyessä.

Alan tieteellisen kirjallisuuden mukaan monet psykoterapian muodot on osoitettu tehokkaiksi kannabiksesta johtuvissa hoidoissa, mukaan lukien motivaatioterapia ja kognitiivis-behavioraalinen terapia, mutta mitään psykoterapian muotoa ei ole todettu toisia tehokkaammaksi (Nordström ja Levin, 2007). Vaikka useimmat kannabishoitojen tehokkuutta koskevat tutkimukset on tehty Yhdysvalloissa ja Australiassa, myös eurooppalaisia tutkimuksia aloitetaan ja raportoidaan nykyään. Vuonna 2004 alkoi saksalainen satunnaistettu kontrolloitu CANDIS-tutkimus, jossa tutkitaan kannabikseen liittyvistä häiriöistä kärsivien nuorten hoito-ohjelmaa. Ohjelma perustuu motivaation parantamiseen, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja psykososiaaliseen ongelmanratkaisuun. Ensimmäisten tulosten perusteella puolet potilaista on lopettanut kannabiksen käytön hoidon päättyessä. Lisäksi 30 prosenttia on vähentänyt kannabiksenkäyttöään. Niin ikään käyttöön liittyvien henkisten ja sosiaalisten ongelmien on ilmoitettu vähentyneen huomattavasti. Seurantatutkimus on suunnitteilla.

Monet maat ovat ilmoittaneet aloitteista hoidon tarjoamiseksi nuorille kannabiksenkäyttäjille. Eri puolille Ranskaa on perustettu vuodesta 2005 lähtien noin 250 kannabisneuvontakeskusta, jotka antavat neuvontaa ja tukea käyttäjille ja heidän perheilleen. Tanskassa on

⁽⁵⁵⁾ Katso kaaviot TDI-1 ja TDI-2 sekä taulukot TDI-3 (osa iv) ja TDI-5 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁵⁶⁾ Katso taulukot TDI-10 ja TDI-21 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁵⁷⁾ Katso taulukko TDI-18 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

myönnetty erityismääräraha nuorille kannabiksenkäyttäjille suunnattujen ohjelmien kehittämiseen. Lisäksi Belgia, Saksa, Ranska, Alankomaat ja Sveitsi tekevät yhteistyötä kansainvälisessä tutkimuksessa (INCANT), jossa selvitetään kattavan perhelähtöisen hoidon tehokkuutta kannabiksen ongelmakäyttöä hoidettaessa ⁽⁵⁸⁾.

Saksassa pyritään siirtämään internetpohjainen kannabiksen käytönlopettamisohjelma Quit the shit ⁽⁵⁹⁾, joka tarjoaa vuorovaikutteista neuvontaa yhteistyössä avohoitokeskusten kanssa, osaksi nuorisotoimen ja huumehoidon kunnallisia laitoksia tai huumeriippuvuuden vastaisen ehkäisytyön laitoksia.

Tieto- ja viestintätekniikan käyttö kasvaa edelleen Euroopassa huumeiden kysynnän vähentämiseen tähtäävissä toimenpiteissä. Vuosina 2006 ja 2007 huumeidenkäyttöön liittyvän neuvonnan ja saatavuuden otti esiin yhdeksän jäsenvaltiota, joista kahdeksan ilmoitti käyttävänsä internetiä (Tšekki, Saksa, Viro, Alankomaat, Itävalta, Portugali, Slovakia, Yhdistynyt kuningaskunta) ja Tanska tekstiviestejä. Nämä internetpohjaiset palvelut on kohdistettu nuoriin ja niissä keskitytään alkoholiin ja kannabikseen liittyviin ongelmiin.

Kannabiksenkäyttäjien joutuminen tekemisiin rikosoikeusjärjestelmän kanssa

Kannabis on huumausainerikoksia koskevissa poliisiraporteissa useimmin mainittu laiton huume ⁽⁶⁰⁾ Euroopassa, ja tähän huumausaineeseen liittyvät rikokset ovat lisääntyneet Euroopan unionissa keskimäärin 34 prosenttia

vuosina 2001–2006 (kaavio 2). Käytettävissä olevien tietojen mukaan valtaosa ilmoitetuista kannabisrikoksista liittyy käyttöön ja hallussapitoon eikä laittomaan kauppaan ja tarjontaan. Valtaosassa tietoja ilmoittaneista maista käyttörikosten osuus kaikista ilmoitetuista kannabisrikoksista on 62–95 prosenttia.

Monet huumausainerikolliset ovat nuoria kannabiksenkäyttäjiä, jotka eivät muutoin joutuisi tekemisiin huumeyskiköiden kanssa. Niinpä onkin saatu tietoja yhteistyön lisääntymisestä oikeusviranomaisten, koulujen ja nuorisohuollon ehkäisy- ja neuvontapalvelujen kesken. Saksa, Espanja (Katalonia), Luxemburg ja Itävalta ovat ottaneet käyttöön protokollat ja ohjelmat nuoria huumerikollisia tai huumeiden, pääasiassa kannabiksen, käytöstä tai hallussapidosta tuomittuja nuoria varten. Rikolliselle voidaan antaa mahdollisuus käydä kurssi sakon maksamisen sijaan. Eri maissa tarjottavien ohjelmien tarkoituksena on estää huumeidenkäytön kehittyminen ja rikoksen uusiminen, ja niihin voidaan sisällyttää perhe, koulu tai psykologista neuvontaa.

Nuorisoriikollisille suunnattujen Saksan FReD-ohjelmien jatkoseurannassa (sata vastaajaa) havaittiin, että 44 prosenttia ohjelmaan aiemmin osallistuneista oli vähentänyt alkoholin ja tupakan käyttöä, 79 prosenttia oli vähentänyt laittomien huumeiden käyttöä tai keskeyttänyt sen kokonaan, ja 69 prosenttia ilmoitti, ettei ole syyllistynyt rikokseen uudelleen kurssin suorittamisen jälkeen. Vastaavanlaisessa nuorisoriikollisryhmien (YOT) arvioinnissa Yhdistyneessä kuningaskunnassa tultiin siihen tulokseen, että tällaisesta ohjelmasta saattaisi olla huomattavaa hyötyä (Matrix Research, 2007).

Tupakointikielto ja kannabis

Mahdolliset yhteydet tupakkapolitiikan ja kannabiksen polton välillä on aiheellista ottaa huomioon. Tupakointikiellot yleistyvät Euroopassa, ja yhdeksän jäsenvaltiota on nyt kieltänyt kokonaan tupakoinnin (julkisissa paikoissa ja työpaikoilla, myös ravintoloissa ja baareissa), minkä lisäksi Belgia, Tanska, Saksa, Alankomaat ja Portugali ovat äskettäin ottaneet käyttöön ainakin osittaiset tupakointikiellot.

Tupakan ja myöhemmän laittomien huumeiden käytön välinen yhteys pyrkii häviämään, kun selvitetään taustalla vaikuttavia riskitekijöitä. Tämä ilmenee ennustetutkimusten arvioinnista (Mathers *et al.*, 2006). Euroopassa kannabiksen käyttö on silti yleisempää tupakojien kuin tupakoimattomien keskuudessa,

ja vahvasti tupakkaa rajoittava politiikka voi vaikuttaa myönteisesti omaksuttuihin normeihin, jotka ennustavat sekä tupakan että kannabiksen käyttöä.

On jonkin verran näyttöä myös siitä, että kannabis taloudellisessa mielessä täydentää savukkeita (eli sen käyttö reagoi samansuuntaisesti hintaan ja saatavuuteen) (Cameron ja Williams, 2001). Yksittäisistä tutkimuksista ilmeni, että korkeampi tupakkavero näyttää vähentävän marihuanan käyttöiheyttä ja voi hieman laskea käytön todennäköisyyttä miesten keskuudessa (Farrelly *et al.*, 2001).

Lopuksi kannattaa huomata, että Alankomaiden tupakanpolttoikielto ravintoloissa ja baareissa koskee myös coffee shop -anniskelupaikkoja ja että Amsterdamin kaupunki on päättänyt kieltää kannabiksen polton julkisilla paikoilla.

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>.

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>.

⁽⁶⁰⁾ Katso taulukko DLO-6 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Luku 4

Amfetamiinit, ekstaasi ja LSD

Johdanto

Amfetamiinit (tämä yleisnimi kattaa sekä amfetamiinin että metamfetamiinin) ja ekstaasi ovat maailmanlaajuisesti kannabiksen jälkeen useimmiten käytetyt laittomat huumeet. Euroopassa kokaiinin käyttö voi olla absoluuttisesti laskettuna yleisempää, mutta kokaiinin keskittyminen maantieteellisesti vain muutamiin maihin merkitsee, että valtaosassa Euroopan unionia jokin synteettisesti valmistettu huumausaineen muoto on yhä toiseksi yleisin laiton päihde. Osassa Eurooppaa amfetamiinin käyttö on lisäksi merkittävä osa huumeongelmaa, ja sen osuus hoitoa tarvitsevien keskuudessa on huomattava.

Amfetamiini ja metamfetamiini: erot ja yhtäläisyydet

Amfetamiinien ryhmän pääasialliset edustajat laittomien huumausaineiden markkinoilla ovat amfetamiini ja metamfetamiini (ja niiden suolat) – kaksi fenetyyliamiineihin kuuluvaa ja toisiaan läheisesti muistuttavaa synteettistä ainetta. Molemmat aineet ovat keskushermostoon vaikuttavia piristeitä, joilla on sama toimintamekanismi, samat vaikutukset käyttäytymiseen, sama toleranssi, samat vieroitusoireet ja samat pitkäaikaiskäytön (krooniset) vaikutukset. Amfetamiini ei ole yhtä vahvaa kuin metamfetamiini, mutta valvomattomissa oloissa niiden vaikutuksia on lähes mahdotonta erottaa toisistaan.

Amfetamiini- ja metamfetamiinituotteet koostuvat pääasiallisesti jauheista, mutta metamfetamiinia käytetään myös puhtaan hydrokloridisuolan eli ”jään” muodossa. Amfetamiinia tai metamfetamiinia sisältävissä tableteissa voi olla samankaltaisia logoja kuin MDMA-tableteissa ja muissa ekstaasitableteissa.

Fyysisen muotonsa johdosta amfetamiinia ja metamfetamiinia voidaan niellä, nuuskata, vetää henkeen tai harvemmin injektoida. Toisin kuin amfetamiinin sulfaattisuola metamfetamiinin hydrokloridisuola, etenkin sen kiteinen muoto, on riittävän helposti haihtuvaa, jotta sitä voidaan polttaa.

Lähde: EMCDDA drug profiles (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

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-metyleenidioksimetamfetamiini (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 räjähdysmäisesti 1990-luvulla. Sen suosio on perinteisesti liittynyt tanssimusiikin kuluttajiin, ja yleisestikin laajalle levinnyt synteettisten huumausaineiden käyttö yhdistetään tiettyihin alakulttuureihin tai sosiaalisiin ympäristöihin.

Ehdottomasti tunnetuimman hallusinogeenin eli lysergihapon dietyyliamidin (LSD:n) kulutusarvot ovat olleet jo pitkään alhaisella ja melko vakaalla tasolla Euroopassa. Nuorten keskuudessa näyttää kuitenkin ilmenevän lisääntyvää kiinnostusta luonnossa esiintyviä hallusinogeeneja kohtaan.

Tarjonta ja saatavuus

Amfetamiini

Maailmassa tuotettiin vuonna 2006 arviolta 126 tonnia amfetamiinia. Tuotanto keskittyy edelleen Eurooppaan, jossa oli 79 prosenttia kaikista vuonna 2006 ilmoitetuista amfetamiinilaboratorioista (UNODC, 2008), vaikka tuotanto leviääkin muihin maanosiin, varsinkin Pohjois-Amerikkaan ja Kaakkois-Aasiaan ⁽⁶¹⁾. Maailmassa takavarikoitiin vuonna 2006 yhteensä yli 19 tonnia amfetamiineja, valtaosa Lähi- ja Keski-idässä (67 prosenttia), jotka liittyivät Kaakkois-Euroopassa tuotettuihin Captagon-tabletteihin ⁽⁶²⁾. Seuraavaksi suurimmat olivat Länsi- ja Keski-Euroopan amfetamiinitakavarikot (27 prosenttia), jotka osoittavat Euroopan aseman tämän huumausaineen suurena tuottajana ja kuluttajana (CND, 2008; UNODC, 2008).

⁽⁶¹⁾ Mikäli haluat lisätietoja huumausaineiden tarjonta- ja saatavuustietojen lähteistä, katso s. 36.

⁽⁶²⁾ Captagon on yksi synteettisen, keskushermostoa stimuloivan aineen eli fenetyyliinin rekisteröidyistä tavaramerkeistä. Tällä merkillä laittomilla markkinoilla myytyjen tablettien todetaan yleensä sisältävän amfetamiinia kofeiiniin sekoitettuna.

Valtaosa Euroopassa takavarikoidusta amfetamiinista tuotetaan (suuruusjärjestyksessä) Alankomaissa, Puolassa ja Belgiassa, vähemmässä määrin Virossa ja Liettuassa. Vuonna 2006 Euroopan unionista löydettiin 40 amfetamiinien tuotantoa, pakkaamista tai varastointia harjoittavaa toimipistettä (Europol, 2007a). Lisäksi UNODC (2008) ilmoittaa, että Euroopan maissa tuhottiin 123 laboratoriota.

Turkki raportoi takavarikoineensa noin 20 miljoonaa Captagon-logolla varustettua amfetamiinitablettia. Amfetamiinin tuotannosta tässä muodossa ovat ilmoittaneet sekä Bulgaria että Turkki, ja sen uskotaan olevan tarkoitettu Lähi- ja Keski-idän maihin suuntautuvaan vientiin.

Euroopassa tehtiin vuonna 2006 arviolta 38 000 takavarikkoa, joissa otettiin talteen 6,2 tonnia jauhemaista amfetamiinia. Vaikka vuoden 2006 alustavat tiedot osoittavat laskua vuosien 2004 ja 2005 korkeilta tasoilta, sekä takavarikkojen lukumäärä että takavarikoidun amfetamiinin määrä on lisääntynyt viisivuotisjaksolla 2001–2006⁽⁶³⁾. Tämä päätelmä on kuitenkin vain alustava, koska Yhdistyneestä kuningaskunnasta, joka yleensä ilmoittaa eniten takavarikoita, ei ole vielä saatavilla tietoja. Jauhemaisten amfetamiinin sijaan amfetamiinitablettien takavarikoinneista on saatu yhä enemmän tietoa muutamista maista; tabletteja takavarikoitiin Euroopan unionissa vuonna 2006 yhteensä 390 000 kappaletta (enin osa Espanjassa).

Euroopassa vuonna 2006 takavarikoitujen amfetamiinierien puhtaus vaihteli huomattavasti jopa siinä määrin, että mahdollisiin huomioihin tyypillisistä arvoista on suhtauduttava varoen. Vuodelta 2006 tietoja ilmoittaneet maat voidaan silti jakaa kahden ryhmään: kaikkiaan kymmenen maata ilmoitti puhtaudeksi 2–10 prosenttia, ja muut ilmoittivat sitä suurempia arvoja (25–47 prosenttia). Viimeksi mainittuun ryhmään kuuluvat yleensä ne maat, joissa amfetamiinin valmistus, salakuljetus ja kulutus ovat yleisempiä (Alankomaat, Puola, Baltian maat ja Pohjoismaat). Viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana amfetamiinin puhtaus on pysynyt vakaana tai laskenut niissä 19 maassa, joista on saatu riittävästi tietoja analyysia varten.

Vuonna 2006 amfetamiinin tyypillinen hinta katukaupassa vaihteli 10 eurosta 15 euroon grammalta puolessa tietoja ilmoittaneista maista. Vuosina 2001–2006 amfetamiinin katukauppahinnan ilmoitettiin laskeneen Tšekkiä, Espanjaa ja Romaniaa lukuun ottamatta kaikissa 16 maassa, jotka ovat toimittaneet riittävästi tietoja analyysia varten.

Metamfetamiini

Metamfetamiinin tuotanto keskittyy Pohjois-Amerikkaan ja Itä- ja Kaakkois-Aasiaan. Maailmassa tuotettiin

metamfetamiinia vuonna 2006 arviolta 266 tonnia eli enemmän kuin mitään muuta laitonta synteettistä huumetta. Maailmassa otettiin talteen noin 15,8 tonnia metamfetamiinia vuonna 2006, valtaosa takavarikoitiin Itä- ja Kaakkois-Aasiassa ja seuraavaksi eniten Pohjois-Amerikassa. Alle prosentti takavarikoista tehtiin Euroopassa (UNODC, 2007, 2008).

Kansainvälinen toiminta huumeiden synteettisten lähtöaineiden valmistuksen ja laittoman kaupan torjumiseksi

Yhtenä torjuntakeinona lainvalvonta keskittyy nykyään yhä voimakkaammin laittomien huumeiden tuotannossa välttämättömiin lähtöaineisiin, ja tällä alalla kansainvälinen yhteistyö on erityisen arvokasta. Project Prism on kansainvälinen aloite, jonka tarkoituksena on estää synteettisten huumeiden laittomassa valmistuksessa käytettävien lähtökemikaalien laiton kauppa käyttämällä laillisessa kaupassa vientiä koskevia ennakkoilmoituksia ja ilmoittamalla pysäytetyistä lasteista ja takavarikoista, kun epäilyttäviä kauppiaita tapahtuu. Tiedot tämän alan toiminnasta ilmoitetaan Yhdistyneiden Kansakuntien kansainväliselle huumausainevalvontalautakunnalle (INCB, 2008b).

Koko maailmaa koskevien raporttien mukaan vuonna 2006 takavarikoitiin yli 11 tonnia efedriiniä ja pseudoefedriiniä, jotka ovat metamfetamiinin lähtöaineita. Noin puolet tästä takavarikoitiin Kiinassa, seuraavina olivat Kanada ja Myanmar. EU:n jäsenvaltioiden (pääasiassa Belgian ja Unkarin) sekä Ukrainan ja Venäjän federaation osuus oli vain 0,3 tonnia, vaikka Europol (2008) ilmoittaa näiden kemikaalien viimeaikaisen viennin, kauttakuljetusten ja laittoman kaupan lisääntyneen viime aikoina Euroopan unionissa.

Sekä amfetamiinin että metamfetamiinin laittomaan valmistukseen käytettävän 1-fenyyl-2-propanonin (P-2-P) maailmanlaajuiset takavarikot vähenivät vuonna 2006. Poikkeuksena olivat EU:n jäsenvaltiot (lähinnä Tanska, Alankomaat ja Puola) sekä Turkki ja Venäjän federaatio, joiden yhteenlaskettu osuus kattoi valtaosan maailmassa takavarikoiduista 2 600 litrasta P-2-P:tä. Tätä lähtöainetta käytetään pääasiassa amfetamiinin tuotantoon Euroopassa. Tehtaat hankkivat P-2-P:n yleensä Aasian maista (Kiina), mutta vuodesta 2004 alkaen sitä on ilmoitettu saadun ja salakuljetetun myös Venäjän federaatiosta (Europol, 2007a).

MDMA:n valmistukseen käytettävän 3,4-metyleenidioksifenyyl-2-propanonin (3,4-MDP-2-P) takavarikointi maailmassa vuonna 2006 vähenivät 7 500 litraan. Kanadan osuus kattoi koko määrän lukuun ottamatta 105:tä litraa, jotka takavarikoitiin Alankomaissa. MDMA:n synteetissä 3,4-MDP-2-P:n korvaavan safrolin takavarikot olivat merkityksettömän vähäisiä vuonna 2006. Koko maailmassa takavarikoitu määrä oli 62 litraa, valtaosa Australiassa. Euroopassa vain Ranska ilmoitti safrolin takavarikosta (7 litraa).

⁽⁶³⁾ Tässä luvussa mainitut tiedot Euroopan huumausainetakevarikoinneista ovat taulukoissa SZR-11–SZR-18 vuoden 2008 tilastotiedotteessa. Huomaa, että vuoden 2006 tietojen puuttuessa Euroopan kokonaismäärien arvioinnissa on käytetty vuoden 2005 vastaavia tietoja.

Euroopassa toki valmistetaan metamfetamiinia laittomasti, mutta tuotanto rajoittuu valtaosin Tšekkiin, josta paljastui vuonna 2006 yli 400 pienimuotoista ”keittiölaboratoriota”. Huumausainetta ilmoitetaan tuotettavan myös Slovakiassa ja vähemmässä määrin Liettuassa (INCB, 2008a).

Vuonna 2006 ilmoitettiin noin 3 000:sta metamfetamiinin takavarikosta, joissa takavarikoitiin 154 kilogrammaa huumausainetta 17:ssä Euroopan maassa. Kappale- ja kilomääräisesti eniten takavarikoitiin Norjassa ja sen jälkeen Ruotsissa, Tšekissä ja Slovakiassa. Kahdessa viimeksi mainitussa maassa takavarikoidut määrät ovat pieniä, yleensä enintään muutamia grammoja. Vuosina 2001–2006 Euroopassa takavarikoidun metamfetamiinin takavarikot ovat lisääntyneet kappale- ja kilomääräisesti, mutta silti määrät ovat pieniä muihin huumausaineisiin verrattuina. Vuodelta 2006 käytettävissä olevien vähäisten tietojen perusteella metamfetamiinin tyypillinen puhtaus laski 20:n ja 55 prosentin välille.

Ekstaasi

UNODC (2007a) ilmoittaa ekstaasin tuotannon laskeneen koko maailmassa noin 102 tonniin vuonna 2006. Tuotanto näyttää hajaantuvan maantieteellisesti paikalliseen kulutukseen tarkoitetun valmistuksen lisääntyessä nyt Pohjois-Amerikassa sekä Itä- ja Kaakkois-Aasiassa. Tästä huolimatta Eurooppa on edelleen ekstaasintuotannon pääalue valmistuksen keskittyessä Alankomaihin (jossa tuotanto on saattanut nousta muutaman laskuvuoden jälkeen uudelleen vuonna 2006), Belgiaan ja vähemmässä määrin myös Puolaan ja Yhdistyneeseen kuningaskuntaan.

Euroopan suhteellinen merkittävyys niin ekstaasin kuluttajana kuin tuottajanakin näkyy huumausainetakavarikkoja kokevista tiedoista. Euroopassa ilmoitettiin yli 20 000 takavarikointia, joissa takavarikoitiin lähes 14 miljoonaa ekstaasitablettia vuonna 2006. Alankomaissa takavarikoitiin ekstaasia määrällisesti eniten (4,1 miljoonaa tablettia), ja sitä seurasivat Yhdistynyt kuningaskunta, Turkki, Ranska ja Saksa. Kaiken kaikkiaan ekstaasitakavarikkojen lukumäärä on laskenut vuosista 2001–2006, samoin takavarikoidun huumausaineen määrä vuoden 2002 huipun jälkeen ⁽⁶⁴⁾. Maailmassa vuonna 2006 takavarikoiduista 4,5 ekstaasitonniasta Länsi- ja Keski-Euroopan osuus oli 43 prosenttia ja vertailun vuoksi ilmoitettu Pohjois-Amerikan osuus 34 prosenttia (UNODC, 2008).

Euroopassa useimmat vuonna 2006 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. Espanja ja Puola olivat poikkeuksia, sillä niissä ekstaasina markkinoituja tabletteja analysoidessa löydettiin usein amfetamiinia tai metamfetamiinia – useasti MDMA:n tai jonkin muun sen kaltaisen aineen kera. Latviassa ja Maltassa useimmat analysoidut tabletit eivät sisältäneet mitään säänneltyä päihdettä.

Useimpien maiden mukaan ekstaasitablettien tyypillinen MDMA-pitoisuus oli jotakuinkin 25–65 mg – tosin analysoiduissa näytteissä ilmeni huomattavaa vaihtelua (9–90 mg). Lisäksi eräät maat (Belgia, Tanska, Saksa, Ranska, Alankomaat, Norja) raportoivat suuren annoksen eli yli 130 mg MDMA:ta sisältävistä ekstaasitableteista, ja eräille markkinoille on nyt tullut erittäin korkealaatuista MDMA-jauhetta. Ekstaasitablettien MDMA-pitoisuudessa ei voida havaita selvää keskipitkän aikavälin suuntausta. On kuitenkin selvää, että verrattuna ekstaasin tuloon ensimmäisen kerran yleisesti saataville Euroopassa 1990-luvun alussa tämä huumausaine on halventunut huomattavasti. Vaikka tabletteja on ilmoitettu myydyn jopa yhden euron hintaan, useimmat maat ilmoittavat tyypilliseksi katukaupan hinnaksi 3–9 euroa tablettilta. Vuosilta 2001–2006 saatavissa olevat (inflaatiokorjatut) tiedot viittaavat katukaupan hintojen laskun jatkuneen.

LSD

LSD:n käyttöä ja salakuljetusta pidetään edelleen marginaalisen pienenä, jos kohta Euroopassa tehdyt takavarikot saattavat viitata siihen, että kiinnostus tätä huumetta kohtaan on herännyt uudelleen viime vuosina. Pitkän, 1990-luvulla alkaneen laskusuuntauksen jälkeen takavarikkojen lukumäärät ja takavarikoidut määrät ovat olleet kasvussa vuodesta 2003 lukien. Nykyinen tilanne on epäselvä, sillä vaikka alustavat tiedot osoittavat kummankin määrän hieman pienentyneen, Yhdistynyt kuningaskunta ei ole vielä ilmoittanut tietojaan, ja kyseinen maa yleensä ilmoittaa suurimmat takavarikoidun LSD:n määrät. LSD:n (inflaatiokorjattu) hinta katukaupassa on laskenut hieman vuodesta 2001 alkaen, ja se sijoittui 5–11 euroon käyttöyksikköä kohden useimmissa Euroopan maissa vuonna 2006.

Levinneisyys ja käyttötavat

Amfetamiinien tai ekstaasin käyttö on suhteellisen yleistä EU:n jäsenvaltioista Tšekissä, Virossa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa sekä eräissä Keski- ja Pohjois-Euroopan maissa suhteessa niiden koko kansalliseen huumetilanteeseen. Sitä vastoin synteettisten hallusinogeenien, kuten lysergihapon

⁽⁶⁴⁾ Tämä on alustava arvio, sillä ilmoituksensa mukaan eniten takavarikointeja vuonna 2005 tehnyt Yhdistynyt kuningaskunta ei ole vielä ilmoittanut vuotta 2006 koskevia tietoja.

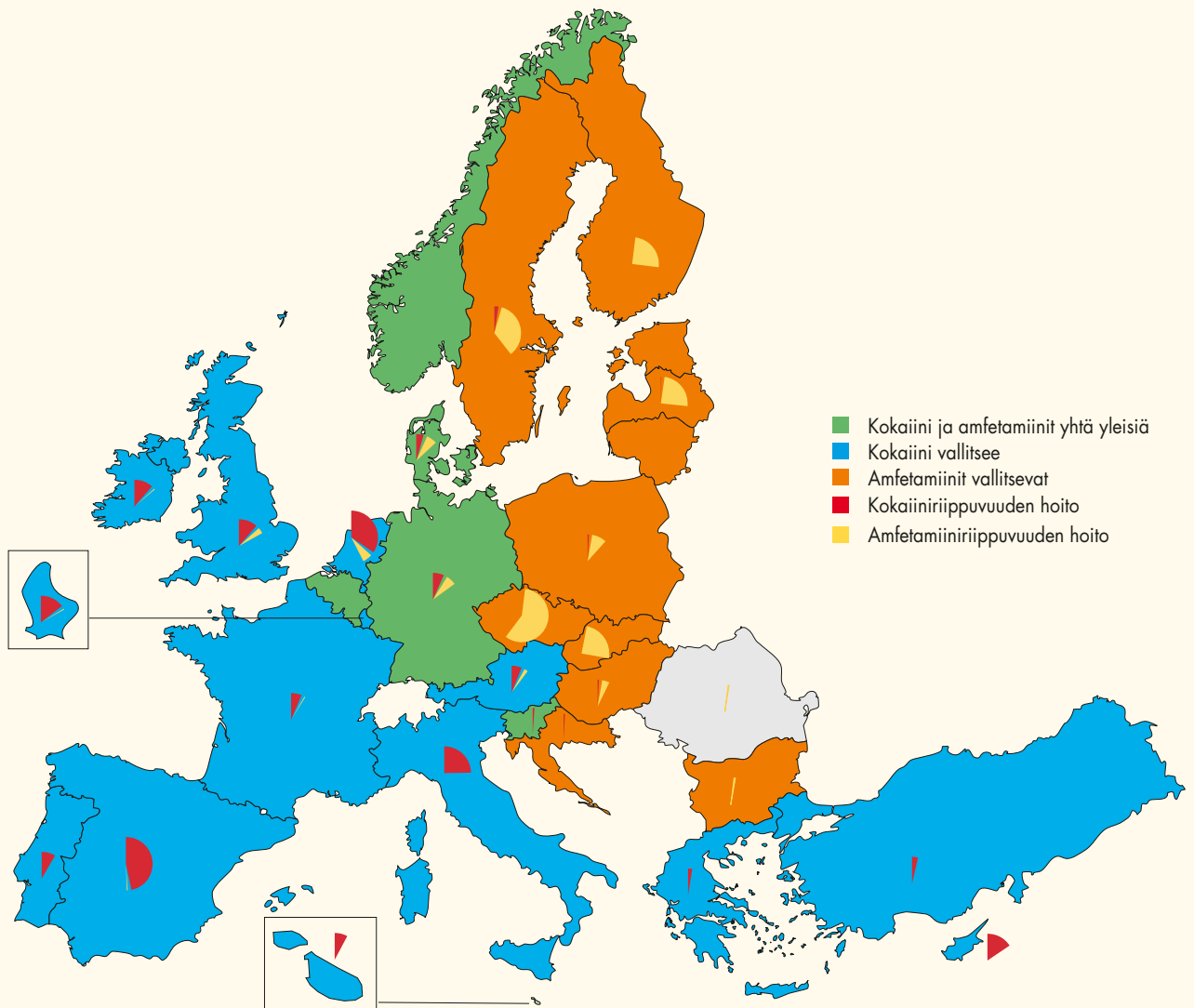
Euroopan piristemarkkinat: "kokaiinimaat" ja "amfetamiinimaat"?

Yhdistettyinä eri lähteistä saadut tiedot viittaavat siihen, että eri piristeillä voi olla sama tehtävä eri maissa, ja siksi voi olla järkevää ottaa toimintalinjoja kehitettäessä huomioon myös koko piristemarkkinat yksittäisten aineiden lisäksi. Joissain maissa kokaiini vaikuttaa olevan hallitseva piriste, muissa käytetään taas amfetamiinia tai metamfetamiinia yleisemmin. Koko väestöä koskevista kyselyistä ja takavarikointi-ilmoituksista saatuja tietoja yhdistelemällä saatava kuva viittaa

siihen, että Pohjois- ja Keski-Euroopan maat ovat yleensä "amfetamiiniryhmää", mutta Länsi- ja Etelä-Euroopan maissa kokaiinin käyttö on vallitsevaa.

Myös piristeiden suhteellinen merkitys koko huumeongelmassa vaihtelee paljon maasta toiseen. Tämä näkyy hoitotiedoissa: pienessä joukossa maita piristeet edustavat suhteellisen suurta osaa kaikista huumehoitopyynnöistä (metamfetamiini Tšekissä ja Slovakiassa; amfetamiini Latviassa, Suomessa ja Ruotsissa;

Piristemarkkinat Euroopassa: kokaiinin tai amfetamiinien suhteellinen levinneisyys takavarikoissa ja väestötutkimuksissa ja nämä huumeet ensisijaisiksi huumeiksi ilmoittaneiden hoidossa olevien huumeidenkäyttäjien osuus



kokaiini Espanjassa, Italiassa ja Alankomaissa). Muualla niiden hoitoon hakeutuvien asiakkaiden osuus, jotka mainitsevat nämä aineet avun hakemisen pääsyyksi, on pieni, joskus jopa häviävän pieni.

Hoitoasiakkailta saatujen tietojen perusteella piristeiden aiheuttamien ongelmien vuoksi hoidossa olevilla on yleensä ongelmia vain yhden piristeiden luokan vuoksi. Esimerkiksi kokaiinin vuoksi avohoitoa saavista (kaikki pyynnöt) vain kahdeksan prosenttia ilmoitti amfetamiinit toissijaiseksi huumeekseen; amfetamiiniasiakkaita taas alle yhdeksän prosenttia ilmoitti kokaiinin toissijaiseksi ongelmahuumeekseen. Joidenkin maiden ilmoittamat tiedot viittaavat lisäksi siihen, että yksi piriste voi syrjäyttää toisen huumemarkkinoilla. On esimerkiksi tietoa siitä, että kokaiini voi korvata amfetamiineja ja ekstaasin tietyissä huumeidenkäyttäjien populaatioissa ja että Alankomaissa amfetamiineja voidaan käyttää kokaiinin halvempina korvikkeina kaupunkialueiden ulkopuolella.

Vaikka piristeiden vaikutuksissa ja seurauksissa voi olla eroja, huumehoidon vaihtoehdot, pidättymisasteet ja tulokset ovat paljolti samanlaisia (Rawson *et al.*, 2000; Copeland ja Sorensen, 2001). Jossain määrin samanlaisia ovat myös tavat, joilla näitä huumeita käytetään, samoin käyttäjien yleistyypit. Esimerkiksi viihdekäyttö ja tavanomaista harvempi ja vähemmän haitallinen käyttömalli esiintyy yhteiskunnallisesti hyvin integroituneiden käyttäjien keskuudessa, samanaikaisesti kun syrjäytyneemmissä ryhmissä ainetta käytetään toistuvasti, koetaan riippuvuusongelmia ja noudatetaan suuririskisempiä käyttötapoja, kuten injektointia ja polttamista.

Huom: Taustan väri osoittaa kokaiinin tai amfetamiinien suhteellista vallitsevuutta yleisten väestötutkimusten (käyttänyt ainakin kerran viimeksi kuluneen vuoden aikana 15–34-vuotiaassa väestössä) ja takavarikotietojen perustella; sektorikaaviot edustavat näiden kahden huumeen osuuksia kaikista huumehoitopyynnöistä – vain kokaiinia ja amfetamiineja vastaavat segmentit näytetään. Italian, Alankomaiden ja Puolan osalta takavarikotietoja ei ole saatavissa, joten niiden yhteydessä käytettiin ainoastaan väestötutkimustietoja. Kroatian kohdalla käytettiin ainoastaan takavarikotietoja. Belgiasta ja Norjasta ei ole saatavissa hoitotietoja. Romaniasta saatujen tietojen perusteella ei voida tehdä koko maata koskevia päätelmiä. Tšekissä ja Slovakiassa metamfetamiini on yleisimmin käytetty amfetamiini.

dietyyliamidin (LSD:n), kulutustasot ovat yleisesti matalampia, ja ne ovat pysyneet laajalti vakaina jo melko pitkään.

Aineiden laajempaa levinneisyyttä eräissä maissa on tulkittava – hieman yksinkertaistaen – kahden erilaisen käyttötavan pohjalta. Muutamassa maassa amfetamiinin tai metamfetamiinin käyttö, joka tapahtuu yleensä suonensisäisesti, aiheuttaa suuren osan kaikista huumeiden ongelmakäyttö- ja hoitoonhakeutumistapauksista. Tästä kroonikkopopulaation tilanteesta poiketen synteettiset huumaussaineet, varsinkin ekstaasi, yhdistetään yleisemmin yökerhoihin, tanssimusiikkiin ja tiettyihin alakulttuureihin. Tämän vuoksi nuorten keskuudesta saadaan muuhun väestöön verrattuna merkittävästi suurempia käyttömäärätietoja ja erityisen korkeita määriä havaitaan tietyissä ympäristöissä tai erityisväestöryhmissä.

Amfetamiinit

Viimeaikaiset väestökyselyt osoittavat, että vähintään kerran amfetamiineja käyttäneiden määrä ⁽⁶⁵⁾ vaihtelee Euroopassa maasta toiseen ollen 0,1–11,9 prosenttia koko aikuisväestöstä (15–64-vuotiaista). Keskimäärin 3,3 prosenttia kaikista eurooppalaisista aikuisista ilmoittaa käyttäneensä amfetamiineja ainakin kerran. Viimeksi kuluneen vuoden aikana tätä huumetta käyttäneiden määrä on paljon pienempi, koko Euroopan keskiarvo on 0,6 prosenttia (vaihteluväli 0,0–1,3 prosenttia). Arvioiden perusteella noin 11 miljoonaa eurooppalaista lienee kokeillut amfetamiineja, ja noin 2 miljoonaa lienee käyttänyt huumetta viimeksi kuluneen vuoden aikana (katso yhteenvedotiedot taulukosta 3).

Nuorten (15–34-vuotiaiden) keskuudessa amfetamiinia ainakin kerran käyttäneiden määrä vaihtelee maasta toiseen huomattavasti, ja se on 0,2–16,5 prosenttia. Euroopan keskiarvo on noin viisi prosenttia. Viimeksi kuluneen vuoden aikana amfetamiineja käyttäneitä on tässä ikäryhmässä 0,1–2,9 prosenttia. Valtaosa maista ilmoittaa levinneisyysarvioksi 0,7–1,9 prosenttia. Arviolta keskimäärin 1,3 prosenttia eurooppalaisista nuorista on käyttänyt amfetamiineja viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Amfetamiinin ongelmakäyttö

EMCDDA:n huumaussaineen ongelmakäyttöä (PDU) koskevaa indikaattoria voidaan käyttää amfetamiinien yhteydessä rajoitetusti, sillä niiden yhteydessä ongelmakäytöksi määritellään suonensisäinen tai pitkäaikainen/säännöllinen käyttö. Vain yksi jäsenvaltio (Suomi) on antanut tuoreen kansallisen arvion amfetamiinin ongelmakäytöstä, jonka

⁽⁶⁵⁾ Amfetamiinin käyttöä koskevissa tiedoissa ei ole eroteltu amfetamiinia ja metamfetamiinia, mutta tiedot liittyvät yleensä amfetamiiniin (sulfaatti tai deksamfetamiini), koska metamfetamiinin käyttö on harvinaista Euroopassa: ilmoitusten mukaan alle prosentti maailman metamfetamiinitakavarikoista tehdään tässä maanosassa.

oletettiin sisältävän vuonna 2005 kaikkiaan 12 000–22 000 ongelmakäyttäjää (4,3–7,9 tapausta tuhatta 15–54-vuotiaasta kohden), mikä on noin neljä kertaa maan arvioitu opioidien ongelmakäyttäjien määrä.

Amfetamiinin käytöstä johtuvien hoitoonhakeutumisten ilmoitettu määrä on suhteellisen pieni useimmissa Euroopan maissa. Amfetamiinin käytöstä johtuva hoito muodostaa huomattavan osan kaikista ilmoitetuista hoitoon hakeutuvista Latviassa, Ruotsissa ja Suomessa, jossa 25–35 prosenttia ensimmäistä kertaa hoitoon tulevista huumeasiakkaita ilmoitti amfetamiinin ensisijaiseksi huumeongelmakseen. Näiden maiden ulkopuolella amfetamiinihoidon osuus on yli viisi prosenttia ilmoitetuista huumehoidoista ainoastaan Tanskassa, Saksassa, Alankomaissa ja Puolassa, joissa 6–9 prosenttia hoidossa olevista käyttäjistä ilmoittaa ensisijaiseksi huumeekseen amfetamiinin ⁽⁶⁶⁾.

Useimmissa maissa – joskaan ei Suomessa ja Ruotsissa – ensimmäistä kertaa ensisijaisesti amfetamiinin takia hoitoon tulevien osuus on suurempi kuin kaikkien tähän huumausaineeseen hoitoa saavien asiakkaiden osuus. Vuosina 2002–2006 ensisijaisesti amfetamiiniin ensimmäistä kertaa hoitoa hakevien asiakkaiden osuus on pysynyt suhteellisen vakaana koko Euroopassa. Tanska ja Latvia ovat tosin ilmoittaneet määrän kasvusta tänä samana aikana. Suomessa ja Ruotsissa ensimmäistä kertaa hoitoon amfetamiinin takia hakeutuvien määrä on vähentynyt, mikä voi viitata väestön ikääntymiseen ⁽⁶⁷⁾.

Hoitoon tuleva amfetamiininkäyttäjä on keskimäärin 29-vuotias ja miespuolinen. Vaikka miesten suhde naiseen on 2:1, naisten kokonaisosuus amfetamiiniasiakkaita on suurempi kuin muilla huumeilla ⁽⁶⁸⁾.

Taulukko 3. Amfetamiinien käytön levinneisyys koko väestössä – yhteenvetotiedot

Ikäryhmä	Käytön ajanjakso	
	Koko elämä	Kulunut vuosi
15–64-vuotiaat		
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	11 miljoonaa	2 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	3,3 %	0,6 %
Vaihteluväli	0,1–11,9 %	0,0–1,3 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Kreikka (0,1 %), Romania (0,2 %), Malta (0,4 %), Kypros (0,8 %)	Kreikka, Malta (0,0 %), Ranska (0,1 %), Portugali (0,2 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Yhdistynyt kuningaskunta (11,9 %), Tanska (6,9 %), Norja (3,6 %), Irlanti (3,5 %)	Yhdistynyt kuningaskunta, Viro (1,3 %), Norja, Latvia (1,1 %)
15–34-vuotiaat		
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	7 miljoonaa	2 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	5,1 %	1,3 %
Vaihteluväli	0,2–16,5 %	0,1–2,9 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Kreikka (0,2 %), Romania (0,5 %), Malta (0,7 %), Kypros (0,8 %)	Kreikka (0,1 %), Ranska (0,2 %), Kypros (0,3 %), Portugali (0,4 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Yhdistynyt kuningaskunta (16,5 %), Tanska (12,7 %), Norja (5,9 %), Espanja, Latvia (5,3 %)	Viro (2,9 %), Yhdistynyt kuningaskunta (2,7 %), Latvia (2,4 %), Tanska (2,2 %)

Tiedot perustuvat kunkin maan uusimpaan tutkimukseen. Tutkimusvuodet sijoittuvat välille 2001–2007. 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 (328 miljoonaa), 15–34 (134 miljoonaa) ja 15–24 (64 miljoonaa). Tässä tiivistetyt tiedot ovat saatavissa vuoden 2008 tilastotiedotteiden kohdasta ”Yleiset väestötutkimukset”.

⁽⁶⁶⁾ Katso taulukko TDI-5 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁶⁷⁾ Katso kaavio TDI-1 sekä taulukot TDI-4 (osa ii), TDI-5 (osa ii) ja TDI-36 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Metamfetamiinin ongelmakäyttö

Toisin kuin muissa maanosissa, joissa metamfetamiinin käyttö on lisääntynyt viime vuosina, Euroopan käyttömäärät näyttävät vähäisiltä (Griffiths *et al.*, 2008). Tämän huumeen käyttö on Euroopassa perinteisesti keskittynyt Tšekkiin ja vähemmässä määrin Slovakiaan. Vain näistä kahdesta maasta on saatua tuoreita arvioita ongelmakäytöstä. Metamfetamiinin käyttäjiä arvioitiin vuonna 2006 olevan Tšekissä noin 17 500–22 500 (2,4–3,1 tapausta tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti), mikä on lähes kaksi kertaa opioidien ongelmakäyttäjien määrä, ja Slovakiassa noin 6 200–15 000 (1,6–4,0 tapausta tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti), mikä on noin 20 prosenttia vähemmän kuin opioidienkäyttäjien arvioitu määrä.

Viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana metamfetamiinin käytöstä johtuvia hoitoon hakeutumisia on ilmoitettu kummastakin maasta entistä enemmän. Metamfetamiinista on tullut Slovakiassa ensi kertaa hoitoon tulevien useimmiten ilmoittama pääasiallinen huumausaine, ja siellä sen osuus on 25 prosenttia kaikista hoitopyynnöistä. Tšekissä 59 prosenttia kaikista huumehoitoasiakkaista ilmoittaa metamfetamiinin pääasialliseksi huumeekseen ⁽⁶⁹⁾. Metamfetamiinin vuoksi hoidettavat asiakkaat ilmoittavat erittäin usein käyttävänsä huumetta suonensisäisesti: Slovakiassa heidän osuutensa on noin 50 prosenttia ja Tšekissä 80 prosenttia.

Ekstaasi

Noin 9,5 miljoonan eurooppalaisen aikuisen arvioidaan kokeilleen ekstaasia (keskimäärin kolme prosenttia) ja noin 3 miljoonan (0,8 prosenttia) käyttäneen sitä viimeksi kuluneen vuoden aikana (katso yhteenvetotiedot taulukosta 4). Maiden väliset vaihtelut ovat huomattavia, ja uusimpien tutkimusten mukaan 0,3–7,3 prosenttia kaikista aikuisista (15–64-vuotiaista) on joskus kokeillut tätä huumausainetta. Useimmat maat ilmoittavat ainakin kerran käyttäneitä olevan arviolta 1,3–3,1 prosenttia. Tämän huumausaineen käyttö vaihteli viime vuonna Euroopassa 0,2 prosentista 3,5 prosenttiin. Kuten useimpien muidenkin laittomien huumeiden yhteydessä, ilmoitettu käyttö oli kaikilla mittareilla mitattuna paljon yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa.

Ekstaasin kulutus oli yleisempää nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) keskuudessa, joista ainakin kerran käyttäneitä arvioitiin olevan kansallisesti 0,5–14,6 prosenttia. Viimeksi kuluneen vuoden aikana tätä huumetta ilmoitti käyttäneensä 0,4–7,7 prosenttia ikäryhmän vastaajista. Arviolta 7,5 miljoonaa nuorta eurooppalaista

(5,6 prosenttia) on joskus kokeillut ekstaasia, ja noin 2,5 miljoonaa (1,8 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 2,5–8 prosentin alueelle ⁽⁷⁰⁾. Vaikka useimmat maat ilmoittivat viimeksi kuluneen vuoden aikana tässä ikäryhmässä käyttäneiden arvioiduksi määräksi 1,3–4,6 prosenttia, pienimmän (0,3 prosenttia) ja suurimman (12 prosenttia) kansallisen arvion välillä oli huomattava ero, mikä on osoitus jäsenvaltioiden tilanteen erilaisuudesta.

Koululaisten keskuudessa levinneisyys voi lisääntyä paljonkin iän noustessa vain hieman, esimerkiksi 16 maan tietojen mukaan ekstaasia ainakin kerran käyttäneiden 17- ja 18-vuotiaiden koululaisten osuus on yleensä huomattavasti suurempi kuin nuorempien oppilaiden osuus, mikä viittaa siihen, että huumetta käytetään ensimmäisen kerran yleensä 16. ikävuoden jälkeen ⁽⁷¹⁾.

Vaikka ekstaasin käyttäjien määrä Euroopassa muistuttaa amfetamiinin käyttäjien määrää, vain hyvin harva ensin mainituista hakeutuu hoitopalveluihin. Vuonna 2006 useimmissa maissa alle prosentti ensi kertaa huumehoitoon hakeutuvista käyttäjistä mainitsi ekstaasin ensisijaiseksi ongelmakseen, ja useimmissa maissa ainoastaan merkityksettömän pieni osa asiakkaista saa hoitoa ekstaasista johtuviin ongelmiin. Vain viidessä maassa on niiden ilmoituksen mukaan yli sata hoitoon tulevaa ekstaasinkäyttäjää (Ranska, Italia, Unkari, Yhdistynyt kuningaskunta, Turkki), joiden osuus kaikista näiden maiden huumehoitoasiakkaista on 0,5–4 prosenttia. Keski-ikältään 24–25-vuotiaat ekstaasinkäyttäjät ovat huumehoitoon hakeutuvista henkilöistä nuorimpia, ja he ilmoittavat säännöllisesti käyttävänsä samanaikaisesti muitakin päihteitä, kuten kannabista, kokaiinia, alkoholia ja amfetamiineja ⁽⁷²⁾.

LSD

Ainakin kerran LSD:tä käyttäneiden osuus aikuisväestöstä (15–64-vuotiaista) vaihtelee lähes nollasta 5,4 prosenttiin. Nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) vastaavat luvut ovat hieman korkeammat (0,3–7,1 prosenttia), joskin levinneisyys on alhaisin 15–24-vuotiaiden keskuudessa. Sitä vastoin vertailukelpoisia tietoja toimittaneissa muutamissa maissa LSD:n käyttöä suurempi tekijä on hallusinogeenisten sienten käyttö, sillä niistä ainakin kerran kokeilleiden nuorten

⁽⁶⁸⁾ Katso taulukko TDI-37 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁶⁹⁾ Katso taulukko TDI-5 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁷⁰⁾ Katso taulukko GPS-17 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁷¹⁾ Katso kaaviot EYE-1 ja EYE-2 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁷²⁾ Katso taulukot TDI-5 ja TDI-37 (osat i, ii ja iii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Taulukko 4. Ekstaasin käytön levinneisyys koko väestössä — yhteenvedotiedot

Ikäryhmä	Käytön ajanjakso	
	Koko elämä	Kulunut vuosi
15–64-vuotiaat		
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	9,5 miljoonaa	2,6 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	2,8 %	0,8 %
Vaihteluväli	0,3–7,3 %	0,2–3,5 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (0,3 %), Kreikka (0,4 %), Malta (0,7 %), Liettua (1,0 %)	Kreikka, Malta (0,2 %), Tanska, Puola (0,3 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Yhdistynyt kuningaskunta (7,3 %), Tšekki (7,1 %), Irlanti (5,4 %), Espanja (4,4 %)	Tšekki (3,5 %), Yhdistynyt kuningaskunta (1,8 %), Viro (1,7 %), Slovakia (1,6 %)
15–34-vuotiaat		
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	7,5 miljoonaa	2,5 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	5,6 %	1,8 %
Vaihteluväli	0,5–14,6 %	0,4–7,7 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (0,5 %), Kreikka (0,6 %), Malta (1,4 %), Liettua, Puola (2,1 %)	Kreikka (0,4 %), Italia, Puola (0,7 %), Tanska, Liettua, Portugal (0,9 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Tšekki (14,6 %), Yhdistynyt kuningaskunta (13,0 %), Irlanti (9,0 %), Slovakia (8,4 %)	Tšekki (7,7 %), Yhdistynyt kuningaskunta (3,9 %), Viro (3,7 %), Alankomaat, Slovakia (2,7 %)
Tiedot perustuvat kunkin maan uusimpaan tutkimukseen. Tutkimusvuodet sijoittuvat välille 2001–2007. 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 (328 miljoonaa), 15–34 (134 miljoonaa) ja 15–24 (64 miljoonaa). Tässä tiivistetyt tiedot ovat saatavissa vuoden 2008 tilastotiedotteen kohdasta ”Yleiset väestötutkimukset”.		

aikuisten määrä on 1–9 prosenttia, viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden määrä on 0,3–3 prosenttia (EMCDDA, 2006).

Suuntaukset amfetamiinien ja ekstaasin käytössä

Ilmoitukset 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.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa amfetamiinin käyttö (viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana) väheni nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) keskuudessa tuntuvasti vuodesta

1996 (6,5 prosenttia) vuoteen 2002 (3,1 prosenttia), minkä jälkeen luvut ovat pysyneet samoina. Tanskassa raportoitiin merkittävästä amfetamiinin käytön kasvusta vuosina 1994–2000, mutta vuoden 2005 kyselyn tulokset osoittavat tämän päihteen käytön vähentyneen tämän vuosikymmenen alusta lukien ⁽⁷³⁾. Muissa maissa, jotka ovat kertoneet toistuvista kyselyistä samalla aikavälillä (Saksa, Kreikka, Espanja, Ranska, Alankomaat, Slovakia, Suomi), suuntaukset ovat suurelta osin vakiintuneet ⁽⁷⁴⁾. Viisivuotiskaudella 2001–2006 niistä 14 maasta, joista on riittävästi tietoa amfetamiinin käytöstä ainakin kerran viimeksi kuluneen vuoden aikana 15–34-vuotiaiden ikäryhmässä, kolme ilmoitti käytön vähentyneen vähintään 15 prosenttia, neljä ilmoitti käytön vakiintuneen ja seitsemän ilmoitti käytön lisääntyneen vähintään 15 prosenttia.

⁽⁷³⁾ Tanskassa vuoden 1994 tiedot viittaavat ”koviin huumeisiin”, joilla tarkoitettiin pääasiassa amfetamiineja.

⁽⁷⁴⁾ Katso kaavio GPS-8 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Ekstaasin käyttö nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) keskuudessa näyttää hieman monitahoisemmalta: käyttö on edelleen yleistä nuorten miesten keskuudessa ⁽⁷⁵⁾ ja tutkimusten mukaan tietyissä viihdeympäristöissä. 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, minkä jälkeen määrä on pysynyt jatkuvasti suurempana Yhdistyneessä kuningaskunnassa kuin muissa maissa ⁽⁷⁶⁾. Viisivuotiskaudella 2001–2006 ekstaasia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten aikuisten määrä on vähentynyt kolmessa niistä 14 maasta, jotka ovat toimittaneet riittävästi tietoa, pysynyt vakaana viidessä maassa ja kasvanut kuudessa.

Muutaman maan tiedot antavat viitteitä siitä, että kokaiini saattaisi parhailaan korvata amfetamiinin ja ekstaasin käyttöä tietyssä huumeidenkäyttäjäpopulaatiossa. Näin voi olla Tanskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa sekä jossain määrin myös Espanjassa. Sekä Yhdistynyt kuningaskunta että Tanska ilmoittavat suhteellisen suuria amfetamiinia ainakin kerran käyttäneiden määriä, mutta viimeksi kuluneen vuoden ja kuukauden aikana käyttäneiden määrät vastaavat paremmin muiden maiden vastaavia lukuja. Kokaiininkäytön lisääntyminen näissä maissa on näkynyt jossain määrin amfetamiinin käytön vähenemisenä, mikä antaa olettaa, että yksi stimuloiva huumausaine korvaa toista näillä markkinoilla ⁽⁷⁷⁾. Mahdolliset muutokset muiden maiden (Saksa, Ranska, Italia, Alankomaat) käyttötavoissa eivät ole yhtä selviä. Samalla tavoin käyttäjiä houkuttavien eri huumeiden keskinäistä vuorovaikutusta on edelleenkin hankala ymmärtää.

Vuonna 2007 käyttöön saaduista uusista kansallisista koulukyselyistä (Tšekki, Espanja, Portugali, Slovakia, Ruotsi, Yhdistynyt kuningaskunta) saatuja tietoja analysoimalla on päätelty, että tilanne on vakiintunut yleisesti, eikä amfetamiinia ja ekstaasia kerran käyttäneiden ilmoitetuissa määrissä ole tapahtunut muutosta, tai ne ovat vähentyneet.

Viihdeympäristöt

Amfetamiinin ja ekstaasin käyttö viihdeympäristöissä

Tutkimukset huumeidenkäytöstä viihdeympäristöissä, joihin nuoret kokoontuvat ja joihin huumeidenkäytön tiedetään aika ajoin liittyvän, kuten tanssitapahtumissa tai musiikkifestivaaleilla, voivat antaa hyödyllistä

tietoa amfetamiineja ja ekstaasia säännöllisesti tai runsaasti käyttävien henkilöiden käyttäytymisestä. Huumeidenkäytön arvioidaan olevan tavallista tällaisissa ympäristöissä, mutta tietoja ei voida yleistää koskemaan koko väestöä.

Yhdeksässä Euroopan kaupungissa (Ateena, Berliini, Brno, Lissabon, Liverpool, Ljubljana, Palma, Venetsia, Wien) tehtiin 15–30-vuotiaita, säännöllisesti yöelämässä viihtyviä nuoria koskeva tutkimus, jonka perusteella ekstaasia on käyttänyt ainakin kerran 27 prosenttia ja amfetamiinia 17 prosenttia. Näiden huumeiden toistuva käyttö oli huomattavasti vähäisempää, vain 1,4 prosenttia vastaajista ilmoitti käyttäneensä ekstaasia vähintään kerran viikossa, amfetamiinin vastaava luku oli alle prosentin. Kummankin huumeen ensi käytön keskimääräinen ikä tutkimusryhmässä oli 18 vuotta ⁽⁷⁸⁾. Samanaikainen alkoholinkäyttö oli yleistä, 34 prosenttia haastatelluista ilmoitti olleensa ”humalassa” vähintään kahdesti haastattelua edeltäneiden neljän viikon aikana. Tällaisesta humaltumisesta ilmoittivat useammin mies- kuin naispuoliset vastaajat: miehiä oli 42 ja naisia 27 prosenttia (Euroopan komissio, 2007b).

Viidessä teknomusiikkitapahtumassa vuosina 2004 ja 2005 tehdyn ranskalaisen kyselytutkimuksen mukaan 1 496 vastaajasta koostuneessa otoksessa 32 prosenttia oli käyttänyt ekstaasia ja 13 prosenttia amfetamiinia ainakin kerran viimeksi kuluneen kuukauden aikana. On kuitenkin huomattava, että levinneisyys oli huomattavasti suurempi tiettyjen vastakulttuuristen seikkojen leimaamien ”vaihtoehtoisten” osapopulaatioiden joukossa. Näissä osapopulaatioissa ekstaasin levinneisyysarvio oli 54 prosenttia ja amfetamiinin 29 prosenttia.

Toimenpiteet viihdeympäristöissä

Euroopassa havaitaan yhä yleisemmin suuntaus, jossa viranomaiset puuttuvat laillisia ja laittomia päihteitä koskeviin seikkoihin yhtäaikaaisesti paikallisen yleisen järjestyksen tai terveyskysymysten nimissä. Tällainen lähestymistapa on erityisen merkityksellinen toimenpiteissä, jotka kohdistuvat synteettisten ja stimuloivien huumeiden sekä alkoholin kulutuspaikkoihin, kuten yöbaareihin ja klubeihin. Yksi tämän alan ongelmista on se, että laillisten ja laittomien päihteiden keskinäisiä rooleja voi olla vaikea erottaa. Nuorten alkoholinkäyttö on kasvava huolenaihe Euroopassa, ja Euroopan komissio hyväksyi vuonna 2006 EU:n alkoholistrategian, jolla tuetaan jäsenvaltioiden toimintaa alkoholista johtuvien haittojen vähentämiseksi nuorten keskuudessa. Alkoholin haitallinen käyttö nimittäin

⁽⁷⁵⁾ Katso kaavio TDI-9 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁷⁶⁾ Katso kaavio GPS-21 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁷⁷⁾ Katso Euroopan piristemarkkinat: ”kokaiinimaat” ja ”amfetamiinimaat”?, s. 50.

⁽⁷⁸⁾ Katso taulukko EYE-2 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

liittyy joka neljenteen nuoren (15–29-vuotiaan) miehen ja joka kymmenenteen nuoren naisen kuolemaan ⁽⁷⁹⁾.

Huoli nuorten huumeiden ja alkoholin sekakäytöstä julkisissa tiloissa on saanut kehittämään strategioita, joilla pyritään muuttamaan alkoholin ja huumeiden kulutukseen liittyviä sosiaalisia, taloudellisia ja fyysisiä ympäristöjä tarkoituksena muuttaa kulutuskäyttäytymistä ja normeja, luoda päihtymisen suhteen kielteisemmät olosuhteet ja vähentää alkoholiin ja huumeisiin liittyvien ongelmien ilmenemismahdollisuuksia ⁽⁸⁰⁾. Jäsenvaltiot ovat ilmoittaneet toimista, joita on tarkoitus järjestää yöelämässä tai siihen liittyvinä nimenomaan haittojen vähentämiseksi tai sosiaalisen ympäristön muokkaamiseksi positiiviseen suuntaan. Tällaisia toimia ovat koulutus baari- ja turvallisuushenkilökunnalle, nykyisen lainsäädännön entistä tiiviimpi valvonta, tietoisuuden lisääminen päihteisiin liittyvistä haitoista, julkisen yöliikenteen tarjoaminen ja turvallisemman yöelämän luomiseen tähtäävät parannukset. Alan toimenpiteet ovat moninaisia, ja niistä voidaan mainita esimerkiksi katuvalaistuksen parantaminen, juomaveden saataville asettaminen, asianmukainen tuuletus tai vaikkapa nopea reagointi lääketieteellistä hoitoa tarvitseviin hätätapauksiin. Usein tämän lähestymistavan yhdistävänä piirteenä on perustuminen eri sidosryhmien vuoropuheluun: poliisi, lupaviranomaiset, klubien omistaja ja terveydenhoitopalvelujen tarjoajat joutuvat tekemään yhteistyötä kumppaneina paikallisten tarpeiden ja mahdollisten ratkaisujen selvittämiseksi.

Esimerkki tämän alan työstä on Tanskasta, jossa kunnallisviranomaisten ja poliisin yhteistyönä ravintoloitsijoille ja yöelämässä työskenteleville tarjotaan kursseja, joilla edistetään yhteisiä suhtautumistapoja huumeiden ja alkoholin käytön ja myynnin rajoittamiseksi. Osa yksittäisten jäsenvaltioiden tällä alalla kehittämistä lähestymistavoista on alkanut saada laajempaa huomiota, mikä näkyy esimerkiksi siinä, että Yhdistyneessä kuningaskunnassa kehitetyt ”turvallisen tanssiympäristön ohjeet” on nyt otettu käyttöön sekä Pariisin että Brysselin klubeissa. Klubien omistajat auttavat kenttätöitä tekevien tahojen ja paikallisten viranomaisten kanssa edistämään kohtuujoomista sekä levittämään tietoa huumeiden ja alkoholin haitoista, samalla kun tapahtumien turvallisuutta parannetaan (esimerkiksi tarjoamalla juotavaksi ilmaista vettä, antamalla henkilöstölle ensiapukoulutusta ja järjestämällä rentoutumisalueita).

Ajoneuvolla ajon suhde huumeiden ja alkoholin käyttöön on sisällytetty aihealueena eräisiin ympäristöstrategioihin. Esimerkkeinä tästä ovat vaihtoehtoisen kuljetuksen tarjoaminen humaltuneille kuljettajille tietyissä pariisilaisissa yökerhoissa ja brysseliläisten klubien mainostamat julkisen liikenteen vaihtoehdot. Espanjassa ennaltaehkäisykampanjoissa

keskitytään ”sovittuihin kuljettajiin” ja tiedottamiseen psykoaktiivisten aineiden vaikutuksen alaisena ajamisesta. Näitä kampanjoita on järjestetty erityisesti viikonloppuisin. Kampanjat ovat voineet vaikuttaa Espanjassa vuonna 2006 todettuun 18–20-vuotiaiden nuorten liikenneonnettomuuksien määrän vähenemiseen 16 prosentilla ⁽⁸¹⁾.

Sellaisiin ympäristöihin kohdistettavat strategiat, joissa nuoret käyttävät sekä huumeita että alkoholia, näyttävät tarjoavan hyvän mahdollisuuden kansanterveyden suojelemiseksi ja yleisen turvallisuuden parantamiseksi. Strategioiden edut ulottuvat huumeidenkäyttäjien ohella koko yhteisöön. Tällaiset lähestymistavat rajoittuvat Euroopassa nykyisin lähinnä erityisille ongelma-alueille, usein isojen kaupunkien keskustoihin, eikä niitä useinkaan toteuteta kokonaisvaltaisesti. Tämä viittaa vahvasti siihen, että alalla on melkoisesti potentiaalia lisäinvestoinneille ja -kehitykselle. Yleisesti arvioiden tällä alalla on yleensä kiinnitetty huomiota vain erityisiin ongelmakäyttäytyjiin kohdistuviin toimenpiteisiin tai ympäristöön liittyviin tekijöihin eikä ole niinkään puututtu laajemmin nuorten normatiivisiin uskomuksiin eikä asenteisiin huumausaineiden ja alkoholin käyttöä kohtaan tietyissä ympäristöissä.

Hoidon tarjonta

Useimmissa jäsenvaltioissa heikko kysyntä näkyy erityisesti amfetamiinin, metamfetamiinin tai ekstaasin käyttäjille erityisesti kohdistettujen hoitopalvelujen heikkona saatavuutena. Tilanne on hiukan erilainen muutamassa jäsenvaltiossa, joissa on kauan sitten vakiintunut amfetamiinia tai metamfetamiinia kroonisesti käyttävä populaatio. Näissä maissa (pääasiassa Tšekki, Slovakia, Suomi, Ruotsi) amfetamiinin tai metamfetamiinin käyttäjiä hoidetaan erikoisyksiköissä. Hoitovaihtoehdot näyttävät koostuvan vieroitushoidosta, jonka jälkeen seuraa henkilökohtainen terapia avohoidossa tai ryhmäterapia joko avo- tai laitoshoidossa.

Vankkaan tehokkuutta koskevaan näyttöön perustuvia terapeutisia vaihtoehtoja ei yleensä ole psykostimuloivien aineiden, kuten amfetamiinien ja kokaiinien, riippuvuushoidon ohjenuoraksi. Kuten luvussa 5 todetaan, nykyään ei ole saatavana farmakologisia tehoaineita, jotka auttaisivat käyttäjiä pidättymään käytöstä tai helpottaisivat vähentämään psykostimulanttiriippuvuuteen liittyvää pakonomaista tarvetta saada ainetta. Kirjallisuuden perusteella näyttäisi niin ikään siltä, ettei mikään erityinen psykososiaalinen toimenpide ole osoittautunut erityisen tehokkaaksi auttamaan psykostimulanttien käyttäjiä pysymään erossa näistä huumeista.

⁽⁷⁹⁾ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf.

⁽⁸⁰⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>.

⁽⁸¹⁾ Jos haluat lisätietoja ennaltaehkäisykampanjoista eri puolilla Eurooppaa, katso vuoden 2007 erityiskysymys ajamisesta huumeiden vaikutuksen alaisena.



Luku 5

Kokaiini ja crack-kokaiini

Johdanto

Uusimmat tiedot kertovat edelleen kokaiinin käytön yleisestä kasvusta Euroopassa. Monissa maissa tehdyissä väestötutkimuksissa on havaittu nuorten kokaiinin käytön selvä kasvu 1990-luvun puolivälistä alkaen. Nämä havainnot saavat vahvistusta kohdennettujen tutkimusten tuloksista, joissa on todettu erittäin suurta kokaiinin käyttöä tietyissä viihdeympäristöissä (yöelämä ja tanssimusiikkipaikat). Tämän kehityksen kanssa rinnan kokaiinin saatavuutta Euroopassa kuvaavat indikaattorit, kuten kokaiinitakavarikkojen määrä ja niissä takavarikoidun huumeen määrä, ovat nousseet rajusti.

Osassa EU:n jäsenvaltioita kokaiinin käytöstä johtuva hoidon kysyntä on lisääntynyt tuntuvasti viime vuosina, ja se ylittää nyt opioidihoidon kysynnän määrän joissain maissa ja kaupungeissa sekä joillain seuduilla. Lisäksi huomattava osa hoidossa olevista opioidienkäyttäjistä ilmoittaa kokaiinin toiseksi yleisimmäksi huumeekseen. Kokaiini voi lisätä heidän ongelmiaan ja hankaloittaa hoitoa. Monissa maissa toksikologisessa analyysissä kokaiiniin ilmoitetaan liittyvän moniin huumekuolemiin yleensä opioidien ja muiden päihteiden kanssa yhdessä.

Maiden väliset huomattavat erot ja se, että monet maat ilmoittavat edelleen erittäin pieniä käyttömääriä, ovat tärkeitä huomioita sen rinnalla, että kokaiinin käyttö lisääntyy yleisesti Euroopassa. Kansalliset kokemukset kokaiiniongelmista ovat myös hyvin vaihtelevia. Esimerkiksi valtaosa kokaiinista johtuvista hoitopyynnöistä keskittyy Euroopassa suhteellisesti pieneen maajoukkoon.

Tarjonta ja saatavuus

Tuotanto ja salakuljetus

Kokaiinin lähteenä toimivan kokapensaasikasvatus on edelleen keskittynyt muutamaani maihin Andien seudulla ⁽⁸²⁾. Yhdistyneiden Kansakuntien huumausaine- ja kriminaalipolitiikan toimisto (2008) arvioi vuoden 2007 potentiaalisen kokaiinituotannon 994 tonniksi puhdasta kokaiinihydrokloridia; tästä Kolumbian osuus on 61

prosenttia, Perun 29 prosenttia ja Bolivian kymmenen prosenttia. Lakkautettujen laboratoriodien lukumäärästä päätellen valtaosa tuotannosta tapahtuu edelleen näissä kolmessa maassa ja kenties muissakin Etelä-Amerikan maissa. Sen jälkeen tuotanto viedään Pohjois-Amerikan ja Euroopan kuluttajien muodostamille päämarkkinoille. Kaliumpermanganaatin (joka on kokaiinihydrokloridin synteesissä käytetty kemiallinen reagenssi) laitonta salakuljetusta koskevat tiedot tukevat tätä havaintoa: Kolumbian ilmoittama osuus maailmassa vuonna 2006 takavarikoiduista 101 kaliumpermanganaattitonniasta oli 99 tonnia (INCB, 2008b).

Andien alueella tuotettu kokaiini salakuljetetaan tämän jälkeen Eurooppaan Etelä-Amerikan maista (Brasilian, Ecuadorin ja Venezuelan kautta). Vaikka Karibia onkin edelleen tärkeä Eurooppaan tuotavan kokaiinin kauttakulkualue, Länsi-Afrikan maiden, erityisesti Guineanlahden sekä Kap Verden, Guinean ja Guinea-Bissaun rannikoiden, kautta tapahtuvien kauttakuljetusten määrä on lisääntynyt huomattavasti viimeisten viiden vuoden aikana (CND, 2008; INCB, 2008a) ⁽⁸³⁾. Espanja ja Portugali ovat yhä tärkeimmät kohteet, joiden kautta kokaiini saapuu Eurooppaan, ja erityisesti Portugalin merkitys on lisääntynyt tuntuvasti vuodesta 2005 alkaen. Kokaiinia tulee Eurooppaan myös suurempaa reittiä laivoilla tai lentokoneilla Atlantin yli, erityisesti Alankomaihin, Belgiaan, Italiaan, Ranskaan, Yhdistyneeseen kuningaskuntaan ja Saksaan. Sekä Alankomaiden että Ranskan ilmoitetaan olevan merkittäviä läpikulkumaita kokaiinin jakelussa edelleen muualle Eurooppaan (Europol, 2007b). Uusimmat ilmoitukset kokaiinintuonnista Itä-Euroopan maiden (Bulgaria, Viro, Latvia, Liettua, Romania, Venäjä) kautta voivat viitata uusien salakuljetusreittien kehittymiseen tähän Euroopan osaan.

Takavarikot

Kokaiini on maailman toiseksi eniten salakuljetettu huume kannabisruohon ja kannabishartsin jälkeen. Vuonna 2006 kokaiinitakavarikot lisääntyivät maailmassa hiukan, 706 tonniin. Etelä-Amerikasta ilmoitettiin suurimmat takavarikoidut määrät, ja niiden osuus on 45 prosenttia

⁽⁸²⁾ Mikäli haluat lisätietoja huumausaineiden tarjonta- ja saatavuustietojen lähteistä, katso s. 36.

⁽⁸³⁾ Katso myös Länsi-Afrikka: uusi alueellinen kauttakulukeskus salakuljetukselle Eurooppaan, s. 59.

Länsi-Afrikka: uusi alueellinen kauttakulkukeskus salakuljetukselle Eurooppaan

Viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana Länsi-Afrikasta on tullut merkittävä Eurooppaan kohdistuvan kokaiinisalakuljetuksen alue (1). Se toimii kauttakulku-, varastointi- ja uudelleenpakkauspaikkana (Europol, 2007b; UNODC 2007b; USDS, 2008). Arviolta lähes neljännes Eurooppaan vuonna 2007 salakuljetetusta kokaiinista kulki tämän alueen kautta (UNODC, 2008). Kun otetaan huomioon, että kokaiinin käyttö lisääntyy Euroopassa, Länsi-Afrikan salakuljetusreitit yleistyvät uskotaan edistävien huumeen hinnan laskua ja vahvistaneen Iberian niemimaan asemaa tulomaana Euroopan kokaiinijakelua varten (Europol, 2007b).

Kokaiini salakuljetetaan Länsi-Afrikasta Eurooppaan pääasiassa meriteitse suurina kalastusalusten lasteina Pohjois-Portugalin ja Espanjan Galician alueen rannikolla sijaitseviin purkauspaikkoihin. Pienempiä kokaiinieriä salakuljetetaan ilma- tai maanteitse yhä useammin yhdistettynä kannabishartsin salakuljetukseen Pohjois-Afrikasta.

Länsi-Afrikan kokaiinisalakuljetusreitit vahvistumisen syynä ovat monet seikat. Näitä ovat vaihtoehtoisten salakuljetusreittien tehostunut valvonta (Europol, 2007b), Länsi-Afrikan maantieteellinen sijainti sekä alueen maiden taloudellinen haavoittuvuus, joka johtaa usein heikkoon oikeus- ja lainvalvontajärjestelmään.

Kansainvälinen yhteisö on pannut alulle useita aloitteita ongelman ratkaisemiseksi. Euroopan unionin aloitteisiin kuuluu hanke, jossa neuvosto on asettanut huumeita käsittelevän horisontaalisen työryhmän avulla Länsi-Afrikan asialistan huipulle ja esitellyt päätöslauselman kansainvälisen tuen vahvistamisesta Länsi-Afrikkaa varten vuoden 2008 YK:n huumausainetoimikunnalle. Lisäksi seitsemän jäsenvaltiota on EU:n tuella perustanut yhdessä huumausaineiden merikuljetusten analysointi- ja torjuntakeskuksen (MAOC-N), joka on Lissabonissa sijaitseva, sotilaallista tukea saava lainvalvontakeskus, jonka tarkoituksena on torjua kokaiinin salakuljetusta erityisesti Atlantin itäosiin keskittyen.

(1) UNODC (2007b) ilmoittaa, että Senegal, Ghana, Mauritania, Guinea-Bissau, Kap Verde, Nigeria, Benin ja Sierra Leone kirjjasivat suurimmat takavarikot vuosina 2006 ja 2007.

koko maailman tasosta. Seuraavina tulevat Pohjois-Amerikka (24 prosenttia) sekä Länsi- ja Keski-Eurooppa (17 prosenttia) (UNODC, 2008).

Kokaiinitakavarikkojen lukumäärä on lisääntynyt Euroopassa viimeisten 20 vuoden ajan, ja näin oli myös vuosina 2001–2006 lukuun ottamatta vuoden 2003 poikkeuksellista laskua. Takavarikoidun kokaiinin määrä on niin ikään kasvanut viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana, joskin tasaisesti vaihdellen. Vuonna 2006 kokaiinitakavarikot lisääntyivät Euroopassa: tapauksia

oli 72 700, ja haltuun saatu määrä oli 121 tonnia (84). Espanja oli edelleen takavarikointien huippumaa. Sen osuus oli 58 prosenttia kaikista takavarikoista ja 41 prosenttia Euroopassa kyseisenä vuonna takavarikoiduista määristä. Portugalissa vuodesta 2005 alkaen takavarikoidun huumeen määrän (28 prosenttia Euroopan kokonaismäärästä vuonna 2006) valtava kasvu viittaa siihen, että kokaiinin salakuljettajat käyttävät Iberian niemimaata yhä useammin tulopisteenä Euroopan markkinoille.

Puhtaus ja hinta

Kokaiinin tyyppillinen puhtaus vaihteli Euroopassa välillä 1–90 prosenttia vuonna 2006, joskin valtaosa maista ilmoitti 25–55 prosentin arvoja (85). Niistä 23 maasta, jotka ilmoittivat riittävästi tietoja, useimmat raportoivat kokaiinin puhtauden laskeneen vuosina 2001–2006; puhtaus sen sijaan lisääntyi Kreikassa ja Ranskassa vuosina 2003–2006.

Vuonna 2006 kokaiinin tyyppillinen katukauppahinta oli 50–75 euroa grammalta useimmissa Euroopan maissa, mutta Kypros, Romania, Ruotsi ja Turkki ilmoittivat huomattavasti kalliimpia hintoja. Vuosina 2001–2006 katukaupassa myytävä kokaiini on halventunut niissä 18 maassa, jotka ovat ilmoittaneet riittävästi tietoja, paitsi Romaniassa, jossa on havaittu (inflaatiokorjattu) hinnannousu.

Levinneisyys ja käyttötavat

Sen lisäksi, että jäsenvaltioiden raportoiman kokaiininkäytön määrässä voidaan havaita moninaisuutta, moninaisuus leimaa myös kokaiininkäyttäjii, joita on yhteiskunnan kaikkein etuoikeutetuimmista kaikkein syrjäytyneimpiin jäseniin. Kokaiinin käyttötavat voivat siis vaihdella satunnaisen viihdekäytön ja toisaalta vahvan pakkokäytön ja riippuvuuden välillä. Kokaiinin käyttömuoto (kokaiinihydrokloridi tai crack-kokaiini) ja käyttötapa ovat tilannetta edelleen mutkistavia tekijöitä. Moninaisuus on tärkeä pitää mielessä, jotta voitaisiin ymmärtää kokaiinin eri käyttötapoihin liittyvät todennäköiset ongelmat ja jotta osattaisiin kohdentaa ja kehittää palveluja sekalaiselle kokaiininkäyttäjäjoukolle.

Koko väestössä

Kokaiini on edelleen kaiken kaikkiaan Euroopassa toiseksi eniten käytetty laiton huumausaine kannabiksen jälkeen. Käyttö vaihtelee kuitenkin paljon maittain. Arviolta noin 12 miljoonaa eurooppalaista on käyttänyt sitä ainakin

(84) Tässä luvussa mainitut tiedot Euroopan huumausainetakavarikoinneista ovat taulukoissa SZR-9 ja SZR-10 vuoden 2008 tilastotiedotteessa. Huomaa, että jos vuoden 2006 tiedot puuttuvat, Euroopan kokonaismäärien arvioinnissa on käytetty vuoden 2005 vastaavia tietoja.

(85) Katso pitoisuus- ja hintatietoja koskevat taulukot PPP-3 ja PPP-7 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

kerran elämässään eli keskimäärin 3,6 prosenttia 15–64-vuotiaista aikuisista (katso tietojen yhteenveto taulukosta 5). Kansalliset luvut asettuvat välille 0,4–7,7 prosenttia, ja 12 maata, joista valtaosa on Euroopan unioniin vuonna 2004 liittyneitä maita, on ilmoittanut erittäin alhaisia levinneisyyslukuja aikuisilla (0,4–1,2 prosenttia vähintään kerran elämässään käyttäneitä).

Noin 4 miljoonan eurooppalaisen arvioidaan käyttäneen tätä huumausainetta viimeksi kuluneen vuoden aikana (keskimäärin 1,2 prosenttia), jos kohta kansallinen vaihtelu maasta toiseen on tässäkin huomattavaa. Tämä ilmenee tuoreiden kansallisten tutkimusten tuloksista, joiden mukaan viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä koskevat arviot ovat 0,1–3 prosenttia. Silti vain neljässä maassa käyttö ylittää prosentin rajan. Viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneiden määrä, 2 miljoonaa henkeä, on noin puolet viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneistä, mikä vastaa noin puolta prosenttia aikuisväestöstä. Nämä arviot ovat todennäköisesti varovaisia.

Kokaiinin käyttö näyttää kaiken kaikkiaan keskittyvän muutamiiin maihin, muun muassa Espanjaan ja Yhdistyneeseen kuningaskuntaan ja jossain määrin Italiaan, Tanskaan ja Irlantiin. Useimmissa muissa Euroopan maissa tämän huumausaineen 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 stimulantti, amfetamiinin käytön ilmoitetaan olevan alhaisella tasolla ⁽⁸⁶⁾.

Kokaiinin käyttö nuorten aikuisten keskuudessa

Kokaiinin käyttö keskittyy pääasiassa nuoriin aikuisiin (15–34-vuotiaisiin). Esimerkiksi niistä 4 miljoonasta eurooppalaisesta, jotka ovat käyttäneet kokaiinia viime vuonna, noin seitsemän kahdeksasta on todennäköisesti nuoria aikuisia.

Euroopassa arvioidaan 7,5 miljoonan nuoren (15–34-vuotiaan) aikuisen eli keskimäärin 5,4 prosentin käyttäneen kokaiinia ainakin kerran elämänsä aikana. Kansalliset luvut vaihtelevat 0,7 prosentista 12,7 prosenttiin. Tässä ikäryhmässä kokaiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana Euroopassa käyttäneiden keskiarvoksi arvioidaan 2,3 prosenttia (3,5 miljoonaa) ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneiden keskiarvoksi yksi prosentti (1,5 miljoonaa).

Kokaiininkäytön arviointi kunnallisia jätevesiä analysoimalla

Analyttisen kemian viimeaikaisen kehityksen soveltaminen kokaiinin havaitsemiseen jätevedestä on johtanut uuteen lähestymistapaan, jota käytetään yhteisön laittoman huumeidenkäytön seurannassa. Siitä käytetään nimeä ”jäte-epidemiologia”. Menetelmässä mitataan muun muassa käyttäjien virtsaan erittyvien laittomien huumeiden hajoamistuotteiden määrää. Jätevedestä mitattujen hajoamistuotteiden määrät suhteutetaan sen jälkeen väestöön laittomien huumeiden kulutuksen laskemiseksi. Kokaiinin yhteydessä virtsaan erittyvä tärkein metaboliitti on bentsoyyliekgoniini. Koska kokaiinin hajoaminen ihmiskehossa on ainoa todennäköinen bentsoyyliekgoniinin lähde jätevesijärjestelmissä, tiettyjen oletusten perusteella on mahdollista laskea jäteveden metaboliittimäärästä yhteisössä kulutetun kokaiinin määrä (joskaan ei sen käyttäjien määrää).

Jätevesiepidemiologia on vasta alkuvaiheessaan, ja tärkeiden teknisten ja eettisten kysymysten ohella sen antamat tiedot on integroitava nykyiseen tieteelliseen ajatteluun. Asioita käsitellään uudessa EMCDDA:n julkaisussa, joka koskee jätevesianalyysia (EMCDDA, 2008b). Monien eri alojen asiantuntijoiden koostamassa raportissa todetaan, että vaikka jatkokehitystä tarvitaan, jätevesiepidemiologia tarjoaa mahdollisuuksia huumevalvontaan koko yhteisön tasolla. Lähestymistavalla voi olla mahdollisuuksia myös huumevalvonnan työkaluna, jonka avulla kansanterveys- ja lainvalvontaviranomaiset tunnistavat huumeidenkäyttötapoja erikokoisissa kunnissa. Koska jäteveden näytteet ja analyysit voidaan tehdä päivittäin, viikoittain tai kuukausittain, tuloksista voidaan ehkä saada entistä ajantasaisempaa tietoa kunnille ehkäisytyön ja toimenpiteiden vaikutuksen ja tehokkuuden seurantaan.

Käyttö on erityisen suurta nuorten (15–34-vuotiaiden) miesten keskuudessa. Heistä kokaiinia oli käyttänyt viimeksi kuluneen vuoden aikana 4–7 prosenttia Espanjassa, Tanskassa, Irlannissa, Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa ⁽⁸⁷⁾. Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden naisten suhde miehiin oli 1:1–1:13 eri maiden nuorten aikuisten keskuudessa. Koko Euroopan unionin painotetut keskiarvot viittaavat siihen, että 15–34-vuotiaiden kokaiininkäyttäjien keskuudessa miesten suhde naisiin oli lähes 4:n suhde 1:een (3,8 miestä kutakin naista kohti).

Tuoreemman kokaiininkäytön (viimeksi kulunut vuosi ja kuukausi) mittarit näyttävät suurimpia lukuja 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä, joskaan ilmiö ei ole yhtä selkeä kuin kannabiksen tai ekstaasin yhteydessä ⁽⁸⁸⁾. Tämän ikäryhmän viimeksi kuluneen vuoden aikaiseksi

⁽⁸⁶⁾ Katso Euroopan piristemarkkinat: ”kokaiinimaat” ja ”amfetamiinimaat”?, s. 50.

⁽⁸⁷⁾ Katso kaavio GPS-13 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁸⁸⁾ Katso vuoden 2008 tilastotiedotteen kaaviosta GPS-15 ja taulukoista GPS-14–GPS-16 kaikkien vuosien tiedot ja taulukoista GPS-17–GPS-19 uusimmat tiedot.

Taulukko 5. Kokaiinin käytön levinneisyys koko väestössä — yhteenvetotiedot

Ikäryhmä	Käytön ajanjakso		
	Koko elämä	Kulunut vuosi	Kulunut kuukausi
15–64-vuotiaat			
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	12 miljoonaa	4 miljoonaa	2 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	3,6 %	1,2 %	0,5 %
Vaihteluväli	0,4–7,7 %	0,1–3,0 %	0–1,6 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania, Malta, Liettua (0,4 %), Kreikka (0,7 %)	Kreikka (0,1 %), Puola, Latvia, Tšekki (0,2 %)	Kreikka, Viro, Tšekki (0,0 %), Malta, Liettua, Puola, Suomi, Latvia (0,1 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Yhdistynyt kuningaskunta (7,7 %), Espanja (7,0 %), Italia (6,6 %), Irlanti (5,3 %)	Espanja (3,0 %), Yhdistynyt kuningaskunta (2,6 %), Italia (2,2 %), Irlanti (1,7 %)	Espanja (1,6 %), Yhdistynyt kuningaskunta (1,3 %), Italia (0,8 %), Irlanti (0,5 %)
15–34-vuotiaat			
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	7,5 miljoonaa	3,5 miljoonaa	1,5 miljoonaa
Euroopan keskiarvo	5,4 %	2,3 %	1 %
Vaihteluväli	0,7–12,7 %	0,2–5,4 %	0,0–2,8 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania, Liettua (0,7 %), Malta (0,9 %), Kreikka (1,0 %)	Kreikka (0,2 %), Puola (0,3 %), Latvia, Tšekki (0,4 %)	Viro (0,0 %), Kreikka, Puola, Latvia, Tšekki (0,1 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Yhdistynyt kuningaskunta (12,7 %), Espanja (9,6 %), Tanska (9,1 %), Irlanti (8,2 %)	Yhdistynyt kuningaskunta (5,4 %), Espanja (5,2 %), Italia (3,2 %), Irlanti (3,1 %)	Espanja (2,8 %), Yhdistynyt kuningaskunta (2,7 %), Italia (1,2 %), Tanska, Irlanti (1,0 %)
15–24-vuotiaat			
Arvioitu käyttäjämäärä Euroopassa	3 miljoonaa	2 miljoonaa	800 000
Euroopan keskiarvo	4,5 %	2,6 %	1,2 %
Vaihteluväli	0,4–11,2 %	0,2–6,1 %	0,0–3,2 %
Pienimmän käyttöasteen maat	Romania (0,4 %), Kreikka (0,6 %), Liettua (0,7 %), Malta, Puola (1,1 %)	Kreikka (0,2 %), Puola (0,3 %), Tšekki (0,4 %), Latvia (0,6 %)	Viro (0,0 %), Kreikka, Latvia (0,1 %), Tšekki, Puola, Portugali (0,2 %)
Suurimman käyttöasteen maat	Yhdistynyt kuningaskunta (11,2 %), Espanja (8,7 %), Tanska (8,0 %), Irlanti (7,0 %)	Yhdistynyt kuningaskunta (6,1 %), Espanja (5,8 %), Irlanti (3,8 %), Tanska, Italia (3,3 %)	Yhdistynyt kuningaskunta (3,2 %), Espanja (3,1 %), Italia (1,3 %), Bulgaria, Irlanti (1,1 %)
Tiedot perustuvat kunkin maan uusimpaan tutkimukseen. Tutkimusvuodet sijoittuvat välille 2001–2007. Euroopan keskimääräinen levinneisyys laskettiin kyseisen ikäryhmän väestön mukaan painotetusta keskiarvosta kussakin maassa. Maissa, joista tietoja ei ole saatavissa, käytettiin EU:n keskimääristä levinneisyyttä. Käytetty väestöpohja: 15–64 (328 miljoonaa), 15–34 (134 miljoonaa) ja 15–24 (64 miljoonaa). Tässä tiivistetyt tiedot ovat saatavissa vuoden 2008 tilastotiedotteen kohdasta ”Yleiset väestötutkimukset”.			

käytöksi arvioidaan 2,6 prosenttia, mikä vastaa kahta miljoonaa 15–24-vuotiaista käyttäjää viime vuoden aikana.

Kokaiini liittyy myös tietynlaisiin elämäntapoihin. Vuosien 2003 ja 2004 British Crime Survey -tutkimuksen tietojen perusteella arvioidaan, että noin 13 prosenttia 16–29-vuotiaista pubeissa tai viinibaareissa usein käyneistä henkilöistä ilmoittaa käyttäneensä kokaiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana. Harvemmin käyneistä näin ilmoitti 3,7 prosenttia. Vastaavat luvut olivat 30–59-vuotiailla 3,1 prosenttia ja yksi prosentti. Crack-kokaiinin ilmoitettu käyttö oli samaisessa tutkimuksessa erittäin vähäistä jopa kokaiinin levinneisyyden kannalta suurimmassa ryhmässä. Tämä tukee kohdennettumpien tutkimusten havaintoja siitä, että jauhemaisen kokaiinin käyttäjät ovat profiililtaan erilaisia kuin crack-kokaiinin käyttäjät. On todennäköistä, että kokaiinin käyttöön liittyy muissakin maissa samanlaisia elämäntapatekijöitä.

Viihdeympäristöissä tehdyissä tutkimuksissa raportoidaan usein kokaiinin käytön suuresta levinneisyydestä. Esimerkiksi yhdeksässä eurooppalaisessa kaupungissa (Ateena, Berliini, Brno, Lissabon, Liverpool, Ljubljana, Palma, Venetsia, Wien) vuonna 2006 tehdyssä tutkimuksessa, jossa haastateltiin 1 383:a säännöllisesti ”yöelämässä” viihtyvää 15–30-vuotiaista nuorta, 29 prosenttia ilmoitti käyttäneensä kokaiinia ainakin kerran ja lähes neljä prosenttia ilmoitti käyttäneensä kokaiinia jossain vaiheessa vähintään kerran viikossa (Euroopan komissio, 2007b). Suurehkoja levinneisyysarvoja saatiin myös vuosina 2004 ja 2005 tehdyssä ranskalaistutkimuksessa, jossa haastateltiin 1 496:ta nuorta viidessä eri teknomusiikkiympäristössä. Näytteestä lähes 35 prosenttia oli käyttänyt kokaiinia ja kuusi prosenttia crack-kokaiinia tai vapaan emäksen muodossa olevaa kokaiinia viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Tutkimuksessa havaittiin lisäksi eroja osapopulaatioiden välillä: viimeksi kuluneen kuukauden käyttö oli ”vaihtoehoton henkilöillä” 50 prosenttia kokaiinin ja 13 prosenttia crack-kokaiinin osalta, mutta vahvemmin mainstream-kulttuuriin samastuvista osapopulaatioista kokaiinia oli käyttänyt noin neljännes ja crack-kokaiinia kaksi prosenttia viimeksi kuluneen kuukauden aikana.

Koululaisten kokaiininkäyttö

Kannabikseen verrattuna kokaiinin käyttö on yleensä paljon harvinaisempaa koululaisten keskuudessa. Useimmissa maissa kokaiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus on 15–16-vuotiaiden koululaisten ryhmässä kaksi prosenttia tai vähemmän, Espanjassa neljä prosenttia ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa viisi prosenttia ⁽⁸⁹⁾. Uusista kansallisista koulututkimuksista tietoja luovuttaneissa

maissa (Espanja, Portugali, Slovakia, Ruotsi, Yhdistynyt kuningaskunta) kokaiinin levinneisyys on vakaata tai vähenee hieman. Tosin levinneisyyden muutokset ovat yleensä liian pieniä ollakseen tilastollisesti merkitseviä. Espanjan tuoreista tutkimustiedoista ilmeni merkitsevä lasku 17–18-vuotiaiden koululaisten keskuudessa.

Kokaiinin käyttötavat

Yleisten väestötutkimusten tiedot viittaavat siihen, että monet kokaiininkäyttäjät ovat lopettaneet käytön: maissa, joissa viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä on yli kaksi prosenttia, aikuisista ainakin kerran kokaiinia elämässään käyttäneistä 80–90 prosenttia ei ole käyttänyt sitä viimeksi kuluneen kuukauden aikana ⁽⁹⁰⁾.

Toistuvan kokaiininkäytön tiheydestä on Euroopassa saatavana vain vähän tietoa. British Crime Survey -tutkimuksen analyysissa havaittiin, että noin 20 prosenttia viimeksi kuluneen vuoden aikana kokaiinia käyttäneistä nuorista (16–24-vuotiaista) oli käyttänyt sitä useammin kuin kerran kuukaudessa. Monta kaupunkia käsittäneessä eurooppalaisessa tutkimuksessa (Prinzleve *et al.*, 2004), jonka kohdennettuna näytteenä olivat kokaiininkäyttäjät yhdeksässä kaupungissa, havaittiin, että keskimääräinen käyttötiheys oli pienempi (seitsemänä päivänä kuukaudessa) sopeutuneiden käyttäjien joukossa kuin sosiaalisesti syrjäytyneillä käyttäjillä (11 päivänä) tai hoidossa olevilla opioidienkäyttäjillä (14 päivänä).

Kokaiinin ongelmakäyttö ja hoidon kysyntä

Kokaiinin ongelmakäytön (suonensisäinen tai pitkäaikainen/säännöllinen käyttö) kansallisia arvioita on saatavissa ainoastaan Espanjasta ja Italiasta ja alueellisia arvioita ainoastaan Yhdistyneestä kuningaskunnasta. Uusimpien Espanjaa koskevien tietojen mukaan vuonna 2002 maassa oli 4,5–6 kokaiinin ongelmakäyttäjää tuhatta aikuista (15–64-vuotiaista) kohti. Vastaavasti Italiassa arvioitiin vuonna 2006 olleen 3,7–4,5 kokaiinin ongelmakäyttäjää tuhatta aikuista kohti. Yhdistyneen kuningaskunnan tiedot eivät ole suoraan verrattavissa Espanjaan ja Italiaan, koska ne koskevat crack-kokaiinin käyttöä. Vuosina 2004–2005 yhdessä tutkimuksessa arvioitiin Englannin crack-kokaiinin ongelmakäyttäjien määräksi 5,7–6,4 henkeä tuhatta aikuista kohti.

Vuonna 2006 noin 16 prosenttia kaikista hoitoon tulevista asiakkaista mainitsi kokaiinin, pääasiassa jauhemaisen kokaiinin, pääasiallisena huumehoitoon hakeutumisen syynä. Tämä vastaa 61 000:ta ilmoitettua tapausta 24 maassa ⁽⁹¹⁾. Kokaiinin ilmoitti toissijaiseksi

⁽⁸⁹⁾ Katso taulukko EYE-1 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁹⁰⁾ Katso kaavio GPS-16 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁹¹⁾ Katso taulukko TDI-115 ja kaavio TDI-2 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

huumeekseen noin 18 prosenttia kaikista avohoidossa olevista huumepotilaista ⁽⁹²⁾. Maiden välinen vaihtelu on suurta: kokaiininkäyttäjät muodostavat suuren osan hoitoasiakkaista ainoastaan Espanjassa (47 prosenttia) ja Alankomaissa (35 prosenttia). Italiassa kokaiinin osuus on silti jo 25 prosenttia hoitopyynnöistä. Muualla Euroopassa kokaiinin osuus kaikista hoitopyynnöistä on 5–10 prosenttia (kymmenessä maassa) tai alle viisi prosenttia (12 maassa) ⁽⁹³⁾.

Kokaiininkäyttäjien osuus on suurempi ensi kertaa hoitoon hakeutuvien joukossa. Koko Euroopassa kokaiinin ilmoitti vuonna 2006 pääasialliseksi huumeekseen 23 prosenttia ensi kertaa hoitoon tulevista asiakkaista (noin 37 000 henkeä) ⁽⁹⁴⁾. Espanjaa koskevien uusimpien tietojen mukaan kokaiini oli vuonna 2005 hoitoon tulijoiden useimmin mainitsema ensisijainen huume, ja ensi kertaa hoitoon hakeutuvien kokaiiniasiakkaiden osuus oli 63 prosenttia kaikista Espanjan uusista huumehoitoasiakkaista.

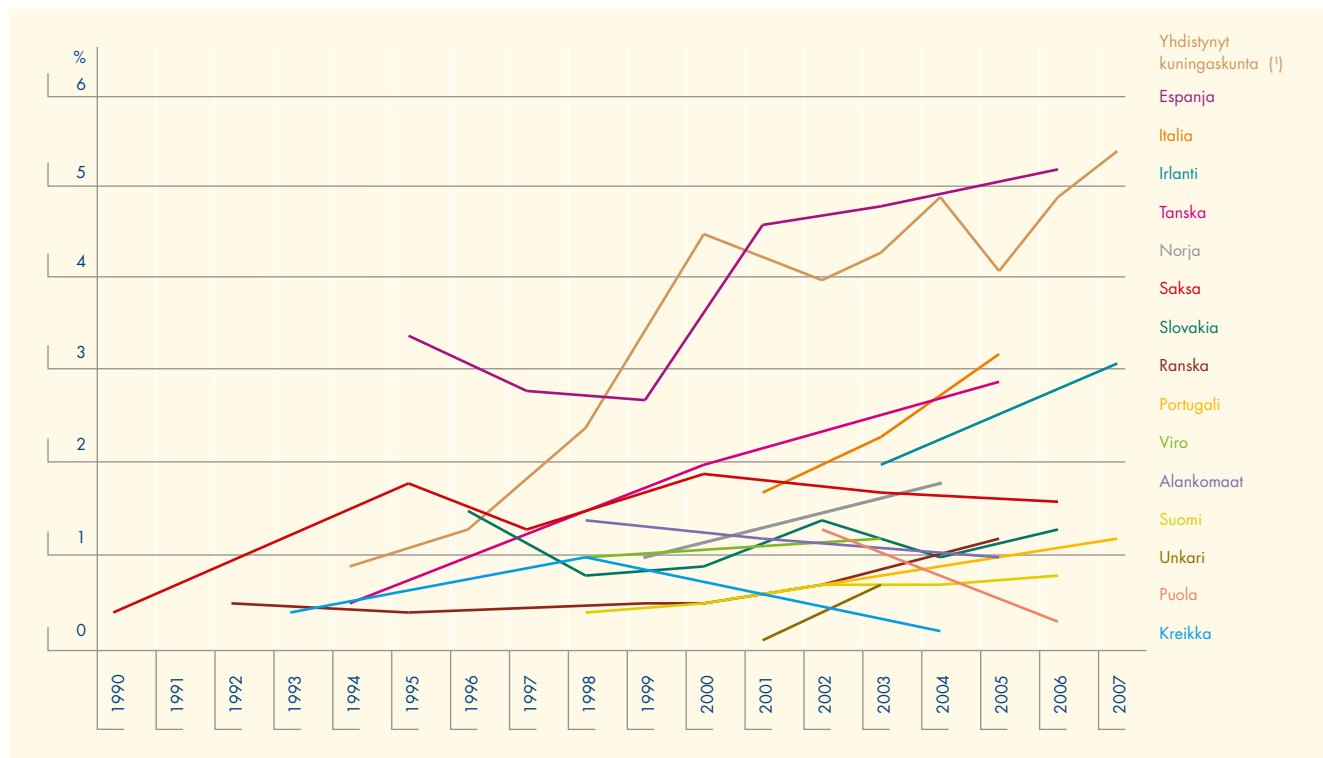
Kokaiinin käytön suuntaukset

Kun viimeksi kuluneen vuoden aikana ainakin kerran käyttäneiden (15–34-vuotiaiden) nuorten aikuisten määrää

käytetään osoittamaan viimeaikaisen käytön suuntauksia (kokaiinin käyttöön keskittyy tähän ikäryhmään), havaitaan, että kokaiinin käyttö lisääntyi huomattavasti 1990-luvun jälkipuoliskolla Tanskassa, Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Uudet tiedot (vuosien 2005–2007 tutkimukset) vahvistavat kasvavan suuntauksen, josta raportoitiin jo viime vuonna Tanskassa, Irlannissa, Espanjassa, Ranskassa, Italiassa, Portugalissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Levinneisyys on vakaata Saksassa, Alankomaissa, Slovakiassa ja Suomessa, ja Puola ilmoitti vähentymisestä (kaavio 5).

Edellisvuosina havaittu kokaiinihoidon kysynnän kasvava suuntaus näyttää jatkuvan, vaikka muutamat maat vaikuttavat suhteettoman paljon sitä koskeviin lukuihin. Vuosina 2002–2006 ensi kertaa hoitoon pääasiassa kokaiinin takia hakeutuvien osuus kasvoi 13 prosentista 25 prosenttiin, ja ilmoitettujen tapausten määrä kasvoi noin 13 000:sta liki 30 000:een. Kasvua havaittiin myös kaikkien hoitoon tulevien kokaiiniasiakkaiden määrässä ja osuudessa: 22 000 asiakkaasta (13 prosenttia kaikista hoitopyynnöistä) vuonna 2002 määrä kasvoi 50 000 asiakkaaseen (19 prosenttiin) vuonna 2006. Suurin kasvu oli ilmoitusten mukaan Italiassa ja Espanjassa ⁽⁹⁵⁾.

Kaavio 5. Suuntaukset kokaiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneiden nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa



⁽¹⁾ Englanti ja Wales.

Huom: Tanskan osalta vuoden 1994 luku koskee "kovia huumeita". Katso kaavio GPS-14 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit (2007), tiedot on otettu väestötutkimuksista, raporteista tai tieteellisistä artikkeleista.

⁽⁹²⁾ Katso taulukko TDI-22 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁹³⁾ Katso taulukko TDI-5 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta. Espanjan tiedot koskevat vuotta 2005.

⁽⁹⁴⁾ Katso kaavio TDI-2 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁹⁵⁾ Katso kaaviot TDI-1 ja TDI-3 sekä taulukko TDI-3 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Kokaiininkäyttäjien kasvava suuntaus hoitoon hakeutuvien joukossa voi liittyä kokaiininkäytön ja siihen liittyvien ongelmien levinneisyyden kasvuun mutta myös muihin tekijöihin (esimerkiksi hoitoonohjauksen lisääntyminen tai erityisesti kokaiininkäyttäjille kohdennetut toimenpiteet). Huumausainetyyppikohtaiset osuudet muuttuvat luonnollisesti myös muiden päihteiden käyttäjiin liittyvän hoidon kysynnän myötä.

Kansainväliset vertailut

Kokaiinia ainakin kerran käyttäneiden nuorten aikuisten arvioitu määrä on yleisesti pienempi Euroopan unionissa kuin Australiassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Kansallisesti Tanska, Irlanti, Espanja, Italia ja Yhdistynyt kuningaskunta (Englanti ja Wales) ilmoittavat kuitenkin suurempia lukuja kuin Australia. Ainoastaan Yhdistynyt kuningaskunta (Englanti ja Wales) antaa Yhdysvaltojen tasoinen arvion ainakin kerran käyttäneiden määrästä ⁽⁹⁶⁾. Tämän luvun voidaan katsoa heijastavan tietyllä tapaa kokaiiniongelmien historiallista kehitystä ja Yhdysvaltojen sekä Euroopan osalta Yhdistyneen kuningaskunnan pidempää kokemusta ja laajempaa kokaiininkäyttöä.

Hoito ja haittojen vähentäminen

Hoidettavien asiakkaiden profiili

Lähes kaikki (94 prosenttia) ilmoitetut kokaiinista johtuvat hoitopyynnöt kohdistuvat avohoitokeskuksiin Euroopassa ⁽⁹⁷⁾. On kuitenkin huomattava, että kokaiininkäyttöön liittyvää hoitoa annetaan joskus myös yksityisillä klinikoilla tai laitoksissa, eikä tämä hoitomuoto tule asianmukaisesti esiin nykyisessä seurantajärjestelmässä.

Avohoitoon tulevien kokaiiniasiakkaiden keskuudessa miesten ja naisten välinen suhde on huumehoitoasiakkaista suurin (viisi miestä yhtä naista kohti). Asiakkaiden keski-ikä on 31 vuotta ⁽⁹⁸⁾, minkä vuoksi he muodostavat kolmanneksi vanhimman huumehoitoasiakasryhmän opioidien käyttäjien sekä unilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden käyttäjien jälkeen. Useimmat kokaiiniasiakkaat ilmoittavat aloittaneensa käytön 15–24 vuoden iässä ⁽⁹⁹⁾.

Maiden välinen vaihtelu on huomattavaa kokaiinin käyttötavan mukaan. Yleisesti noin puolet (55 prosenttia) kokaiiniasiakkaista ilmoittaa nuuskaavansa ainetta, lähes kolmannes (32 prosenttia) polttaa sitä, ja huomattavasti pienempi osa (yhdeksän prosenttia) injektioi sitä ⁽¹⁰⁰⁾. Hoidossa olevien joukosta voidaan yleisesti erottaa kaksi kokaiininkäyttäjien ryhmää. Ensimmäisen ryhmän

Kokaiinin käyttöön liittyvät terveysongelmat

Tiedot kokaiininkäytön ja sairauksien yhteyksistä ovat usein vähäisiä jopa lääketieteen ammattilaisten keskuudessa. Tämän takia osa kokaiinin aiheuttamista ongelmista jää huomaamatta, eivätkä niistä kärsivät saa välttämättä asianmukaista hoitoa. Kokaiiniongelmien vajavainen raportointi haittaa tämän huumausaineen kansanterveydellisen merkityksen ymmärtämistä.

Tiettyjen kokaiinin ongelmakäyttötapojen sisältämät riskit ovat hyvin tiedossa, ja usein ne vaikuttavat tunnistettaviin käyttäjäryhmiin (entiset tai nykyiset opioidienkäyttäjät, syrjäytyneet ryhmät). Esimerkiksi kokaiinin injektioikäyttöön liittyy infektioriski ja kasvanut yliannostuksen riski, mutta yhdessä opioidien kanssa käytettäessä vaarana näyttää olevan opioidien yliannostus.

Jauhemuotoisen kokaiinin aiheuttamat terveysongelmat voivat jäädä helposti huomaamatta, ja ne voivat vaikuttaa käyttäjiin, jotka eivät yleensä pidä itseään riskiryhmään kuuluvana. Kokaiinin krooninen käyttö voi aiheuttaa merkittäviä terveysongelmia, joista valtaosa on sydän- ja verisuonitauteihin liittyviä (ateroskleroosi, sydänlihassairaudet, rytmihäiriöt, myokardiaalinen iskemia) ja neurologisia (aivoverisuonten verenvuoto ja tukkeutuminen). Ongelmat voivat pahentua muista taudeista (esimerkiksi verisuonten epämuodostumista) ja riskitekijöistä, kuten tupakkoinnista tai alkoholinkäytöstä. Monet kokaiinikuolemista johtuvat näistä patologioista.

Kokaiinin ja alkoholin yhteiskäyttö lisää kokaiinin määrää veressä jopa 30 prosenttia. Käyttäytymistieteelliseltä kannalta kokaiinin käyttö voi edistää liiallista alkoholinkäyttöä antamalla mahdollisuuden jatkaa juomista pidempään, mikä puolestaan voi lisätä kulutetun kokaiinin määrää (Gossop *et al.*, 2006). Kokaetyleenin muodostuminen maksaan voidaan niin ikään yhdistää muihin kokaiinin ja alkoholin yhteiskäytön terveysriskeihin.

Kokaiininkäytön yleisiä kansanterveydellisiä vaikutuksia on arvioitu vain harvoissa tutkimuksissa. Yhdysvalloissa tehdyssä laajamittaisessa väestötutkimuksessa (1988–1994) havaittiin, että neljännes ei-fataaleista akuuteista sydäninfarkteista johtui 18–45-vuotiailla ”toistuvasta kokaiininkäytöstä”. Toistuvilla käyttäjillä oli seitsemän kertaa suurempi riski saada ei-fataali sydäninfarkti kuin ei-käyttäjillä (Qureshi *et al.*, 2001). Tätä tutkimusta ei voida kuitenkaan suoraan yleistää koskemaan Eurooppaa. Nykyinen tietämyksemme Euroopassa kasvavan kokaiininkäytön mahdollisista terveysvaikutuksista on heikolla tasolla, ja asian tutkiminen kansanterveydelliseltä kannalta onkin vastaisuudessa tärkeää. Jos haluat lukea lisää kokaiinin käyttöön liittyvistä terveysongelmista, katso vuoden 2007 erityiskysymys kokaiinista.

⁽⁹⁶⁾ Katso kaavio GPS-20 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁹⁷⁾ Katso taulukko TDI-24 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁹⁸⁾ Katso taulukot TDI-10 ja TDI-21 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽⁹⁹⁾ Katso taulukko TDI-11 (osa iii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁰⁰⁾ Katso taulukot TDI-17 (osa ii ja osa vi) ja TDI-111 (osa vii ja osa viii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

jäsenet ovat tyypillisesti yhteiskuntaan sopeutuneita henkilöitä, joiden asuin- ja työolot ovat heidän oman ilmoituksensa mukaan vakaat. He yleensä ilmoittavat nuuskaavansa huumeista. Toinen ryhmä on syrjäytyneempi asiakasryhmä, joka yleensä polttaa tai injektioi kokaiinia (katso EMCDDA, 2006) ja ilmoittaa käyttävänsä useammin joko crack-kokaiinia tai kokaiinia ja heroiinia yhdessä. Erityisesti crack-asiakkaat elävät yleensä suurkaupungeissa ja kuuluvat etnisiin vähemmistöryhmiin. Heidän työttömyysasteensa on korkea, ja heidän elinolosuhteensa ovat huonot ⁽¹⁰¹⁾. Ongelma on eurooppalaisittain pieni ja maantieteellisesti rajoittunut, sillä merkittävät crack-kokaiiniongelmien rajoittuvat suhteelliseen harvoin kaupunkeihin. Vuonna 2006 ilmoitettiin noin 8 000 crack-kokaiiniasiakkaan (noin kaksi prosenttia kaikista huumeasiakkaista) hakeutuneen hoitoon 20:ssä Euroopan maassa, joskin useimmat ilmoitukset koskevat Yhdistynyttä kuningaskuntaa ⁽¹⁰²⁾.

Kokaiinin ja heroiinin samanaikaiseen käyttöön liittyvien ongelmien hoito on tullut eräissä maissa entistä merkittävämmäksi kysymykseksi. Hoidossa olevat käyttäjät voivat olla nykyisiä tai entisiä heroiininkäyttäjiä, joskus myös korvaushoidossa. Joissain maissa he ovat suurin kokaiinin vuoksi hoidossa olevien asiakkaiden ryhmä. Osa tutkimuksista viittaa siihen, että kokaiinin ja heroiinin yhtäaikaiseen käyttöön voi liittyä kaksi eri diagnoosia tai että ne lisäävät taustalla vaikuttavien psykologisten ongelmien, kuten kaksisuuntaisen mielialahäiriön, vakavuutta. Metadonilylapitohoidon aikana tapahtuneen kokaiininkäytön on lisäksi todettu johtavan pysyvään heroiininkäyttöön tai käytön aloittamiseen uudelleen. Tämä on riski HIV:n ja muiden veren mukana leviävien infektioiden sekä vakavien lääketieteellisten, sosiaalisten ja kriminaalisten ongelmien kannalta.

Kokaiiniriippuvuuden hoito

Kokaiininkäytön ja siihen liittyvien ongelmien lisääntyneissä jäsenvaltioissa erikoistuneilla huumehoitolaitoksilla on edessään vaikea tehtävä: perinteiset opioidilähtöiset palvelut on mukautettava sekalaiselle kokaiini- ja crack-käyttäjäpopulaatiolle sopiviksi. Espanjaa lukuun ottamatta jäsenvaltiot arvioivat vuonna 2006, että erityisten kokaiininkäyttäjille tarkoitettujen hoitojen saatavuus ja niihin pääsy ovat heikolla tasolla.

Niistä jäsenvaltioista, joissa kokaiinin tai crack-kokaiinin levinneisyys on suurta, monet ovat vastanneet tähän ongelmaan erityisen tarmokkaasti. Espanja otti vuonna 2007 käyttöön erityisen kansallisen kokaiinitoimintasunnitelman, ja Irlanti pani täytäntöön ja arvioi muutamia erilaisille kokaiininkäyttäjille

suunnattuja erityisohjelmia. Nämä ohjelmat on suunnattu ongelmallisille kokaiinin nänensisäisille käyttäjille, sekakäyttäjille, joilla on kokaiiniongelmia, sekä kokaiinia käyttäville naisille ja seksityöläisille. Italiassa toteutetaan vuonna 2008 laajamittainen kliininen tutkimus, jossa selvitetään kahden lääkkeen (aripipratsolin ja ropinirolin) tehokkuutta kokaiiniriippuvuuden hoidossa.

Tiedot kokaiinin ongelmakäyttäjille tarjottujen palvelujen laadusta Euroopassa ovat vähäisiä. Kansallisista kliinisistä julkaisuista tai ammattilaisten keskuudessa tehdyistä kyselyistä saadaan kuitenkin hyvä kuva nykyisistä käytännöistä. Yhdistyneessä kuningaskunnassa äskettäin julkaistun raportin (NICE, 2007) mukaan kokaiiniin liittyviin ongelmiin puututaan Ison-Britannian erikoistuneissa hoitokeskuksissa vain, kun ensisijainen huumeongelma johtuu opioideista. Myös äskettäin Italiassa kokaiininkäyttäjien hoitoon osallistuville asiantuntijoille tehdyssä kyselytutkimuksessa havaittiin ongelmia heidän myönteisen hoitotuloksen kannalta ratkaisevina tekijöinä pitämiensä seikkojen soveltamisessa,

Palkitsemis- ja rajoittamismenettelyt

Huumeista pidättymistä palkitsevalla palkitsemis- ja rajoittamismenettelyllä halutaan vähentää huumeiden vahvistusvaikutusta. Yleensä palkitsemismenettelyt otetaan käyttöön hoitojakson alussa psykososiaalista tukea käyttäen, ja kannustimien saannin edellytyksenä on huumeettomien virtsanäytteiden antaminen. Kannustimena voi olla esimerkiksi rahallista arvosta pieni arvostelu, jonka arvo kasvaa jokaisen onnistuneen pidättymisjakson jälkeen. Tässä menetelmässä epäonnistuminen huumeettomana pysymisessä johtaa kerättyjen palkintojen menettämiseen.

Tekniikalla vahvistetaan toistuvasti asiakkaan huumeetonta käyttäytymistä ja tarjotaan säännöllinen "välietappi". Vahvin osoitus palkitsemismenettelyn tehokkuudesta huumeista pidättäytyvän ylläpitäjänä on saatu kokaiini- ja heroiinihoitoja koskevista tutkimuksista, mutta lähestymistapa on saanut jonkin verran näyttöä myös kannabis- ja metamfetamiinihoidoista.

Vaikka valtaosa alan tutkimuksista on tehty Euroopan ulkopuolella, palkitsemismenettelyjen soveltuvuustutkimuksista on Espanjassa saatu kokaiininkäyttäjiltä hiljattain myönteisiä tuloksia (Secades-Villa *et al.*, 2008) samoin kuin kokaiininkäyttäjiltä opioidien korvaushoidossa Alankomaissa (DeFuentes-Merillas ja De Jong, 2008), missä tutkimuksen päättyessä kannustimen keskimääräinen arvo oli 150 euron arvoinen tavarapalkinto. Yhdistyneen kuningaskunnan National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2007) analysoi taloudellisesti menetelmää ja havaitsi, että palkitsemismenettelyt ovat kustannustehokas ratkaisu kokaiinihoidossa erityisesti ottaen huomioon kokaiininkäytön aiheuttamat laajat taloudelliset kustannukset.

⁽¹⁰¹⁾ Katso vuoden 2007 erityiskysymys kokaiinista.

⁽¹⁰²⁾ Katso vuoden 2007 erityiskysymys kokaiinista ja crack-kokaiinista.

esimerkkeinä asianmukaiset palvelut (eli lyhytaikainen laitoshoido, järjestelmälliset psykososiaaliset toimenpiteet) tai erityyppisten kokaiininkäyttäjien kliininen erittely. Näiden vaikeuksien ilmoitettiin johtuvan organisatorisista ongelmista, resurssien puutteesta ja tehokkaiden, erityisesti kokaiinin hoitoon tarkoitettujen toimenpiteiden puuttumisesta. Muiden jäsenvaltioiden ammattilaisilla on todennäköisesti samanlaisia ongelmia. Riittävät investoinnit, asianmukaiset hoitoprotokollat ja erikoiskoulutuksen tarve ovat näin ollen alan palvelutarjonnan kehittämisen kannalta keskeisiä kysymyksiä.

Tuoreiden kirjallisuustutkimusten mukaan nykyiset psykososiaaliset toimenpiteet eivät ole näytön perusteella kovin tehokkaita hoidettaessa kokaiiniriippuvuutta, eikä tehokkaita farmakologisia lähestymistapoja hoitoon myöskään ole. Hiljattain julkaistussa Cochrane-arviossa kokaiiniin ja muihin psykostimulantteihin liittyvistä psykososiaalisista toimenpiteistä esitettiin päätelmä, jonka mukaan ainoat johdonmukaiset, positiiviset käyttäytymismuutokset (pidättyminen hoidon aikana, huumeen käytön vähentäminen) ilmenivät sellaisissa psykososiaalisissa toimenpiteissä, joihin sisältyy palkitsemis- ja rajoittamismenettelyjä ⁽¹⁰³⁾.

Toisin kuin opioidiriippuvuuden yhteydessä kokaiininkäyttäjille ei ole nykyisin saatavissa tehokkaita farmakologisia hoitovaihtoehtoja, joilla heitä voitaisiin auttaa pidättymään käytöstä tai vähentämään sitä (katso vuoden 2007 erityiskysymys kokaiinista). Kokaiinin kulutusta ja saantipakkoa vähentävät kokeelliset terapeutit huumausaineet ovat osoittaneet mahdollista tehoa kliinisissä kokeissa (esimerkiksi baklofeeni, tiagabiini, topiramaatti). Keskushermoston stimulantti modafiniili on antanut erityisen lupaavia tuloksia psykostimulanttien korvaushoidossa, ja sen etuna on muihin korvaaviin aineisiin (esimerkiksi d-amfetamiiniin) verrattuna pieni väärinkäyttöalttius (Myrick *et al.*, 2004). Lisäksi buprenorfiinista, topiramaatista ja tiagabiinista on saatu lupaavia tuloksia kokaiininkäytön vähentämisessä sellaisilla korvaushoidossa olevilla opioidienkäyttäjillä, jotka ovat käyttäneet samanaikaisesti myös kokaiinia.

Myös kokaiiniriippuvuuden hoitoa immunoterapeuttisesti kokaiinirokotteen (TA-CD) avulla tutkitaan. Henkilölle annettu rokote käynnistää vasta-aineiden tuotannon, ja vasta-aineet sitovat verenkierrossa olevat kokaiinimolekyylit. Näin luonnostaan esiintyvät entsyymit pystyvät muuntamaan ne inaktiivisiksi molekyyleiksi. Näiden alkuvaiheen kliinisten kokeiden tulokset ovat rohkaisevia, mutta tarvitaan lisätutkimuksia, joilla testataan rokotteen soveltuvuutta kokaiiniriippuvuuden läkehoidoksi.

Kokaiinirokote on tarkoitettu ensisijaisesti ehkäisemään sortumista uudelleen, mutta käsite ”rokote” herättää odotuksia sen mahdollisesta käytöstä kokaiiniriippuvuuden ehkäisyyn ennalta ehkäisevänä hoitona (esimerkiksi huumeita käyttämättömissä lapsissa tai nuorissa). Tällaisen lähestymistavan tehokkuus on epävarma, ja asia aiheuttaa eettisiä ongelmia, joita käsitellään perusteellisesti tulevassa EMCDDA:n julkaisussa.

Haittojen vähentäminen

Kokaiinin ongelmakäyttöön yhdistetään usein vakavat fyysiset ja henkiset terveysvaikutukset. Esimerkiksi irlantilaisesta kaksivuotisesta seurantalutkimuksesta kokaiinin käytöstä paikallisissa yhteisöissä kävi ilmi, että kokaiiniriippuvaisten asiakkaiden, erityisesti ainetta injektiovien henkilöiden, yleinen terveydentila heikkeni. Monissa hankkeissa on niin ikään raportoitu sellaisten asiakkaiden lisääntyneen, joilla on paiseita ja haavoja huonojen injektointitapojen vuoksi. Muita kokaiininkäyttäjien keskuudessa raportoituja ongelmia ovat painon lasku, sukupuoliteitse tarttuvat infektiotaudit, sydänsairaudet, amputaatiot ja riskinotto.

Jäsenvaltiot tarjoavat kokaiinia injektioille käyttäjille yleensä samat palvelut ja valmiudet kuin opioidienkäyttäjille, esimerkkeinä turvallisen käytön suositukset, koulutus turvallista injektointia varten ja neulanvaihto-ohjelmat. Matalan kynnyksen huumekeskukset ovat tässä suhteessa erittäin tärkeitä, sillä ne tarjoavat perushoitoa sekä neuvontaa ja lääketieteellistä apua. Vakavista kokaiinin ja crackin aiheuttamista ongelmista kärsivät käyttäjät, esimerkkeinä samanaikaiset fyysiset ja mielenterveyden ongelmat tai sosiaaliset ongelmat, kuten asunto-ongelmat, voidaan lähettää laitostuntoutukseen ja hoitoyhteisöihin. Näiden ohjelmien tarkoituksena on huumeista pidättymisen lisäksi tarjota hengähdysmahdollisuus sekä tehokasta hoitoa ja tukea, jotta käyttäjät pystyvät muuttamaan kaoottisen ja suuririskisen elämäntapansa.

Kuudessa Espanjan kaupungissa tehty kvalitatiivinen tutkimus osoitti, että seksityöntekijöiden eniten käyttämät päihteet olivat alkoholi ja kokaiini. Huumeidenkäytön kerrottiin olevan satunnaista ja välineellistä, sen avulla vähennettiin psykologisia esteitä tai estoja ja lisättiin sietokykyä monituntiseen seksityöhön eri asiakkaiden kanssa. Prostituoitujen huumeidenkäytön seurauksiin kuuluivat suojaamaton seksi ja suuri asiakasväkivallan riski. Tässä ryhmässä havaittiin usein myös rankkoja crack-kokaiinin käyttötapoja.

Kokaiini- ja crack-kokaiiniongelmista kärsiviin seksityöntekijöihin on kohdistettu kentällä tehtävää

⁽¹⁰³⁾ Katso Palkitsemis- ja rajoittamismenettelyt, s. 65.

huumeidentorjuntatyötä ja haittojen vähentämiseen tähtäviä palveluja. Esimerkiksi Alankomaissa kunnalliset terveystalvelut ovat ottaneet käyttöön erityisiä terveysohjelmia crack-kokaiinia käyttäville seksityöläisille; Ranskassa Espoir Goutte d'Or -järjestö, joka keskittyy crack-kokaiininkäyttäjien ja seksityöläisten riskien ennaltaehkäisyyn ja haittojen vähentämiseen, järjestää vapaaehtoista neuvontaa viikoittain sekä HIV- ja hepatiittitartuntojen pikatestausta.

Kokaiinin viihdekäyttö yhdessä liiallisen alkoholinkulutuksen kanssa on yleistä yöelämässä, ja siihen voi liittyä vakavia akuutteja fyysisiä

ongelmia. Kuten luvussa 4 todetaan, jäsenvaltiot ovat omaksuneet yhä laajemmin kokonaisvaltaisen lähestymistavan alkoholin ja laittomien huumeiden viihdekäytöstä aiheutuviin haittoihin. Näissä ohjelmissa nuorille tarjotaan neuvontaa ja tietoja alkoholin- ja huumeidenkäyttöön yleisesti liittyvistä riskeistä sekä materiaalia, jossa käsitellään akuuttiin ja krooniseen kokaiininkäyttöön liittyviä riskejä. European Foundation of Drug Helplines -järjestön jäsenet toimivat myös erittäin tarmokkaasti lisäämällä tietoisuutta ja tarjoamalla tukea huumeidenkäyttäjille huumeiden riskejä koskevan neuvonnan ja tiedotuksen muodossa.

Luku 6

Opioidien käyttö ja huumeiden injektioikäyttö

Heroiinin tarjonta ja saatavuus

Euroopan laittomilla huumemarkkinoilla on perinteisesti ollut tarjolla kahdenlaista tuotua heroïinia: yleisesti saatavilla olevaa ruskeaa heroïinia (emäksisessä muodossa), joka tulee lähinnä Afganistanista, ja huomattavasti harvinaisempaa valkoista heroïinia (suolan muodossa), joka on yleensä peräisin Kaakkois-Aasiasta ⁽¹⁰⁴⁾. 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 heroïini on peräisin pääasiassa Afganistanista, joka on edelleen maailman johtava laittoman oopiumin tuottaja; seuraavaksi suurimpia ovat Myanmar ja Meksiko. Maailmanlaajuisesti oopiumin tuotanto lisääntyi jälleen huomattavasti (34 prosenttia) vuonna 2007 arviolta 8 870 tonniin pääasiassa Afganistanin tuotannon kasvettua. Sen osuudeksi arvioidaan 8 200 tonnia. Koko maailman potentiaalinen heroïinintuotanto on näin ollen saavuttanut vuonna 2007 ennätystason eli arviolta 733 tonnia (UNODC, 2008). Afganistanissa viime vuosien aikana hajotettujen laboratoriodien määrän kasvu viittaa siihen, että oopiumia jalostetaan yhä enenevässä määrin morfiiniksi ja heroïiniksi jo kyseisessä maassa. Suuret morfiinitakavarikot naapurimaissa (Pakistan, Iran) osoittavat kuitenkin, että merkittävää jalostusta tapahtuu myös Afganistanin ulkopuolella (CND, 2008; UNODC, 2007).

Heroïini saapuu Eurooppaan pääasiassa kahta merkittävää salakuljetusreittiä pitkin: historiallisesti merkittävää Balkanin reittiä ja sen useita sivuhaaroja pitkin kuljettuaan ensin Pakistanin, Iranin ja Turkin läpi sekä yhä enemmän käytettyä pohjoista reittiä pitkin Keski-Aasian ja Venäjän federaation kautta (kaavio 6). Heroïinin toissijaisia salakuljetusreittejä on raportoitu Kaakkois-Aasiasta, esimerkiksi suoraan Pakistanista Eurooppaan (Yhdistyneeseen kuningaskuntaan) sekä myös Pakistanin ja

Keski-idän ja Afrikan maiden kautta Euroopan ja Pohjois-Amerikan laittomien huumeiden markkinoille (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007; WCO, 2007). Kaakkois-Aasian heroïinia salakuljetetaan Eurooppaan myös Etelä-Aasian (Bangladesh) kautta (INCB, 2008a). Euroopan unionissa Alankomaat ja jossain määrin myös Belgia ovat merkittävässä asemassa toissijaisina jakelukeskuksina (Europol, 2008).

Takavarikot

Maailmanlaajuisesti ilmoitetut opioidien takavarikot lisääntyivät vuonna 2006 kaikkiaan 384 tonniin oopiumia ja 104 tonniin heroïinia ja morfiinia. Vaikka Iranin osuus maailmassa takavarikoidusta oopiumista oli suurin (81 prosenttia), heroïinia ja morfiinia takavarikoitiin pääasiassa Pakistanissa (34 prosenttia), Iranissa (20 prosenttia), Turkissa (kymmenen prosenttia) ja Kiinassa (kuusi prosenttia) (UNODC, 2008).

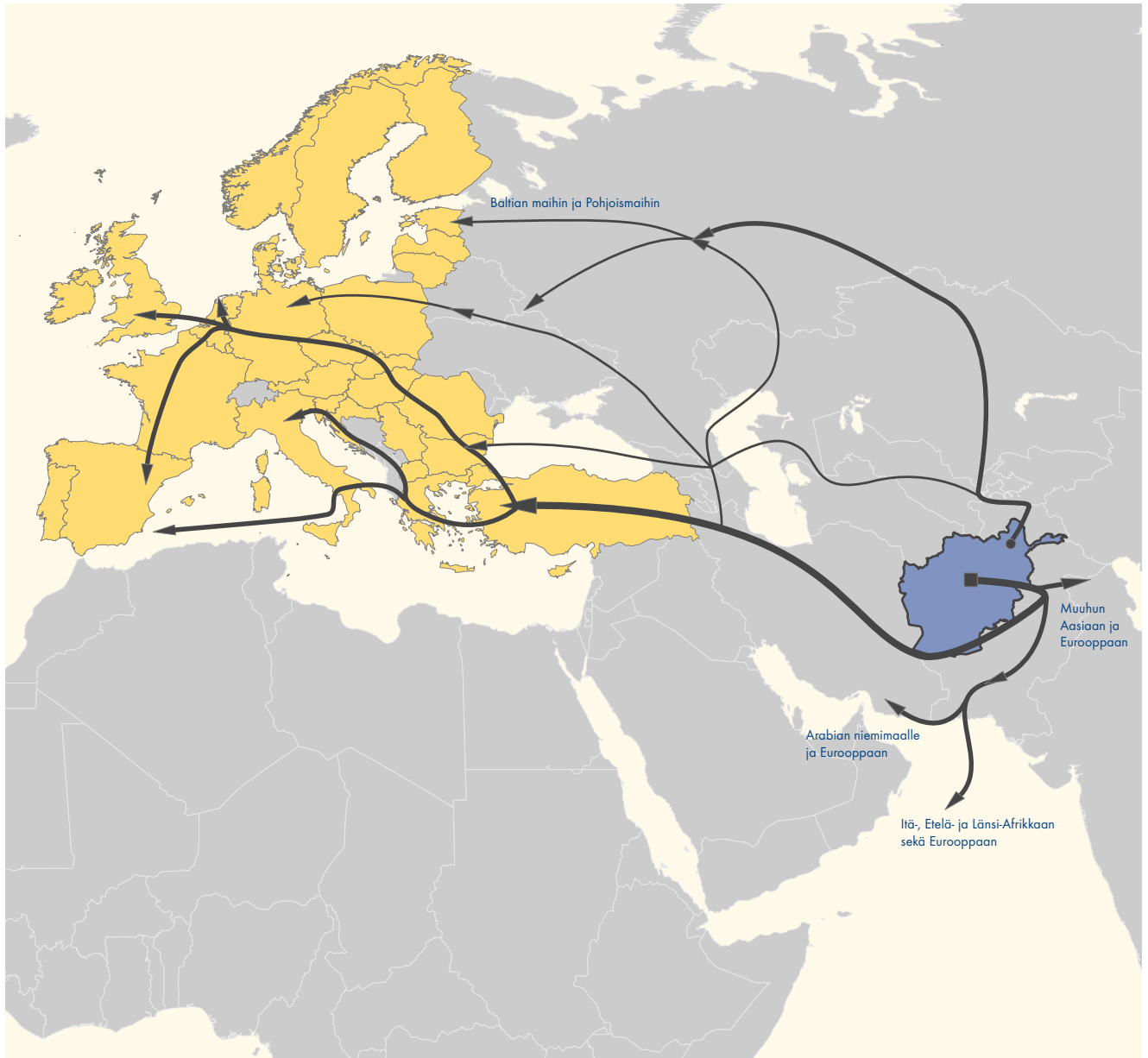
Euroopassa arviolta 48 200 takavarikossa saatiin talteen 19,4 tonnia heroïinia vuonna 2006. Yhdistynyt kuningaskunta ilmoitti edelleen suurimman takavarikkomäärän ja Turkki suurimman takavarikoidun määrän eli 10,3 tonnia vuonna 2006 ⁽¹⁰⁵⁾. Keskimääräisessä takavarikossa talteen saadun heroïinin määrä vaihteli suuresti näiden kahden maan välillä: Turkissa keskimäärin takavarikoitu määrä oli sata kertaa Yhdistyneen kuningaskunnan ilmoittama määrä, mikä osoittaa maiden kuuluvan jakeluketjun eri lenkkeihin (kaavio 6). Viimeisten kymmenen vuoden aikana heroïinitakavarikot ovat vähentyneet vaihdellen Euroopassa. Suhteellinen huippu saavutettiin vuonna 2001 ja ennätysalhainen lukumäärä vuonna 2003. Euroopan unionissa takavarikoidun heroïinin määrä on laskenut kaiken kaikkiaan vuosina 2001–2006. Sitä vastoin Turkissa takavarikoitu määrä on lähes kolminkertaistunut samana aikana.

Etikkahapponahydridin (jota käytetään heroïinin laittomassa valmistuksessa) takavarikoinnit maailmassa lisääntyivät vuonna 2006 aina 26 400 litraan. Valtaosa takavarikoitiin Venäjän federaatiossa (9 900 litraa) ja Kolumbiassa

⁽¹⁰⁴⁾ Mikäli haluat lisätietoja huumausaineiden tarjonta- ja saatavuustietojen lähteistä, katso s. 36.

⁽¹⁰⁵⁾ Katso taulukot SZR-7 ja SZR-8 vuoden 2008 tilastotiedotteessa. Huomaa, että arvioinnissa käytettiin vuodelta 2006 puuttuvien tietojen sijasta vuoden 2005 tietoja. Analyysi on alustava, koska Yhdistyneen kuningaskunnan tietoja vuodelta 2006 ei vielä ole saatu.

Kaavio 6. Pääasialliset heroisiin salakuljetusvirrat Afganistanista Eurooppaan



Huom: Kartalla esitetyt salakuljetusvirrat sisältävät monien kansainvälisten ja kansallisten järjestöjen analyysitiedot (Reitoxin kansalliset yhteyspisteet, Europol, INCB, UNODC, WCO). Analyysit perustuvat tietoihin huumeiden takavarikoinneista salakuljetusreittien varrella sekä kauttakulku- ja kohdemaiden lainvalvontavirastojen tiedustelutietoihin, joissain tapauksissa myös täydentävien lähteiden ilmoituksiin. Kartalla esitetyt pääasialliset salakuljetusreitit on katsottava viitteellisiksi ja päävirtoja kuvaaviksi, koska reittien varrella voi ilmetä poikkeamia muihin maihin, ja monet toissijaiset, alueiden sisäiset reitit voivat vaihdella nopeastikin, eikä niitä ole esitetty tässä.

(8 800 litraa) sekä Turkissa (3 800 litraa) (INCB, 2008b). Afganistanin ja Euroopan välisiä salakuljetusreittejä käytetään myös lähtöaineiden kuljetukseen (pääasiassa etikkahapponanhydridin kuljetukseen ”silkkien” kautta) ja synteettisten huumausaineiden (lähinnä ekstaasin) salakuljetukseen itään päin (Europol, 2008).

Latviassa ja Liettuassa vuonna 2006 ilmoitetut 3-metyylifentanyylin takavarikot sekä ilmoitukset laittomasti valmistetun fentanyylin lisääntyvästä injektioinnista Virossa ovat osoitus siitä, että synteettisten opioidien, kuten (heroiinia huomattavasti vahvemman) fentanyylin, saatavuutta on seurattava entistä tarkemmin.

Puhtaus ja hinta

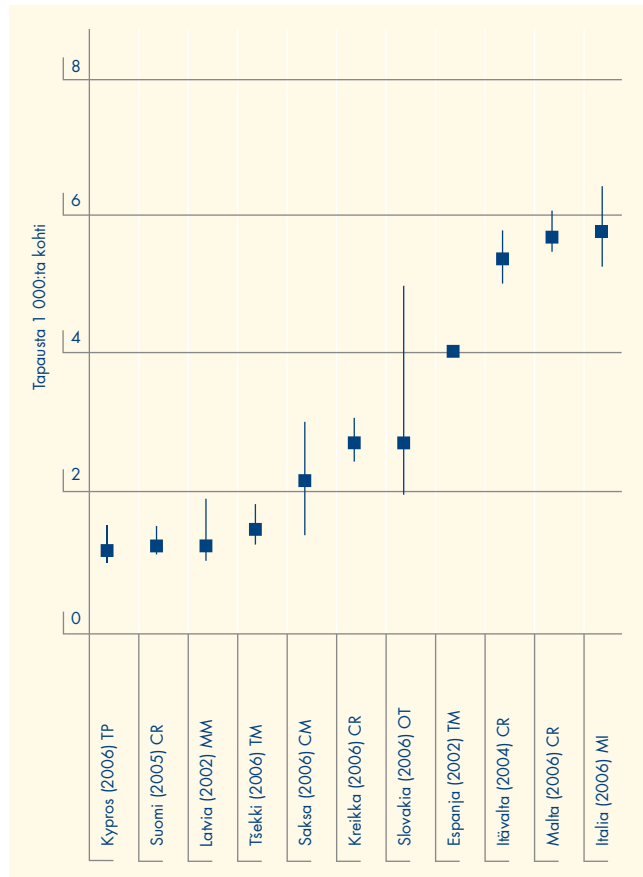
Vuonna 2006 ruskean heroiinin tyypillinen puhtaus oli 15–25 prosenttia useimmissa tietoja ilmoittaneissa maissa, tosin alle kymmenen prosentin arvoja ilmoitettiin Kreikasta, Ranskasta ja Itävaltasta sekä korkeampia arvoja Maltasta (31 prosenttia), Turkista (36 prosenttia) ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta (43 prosenttia). Valkoisen heroiinin tyypillinen puhtaus on yleensä suurempi (45–70 prosenttia) niissä harvoissa Euroopan maissa, jotka ilmoittavat tietoja ⁽¹⁰⁶⁾.

Ruskean heroiinin hinta katukaupassa vaihteli vuonna 2006 Turkin 14,5 eurosta grammalta Ruotsin 110 euroon grammalta, mutta useimmat Euroopan maat ilmoittivat tyypilliseksi hinnaksi 30–45 euroa grammalta. Valkoisen heroiinin hinnan on ilmoittanut vain muutama Euroopan maa, ja se asettui 27 euron ja 110 euron välille grammalta. Vuosina 2001–2006 ruskean heroiinin katukauppahinta laski valtaosassa aikasarjoja ilmoittavista 13:sta Euroopan maasta, tosin kasvun merkkejä on kirjattu Puolassa.

Arviot opioidien ongelmakäytön levinneisyydestä

Tämän osan tiedot perustuvat EMCDDA:n huumeiden ongelmakäytön indikaattoriin, johon sisältyvät lähinnä huumeiden injektioikäyttö ja opioidien käyttö, joskin muutamissa maissa amfetamiinin ja kokaiinin käyttäjät muodostavat merkittävän osan. Opioidien ongelmakäyttäjien määrää koskevat arviot ovat yleensä epävarmoja, koska levinneisyys on suhteellisen pientä, ja tällainen huumeidenkäyttö jää yleensä piiloon. Levinneisyysarvioiden saaminen edellyttää saatavilla olevien tietolähteiden tilastollista ekstrapolointia. Lisäksi arviot ovat usein paikallisia (kaupunki- tai piirikohtaisia), ja lukujen ekstrapolointi kansallisten arvioiden tekemiseksi ei aina tuota luotettavaa tietoa.

Kaavio 7. Arviot opioidien ongelmakäytön vuotuisesta levinneisyydestä (osuus tuhannesta 15–64-vuotiaasta)



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 poikkeavia ikähaarukoita. Saksan 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); TP = truncated Poisson (tyyristetty Poisson-menetelmä); MM = mortality multiplier (kuolleisuuskerroin); CM = combined methods (yhdistetyt menetelmät); OT = other methods (muut menetelmät). Katso kaavio PDU-1 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset yhteyspisteet.

Huumausaineiden ongelmakäyttötavat näyttävät monipuolistuvan Euroopassa. Esimerkiksi eräissä maissa, joissa opioidien käyttö on perinteisesti ollut vallitsevaa, tuoreet tiedot viittaavat muiden huumeiden, kuten kokaiinin, merkityksen kasvaneen. Koska huumeiden ongelmakäyttötapoja on seurattava tehokkaasti, EMCDDA raportoi huumeiden ongelmakäyttäjien osapopulaatioista huumausaineittain. Nämä tiedot voivat olla päällekkäisiä ⁽¹⁰⁷⁾.

Opioidien ongelmakäytön kansallisen levinneisyyden arviot vuosina 2002–2006 vaihtelevat karkeasti arvioiden yhdestä kuuteen tapaukseen tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti;

⁽¹⁰⁶⁾ Katso pitoisuus- ja hintatietoja koskevat taulukot PPP-2 ja PPP-6 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁰⁷⁾ Yleiskatsaus huumeiden ongelmakäytön eri osien saatavissa oleviin arvioihin: katso vuoden 2008 tilastotiedote.

ongelmakäytön yleiseksi levinneisyydeksi arvioidaan 1–10 tapausta tuhatta asukasta kohti. Pienimmät asianmukaisesti dokumentoidut arviot opioidien ongelmakäytöstä ovat Kyproksesta, Latviasta, Tšekistä ja Suomesta (vaikka niin Tšekissä kuin Suomessakin on suuri määrä amfetamiinien ongelmakäyttäjää), mutta suurimmat arviot on saatu Maltasta, Itävaltasta ja Italiasta (kaavio 7).

Suhteellisten vähäisten tietojen perusteella arvioidaan, että opioidien ongelmakäyttäjää on EU:ssa yleisesti keskimäärin 4–5 tapausta tuhatta 15–64-vuotiaasta kohti. Jos oletetaan, että tämä edustaa koko EU:ta, se merkitsee, että EU:ssa ja Norjassa oli vuonna 2006 noin 1,5 miljoonaa (1,3–1,7 miljoonaa) opioidien ongelmakäyttäjää.

Opioidien ongelmakäytön suuntaukset ja levinneisyys

Opioidien ongelmakäytön aikasuuntauksia on vaikea arvioida, koska perättäiset arviot toistuvat muutaman kerran ja koska yksittäiset arviot ovat epävarmoja. Yhdeksän maan perättäisten arvioiden tiedot vuosilta 2001–2006 viittaavat monenlaiseen kehitykseen. Levinneisyys vaikuttaa suhteellisen vakiintuneelta Tšekissä, Saksassa, Kreikassa, Italiassa, Maltassa, Slovakiassa ja Suomessa, mutta Itävallassa havaittiin kasvua (uusimmat tiedot ovat vuodelta 2004) ja Kyproksessa mahdollista laskua ⁽¹⁰⁸⁾.

Opioidien ongelmakäytön levinneisyys (tietynä vuonna ilmenevien uusien tapausten lukumäärä) on herkempi mittari ajan oloon tapahtuville muutoksille, ja se voi antaa ennakkotietoa levinneisyyden ja hoitopyyntöjen tulevasta kehityksestä. Käytetyissä arviointimalleissa tehdään kuitenkin monia oletuksia. Lisäksi malleista saadaan ainoastaan osittainen levinneisyysarvio, sillä ne perustuvat ainoastaan hoitoon tuleviin tapauksiin. Vain kaksi maata ilmoitti tuoreita tietoja, ja niistä ilmenee kaksi erilaista suuntausta. Italiassa levinneisyyden arvioidaan pienentyneen noin 32 500:sta ensi kertaa hoitoon tulevasta henkilöstä vuonna 1990 noin 22 000 uuteen hoitoon tulijaan vuonna 1997, minkä jälkeen levinneisyys kasvoi takaisin noin 30 000 tapaukseen vuonna 2006. Espanjassa opioidien ongelmakäytön levinneisyyden sitä vastoin arvioidaan jatkuvasti pienentyneen huippuvuoden 1980 jälkeen, joskin äskettäin (vuosina 2002–2004) sen levinneisyys näyttää vakiintuneen suhteellisen matalalle tasolle (noin 3 000:een ensi kertaa hoitoon tulevaan henkilöön vuosittain). EMCDDA on kehittänyt yhteistyössä kansallisten asiantuntijoiden ryhmän kanssa jokin aika sitten suuntaviivat levinneisyyden arviointia varten kannustaakseen jatkamaan työtä tällä alalla (Scalia Tomba *et al.*, 2008).

Opioidi-indikaattorit eivät enää vähene

Aiemmissa vuosiraporteissa kuvatuista suuntauksista poiketen uusista tiedoista ilmenee jonkin verran lisäystä huumekuolemissa, heroiniitakavarikoissa ja ensi kertaa hoitoon hakeutuvien käyttäjien heroinihoitopyyntöjen määrässä Euroopan unionissa.

Euroopassa raportoitujen huumekuolemien, pääasiassa opioidikuolemien, laskeva suuntaus keskeytyi vuonna 2003, ja vuosina 2003–2005 useimmat jäsenvaltiot ovat ilmoittaneet kasvavasta suuntauksesta. Heroiniitakavarikkojen lukumäärä kasvoi yli kymmenen prosenttia 16:ssa kaikkiaan 24:stä tietojen ilmoittaneesta maasta vuosina 2003–2006. Ensi kertaa hoitoon hakeutuvien ensisijaisesti heroiniin käyttävien henkilöiden hoitopyynnot ovat monen vuoden vähentymisen jälkeen kasvaneet noin puolessa tietojen toimittaneista maista vuosina 2005 ja 2006. Tämä voi olla osoitus muutamaa vuotta aiemmin alkaneen heroiniinkäytön tiheydestä, koska ensi käytöstä ensimmäiseen hoitoon kuluu luonnollisesti aikaa.

Näiden viimeaikaisten suuntausten kanssa samaan aikaan Afganistanin oopiumintuotanto kasvaa, mikä lisää huolta siitä, että tapahtumilla on yhteys Euroopan markkinoiden parantuneen heroinin saatavuuden kautta. Tämä on tärkeä tutkimusta vaativa seikka, koska käytettävissä olevat tiedot eivät riitä aukottomaan arvioon. Lisäksi tärkeitä sekoittavia tekijöitäkin on, esimerkiksi lääkeopioideiden käytön muihin kuin lääketieteellisiin tarkoituksiin on ilmoitettu jatkuvan yleisenä tai kasvaneen monissa maissa (Tšekki, Viro, Ranska, Itävalta, Suomi), ja se voi selittää merkittävässä määrin huumekuolemissa havaittuja suuntauksia.

Hoidossa olevat opioidienkäyttäjät

Useimmissa tiedoista ilmoittaneissa maissa asiakkaat pyytävät hoitoa ensisijaisesti opioidien, lähinnä heroinin, käytöstä johtuviin ongelmiin. Vuonna 2006 ilmoitettiin (tiedot saatu 24 maasta) kaikkiaan 387 000 hoitopyyntöä ja heroini kirjattiin pääasialliseksi huumeeksi 47 prosentissa tapauksista, joissa ensisijainen huume on tiedossa. Useimmissa maissa 50–80 prosenttia kaikista hoitopyynnöistä koskee tietojen mukaan opioidien käyttöä, loppuissa maissa osuus on 15–40 prosenttia ⁽¹⁰⁹⁾. Sen lisäksi, että opioidit ovat hoitoon tulevien henkilöiden useimmin ilmoittamia pääasiallisia huumeita, ne ovat vielä yleisempiä jo hoidossa olevien henkilöiden keskuudessa. Äskettäisessä hankkeessa, jossa oli mukana yhdeksän maata ja jossa keskityttiin kaikkiin hoidossa oleviin asiakkaisiin, havaittiin, että ensisijaisesti opioideja käyttävien henkilöiden osuus oli kaikkiaan 59 prosenttia asiakkaista mutta vain 40 prosenttia niistä asiakkaista, jotka tulevat hoitoon ensimmäistä kertaa elämässään ⁽¹¹⁰⁾.

⁽¹⁰⁸⁾ Jos haluat aukottomat tiedot luottamusväleistä, katso taulukko PDU-6 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta ja taulukko PDU-102.

⁽¹⁰⁹⁾ Katso taulukko TDI-5 vuoden 2007 tilastotiedotteesta.

⁽¹¹⁰⁾ Katso taulukko TDI-10 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Useimmat avohoidon ensisijaisesti opioidien käytön vuoksi aloittavat huumehoitoasiakkaat käyttävät myös muita huumeita, kuten kokaiinia (25 prosenttia), muita opioideja (23 prosenttia) ja kannabista (18 prosenttia). Lisäksi ensisijaisesti muiden huumeiden vuoksi hoidossa olevista asiakkaista 13 prosenttia avohoidossa ja 11 prosenttia laitoshoidossa olevista ilmoitti opioidit toissijaiseksi huumeekseen ⁽¹¹¹⁾.

Joissakin maissa merkittävä määrä hoitoon hakeutuneista käyttää muita opioideja kuin heroiinia. Suomessa 40 prosenttia kaikista asiakkaista ja Ranskassa kahdeksan prosenttia asiakkaista ilmoitti buprenorfiinin väärinkäytön hoitoonhakeutumisen pääsyyksi. Latviassa ja Ruotsissa 5–8 prosenttia huumehoidon asiakkaista ilmoitti ensisijaisesti käyttämäkseen huumeeksi muut opioidit kuin heroiinin tai metadonin, lähinnä buprenorfiinin, kipulääkkeet ja muut opioidit ⁽¹¹²⁾. Monet maat ilmoittavat sekakäyttäjien osuuden kasvaneen heroiiniasiakkaiden keskuudessa ja muita opioideja kuin heroiinia käyttävien asiakkaiden määrän lisääntyneen.

Hoidon kysynnän indikaattorin muodossa ilmoitettujen heroiinihoitoa koskevien pyyntöjen absoluuttinen määrä kasvoi yli 30 000 tapauksella eli 108 100 tapauksesta 138 500 tapaukseen vuosina 2002–2006. Vastaavasti ensi kertaa hoitoon hakeutuvien keskuudessa ensisijaisesti heroiinia käyttävien määrä lisääntyi vuoden 2002 tasolta eli 33 000 tapauksesta yli 41 000:een vuonna 2006. Tätä suuntausta selittäviä tekijöitä voivat olla heroiinin ongelmakäyttäjien lukumäärän kasvu, hoidon tarjonnan laajentuminen ja parantunut raportoinnin kattavuus.

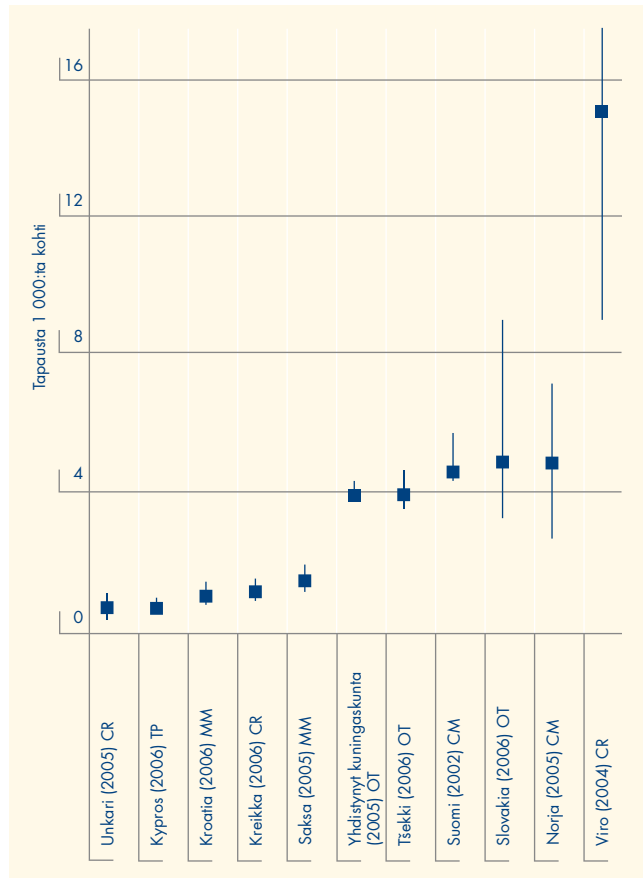
Huumeiden injektioikäyttö

Huumeiden injektioikäytön levinneisyys

Huumeiden injektioikäyttäjillä on suurin huumeidenkäytöstä johtuvien terveysongelmien, kuten veri-infektioiden (HIV/aids, hepatiitti) tai huumekuolemien, riski. Vain 11 maata kykeni ilmoittamaan tuoreet arviot injektioikäyttäjien määrästä, vaikka he ovat kansanterveyden kannalta merkittävä ryhmä (kaavio 8). Tämän käyttäjäryhmän seurannan parantaminen onkin tärkeä haaste terveydenseurantajärjestelmien kehittämiselle Euroopassa.

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

Kaavio 8. Arviot huumeiden injektioikäytön levinneisyydestä (osuus tuhannesta 15–64-vuotiaasta)



Huom: Symboli edustaa piste-estimaattia ja viiva arviointimenetelmistä aiheutuvaa epävarmuusväliä, joka voi olla joko 95 prosentin luottamusväli tai herkkyysanalyysiin perustuva väli. Viron epävarmuusvälin yläraja jää asteikon ulkopuolelle (37,9 tuhatta kohti). Kohderyhmissä voi olla pientä vaihtelua erilaisten menetelmien ja tietolähteiden takia, joten vertailuja on tehtävä varoen. Arviointimenetelmät on lyhennetty: CR = capture-recapture (merkintä-takaisinpyyntimenetelmä); TM = treatment multiplier (hoitokerroin); MI = multivariate indicator (monimuuttujaindikaattori); TP = truncated Poisson (ty pistetty Poisson-menetelmä); MM = mortality multiplier (kuolleisuuskerroin); CM = combined methods (yhdistetyt menetelmät); OT = other methods (muut menetelmät). Katso kaavio PDU-2 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset yhteyspisteet.

Tietojen puuttuminen vaikeuttaa päätelmien tekoa injektioikäytön aikasuntauksista, joskin käytettävissä olevien tietojen perusteella se vähenee Norjassa (2001–2005) ja pysyy vakaana Tšekissä, Kreikassa, Kyproksessa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa ⁽¹¹³⁾.

Hoitoon hakeutuvien opioidienkäyttäjien injektioikäyttö

Kaiken kaikkiaan 43 prosenttia kaikista avohoitoon hakeutuvista opioidienkäyttäjistä ilmoitti vuonna 2006 injektioineensa huumetta. Injektioikäyttäjien osuuden muutokset hoitoon hakeutuvien heroiininkäyttäjien keskuudessa voivat osoittaa suuntausta opioidien

⁽¹¹¹⁾ Katso taulukot TDI-22 ja TDI-23 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹¹²⁾ Katso taulukko TDI-113 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹¹³⁾ Katso taulukko TDI-6 (osa iii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

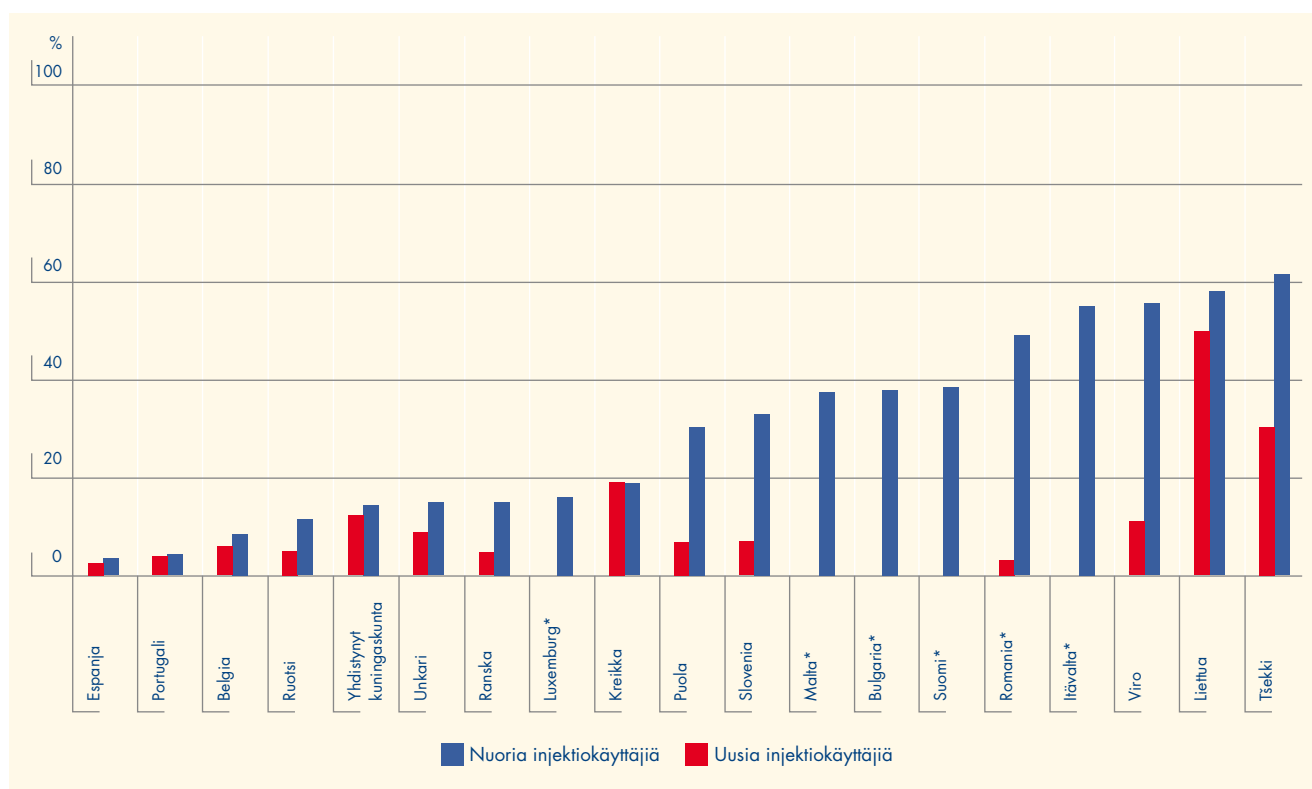
ongelmakäyttäjien koko ryhmässä. Heidän osuutensa pieneni vuosina 2002–2006 yhdeksässä maassa (Tanska, Saksa, Irlanti, Kreikka, Ranska, Italia, Ruotsi, Yhdistynyt kuningaskunta, Turkki) ja suureni kahdessa (Romania, Slovakia). Maat poikkeavat huomattavasti toisistaan hoitoon hakeutuvien heroiininkäyttäjien injektioikäytön suhteen. Injektioikäyttäjien ilmoitettu osuus on pienin Espanjassa, Ranskassa ja Alankomaissa (alle 25 prosenttia) ja suurin (yli 80 prosenttia) Bulgariassa, Tšekissä, Romaniassa, Slovakiassa ja Suomessa ⁽¹¹⁴⁾.

Avohoitoon ensi kertaa vuonna 2006 hakeutuneista opioidienkäyttäjistä hieman pienempi osa (noin 40 prosenttia) ilmoitti injektioivansa huumetta. Aikasuuntausten osalta injektioikäyttäjien osuus ensi kertaa hoitoon tulevista opioidienkäyttäjistä väheni 43 prosentista (2003) 35 prosenttiin (2006) niissä 13 maassa, joista oli saatavissa riittävästi tietoja ⁽¹¹⁵⁾.

Pilottitutkimukseen osallistuneiden yhdeksän maan hoitopyyntötietojen analysoinnin perusteella näyttää siltä, että noin 63 prosenttia kaikista opioidiasiakkaita (jotka ovat jo hoidossa tai hakeutuivat hoitoon viimeksi kuluneen vuoden aikana) ilmoitti injektioineensa huumetta hoitoon tullessaan ⁽¹¹⁶⁾. Tämä viittaa siihen, että jo hoidossa olevien asiakkaiden keskuudessa injektioikäyttäjien osuus hoitoon hakeuduttaessa on suhteellisen suuri.

Injektioikäyttäjien keskuudessa tehtävien tutkimusten perusteella voidaan saada lisätietoa kansallisista eroista ja ajallisista muutoksista huumeiden injektioikäytössä Euroopassa. Monet maat teettävät säännöllisesti toistuvia tutkimuksia injektioikäyttäjäryhmistä yleensä tartuntatautien testauksen yhteydessä. Osallistujat hankitaan usein erilaisista ympäristöistä yleistettävyyden maksimoimiseksi. Maita on vertailtava keskenään varoen, koska näiden tutkimusten otantamenetelmissä voi olla vääristymiä ⁽¹¹⁷⁾.

Kaavio 9. Nuorten ja uusien injektioikäyttäjien osuudet injektioikäyttäjien otoksissa



Huom: Otokset koostuvat tartuntatautien (HIV ja HCV) varalta testatuista injektioikäyttäjistä. Jokaisesta maasta on käytetty uusinta otosta jaksolta 2002–2006, mikäli injektioikäyttäjiä on ollut vähintään sata. Tähti tarkoittaa, ettei uusista injektioikäyttäjistä ole saatavissa tietoja. Lisätietoja: katso kaavio PDU-3 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset yhteispisteet.

⁽¹¹⁴⁾ Katso taulukot PDU-104, TDI-4, TDI-5 ja TDI-17 (osa v) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹¹⁵⁾ Katso kaavio TDI-7 (osa ii) ja taulukko TDI-17 (osa i) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹¹⁶⁾ Katso taulukot TDI-17 (osa v) ja TDI-40 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹¹⁷⁾ Voidaan kenties olettaa, että otoksissa, jotka on poimittu huumehoidossa olevista, nuorten tai uusien injektioikäyttäjien osuus on pienempi kuin "avoimemmissa" ympäristöissä, kuten matalan kynnyksen keskuksissa, koska asiakkaat hakeutuvat hoitoon keskimäärin vasta muutaman huumeidenkäyttövoden jälkeen. Tilastollinen analyysi koehenkilöiden hankintaympäristön ja nuorten tai uusien injektioikäyttäjien osuuksien välisistä yhteyksistä ei kuitenkaan paljastanut tilastollista merkittävyyttä, mikä antaa olettaa, että koehenkilöiden hankintaympäristö (joka koodattiin "pelkästään huumehoidoksi", "muuksi kuin huumehoidoksi" ja "seka-ympäristöksi") ei välttämättä vaikuta voimakkaasti näihin suhteisiin.

Joissain maissa uusien injektioikäyttäjien (jotka ovat käyttäneet huumetta injektoimalla alle kahden vuoden ajan) osuudet ovat suuria (yli 20 prosenttia) näiden tutkimusten mukaan, mutta monissa maissa määrä on alle kymmenen prosenttia (kaavio 9). Nuoret injektioikäyttäjät (alle 25-vuotiaat) edustavat yli 40:tä prosenttia otokseen otetuista injektioikäyttäjistä Tšekissä, Virossa, Liettuassa, Itävallassa ja Romaniassa, kun taas yhdeksässä muussa maassa alle 20 prosenttia tutkimukseen osallistuneista injektioikäyttäjistä on alle 25-vuotiaita.

Yleensä suuri uusien injektioikäyttäjien osuus antaa aiheutta huoleen, varsinkin jos myös nuorten injektioikäyttäjien osuus on suuri. Vaikka uusien injektioikäyttäjien suurempi osuus voi viitata injektioikäytön uuteen nousuun, myös muut tekijät voivat selittää asiaa (esimerkiksi lyhyemmät injektiojaksot elämässä, parempi hoidon saatavuus, suurempi kuolleisuus vanhempien käyttäjien keskuudessa).

Maissa, joissa on ollut pitkään vakiintunut opioidien ongelmakäyttäjäjoukko, on yleensä vähän sekä nuoria että uusia injektioikäyttäjiä. Muissa, usein uudemmissa, jäsenvaltioissa nuorten injektioikäyttäjien määrät ovat tietojen mukaan suuremmat. Uusien injektioikäyttäjien vaihteleva taso näissä maissa, joista tietoja on saatavissa, voi heijastella eroja keskimääräisessä aloitusikässä sekä injektioikäytön levinneisyyden kasvua nuoren tai iäkkäämmän väestön keskuudessa.

Opioidien ongelmakäytön hoito

Opioidien vuoksi hoitoon hakeutuvien asiakkaiden profiili

Ensisijaisesti opioidien käytön vuoksi hoitoon hakeutuvat asiakkaat ovat yleensä vanhempia (keski-ikä 32 vuotta) kuin kokaiinin, muiden stimulanttien ja kannabiksen vuoksi hoitoon tulevat (keski-ikä vastaavassa järjestyksessä 31, 27 ja 24 vuotta). Naisiasiakkaat ovat yleensä vuoden tai kaksi nuorempia kuin miehet. Opioidiasiakkaat ovat yleensä nuorempia niissä maissa, jotka ovat liittyneet Euroopan unioniin vuodesta 2004 alkaen, sekä Irlannissa, Kreikassa, Itävallassa ja Suomessa ⁽¹¹⁸⁾.

Keskimäärin opioidiasiakkaista miehiä on naisiin verrattuna enemmän, suhteessa kolmen suhde yhteen, ja suurimmat miesten osuudet esiintyvät erityisesti Etelä-Euroopan maissa (Bulgaria, Kreikka, Espanja, Ranska, Italia, Kypros, Malta, Portugali) ⁽¹¹⁹⁾.

Opioidienkäyttäjien työttömyysaste on korkeampi ja koulutusaste heikompi kuin muilla asiakkailla (katso

luku 2), ja eräissä maissa on pantu merkille suurempi samanaikaisten psykiatristen häiriöiden esiintymistiheys.

Noin puolet hoitoon hakeutuvista opioidienkäyttäjistä ilmoittaa aloittaneensa käytön ennen 20 vuoden ikää ja noin kolmannes 20–24 vuoden iässä; opioidien ensikäyttö 25. ikävuoden jälkeen on harvinaista ⁽¹²⁰⁾. Opioidien ensikäytön ja ensi kertaa hoitoon hakeutumisen välillä ilmoitetaan olevan keskimäärin 7–9 vuoden viive. Miesasiakkailta viive on pidempi kuin naisilla ⁽¹²¹⁾.

Hoidon tarjonta ja kattavuus

Opioidienkäyttäjien hoito tapahtuu useimmiten avohoidossa eli esimerkiksi erikoistuneissa keskuksissa, yleislääkärin hoidossa ja alhaisen kynnyksen keskuksissa. Muutamissa maissa myös laitoshoidolla on keskeinen rooli, muun muassa Bulgariassa, Kreikassa, Suomessa ja Ruotsissa ⁽¹²²⁾.

Huumeetonta hoitoa ja korvaushoitoa opioidien käyttöön on saatavissa kaikissa EU:n jäsenvaltioissa, Kroatiassa ja Norjassa. Turkissa tutkitaan parhaillaan korvaushoidon tulevaa käyttöä. Useimmissa maissa korvaushoito

Lisää lääkevaihtoehtoja

Opioidiriippuvuuden hoitoon on kehitetty uusia lääkevaihtoehtoja, ja niitä on nyt saatavissa Euroopassa. Niiden tarkoituksena on parantaa hoidon tehokkuutta, vastata eri opioidinkäyttäjryhmien tarpeisiin ja vähentää korvaushoidoissa käytettävien huumausaineiden väärinkäytön mahdollisuuksia.

Buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmä tuotiin EU:n markkinoille vuonna 2006 vaihtoehtona pelkälle buprenorfiinille. Sen tarkoituksena on vähentää injektioikäytön mahdollisuuksia ja houkuttavuutta. Monissa jäsenvaltioissa arvioidaan parhaillaan tämän aineen arvoa opioidiriippuvuuden hoitovaihtoehtona ⁽¹⁾.

Lääkeheroiinia (diamorfiinia) voidaan vähäisessä määrin määrätä kroonisten hoitoresistenttien opioidinkäyttäjien hoitovaihtoehtona Alankomaissa (815 asiakasta vuonna 2006), Yhdistyneessä kuningaskunnassa (400 asiakasta) ja Saksassa, jossa heroiinitutkimukseen osallistuneet saavat edelleen diamorfiinia erityisen asetuksen nojalla. Lisäksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa on käynnissä injektioitava opioideja koskeva satunnaistettu tutkimus (RIOTT), jossa arvioidaan injektioitavan diamorfiinin, injektioitavan metadonin ja oraalisen metadonin tehokkuutta. Helmikuussa 2008 päätettiin myös Tanskassa ottaa diamorfiini määrättävien lääkkeiden joukkoon.

(1) Teknisiä tietoja aineesta on saatavissa EMEA:n verkkosivulta: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>.

⁽¹¹⁸⁾ Katso taulukot TDI-10, TDI-32 ja TDI-103 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹¹⁹⁾ Katso taulukot TDI-5 ja TDI-21 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹²⁰⁾ Katso taulukot TDI-11, TDI-107 ja TDI-109 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹²¹⁾ Katso taulukko TDI-33 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹²²⁾ Katso taulukko TDI-24 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

on yleisimmin tarjolla oleva vaihtoehto, tosin vuonna 2005 Unkarissa, Puolassa ja Ruotsissa ilmoitettiin huumeettomien lähestymistapojen olevan vallitsevia.

Korvaushoito, johon yleensä yhdistetään psykososiaalinen hoito, tarjotaan tyypillisesti erikoistuneissa avohoitokeskuksissa ja yhdistetyn hoidon järjestelyissä, joissa käytetään vastaanotolla työskenteleviä yleislääkäreitä. Korvaushoidossa olevien asiakkaiden määrästä saatavilla olevat tiedot viittaavat yleiseen kasvuun viime vuonna Ranskaa, Luxemburgia, Maltaa ja Alankomaita lukuun ottamatta. Näissä maissa tilanne oli vakaa. Suurin suhteellinen kasvu raportoitiin Tšekistä (42 prosenttia), joskin yli kymmenen prosentin nousuista antoivat tietoja myös Puola (26 prosenttia), Suomi (25 prosenttia), Viro (20 prosenttia), Ruotsi (19 prosenttia), Norja (15 prosenttia) sekä Unkari ja Itävalta (11 prosenttia).

Pelkkä opioidien ongelmakäyttäjien arvioidun määrän ja annettujen hoitojen ilmoitetun määrän välinen vertailu viittaa siihen, että useampi kuin yksi käyttäjä kolmesta saanee korvaushoitoa. On kuitenkin pidettävä mielessä, että kummankin tietosarjan tarkkuudessa on edelleen toivomisen varaa, minkä vuoksi tähän laskelmaan on suhtauduttava varauksellisesti. Lisäksi opioidien ongelmakäyttäjien arvioiden laajemmat luottamusvälit voivat vaikeuttaa maiden välistä vertailua. Tästä huolimatta käytettävissä olevien tietojen perusteella voidaan sanoa, että korvaushoitoa saavien opioidien ongelmakäyttäjien osuus vaihtelee huomattavasti maasta toiseen arvioitujen määrien ollessa noin viisi prosenttia Slovakiassa, 20–30 prosenttia Suomessa, Kreikassa ja Norjassa, 35–45 prosenttia Tšekissä, Maltassa ja Italiassa sekä yli 50 prosenttia Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Englannissa), Saksassa ja Kroatiassa ⁽¹²³⁾.

Vaikka oraalisesti annettava metadoni on tärkein Euroopassa korvaushoitona käytetty huumeaine, buprenorfiinin käyttö yleistyy koko ajan. Yksi syy tähän on se, että sen väärinkäytön aiheuttamat kuolleisuusluvut ovat pienemmät (Connock *et al.*, 2007). Tanskan kansallinen terveyslautakunta on tarkistanut korvaushoidon suuntaviivoja, ja se kehottaa yleislääkäreitä nykyään määräämään buprenorfiinia metadonin sijaan.

Hoidon tehokkuus, laatu ja normit

Satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten ja tarkkailututkimusten arvioinnin perusteella voidaan päätellä, että metadoniyläpitohoito ja buprenorfiiniyläpitohoito voivat kumpikin olla tehokkaita opioidiriippuvuuden hallinnassa. Äskettäin julkaistussa Cochrane-arviossa todettiin kuitenkin päätelmänä, että buprenorfiini on riittävinä annoksina annettua metadonia

heikkotehokkaampi (Mattick *et al.*, 2008). Muutamissa tutkimuksissa on niin ikään havaittu, että diamorfiinin avulla tapahtuva ylläpito voi olla tehokasta henkilöillä, jotka eivät reagoi metadoniyläpitohoitoon (Schulte *et al.*, painossa). Kaiken kaikkiaan korvaushoito on yhdistetty moniin myönteisiin tuloksiin, joista voidaan mainita pidättyminen hoidon aikana, laittomien opioidien käytön ja injektoinnin väheneminen, kuolleisuuden ja rikollisen käyttäytymisen lasku sekä terveyden ja sosiaalisten olojen vakiintuminen ja paraneminen kroonisilla heroiinikäyttäjillä.

Lääkehoitoon yhdistetyt psykososiaaliset ja psykoterapeuttiset toimenpiteet ovat niin ikään osoittautuneet tehokkaiksi hoidon tuloksia koskevissa tutkimuksissa, esimerkiksi NTORS Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Gossop *et al.*, 2002) ja DATOS Yhdysvalloissa (Hubbard *et al.*, 2003). Sen ohella, että nämä lähestymistavat lisäävät hoitomotivaatiota, ehkäisevät sortumista uudelleen ja vähentävät haittoja, niissä tarjotaan neuvoja ja käytännön tukea asiakkaille, joiden on järjestettävä asumis-, työ- ja perheongelmansa, samaan aikaan kun heidän opioidiriippuvuuttaan hoidetaan. Käytettävissä oleva näyttö ei kuitenkaan tue psykososiaalisten hoitojen käyttöä yksinään (Mayet *et al.*, 2004).

Monissa maissa on viime aikoina ilmoitettu parannuksista hoitoa koskeviin ohjeisiin. Kroatiassa, Skotlannissa ja Tanskassa korvaushoito-ohjelmia on arvioitu uudelleen ja ohjeita tarkistettu hoidon laadun parantamiseksi ja aineiden pimeille markkinoille päätyminen ennaltaehkäisemiseksi. Yhdistyneen kuningaskunnan suuntaviivoja huumeriippuvuuden kliinisestä hallinnasta on niin ikään päivitetty, ja National Institute for Clinical Excellence on julkaissut erityisohjeet metadonin ja buprenorfiinin määräämisestä, naltreksonihoidosta, vieroituksesta sekä psykososiaalisesta hoidosta. Myös Portugali on laatinut uudet ohjeet, joilla varmistetaan nopea pääsy hoitoon.

Vankilahoito

EU:n poliittiset päättäjät ovat tunnustaneet laajasti tarpeen yhdenmukaistaa palvelujen käytäntöjä ja laatua yhteisön ja vankiloiden kesken. Euroopan komission (2007a) julkaisemasta raportista kävi kuitenkin ilmi, ettei vankiloissa ole saatavilla palveluja huumeidenkäyttäjille, ja siinä kiinnitettiin huomiota toimenpiteiden tärkeyteen tässä ympäristössä. Esimerkkejä huumehoitopalvelujen tarjonnan rajoituksista vankiloissa ovat kapasiteetin ja asiantuntemuksen puute (Latvia, Malta, Puola), hajautunut avustustoiminta (Latvia), erityisryhmien, kuten nuorten huumeidenkäyttävien, toimenpiteiden puute (Itävalta)

⁽¹²³⁾ Katso kaavio HSR-1 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

ja kansanterveyslähtöisen ennaltaehkäisystrategian puuttuminen (Kreikka).

Myönteistä on, että vankiloiden huumehoito-ohjelmat ovat yleistyneet ja että uusia aloitteita raportoidaan monista maista. Esimerkiksi Portugalissa on järjestetty oikeuskehys vankiloiden neulanvaihto-ohjelmaa varten; Liettuassa on hyväksytty asetus, joka velvoittaa vankilat tarjoamaan vapautumista edeltävää neuvontaa; Tanskassa kaikki yli kolmen kuukauden tuomiota kärsivät vangit ovat tammikuusta 2007 lähtien voineet hyötyä ”hoitotakuusta”; Tšekissä korvaushoitoa on laajennettu kymmeneen vankilaan; Irlannissa vankiloiden hoitopalveluja arvioidaan parhaillaan tarkoituksena saavuttaa vastaavuus muuhun yhteiskuntaan.

Vankiloiden huumehoitotarjonta on silti yhä vähäistä muuhun yhteiskuntaan verrattuna, vaikka huumeidenkäytön levinneisyys on yleensä vankiloissa suurempi. Monissa maissa suositaan vieroitusta, ja se on usein ainoa saatavissa oleva hoitovaihtoehto. Korvaushoitoa tarjotaan teoriassa monessa maassa, mutta tietojen perusteella harvat huumeenkäyttäjät

saavat sitä käytännössä. Poikkeuksina ovat Espanja, jossa 14 prosenttia kaikista tuomituista vangeista (19 600) sai korvaushoitoa vuonna 2006, ja Yhdistynyt kuningaskunta (Englanti ja Wales), jossa metadonia saavien määrän uskotaan kasvavan 6 000:sta 12 000:een, kun uusi ohje on tullut voimaan huhtikuussa 2007.

WHO:n ja UNODC:n tukema käytännön ohje korvaushoidon käytöstä vankilaympäristössä on julkaistu hiljattain (Kastelic *et al.*, 2008), ja eräiden tutkimusten mukaan opioidien korvaushoito vankilassa vaikuttaa myönteisesti riskikäyttäytymiseen ja kuolleisuuteen (Dolan *et al.*, 2003). Vankilalähtöisiä korvaushoito-ohjelmia koskevien tutkimusten äskettäisessä arvioinnissa esitettiin päätelmä, että myönteiset tulokset riippuvat riittävästä annostuksesta ja koko vankeusajan kestävästä hoidosta (Stallwitz ja Stöver, 2007). Lisäksi huolellinen vapautumissuunnitelma ja yhdistäminen yhteisön hoitoon ovat alan palveluissa tarvittavia muita keskeisiä tekijöitä, joilla varmistetaan, että vankeusaikana terveydentilassa tapahtunut paraneminen ei mene myöhemmin hukkaan ⁽¹²⁴⁾.

⁽¹²⁴⁾ Katso Kasvanut huumekuoleman riski vankilatuumion tai hoidon päätyttyä, s. 89.

Luku 7

Huumeisiin liittyvät tartuntataudit ja huumekuolemat

Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

Tartuntataudit, kuten HIV sekä 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 huumeidenkäyttäjillä. EMCDDA seuraa järjestelmällisesti HIV:tä sekä B- ja C-hepatiittia injektioikäyttäjillä (vasta-aineiden levinneisyys tai muut erityiset merkkiaineet B-hepatiitin yhteydessä). Tietoja on tulkittava varoen, koska erilaisissa tietojärjestelmissä on useita menetelmällisiä rajoituksia ⁽¹²⁵⁾.

HIV ja aids

Vuoden 2006 lopussa injektioikäyttäjien diagnosoidun HIV-infektion levinneisyys oli ilmeisen matala useimmissa Euroopan unionin maissa, ja koko EU:n tilanne vaikuttaa muuhun maailman verrattuna suhteellisen myönteiseltä. Tämä voi johtua ainakin osittain ennaltaehkäisyn paremmasta saatavuudesta, hoidosta ja haittoja vähentävistä toimenpiteistä, kuten korvaushoidoista sekä neulojen ja ruiskujen vaihto-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 2006. Tämä korostaa tarvetta varmistaa paikallisen ehkäisytyön kattavuus ja tehokkuus.

HIV-infektion suuntaukset

Vuonna 2006 diagnosoiduista uusista, injektioikäytöstä johtuvista tapauksista saadut tiedot antavat olettaa, että infektioaste laskee edelleen kaikkialla Euroopan unionissa

Viron, Latvian ja Liettuan epidemioista aiheutuneen vuosien 2001–2002 huipun jälkeen ⁽¹²⁶⁾. Vuonna 2006 niissä 25:ssä EU:n jäsenvaltiossa, joista kansallisia tietoja on saatavissa, huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa diagnosoitujen uusien infektioiden kokonaisaste oli 5,0 tapausta miljoonaa asukasta kohden. Se on vähemmän kuin 5,6 vuonna 2005 ⁽¹²⁷⁾. Eniten uusia diagnosoituja infektoita ilmoittaneista kolmesta maasta (Viro, Latvia, Portugali) Portugalissa vallitsi sen ilmoituksen mukaan laskeva suuntaus vuosina 2005–2006, kun taas Virossa ja Latviassa suuntaus tasoittui: 142,0 ja 47,1 uutta diagnosoitua tapausta miljoonaa asukasta kohden. Vuosina 2001–2006 missään maassa ei ole havaittu voimakasta HIV-infektion määrän kasvua. Vaikka pientä lisäystä onkin havaittavissa (esimerkiksi Bulgariassa ja Irlannissa), se jäi alle yhden uuden tapauksen miljoonaa asukasta ja vuotta kohti.

Absoluuttiset luvut paljastavat, mitkä maat vaikuttavat eniten koko EU:n yhteismäärään. Suurimman määrän injektioikäyttäjien uusia diagnosoituja infektoita vuonna 2006 ilmoittivat maat, joissa infektioaste on korkein (Portugali: 703 uutta diagnoosia, Viro 191, Latvia 108) ⁽¹²⁸⁾, ja maat, joiden väestö on suurin (Yhdistynyt kuningaskunta 187, Saksa 168, Ranska 167, Puola 112) (kaavio 10). Laskevan suuntauksen yleistä taustaa vasten suurimmat absoluuttiset lisäykset on havaittu vuodesta 2001 alkaen Yhdistyneessä kuningaskunnassa, jossa uusia tapauksia on noin 13 vuodessa, ja Saksassa, jossa uusia tapauksia on noin kymmenen. Nämä eivät kuitenkaan jakaudu tasaisesti eri vuosien kesken. Bulgariassa hidas kasvuvauhti on kiihtynyt viime aikoina: vuosina 2001–2006 uusia tapauksia oli 0, 2, 0, 7, 13 ja 34 vuodessa, mikä viittaa epidemian mahdollisuuteen.

Suuntaustiedot HIV-levinneisyyden seurannasta huumeiden injektioikäyttäjien otoksissa ovat tärkeä lisä HIV-tapausraporttien tietoihin, sillä ne antavat tietoa myös diagnosoimattomista infektoista. Levinneisyystietoja on saatavissa 25 maasta vuosilta 2002–2006 ⁽¹²⁹⁾. HIV:n

⁽¹²⁵⁾ Jos haluat lisätietoja menetelmistä ja määritelmistä, katso vuoden 2008 tilastotiedote.

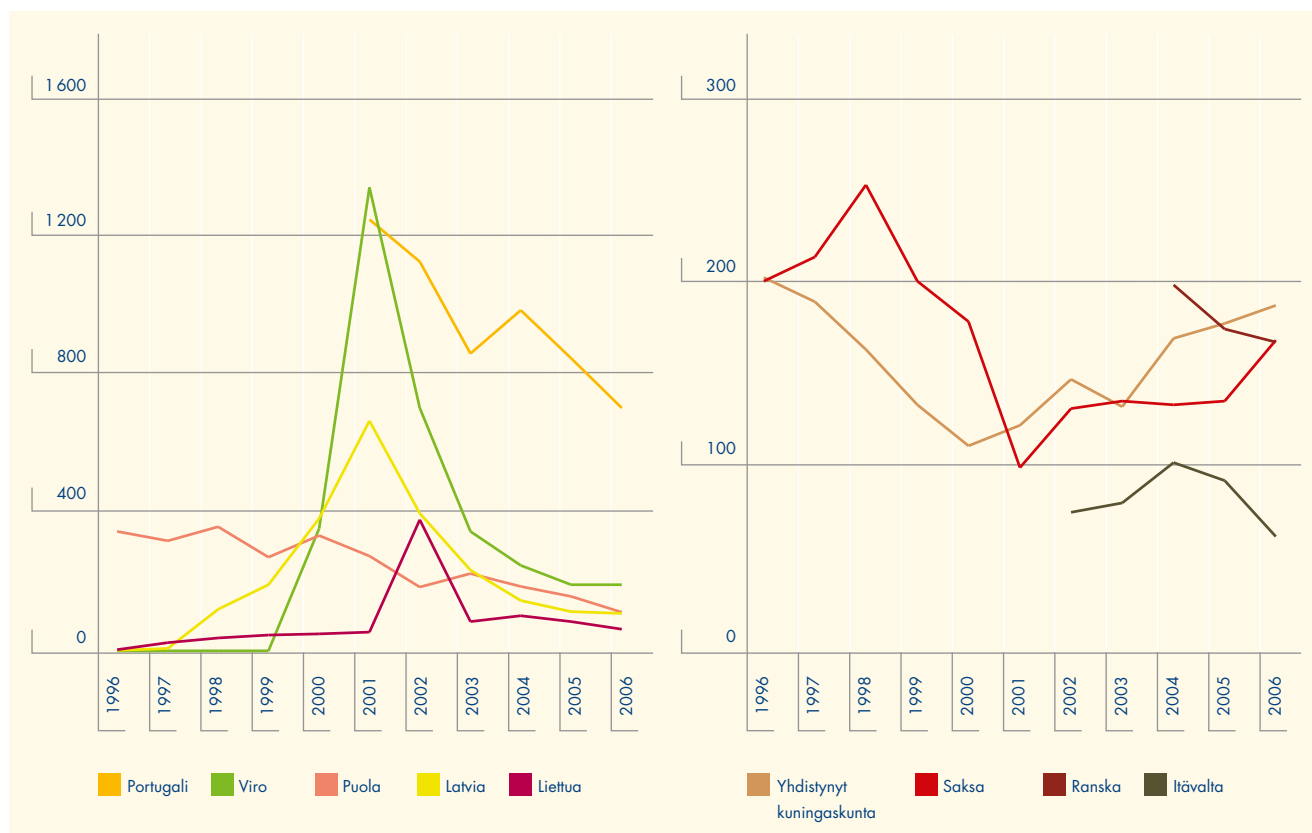
⁽¹²⁶⁾ Katso taulukko INF-104 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹²⁷⁾ Kansallisia tietoja ei ole saatavissa Espanjasta eikä Italiasta. Näiden kahden maan mukautuksen jälkeen aste olisi 5,9 tapausta miljoonaa asukasta kohden eli vähemmän kuin vuoden 2005 aste 6,4.

⁽¹²⁸⁾ Portugalissa EuroHIV ilmoittaa 703 tapausta vuodelle 2006, kun Portugalin tartuntatautien epidemiologinen valvontakeskus (CVEDT) ilmoittaa niitä 432. Ero johtuu siitä, että toinen (EuroHIV) luokittelee raportointivuoden ja toinen (CVEDT) diagnosointivuoden mukaan.

⁽¹²⁹⁾ Katso taulukko INF-108 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Kaavio 10. Injektiokäyttäjien uusien diagnosoitujen HIV-infektioiden absoluuttinen määrä ilmoitusvuoden mukaan: maiden huipputaso yli 300 (vasemmalla) ja välillä 100–300 (oikealla)



Huom: Espanjasta ja Italiasta ei ole kansallisia tietoja. Kummastakin maasta on esitetty alueelliset tiedot, mikäli ne ovat saatavilla. Kummankin maan osittaiset luvut ylittivät sadan uuden tapauksen rajan vuonna 2005 ja osoittivat laskevaa suuntausta. Lisätietoja: katso taulukko INF-104 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Lähde: EuroHIV.

levinneyys pysyi tällä jaksolla muuttumattomana 15 maassa. Viidessä maassa (Bulgaria, Saksa, Espanja, Italia, Latvia) levinneydessä näkyi tilastollisesti merkityksetöntä laskua kansallisten otosten perusteella. Kahdessa maassa todettiin myös alueellista kasvua: Bulgariassa yhdessä kaupungissa eli Sofiassa ja Italiassa kahdeksassa 21 alueesta ja yhdessä kaupungissa. Viidessä maassa kansallisia suuntauksia ei ole joko ilmoitettu tai ne ovat vakaita, mutta ainakin yhdessä kansallista tasoa alemmassa otoksessa näkyi kasvava suuntaus, vaikka levinneyys onkin yleensä yhä pientä (Belgia, Tšekki, Liettua, Yhdistynyt kuningaskunta ja mahdollisesti Slovenia).

Huumeiden injektiokäytöstä johtuvien uusien diagnosoitujen infektioiden suuntausten vertailusta HIV:n levinneyteen injektiokäyttäjien keskuudessa voidaan päätellä, että injektiokäyttöön liittyvän HIV-infektion ilmaantuvuus vähenee useimmissa maissa koko maan tasolla. Tulkinta on hankalampaa, silloin kun tietolähteet ovat keskenään jossain määrin ristiriidassa, kuten Bulgarian, Saksan ja Yhdistyneen kuningaskunnan tapauksissa. Sekä uusien diagnoosien ilmaantuvuus että

kasvuvauhti ovat näissä maissa kuitenkin pieniä (lukuun ottamatta Bulgariaa vuosina 2004–2006).

Huumeiden injektiokäytöstä johtuvien uusien HIV-diagnoosien suuri vuotuinen määrä Virossa, Latviassa ja Portugalissa viittaa siihen, että tartuntojen määrä on näissä maissa edelleen suuri. Virossa tämä oletus saa tukea vuoden 2005 levinneyystiedoista, joiden mukaan noin kolmannes uusista (alle kaksi vuotta injektointeista) injektiokäyttäjistä on HIV-positiivisia. Lisää viitteitä jatkuvasta HIV:n leviämisestä saadaan suuresta levinneyystasosta (yli viisi prosenttia) nuorten injektiokäyttäjien keskuudessa (otoksissa on vähintään 50 alle 25-vuotiasta injektiokäyttäjää) monissa maissa: Espanja (kansalliset tiedot, 2005), Portugal (kansalliset tiedot, 2006), Viro (kaksi aluetta, 2005), Latvia (kansallisesti ja kaksi kaupunkia, 2002–2003), Liettua (yksi kaupunki, 2006) ja Puola (yksi kaupunki, 2005) ⁽¹³⁰⁾.

Aidsin esiintyvyys ja HAART-hoidon saatavuus

Tiedot aidsin esiintyvyydestä ovat tärkeitä, koska ne kertovat oireita aiheuttavan sairauden yleisyydestä. Silti ne eivät ole hyvä indikaattori HIV:n leviämisestä. Aidsin

⁽¹³⁰⁾ Katso taulukot INF-109 ja INF-110 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

HIV/aids-keskittymät

Uusimpien tietojen mukaan HIV-infektion esiintyvyys injektiokäyttäjillä on Euroopan unionissa yleensä alhainen. Tarkkaavaisuutta kuitenkin tarvitaan, koska osa jäsenvaltioista ilmoittaa yhä suuria määriä uusia huumeidenkäytöstä johtuvia HIV-infektioita, ja tilanne on tätäkin huolestuttavampi muutamissa naapurimaissa.

Viron ja Latvian äskettäisen HIV-epidemian jälkeen injektiokäyttäjien uusien diagnosoitujen infektioiden määrä on laskenut vuodesta 2001 ja vakiintunut nyt korkealle tasolle (142,0 ja 47,1 uutta tapausta maan miljoonaa asukasta kohden vuonna 2006). Tämä viittaa tartuntojen yleisyyteen. Portugalissa on edelleen suurin määrä uusia diagnosoituja infektioita Euroopan unionissa (katso s. 79), ja vaikka suuntaus on vähenevä, vuodessa ilmoitettujen uusien diagnoosien määrä oli edelleen 66,5 uutta tapausta miljoonaa asukasta kohden vuonna 2006.

Euroopan unionin itäisissä naapurimaissa tilanne on erityisen huolestuttava. Kahdessa suurimmassa maassa eli Venäjällä ja Ukrainassa uusien diagnosoitujen tapausten määrä on suuri, ja se kasvaa edelleen. Vuonna 2006 arvioitiin huumeiden injektiokäytöstä johtuvia uusia diagnosoituja infektioita olevan Venäjällä yli 11 000 ja Ukrainassa 7 000 (eli 78,6 ja 152,9 uutta tapausta miljoonaa asukasta kohti).

Injektiokäyttäjien suuret tartuntamäärät osoittavat, että nykyisen palvelutarjonnan saatavuutta, määrää ja valikoimaa on tarkistettava, mukaan lukien tartuntatautien leviämistä estävät toimet, kuten neulojenvaihto-ohjelmat ja korvaushoidot. Lisäksi tarvitaan injektiokäyttäjien kohdistettuja tutkimuksia, jotta saadaan selville, miksi tietyt väestönosat ovat erityisen alttiita ja mitkä ovat riskikäyttäytymiseen ja itsensä suojelelun esteisiin vaikuttavat tekijät, ja jotta voidaan löytää sopivat keinot uusien epidemioiden estämiseksi.

esiintyvyystiedoista saadaan niin ikään tietoa erittäin tehokkaan antiretroviraalisen hoidon (HAART-hoidon) kattavuudesta ja tehokkuudesta. Aidsin suuri esiintyvyys tietyissä Euroopan maissa voi olla osoitus siitä, että monet HIV-infektioituneet injektiokäyttäjät eivät saa HAART-hoitoa infektion tarpeeksi varhaisessa vaiheessa hyötyäkseen mahdollisimman tehokkaasti hoidosta.

Portugali on edelleen maa, jossa injektiokäytöstä johtuvan aidsin esiintyvyys on suurin, arviolta 22,4 uutta tapausta miljoonaa asukasta kohden vuonna 2006, joskin suuntaus on nyt selvästi laskeva oltuaan 29,9 tapausta miljoonaa asukasta kohden vuonna 2005. Suhteellisen korkeita aidsin esiintyvyyksiä raportoidaan myös Virosta, Espanjasta ja Latviasta, joissa on vastaavassa järjestyksessä 17,1, 15,1 ja 13,5 uutta tapausta miljoonaa asukasta kohden. Näissä kolmessa maassa suuntaus on aleneva Espanjassa ja Latviassa muttei Virossa, jossa uusimmat tiedot kertovat nousun olleen

11,9 uudesta tapauksesta miljoonaa asukasta kohden vuonna 2005 aina 17,1 tapaukseen vuonna 2006. Kasvua on ilmoitettu myös Liettuasta, vuoden 2005 tasolta 2,0 uutta tapausta miljoonaa asukasta kohden 5,0 tapaukseen vuonna 2006 ⁽¹³¹⁾.

B- ja C-hepatiitti

Vaikka HIV-infektion korkeita levinneisyyksiä tavataan vain muutamissa EU:n jäsenvaltioissa, virushepatiitin ja erityisesti C-hepatiittiviruksen (HCV) aiheuttama infektio on vallitsevampi huumeiden injektiokäyttäjillä eri puolilla Eurooppaa. HCV-vasta-aineiden tasot kansallisissa injektiokäyttäjien otoksissa vuosina 2005–2006 vaihtelevat 15 prosentista 90 prosenttiin. Useimmat maat ilmoittavat yleensä yli 40 prosentin tasoja. Vain muutamassa maassa (Bulgaria, Tšekki, Suomi) vallitsevuus on alle 25 prosenttia injektiokäyttäjien kansallisissa otoksissa, vaikka tälläkin tasolla olevat infektoitumisasteet ovat merkittävä kansanterveyden ongelma ⁽¹³²⁾.

HCV:n levinneisyys voi vaihdella maissa suuresti, mikä on osoitus alueellisista eroista ja kohdeväestön ominaispiirteistä. Esimerkiksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa paikallisissa tutkimuksissa saadaan 29–59 prosentin tasoja, mutta Italiassa eri alueiden arviot vaihtelevat 40 prosentista aina 96 prosenttiin. Vaikka muista kuin todennäköisyysotoksista saatuihin arvioihin on aina suhtauduttava varauksin, havaittujen levinneisyyksien vaihtelu vaikuttaa todennäköisesti merkittävästi ehkäisy- ja hoito-ohjelmien kohdentamiseen ja toteutukseen. Lisäksi erilaiset infektoitumistasot aiheuttavien tekijöiden ymmärtäminen helpottaa parempien toimintastrategioiden kehittämistä.

Nuorten (alle 25-vuotiaiden) ja uusien (alle kaksi vuotta injektoineiden) injektiokäyttäjien keskuudessa tehtyjen tutkimusten mukaan HCV-infektion ehkäisyyn on käytettävissä varsin vähän aikaa, koska monet saavat viruksen injektiokäyttönsä varhaisvaiheessa. Uusissa tutkimuksissa (2005–2006) esitetään yleensä 20–50 prosentin levinneisyyksiä, joskin otosten välillä on huomattavaa vaihtelua.

B-hepatiittiviruksen (HBV) vasta-aineiden levinneisyys vaihtelee enemmän kuin HCV:n vasta-aineiden levinneisyys. Tähän voivat olla syynä rokotusasteen erot tai muutkin tekijät. Kattavimmat tiedot koskevat anti-HBc:tä, joka osoittaa aiemman tartunnan. Vuosina 2005–2006 kuusi 11 maasta, jotka toimittivat tietoja injektiokäyttäjistä, ilmoitti anti-HBc:n levinneisyyksien olevan yli 40 prosenttia ⁽¹³³⁾.

⁽¹³¹⁾ Katso kaavio INF-1 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹³²⁾ Katso taulukot INF-111–INF-113 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹³³⁾ Katso taulukko INF-115 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

HIV-testaukseen ja -hoitoon pääsy

Euroopassa asuvista HIV-infektion kantajista peräti joka kolmas voi olla tietämätön tartunnastaan (ECDC, 2007), ja eräistä EU:n jäsenvaltioista saatujen tietojen perusteella tietämyksen taso voi olla tätäkin vähäisempi tartunnan saaneiden injektioikäyttäjien keskuudessa.

Tämän seurauksena monet viruksen saaneista eivät pääse riittävän varhain hoitoon. He voivat myös levittää tietämättään HIV:tä altistamalla muut infektoriskille. Lisäksi HIV:n seurantajärjestelmien avulla kerättyjen tietojen laatu on heikentynyt.

Alustavien tietojen mukaan injektioivien huumeidenkäyttäjien pääsy antiretroviraaliseen hoitoon on suhteettoman vähäistä (Donoghoe *et al.*, 2007). Tehokkaassa virushoidossa on otettava huomioon injektioikäyttäjien erityistilanne ja -tarpeet. Näitä voivat olla yhtäaikaisten terveys- ja sosiaaliongelmien (esimerkiksi kodittomuus ja vakuutuksen puuttuminen), mutta myös leimautuminen ja syrjintä terveydenhoitoympäristössä tai toistuvat pidätykset ja vangitsemiset.

HIV-testaukseen ja -hoitoon pääsyn parantamiseksi EMCDDA on kehittänyt erityiset ohjeet vuotuisen vapaaehtoisen lääkärintarkastuksen tarjoamiseksi injektioikäyttäjille. Tarkastukseen sisältyisi HIV:n ja virushepatiitin testaus (¹).

(¹) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>.

Ilmoitettuja hepatiittitapauksia koskevat aicasuuntaukset osoittavat selviä eroja B- ja C-hepatiitin välillä. Huumeiden injektioikäyttäjien osuus kaikista ilmoitetuista B-hepatiittitapauksista näyttää laskeneen eräissä maissa, mikä saattaa olla seurausta injektioikäyttäjille suunnatuista rokotusohjelmista. C-hepatiitin osalta injektioikäyttäjien osuus ilmoitetuista tapauksista on laskenut viidessä maassa mutta toisaalta kasvanut viidessä (Tšekki, Luxemburg, Malta, Ruotsi, Yhdistynyt kuningaskunta) (¹³⁴). Sekä B- että C-hepatiitin yhteydessä huumeiden injektioikäyttäjien osuus vuonna 2006 ilmoitetuista tapauksista poikkesi huomattavasti eri maissa. Tämä viittaa maantieteellisiin eroihin näiden infektioiden epidemiologiassa, joskaan erilaisten testaus- ja raportointikäytäntöjen aiheuttamaa vääristymääkään ei voida sulkea pois.

Tartuntatautiin ehkäiseminen

EU:n jäsenvaltiot yhdistelevät seuraavia toimia vähentääkseen tartuntatautiin leviämistä ja seurauksia huumeidenkäyttäjien keskuudessa: huumehoito, myös korvaushoito (katso luku 6), terveystieto ja -neuvonta, steriilien injektio- ja tarvikkeiden jakelu sekä turvaseksiä ja

turvallista käyttöä koskeva perehdytys. Näiden toimien saatavuus ja kattavuus vaihtelevat merkittävästi eri maiden kesken.

Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat ja opioidien korvaushoito ovat saatavissa kaikissa EU:n jäsenvaltioissa sekä Kroatiassa ja Norjassa, joskin sekä hoitoympäristöissä että kohdeväestössä on huomattavaa hajontaa. Korvaushoidon ja haittojen vähentämisen palveluntarjonta on lisääntynyt Euroopassa tuntuvasti viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana. Joissain maissa nämä toimenpiteet ovat edelleen vähäisiä, ja kysyntä ylittää yleisestikin tarjonnan tällä alueella.

Amsterdammassa jokin aika sitten tehdyssä kohorttitutkimuksessa saatiin selville yhdistetyn metadoniylläpito- ja neulovaihtohoidon saatavuuden hyödyt, sillä kummankin keskuksen osallistuminen toimintaan vain yhden sijaan näytti vähentävän HCV- ja HIV-infektioiden ilmaantuvuutta injektioikäyttäjien keskuudessa (Van den Berg *et al.*, 2007).

Neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien kattavuuden arviointi on vaikeaa, ja vain muutamat maat antavat merkittäviä lukuja. Esimerkiksi Tšekki ilmoittaa, että maassa on 90 matalan kynnyksen keskustaa, jotka tavoittavat noin 25 000 huumeidenkäyttäjää vuodessa. Heistä 70 prosenttia on injektioikäyttäjiä. Kullekin heistä tarjotaan keskimäärin 210 ruiskua.

Neulan- ja ruiskunvaihto-ohjelmissa luovutettujen ruiskujen määrän kasvua on havaittavissa muutamissa maissa. Virosta kutakin injektioikäyttäjää kohden luovutettujen ruiskujen arvioitu lukumäärä on kaksinkertaistunut vuosina 2005–2006 ollen 112. Samaan aikaan ruiskujen menekki Unkarin ruiskunvaihto-ohjelmissa lisääntyi 56 prosenttia ja ohjelmien asiakkaiden määrä 84 prosenttia. Suomi ilmoittaa, että asiakkaiden määrä ja terveyskeskuksissa jaeltujen ruiskujen määrä ovat kasvussa. Kaikki maat eivät silti ole ilmoittaneet kasvusta. Maltassa ja Slovakiassa ruiskujen tarjonta pysyi samalla tasolla vuonna 2006. Puolan ilmoitti toimintaan osallistuvien keskustien määrän laskeneen ja vaihdettujen ruiskujen määrän vähentyneen 15 prosenttia. Romania kertoi Bukarestissa vaihdettujen ruiskujen määrän laskeneen 70 prosenttia, tärkeimpänä syynä rahoitusongelmat.

Monessa maassa ruiskunvaihdon vakiintuminen tai väheneminen voi osoittaa muutosta yleisissä huumeiden injektioikäyttötavoissa ja hoidon saatavuudessa: Luxemburgissa matalan kynnyksen keskustien jakamien ruiskujen määrä vakiintui useiden vuosien kasvun jälkeen vuonna 2005 ja väheni vuonna 2006. Ruiskutarjonnan ilmoitetaan vähentyneen aivan viime aikoina myös

(¹³⁴) Katso taulukot INF-105 ja INF-106 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Huumeidenkäyttäjien B-hepatiittirokotus

B-hepatiittivirustartuntojen (HBV) leviäminen jatkuu injektiokäyttäjien keskuudessa Euroopassa. Heidän joukossaan aktiivisen HBV-infektion taso (HBsAg:n levinneisyys) on korkea useimmissa maissa verrattuna koko väestöön (¹). Rokotusta pidetään tehokkaimpana keinona ehkäistä B-hepatiittivirusinfektiota (HBV) ja sen seurauksia. WHO:n vuoden 1991 suositusten mukaisesti useimmat – mutteivät kaikki – jäsenvaltiot ovat ottaneet käyttöön koko väestön rokotukset virusta vastaan. Lasten rokottaminen vaikuttaa kuitenkin eniten tuleviin huumeidenkäyttäjien sukupolviin. Infektion leviämisen hillitsemiseksi entistä nopeammin yli puolet EU:n jäsenvaltioista on ottanut käyttöön rokotusohjelmia erityisesti injektiokäyttäjille ja/tai vangeille. Silti ohjelmien kattavuus vaihtelee maittain, ja kolmannes EU:n jäsenvaltioista ei edelleenkään ole ilmoittanut erityisestä rokotusohjelmasta huumeidenkäyttäjille.

Huumeidenkäyttäjille suunnatuissa rokotusohjelmissa on usein ongelmana huono toteutuminen rokotuskertojen jäädessä ottamatta. Koska turvallinen ja tehokas rokote on saatavissa, riskin piiriin kuuluvien immunisaation parantamiseksi tärkeitä strategioihin voi kuulua joustava lähestymistapa, jossa lähestytään huumeidenkäyttäjää varhaisvaiheessa ja kohdistetaan toimet huumeidenkäytön levinneisyyden kannalta todennäköisimpiin yhteisöihin. Toistuvat rokotustarjoukset ja tehosteet niille, joiden immuunivaste on heikentynyt, voivat myös parantaa immunisaatiotuloksia. Tämä voi edellyttää, että EU:n jäsenvaltiot arvioivat uudelleen ja mahdollisesti mukauttavat politiikkaansa kroonisen HBV-infektion esiintymisen ja seurausten vähentämiseksi.

⁽¹⁾ Katso taulukot INF-106 ja INF-114 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Belgiassa (flaaminkielisessä yhteisössä) ja Portugalissa sekä paikallisesti Saksassa ja Alankomaissa.

Neulanvaihto ja matalan kynnyksen palvelut voivat tarjota hoitoonohjausmahdollisuuden niille, joiden pääsy yleisiin palveluihin on huono. Tämä koskee pääasiassa terveydenhuoltoa sekä seksuaaliterveyden edistämistoimia, kuten kondomien ja liukuvoiteiden jakelua sekä turvaseksikoulutuksen tarjontaa. Tartuntatautien ehkäisy- ja palvelujen tarjoaminen kenttätöön tiimien toimesta tai matalan kynnyksen keskuksissa on vakiintunut valtaosassa maita, vaikka alan palveluja edelleen kehitetäänkin. Esimerkiksi valtioiden rajat ylittävä matalan kynnyksen ennaltaehkäisyverkosto on parhaillaan perusteilla Viroon, Latviaan ja Liettuaan. Se käyttää yhteisiä palvelustandardeja ja epidemiologisia seuranta-protokollia.

Sairaanhoitopalveluja tarjotaan matalan kynnyksen klinikoissa ja liikkuvissa yksiköissä tai hoitoonohjausjärjestelmien kautta. Esimerkiksi tšekkiläinen matalan kynnyksen verkosto tekee tiivistä

yhteistyötä alueellisten terveydenhoitopalvelujen kanssa helpottaakseen pääsyä neuvontaan, testaukseen ja hoitoon erityisesti virushepatiitin aiheuttamien somaattisten lisäoireiden vuoksi. Bulgariassa Bourgasissa Mustanmeren rannalla liikkuva lääkäriyksikkö suoritti 750 potilaskäyntiä vuonna 2006. Jotkin Tanskan kunnat ovat saaneet valtion varoja haavoittuville huumeidenkäyttäjille kohdennettuihin terveydenhoito-ohjelmiin. Lisäksi Kööpenhaminaan perustettiin vuonna 2008 kolmivuotiseksi pilottijaksoksi ”terveystila”-hanke, jossa yhdistetään terveys- ja sosiaalihuollon neuvontapalveluja matalan kynnyksen lähestymistapaan.

Virushepatiitin ehkäisytyö

Vuonna 2006 useat maat ilmoittivat aloitteista virushepatiitin leviämisen ehkäisemiseksi. Esimerkiksi Luxemburgissa on tehostettu turvallisen käytön neuvontaa nuorille ja uusille huumeidenkäyttäjille toimintatutkimushankkeen tulosten perusteella, minkä lisäksi on parannettu injektiokäyttäjien oheistarvikkeiden vapaata saatavuutta. Tanskassa on ollut saatavana huumeidenkäyttäjille ja heidän kumppaneilleen maksuttomat A- ja B-hepatiittirokotteet vuodesta 2006 alkaen, ja kuntien on nyt tarjottava kattava valikoima tartuntatautipalveluja huumeiden injektiokäyttäjille. Irlannissa HCV:tä käsittelevälle työryhmälle annettiin vuonna 2007 tehtäväksi kansallisen seuranta-, opetus- ja hoitostrategian kehittäminen.

Vankilat ovat tärkeä ympäristö huumeidenkäytöstä johtuvien tartuntatautien vastaisille toimenpiteille ja terveyspalvelujen tarjoamiselle muuten hankalasti saavutettavaa populaatiota varten (katso luku 2). Tuore tutkimus osoittaa, että on tärkeää tarjota virustestausmahdollisuus kaikille joskus laittomia huumeita käyttäneille ja että kroonisen C-hepatiitti-infektion tutkiminen vankilaan saapumisen yhteydessä on kustannustehokas toimenpide (Sutton *et al.*, 2006). Tarpeellista hoitoa ja huoltoa saavien infektoituneiden henkilöiden ohella vankiloiden huumeidenkäyttäjät voivat hyötyä monista toimenpiteistä, esimerkiksi terveyskasvatuksesta ja B-hepatiittiin liittyvästä immunisaatiosta (¹³⁵).

Huumekuolemat ja kuolleisuus

Huumeidenkäyttö on yksi suurimmista nuorten terveysongelmien ja kuolemien syistä Euroopassa. Erityisesti opioidien käytöstä aiheutuva huomattava kuolleisuus näkyy EMCDDA:n tukemasta kansainvälisestä tutkimuksesta, jossa todettiin, että seitsemällä eurooppalaisella kaupunkialueella 10–23 prosenttia 15–49-vuotiaiden kuolleisuudesta johtuu opioidien käytöstä (Bargagli *et al.*, 2005).

⁽¹³⁵⁾ Katso DUP-tilastotiedotteesta vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Huumausainekuolleisuus: monitahoinen kysymys

Sekä tieteellistä että poliittista keskustelua huumeekuolleisuudesta haittaa alalla käytettyjen käsitteiden ja määritelmien laajuus. Jos käytetään erittäin laajoja ja kattavia käsitteitä, tiedoista ei välttämättä ole paljonkaan hyötyä huumeekuolleisuuteen vaikuttavien taustatekijöiden ymmärtämiseksi. Jos esimerkiksi kaikki kuolemantapaukset, joissa toksikologinen tutkimus on antanut positiivisen tuloksen, ryhmitellään yhteen, saadaan aikaan tapaukset, joissa huumeilla on ollut välitön syysuhde tai välillinen suhde tai joissa huumeilla ei ole ollut mitään suhdetta.

Toisena tärkeänä tekijänä ovat huomioon otetut aineet, jotka voidaan rajoittaa laittomiin huumausaineisiin tai laajentaa kattamaan muutkin psykoaktiiviset aineet ja lääkkeet. Viimeksi mainitussa tapauksessa voi olla vaikea erottaa ensisijaisesti mielenterveyskysymyksiin liittyviä kuolemantapauksia (esimerkiksi depression aiheuttama itsemurha) päihteidenkäytön aiheuttamista kuolemista. Lisäksi monet huumekuolemat ovat itse asiassa sekakäyttökuolemia, ja eri huumeiden roolin ymmärtäminen voi olla hankalaa.

Käsitteellisesti huumekuolemiin sisältyy kaksi laajaa tekijää. Ensimmäinen on paremmin dokumentoitu ja kattaa kuolemat, jotka johtuvat välittömästi yhden tai useamman huumausaineen vaikutuksesta. Näitä kuolemia kutsutaan yleensä ”yliannostuksiksi”, ”myrkytyksiksi” ja ”huumeiden aiheuttamiksi kuolemiksi”. Toinen tekijä on laajempi ja kattaa kuolemantapaukset, joiden ei voida suoraan osoittaa johtuvan huumeiden farmakologisesta vaikutuksesta mutta jotka kuitenkin liittyvät niiden käyttöön: tartuntatautien pitkäaikaiset seuraukset, vuorovaikutus mielenterveysongelmien (esimerkiksi itsemurha) ja muiden olosuhteiden (esimerkiksi liikenneonnettomuudet) kanssa. Tapahtuu myös sellaisia huumekuolemia, jotka johtuvat olosuhteista (esimerkiksi huumekauppaan liittyvä väkivalta).

EMCDDA:n nykyinen lähestymistapa yleisen huumeekuolleisuuden raportointiin perustuu kuolleisuuden arviointiin huumeiden ongelmakäyttäjien kohorteissa. Muitakin lähestymistapoja kuitenkin selvitetään ja niissä eri lähteistä peräisin olevia tietoja voidaan yhdistää, jolloin saadaan arvio huumeista johtuvasta koko kuolleisuusrasitteesta tietyssä yhteisössä (katso Yleinen huumeekuolleisuus, s. 87).

EMCDDA:n keskeinen indikaattori ”Huumeisiin liittyvät kuolemantapaukset ja huumeidenkäyttäjien kuolleisuus” seuraa pääasiassa huumeidenkäytön suoraan aiheuttamia kuolemantapauksia (huumekuolemia) ja vähäisemmässä määrin huumeidenkäyttäjien keskuudessa ilmenevää yleistä kuolleisuutta, johon sisältyvät myös moniin muihin terveysongelmiin ja sosiaalisiin ongelmiin liittyvät kuolemat.

Huumekuolemat

EMCDDA:n ”huumekuoleman” määritelmä ⁽¹³⁶⁾ kattaa kuolemantapaukset, jotka johtuvat suoraan yhden tai useamman huumeen kulutuksesta (myrkytykset ja yliannostukset), jos ainakin yksi käytetyistä aineista on laiton huumausaine. Huumeidenkäyttäjien määrä, käyttötavat (injektio, sekakäyttö) sekä hoito- ja ensiapupalvelujen saatavuus voivat kaikki vaikuttaa tällaisten kuolemantapausten kokonaismäärään yhteisössä. Yleensä huumekuolema tapahtuu pian aineen tai aineiden käytön jälkeen.

Eurooppaa koskevien tietojen laadun ja luotettavuuden paraneminen viime vuosina on parantanut yleisten ja kansallisten suuntausten kuvausmahdollisuuksia, ja useimmat maat ovat nyt ottaneet käyttöön EMCDDA:n mukaisen määritelmän ⁽¹³⁷⁾. Silti maiden väliset erot raportoinnin laadussa ovat niin huomattavia, että suoraa vertailua on tehtävä varoen.

EU:n jäsenvaltiot ilmoittivat vuosina 1990–2005 joka vuosi 6 500–8 500 huumekuolemaa, ja näitä kuolemia oli kyseisellä ajanjaksolla yhteensä yli 130 000. Näitä lukuja voidaan pitää vähimmäisarvioina ⁽¹³⁸⁾.

Huumeekuolleisuus vaihtelee suuresti Euroopan maiden välillä: 3–5 kuolemasta yli 70 kuolemaan miljoonaa 15–64-vuotiasta asukasta kohti (keskimäärin 21 kuolemaa miljoonaa asukasta kohti). Luku on yli 20 kuolemaa miljoonaa asukasta kohti 16:ssa Euroopan maassa ja yli 40 viidessä maassa. Huumeekuolleisuus 15–39-vuotiaiden miesten ryhmässä on useimmissa maissa keskimäärin kaksinkertainen (keskimäärin 44 kuolemaa miljoonaa asukasta kohti Euroopassa). Vuosina 2005 ja 2006 huumekuolemien osuus kaikista 15–39-vuotiaiden kuolemista oli Euroopassa 3,5 prosenttia, ja kahdeksassa maassa se oli yli seitsemän prosenttia ⁽¹³⁹⁾ (kaavio 11).

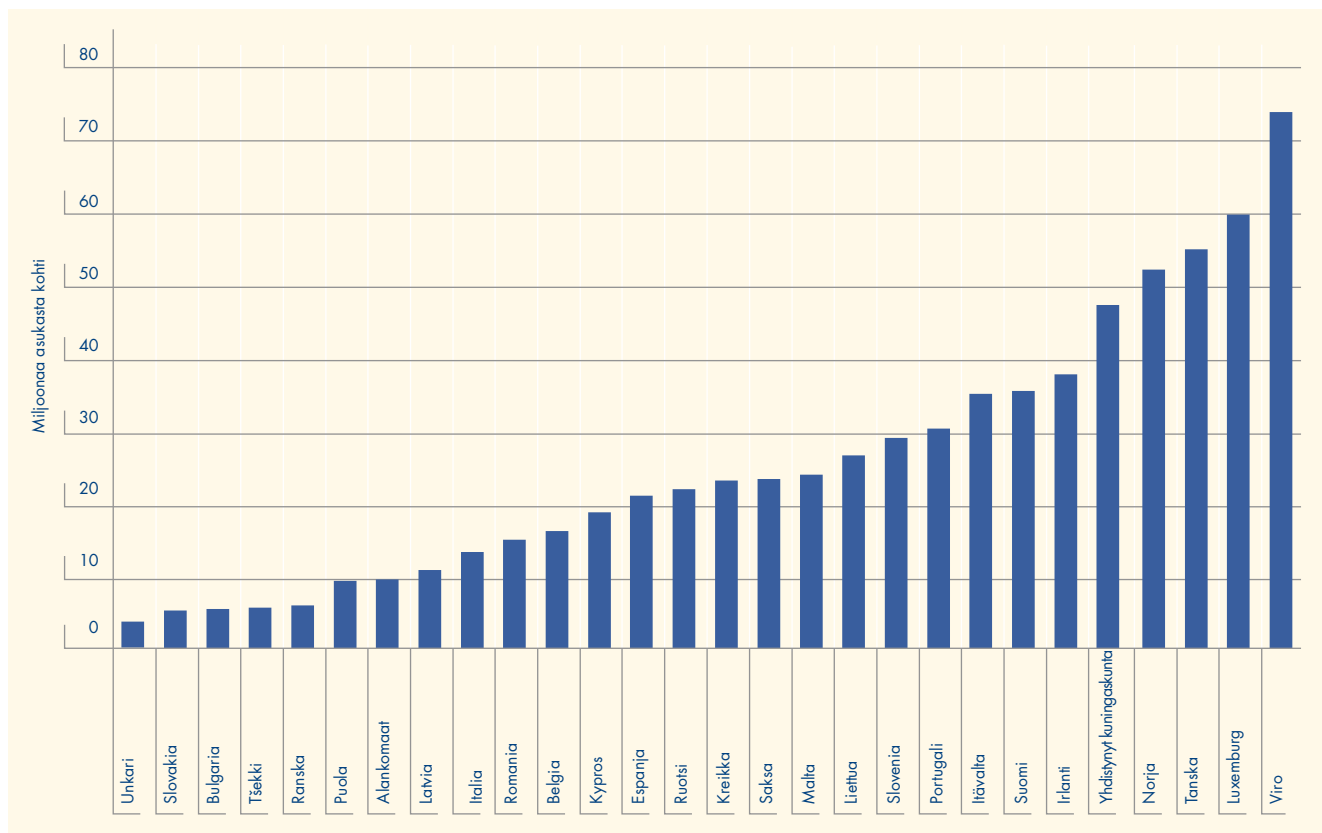
Sairastuvuutta ja muita kuin kuolemaan johtavia yliannostuksen seurauksia tutkitaan edelleenkin varsin vähän, ja panostukset ehkäisytoimiin ovat vähäisiä, vaikka on näyttöä siitä, että määrät voivat olla melkoisia. Tutkimuksissa on arvioitu, että jokaista kuolemaan johtanutta yliannostusta kohden voi olla 20–25 muunlaista yliannostusta. Vaikka onkin vaikea tietää, voidaanko arvioita soveltaa koko Euroopan unioniin, muiden kuin kuolemaan johtavien yliannostustapausten lukumäärä vuodessa voidaan arvioida karkeasti 120 000–175 000 kappaleeksi.

⁽¹³⁶⁾ Nykyisin käytetään käsitettä ”huumekuolema”, koska se kuvastaa tarkemmin käytettyä määritelmää.

⁽¹³⁷⁾ Katso yksityiskohtaiset menetelmälliset tiedot huumekuolemista vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹³⁸⁾ Katso taulukko DRD-2 (osa i) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹³⁹⁾ Katso taulukko DRD-5 ja kaavio DRD-7 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Kaavio 11. Kaikkien aikuisten (15–64-vuotiaiden) kuolleisuus, joka liittyy huumekuolemiin

Huom: Tšekin osalta käytettiin EMCDDA:n määritelmää kansallisen määritelmän sijaan; Yhdistyneen kuningaskunnan osalta käytettiin huumeusainestrategian mukaista määritelmää; Romanian osalta tiedot koskevat ainoastaan Bukarestia ja useita piirikuntia Bukarestin toksikologisen laboratorion toimialueella. Väestön kuolleisuusastelaskelmat perustuvat Eurostatin ilmoittamaan vuoden 2005 kansalliseen väestöön. Väestötietoja on vertailtava varoen, koska määritelmässä ja raportoinnin laadussa on eroja. Lisätiedot luottamusväleistä ja tilastotiedoista: katso kaavio DRD-7 (osa i) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit 2007, tiedot on saatu kansallisista kuolleisuusrekistereistä tai erikoisrekistereistä (oikeuslääketieteellisistä tai poliisin rekistereistä) ja Eurostatista.

Opioidikuolemat

Heroiini

Opioidien yliannostus on yksi Euroopan nuorten yleisimmistä kuolinsyistä etenkin kaupungeissa asuvien miesten keskuudessa ⁽¹⁴⁰⁾. Opioidit, lähinnä heroini tai sen metaboliitit, ovat Euroopan unionissa osallisina useimmissa huumekuolemissa. Niiden osuus on 55 prosentista lähes sataan prosenttiin kaikista tapauksista, ja yli puolet maista ilmoittaa osuudeksi yli 80 prosenttia ⁽¹⁴¹⁾. Heroinikuolemien toksikologisissa raporteissa todetaan usein, että muutkin aineet ovat voineet vaikuttaa kuolemiin. Useimmiten muina päihteinä mainitaan alkoholi, bentsodiatsepiinit tai muut opioidit ja joissakin maissa kokaiini. EMCDDA:n tuoreessa tutkimuksessa, johon osallistui yhdeksän maata,

havaittiin, että useampi kuin yksi huumeusaine mainittiin yli 60–90 prosentissa opioidikuolemien toksikologisista tuloksista. Tämän perusteella huomattava osa kaikista huumekuolemista voi johtua sekakäytöstä.

Useimmat opioidiylännostusten uhrat (60–95 prosenttia) ovat miehiä, useimmiten 20–40-vuotiaita. Useimmissa maissa heidän keskikänsä on noin 35 vuotta ⁽¹⁴²⁾. Monissa maissa yliannostukseen kuolevien keskimääräinen ikä on kasvussa, mikä viittaa siihen, että nuorten heroininikäyttäjien määrä on kaiketi vakiintunut tai vähentynyt. Muualla (Bulgaria, Viro, Itävalta, Romania) suhteellisen suuri osa yliannostuskuolemista tapahtuu alle 25-vuotiailla, mikä voi olla osoitus nuoresta heroiniin tai injektioita käyttävästä väestöstä näissä maissa ⁽¹⁴³⁾.

⁽¹⁴⁰⁾ Suurin osa EMCDDA:lle ilmoitetuista tapauksista on opioidien yliannostuksia, joten opioideihin liittyvien tapausten kuvailussa käytetään äkillisten huumekuolemien yleisiä ominaispiirteitä.

⁽¹⁴¹⁾ Katso kaavio DRD-1 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁴²⁾ Katso taulukko DRD-1 (osa i) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁴³⁾ Katso kaaviot DRD-2, DRD-3 ja DRD-4 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Korvaushoitokuolemat

Tutkimuksista on ilmennyt, että yliannostuksen riski pienenee huomattavasti, kun heroiininkäyttäjät saavat metadonikorvaushoitoa. Esimerkiksi tuoreessa kohorttitutkimuksessa, jossa oli mukana 5 000 heroiininkäyttäjää, ilmeni, että yliannostuskuoleman riski väheni yhdeksänkertaisesti käyttäjien ollessa korvaushoidossa verrattuna sen ulkopuoliseen aikaan riippumatta siitä, saivatko he muuta hoitoa vai eivät (Brugal *et al.*, 2005).

Metadoni mainitaan kuitenkin joidenkin kuolemantapausten toksikologisissa raporteissa. Tämä ei tarkoita, että kaikissa tapauksissa oli suora syyssuhde, sillä muitakin huumeita tai tekijöitä voi olla osallisina. Yliannostuskuolemia voi joka tapauksessa tapahtua, ja niihin vaikuttavia tekijöitä voivat olla toleranssin muuttuminen, liian suuri annostus, epäasianmukainen käyttö ja huumeaineiden käyttö muihin kuin hoitotarkoituksiin.

Toimenpiteet, joilla estetään metadonin joutumista laittomille markkinoille, on yhdistetty ilmoitettujen metadonikuolemien vähenemiseen Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Zador *et al.*, 2006), ja yleisesti korvaushoitajien hyvät käytännöt voivat olla tärkeä tekijä metadonikuolemien riskin vähentämisessä. Sekä potilaan että yhteisön terveys turvataan siis parantamalla hoidon laatuvaatimuksia, kuten määräämiskäytäntöjä, asiakkaan seuranta hoidon ensi vaiheissa, mahdollisen sydäntoksisuuden seuranta, tiedotusta muiden lääkkeiden tai psykoaktiivisten aineiden käytön riskeistä sekä antokäytäntöjä aineen laittomaan kauppaan joutumisen vähentämiseksi.

Metadonihoidon huomattava lisääntyminen Euroopassa ei ole näkynyt metadonikuolemien samanaikaisena yleistymisenä. Yhdistyneessä kuningaskunnassa tehdystä tutkimuksesta kävi ilmi, että vuosina 1993–2004 oraalisesti määrätyn metadonin kokonaismäärä kasvoi 3,6-kertaiseksi, mutta metadonikuolemien määrä väheni 226:sta 194:ään (Morgan *et al.*, 2006). Tämä vastaa metadonikuolemien vähenemistä 13 kuolemasta tuhatta potilasvuotta kohden vuonna 1993 aina 3,1 kuolemaan tuhatta potilasvuotta kohden vuonna 2004. Vaikka samanlaiset tutkimukset olisivat hyödyllisiä muissakin maissa, saatava näyttö viittaa siihen, että metadonikuolemat liittyvät todennäköisemmin määräämiskäytäntöjen puutteisiin kuin yleiseen korvaushoidon määrään.

Metadoni ja buprenorfiini

Korvaushoidon on tutkimuksissa osoitettu vähentävän yliannostuskuoleman riskiä. Silti joka vuosi ilmoitetaan kuitenkin joitakin opioidien korvaushoitolääkkeiden käytöstä johtuvia kuolemantapauksia. Nämä johtuvat

useimmiten niiden väärinkäytöstä tai harvoissa tapauksissa hoidon aikaisista ongelmista (¹⁴⁴).

Useat maat ilmoittivat, että huomattavassa osassa huumekuolemista havaittiin metadonia, tosin yhteisten raportointistandardien puuttuessa on vaikea arvioida, mikä osa metadonilla on ollut kuolemassa. Maihin, jotka ilmoittavat metadonin merkittävästä osuudesta kuolemantapauksissa, kuuluvat Tanska, Saksa, Yhdistynyt kuningaskunta ja Norja; muut maat eivät ilmoittaneet tapauksia tai ilmoittivat niitä vain vähän (¹⁴⁵). Yhdysvalloissa on ilmoitettu merkittävästä metadonikuolemien kasvusta vuodesta 1999 alkaen. Useimmiten kuolemat johtuvat sairaaloista, apteekeista sekä yleis- ja kipulääkäreiden vastaanotoilta peräisin olevan metadonin väärinkäytöstä. Vain pieni osa kuolemista johtuu korvaushoito-ohjelmista hankitusta metadonista (¹⁴⁶).

Buprenorfiinimyrkytyksen aiheuttamat kuolemat vaikuttavat harvinaisilta huolimatta aineen kasvavasta käytöstä korvaushoidoissa monissa Euroopan maissa. Ranskasta on ilmoitettu aivan muutama kuolemantapaus, vaikka buprenorfiinihoitoa saavien huumeidenkäyttäjien määrä on huomattava (76 000–90 000 henkeä). Suomessa buprenorfiini on kuitenkin mukana useimmissa huumekuolemista yleensä rauhoittavien lääkkeiden tai alkoholin kanssa tai injektioituna (¹⁴⁷).

Fentanyyli

Virossa on havaittu jokin aika sitten huolestuttava epidemia kuolemaan johtaneita 3-metyylifentanyylimyrkytyksiä ruumiinavausten toksikologisten tulosten perusteella. Kuolemaan johtaneita myrkytyksiä oli 46 vuonna 2005 ja 71 vuonna 2006 (Ojanperä *et al.*, painossa). Lisäksi alustava havainnot Virossa viittaavat siihen, että vuonna 2004 samaisesta aineesta aiheutui 85 kuolemantapausta. Fentanyylikuolemista on tullut hajanaisia ilmoituksia muistakin Euroopan maista, ja Yhdysvalloissa on ilmoitettu viime aikoina yleensä lyhytaikaisista kuolemaan johtaneista epidemioista. Esimerkiksi Chicagossa fentanyylikuolemiksi luokiteltiin vuosina 2005–2007 350 kuolemantapausta (Denton *et al.*, 2008). Tämän aineen suuri vahvuus voi lisätä yliannostuksen riskiä, mutta toisaalta se voi jäädä huomaamatta toksikologisessa seulonnassa. Fentanyylin lisääntynyt laitton tuotanto ja käyttö lienevätkin haaste sekä nykyisille seurantajärjestelmille että kansanterveydellisille toimenpiteille.

(¹⁴⁴) Katso Korvaushoitokuolemat tällä sivulla.

(¹⁴⁵) Katso taulukko DRD-108 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

(¹⁴⁶) National Drug Intelligence Center. Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate, marraskuu 2007. Asiakirja 2007-Q0317-001. <http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>.

(¹⁴⁷) Katso taulukko DRD-108 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

Muut huumekuolemat ⁽¹⁴⁸⁾

Kokaiinikuolemat ovat hankalampia määrittää ja tunnistaa kuin opioidikuolemat (katso vuoden 2007 erityiskysymys kokaiinista). Farmakologisesta yliannostuksesta suoraan johtuvat kuolemantapaukset vaikuttavat harvinaisilta, ja ne johtuvat yleensä hyvin suurista kokaiiniannoksista. Muutoin useimmat kokaiinikuolemat näyttävät johtuvan huumeen kroonisesta myrkyllisyydestä, joka aiheuttaa monesti sydän- ja verisuoniongelmiä sekä hermostollisia häiriöitä. Kokaiinin osuutta näissä kuolemissa ei välttämättä aina huomata eikä niitä aina ilmoiteta kokaiinikuolemina. Kokaiinikuolemia koskevien tietojen tulkintaa hankaloittavat lisäksi useissa tapauksissa havaitut muut päihteet, jotka tekevät syysuhteiden määrittämisestä hankalaa.

Vuonna 2006 kokaiinikuolemia raportoitiin 14 jäsenvaltiosta yli 450. Silti on todennäköistä, että Euroopan unionin kokaiinikuolemia raportoidaan todellista tilannetta vähemmän.

Kuolemista, joissa ekstaasi on osallisena, raportoidaan edelleen harvakseltaan. Useimmat kuolemantapaukset, joissa ”ekstaasi on osallisena”, raportoidaan Yhdistyneestä kuningaskunnasta, mutta monissa tapauksissa kyseisestä huumausainetta ei ole määritetty kuoleman välittömäksi syyksi.

Vaikka amfetamiinikuolemistakin raportoidaan Euroopassa harvoin, Tšekissä huomattavan osan huumekuolemista on ilmoitettu johtuvan pervitiinistä (metamfetamiinista). Suomesta ilmoitettiin 64 kuolemantapausta, joissa amfetamiineja havaittiin toksikologisesti. Tämä ei välttämättä tarkoita, että kyseinen huume oli kuoleman välitön syy.

Huumekuolemien suuntaukset

Huumekuolemat lisääntyivät Euroopassa jyrkästi 1980-luvulla ja 1990-luvun alussa mahdollisesti heroiininkäytön ja injektioikäytön lisääntyessä samaan aikaan. Sen jälkeen taso on pysynyt korkeana ⁽¹⁴⁹⁾. Pitkiä aikasarjoja toimittavien maiden tiedot antavat viitteitä eriytyvistä suuntauksista: joissain maissa (esimerkiksi Saksa, Espanja, Ranska, Italia) kuolemantapausten huippu saavutettiin 1990-luvun alkupuolella, ja sen jälkeen määrä on laskenut. Muissa maissa (esimerkiksi Irlanti, Kreikka, Portugali, Suomi, Ruotsi, Norja) kuolemantapausten huippu ajoittui vuoden 2000 paikkeille, minkä jälkeen niiden

määrä on vähentynyt. Muutamissa muissa (esimerkiksi Tanska, Alankomaat, Itävalta, Yhdistynyt kuningaskunta) on havaittu nouseva suuntaus ilman selkeää huippua ⁽¹⁵⁰⁾.

Huumekuolemien suuntaukset vuodesta 2001 vuoteen 2005 tai 2006 ovat vaikeammin kuvattavissa. Vuosikymmenen ensimmäisinä vuosina (2000–2003) monet EU-maat ilmoittivat vähentymisestä, ja yleisesti huumekuolemat vähenivät kolme prosenttia vuonna 2001, 14 prosenttia vuonna 2002 ja seitsemän prosenttia vuonna 2003 ⁽¹⁵¹⁾. Vuosina 2004 ja 2005 useimmat Euroopan maat sen sijaan ilmoittivat pienestä kasvusta. Tähän voidaan liittää useita tekijöitä, kuten sekakäytön yleistymisen, heroiinin saatavuuden mahdollinen lisääntyminen tai kroonisten huumeidenkäyttäjien ikääntyminen ⁽¹⁵²⁾.

Koska eräistä suurista maista puuttuu tietoja, yleiset arviot vuoden 2006 huumekuolemista ovat alustavia. Yhtä kaikki 18 maasta saatavissa olevat tiedot viittaavat pieneen vähentymiseen vuoteen 2005 verrattuna.

Alle 25-vuotiaiden huumekuolemat ovat vähentyneet kaiken kaikkiaan lievästi Euroopassa, mutta Euroopan unioniin vuoden 2004 jälkeen liittyneissä jäsenvaltioissa tämän ikäryhmän huumekuolemat ovat lisääntyneet aivan viime aikoihin asti ⁽¹⁵³⁾. Viime vuosina on kuitenkin havaittu nuorten osuuden määrän kasvua Kreikassa, Luxemburgissa ja Itävallassa ja jossain määrin Bulgariassa, Latviassa ja Alankomaissa ⁽¹⁵⁴⁾. Havainto edellyttää lisätutkimuksia, koska se voi viitata opioideja käyttävien nuorten määrän kasvuun näissä maissa.

Yleinen huumekuolleisuus

Äskettäin tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että kahdeksassa kohteessa (seitsemässä kaupungissa ja yhdessä maassa) Euroopassa hoitoon hakeutuneiden opioidienkäyttäjien kuolleisuusaste oli hyvin korkea muuhun saman ikäryhmän väestöön verrattuna (katso EMCDDA, 2006). Muissa kohorttitutkimuksissa huumeidenkäyttäjien keskuudessa havaittiin 6–54-kertaisia kuolleisuuslukuja koko väestöön verrattuna. Nämä erot johtuvat pääasiassa huumeiden yliannostuksesta, jos kohta muutkin tekijät ovat tärkeitä. Eräissä maissa myös aidsin rooli on merkittävä. Darke *et al.* (2007) muodostavat huumeidenkäyttäjille neljä laajaa kuolemansyyluokkaa: yliannostukset (myös alkoholimyrkytykset), sairaudet, itsemurhat ja vammat. Sairauksista huumeidenkäyttöön

⁽¹⁴⁸⁾ Katso taulukko DRD-108 vuoden 2008 tilastotiedotteesta ja vuoden 2007 vuosiraportti.

⁽¹⁴⁹⁾ Katso kaavio DRD-8 vuoden 2008 tilastotiedotteesta. Historiallisista syistä suuntaus liittyy 15 jäsenvaltion Euroopan unioniin ja Norjaan.

⁽¹⁵⁰⁾ Katso kaavio DRD-11 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁵¹⁾ Tässä mainitut luvut poikkeavat aiempina vuosina ilmoitetuista, koska Tanskassa, Espanjassa, Ranskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on muutettu määritelmää tai kattavuutta ja koska useissa maissa tietoja on saatettu ajan tasalle.

⁽¹⁵²⁾ Katso Opioidi-indikaattorit eivät enää vähene, s. 72, sekä taulukko DRD-2 (osa i) ja kaavio DRD-12 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁵³⁾ Katso kaavio DRD-13 (osa i) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

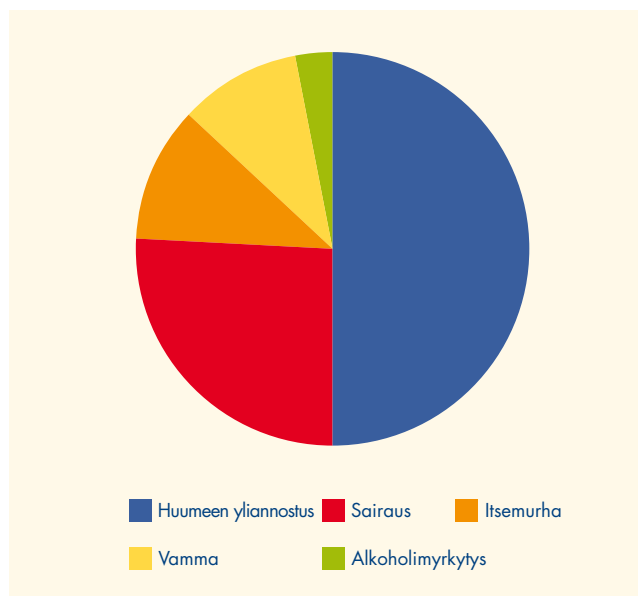
⁽¹⁵⁴⁾ Katso kaavio DRD-9 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

voidaan yhdistää veren kautta välittyvien virusten (HIV, HCV ja HBV, katso edellä) aiheuttamat sairaudet, kasvaimet, maksa- sekä verenkierto- ja hengityselinsairaudet. Vammat kattavat useimmat onnettomuudet, tapot ja muun väkivallan.

Huumehoitoon otettujen huumeidenkäyttäjien kohorttiin kohdistuneessa tuoreessa norjalaistutkimuksessa havaittiin, että 189 kirjastusta kuolemantapauksesta yliannostusten osuus oli puolet, sikäli kuin kuoleman syy oli tiedossa. Sairauksien, pääasiassa aidsin ja maksasairauksien, osuus oli lähes neljännes, itsemurhan ja vammojen kummankin noin 1/10 ja alkoholimyrkytysten noin kaksi prosenttia (kaavio 12). Huomattakoon, että aids-kuolemien osuus voi olla huomattavasti suurempi maissa, joissa HIV:n levinneisyys on suuri huumeidenkäyttäjien keskuudessa.

Kohorttitutkimukset ovat arvokas väline arvioitaessa ja selvittäessä huumeidenkäytöstä johtuvaa yleistä kuolleisuutta, mutta muutkin lähestymistavat voivat auttaa ymmärtämään ilmiötä ja antaa yleistietoja kansallisella tasolla. EMCDDA tutkii parhaillaan useita uusia menetelmiä tällä saralla tiiviissä yhteistyössä jäsenvaltioiden kanssa. Tarkoituksena on ottaa ne käyttöön koko EU:ssa. Yhdessä näistä lähestymistavoista

Kaavio 12. Norjalaisten huumeidenkäyttäjien kohortin tunnetut kuolinsyyt



Huom: Tiedot ovat tutkimuksesta, joka perustuu huumeusaineriippuvuuden vuoksi vuosina 1981–1991 hoitoon otettujen 501 huumeidenkäyttäjän otokseen. Vuoteen 2003 mennessä kirjattiin kaikkiaan 189 kuolemantapausta, joista kuolinsyy jäi tunnistamatta 14 tapauksessa.

Lähde: Ødegard, E., Amundsen, E. J. ja Kielland, K. B. (2007), "Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach", *Drug and Alcohol Dependence* 89, s. 176–182.

kuolleisuusaste ekstrapoloidaan kohorttitutkimusten perusteella paikallisiksi (Bargagli *et al.*, 2005) tai kansallisiksi ongelmakäyttäjää koskeviksi arvioiksi (Cruts *et al.*, 2008). Toisessa lähestymistavassa eri tutkimuksista johdettuja huumeisiin liittyviä kertoimia sovelletaan koko väestön kuolleisuusrekistereihin tallennettuihin yleisimpiin huumekuolemien kuolemansyihin (esimerkiksi aids, tapaturmat, itsemurhat ja myrkytykset).

Huumeisiin välillisesti liittyvät kuolemantapaukset

Huumeiden injektioikäytöstä johtuvat aids-kuolemat ovat toinen merkittävä kuolemansyy. Eurostatin ja EuroHIVin tietojen perusteella (vuosikertomukset 2005, 2006) voidaan arvioida, että vuonna 2003 yli 2 600 henkeä menehtyi huumeidenkäytöstä aiheutuneeseen aidsiin ⁽¹⁵⁵⁾. Useimmat näistä kuolemista ilmoitettiin muutamasta maasta, ja yli 90 prosenttia niistä tapahtui Espanjassa, Ranskassa, Italiassa ja Portugalissa. Aids-kuolleisuuden huippu ajoittui 1990-luvun puoliväliin, ja se on laskenut huomattavasti HAART-hoidon käyttöönoton ja yleistymisen myötä.

Espanjaa, Italiaa ja erityisesti Portugalia lukuun ottamatta väestön kuolleisuus huumeiden injektioikäytöstä johtuvaan aidsiin on vähäistä. Monissa maissa huumeidenkäyttäjien yliannostuskuolleisuus on huomattavasti yleisempää kuin aids-kuolleisuus ⁽¹⁵⁶⁾. Muista syistä aiheutuneita kuolemantapauksia (esimerkiksi muiden tartuntatautiin aiheuttamat kuolemat, väkivalta, tapaturmat) on nykyisellään vaikeampi arvioida. Tiedon keräystä ja arviointia on kohennettava tällä alalla (katso edeltävä osio).

Itsemurha näyttää olevan huumeidenkäyttäjien yleinen kuolemansyy. Kirjallisuustutkimuksessa (Darke ja Ross, 2002) havaittiin, että heroiininkäyttäjien itsemurha-aste oli 14 kertaa suurempi kuin koko väestössä.

Huumekuolemien vähentäminen

Huumekuolemien vähentäminen on päämääränä useimmissa kansallisissa huumeusainestrategioissa, mutta harvat maat ovat hyväksyneet toimitasuunnitelmia tai tarjoavat järjestelmällistä opastusta toimiin. Yhdistyneen kuningaskunnan terveysministeriö julkaisi vuonna 2007 uudet ohjeet huumeiden ja lääkkeiden väärinkäytön ja riippuvuuden kliinisestä hallinnasta, ja niissä määriteltiin erityistoimia huumekuolemien ennaltaehkäisemiseksi.

Hoidon, kuten korvaushoidon ja psykososiaalisen hoidon ja psykoterapian, vaikutus huumeidenkäyttäjien kuolleisuuden vähentämiseen kävi ilmi Italiassa tehdystä pitkän aikavälin

⁽¹⁵⁵⁾ Vuosi 2003 valittiin siksi, että se on viimeinen vuosi, josta lähes kaikista jäsenvaltioista on saatu tietoa kuolemansyistä Eurostatin kautta. Jos tarvitset yksityiskohtaista tietoa lähteistä, määristä ja laskelmista, katso taulukko DRD-5 vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

⁽¹⁵⁶⁾ Katso kaavio DRD-7 (osa ii) vuoden 2008 tilastotiedotteesta.

ennustetutkimuksesta (Davoli *et al.*, 2007). Tutkimuksen kohteena oli 10 454:n hoitopalveluihin vuosina 1998–2001 hakeutuneen heroiininkäyttäjän kohortti, ja siinä arvioitiin pidättyvyyttä hoidon aikana ja yliannostuskuolleisuutta. Kohortin kuolemanriski oli keskimäärin 10-kertainen koko väestöön nähden. Hoidossa olevien huumeidenkäyttäjien kuolemanriski oli noin nelinkertainen koko väestöön nähden, mutta hoidon keskeyttäneiden todennäköisyys kuolla oli noin 20 kertaa suurempi.

Monissa maissa yleisenä käytäntönä on jakaa kohdennetusti tietoa yliannostuksen riskeistä ja hallinnasta lehtisissä, esitteissä ja julisteissa. Lisäksi puolessa jäsenvaltioista ilmoitetaan nyt olevan harjaantumisryhmiä yliannostuksen hallintataitoja koskevan tietämyksen ja osaamisen parantamiseksi. Koulutus voidaan suunnata huumeidenkäyttäjille, sukulaisille ja henkilöstölle, ja siihen sisältyy yleensä tietoja erityisriskeistä, kuten laskeneesta sietokyvystä huumeettomien jaksojen jälkeen, sekakäytön vaikutuksista ja erityisesti alkoholin

rinnakkaiskäytön vaikutuksista sekä huumeidenkäytöstä yksin ja ensiaputaidoista. Italia ilmoittaa, että maassa käytetään sekä yliannostuksen torjuntakoulutusta että kotiin vietävää naloksonia puolessa julkisen terveydenhuollon koordinoimista riippuvuushoitokeskuksista.

Huumeidenkäyttäjien, myös korvaushoidossa olevien käyttäjien, psykososiaalisen hyvinvoinnin ennakointi seuraaminen voi olla tärkeää, koska huumeiden yliannostusten laukaisevana tekijänä on usein edeltävä terveys- tai sosiaalitapahtuma, ja tahallisten yliannostusten osuus voi olla suuri (Oliver *et al.*, 2007).

Monissa maissa on lisäksi haasteellista, että terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelut hoitavat ikääntyvää pitkäaikaikäisten ryhmää, joka voi olla alttiimpi sekä huumeiden yliannostukselle että monille negatiivisille terveysvaikutuksille. Varsinkin huumeiden injektioikäiset voivat kärsiä monista somaattisista sairauksista, kuten kroonisesta maksatulehduksesta, joka lisää heidän haavoittuvuuttaan entisestään.

Kasvanut huumekuoleman riski vankilatuomion tai hoidon päätyttyä

Huumekuoleman riski välittömästi vankilasta vapautumisen jälkeen tai hoidon jälkeisen sortumisen yhteydessä on varsin korkea Euroopassa ja muualla tehtyjen tutkimusten perusteella.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Englannissa ja Walesissa) äskettäin tehdyssä tutkimuksessa vertailtiin lähes 49 000:n vuosina 1998–2000 vapautetun vangin tietoja kaikkiin marraskuuhun 2003 asti kirjattuihin kuolemantapauksiin (Farrell ja Marsden, 2008). Otoksessa tänä aikana tapahtuneista 442 kuolemantapauksesta valtaosa (59 prosenttia) liittyi huumeisiin. Vapautumista seuraavana vuonna huumekuolleisuus oli 5,2 miestä tuhannesta ja 5,9 naista tuhannesta. Välittömästi vapautumisen jälkeisenä aikana odotettu kuolleisuus ylittyi yli 10-kertaisesti naisilla ja yli 8-kertaisesti miehillä. Kaikki naisten kuolemat ja 95 miesten kuolemista, jotka tapahtuivat kahden viikon kuluessa vapautumisesta, liittyivät huumeisiin, ja niiden voitiin katsoa johtuneen yliannostuksesta tai yleisemmin päihteidenkäytön

ongelmista. Kuolinsyyntutkijoiden tilastoissa mainittiin opioidit 95 prosentissa huumekuolemista, bentsodiatsepiinit 20 prosentissa, kokaiini 14 prosentissa ja trisykliset depressiolääkkeet kymmenessä prosentissa tapauksista.

Italialaisessa VEdTTE-tutkimuksessa (Davoli *et al.*, 2007) todettiin yliannostuskuolleisuudeksi yksi tuhatta henkeä kohden hoidossa olevien heroiininkäyttäjien keskuudessa ja 23 tuhatta kohden ensimmäisen kuukauden aikana hoidon jälkeen. Tämä merkitsee, että yliannostuskuoleman riski on 27 kertaa suurempi ensimmäisen kuukauden kuluessa hoidon päättymisestä mahdollisten sekoittavien tekijöiden mukauttamisen jälkeen.

Huolimatta havaituista yhteyksistä huumekuolemien ja vankilasta vapautumisen tai hoidon päättymisen välillä harva maa investoi järjestelmällisesti vankien tai hoidettavien huumeidenkäyttäjien koulutukseen yliannostusriskin varalta. Myös vankilasta vapautuneiden huumeidenkäyttäjien hoidon jatkuminen ja kuntoutus ovat alikehittyneitä monissa maissa. Parannukset näillä kahdella alueella voivat tarjota arvokkaan tilaisuuden estää huumekuolemia.

Luku 8

Huumausaineiden uudet suuntaukset

Johdanto

Uusien psykoaktiivisten aineiden käytöstä voi aiheutua merkittäviä kansanterveydellisiä ja poliittisia vaikutuksia, mutta uusien suuntausten seuranta on huomattavan haasteellista. Uusia huumeidenkäyttötapoja on vaikea havaita, koska ne ilmenevät tyypillisesti aluksi vähäisessä määrin, yksittäisissä paikoissa tai pienissä väestön alaryhmissä. Harvan maan seurantajärjestelmät ovat riittävän herkkiä tällaisen käyttäytymisen havaitsemiseksi, ja tällaisen huumeidenkäytön seurannan menetelmälliset vaikeudet ovat huomattavia. Mahdollisten uusien uhkien tunnistamisen tärkeys tunnustetaan kuitenkin laajalti, ja välittömänä reaktiona tähän Euroopan unioni on kehittänyt uusista psykoaktiivisista aineista tehdyn neuvoston päätöksen mukaisesti varhaisen varoittamisen järjestelmän, jolla voidaan reagoida nopeasti uusien psykoaktiivisten päihteiden ilmestymiseen Euroopan huumemarkkinoille. Varhaisen varoittamisen järjestelmää tukeva toiminta on tärkeä osa EMCDDA:n työtä, ja se liittyy laajempaan suunnitelmaan käyttää monenlaisia tietolähteitä Euroopan huumeiden seurantajärjestelmän ajantasaisuuden ja herkkyyden kohentamiseksi.

Uusia psykoaktiivisia aineita koskevat EU:n toimet

Neuvoston päätöksessä uusista psykoaktiivisista aineista ⁽¹⁵⁷⁾ perustetaan kansanterveydellistä ja sosiaalista uhkaa mahdollisesti aiheuttavien uusien psykoaktiivisten aineiden koskevien tietojen nopea vaihdantajärjestelmä. Siinä säädetään niin ikään näihin uusiin aineisiin liittyvien riskien arvioinnista, jotta jäsenvaltioissa narkoottisten ja psykotrooppisten aineiden valvontaan sovellettavia toimia voidaan soveltaa myös uusiin aineisiin. Toukokuussa 2007 EMCDDA:n laajennetussa tieteellisessä komiteassa tehtiin riskinarviointi uudelle psykoaktiiviselle aineelle BZP (1-bentsyyli-piperatsiini) ja raportti luovutettiin neuvostolle sekä Euroopan komissiolle ⁽¹⁵⁸⁾. Riskinarvioinnissa todettiin, että stimuloivien ominaisuuksien, terveystarpeiden

ja lääketieteellisen hyödyn puutteen vuoksi BZP:tä on valvottava, mutta valvontatoimenpiteet on mukautettava aineen aiheuttamaan suhteellisen vähäiseen riskiin. Maaliskuussa 2008 neuvosto hyväksyi päätöksen BZP:n määrittämisestä uudeksi psykoaktiiviseksi aineeksi, johon on kohdistettava valvontatoimenpiteitä ja rikoslainsäädännön säännöksiä. Jäsenvaltioilla on yksi vuosi aikaa ryhtyä tarpeellisiin toimiin kansallisen lainsäädännön mukaisesti ja kohdistaa BZP:hen aineen riskeihin nähden oikeasuhtaisia valvontatoimia sekä rikoslainsäädännöllisiä rangaistuksia, joista niiden lainsäädännössä säädetään psykotrooppisia aineita koskevasta Yhdistyneiden Kansakuntien vuoden 1971 yleissopimuksesta johtuvien velvoitteiden täyttämiseksi.

Maaliskuussa 2007 EMCDDA ja Europol ilmoittivat komissiolle 1-(3-kloorifenyyli)piperatsiinin (mCPP) aktiivisesta seurannasta ⁽¹⁵⁹⁾. Raportti oli tarkoitettu pelkästään tiedoksi ja siinä todettiin, ettei mCPP todennäköisesti vakiinnu varsinaiseksi viihdeympäristön huumeeksi sen eriytymättömien psykoaktiivisten ominaisuuksien ja eräiden haittavaikutusten vuoksi. Koska vaikuttaa siltä, ettei mCPP vedä erityisesti puoleensa käyttäjiä, sen markkinoita Euroopan unionissa ohjaa todennäköisemmin tarjonnan kuin kysynnän voima.

Vuonna 2007 EMCDDA:lle ja Europolille ilmoitettiin varhaisen varoittamisen järjestelmän kautta ensimmäistä kertaa kaikkiaan 15 psykoaktiivisesta aineesta. Uusien ilmoitettujen aineiden ryhmä on sekalainen, ja uusien synteettisten huumeiden ohella siihen kuuluu lääkevalmisteita ja luonnossa esiintyviä aineita. Uusista ilmoitetuista yhdisteistä yhdeksän oli psykotrooppisia aineita koskevan YK:n vuoden 1971 yleissopimuksen liitteissä I ja II lueteltujen aineiden kaltaisia synteettisiä huumausaineita. Niihin kuului aineita tunnetuista kemiallisista ryhmistä, kuten fenetyyliamiineista, tryptamiineista ja piperatsiineista, sekä kemialliselta koostumukseltaan harvinaisempia aineita. Ryhmä jakautuu tasaisesti korostuneen hallusinogeenisiin aineisiin ja valtaosin stimuloiviin aineisiin.

⁽¹⁵⁷⁾ Neuvoston päätös 2005/387/YOS, tehty 10 päivänä toukokuuta 2005, uusien psykoaktiivisten aineiden koskevasta tietojenvaihdosta, riskien arvioinnista ja valvonnasta (EUVL L 127, 20.5.2005, s. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/risk-assessments/bzp>

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>.

Uudet valvotut aineet

Tammikuusta 2006 lähtien 12 maata on ilmoittanut lisäyksistä tai muutoksista niiden säänneltyjen aineiden luetteloihin. mCPP (1-(3-kloorifenyyli)piperatsiini) on lisätty säänneltyjen aineiden luetteloon kuudessa maassa (Belgia, Saksa, Liettua, Unkari, Malta, Slovakia) ja BZP (1-bentsyyli-piperatsiini) neljässä maassa (Viro, Italia, Liettua, Malta). Näistä aineista mCPP:tä oli seurattu tarkkaan EMCDDA:n ja Europolin toimesta ja BZP:stä oli tehty riskinarviointi vuonna 2007. Muita tänä aikana sääntelyn piiriin saatettuja aineita ovat hallusinogeenit DOC (4-kloori-2,5-dimetoksiamfetamiini), DOI (4-jodi-2,5-dimetoksiamfetamiini) ja bromo-dragonfly (bromi-bentsodifuranyyli-isopropyliamiini) Tanskassa ja Ruotsissa sekä ketamiini Virossa.

Myös monia ominaisuuksiltaan psykoaktiivisia kasveja säännellään. Belgia on tätä varten järjestänyt psykotrooppisia aineita koskevan lainsäädäntönsä uudelleen sisällyttääkseen siihen säänneltyjen kasvien tai kasvinosien luettelon uutena luokkana aiemmin käytettyjen psykoaktiivisten ainesosien tilalle. Luetteloon otettuihin kasveihin kuuluvat khat (qat, *Catha edulis*) ja *Salvia divinorum*. Khatia säännellään nyt 11:ssä Euroopan maassa (vuonna 2005 Yhdistyneessä kuningaskunnassa tehdyssä riskinarvioinnissa suositeltiin sääntelemättä jättämistä). Vuonna 2006 Ruotsi lisäsi salvinoriini A:n, *Salvia divinorum*in tärkeimmän vaikuttavan aineen, omaan luettelonsa. Kasvi on valvottu myös Saksassa vuodesta 2008. Samaan aikaan Ranska lisäsi säänneltyjen aineiden luetteloon *Tabernanthe iboga*n, minkä jälkeen vaikuttava ainesosa, ibogaiini, saatettiin lakisäätöjen valvonnan piiriin Belgiassa, Tanskassa ja Ruotsissa. Hallusinogeenisten sienien aiheuttamiin kuolemantapauksiin reagoitiin Irlannissa ja Alankomaissa: maat tukkivat porsaanreiät, jotka olivat sallineet psilosiinia sisältävien tuoreiden sienien myynnin ja hallussapidon. Irlannissa laki tuli voimaan tammikuussa 2006, Alankomaissa se on parlamentin käsiteltävänä tätä kirjoitettaessa.

Jos haluat lisätietoja, luettelo EU:ssa ja Norjassa säännellyistä aineista on luettavissa Euroopan huumeaineita koskevassa oikeustietokannassa kohdasta Substances and classifications table (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

Vuonna 2007 tiedonvaihtomekanismin kautta ilmoitettiin ensimmäisen kerran kolme luonnossa esiintyvää ainetta, kuten *Salvia divinorum* -kasvi, jolla on voimakkaita psykoaktiivisia ominaisuuksia ^[160].

Internet – psykoaktiivisten aineiden kauppapaikka

Internet on ikkuna huumeidenkäyttäjien maailmaan verkon keskustelupalstojen ja chat-palvelujen ansiosta, ja lisäksi verkkokauppojen sivustoilla myydään psykoaktiivisia

vaihtoehtoja säännellyille päihteille. Saatavissa olevien tietojen avulla voidaan perehtyä huumeiden verkkokaupan eri näkökohtiin, esimerkiksi verkkokauppojen toimintamenetelmiin, niiden tapaan vastata käyttäjien kysyntään ja nuorten keskuudessa havaittaviin uusiin suuntauksiin. Huumeiden verkkomarkkinoiden nykyisen kehityksen selvittämiseksi EMCDDA teki vuoden 2008 alkupuolella tilannetutkimuksen 25 verkkokaupasta. Tutkimuksen tulokset esitellään tässä.

Verkkokaupat

On saatu ilmoituksia yhä useammista verkkokaupoista, jotka myyvät psykoaktiivisia vaihtoehtoja LSD:n, ekstaasin, kannabiksen ja opioidien kaltaisille säännellyille huumeille. Vaikka verkkokauppojen myymiin päihteisiin viitataan usein englanninkielisillä käsitteillä ”legal high” (laillinen psykotrooppi) tai ”herbal high” (rohdospsykotrooppi), eräissä Euroopan maissa nämä aineet kuuluvat samojen lakien soveltamisalaan kuin säänneltyt huumeaineet ja niistä voidaan määrätä samat rangaistukset.

Tilannetutkimuksessa tunnistetuista Euroopan unionin verkkokaupoista valtaosa sijaitsee Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Alankomaissa, ja jossain määrin niitä on Saksassa ja Itävallassa. Verkkokaupat erikoistuvat usein tietyn tyyppisiin huumeisiin liittyviin tuotteisiin, esimerkiksi jotkin kaupat myyvät pääasiassa oheistarvikkeita, toiset ovat erikoistuneet hallusinogeenisiin sieniin tai ”bilepillereihin”. Toiset taas markkinoivat laajaa valikoimaa rohdosperäisiä, puolisynteettisiä ja synteettisiä aineita.

Internettutkimuksen menetelmä

Tilannetutkimusta varten tammikuussa 2008 tehtiin internethakuja erikielillä hakusanoilla käyttäen hakukonetta Google (<http://www.google.com>). Löydettiin kaikkiaan 68 EU:ssa sijaitsevaa verkkokauppaa, jotka myivät erilaisia ”laillisia psykotrooppeja”. Kaupat luokiteltiin alkuperämaan mukaan. Alkuperämaan tunnistamiseen käytettiin maakoodeja (esimerkiksi DE, ES, FR) tai muita viitteitä sijainnista EU:ssa (esimerkiksi osoite yhteydenottoa varten). Yli puolet kaupoista (52 prosenttia) sijaitsi Yhdistyneessä kuningaskunnassa, 37 prosenttia Alankomaissa, kuusi prosenttia Saksassa, neljä prosenttia Itävallassa ja yksi prosentti muissa maissa (esimerkiksi Irlanti, Puola). Yksityiskohtaiseen analyysiin valittiin 25 verkkokaupan satunnaisnäyte. Näytteen koko kussakin luokassa (alkuperämaassa) oli suhteessa kaikkien verkkokauppojen vastaavaan määrään. Pelkästään muille liikkeille (eikä siis kuluttajille) myyvät kaupat jätettiin pois, samoin pelkästään hallusinogeenisia sieniä myyvät kaupat.

^[160] Katso Uudet valvotut aineet tällä sivulla.

Euroopassa sijaitsevat verkkokaupat mainostavat yli kahtasataa psykoaktiivista tuotetta. Useimmin tavatut ”lailliset psykotroopit” ovat *Salvia divinorum*, kratom (*Mitragyna speciosa*), havaijilainen puuruusu (*Argyreia nervosa*), hallusinogeeniset sienet (EMCDDA, 2006) ja monenlaiset ”bilepillit”.

Myyntiin tarjottavien aineiden mainostetaan aiheuttavan samankaltaisia vaikutuksia kuin säännellyt huumausaineet. Niin *Salvia divinorum* kuin havaijilainen puuruusukin sekä harvemmin tarjolla oleva päivänsini (*Ipomoea violacea*) kuvataan LSD:n kaltaisia hallusinogeenisiä vaikutuksia aiheuttaviksi. Kratomia markkinoidaan yleensä opioidien korvikkeena, monia valmisteita tarjotaan kannabiksen vaihtoehtoina ja ”bilepillereitä” myydään MDMA:n vaihtoehtoina. Tarjolla olevat ”bilepillit” voivat sisältää kasviaineita taikka puolisynteettisiä tai synteettisiä aineita. Synteettisten pillereiden pääainesosa on usein bentsyyli-piperatsiini (BZP), tosin verkkokaupoilla näyttää olevan valmiina korvaavia aineita, kun BZP:hen kohdistetaan EU-maissa sääntelytoimenpiteitä. Aineiden mainostetut hinnat vaihtelevat välillä 1–11 euroa annokselta.

GBH:n ja sen lähtöaineen GBL:n seuranta

Euroopassa on seurattu gammahydroksivoihappoa (GBH) vuodesta 2000, jolloin tehtiin sen riskinarviointi uusien synteettisten huumausaineiden koskevan vuoden 1997 yhteisen toiminnan perusteella (EMCDDA, 2002). GBH:n lisääminen psykotrooppisia aineita koskevan vuoden 1971 YK-yleissopimuksen liitteeseen IV maaliskuussa 2001 velvoitti kaikki EU:n jäsenvaltiot valvomaan tätä huumausainetta psykotrooppisia aineita koskevan lainsäädäntönsä mukaisesti, ja uudet valvontatoimet saivat aiemmin avoimen GBH-kaupan nopeasti hallintaan.

GBH:tä esiintyy luonnostaan ihmisruumiissa, mutta sitä käytetään myös lääkkeenä ja huumeena viihdeympäristöissä. GBH:n ei-lääkinnällinen käyttö nousi esiin osassa Euroopan, Yhdysvaltojen ja Australian yöelämää 1990-luvulla erityisesti yökerhoissa, joissa käytettiin monia muitakin huumeita yleisesti. Käyttöön liittyvistä terveysriskeistä kehittyi nopeasti huolenaihe. Erityisesti oltiin huolestuneita GBH:n lisäämisestä juomaan ihmisen tietämättä (niin sanottu ”ujuttaminen juomaan”) raiskauksen helpottamiseksi. Tästä ei kuitenkaan ole tutkimuksellista näyttöä, ja asian varmistaminen on vaikeaa, koska aikaa GBH:n toteamiseen kehon nesteistä on vähän. GBH:n yhdistäminen huumausaineen helpottamiin raiskauksiin on voinut vaikuttaa aineen suhteellisen ”negatiiviseen imagoon” (EMCDDA, 2008c).

GBL

Nyt ollaan huolestuneita tiedoista, jotka kertovat gammabutyrolaktonin (GBL) kulutuksesta. Se on GBH:n lähtöaine, jota ei ole luokiteltu huumeeksi missään YK:n huumausaineiden valvontasopimuksessa. GBL muuntuu kehossa nopeasti GBH:ksi, eikä käytössä ole helppoa toksikologista testiä sen selvittämiseksi, kumpaa näistä kahdesta aineesta henkilö on nauttinut.

GBH:tä voidaan valmistaa helposti GBL:stä ja 1,4-butaanidiolista (1,4-BD), joita käytetään yleisesti ja laillisesti monilla teollisuudenaloilla (esimerkiksi kemikaaleissa, muoveissa, lääkkeissä), joten sitä on saatavissa kaupallisilta alan toimittajilta. GBL:n kaupallisen saatavuuden ansiosta se on huumausaineiden salakuljettajien ja kuluttajien saatavilla huomattavasti halvempaan hintaan ja pienemmällä riskillä kuin Euroopan unionin laittomilla huumemarkkinoilla yleensä. Esimerkiksi irtotavarana internetistä ostetun 1 gramman GBL-annoksen keskihinta on 0,09–2 euroa.

Terveysriskit

Sekä GBH:n että GBL:n annos-vastekäyrä on jyrkkä, jolloin oireet alkavat nopeasti, mikä lisää huomattavasti sen laittomaan käyttöön liittyviä riskejä. Pahoinvointi, oksentelu ja erilaiset tajunnantilan häiriöt ovat useimmissa ilmoitetuissa GBH-myrkytyksissä mainitut pääasialliset haittavaikutukset. Usein käytetyt muut huumeet voivat kuitenkin sekoittaa kliinistä oireistoa. Alankomaissa 72 GBH-käyttäjälle tehdyn tutkimuksen mukaan valtaosa käyttäjistä oli pyörtynyt ainakin kerran GBH:tä käyttäessään ja osalle oli käynyt niin usein (Korf *et al.*, 2002). Yhdistyneessä kuningaskunnassa GBH:n ja GBL:n käyttäjille tehdyssä kyselytutkimuksessa haittavaikutusten ilmoitettiin olevan yleisempiä klubiympäristöissä kuin yksityiskodeissa (Sumnall *et al.*, 2008). Lontoossa ja Barcelonassa GBH-myrkytysten potilasprofiilia on kuvattu pääasiassa nuoreksi ja miespuoliseksi sekä viikonloppuun keskittyväksi, ja yleensä kuvaan liittyy alkoholin ja laittomien huumausaineiden oheiskäyttö (Miro *et al.*, 2002; Wood *et al.*, 2008).

GBH:stä johtuvista myrkytyksistä ja hätätilanteista on kerrottu tieteellisessä kirjallisuudessa ja ilmoitettu EMCDDA:lle 1990-luvun lopulta alkaen – joskaan ei järjestelmällisesti – Belgiasta, Tanskasta, Espanjasta, Luxemburgista, Alankomaita, Suomesta, Ruotsista, Yhdistyneestä kuningaskunnasta ja Norjasta. Vaikka GBH liittyykin varsin pieneen osaan kaikista huumemyrkytysten aiheuttamista hätätilanteista, jotka vaativat sairaalan tai ambulanssin ensiapua, määrä näyttää kasvaneen

vuodesta 2000 alkaen. Amsterdamissa sairaalan vientiä edellyttävien ensiapupyyntöjen osuus oli vuonna 2005 suurempi GHB:n ja GBL:n kuin muiden huumeiden yhteydessä.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa yhden Lontoon sairaalan ensiapuosastolla – jonka lähialueella sijaitsee tyypillisesti paikallisia pääasiassa homoklubeja mutta myös muita klubeja – kirjattiin kaikkiaan 158 GHB- ja GBL-tapausta vuonna 2006. Vaikka useimmat näistä potilaista ilmoittivat käyttäneensä GHB:tä, saman alueen yökerhoista samana aikana kerättyjen näytteiden perusteella todettiin, että puolessa niistä oli GBL:ää eikä GHB:tä. Tämä viittaa siihen, että GBL:n käyttö voi olla aiemmin uskottua yleisempää (Wood *et al.*, 2008).

Koska aine poistuu elimistöstä nopeasti, on vaikea osoittaa GHB:tä/GBL:ää myrkytyksen tai kuolemantapauksen syyksi. Lisäksi GHB:n ja sen lähtöaineiden käytöstä johtuvien kuolemantapausten ja muiden ensiapua edellyttävien tapausten lukumäärän kirjaamista varten ei ole tarkkaa eikä vertailukelpoista järjestelmää.

Vastatoimenpiteet

Osa jäsenvaltioista (Italia, Latvia, Ruotsi) on päättänyt valvoa GBL:ää (tai GBL:ää ja sen toista lähtöainetta 1,4-BD:tä) huumevalvonnan tai vastaavan lainsäädännön puitteissa, ja mahdollisesta lisävalvonnasta keskustellaan Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Lähtöaineiden valvontaa koskevan yhteisön lainsäädännön mukaisesti GBL ja 1,4-BD sisältyvät sellaisten muiden kuin säänneltyjen aineiden luetteloon, joita koskevat vapaaehtoiset seurantatoimet ovat käytössä kaikissa jäsenvaltioissa aineiden laillisesta teollisuuskäytöstä poistumisen estämiseksi.

GHB:n/GBL:n käytöstä johtuva ehkäisytyö ja haittojen vähentäminen tapahtuvat yleensä yöelämän ympäristöihin kohdistetuissa kansallisissa ja yhteisöjen huumeidentorjuntahankkeissa. Näiden toimenpiteiden yhteydessä yleensä koulutetaan klubien henkilökuntaa ja levitetään tietoja GHB:n ja muiden huumeiden käytön riskeistä. Toimenpiteet yhdistetään usein muihin ”klubihuumeisiin” sekä alkoholin ja huumeiden yhteiskäyttöön liittyviin toimenpiteisiin (EMCDDA, 2008e).



Lähteet

- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M. et al. (2005), "Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries", *European Journal of Public Health* 16, s. 198–202.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R. et al. (2005), "Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain", *Addiction* 100, s. 981–989.
- Cameron, L. ja Williams, J. (2001), "Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?", *Economic Record* 77, s. 19–34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, huumausainetoimikunta, Yhdistyneet Kansakunnat: talous- ja sosiaalineuvosto, Wien.
- Coggans, N. (2006), "Drug education and prevention: has progress been made?", *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, s. 417–422.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S. et al. (2007), "Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation", *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A. L. ja Sorensen, J. L. (2001), "Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment", *Drug and Alcohol Dependence* 62, s. 91–95.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. ja Van Laar, M. (2008), "Estimating the total mortality among problem drug users", *Substance Use and Misuse* 43, s. 733–747.
- Currie, C. et al. (toimittajat) (2008), "Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey", *WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents*, numero 5, WHO:n Euroopan aluetoimisto, Kööpenhamina.
- Daly, M. (2007), "Plant warfare", *Druglink* 22(2), maaliskuuhuhtikuu.
- Darke, S., Degenhardt, L. ja Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- 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. et al. (2007), "Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdTE study, a national multi-site prospective cohort study", *Addiction* 102, s. 1954–1959.
- De la Fuente, L., Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A. et al. (2006), "Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro", *Revista Española de Salud Pública* 80, s. 505–520.
- DeFuentes-Merillas, L. ja De Jong, C. A. J. (2008), "Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie", NISPA, Nijmegen.
- Denton, J. S., Donoghue, E. R., McReynolds, J. ja Kalelkar, M. B. (2008), "An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007", *Journal of Forensic Science* 53, s. 452–454.
- Dolan, K. A., Shearer, J., MacDonald, M. et al. (2003), "A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system", *Drug and Alcohol Dependence* 72, s. 59–65.
- Donoghoe, M. C., Bollerup, A. R., Lazarus, J. V., Nielsen, S. ja Matic, S. (2007), "Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004", *International Journal of Drug Policy* 18, s. 271–280.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, Euroopan tautienhäkisy- ja -valvontakeskus, Tukholma.
- 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 (2006), *Vuosiraportti 2006: Huumeongelma Euroopassa*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2007a), *Vuosiraportti 2007: Huumeongelma Euroopassa*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2007b), "Drugs and crime: a complex relationship", *Drugs in focus*, nro 16, 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), "Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach", *Insights*, nro 9, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- EMCDDA (2008c), *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfsaj>).
- EMCDDA (2008d), *Towards a better understanding of public expenditure in Europe: EMCDDA 2008 selected issue*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issue/public-expenditure>).
- EMCDDA (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- EMCDDA (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, Lissabon.
- Euroopan komissio (2007a), Komission kertomus Euroopan parlamentille ja neuvostolle: Huumaussaineiden väärinkäyttöön liittyvien terveyshaittojen ehkäisemisestä ja vähentämisestä 18. kesäkuuta 2003 annetun neuvoston suosituksen täytäntöönpano, KOM(2007) 199 lopullinen.
- Euroopan komissio (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosasto.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Project SYN2007076, Haag.
- Europol (2007b), *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 drug users newly released from prison or treatment", *Addiction* 103, s. 251–255.
- Farrelly, M. C., Bray, J. W., Zarkin, G. A. ja Wendling, B. W. (2001), "The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse", *Journal of Health Economics* 20, s. 51–68.
- Gorman, D. M., Conde, E. ja Huber, J. C. (2007), "The creation of evidence in 'evidence-based' drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation", *Drug and Alcohol Review* 26, s. 585–593.
- Gossop, M., Manning, V. ja Ridge, G. (2006), "Concurrent use and order or use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder", *Addiction* 101, s. 1292–1298.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. ja Treacy, S. (2002), "Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK)", *Addictive Behaviors* 27, s. 155–166.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. ja Klempova, D. (2008), "Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe", *Drug and Alcohol Review* 27, s. 236–242.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B. et al. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G. ja Anderson, J. (2003), "Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)", *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, s. 125–134.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, Yhdistyneiden Kansakuntien kansainvälinen huumaussainevalvontalautakunta, New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, Yhdistyneiden Kansakuntien kansainvälinen huumaussainevalvontalautakunta, New York.
- Jansen, A. C. M. (2002), "The economics of cannabis-cultivation in Europe", 2nd European conference on drug trafficking and law enforcement, Pariisi 26. ja 27. syyskuuta 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. ja Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (saatavissa osoitteesta <http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T. and Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Williams, J. ja Patton, G. C. (2006), "Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies", *Addiction* 101, s. 948–958.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C. ja Davoli, M. (2008), "Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nro 2.

- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. ja Davoli, M. (2004), "Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nro 4.
- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. ja Sanchez, M. (2002), "Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate", *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, s. 129–135.
- Morgan, O., Griffiths, C. ja Hickman, M. (2006), "Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993–2004", *International Journal of Epidemiology* 35, s. 1579–1585.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. ja LaRowe, S. (2004), "Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues", *Annals of Clinical Psychiatry* 16, s. 101–109.
- NICE (2007), Drug misuse: psychosocial interventions, *Clinical Guideline 51*, National Institute for Clinical Excellence, Lontoo.
- Nordström, 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.
- Ødegard, E., Amundsen, E. J. ja Kielland, K. B. (2007), "Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach", *Drug and Alcohol Dependence* 89, s. 176–182.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikoja, A. ja Vuori, E. (painossa), "An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia", *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G. et al. (2007), "A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose", *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse, Lontoo.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A. et al. (2008), "The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life", *Addiction* 103, s. 439–449.
- Petrie, J., Bunn, F. ja Byrne, G. (2007), "Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: a systematic review", *Health Education Research* 22, s. 177–191.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), "Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups", *European Addiction Research* 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.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P. et al. (2000), "Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention", *Journal of Psychoactive Drugs* 32, s. 233–238.
- Reitoxin kansalliset raportit (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- Samhsa (2005), *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., Klempova, D. ja Wiessing, L. (2008), "Guidelines for estimating the incidence of problem drug use", Final report CT.06.EPI.150.1.0, EMCDDA, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. et al. (painossa), "Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe" – Final report WP 1 of project SANCO/2006/C4/02 on "Drug policy and harm reduction" for the European Commission.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S. T., Fernandez-Hermida, J. R. ja Carballo, J. L. (2008), "Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes", *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, s. 202–207.
- Stallwitz, A. ja Stöver, H. (2007), "The impact of substitution treatment in prisons: a literature review", *International Journal of Drug Policy* 18, s. 464–474.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S. et al. (2008), "Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)", *Drug and Alcohol Dependence* 92, s. 286–290.
- Sutton, A. J., Edmunds, W. J. ja Gill, O. N. (2006), "Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison", *BMC Public Health* 6, s. 170.
- 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.
- Szendrei, K. (1997/1998), "Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality", *Bulletin on Narcotics* XLIX ja L, numerot 1 ja 2.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C. et al. (2007), "Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use", *Lancet* 369, s. 1391–1401.
- UNODC (2007a), *2007 World drug report*, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeausaine- ja rikinaalipoliitiikan toimisto, Wien.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeausaine- ja rikinaalipoliitiikan toimisto, Wien (saatavissa osoitteesta <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), *2008 World drug report*, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeausaine- ja rikinaalipoliitiikan toimisto, Wien.
- UNODC ja Marokon hallitus (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Yhdistyneiden Kansakuntien huumeausaine- ja rikinaalipoliitiikan toimisto, Wien.

USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, vol. I, US Department of State, Washington, DC.

Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. ja Prins, M. (2007), "Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users", *Addiction* 102, s. 1454–1462.

WCO (2007), *Customs and drugs report 2006*, Maailman tullijärjestö, Bryssel.

Werch, C. E. ja Owen, D. M. (2002), "Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs", *Journal of Studies on Alcohol* 63, s. 581–590.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T. et al. (2008), "Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)", *Quarterly Journal of Medicine* 101, s. 23–29.

Zador, D., Mayet, S. ja Strang, J. (2006), "Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK", *International Journal of Epidemiology* 35, s. 1586–1587.

Zonneville-Bender, M. J. S., Matthys, W., van de Wiel, N. M. H. ja Lochman, J. E. (2007), "Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, s. 33–39.

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus

Vuosiraportti 2008: Huumeongelma Euroopassa

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto

2008 — 99 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-327-7

Mistä EU:n julkaisuja saa?

Julkaisutoimiston tuottamia myytäviä julkaisuja on saatavilla EU Bookshopissa osoitteessa <http://bookshop.europa.eu/>, jonka kautta voi jättää tilauksen valittuun myyntipisteeseen.

Luettelo maailmanlaajuisen myyntiverkostomme jäsenistä on saatavilla faksitse numerosta (352) 29 29-42758.

EMCDDA:sta

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

EMCDDA kerää, 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.

