

Oikaisuja
vuoden 2000 - Vuosiraporttiin
Euroopan unionin huumeongelmasta
(muutettu teksti **alleviivattu**)

Sivu 19, alaotsikko Huumekuolemien kehitys

Ensimmäisen alakohdan ensimmäisessä lauseessa tulee lukea:
Espanjassa ja Ranskassa sekä jossain määrin Saksassa, jossa viimeaikaisesta vähenemisestä on raportoitu, sekä myös Italiassa, Luxemburgissa ja Itävallassa äkilliset huumekuolemat ovat vakiintuneet tai vähentyneet.

Sivu 26, alaotsikko Kansalliset huumeainepolitiikat

Kohdan 4 ensimmäinen lause korvataan seuraavilla kahdella lauseella:
Luxemburgissa huumeainepolitiikan koordinointi on vuoden 1999 eduskuntavaalien jälkeen siirtynyt oikeusministeriöstä terveysministeriöön. Parlamentissa käydään keskusteluja lakialoitteesta vankilarangaistusten poistamiseksi ja sakkorangaistusten vähentämiseksi kannabiksen ja sen johdannaisten halussapidon tai henkilökohtaisen käytön osalta, sekä rangaistusten uudelleenporrastamisesta kun kysymyksessä on muiden huumeiden käyttö ja halussapito.

Sivu 29, alaotsikko Tartuntataudit

Viimeisessä kappaleessa tulee lukea:
Itävallan hepatiitti B -rokotusohjelma sen sijaan onnistui, ja Saksa, Luxemburg ja Alankomaat ilmoittavat onnistuneista kokemuksista myös suonensisäisen käytön riskiryhmässä.

Sivu 30, alaotsikko Huumeiden ongelmakäyttäjät

Viimeisen kappaleen toisessa lauseessa tulee lukea:
Tanskassa vähintään 75 prosenttia ja Luxemburgissa 82 prosenttia hoitoon otetuista käyttää useita huumeita.

Sivu 31, alaotsikko Yhteiskuntaan uudelleen sopeutuminen:

Ensimmäisen kappaleen ensimmäisessä lauseessa tulee lukea:
Kreikka, Espanja, Irlanti, Luxemburg, Itävalta, Portugali ja Suomi ovat tehostaneet toimia, joilla tuetaan huumeiden käyttäjiä heidän integroituaessaan (uudelleen) yhteiskuntaan ja vakiinnuttaessaan elämäntapaansa.
Toisen kappaleen viimeisessä lauseessa tulee lukea:
Kreikassa, Espanjassa, Luxemburgissa, Itävallassa ja Portugalissa ollaan lisäämässä (entisille) käyttäjille tarkoitettuja asumisaloitteita, joihin kuuluvat tuki- ja tavalliset asunnot sekä asuminen perheessä.

Sivu 33, Taulukko 1: Yleisimmin käytetyt korvaavat aineet EU:ssa

Ensimmäisellä rivillä - "Buprenorfiini", sarakkeessa "Maat, joissa ainetta käytetään" tulee lukea:
Belgia, Tanska, Ranska, Italia, Luxemburg, Itävalta, Yhdistynyt kuningaskunta.
Toisella rivillä - "Dihydrokodeiini" sarakkeessa "Maat, joissa ainetta käytetään" viittaus Luxemburgiin poistetaan.

Sivu 34, Taulukko 2: Korvaushoitojen aloittaminen EU:ssa

Rivillä 'Luxemburg', sarakkeessa "Muut korvaavat aineet", tulee lukea:
Mephenon® (1989), Metadoni (1989) (c), ja Buprenorfiini (2000)

Sivu 35, Kuva: Korvaushoito Euroopan unionissa

Luxemburgin laatikossa tulee lukea:
Mephenon®, Metadoni and Buprenorfiini (määrätty vuodesta 2000)

Sivu 38, Taulukko 3: Huumeita käyttävien naisten tarpeisiin vastaavat ohjelmat

Luxemburgia koskevalla rivillä, sarakkeessa "Huumeita käyttävät äidit ja heidän lapsensa" oikea merkki on: **±**

2000

Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta



E.M.C.D.D.A.

Euroopan huumeaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

Huomautus

Tämä julkaisu on Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen (EMCDDA) omaisuutta ja tekijänoikeuden alainen. EMCDDA ei ota vastuuta tämän asiakirjan sisältämien tietojen käytön seurauksista.

Tämä julkaisu ja sen sisältämät suositukset ja mielipiteet eivät edusta EMCDDA:n, sen yhteistyökumppanien, Euroopan unionin minkään jäsenvaltion taikka Euroopan unionin tai Euroopan yhteisöjen laitosten tai toimielinten politiikkaa, ellei toisin mainita.

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

Tämä raportti on saatavissa myös englannin-, espanjan-, hollannin-, italian-, kreikan-, portugalin-, ranskan-, ruotsin-, saksan- ja tanskankielisenä. Euroopan unionin elinten käännöskeskus on tehnyt kaikki käännökset.

Epidemiologinen tilastotiedote tulee englanninkielisenä viraston verkkosivustolle <http://www.emcdda.org>.

Luettelointitiedot ovat teoksen lopussa.

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto, 2000

ISBN 92-9168-102-4

© Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2000
Jäljentäminen on sallittua, mikäli lähde mainitaan.

Printed in Belgium



E . M . C . D . D . A .

Euroopan huumausaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25

P-1149-045 Lisboa

P. (351) 218 11 30 00

F. (351) 218 13 17 11

Sähköposti: info@emcdda.org

www-sivusto: <http://www.emcdda.org>

Sisällys

Alkusanat	5
Kiitokset	6
LUKU 1	
Yleiset suuntauukset	7
Huumeiden käytön suuntauukset ja seuraukset	7
Kannabis	7
Amfetamiinit ja ekstaasi	7
Kokaiini	7
Heroiini	8
Sekakäyttö	8
Huumeiden ongelmakäyttö ja hoidontarve	8
Huumekuolemat	8
Huumeisiin liittyvät tartuntataudit	9
Muu sairastuvuus	9
Toimenpiteet huumeiden käytön ehkäisemiseksi	9
Toimintalinjojen ja strategioiden kehitys	9
Ehkäisevä työ	10
Huumeiden käytön haittavaikutusten vähentäminen	10
Hoito	10
LUKU 2	
Huumeiden käytön levinneisyys ja muodot	11
Huumeiden käytön levinneisyys	11
Väestön huumeiden käyttö	11
Koululaisten huumeiden käyttö	13
Ongelmakäytön kansallisia arvioita	14
Huumeiden käytön terveysvaikutukset	16
Hoidontarve	16
Huumekuolemat	17
Huumeiden käyttäjien kuolleisuus	19
Huumeisiin liittyvät tartuntataudit	20
Lainvalvonnan indikaattorit	21
Huumerikoksiin liittyvät pidätykset	21
Vankilatiedot	22
Huumemarkkinoiden indikaattorit: takavarikot, hinta ja puhtaus	22
Kannabis	22
Heroiini	23
Kokaiini	23
Amfetamiinit, ekstaasi ja LSD	23

LUKU 3

Huumeiden käytön vastaiset toimet

Toimintalinjojen ja strategioiden kehitys	25
Kansalliset huumausainepolitiikat	25
Euroopan unionin huumausainestrategia (2000–2004)	26
Laadunvarmistus	27
Kysynnän vähentämistoimet	27
Ehkäisevä työ	27
Huumeiden käytön haittavaikutusten vähentäminen	29
Hoito	30

LUKU 4

Erityiskysymyksiä

Korvaushoito	33
Korvaavat aineet	33
Uudet korvaushoidot EU:ssa	34
Korvauspalvelut ja niiden laajuus	34
Huumausainerikosten oikeudelliset seuraamukset	35
Heroiinin hallussapito	35
Omaisuusrikokset	36
Huumeiden myyminen	36
Huumeita käyttäviä naisia ja heidän lapsiaan koskevat ongelmat	37
Naisten huumeiden käyttö	37
Tartuntataudit	38
Raskaus ja naiset, joilla on lapsia	38
Huumehoito	39
Naisille suunnattu ehkäisevä huumetyö	39

LUKU 5

Keski- ja Itä-Euroopan huumeongelma

Huumeiden levinneisyys ja käyttötavat	41
Kannabis	41
Opiaatit	42
Kokaiini	43
Synteettiset huumeet	43
Muut aineet	44
Reaktiot	44
Institutionaaliset ja oikeudelliset reaktiot	44
Kysynnän ja tarjonnan vähentäminen	44

EMCDDA:n uusimmat julkaisut

47

Reitoxin kansalliset seurantakeskukset

49

Alkusanat

Tämä vuoden 2000 vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta on Euroopan huumeaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen (EMCDDA) EU:ta ja sen jäsenvaltioita varten laatima yleiskatsaus huumeiden käytöstä Euroopassa uuden vuosituhannen alussa. Tehokas toiminta edellyttää täsmällistä tietoa, ja EMCDDA tuo oman tärkeän panoksensa eurooppalaisen huumeainepolitiikan kehittämiseen tarjoamalla tietoja, joita päättäjät kaikilla tasoilla tarvitsevat.

Vuosiraportti, joka laaditaan tiiviissä yhteistyössä Reitox-verkostoon kuuluvien kansallisten seurantakeskusten ja Euroopan komission seurantakeskuksen sekä viraston muiden keskeisten yhteistyökumppanien kanssa, on viraston tärkein tiedotuskanava. Sen sisältämien tietojen ja analyysin avulla suunnitellaan ja pannaan täytäntöön sekä kansallisen että EU:n tason toimia, joilla pyritään puuttumaan huumeaineongelmaan.

Koska tiedonkeruu- ja vertailumenetelmät vaihtelevat Euroopan maissa, EMCDDA kehittää erityisvälineitä jäsenvaltioiden huumeainelainsäädännön, toimintalinjojen ja strategioiden analysoinnin helpottamiseksi. Tätä varten ollaan ottamassa käyttöön viisi yhdenmukaista epidemiologista indikaattoria huumeiden käytöstä: kyselytutkimukset väestön huumeiden käytöstä, huumeiden käytön levinneisyyttä koskevat arviot, huumeiden käyttäjien hoidontarve, huumekuolemat sekä huumeisiin liittyvät tartuntataudit. Näiden indikaattorien avulla saadaan ensiarvoista tietoa huumeiden käyttöön liittyvistä keskeisistä seikoista, mutta niillä on myös laajempi, strateginen merkitys. Poliitiikan merkityksen arvioiminen huumeongelman ratkaisemisessa on yhä tärkeämpää, ja tulevaisuudessa tällaiset arviot perustuvat näihin viiteen indikaattoriin.

Eurooppa-neuvosto hyväksyi Helsingissä joulukuussa 1999 pidetyssä istunnossa Euroopan unionin huumeainestrategian 2000–2004. Siinä asetetaan seuraavat kuusi tavoitetta, jotka on määrä saavuttaa kauden loppuun mennessä:

- vähentää huomattavasti huumeaineiden käyttöä ja uusien käyttäjien houkuttelemista erityisesti alle 18-vuotiaiden nuorten keskuudessa

- vähentää merkittävästi huumeaineisiin liittyvien terveyshaittojen esiintymistä ja huumeaineisiin liittyvien kuolemantapausten määrää
- lisätä merkittävästi onnistuneesti hoidettujen huumeaineiden väärinkäyttäjien määrää
- vähentää merkittävästi laittomien huumeaineiden saatavuutta
- vähentää merkittävästi huumeaineisiin liittyvien rikosten määrää
- vähentää merkittävästi rahanpesua ja lähtöaineiden laitonta kauppaa.

EMCDDA on parhaillaan luomassa läheisessä yhteistyössä Euroopan komission ja EU:n jäsenvaltioiden kanssa välineitä ja menetelmiä strategian täytäntöönpanemiseksi, seuraamiseksi ja arvioimiseksi seuraavien viiden vuoden aikana.

YK:n kansainvälinen huumevalvontaohjelma (UNDCP) on samoilla linjoilla kuin EU:n huumeaineita koskeva tiedotuspolitiikka, ja sen tammikuussa 2000 hyväksymä ”Lissabonin yhteisymmärrysasiakirja”, jossa vahvistetaan seitsemän yhdenmukaista pääindikaattoria, on tietoinen pyrkimys edistää maailmanlaajuisia tiedonkeruuta siten, että se täydentäisi EMCDDA:n EU:n kehitysissä suorittamaa tehtävää.

EMCDDA:n johtava asema EU:ssa huumeaineita koskevan luotettavan ja vertailukelpoisen tiedon hankkijana kuvastui kansainvälisellä tasolla julistuksessa huumeaineiden kysynnän vähentämisen suuntaa antavista periaatteista. Julistus hyväksyttiin YK:n yleiskokouksen huumeaineita koskevassa erityisistunnossa kesäkuussa 1998. Tämä tunnustus ja se, että kysynnän vähentämistoimien arvioimista pidetään yhä tärkeämpänä perustana onnistuneelle kansalliselle tai kansainväliselle huumeainestrategialle, ovat epäilemättä merkittäviä edistysaskelia päihdealalla. Toivon, että pidätte myös tätä raporttia askeleena samaan suuntaan.

Georges Estievenart
johtaja

Kiitokset

EMCDDA kiittää seuraavia tahoja, jotka auttoivat tämän raportin laatimisessa:

- Reitoxin kansallisten seurantakeskusten johtajat ja henkilöstö
- jäsenvaltioiden elimet, jotka kokosivat raportin perustiedot
- EMCDDA:n hallintoneuvoston ja tieteellisen komitean jäsenet
- Euroopan parlamentti, Euroopan unionin neuvosto – etenkin sen horisontaalinen huumausainetyöryhmä – ja Euroopan komissio
- Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä; YK:n kansainvälinen huumevalvontaohjelma; Maailman terveysjärjestö; Europol; Interpol; Maailman tullijärjestö; Eurooppalainen aidsin epidemiologinen seurantakeskus
- Euroopan unionin elinten käännöskeskus ja Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto
- Mike Ashton ja Rachel Neaman
- Andrew Haig & Associates, graafinen suunnittelu ja layout.

Yleiset suuntaukset

Huumeiden käytön suuntaukset ja seuraukset

Kannabis

Kannabis on edelleen helpoimmin saatavissa oleva ja eniten käytetty huume EU:ssa, ja sen käyttö on selvästi lisääntynyt 1990-luvulla. Koska käyttö on yhä lisääntynyt maissa, joissa levinneisyys oli aiemmin vähäistä, ja tilanne on jossain määrin vakiintunut suuren levinneisyyden maissa, levinneisyysluvut lähenevät toisiaan viime vuoden tapaan.

- Ainakin 45 miljoonaa eurooppalaista (18 prosenttia 15–64-vuotiaista) on kokeillut kannabista ainakin kerran. Noin 15 miljoonaa (noin kuusi prosenttia 15–64-vuotiaista) on käyttänyt kannabista viimeisen vuoden aikana.
- Käyttö on yleistä nuorissa ikäluokissa. Noin 25 prosenttia 15–16-vuotiaista ja 40 prosenttia 18–vuotiaista on kokeillut kannabista. Joissakin maissa käyttö on kaksinkertaistunut vuoden 1990 jälkeen, toisissa lisääntymisen on ollut vähäistä, ja joissakin maissa käyttö on vakiintunut.
- Uteliaisuus on ensisijainen syy kokeilla kannabista, ja käyttö on pikemminkin kokeilevaa tai satunnaista kuin jatkuvaa.
- Kannabiksen käytön takia hoitolaitoksissa hoidettujen määrä lisääntyi viime vuonna, ja tämä suuntaus vahvistuu, etenkin nuorten asiakkaiden määrä lisääntyy. Usein mukana on myös muita huumeita.
- Huumerikokset liittyvät edelleen ennen kaikkea kannabikseen, ja kyseessä on käyttö tai hallussapito useammin kuin kauppa. Takavarikoiden määrä on lisääntynyt selvästi vuoden 1997 jälkeen.

Amfetamiinit ja ekstaasi

Amfetamiinit ja ekstaasi ovat toiseksi käytetyimmät huumeet Euroopassa. 1990-luvulla ekstaasin käyttö lisääntyi, mutta nyt sen käyttö näyttää vakiintuvan tai jopa vähenevän. Amfetamiinien käyttö on vakiintunut tai kasvussa.

- 1–5 prosenttia 16–34-vuotiaista on käyttänyt amfetamiineja ja/tai ekstaasia. Luvut ovat korkeita kapeissa ikäryhmissä, mutta ne eivät yleensä ylitä kymmentä prosenttia.
- Amfetamiinin tai muun stimulantin käytön vuoksi hoitoon hakeutuvien osuus on pieni, mutta joissakin maissa osuus on kasvussa.
- Huumeiden käyttö on siirtymässä pois suurista tanssipahtumista maantieteellisesti hajanaisempiin tiloihin: klubeihin, baareihin ja yksityisiin tilaisuuksiin.
- Sekä käytetyt huumeet että niiden käyttötavat ovat lisääntyneet. Käyttötavat vaihtelevat sosiaaliryhmien ja elintapojen mukaan.
- Amfetamiinitakavarikoiden määrät ja takavarikoidun amfetamiinin määrät vakiintuivat vuonna 1998. Ekstaasitakavarikoiden määrät ovat pysyneet vakaina vuodesta 1997, mutta takavarikoidun ekstaasin määrät vaihtelevat.

Kokaiini

Kokaiinia käytetään vähemmän kuin amfetamiinia tai ekstaasia, mutta sen käyttö lisääntyy etenkin sosiaalisesti aktiivisissa ryhmissä, ja se on leviämässä uusiin väestöryhmiin.

- 1–6 prosenttia 16–34-vuotiaista ja 1–2 prosenttia koululaisista on kokeillut kokaiinia ainakin kerran,

2000 – Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta

mutta joissakin tutkimuksissa luku on peräti neljä prosenttia 15–16-vuotiaista.

- Sosiaalisesti aktiivisten, työssä käyvien ja kaupungeissa asuvien nuorten aikuisten ryhmässä käyttäjiä on runsaasti.
- Kokaiinin käyttö on kokeilevaa tai satunnaista, ja yleensä aine otetaan jauheena nuuskaamalla.
- Monet heroinin käytön vuoksi hoidettavat käyttävät myös kokaiinia joko suonensisäisesti tai polttamalla crackia.
- Crackin polttamiseen liittyy vakavia ongelmia etenkin naispuolisilla seksityöläisillä.
- Monissa maissa kokaiinin käytön vuoksi hoitoon hakeutuvien osuus kasvaa. Ei ole selvää, missä määrin tämä liittyy heroinin käyttöön tai missä määrin tämä on kehittynyt muiden huumeiden runsaasta käytöstä.
- Kokaiinitakavarikot lisääntyivät edelleen vuonna 1998, mutta takavarikoitujen aineiden määrät vaihtelivat.

Heroiini

Heroiiniiriippuvuus on pysynyt yleisesti ottaen vakaana. Käyttäjät ovat yleensä ikääntyviä henkilöitä, joilla on vakavia sosiaalisia, psykiatrisia ja terveysongelmia. Nuorten ikäryhmien heroinin käytöstä on kuitenkin myös havaittavissa merkkejä.

- Kaikkiaan heroinin kokeilijoiden määrä on pysynyt alhaisena (1–2 prosenttia nuorista aikuisista), ja koulututkimusten mukaan oppilaat suhtautuvat erittäin varovaisesti heroinin käyttöön.
- Joissakin maissa heroinin polton kerrotaan lisääntyneen nuorten keskuudessa, ja joidenkin koulututkimusten mukaan kokeilu on laajaa.
- Raporttien mukaan heroinin käyttäjät ovat vapaa-aikanaan runsaasti amfetamiineja, ekstaasia tai muita huumeita käyttäviä nuoria. Muita riskiryhmiä ovat syrjäytyneet vähemmistöt, kodittomat nuoret, laitoksissa asuvat nuoret ja nuoret rikoksenteijät, vangit (erityisesti naisvangit) sekä seksityöläiset.
- Verrattuna hoitoon uudelleen tuleviin asiakkaisiin heroinin käytön vuoksi hoitoon ensimmäistä kertaa hakeutuvat asiakkaat ovat useammin heroinin polttajia kuin suonensisäisesti heroinia käyttäviä.

- Heroiinitakavarikoiden määrät ja niissä takavarikoitujen aineiden määrät ovat vakiintuneet kaikkialla EU:ssa, vaikka maiden välillä onkin eroja.

Sekakäyttö

Huumeiden käyttöön viikonloppuna tai ajanvietemielissä liittyy entistä useammin laittomien huumeiden ja laillisten päihteiden, kuten alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden, sekakäyttöä.

- ”Yöelämää” koskevat tutkimukset osoittavat, että huumeiden runsas sekakäyttö on ominaista vain pienelle osalle nuorista.
- Synteettisten huumeiden kuten ketamiinin ja gamma-hydroksibutyraatin (GHB) käyttöä on havaittu, mutta se on huomattavasti harvinaisempaa kuin amfetamiinien tai ekstaasin käyttö.
- Kokaiinin käytön lisääntyminen ja sen liittyminen runsaaseen alkoholin käyttöön ovat merkittäviä havaintoja.
- Impattavien aineiden (sytytinneste, aerosolit, liima) väärinkäyttö on koululaisten keskuudessa yleensä yleisempää kuin amfetamiinien tai ekstaasin käyttö, ja joissakin maissa se on lisääntymässä.

Huumeiden ongelmakäyttö ja hoidontarve

Huumeiden ongelmakäyttöä, jota kutsutaan etenkin heroinin yhteydessä usein riippuvuudeksi, on muuttumassa kaikkialla EU:ssa. Heroiiniiriippuvuuden lisäksi on havaittavissa kokaiinin ongelmakäyttöä (usein yhdessä alkoholin kanssa), useiden huumeiden (amfetamiinien ja ekstaasin) ja lääkkeiden sekakäyttöä sekä runsasta kannabiksen käyttöä.

- EU:ssa arvioidaan olevan 1,5 miljoonaa huumeiden – lähinnä heroinin – ongelmakäyttäjää (2–7 tuhannesta 15–64-vuotiaasta). Noin miljoona heistä täyttäneen riippuvuuden kliiniset tunnusmerkit.
- Heroinin vuoksi hoitoon hakeutuvat ovat kaikkiaan vähenemässä, kun taas kokaiinin tai kannabiksen käytön vuoksi hoidettavat – etenkin nuoret – ovat jonkin verran lisääntyneet.

Huumekuolemat

Äkillisten huumekuolemien (yliannostus- tai myrkytyskuolemat) määrät ovat vakiintuneet kaikkialla EU:ssa 1980-luvun lopussa ja 1990-luvun alussa tapahtuneen jyrkän nousun jälkeen. Suuntaukset kuitenkin vaihtelevat eri maissa.

Yleiset suuntaukset

- Vakaat tai pienenevät luvut voivat olla yhteydessä vakaaseen tai pienenevään heroiinin levinneisyyteen, entistä turvallisempaan käyttöön tai siihen, että hoitopääsy, etenkin korvaushoito-ohjelmiin pääsy, on helpottunut.
- Maat, joissa huumeiden käyttöön suoraan liittyviä äkillisiä kuolemantapauksia (yliannostuskuolemia) on aiemmin ollut vähän, ilmoittavat niiden viime vuosina huomattavasti lisääntyneen. Syynä voi olla huumeiden ongelmakäytön lisääntyminen, mutta myös tilastointikäytäntöjen parantuminen.
- Toiset maat ilmoittavat äkillisten kuolemantapausten edelleen lisääntyvän tasaisesti, tosin ei yhtä jyrkästi kuin aiemmin.
- Miehillä huumeikuolemat ovat selvästi yleisempiä kuin naisilla, mikä johtuu siitä, että huumeiden ongelmakäyttö on miehillä yleisempää kuin naisilla.
- Opiaatit aiheuttavat useimmat kuolemat usein yhdessä alkoholin tai rauhoittavien lääkkeiden kanssa. Joissakin maissa impattavat aineet aiheuttavat huomattavan osan nuorten kuolemista. Kokaiinin, amfetamiinien tai ekstaasin aiheuttamat kuolemat ovat harvinaisia.
- Huumeiden ongelmakäyttäjien kokonaiskuolleisuus on joissakin maissa pienentynyt useita vuosia kestäneen kasvun jälkeen. Tämä johtuu yliannostusten ja aidsin aiheuttamien kuolemien vähenemisestä ja osoittaa sen, että kuolema on joissakin tapauksissa estettävissä.

Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

HIV:n sekä hepatiitti B:n ja hepatiitti C:n määrät suonensisäisesti huumeita käyttävillä vaikuttavat kaikkiaan suhteellisen vakailta, vaikka HIV-tartuntojen ilmoitetaan toisin paikoin lisääntyneen.

- Uusien aids-tapausten määrät vaihtelevat suuresti eri maissa, mutta kaikkiaan ne vähenevät jatkuvasti, mikä johtunee uusista, taudin puhkeamista viivyttävistä hoidoista.
- Suonensisäisesti huumeita käyttävillä hepatiitti C -tartunta on yleinen: 50–90 prosenttia sellaisissakin maissa, joissa HIV-tartuntojen määrä on pieni.
- Hepatiitti B:tä koskevia suuntauksia on vaikea määrittellä, koska veressä olevat vasta-aineet voivat johtua rokotuksesta yhtä hyvin kuin tartunnasta.

- Huolestuttavaa on riskikäyttäytyminen, joka voi johtaa tartuntaan. Riskiryhmiä ovat seuraavat: suonensisäisesti huumeita käyttävät nuoret, jotka eivät ole olleet aiempien valistuskampanjoiden piirissä; naiset, joilla injektiovälineiden lainaaminen on yleisempää kuin miehillä; suonensisäisen heroiinin käyttäjät, jotka käyttävät myös kokaiinia; vankilassa olevat huumeiden käyttäjät.

Muu sairastuvuus

Runsas ekstaasin käytön mahdollisesti aiheuttamat hermostovauriot huolestuttavat yhä enemmän.

- Yhä useammat sekä eläimillä että ihmisillä tehdyt kokeet osoittavat, että krooninen altistus ekstaasille voi aiheuttaa toiminnallisia ja morfologisia muutoksia aivojen niissä osissa, jotka säätelevät fysiologisia ja psykologisia toimintoja, kuten unta, ruokahalua, mielialaa, aggressiota ja kognitiivisia toimintoja.
- Joissakin tutkimuksissa on ilmennyt lievää kognitiivisten toimintojen heikkenemistä ekstaasia paljon käyttävillä, mutta tieteellinen aineisto ei ole johdonmukaista muiden toimintojen osalta. Muita ratkaisemattomia asioita ovat muun muassa "vaarallisen" annoksen rajat, käyttökertojen määrä ja se, ovatko vauriot korjattavissa.
- Myös GHB:n käyttö huolestuttaa. Pieninä annoksina GHB vähentää jännitystä, mutta vain hiukan suurempina annoksina se voi aiheuttaa myrkytyksen, joka voi johtaa kuolemaan, erityisesti jos samaan aikaan otetaan alkoholia tai muita rauhoittavia lääkkeitä.

Toimenpiteet huumeiden käytön ehkäisemiseksi

Toimintalinjojen ja strategioiden kehitys

Espanja, Ranska, Portugali ja Yhdistynyt kuningaskunta sekä Euroopan unioni ovat hyväksyneet uuden huumeusainestrategian.

- Kansalliset huumeusainepolitiikat ovat muuttumassa lähestymistavoiltaan aiempaa tasapainoisemmiksi, ja kysynnän vähentämistä suhteessa tarjonnan vähentämiseen pidetään yhä tärkeämpänä.
- Huumeongelma nähdään osana laajaa sosiaalista kokonaisuutta, ja yhteisiä tavoitteita ovat muun muassa

ehkäisevä päihdetyö, huumehaittojen vähentäminen ja rikosten ehkäiseminen.

- Täsmällinen tieteellinen näyttö, selkeät tavoitteet, mitattavissa olevat suoritusavoitteet ja arviointi ovat strategioille keskeisiä.
- Rangaistavuuden poistaminen huumeiden käytöltä on yleistymässä. Euroopassa aletaan olla yhtä mieltä siitä, että huumeiden käyttäjiä ei pitäisi vangita riippuvuutensa vuoksi, ja lain suomia vaihtoehtoja käytetään yhä enemmän.

Ehkäisevä työ

Kaikissa EU:n jäsenvaltioissa pidetään tärkeänä ehkäisevää päihdetyötä, jota tehdään kouluissa, vapaa-ajanviettopaikoissa sekä riskiryhmien keskuudessa.

- Koulujen ehkäisevissä päihdeohjelmissa yhdistyvät tietojen jakaminen oppilaille ja elämäntaitojen kuten itsetunnon vahvistaminen. Nuoret ovat aktiivisesti mukana kouluissa tehtävän ehkäisevän työn vertaisryhmätoiminnassa.
- Opettajille tarkoitettua erityiskoulutusta ja suuntaviivoja sekä vanhemmille suunnattuja aloitteita kehitetään yhä enemmän.
- Myös Internetin käyttö niin oppilaiden, opettajien kuin vanhempienkin koulutuksessa lisääntyy.
- Joissakin maissa nuorisotyöntekijöille sekä yökerhojen ja baarien henkilökunnalle on alettu antaa ehkäisevän huumeiden koulutusta.
- Synteettisten huumeiden torjunta on muuttumassa yhä ammattimaisemmaksi, ja siinä yhdistyvät tiedottaminen, etsivä työ, neuvonta ja joskus tablettien testaus.
- Riskiryhmiä varten kehitetään paikallisia, monialaisia nuorisotoiminnan muotoja.
- Riskiryhmien parissa tehtävän etsivän työn arvioimiseksi tarvitaan pikaisesti arviointimenetelmiä, ja EMCDDA onkin laatimassa suuntaviivoja tämän puutteen korjaamiseksi.

Huumeiden käytön haittavaikutusten vähentäminen

Huumeiden käytön haittavaikutusten vähentäminen on monien jäsenvaltioiden huumeausainestrategioissa keskeisellä sijalla.

- Ruiskunvaihto-ohjelmat leviävät eri puolille EU:ta, ja tiedotusta suonensisäisen käytön vaaroista ollaan tehostamassa, koska tietoisuus riskeistä heikkenee.
- Etsivä työ ja matalan kynnyksen palvelut täydentävät yhä useammin perinteisiä päihdehoitolaitoksia.
- ”Piikityshuoneet”, joissa huumeita voi ottaa hygieenisissä ja valvotuissa olosuhteissa, ovat edelleen kiistanalaisia. Euroopan komission rahoittamassa selvityksessä arvioidaan niiden tehokkuutta.

Hoito

Huumeiden käytön vuoksi hoitoon hakeutuvien määrä lisääntyy, ja heidän tarpeensa ovat erilaisia. Tähän haasteeseen vastataan EU:ssa kehittämällä erilaisia hoitomuotoja.

- Perinteiset hoitopalvelut, jotka eivät aina yksin pysty käsittelemään uusia huumeiden käyttötapoja ja uusia kohderyhmiä, tekevät lisääntyvässä määrin yhteistyötä nuoriso- ja sosiaalipalvelujen kanssa.
- Kaikkialla EU:ssa on erityispalveluja naisia varten. Monet niistä on tarkoitettu raskaana oleville naisille ja äideille, joilla on lapsia, sekä naispuolisille seksityöläisille.
- Julkiset terveydenhoitopalvelut ja psykiatriset palvelut ovat entistä enemmän mukana sekakäyttötapausten hoidossa.
- Korvaushoito yleistyy myös vankiloissa. Sekä asiakkaiden määrä että käytettävät aineet lisääntyvät.
- Entistä selvemmin tiedostetaan, että hoidosta lähtevät tai vankilasta vapautuvat tarvitsevat asianmukaista jälkihoitoa.
- Suuri osa vangeista on huumeiden käyttäjiä, ja he saavat yhä useammin hoitoa, jotta estettäisiin paluu laittomien huumeiden ja rikosten pariin.

Huumeiden käytön levinneisyys ja muodot

Tässä luvussa luodaan katsaus huumeiden käytön levinneisyyteen, muotoihin ja seurauksiin EU:ssa. Tiedot perustuvat kyselytutkimuksiin, rutiinitilastoihin ja muihin tutkimuksiin. Eniten painottuvat kansalliset tiedot, jotka saattavat peittää alleen paikallisia tai vasta hahmottomassa olevia ilmiöitä.

Huumeiden käytön levinneisyys

Väestön huumeiden käyttö

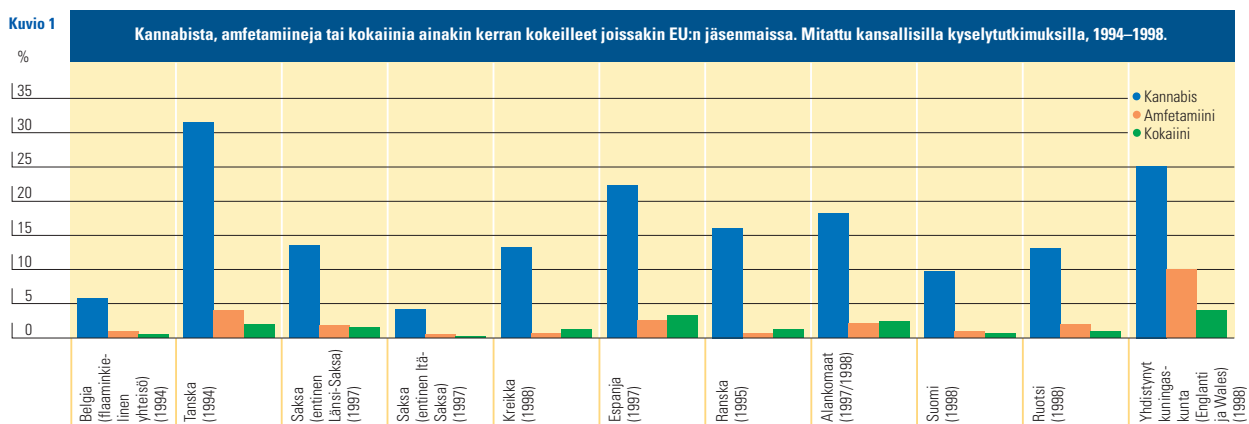
Yhdessätoista jäsenvaltiossa tehtiin 1990-luvulla kansallinen kyselytutkimus väestön huumeiden käytöstä. Näistä tutkimuksista ilmenee hyödyllisiä seikkoja esimerkiksi kannabiksesta, jonka käyttö on verraten yleistä eikä kovinkaan häpeällistä. Tutkimukset eivät kuitenkaan anna kovin luotettavia tietoja piilevistä käyttömuodoista, kuten heroiinin suonensisäisestä käytöstä.

Suoria vertailuja käytön levinneisyydestä eri jäsenvaltioissa on syytä tehdä varoen, varsinkin jos erot ovat pieniä. Yhteiskunnalliset erot (kaupungistumisen taso) tai kulttuuriset tekijät (asenteet huumeisiin) voivat vaikuttaa paljonkin, vaikka tutkimusmenetelmät ovat samat.

Huumeiden käyttötavat

Kannabis on EU:ssa yleisimmin käytetty päihde. Aikuisväestön keskuudessa ainakin kerran kokeilleiden määrä vaihtelee Suomen kymmenestä prosentista Tanskan, Espanjan ja Yhdistyneen kuningaskunnan 20 tai 30 prosenttiin (kuvio 1). Amfetamiinia on yleensä kokeiltu 1–4 prosenttia aikuisista mutta Yhdistyneessä kuningaskunnassa peräti kymmenen prosenttia. Ekstaasia on kokeillut 0,5–4 prosenttia Euroopan aikuisista ja kokaiinia 0,5–3 prosenttia. Heroiinin kokeilemistä on muita vaikeampi arvioida, koska aineen levinneisyys on pieni ja käyttö pyritään salaamaan. Yleensä kuitenkin ilmoitetaan kokeilleita olevan alle yksi prosentti aikuisista.

Laittomien huumeiden käyttö on yleisintä nuorilla aikuisilla, jotka ovat iältään 16- tai 18-vuotiaista 34- tai 39-



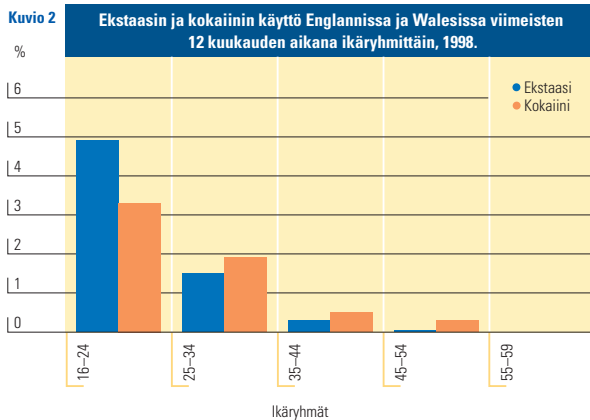
Kannabis on eniten käytetty laiton huume EU:ssa.

Huom. Tiedot perustuvat uusimpiin jokaisesta maasta saataviin kansallisiin tutkimusraportteihin.

Ikäryhmät ovat ikävuosien 15–18 ja 59–69 välillä. Ikäryhmien vaihtelut voivat vaikuttaa maiden väliin eroihin.

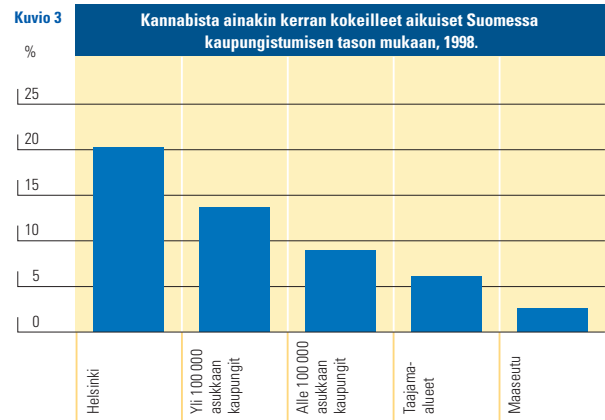
Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit, 1999, joiden tiedot on saatu väestötutkimuksista tai väestötieteellisistä raporteista ja tieteellisistä julkaisuista.

2000 – Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta



Ekstaasin ja kokaiinin käyttö on nuorisolle ominainen ilmiö, joka vähenee iän mukana.

Lähde: UK national report 1999, M. Ramsay ja S. Partridge, *Drug misuse declared in 1998: Results from the British Crime Survey* (London: Home Office, 1999).



Laittomien huumeiden käyttö on tavallisempaa kaupungeissa kuin maaseudulla.

Lähde: Suomen kansallinen raportti 1999, J. Partanen ja L. Metsä, "Suomen toinen huumeaalto" (the second Finnish drug wave), *Yhteiskuntapolitiikka* (2) 1999.

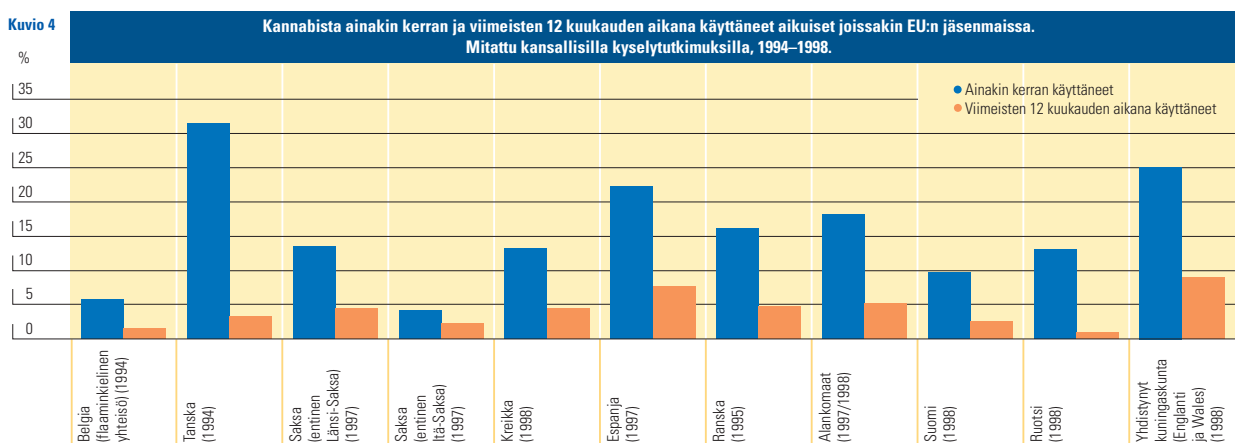
vuotiaisiin. Näissä ikäryhmissä luvut ovat jopa kaksinkertaiset tai sitäkin suuremmat verrattuna koko aikuisväestöön (kuvio 2). Suomessa ja Ruotsissa 16–17 prosenttia nuorista aikuisista on käyttänyt kannabista mutta Tanskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa noin 40 prosenttia. Amfetamiineja ja ekstaasia on kokeillut 1–5 prosenttia nuorista aikuisista mutta Yhdistyneessä kuningaskunnassa 16 ja kahdeksan prosenttia. Kokaiinia on käyttänyt 1–6 prosenttia Euroopan nuorista aikuisista.

Joistakin maista kerätyt tiedot osoittavat, että huumeiden käyttö on huomattavasti yleisempää kaupungeissa kuin maaseudulla, vaikka käyttö on jonkin verran levinnyt myös maaseutualueille (kuvio 3). Erot kansallisissa luvuissa voivat johtua suurelta osin maan kaupunki- ja maaseutuväestön suhteellisista osuuksista: maissa, joissa kaupunkiväestön osuus on suuri, huumeiden kokonaiskäyttöä osoittavat luvut ovat yleensä korkeat.

Ainakin kerran kokeilleiden määrä osoittaa huonosti viimeaikaista käyttöä, koska siihen sisältyvät kaikki, jotka ovat joskus edes kerran tai kauan sitten kokeilleet huumeita. Käyttö viimeisen vuoden aikana (käyttö viimeisten 12 kuukauden aikana) osoittaa tarkemmin viimeaikaista käyttöä (kuvio 4).

1–9 prosenttia Euroopan aikuisista ja 2–20 prosenttia (enimmäkseen kuitenkin alle kymmenen prosenttia) nuorista aikuisista ilmoittaa käyttäneensä kannabista viimeisten 12 kuukauden aikana. Muita laittomia päihteitä käyttää yleensä alle yksi prosentti aikuisista ja alle kolme prosenttia nuorista aikuisista.

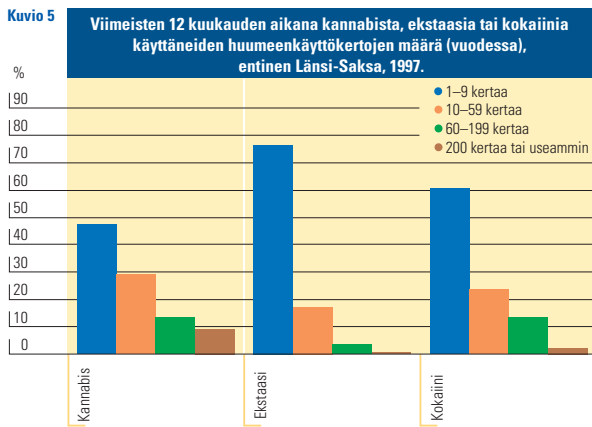
Joidenkin tutkimusten mukaan useimmat hiljattain huumeita käyttäneet ovat yleensä satunnaiskäyttäjiä (kuvio 5).



Huumeiden viimeaikainen käyttö on huomattavasti harvinaisempaa kuin kerran kokeileminen.

Huom. Tiedot ovat peräisin uusimmista saatavissa olevista kansallisista tutkimuksista. Ikäryhmät jakautuvat ikävuosien 15–18 ja 59–69 välillä. Ikäryhmävaihtelut voivat vaikuttaa maiden välisiin eroavaisuuksiin.
Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit, 1999, joiden tiedot perustuvat tutkimusraportteihin tai tieteellisiin julkaisuihin.

Huumeiden käytön levinneisyys ja muodot



Tavallisimpia laittomia huumeita käytetään yleensä pikemminkin ajoittain kuin jatkuvasti.

Lähde: Saksan kansallinen raportti, 1999, L. Kraus ja R. Bauernfeind, *Representative survey on the consumption of psychoactive substances in the German adult population 1997*. (München: Institut für Therapieforschung, 1998). Prosenttiluvut on ilmaistu validoituina lukuina "ei vastausta" -kohdat pois lukien (kokaiini 17,5 %, ekstaasi 2,2 % ja kannabis 0,7 %). Käyttökerrat on ryhmitelty uudelleen EMCDDA:n toimesta.

Huumeiden käytön kehitys

Monet maat tekivät useamman kuin yhden kyselytutkimuksen 1990-luvulla, mutta vain Saksassa, Espanjassa, Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa tehtiin sarja vertailukelpoisia tutkimuksia.

Kannabista ainakin kerran kokeilleiden määrä lisääntyi vuosikymmenen kuluessa useimmissa maissa, ja määrät näyttävät lähestyvän toisiaan. Maissa, joissa käyttö oli vuosikymmenen alussa vähäistä (esimerkiksi Kreikka, Suomi ja Ruotsi), kasvu on ollut suhteessa voimakkaampaa kuin maissa, joissa käyttö oli alun perin yleistä (esimerkiksi Tanska, Saksa ja Yhdistynyt kuningaskunta).

Vaikka kannabista ainakin kerran kokeilleiden määrä olisi lisääntynyt, se ei välttämättä tarkoita, että hiljattain

kokeilleiden määrä olisi lisääntynyt vastaavasti (kuvio 6). Yleensä viimeisten 12 kuukauden aikana käyttäjien määrä on lisääntynyt paljon vähemmän kuin kerran kokeilleiden määrä, mikä merkinnee, että lisäys on pääasiassa satunnaista kokeilua ja että useimmat kokeilijat eivät jatka käyttöä pitkällä aikavälillä.

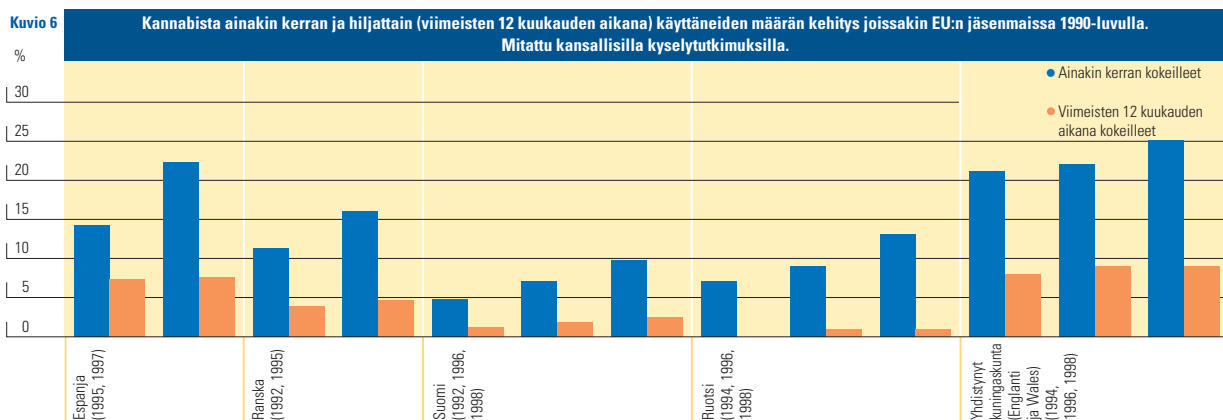
Muiden päihteiden käytön kehitystä on vaikea seurata, koska käyttäjiä on vähän. Selvästi todennetut kehityskulut, kuten hiljattain ekstaasia käyttäjien nuorten määrän lisääntyminen, sekoittuvat koko väestöä koskeviin lukuihin. Joissakin maissa amfetamiinin, ekstaasin ja kokaiinin kokonaiskäyttö lisääntyi jonkin verran – mutta ei johdonmukaisesti – 1990-luvulla siten, että ekstaasin käyttö oli nuorten aikuisten parissa kaikkiaan yleisempää kuin amfetamiinin tai kokaiinin käyttö.

Koululaisten huumeiden käyttö

Useimmissa maissa tehtiin 1990-luvulla koulututkimuksia, ja monet niistä kuuluivat ESPAD-kyselytutkimukseen alkoholin ja muiden päihteiden käytöstä kouluissa. Tutkimukset suoritettiin vuosina 1995 ja 1999 ja niissä keskityttiin huumeita ainakin kerran kokeilleisiin 15–16-vuotiaisiin. Suoria vertailuja tulisi kuitenkin tehdä varoen⁽¹⁾. Kuten aikuisilla, ainakin kerran kokeilleiden määrä on osoitus kokeiluista. Tässä ryhmässä lukuihin vaikuttavat suuresti paitsi tutkimusmenetelmien ja olosuhteiden erot myös pienet erot iässä.

Huumeiden käyttötavat

Kannabis on koululaisten eniten käyttämä laiton päihde. Ainakin kerran kokeilleiden määrä vaihtelee Portugalin ja Ruotsin 5–7 prosentista Irlannin, Alankomaiden ja Yhdistyneen kuningaskunnan 30–40 prosenttiin. Joissakin maissa liuottimien käyttö on kuitenkin tässä ikäryhmässä yleistä (kuvio 7).

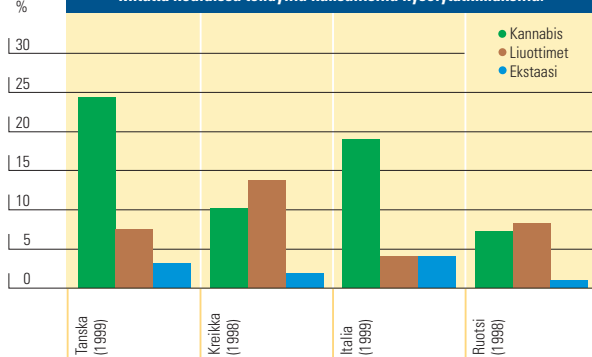


Vaikka kannabista kokeilleiden määrä kasvaa, nykyisten käyttäjien määrät eivät kasva samaa vauhtia.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit, 1999, joiden tiedot perustuvat tutkimusraporteihin tai tieteellisiin julkaisuihin.

(1) Kaikki tässä raportissa olevat tiedot koululaisista koskevat 15–16-vuotiaita yhdenmukaisuuden turvaamiseksi ESPAD-tutkimuksen kanssa. Vuoden 1999 tutkimuksen tulokset eivät vielä ole kokonaisuudessaan käytettävissä.

Kuvio 7 Kannabista, liuottimia tai ekstaasia ainakin kerran kokeilleiden osuus 15–16-vuotiaista joissakin EU:n jäsenmaissa. Mitattu kouluissa tehdyillä kansallisilla kyselytutkimuksilla.



Kouluisten parissa liuottimien käyttö voi olla tavallisempaa kuin kannabiksen käyttö.

Huom. Tiedot perustuvat uusimpiin saatavissa oleviin kouluissa tehtyihin kansallisiin kyselytutkimuksiin. Tässä esitettyjen maiden tiedot kuvaavat koululaisten huumeiden käytön kokemusten erilaisuutta. Kannabiksen, liuottimien ja ekstaasin käyttö voi olla alhaista tai korkeaa riippuen maasta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit, joiden tiedot perustuvat tutkimusraportteihin tai tieteellisiin julkaisuihin.

1–7 prosenttia koululaisista ilmoittaa käyttäneensä amfetamiinia, 2–8 prosenttia ekstaasia ja 1–4 prosenttia kokaiinia. Joissakin Yhdistyneessä kuningaskunnassa tehdyissä tutkimuksissa amfetamiineja ja ekstaasia koskevat luvut ovat näitä korkeammat.

Huumeiden käytön kehitys

Kannabista ainakin kerran kokeilleiden osuus koululaisista kasvoi huomattavasti 1990-luvulla melkein kaikissa EU-maissa. Myös liuottimien, amfetamiinien, ekstaasin ja kokaiinin käyttö lisääntyi, mutta se ei ole läheskään yhtä yleistä kuin kannabiksen käyttö.

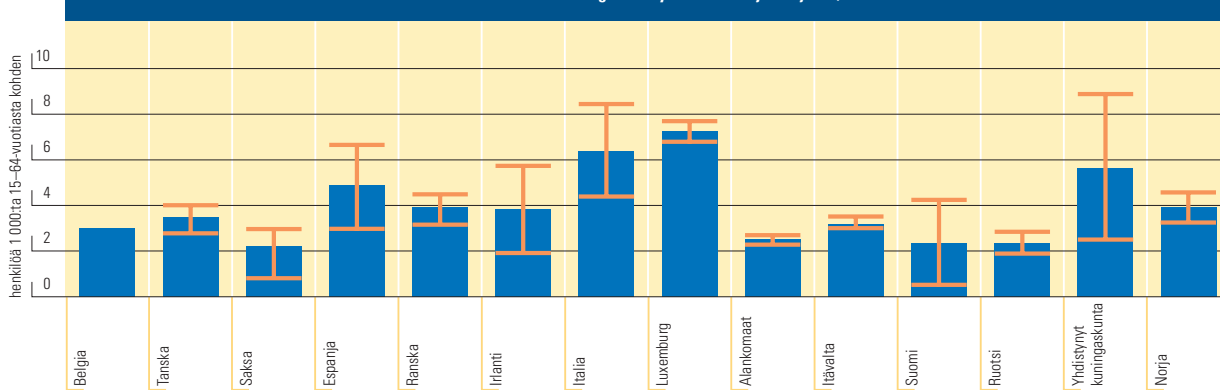
Ongelmakäytön kansallisia arvioita

Menetelmät ja määritelmät

‘Huumeiden ongelmakäytöllä’ tarkoitetaan tässä opiaattien, kokaiinin ja/tai amfetamiinien suonensisäistä tai pitkäaikaista/säännöllistä käyttöä. Tällä määritelmällä suljetaan pois ekstaasi ja kannabis sekä kaikkien huumeiden satunnaiskäyttö. Kansalliset arviot ovat vuosilta 1996–1998 lukuun ottamatta Itävaltaa (1995) ja Ruotsia (1992), joista tuoreempaa tietoa ei ollut saatavissa (kuvio 8). 15–64-vuotiaita koskevat levinneisyysluvut on laskettu uudelleen, eivätkä ne siis ole suoraan vertailukelpoisia EMCDDA:n vuotta 1999 koskevan raportin lukujen kanssa. Arviot perustuvat pääasiassa tilastollisiin laskentamalleihin, joihin sisältyy huumeindikaattoreita. Käytettyjä menetelmiä ovat muun muassa

- monimuuttujainen indikaattorimenetelmä
- toistopyydystystantata
- kolme kerrointa, jotka perustuvat poliisietoihin, hoitotietoihin ja kuolleisuuslukuihin
- kerrannaismenetelmä, jossa back-calculating-menetelmää käyttämällä lasketaan taannehtivasti sellaisten suonensisäisesti huumeita käyttävien määrä, joilla on HIV/aids, ja yhdistetään se lukuihin, jotka osoittavat HIV:n/aidsin yleisyyttä suonensisäisesti huumeita käyttävillä.

Kuvio 8 Kansalliset arviot huumeiden ongelmakäytöstä EU:ssa ja Norjassa, 1996–1998.



Huumeiden ongelmakäytön levinneisyys vaikuttaa olevan suhteellisen samankaltaista useimmissa maissa.

Huom. Kaikki arviot perustuvat 12 kuukauden ajanjaksoon vuosien 1996 ja 1998 välillä paitsi Itävallan (1995), Irlannin (1995–1996) ja Ruotsin (1992) osalta. Kreikan ja Portugalin osalta ei saatu mitään arvioita.

Belgia: arvioihin sisältyvät vain suonensisäisesti huumeita käyttävät, joten huumeiden ongelmakäytön levinneisyys on aliarvioitu.

Irlanti: poliisietojen mukaan muiden kuin opiaattien käyttäjiä on 7 %, joista 10 % oli tunnistettu hallussapidon yhteydessä (ei välttämättä käyttäjiä) ja 5 % oli tunnistettu muunlaisin menetelmin.

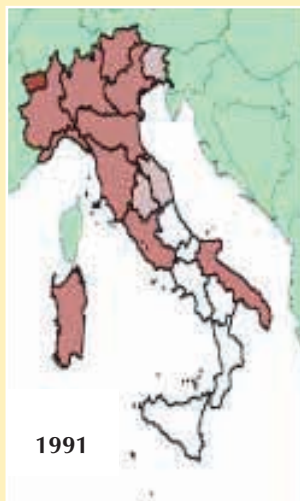
Ruotsi (1992): 1 700–3 350 heroiiniin käyttäjiä, 8 900–12 450 muiden aineiden käyttäjiä, suurimmaksi osaksi amfetamiinia suonensisäisesti käyttäviä (paitsi kannabiksen käyttäjät).

Jos tietoja on saatavissa, arviot esitetään erillisen laskelman alhaisimman ja korkeimman arvon välisenä tuloksena.

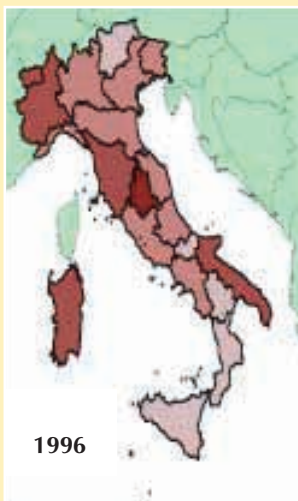
Erot riippuvat tietolähteistä ja olettamuksista; katso tilastotaluja osoitteessa www.emcdda.org.

Lähde: EMCDDA-hanke CT.99.RTX.05, jota koordinoi Institut für Therapieforschung, München.

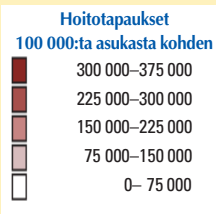
Heroinin ongelmakäytön maantieteellinen leviäminen Italiassa



1991



1996



Vuoteen 1996 mennessä epidemia oli tasaantunut ja jopa supistunut alueilla, joissa se oli alun perin laajentunut nopeasti. Hoitotapaukset lisääntyivät edelleen muilla alueilla, joilla ne olivat pysyneet vähäisinä 1990-luvun alkupuolella.

Heroinin ongelmakäyttö näyttää Italiassa levinneen tärkeimpiä huumeiden kuljetusreittejä myöten (esimerkiksi Balkanilta Kreikan kautta Pugliaan) ja siirtyneen suurista kaupungeista pieniin maaseutukaupunkeihin.

Italiassa heroinin ongelmakäytön hoitotarve lisääntyi 1990-luvun alussa heroini-epidemian vuoksi. Tätä tarvetta kuvastavat epäsuorasti hoitotapaukset, joiden määrän kasvu alkoi ensin pohjoisessa ja raja-alueilla ja siirtyi sitten etelään ja sisämaahan.

Lähde: EMCDDA-hanke CT.98.EP.04, jota koordinoi Keelen yliopisto, Yhdistynyt kuningaskunta. Kartta: Rooman yliopisto, Tor Vergata.

Kuviossa 8 vaihteluväli perustuu erilaisia menetelmiä käyttämällä kussakin maassa saatuihin alimpiin ja ylimpiin lukuihin. Eri menetelmiä sovellettiin eri kohderyhmiin, ja esimerkiksi back-calculating-menetelmä kattaa vain suonensisäisesti huumeita käyttävät. Asteikon alin luku kuvaa suonensisäistä opiaattien käyttöä, mutta ylimpään lukuun sisältyy muita huumeiden ongelmakäytön muotoja, esimerkiksi opiaattien, kokaiinin tai amfetamiinien säännöllinen ja muu kuin suonensisäinen käyttö.

Italiassa sovellettiin viittä menetelmää. Tanskassa, Saksassa, Ranskassa, Irlannissa, Suomessa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa sovellettiin kolmea, Espanjassa, Luxemburgissa ja Alankomaissa kahta ja Belgiassa, Itävallassa, Ruotsissa ja Norjassa vain yhtä menetelmää. Useiden toisistaan riippumattomien menetelmien käyttö mahdollistaa yksittäisten arvioiden ristiinvalidoinnin ja voi johtaa entistä luotettavampiin kokonaisarvioihin. Maita ei kuitenkaan voida suoraan vertailla keskenään, koska useimmissa maissa ei voitu soveltaa kaikkia menetelmiä.

Levinneisyyttä koskevat kansalliset arviot

Rajoituksista huolimatta levinneisyys näyttää suurimmalta Espanjassa, Italiassa, Luxemburgissa ja

Yhdistyneessä kuningaskunnassa (noin 5–7 huumeiden käyttäjää tuhatta 15–64-vuotiasta kohden, vaihteluväli 2,3–8,9) ja alhaisimmalta Belgiassa, Saksassa, Alankomaissa, Itävallassa, Suomessa ja Ruotsissa (noin 2–3 tuhannesta, vaihteluväli 0,5–5,7). Keskitasoa edustavat Tanskan, Espanjan, Ranskan, Irlannin ja Norjan ilmoittamat luvut. Kreikka ja Portugali eivät voineet esittää arvioita.

Nämä luvut viittaavat siihen, että huumeiden ongelmakäytön laajuuden ja kansallisen huumeepolitiikan välillä tuskin on suoraa yhteyttä, sillä maiden ongelmakäytön luvut vaikuttavat olevan samankaltaisia ja usein maltillisia riippumatta siitä, ovatko niiden politiikat liberaaleja vai rajoittavia. Huumeepolitiikalla voidaan kuitenkin vaikuttaa joihinkin ongelmakäytön seurauksiin, kuten tartuntoihin ja yliannostuksiin, vähentävästi.

Demografiset tekijät, kuten ikärakenne, väestötiheys ja kaupunki- ja maaseutualueiden suhteellinen osuus, voivat myös vaikuttaa levinneisyyteen. Samoin sosioekonomiset tekijät, kuten työttömyys, koulutus tai tulotaso, korreloivat joissakin mutta eivät kaikissa tutkimuksissa levinneisyysslukujen kanssa. Maantieteelliseen leviämiseen liittyvät tekijät, kuten kuljetusreitit, voivat myös vaikuttaa niihin (katso laatikko 1).

Huumeiden käytön terveystvaikutukset

Hoidontarve

Hoitoon tulevien asiakkaiden ominaispiirteet, esimerkiksi suonensisäisesti huumeita käyttävien tai opiaattien käyttäjien suhteellinen osuus, ovat mahdollisia indikaattoreita huumeiden ongelmakäytön laajoista suuntauksista. Vinoutumista voi kuitenkin tapahtua: esimerkiksi suonensisäisesti huumeita käyttäviä voi olla suhteellisesti liikaa, koska heillä hoidontarve on suurin, tai kokaiiniin käyttäjät voivat olla aliedustettuina, koska heille ei ole tarjolla hoitopalveluja.

Hoidettujen asiakkaiden huumeidenkäyttötavat

Vaikka hoitopolitiikka ja tilastointikäytännöt vaihtelevat Euroopan maissa, niissä voidaan havaita sekä yhteisiä että toisistaan poikkeavia piirteitä, joita ei voida pitää menetelmistä johtuvina.

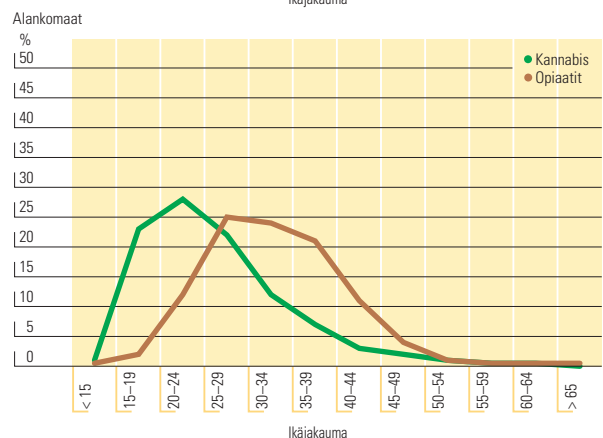
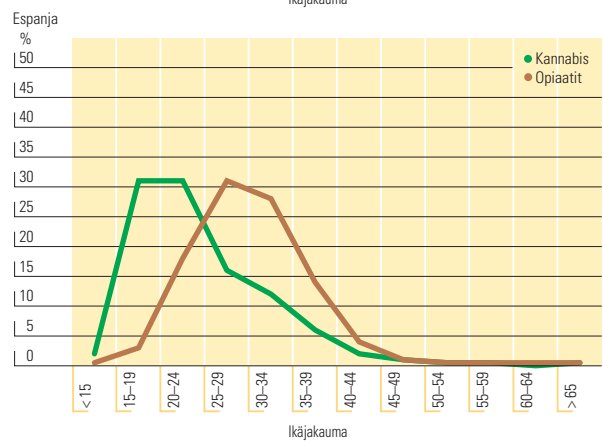
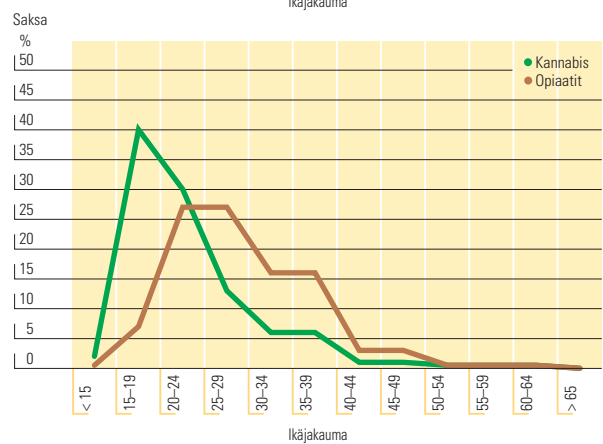
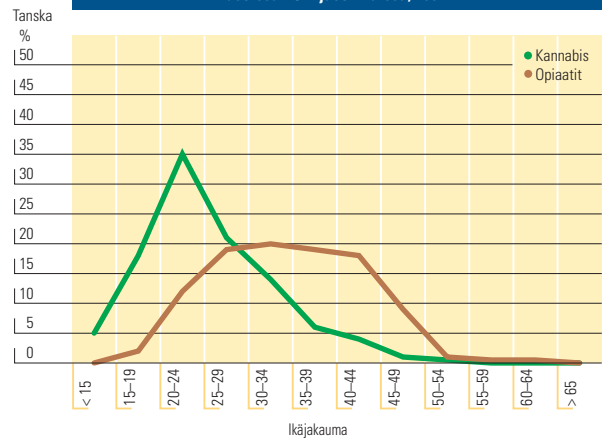
65–95 prosenttia asiakkaista tulee hoitoon opiaattien (pääasiassa heroiinin) käytön vuoksi. Luvut ovat tätä pienempiä vain Belgian flaaminkielisessä yhteisössä, Suomessa ja Ruotsissa.

Kokaiini on ensisijainen huume alle kymmenessä prosentissa hoitotapauksista lukuun ottamatta Espanjaa (11 prosenttia) ja Alankomaita (17 prosenttia). Kokaiini on usein toissijainen huume heroiinin vuoksi hoidettavilla asiakkailla (15–60 prosenttia siellä, mistä tietoa on saatavissa).

Amfetamiinit, ekstaasi ja hallusinogeenit ovat ensisijainen huume alle 1–2 prosentissa hoitotapauksista, mutta luvut ovat amfetamiinin osalta edellä mainittua korkeammat Belgian flaaminkielisessä yhteisössä, Suomessa, Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Kannabis on ensisijainen huume 10–15 prosentissa hoitotapauksista. Luku nousee noin 20 prosenttiin Belgian flaaminkielisessä yhteisössä, Tanskassa ja Suomessa. Kannabis on usein myös toissijainen huume opiaatteja käyttävillä asiakkailla. Kannabisasiakkaat ovat paljon nuorempia kuin opiaattiasiakkaat (kuvio 9), mikä viittaa sosiaaliselta ja henkilökohtaiselta profiililtaan erilaisiin ryhmiin.

Kuvio 9 Kannabiksen tai opiaattien käytön vuoksi hoitoon tulevien ikäjakama useissa EU:n jäsenmaissa, 1997.



Hakeutvatko väestön eri alaryhmät hoitoon?

Lähde: EMCDDA-hanke CT.98.EP.10, jota koordinoi Institut für Therapieforchung, München.

Huumeiden käytön levinneisyys ja muodot

Suonensisäisesti huumeita käyttävien osuus hoidettavista asiakkaista vaihtelee huomattavasti: Kreikassa heroisiin käyttäjiä on 84 prosenttia ja Alankomaissa 14 prosenttia. Ranskassa, Italiassa ja Luxemburgissa ilmoitetaan yli 70 prosenttia opiaattiasiakkaista olevan suonensisäisesti huumeita käyttäviä, kun luku muissa maissa vaihtelee 30 ja 60 prosentin välillä. Syyt näihin eroihin eivät vielä ole selvinneet, mutta niitä voivat olla paikalliset ja kulttuuriset perinteet tai markkinatekijät, kuten poltettavan tai suonensisäisesti käytettävän heroisiin suhteellinen saatavuus.

Hoitoon tulevat asiakkaat ovat yleensä 20–30-vuotiaita miehiä. Hoitoon tulevien keski-ikä on alhaisin Irlannissa (24,3 vuotta) ja korkein Tanskassa (32,5 vuotta).

Hoitoon tulevien profiilin kehitys

Hoitotietojen keruussa tapahtuneista huomattavista parannuksista huolimatta vain harvoissa maissa voidaan vielä nytkään todeta johdonmukaisia suuntauksia. Usein sen sijaan verrataan ensi kertaa hoitoon tulevien ominaisuuksia kaikkiin hoidettuihin suuntausten selvittämiseksi.

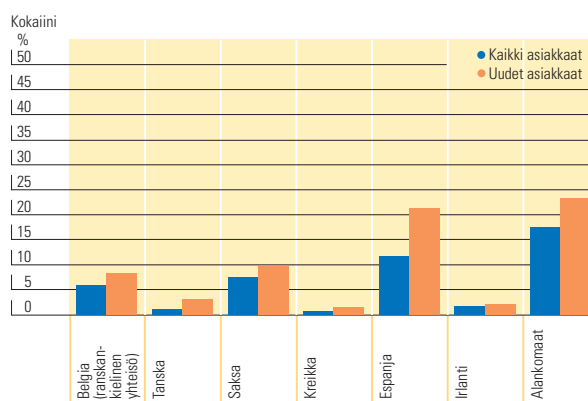
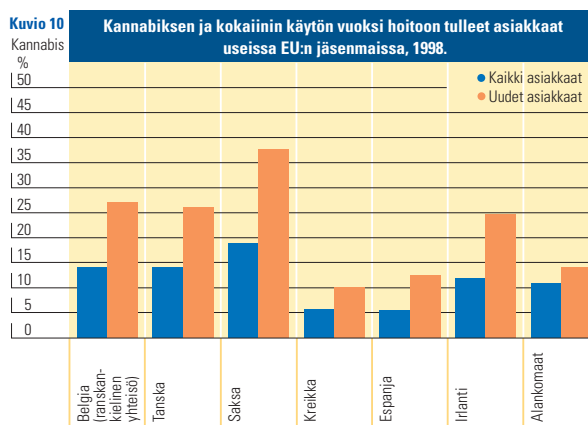
Monet jäsenvaltiot ilmoittavat kannabis- ja kokaiiniasiakkaiden osuuden viime vuosina lievästi kasvaneen ja opiaattitapausten osuuden samanaikaisesti pienentyneen (kuvio 10). Amfetamiineja käyttävien asiakkaiden osuus on pieni mutta uusissa asiakkaissa heitä on yhä enemmän. Nämä vaihtelut voivat kuvata oikeita kehityskulkuja, mutta kannabiksen ja kokaiinin käyttäjien lisääntyminen voi osittain johtua siitä, että opiaattiasiakkaiden osuus uusista hoitotapauksista on pienentynyt.

Suonensisäisesti heroiniä käyttävien osuus kaikista hoide- tuista heroisiin käyttäjistä laski useissa maissa 1990-luvulla, eikä se ole nousussa. Suonensisäisesti käyttävien osuus uusista heroiniasiakkaista on sekin selvästi pienempi verrattuna kaikkiin heroiniasiakkaisiin kaikissa maissa, joista tietoja on saatavissa (kuvio 11). Uusista asiakkaista useimmat polttavat heroiniä tai imppaavat kuumennettavaa heroiniä, ja suuri osa niistä, jotka eivät nyt käytä heroiniä suonensisäisesti, tekivät niin aiemmin. Vaikka tämä osoittaa käyttötottumusten muuttumista, voivat jotkut polttajat myöhemmin ryhtyä käyttämään heroiniä suonensisäisesti.

Huumekuolemat

Menetelmät ja määritelmät

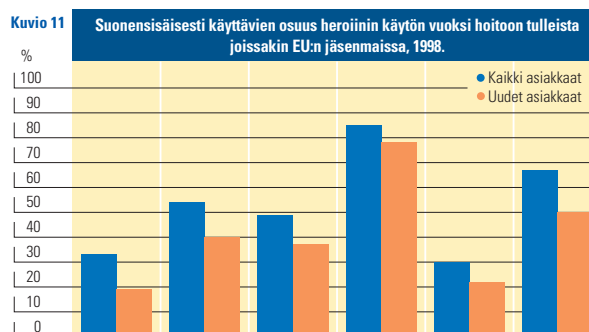
Huumekuolemilla tarkoitetaan kansallisissa tilastoissa yleensä äkillisiä, suoraan huumeen ottamiseen liittyviä kuolemia (yliannostuskuolemat), mutta Tanskassa, Saksassa, Portugalissa ja Ruotsissa käytetään hiukan laajempia määritelmiä. Kuolemia, jotka liittyvät epäsuorasti huumeisiin (aidsin, liikenneonnettomuuksien tai



Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit, 1999, joiden tiedot perustuvat hoitoa käsitteleviin kansallisiin raportointijärjestelmiin.

väkivallan aiheuttamat kuolemat tai itsemurhat), arvioidaan toisin, eikä niitä käsitellä tässä.

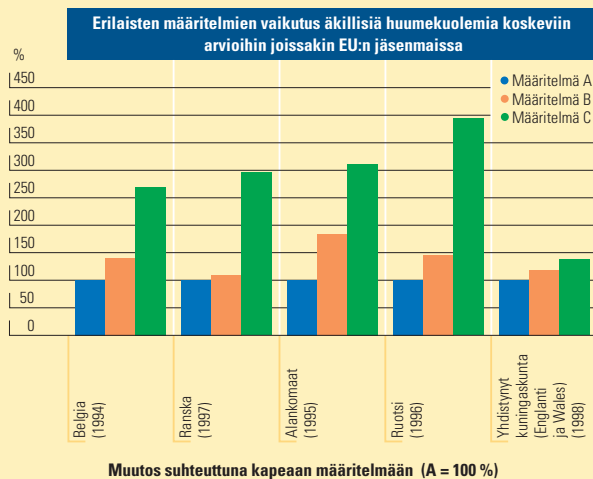
Huumekuolemia koskevien tilastojen suora vertaaminen maiden välillä on kuitenkin harhaanjohtavaa, sillä käytössä ei ole yhdenmukaisia määritelmiä tai menetelmiä. EMCDDA tekee yhteistyötä Eurostatin, Maailman



Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit, 1999, joiden tiedot perustuvat hoitoa käsitteleviin kansallisiin raportointijärjestelmiin.

Erilaisten määritelmien vaikutus äkillisiä huumekuolemia koskeviin arvioihin joissakin EU:n jäsenmaissa

Huumekuolemien kapeiden tai laajojen määritelmien käyttö samassa maassa johtaa hyvin erilaisiin arvioihin.



Huom. Tiedot ovat peräisin yleisistä kuolleisuustilastoista. Määritelmä A: Huumausainepyyssy, huumeriippuvuus, riippuvuutta aiheuttamaton huumeiden väärinkäyttö ja opiaattien, kokaiinin, stimulanttien, kannabiksen tai hallusinogeenien aiheuttama tapaturmainen myrkytys. Määritelmä B: A plus itse aiheutettu (itsemurha)myrkytys tai huumausaineen väärinkäytön aiheuttama tahaton myrkytys. Määritelmä C: B plus barbituraattien, bentsodiatsepiinien tai muiden rauhoittavien ja unilääkkeiden aiheuttamat kuolemat.

Lähde: EMCDDA-hanke CT.98.EP.11, jota koordinoi Trimbos-instituutti, Utrecht.

Määritelmät A, B ja C laadittiin metodologisia tarkoituksia varten osana EMCDDA:n hanketta CT.98.EP.11. Niillä viitataan tapauksiin, joissa peruskuolemansyy vastaa kansainvälisen tautiluokittelun 9. painoksen (ICD-9) koodeja. Ulkoiset kuolemansyyt (myrkytys) poimittiin yhdessä tapaturmakoodin kanssa väärinkäytetyn huumeen osoittamiseksi.

terveysjärjestön ja EU:n jäsenvaltioiden kanssa tämän tilanteen parantamiseksi (laatikko 2). Jos määritelmät ja menetelmät kuitenkin pysyvät samoina maiden sisällä, tilastot voivat osoittaa ajan kuluessa muuttuvia kehityskulkuja.

Huumekuolemien piirteitä

Useimmissa huumekuolemissa opiaatit on tilastoitu ensisijaiseksi huumausaineksi. Muiden päihteiden käyttö, etenkin alkoholin ja bentsodiatsepiinien käyttö, lisää kuolleisuusriskiä opiaattimyrkytyksissä. Monet tällaiset kuolemat tapahtuvat kuitenkin kolmekin tuntia käytön jälkeen, minkä vuoksi ensiaputoimet ovat mahdollisia. Pelkästään kokaiinin, amfetamiinien tai ekstaasin aiheuttamat äkilliset kuolemat ovat harvinaisia, vaikka ne saavatkin paljon julkisuutta.

Päätettiin, että kapea määritelmä A on yhtä kuin sata prosenttia kussakin maassa ja että laajat määritelmät B ja C ilmaistaan prosentteina A:sta.

Nykyiset huumekuolemien ”kansalliset määritelmät” eivät kuitenkaan vastaa täydellisesti tässä annettuja A-, B- ja C-ryhmiä. Esimerkiksi Alankomaiden ja Yhdistyneen kuningaskunnan kansallisilla määritelmillä saadaan melkein samat tulokset kuin määritelmällä A, kun taas Ruotsin määritelmä tuottaa tuloksen, joka on määritelmien B ja C antaman tuloksen välissä. Ruotsissa tapaukset myös eritellään sekä peruskuolemansyyntä että myötävaikuttavan kuolemansyyntä perusteella eikä vain peruskuolemansyyntä perusteella kuten EMCDDA:n hankkeessa. Tästä seuraa, että ”kansallinen” arvio on korkeampi, koska mukana voivat olla äkillisten kuolemantapausten (yliannostuskuolemat) lisäksi myös epäsuorasti huumeisiin liittyvät kuolemat.

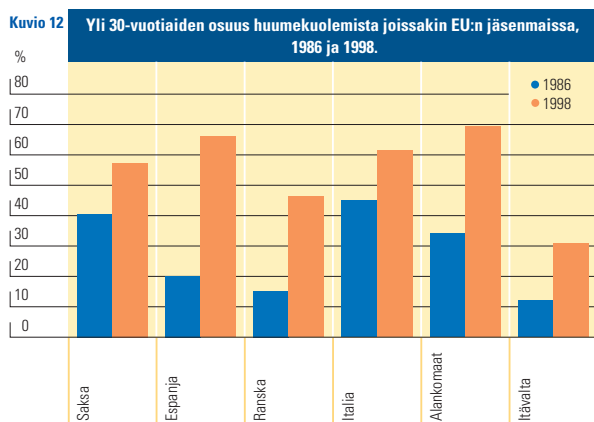
Vaikka käytettäisiin samoja koodeja (EMCDDA:n A, B ja C), väestötilatostot eivät sittenkään ehkä ole täysin vertailukelpoisia, koska ruumiinavausten määrässä tai oikeuslääketieteellisten tietojen käytössä kuolemantapausten koodin määrittelyssä on eroja.

	A	B	C
Belgia (1994)	0,9	1,2	2,1
Ranska (1997)	0,3	0,3	0,7
Alankomaat (1995)	0,2	0,5	0,8
Ruotsi (1996)	1,5	1,9	3,6
Yhdistynyt kuningaskunta (Englanti ja Wales) (1998)	2,2	2,7	2,9

Opiaattikuoleman uhri on useimmiten noin 20–30-vuotias huumeita suonensisäisesti monta vuotta käyttänyt henkilö. Kuten hoitoon hakeutuvat asiakkaat, myös menehtyneet opiaattien käyttäjät ovat monissa EU-maissa selvästi yhä vanhempia (kuvio 12).

Joissakin maissa on otettu esiin metadonin mahdollinen osuus huumekuolemista. Tutkimusten mukaan korvaushoito vähentää huumekuolemariskiä. Koska kuitenkin metadonikorvaushoito on lisääntynyt huomattavasti Euroopassa (katso luku 4), yliannostusten, aids-kuolemien tai onnettomuuksien yhteydessä tehdyissä toksikologisissa tutkimuksissa tavataan yhä useammin metadonia, vaikka se ei olisikaan aiheuttanut kuolemaa. Joissakin paikallisissa tutkimuksissa on ilmennyt, että silloin, kun metadonilla on ollut osuutta äkilliseen kuolemantapaukseen, kyseessä on

Huumeiden käytön levinneisyys ja muodot



Huumeisiin menehtyneet ovat selvästi yhä vanhempia.

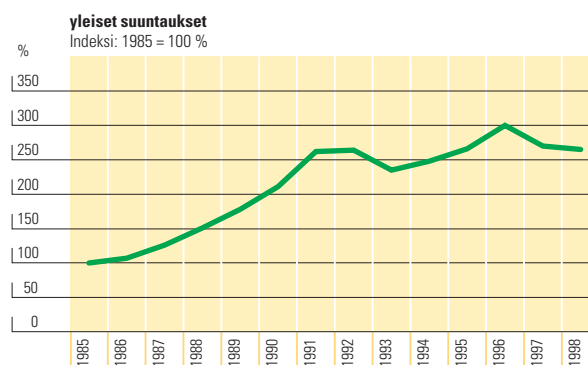
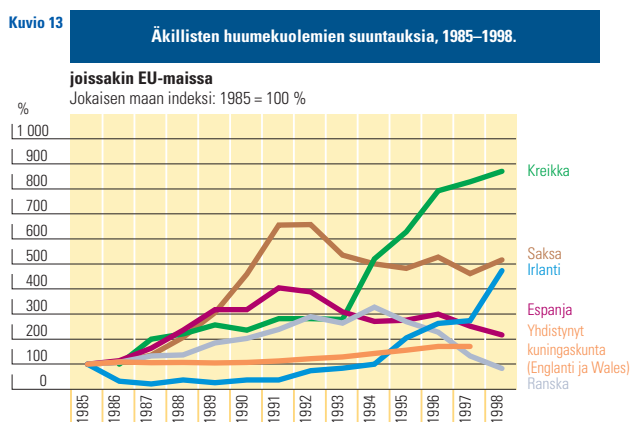
Huom. Italiaa koskevat tiedot ovat vuosilta 1993 ja 1998, ja Itävaltaa koskevat tiedot ovat vuosilta 1989 ja 1998. Itävallan tiedot koskevat ikäryhmää 35–64 vuotta ja Saksan tiedot 30-vuotiaita ja vanhempia. Suhde on saatu nuorempien ja vanhempien käyttäjien kokonaislukujen perusteella.
Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit, 1999, joiden tiedot perustuvat kansallisiin kuolleisuus- ja erityistilastoihin (oikeuslääketieteelliset tai poliisitilastot).

ollut varastettu tai laittomille markkinoille joutunut lääke-metadoni.

Huumekuolemien kehitys

Äkilliset huumekuolemat lisääntyivät monissa maissa selvästi 1980-luvun lopusta 1990-luvun puoliväliin. Tämä kasvu on nyt vakiintunut EU:ssa kokonaisuutena, mutta poikkeavia kansallisia suuntauksia on vielä havaittavissa.

- Espanjassa ja Ranskassa sekä jossain määrin Saksassa, jossa viimeaikaisesta vähenemisestä on raportoitu, sekä myös Italiassa ja Itävallassa äkilliset huumekuolemat ovat vakiintuneet tai vähentyneet. Tämä voi kuvastaa huumeiden ongelmakäytön eri tasoja, vähentynyttä suonensisäistä käyttöä ja/tai hoitoon pääsemisen, myös korvaushoitoon pääsemisen, helpottumista.
- Kreikassa, Irlannissa ja Portugalissa huumekuolemat olivat harvinaisia 1990-luvun alussa, mutta sittemmin luvut ovat kasvaneet huomattavasti. Tämä saattaa liittyä lisääntyneeseen heroiinin käyttöön, mutta se voi myös johtua parantuneista tilastointikäytännöistä.
- 1990-luvun alun runsaiden huumekuolemien jälkeen kasvu jatkuu yhä Ruotsissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja jossain määrin myös Tanskassa. Tämän suuntauksen taustalla olevia syitä ei ole vielä täysin selvitetty.



Äkilliset huumekuolemat ovat vakiintuneet koko EU:ssa joidenkin maiden erisuuntaisista kehityslinjoista huolimatta.

Huom. Esimerkkinä erisuuntaisista kehityslinjoista tässä esitetään vain joitakin maita koskevia tietoja. Vuoden 1985 suhteelliset poikkeamat on esitetty. Kreikan osalta sarja alkaa vuodesta 1986 vääristymän välttämiseksi. Tiedottamisen tehostuminen voi olla syynä muuttuviin kehityslinjoin joissakin maissa, joissa huumekuolemien määrät ovat kasvussa. Kaikki maat eivät antaneet jokaista vuotta koskevaa tietoa, mutta tilanne tarkistettiin analyysissä tehtäessä.
Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit, 1999, kuolleisuus- tai erityistilastojen (oikeuslääketieteelliset tai poliisitilastot) mukaisesti.

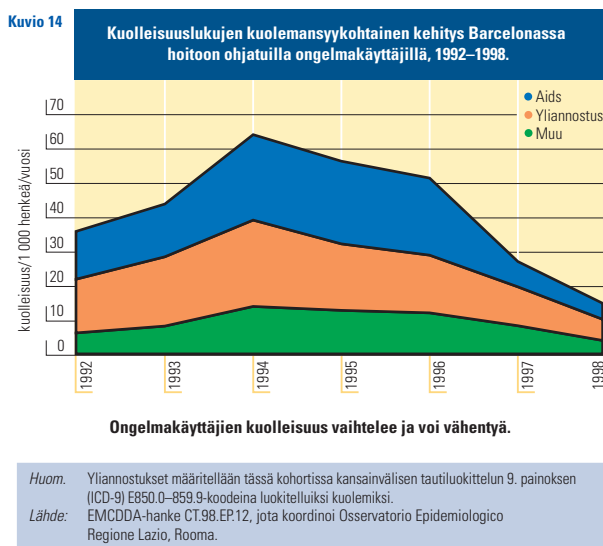
Huumeiden käyttäjien kuolleisuus

Huumeiden käyttäjien kuolleisuuden ja kuolemansyiden arvioiminen helpottaa kansanterveystoimien suunnittelua ja arviointia ja täydentää huumekuolemia koskevia tilastoja. Kuolleisuutta tutkitaan seuraamalla hoitoon ohjattujen ongelmakäyttäjien ryhmiä (yleensä opiaattien käyttäjiä) useiden vuosien ajan (joukkotutkimukset).

Tulokset osoittavat, että opiaattien käyttäjien kuolleisuus on jopa 20-kertainen yleisväestöön kuuluviin samanikäisiin verrattuna. Naisilla kuolleisuus voi olla yli 30-kertainen samanikäisiin huumeita käyttämättömiin naisiin verrattuna. Suurten lukujen taustalla on erilaisia kuolinsyitä: yliannostuksia, onnettomuuksia, itsemurhia tai tarttuvia tauteja. Suonensisäisesti huumeita käyttävien kuolleisuusriski on 2–4 kertaa suurempi kuin niiden, jotka eivät käytä huumeita suonensisäisesti, ja HIV-positiivisten käyttäjien kuolleisuusriski on 2–6-kertainen niihin käyttäjiin verrattuna, joilla ei ole HIV-tartuntaa.

2000 – Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta

Useilla paikkakunnilla tehdyssä joukkotutkimuksessa, jota EMCDDA koordinoi, saatiin tulokseksi suuria eroja kuolleisuudessa ja kuolemansyissä paikkakuntien välillä. Kaupungeissa, joissa huumeiden käyttäjien HIV-tartunnat ovat yleisiä, kuolleisuus on lisääntynyt aidsin vaikutuksesta 1980-luvun jälkeen. Barcelonassa (kuvio 14) kuolleisuus nousi vuodesta 1992 vuoteen 1996 yli 50:een tuhatta käyttäjää kohti vuodessa, ennen kuin se laski huomattavasti. Kuolleisuuden lasku johtui sekä aidsin aiheuttamien kuolemien vähenemisestä (mikä oli todennäköisesti uusien antiretrovirushoitojen ansiota) että yliannostuskuolemien vähenemisestä.

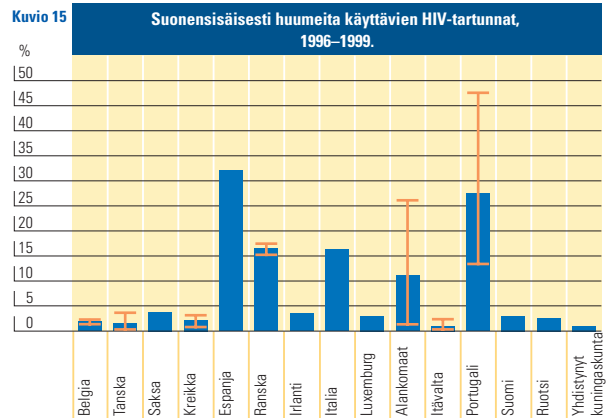


Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

HIV ja aids

Huomattavat erot HIV-tartunnoissa suonensisäisesti huumeita käyttävillä – Yhdistyneen kuningaskunnan yhdestä prosentista Espanjan 32 prosenttiin (kuvio 15) – eivät selity erilaisilla lähteillä tai tiedonkeruumenetelmillä.

HIV-tartuntojen levinneisyys näyttää useimmissa maissa vakiintuneen 1990-luvun puolivälin jälkeen. Sitä ennen se oli laskenut jyrkästi, kun 1980-luvulla suonensisäisesti huumeita käyttävien joukossa levinnyt ensimmäinen suuri epidemia oli ohitettu. Uusia tartuntoja syntyy kuitenkin jatkuvasti, mikä tasoittaa kuolemien aiheuttama levinneisyyslaskua. Joillakin alueilla levinneisyys saattaa jopa olla kasvussa. Suomessa HIV-tapaukset ovat lisääntyneet huomattavasti suonensisäisesti huumeita käyttävien keskuudessa vuoden 1998 jälkeen (ei näy tässä raportissa). Vuoden 1998 lopussa paikallinen HIV-levinneisyys erään ongelmakäyttäjryhmän (enimmäkseen suonensisäisesti käyttäviä) keskuudessa

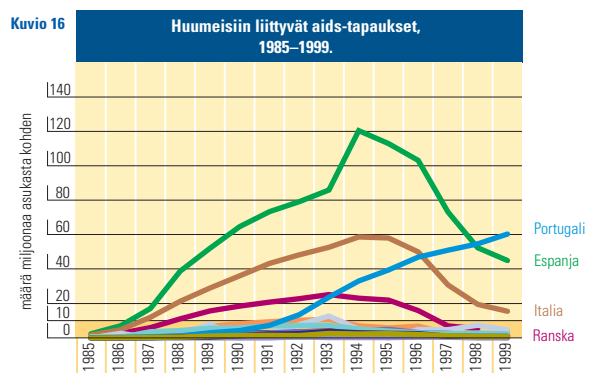


HIV-tartuntaluvuissa on suuria vaihteluja sekä maiden sisällä että maittain vertaillen.

Huom. Vertailuja on vaikea tehdä, koska luvut perustuvat eri lähteisiin ja niitä koottaessa on käytetty eri menetelmiä. Menetelmiä koskevien huomautusten osalta katso tilastotauluja osoitteessa www.emcdda.org.
Tanskaa, Alankomaita ja Suomea koskevat luvut sekä Itävaltaa ja Portugalia käsittelevät korkeat luvut ovat paikallisia.
Saksan ja Italian luvut kattavat hoidossa olevat opiaattien käyttäjät, joten suonensisäisesti huumeita käyttävien luvut on aliarvioitu.
Lähteet: Lähteiden osalta katso tilastotauluja osoitteessa www.emcdda.org.

Lissabonissa oli 48 prosenttia. Se on korkeampi kuin aiemmissa tutkimuksissa, mikä viittaa äskettäin tapahtuneeseen tartuntaan.

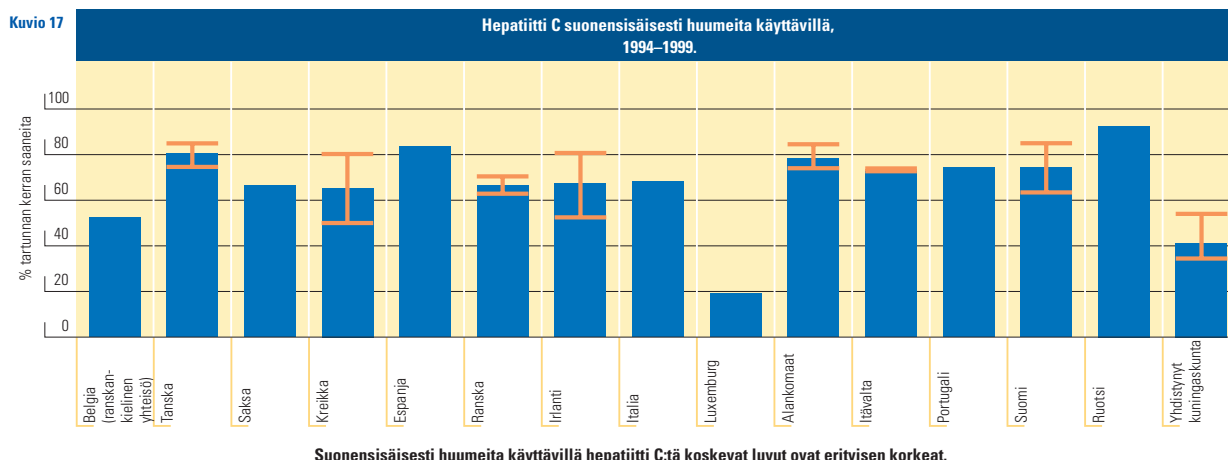
Uusien aids-tapausten määrä vaihtelee myös suuresti eri maissa, vaikka yleinen suuntaus onkin laskeva (kuvio 16). Tämä lasku lienee uusien, aidsin puhkeamista viivyttävien hoitojen ansiota. Portugalissa uusien aids-tapausten määrä ei ole laskussa, mikä saattaa viitata vähäiseen hoitoonhakeutumiseen ja/tai HIV-tartuntojen lisääntymiseen. Suonensisäisesti huumeita käyttävien osuus kaikista kumuloituneista aids-tapauksista vaihtelee myös merkittävästi eri maissa, mikä osoittaa, että suonensisäisesti huumeita käyttävien suhteellinen merkitys aids-epidemiassa vaihtelee.



Aids-tapaukset vähenevät yhä suurien tartuntalukujen maissa paitsi Portugalissa.

Huom. Luvuissa on otettu huomioon raportointiviiveet. Eurooppalaisen aidsin epidemiologian seurantakeskuksen raportointien ja kansallisten tietojen välillä voi joidenkin maiden osalta olla pieniä eroavaisuuksia, jotka johtuvat raportointiviiveistä.
Lähde: Eurooppalainen aidsin epidemiologian seurantakeskus, Pariisi.

Huumeiden käytön levinneisyys ja muodot



Huom. Vertailuja on vaikea tehdä, koska luvut perustuvat eri lähteisiin ja niitä koottaessa on käytetty eri menetelmiä. Kaikki luvut eivät myöskään ole kansallisia lukuja. Tanskan, Saksan, Alankomaiden, Itävallan, Portugalin ja Suomen luvut ovat paikallisia. Menetelmiä koskevien huomautusten osalta katso tilastotauluja osoitteessa www.emcdda.org.

Lähteet: Lähteiden osalta katso tilastotauluja osoitteessa www.emcdda.org.

Hepatiitti B ja hepatiitti C

Hepatiitti C -tartunta on kaikkialla EU:ssa suonensisäisesti huumeita käyttävillä yleisempi ja yhdenmukaisempi kuin hepatiitti B -tartunta. Hepatiitti B:n vasta-aineiden levinneisyys on 20–70 prosenttia ja hepatiitti C:n 20–90 prosenttia niissäkin maissa, joissa HIV-tartuntojen määrä on pieni, kuten Kreikassa (kuvio 17).

Useimmissa maissa steriilien neulojen ja ruiskujen sekä kondomien saatavuuden helpottaminen, HIV-neuvonta ja -testaus sekä korvaushoito ovat auttaneet HIV-tartuntojen hillitsemisessä suonensisäisesti huumeita käyttävien keskuudessa. Tällaisilla toimilla voidaan myös vähentää hepatiitti C -tartuntoja suonensisäisesti huumeita käyttävien keskuudessa, mutta leviämistä niillä ei ole kyetty estämään. Hepatiitti C -tartunnan yleisyyteen suonensisäisen huumeiden käytön vasta äskettäin aloittaneilla on puututtava innovatiivisin keinoin. EU:n laajuinen seuranta- ja järjestelmä olisi myös tarpeen.

Hepatiitti B -tartunnasta on saatavissa vain vähän uutta tietoa, eikä sitä näin ollen esitetä tässä. Täydellisten vasta-aineiden määrä veressä ei riitä mittariksi, sillä se voi merkitä yhtä hyvin rokotusta kuin aiempaa, nykyistä tai kroonista tartuntaa. Suonensisäisesti huumeita käyttävät, joilla ei ole hepatiitti B -vasta-aineita, muodostavat kuitenkin riskiryhmän, joka hyötyisi rokotuksesta. Tartuntaa edelleen levittävät voidaan tunnistaa erityisen serologisen markkerin avulla (hepatiitti B:n pinta-antigeeni HBsAg). Tulevat vuosiraportit sisältävät tietoa HBsAg-tasoista.

Lainvalvonnan indikaattorit

Lainvalvontaviranomaisten esittämät huumeetiedot kuvaavat eroja kansallisissa lainsäädännöissä mutta myös resursseissa ja painopisteissä. Vaikka tilastointikäytäntöjen ja määritelmien eroavuudet estävät tarkan vertailun, suuntauksia kuvaillaan jäljempänä aina, kun se on mahdollista.

Huumerikoksiin liittyvät pidätykset

Kaikkiin huumerikoksiin liittyvät pidätykset ⁽²⁾ ovat lisääntyneet Euroopassa tasaisesti 1980-luvun puolivälin jälkeen ja huomattavasti vuoden 1994 jälkeen. Kreikka, Espanja, Alankomaat, Portugali ja Suomi ovat ilmoittaneet suurimmista viimeaikaisista lisäyksistä, kun taas Tanskassa ja Luxemburgissa luvut ovat vakiintuneet.

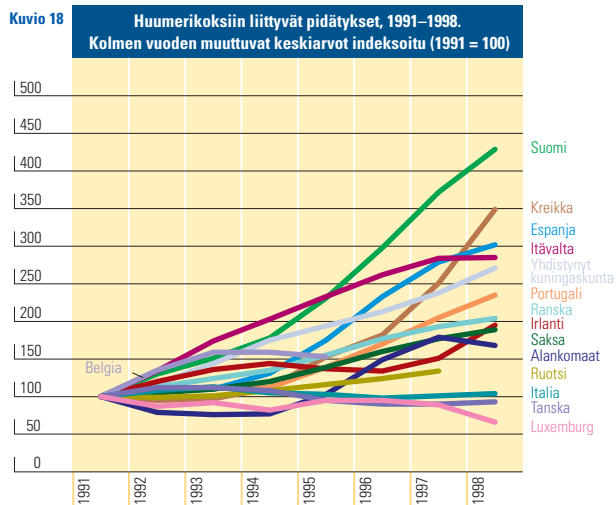
Vuonna 1998 kannabis oli yleisin huumeepidätyksiin liittyvä päihde, ja se oli syynä 39 prosenttiin näistä pidätyksistä Irlannissa ja 85 prosenttiin Ranskassa. Italiassa, Luxemburgissa ja Portugalissa 40–60 prosenttia pidätyksistä liittyi heroiniin. Ruotsissa 55 prosenttia huumeepidätyksistä liittyi amfetamiineihin, mikä on vain hiukan enemmän kuin kannabikseen liittyvät huumeepidätykset. Alankomaissa useimmat huumeisiin liittyvät pidätykset koskivat ”kovia” huumeita (muuta pähteitä kuin kannabista).

Kaikissa maissa, joissa huumeiden hallussapito ja/tai käyttö on rangaistavaa ⁽³⁾, nämä rikokset olivat enemmistönä vuosina 1997 ja 1998 – Portugalin 61

⁽²⁾ Jäsenvaltiot määrittelevät pidätyksen eri tavoin. Sana voi esimerkiksi viitata epäiltyihin rikoksentehtäjiin tai huumeusainerikkomuksen vuoksi nostettuun syytteesen.

⁽³⁾ Tanskaa ja Italiaa koskevia tietoja ei ollut saatavissa.

2000 – Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta



Huumerikoksiin liittyvät "pidätykset" lisääntyvät useimmissa maissa.

Huom. Kaikkien maiden reaaliarvot on kirjattu vuoden 1998 osalta ja Ruotsin osalta vuoden 1997 reaaliarvot, koska saatavilla olevien tietojen pohjalta kolmen vuoden muuttuvia keskiarvoja ei voida näissä tapauksissa laskea. Belgian osalta sarja katkeaa vuosina 1996 ja 1997 puuttuvien tietojen takia. Vuoden 1998 luku tulee lukea "193". Kreikkaa koskeva vuoden 1998 luku kuvaa annettujen syyteiden määrää.
Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit, 1999.

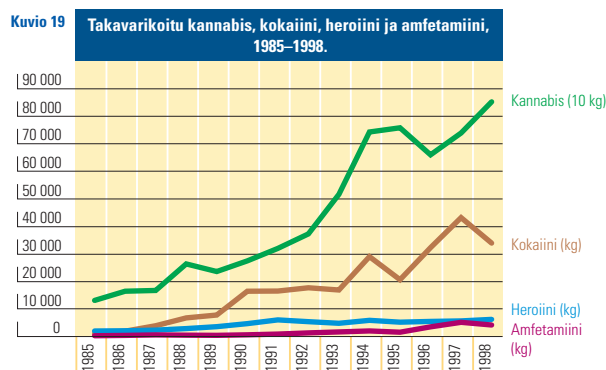
prosentista kaikista huumerikoksista Itävallan 87 prosenttiin (tähän lukuun tosin sisältyy pienten määrien kauppa). Luxemburgissa suurin osa pidätyksistä liittyi käyttöön ja kauppaan.

Vankilatiedot

Huumeiden käytöstä vankiloissa kerätään vain harvoin rutiininomaisesti tietoja, ja enin tieto saadaan paikallisista kertatutkimuksista. Suuri osa – joissakin tapauksissa jopa 90 prosenttia – tuomituista tai tutkintavangeista on huumeiden käyttäjiä, mutta ongelmakäyttäjien määrät ovat pieniä, ja ne vaihtelevat 20 ja 50 prosentin välillä koko vankiväestöstä useimmissa jäsenvaltioissa.

Huumeiden käyttö vankiloissa

Tutkimukset osoittavat, että useimpien EU-maiden vankiloissa käytetään huumeita (4). Jotkut vangit aloittavat huumeiden käytön vankilassa. Ilmoituksia on tullut myös suonensisäisen käytön aloittamisesta vankilassa. Vaikka suonensisäinen huumeiden käyttö vaikuttaa harvinaisemmalta vankiloissa kuin niiden ulkopuolella, peräti 70 prosenttia joidenkin vankiloiden käyttäjistä lainaa neuloja ja muita injektiovälineitä.



Takavarikoidun kannabiksen ja kokaiinin määrät kasvoivat huomattavasti 1990-luvulla.

Huom. Milloin tietoja ei ole saatavissa, luvut ovat liian alhaiset. Belgian vuoden 1998 kannabistakavarikoita koskevia tietoja ei ole saatavissa. Belgiassa vuosina 1996–1998 tehdyistä amfetamiinitakavarikoista ei ole saatavissa tietoja eikä myöskään Itävallassa vuonna 1998 tehdyistä vastaavista takavarikoista.
Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit, 1999.

Huumemarkkinoiden indikaattorit: takavarikot, hinta ja puhtaus

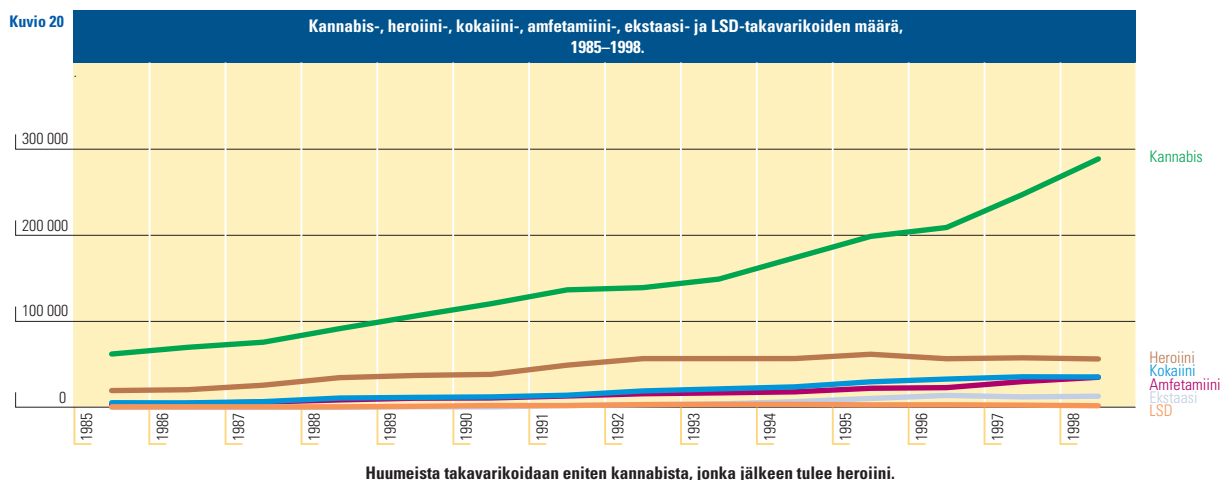
Huumeetakaravikoiden määrä voi osoittaa epäsuorasti huumeiden tarjonnan määrää tai saatavuutta, mutta se osoittaa myös lainvalvonnan painopisteitä ja strategioita sekä sitä, miten todennäköistä eri huumeaineiden takavarikoiminen on. Takavarikoituja määriä (kuvio 19) on vaikea analysoida, sillä ne voivat vaihdella muutaman poikkeuksellisen suuren takavarikoidun erän vuoksi. Takavarikoidun määrä (kuvio 20), joka monissa maissa koostuu valtaosaltaan pienistä jälleenmyyntitakavarikoista, saattaa osoittaa tarkemmin kotimaan markkinoiden saatavuussuuntauksia. Tietoja takavarikoista olisi tarkasteltava yhdessä muiden markkinaindikaattorien kuten hinnan, puhtauden, saatavuuden ja markkinoiden rakenteen kanssa. Näitä tietoja on kansallisella tasolla saatavissa toistaiseksi hyvin vähän, minkä vuoksi tarkan kuvan luominen huumeainemarkkinoista on vaikeaa.

Kannabis

Kaikissa EU-maissa Portugalia lukuun ottamatta valtaosa takavarikoista koskee kannabista. Vuoden 1985 jälkeen kannabistakavarikot lisääntyivät tasaisesti vuoteen 1997 asti, jonka jälkeen nousu on ollut aiempaa jyrkempää. Takavarikoidut määrät ovat myös kasvaneet vuoden 1996 laskusta huolimatta, ja huippu saavutettiin vuonna 1998, jolloin kannabista takavarikoitiin 853 tonnia. Vuonna 1998 Espanja takavarikoi eniten kannabista, vaikka Yhdistynyt kuningaskunta ilmoitti tehneensä takavarikoita kaksi kertaa enemmän kuin Espanja.

(4) Lähteet löytyvät tilastollisista taulukoista osoitteesta www.emcdda.org.

Huumeiden käytön levinneisyys ja muodot



Huumeista takavarikoidaan eniten kannabista, jonka jälkeen tulee heroini.

Huom. Kreikan osalta ei ole tietoja, Tanskan ja Portugalin osalta tietoja on vain vuodelta 1988, Alankomaiden tiedot ovat vuodelta 1997 ja Suomen tiedot vuosilta 1993 ja 1996. Belgian vuoden 1996 amfetamiinitakavarikkoja koskevia lukuja ei ole saatavissa eikä Itävallan vastaavia vuoden 1998 tietoja. Ekstaasitakavarikkosarjoja ruvettiin tekemään lähinnä 1990-luvun alussa paitsi Espanjassa, Ranskassa, Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Belgian osalta vuosien 1996 ja 1997 tietoja ei ole saatavissa eikä myöskään Alankomaiden vuoden 1998 tietoja; Belgian vuoden 1998 tietoihin sisältyvät myös amfetamiinit. Ekstaasitakavarikot vuosina 1985–1994 on arvioitu liian korkeiksi, koska lukuihin sisältyvät Espanjan LSD-takavarikot. Alankomaiden ja Suomen osalta vuonna 1998 tehdystä LSD-takavarikoista ei ole saatavissa tietoja.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit, 1999.

Kannabiksen hinnat ovat yleensä vakaat kaikkialla EU:ssa. Saksassa kannabiksen vahvuus mitattuna psykoaktiivisen aineen tetrahydrokannabinolin (THC) prosentuaalisena osuutena vaihteli alle kolmesta prosentista 20 prosenttiin vuonna 1998. Lähes puolet analysoiduista hasisnäytteistä sisälsi 6–9 prosenttia THC:tä.

Heroiini

Sekä heroinitakavarikot että niissä takavarikoidun aineen määrät lisääntyivät vuodesta 1985 vuosiin 1991–1992; tämän jälkeen ne ovat vakiintuneet kaikkialla EU:ssa. Eri maiden luvuissa on joitakin vaihteluja. Takavarikot ovat selvästi vähentyneet vuoden 1995 jälkeen Tanskassa, Saksassa, Ranskassa, Italiassa, Luxemburgissa ja Itävallassa mutta lisääntyneet Irlannissa, Suomessa, Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Takavarikoidun heroinin määrät ovat myös vaihdelleet siten, että laskua on viimeisen kolmen vuoden aikana tapahtunut Saksassa, Ranskassa ja Suomessa. Vuonna 1998 Alankomaissa takavarikoitiin kolmannes kaikesta EU:ssa takavarikoidusta heroininista, mutta eniten takavarikkoja tehtiin Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Heroinin katuhinta näyttää pysyvän vakaana Belgiassa, Irlannissa ja Luxemburgissa ja vakiintuvan laskun jälkeen Saksassa. Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa ilmoitetaan halvan, erityisesti ruskean poltettavan heroinin saatavuuden lisääntyneen.

Heroinin puhtaus vaihtelee alle 20 prosentista Saksassa ja Kreikassa 35–40 prosenttiin Irlannissa ja Yhdistyneessä

kuningaskunnassa. Tanskassa keskimääräinen puhtaus on yli 60 prosenttia.

Kokaiini

Kokaiinitakavarikot lisääntyivät edelleen EU:ssa vuonna 1998, jolloin niitä tehtiin kaikkiaan 35 060. Suuntaus on selkeä lähes kaikissa jäsenvaltioissa mutta erityisesti Espanjassa, Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Takavarikoidut määrät vaihtelevat, mutta yleinen suuntaus on nouseva. Vuoteen 1997 verrattuna takavarikoidun kokaiinin kokonaismäärä väheni vuonna 1998 EU:ssa 21 prosenttia 34 tonniin. Suurimpana syynä oli lasku Espanjassa ja Portugalissa. Vuonna 1998 suurimmat määrät takavarikoitiin Espanjassa ja Alankomaissa.

Kokaiinin hinta on yleensä EU:ssa vakaa, mutta se laskee Saksassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Jällemyytävän kokaiinin puhtaus on 50–60 prosenttia lukuun ottamatta Kreikkaa, jossa se vaihtelee viiden ja kymmenen prosentin välillä, ja Irlantia, joka ilmoitti vuonna 1998 puhtaudeksi 38 prosenttia.

Amfetamiinit, ekstaasi ja LSD

1980-luvun puolivälin jälkeen amfetamiinitakavarikot lisääntyivät EU:ssa tasaisesti, minkä jälkeen niiden määrä vakiintui vuonna 1998 noin 35 000:een. Näistä yli puolet tehtiin Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Eniten amfetamiinia takavarikoitiin Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, mutta kun Yhdistyneessä kuningaskunnassa löydetty määrä laski vuonna 1998 45 prosenttia, laski EU:n kokonaismäärä 19 prosenttia noin neljään

2000 – Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta

tonniin. Suomessa, Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa amfetamiinit ovat kannabiksen jälkeen toiseksi yleisimmin takavarikoitu huumeaine.

Ensimmäisistä ekstaasitakavarikoista ilmoitettiin 1980-luvun lopulta 1990-luvun puoliväliin. Tämän jälkeen niiden määrä nousi tasaisesti, kunnes se laski tai tasaantui useimmissa jäsenvaltioissa vuosina 1997 ja 1998. Löydettyjen tablettien määrä kasvoi selvästi ja saavutti 9,9 miljoonan huipun vuonna 1996. Sen jälkeen määrä laski 4,2 miljoonaan vuonna 1997 ja nousi jälleen 6,2 miljoonaan vuonna 1998. Suurimmat määrät löydettiin Ranskasta, Alankomaista ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta.

Sekä lysergihapon dietyyliamidin eli LSD:n takavarikoiden määrät että niissä löydettyjen aineiden määrät lisääntyivät vuoteen 1993 saakka, mutta ne ovat sittemmin

kaikkiaan laskeneet huolimatta vaihteluista useimmissa maissa. LSD:tä takavarikoidaan harvemmin kuin amfetamiineja tai ekstaasia.

Sekä amfetamiinien että ekstaasin hinnat laskivat 1990-luvun loppupuolella, mutta näyttävät nyt joissakin jäsenvaltioissa olevan vakiintumassa.

Amfetamiinin puhtaus vaihtelee Irlannin kuudesta prosentista Kreikan sataan prosenttiin. Ekstaasin nimellä myytyjen tablettien koostumus vaihtelee sitä vastoin huomattavasti. Useimmat sisältävät MDMA:ta (metyleenidioksimetamfetamiini) tai muuta sen kaltaista ainetta (MDEA, MDA), mutta niissä voi myös olla muita aktiivisia ainesosia, kuten amfetamiineja tai kofeiinia, tai ne voivat koostua näistä kokonaan. Tablettien ulkonäöstä ei useinkaan voi päätellä niiden koostumusta, sillä samaa muotoa tai merkkiä voidaan käyttää eri sisällöstä.

Huumeiden käytön vastaiset toimet

Tässä luvussa luodaan katsaus huumausainepolitiikkaan ja -strategioihin kansallisella ja EU:n tasolla ja tarkastellaan niihin liittyviä laadunvarmistuskysymyksiä. Tässä arvioidaan myös huumeiden vastaisia toimia koulutuksen, terveyden, sosiaalihuollon ja rikosoikeuden aloilla.

Toimintalinjojen ja strategioiden kehitys

Kansalliset huumausainepolitiikat

Kansalliset huumausainepolitiikat ovat tasapainoittumassa, ja kysynnän vähentämistä painotetaan enemmän kuin tarjonnan vähentämistä. Huumehaittojen ehkäiseminen ja vähentäminen ovat yleisimpiä osatekijöitä, ja Espanjassa, Ranskassa, Portugalissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa – samoin kuin EU:ssa – hiljattain hyväksytyt strategiat osoittavat, että suuntauksena on huumausaineongelman näkeminen osana laajempaa kokonaisuutta, johon kuuluvat köyhyys, työttömyys ja sosiaalinen syrjäytyminen.

Huumausainestrategioiden keskeiset tekijät ovat

- tieteellinen analyysi ja näyttö päätöksenteon perustana
- selkeät painopisteet ja yhteiset tavoitteet
- suoritustavoitteet edistymisen arvioimiseksi
- strategian tehokkuuden arviointi.

Koordinointi kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla on kaiken perusta, ja kansalliset koordinaatioelimet sekä hallinnoivat täytäntöönpanotoimia että ottavat niistä poliittisen vastuun. Saksassa, Italiassa ja Luxemburgissa painopiste on siirtynyt rankaisevasta toimintamallista ehkäisevään toimintaan ja hoitoon, ja vastuu huumausainepolitiikasta on siirtynyt sisäasiainministeriöiltä terveys- ja/tai sosiaalasioista vastaaville minis-

terioille. Päihdepalvelut sisällytetään yhä yleisemmin terveydenhuolto-, sosiaali- ja rikosoikeuden aloihin, ja yhteistyötä lujittavat myös poliittisten päättäjien, paikallisten toimijoiden ja kansallisten, alueellisten ja paikallisten viranomaisten muodostamat verkostot.

Saksan helmikuussa 2000 hyväksytyssä huumeriippuvuutta koskevassa politiikassa on uutta keskittyminen huumehaittojen vähentämiseen ja erittäin heikkokuntoisten huumeiden käyttäjien tukemiseen esimerkiksi luomalla oikeudelliset puitteet piikityshuoneille. 17. joulukuuta 1999 monipuoluesopimuksella hyväksytyssä, vuosia 2000–2008 koskevassa Espanjan huumausainestrategiassa etusijalla on ehkäisevä työ, jota toteutetaan asettamalla suoritustavoitteita, perustamalla uusia seurantakeskuksia autonomisille alueille ja laatimalla paikallisia toimintasuunnitelmia. Ranskan kolmivuotisessa suunnitelmassa (1999–2001), joka hyväksyttiin 16. kesäkuuta 1999, kohderyhmänä ovat nuoret ja toimintatapoja ovat näyttöön perustuva ehkäisevä työ, tiedottaminen, koulutus, hoito ja syytteen nostamista koskevat uudet suuntaviivat. Portugalin uudessa strategiassa, joka hyväksyttiin 22. huhtikuuta 1999, korostetaan ehkäisevää työtä, hoitoa ja sosiaalista kuntoutusta. Yhdistyneen kuningaskunnan vuosia 1998–2008 koskevassa strategiassa ovat keskeisiä nuorten huumeiden käyttö, hoitoonpääsy, rikosten vähentäminen sekä huumeiden saatavuus ja tarjonta. Poliitiikan tavoitteina ovat nuorten huumeiden saannin vähentäminen 50 prosentilla vuoteen 2008 mennessä sekä huumeista johtuvan koulusta erottamisen ja poissaolon tai työstä erottamisen vähentäminen. Lisäksi huume-kuolemia on tarkoitus vähentää 25 prosenttia vuoteen 2002 mennessä.

Sekä lailliset että laittomat huumaussaineet sisältyvät uusiin strategioihin Espanjassa ja Ranskassa, ja niissä korostetaan riippuvuuskäyttäytymistä enemmän kuin päihteitä. Tämä suuntaus on ollut havaittavissa esimerkiksi Saksan, Itävallan ja Ruotsin ehkäisy politiikassa 1980-luvulta alkaen. Alankomaiden terveysministeriön perustama kansallinen huumevalvontakeskus (The Dutch National Drug Monitor), joka alkoi valvoa huumeisiin liittyviä kysymyksiä vuonna 1999 Alankomaiden mielen-terveys- ja riippuvuusinstituutin (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction) alaisuudessa, on toimiva- tainen sekä laittomien huumeiden että alkoholin alalla.

Kaikki jäsenvaltiot suosivat huumeisiin liittyvissä rikok- sissa vankilan sijaan muita toimia, jollei vankeustuomio ole ehdottoman välttämätön. Myös huumeiden käyttöön liittyvien rikosten rangaistavuuden poistaminen on yleistymässä. Nämä suuntauksat viittaavat yksimielisyy- teen siitä, että vankila ei ole tarkoituksenmukainen ratkai- su huumeongelmalle. Yleensä turvaututaan hoitoon, vaikka rikoksen vakavuuden vuoksi vankeus olisikin väistämätön.

Vuonna 1998 Belgiassa annettiin toimintaohje, jonka mukaan henkilökohtaiseen käyttöön tarkoitetun kannabiksen hallussapitoa on pidettävä rikosoikeudellisesti 'lievimpänä rikoksena'. Ranskan oikeusministeri antoi samoin kesäkuussa 1999 toimintaohjeen, jossa suositel- tiin, että huumeiden käyttäjiä, erityisesti kannabiksen satunnaiskäyttäjiä, jotka eivät ole tehneet muita asiaan liittyviä rikoksia, ei vangittaisi vaan että syyttäjät antaisi- vat heille suullisia huomautuksia ja varoituksia. Saksassa keskustelu kannabiksen laillistamisesta vilkastui liittoval- tion perustuslakituomioistuimen esitettyä vuonna 1994 pyynnön, että laadittaisiin yhdenmukaiset perusteet syytteen nostamiseksi kannabiksen hallussapidosta henkilökohtaista käyttöä varten. Yhdistyneen kuningas- kunnan hallitus ilmoitti maaliskuussa 2000 aloittavansa tieteelliset kokeet kannabiksen käytöstä reseptilääkkeenä. Tulokset on määrä saada vuonna 2002.

Luxemburgissa keskustellaan parhaillaan lakialoitteesta, jolla poistettaisiin rangaistavuus "pieniriskisten" päihtei- den kuten kannabiksen käytöltä ja hallussapidolta hen- kilökohtaista käyttöä varten. Myös Portugalin strategiaan sisältyy mahdollisuus poistaa rangaistavuus huumei- den käytöltä tai hallussapidolta henkilökohtaista käyttöä varten ⁽⁵⁾ ja määrätä rikoksesta hallinnollisia seuraamuk- sia (kuten sakot ja ajokortin tai passin peruuttaminen). Näin tehtiin Espanjassa vuonna 1992 ja Italiassa 1993.

Rikollisuuden torjunta

Ranskan kolmivuotinen suunnitelma koskee huumekaup- paa, erityisesti synteettisillä huumeilla käytävää kauppaa. Alankomaat pyrki vuonna 1999 lisäämään laittoman kaupan valvontaa kansallisilla rajoilla ja pidensi samalla kannabiksella käytävästä kaupasta annettavia tuomioita sekä kielsi kannabiskasvin kasvattamisen sisätiloissa. Irlannissa asetettiin vuonna 1999 rikostoimikunta, jolle annettiin tehtäväksi muun muassa avustaa huumerekosten ehkäisemispolitiikan laatimisessa. Samana vuonna säädettiin rikosoikeuslailla, että yli 12 700 euron arvois- ten huumeiden hallussapidosta voi saada ehdottoman kymmenen vuoden tuomion, joskin riippuvuus voi olla lieventävä tekijä. Suomessa ehdotettiin vuonna 1999 poliisilakiin muutosta, jossa suositeltiin uuden teknolo- gian käyttöä peitetoiminnassa ja teknistä tarkkailua tele- viestintäjärjestelmiä käyttämällä.

Huumeisiin liittyvät järjestyshäiriöt, omaisuusrikokset, pahoinpitelyt ja väkivalta ovat lisääntymässä. Kun Alankomaissa arvioitiin yleistä järjestystä koskevaa toimintalinjaa, todettiin, että huumeiden käyttäjiin sekä yökerhojen asiakkaisiin ja kodittomiin kohdistuvia toimia olisi laajennettava.

Huumeiden saatavuus vankiloissa

Suomessa muutettiin kesäkuussa 1999 rangaistuksen täytäntöpanosta annettua lakia siten, että vankeinhoito- henkilöstön toimivaltuuksia huumaussainevalvonnassa vahvistettiin sallimalla huumeiden suorittaminen vangeille, joita epäillään huumerekoksista tai huumeiden vaikutuksen alaisena olemisesta, ehtona valvomattomalle tapaamiselle. Yhdistyneessä kuningaskunnassa otettiin myös vuonna 1999 käyttöön toimet huumeiden salakul- jettamisen estämiseksi vankiloihin tai nuorisovankiloihin kieltämällä kaikki vieraat, joilta tavataan huumaussaineita.

Euroopan unionin huumaussainestrategia (2000–2004)

Helsingin Eurooppa-neuvostossa 1. joulukuuta 1999 hyväksytyssä Euroopan unionin huumaussainestrategiassa (2000–2004) määritellään kuusi päätavoitetta, jotka on määrä saavuttaa viiden vuoden kuluessa:

- vähentää viiden vuoden aikana huomattavasti huumaussaineiden laitonta käyttöä ja uusien käyttäjien houkuttele- mista erityisesti alle 18-vuotiaiden nuorten keskuudessa
- vähentää merkittävästi huumaussaineisiin liittyvien terveyshaittojen (HIV, hepatiitti B ja hepatiitti C, tuber-

⁽⁵⁾ Kun rikokselta on poistettu rangaistavuus, siitä ei enää voida määrätä rangaistusseuraamuksia. Rikoksesta voidaan sen sijaan määrätä hallinnollisia seuraamuksia, kuten sakot, tai tiettyjen oikeuksien muita rajoituksia, kuten ajokortin tai passin peruuttaminen. Portugaliksi termit 'desriminalização' ja 'despenalização' vastaavat molemmat englanninkielistä sanaa 'decriminalisation'.

Huumeiden käytön vastaiset toimet

kuloosi jne.) esiintymistä ja huumausaineisiin liittyvien kuolemantapausten määrää

- lisätä merkittävästi onnistuneesti hoidettujen huumausaineiden väärinkäyttäjien määrää
- vähentää merkittävästi laittomien huumausaineiden saatavuutta
- vähentää merkittävästi huumausaineisiin liittyvien rikosten määrää
- vähentää merkittävästi rahanpesua ja lähtöaineiden laitonta kauppaa.

Strategiassa korostetaan myös jäsenvaltioiden yhteistyön vahvistamista toukokuussa 1999 voimaan tulleen Amsterdamin sopimuksen määräysten lujittamiseksi sekä tehokkaan EU:n laajuisen lainvalvonnan kehittämiseksi.

Asiakirjassa painotetaan erityisesti arviointia ja kehoteetaan EMCDDA:ta arvioimaan strategian täytäntöönpanoa. Tämän tehtävän tekee EMCDDA:lle vaikeaksi perustietojen epätäydellisyys ja se, että kaikissa maissa ei ole käytössä luotettavan tiedon saamiseksi tarvittavia tiedonkeruu- ja arviointimenetelmiä.

Laadunvarmistus

Yhä tärkeämpänä pidetään huumausaineongelmien kehityksen seuranta ja sellaisten indikaattorien laatimista, joilla voidaan mitata strategioiden onnistumista ja vaikutusta. Tämä kuvastuu hiljattain hyväksytyissä Espanjan, Ranskan, Portugalin ja Yhdistyneen kuningaskunnan toimintasuunnitelmissa ja EU:n strategiassa. Belgiassa ja Luxemburgissa kansallisen strategian arviointi on jatkuva, ja Ruotsissa toimikunta arvioi kansallista huumestrategiaa vuoden 2000 loppuun mennessä.

Kaikkialla Euroopassa lisätään investointeja arviointitutkimukseen ja -koulutukseen. Virallisia laadunvarmistusmenettelyjä ehkäisevän huumetyön ja huumeiden käyttäjien hoidon tehokkuuden parantamiseksi ollaan ottamassa käyttöön Saksassa, Alankomaissa, Itävallassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Näihin menettelyihin kuuluvat hyväksymisjärjestelyt, edistyksen seuranta ja koulutus. Useimmat nyt käytössä olevat arvioinnit koskevat yksittäisiä ehkäisy- ja hoito-ohjelmia, mutta yhteen koottuina ne voisivat muodostaa perustan yhä laajemmille ja yksityiskohtaisemmille analyysille.

Monissa maissa on tehostettu koulutusta, jota annetaan ehkäisevän huumetyön ja hoitoalan asiantuntijoille mutta yhä enemmän myös muille ongelmakäyttäjien kanssa

tekemisiin joutuville henkilöille, kuten perusterveydenhuollon ja apteekkien henkilökunnalle, opettajille, nuorisotyöntekijöille, poliiseille, vankeinhoitohenkilökunnalle ja vapaaehtoistyöntekijöille.

Tietojenvaihto on edellytys sille, että jäsenvaltioissa ja jäsenvaltioiden välillä voidaan tehdä tietoon perustuvia päätöksiä. Tätä varten ollaan laajentamassa kansallista ja alueellista verkottumista sekä kansallisten verkkosivustojen, tietokantojen ja monikansallisten hankkeiden käyttöä. Viimeksi mainitusta on esimerkki Pnevnet, jossa ovat mukana Alankomaat, Suomi ja Yhdistynyt kuningaskunta. EMCDDA:n kysynnän vähentämistoimia koskeva eurooppalainen tietokanta (EDDRA), joka on saatavissa osoitteesta www.emcdda.org, on muodostumassa yhä tärkeämmäksi laadunvarmistuksen välineeksi.

Kaikkien jäsenvaltioiden huumausainetutkimuksessa on yhä suuria aukkoja, ja tällä alalla tarvitaankin selvästi lisärahoitusta. Saksassa, Alankomaissa ja Suomessa on hiljattain käynnistetty riippuvuustutkimusohjelmia ja uusia professuureja on luotu Saksassa, Alankomaissa ja Ruotsissa entistä vahvemman perustan luomiseksi huumausainepolitiikalle.

Kysynnän vähentämistoimet

Ehkäisevä työ

Ehkäisevä huumetyö kouluissa

Kouluissa tehtävällä ehkäisevällä huumetyöllä on kaikissa jäsenvaltioissa tärkeä asema. Ohjelmia, joissa yhdistyvät tiedottaminen ja elämäntaitojen kuten itsetunnon vahvistaminen, otetaan käyttöön yhä useammassa maissa. Vertaisryhmätoiminta, jossa nuoret ovat itse aktiivisesti mukana kouluissa tehtävässä ehkäisevässä työssä, yleistyy myös Tanskassa, Italiassa, Itävallassa ja Ruotsissa. Kreikassa, Espanjassa ja Alankomaissa tehdyt arvioinnit osoittavat, että opettajien asianmukaisella koulutuksella sekä vanhempien ja koko yhteisön riittävällä tuella tällaiset aloitteet ovat tehokkaita ainakin lyhyellä ja keskipitkällä aikavälillä.

Saksassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on laadittu suuntaviivoja, joissa ehdotetaan kouluille tapoja huumeongelmaisten oppilaiden kohtelemiseksi. Koulupinnaus tai koulusta erottaminen kokonaan tai tilapäisesti eivät ole suotavia, sillä huumeiden käyttämisen riski kasvaa niillä lapsilla, jotka eivät ole koulussa.

Vanhemmille tarjotaan tietoa, mutta heille kohdistetuissa toimissa pidetään tärkeinä myös ihmissuhde- ja viestintä-

taitoja. Joissakin ohjelmissa ammattilaiset ovat vetäjinä, kun taas toisissa pyritään edistämään vanhempien välistä vuoropuhelua. Vaikka nämä aloitteet eivät ole saaneet kovin hyviä arvioita, Tanskassa, Saksassa ja Kreikassa tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että yli 50 prosenttia vanhemmista katsoo kasvatustaitojensa parantuneen.

Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on sosiaalisen syrjäytymisen vähentämiseksi otettu käyttöön etsivän työn ohjelmia, joilla pyritään vahvistamaan sosiaalisesti huono-osaisia perheitä. Nämä aloitteet ovat melko tuoreita, eikä arvioita niistä ole vielä saatavissa.

Internet valtaa alaa ehkäisevässä huumetyössä, ja nuorille onkin luotu omia verkkosivuja, joilta löytyy tietoja ja huumeekysymyksiä käsitteleviä päätekeskustelusivuja sekä neuvoja vanhemmille. Opettajat voivat myös siirtää Internetistä omalle tietokoneelleen ohjeita ja vaihtaa kokemuksia keskusteluryhmien kautta.

Ehkäisevä huumetyö vapaa-ajanviettopaikoissa

Vapaa-ajanviettopaikkojen kuten nuorisotilojen ja urheilukerhojen nuorisotyöntekijöiden edellytetään entistä enemmän kykenevän puuttumaan ajoissa huumeaineongelmiin. 1 500 urheilukerhoissa työskentelevää nuorisotyöntekijää osallistui erityisiin ehkäisevän huumetyön seminaareihin Saksassa vuonna 1999. Belgiassa, Saksassa, Ranskassa ja Alankomaissa nuorisotyöntekijät ovat raittiuslinjalla, mutta he voivat neuvoa kokeilijoille vähemmän vaarallisia huumeidenkäyttötapoja, jos siten voidaan estää huumeiden käytön paheneminen. Näiden ohjelmien tulosten arvioiminen on vaikeaa, sillä tavoitteet ja kohderyhmät vaihtelevat eri aikoina. Viime aikoina lisääntyneiden yksittäisten tapahtumien kuten nuorisomessujen tai -näyttelyjen vaikutukset ovat teholtaan ja kestävyydeltään kyseenalaisia.

Nuorten huumeiden käyttö ajanvietemielessä on siirtymässä kaikkialla EU:ssa suurista tanssitapahtumista erilaisiin maantieteellisesti hajanaisiin kerhoihin ja baareihin sekä yksityisiin tilaisuuksiin. Yleisin ehkäisevä toimi kaikkialla EU:ssa on edelleen tiedottaminen, jonka jälkeen tulevat paikan päällä tapahtuva neuvonta, etsivä työ sekä kriisitoimet. Synteettisten huumeiden käyttäjät, jotka usein katsovat tietävänsä huumeista paljon eivätkä pidä huumeiden käyttöönsä ongelmallisena, käyttävät harvoin perinteisiä hoitopalveluja. Henkilökohtaiset toimet ja etsivä työ näyttävätkin palvelevan parhaiten heidän tarpeitaan. Itävallassa harkitaan erillisen neuvontakeskuksen perustamista synteettisten huumeiden käyttäjille.

Myös yökerhojen ja diskojen henkilökunta voi olla avainasemassa ehkäisevässä huumetyössä. Irlannissa,

Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa onkin jaettu klubi- ja baarihenkilökunnalle ohjeita siitä, miten huumeaineisiin pitäisi suhtautua, ja ehdotuksia toimintalinjoiksi huumeaineiden ehkäisemistoimissa.

Paikan päällä tapahtuvaa tablettien testausta on käytetty eri muodoissa Saksassa, Ranskassa, Alankomaissa ja Itävallassa. ”Ajanviettehuumemarkkinoilla” myytyjen tablettien testauksessa on havaittu, että peräti 19 prosenttia sisältää kofeiinin ja efedriinin kaltaisia aineita tai että tableteissa ei ole lainkaan aktiivisia aineita. Usein tablettien testaukset kuuluvat kuitenkin oikeudellisesti ”harmaalle alueelle”, sillä laittomien huumeiden poistaminen, analysointi ja varastointi ovat lainvastaisia, vaikka toiminta tapahtuisi testauksena. Itävallassa tablettien testausta suoritetaan osana tutkimustoimintaa. Alankomaissa hyvien testauskäytäntöjen kriteerejä on kehitetty sellaisiksi, että valvonta eroaa selvästi haitanvähentämistoimista.

Riskiryhmät

Huumeiden käytön riskiryhmiin kuuluvat etniset vähemmistöt, sosiaalisesti syrjäytyneet ja/tai kodittomat nuoret, laitoksissa asuvat nuoret ja nuoret rikoksenteelijät sekä seksityöläiset. Entistä enemmän kehitetään laaja-alaisia lapsi- ja nuorisotoimintalinjoja ja monialaisia koordinoitua rohkastaan – tarjoamalla niille valtiolliselta tai alueelliselta taholta tulevaa taloudellista tukea, menetelmiä koskevia neuvoja sekä koulutusta – panemaan täytäntöön yhteisön tarpeisiin perustuvia toimintasuunnitelmia. Tanskassa, Espanjassa, Irlannissa, Suomessa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa huumeekysymyksiä käsitellään yhdessä sosiaalisen syrjäytymisen, pienrikollisuuden, väkivallan ja järjestyshäiriöiden kanssa.

Nämä hankkeet ovat luonteeltaan pitkäaikaisia, ja keskeisenä haasteena onkin tarvittavan yhteistyötason ylläpitäminen. Näiden yhteisöllisten aloitteiden arviointi on vasta alkamassa, ja koulujen läsnäolotilastot, poliisitilastot ja tiedot huumeiden vuoksi hoidettavista voivat myös auttaa niiden tehokkuuden arvioimisessa.

Kaikissa jäsenvaltioissa on erityisiä hankkeita, joiden kohderyhmänä ovat uudet, nuoret huumeiden käyttäjät. Koska näillä käyttäjillä on usein terveyteen, koulutukseen ja rikokseen liittyviä ongelmia sekä sosiaalisia vaikeuksia, työssä on mukana useita eri viranomaisia, ja yhteistyö niiden välillä on välttämätöntä. Uuden huumeiden käytön ja uusien riskiryhmien havaitseminen jo alkuvaiheessa on myös ensisijaisen tärkeää.

Katutyöntekijät ja liikkuvat yksiköt työskentelevät useimmiten nuorten, kokeilevien huumeiden käyttäjien parissa

siellä, missä nämä kokoontuvat. Kreikassa ja Suomessa riskiryhmiin kuuluvia nuoria varten on olemassa yökahviloita ja muita kokoontumispaikkoja, joita he itse jopa ylläpitävät. Näitä etsivän työn muotoja on erittäin vaikea arvioida, sillä tavoitteet, menetelmät ja toimijat ovat usein vaikeasti määriteltävissä tehtävän monimutkaisuuden vuoksi. Etsivää työtä varten tarvitaan pikaisesti arviointimenetelmiä, ja EMCDDA onkin laatimassa suuntaviivoja tämän puutteen korjaamiseksi.

Huumeiden käytön haittavaikutusten vähentäminen

Tartuntataudit

HIV:n ilmeneminen 1980-luvulla johti ruiskujenvaihto-ohjelmiin, joita on nyt kaikissa jäsenvaltioissa, tosin vaihtelevassa määrin. Neulojen lainaaminen näyttää vähentyneen useimmissa maissa, mutta ruiskuja vaihdetaan aiempaa enemmän. Suomessa näiden ohjelmien painotusta lisättiin vuonna 1999 HIV-tartuntojen huomattavasti lisääntyttyä. Belgiassa, Espanjassa ja Suomessa apteekkien henkilökuntaa koulutetaan antamaan ruiskujen vaihto-ohjelmiin liittyvää terveysneuvontaa. Esimerkiksi Espanjassa ja Ranskassa apteekit toimivat ”matalan kynnyksen keskuksina” ja jakavat sekä ruiskuja että korvaavia aineita.

Tiedoista ilmenee, että hepatiitti C on hyvin yleinen Euroopassa myös maissa, joissa HIV-tartuntojen määrä on vähäinen. Tartuntojen ehkäisemiseksi voidaan nykyään vain tehostaa neulojen ja ruiskujen vaihtoa sekä kehottaa käyttäjiä olemaan lainaamatta injektiovälineitä tai lopettamaan huumeiden suonensisäisen käyttö kokonaan. Itävallassa hiljattain tehty kokeilu, jossa interferonia tarjottiin matalan kynnyksen palveluna, ei osoittautunut onnistuneeksi.

Itävallan hepatiitti B -rokotusohjelma sen sijaan onnistui, ja Saksa ja Alankomaat ilmoittivat onnistuneista kokemuksista myös suonensisäisen käytön riskiryhmässä.

Riskitietoisuuden väheneminen ja riskikäyttäytymisen lisääntyminen sellaisten suonensisäisesti huumeita käyttävien nuorten keskuudessa, jotka eivät ole olleet HIV:n leviämistä 1980-luvun lopussa ja 1990-luvun alussa seuranneiden valistuskampanjoiden piirissä, on huolestuttavaa. Vuonna 1998 julkaistiin tutkimustuloksia, jotka osoittavat tehokkaiksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa suoritettuja toimia, joilla pyrittiin saamaan suonensisäisesti huumeita käyttävät tietoisiksi niistä vaaroista, joita sisältyy siihen, kun toisia rohkaistaan aloittamaan suonensisäinen käyttö.

Etsivä työ ja matalan kynnyksen palvelut

Etsivä työ ja matalan kynnyksen palvelut ovat tulleet viimeisten kymmenen vuoden aikana perinteisten hoitolaitosten rinnalle sellaisten huumeiden käyttäjien auttamiseksi, jotka eivät vielä ole hakeutuneet hoitoon tai joiden hoito on päättynyt. Näiden palvelujen tavoitteena on estää käyttäjien terveyden ja sosiaalisen tilanteen huononeminen entisestään sekä motivoida heitä hakeutumaan hoitoon.

Liikkuvat etsivän työn yksiköt tarjoavat tietoa, puhtaita neuloja ja ruiskuja, ensiapua, kriisitoimintaa ja palveluja siellä, missä huumeiden käyttäjät kokoontuvat, tai erityisille kohderyhmille, kuten seksityöläisille. Ranskassa, Irlannissa ja Alankomaissa liikkuvat yksiköt voivat myös jakaa metadonia.

Matalan kynnyksen palvelut yleistyvät kaikissa jäsenvaltioissa. Tosin Kreikassa ja Suomessa ne on otettu käyttöön vasta hiljattain, kun huoli heikkokuntoisista huumeiden käyttäjistä on lisääntynyt ja kävijöiden määrä on kasvanut. Käyttäjien erityistarpeiden ja käytettävissä olevien resurssien mukaan matalan kynnyksen palvelut tarjoavat ruokaa, juomaa ja hygienia- ja psykososiaalista ja lääkinnällistä tukea, puhtaita neuloja ja ruiskuja, yöpymispaikkoja sekä joskus metadonia.

Myös entiset huumeiden käyttäjät, joiden neuvoja nykyiset käyttäjät kuuntelevat, ovat perustaneet etsivää työtä tekeviä ja matalan kynnyksen palveluja tarjoavia järjestöjä. Vakiintuneet käyttäjäjärjestöt, kuten Mainline Amsterdamissa tai Brugerforeningen Kööpenhaminassa, työskentelevät yhdessä virallisten hoitopalvelujen kanssa ja toteuttavat erityishankkeita, joiden kohteena voivat olla esimerkiksi naiskäyttäjät.

Piikityshuoneet

Piikityshuoneissa huumeita voidaan ottaa hygieenisissä ja valvotuissa olosuhteissa, ja ne rajoittavat näin tartuntatautiin leviämistä ja vähentävät kohtalokkaita yliannostuksia. Piikityshuoneita on Saksassa perustettu neljään kaupunkiin vuoden 1994 jälkeen, mutta ne laillistettiin vasta 25. helmikuuta 2000, kun huumausainelakia muutettiin ja annettiin puiteasetus, jolla säädettiin välineistöä ja hallintoa koskevista vähimmäisstandardeista. Asetuksen mukaan jokainen liittotasavallan osavaltio voi kuitenkin itse tehdä lopullisen päätöksen asiassa. Alankomaissa piikityshuoneita on sen sijaan ollut jo useiden vuosikymmenten ajan. Madridissa on tarkoitus avata piikityshuone vuonna 2000, ja asiaa koskevat päätökset on määrä tehdä myös Luxemburgissa ja Itävallassa. Euroopan komission rahoittamalla tutkimuksella selvitetään parhaillaan, vähentävätkö piikityshuoneet – ja miten – riskikäyttäytymistä, parantavatko ja ylläpitävätkö ne

terveyttä ja helpottavatko ne avoimen huumeiden käytön yhteisöille aiheuttamia paineita.

Vankilat

Vankiloissa olosuhteet ovat tartuntojen leviämiseksi vielä otollisemmat kuin niiden ulkopuolella. Vuonna 1999 Espanjan vankeinhoitolaitos suositteli, että ruiskujen vaihto olisi tehtävä mahdolliseksi kaikissa vankiloissa, jotta neulosten lainaamisen aiheuttamia vaaroja voitaisiin vähentää. 6,6 prosenttia Espanjan vangeista saa myös retrovirushoitoa. Joissakin Saksan vankiloissa on käynnistetty hanke tartuntatautiin leviämisen estämiseksi. Hankkeeseen kuuluu myös ruiskujen vaihto.

Hoito

Huumeiden käytön alkuvaiheet

Amfetamiinin, kokaiinin ja kannabiksen käytön ja heroinin polton vuoksi hoitoon hakeutuvien määrät ovat lisääntyneet kaikkialla EU:ssa. Tämä on haaste perinteisille hoitopalveluille, jotka eivät aina kykene puuttumaan uudenlaisiin huumeidenkäyttötapoihin varhaisessa vaiheessa. Yhteistyö nuoriso- ja sosiaalitoimistojen sekä psykiatristen hoitopalvelujen kanssa on lisääntynyt esimerkiksi Saksassa, Alankomaissa ja Itävallassa. Yhdistyneessä kuningaskunnassa on julkaistu vuoden 1999 suuntaviivat alle 16-vuotiaiden ja 16–18-vuotiaiden hoidosta.

Viiden viime vuoden aikana Saksassa, Luxemburgissa ja Alankomaissa on kiinnitetty huomiota toimiin, joiden kohderyhmänä ovat etniset vähemmistöt ja maahanmuuttajat. Huumeiden käyttö on varsin yleistä joidenkin sellaisten etnisten alaryhmien keskuudessa, jotka joko kieliongelmiensa tai kulttuuritabujen vuoksi käyttävät hoitopalveluja tuskin lainkaan. Lupaavia vaihtoehtoja tarjoavat vertaisryhmiin perustuvat toimet, joissa on mukana etnisiä yhdistyksiä ja joissa tietoa tarjotaan oikealla kielellä tai oikeilla kielillä. Tätä kysymystä tutkitaan Espanjan romaniväestön, Luxemburgin portugalilaisen väestön ja Alankomaiden Molukeilta ja Pohjois-Afrikasta kotoisin olevan väestön keskuudessa.

Huumeiden ongelmakäyttäjät

Hoitopalvelut joutuvat kaikissa maissa yhä enemmän tekemisiin sekakäytön kanssa. Tanskassa vähintään 75 prosenttia hoitoon otetuista käyttää useita huumeita. Saksa ilmoittaa korvaavien aineiden kuten metadonin ja kodeiinin ongelmakäytöstä (korvaushoitoa tarkastellaan yksityiskohtaisemmin luvussa 4 eikä sitä käsitellä tässä).

Ei ole selvää, miten hoitopalvelut reagoivat näihin uusiin haasteisiin. Kansalliset raportit viittaavat siihen, että

suosituimpia menetelmiä ovat yleinen psykososiaalinen hoito ja joskus psykiatrinen hoito, mutta mikään maa ei kerro kovin tarkkaan menetelmistä tai hoidon tavoitteista. Kreikka, Itävalta ja Suomi kertovat, että hoitopalvelut ovat lisääntyneet ja monipuolistuneet raportointikauden aikana, ja Luxemburgissa ja Portugalissa suunnitellaan samankaltaisia laajennuksia. Ranskan kolmivuotisessa huumausainestrategiassa pidetään tärkeänä alkoholin käytön ja laittoman huumeiden käytön hoitopalvelujen liittämistä toisiinsa. Alankomaissa vuosina 1998–1999 tehty tutkimus antaa viitteitä siitä, että hoitopalvelujen yhdistämisellä (porrastettu hoito ja jälkihoito mukaan lukien) voidaan vaikuttaa myönteisesti riippuvuuteen ja uusintarikollisuuteen. Yhdistyneen kuningaskunnan pitkäaikaisessa, laaja-alaisessa kansallisessa hoitotulostutkimuksessa NTORS:ssa (*National Treatment Outcome Research Study*) saavutettiin sekä lääkkeitömällä että metadonihoidolla kahden vuoden kuluttua selvästi muita suuremmat käyttämättömyysluvut. Lisäksi ne, jotka yhä käyttivät, olivat harventaneet käyttökertoja, ja vain noin viidesosa otoksesta käytti yhä päivittäin opiaatteja.

Kaksoisdiagnoosi eli yhtäaikainen psykiatrinen ja huumeongelma on yhä suurempi ongelma Tanskassa, Alankomaissa ja Ruotsissa. Maissa, joissa huumeiden ongelmakäytöllä on pitkä historia, kuten Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, on myös otettava huomioon ikääntyvien huumeiden käyttäjien vaikeudet. Heidän terveytensä on hyvin heikko, ja heillä on usein sekä psykologisia että sosiaalisia ongelmia. Koska heillä alkaa olla yhä merkittävämpi asema monimuotoisessa hoitojärjestelmässä, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on julkaistu ohjeet huumeiden ongelmakäyttäjien parissa työskenteleville yleislääkäreille ja muulle hoitohenkilökunnalle.

Hoito rangaistuksen vaihtoehtona

Kaikki jäsenvaltiot katsovat, että huumeiden käyttäjiä ei pitäisi vangita riippuvuutensa vuoksi. Euroopassa onkin käytössä rangaistukselle erilaisia vaihtoehtoja, jotka vaihtelevat yhdyskuntapalvelusta avo- tai sairaalahoitoon (tarkemmin luvussa 4). Näiden toimien arvioimiseksi on käynnissä useita tutkimuksia.

Hoito vankilassa

Huumeita käyttävät vangit voivat saada hoitoa kaikissa EU-maissa, ja Saksassa, Espanjassa ja Itävallassa metadonikorvaushoito on yleistymässä vankiloissa. Vankiloiden huumehoidon arvioinnit eivät kuitenkaan ole yhdenmukaisia. Joissakin tuloksena on ollut sekä huumeiden käytön että rikosten väheneminen, mutta toisissa todetaan, että tarvitaan eriyttäviä tutkimuksia, jotta

Huumeiden käytön vastaiset toimet

voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Vankiloissa tehokasta hoitoa estävät tilanahtaus, vankeinhoitohenkilökunnan koulutuksen puute – tosin erityiskoulutusta on tarjolla esimerkiksi Espanjassa ja Italiassa – ja vankilasta vapautumisen jälkeisen seurannan puute.

Yhteiskuntaan uudelleensopeutuminen

Vankilassa olleilta, hoitoa saaneilta tai pitkäaikaista korvaushoitoa saavilta huumeiden käyttäjiltä puuttuu usein peruskoulutus, ammatillinen koulutus, työ ja majointus, jotka vaikeuttavat heidän uudelleensopeutumistaan yhteiskuntaan. Kreikka, Espanja, Irlanti, Itävalta, Portugali ja Suomi ovat tehostaneet toimia, joilla tuetaan huumeiden käyttäjiä heidän integroituaan (uudelleen) yhteiskuntaan ja vakiinnuttaessaan elämäntapaansa.

Saksassa, Kreikassa, Espanjassa ja Irlannissa tarjotaan sekä ammatillista että peruskoulutusta käsiteollisuuden,

maatalouden tai tietokonetaitojen alalla. Saksa, Kreikka, Espanja, Irlanti, Itävalta ja Portugali ilmoittavat, että niillä on tuettuja työllisyysohjelmia (entisille) huumeiden käyttäjille. Ne ovat joko erityishankkeita, joilla edistetään paluuta työmarkkinoille, tai tuettuja työllisyysohjelmia. Euroopan komission Integra-ohjelmalla tuetaan nuorten kuntoutumista koulutuksen ja työvoimapolitiikan avulla. Kreikassa, Espanjassa, Itävallassa ja Portugalissa ollaan lisäämässä (entisille) käyttäjille tarkoitettuja asumisaloitteita, joihin kuuluvat tavalliset ja tukiasunnot sekä asuminen perheessä.

Näiden jälkihoito-ohjelmien arviointi on ollut lupaavaa, ja kesken lopettaminen on ollut vähäistä. Tuki lienee tärkeämpää huumeita käyttäville vapautuville vangeille kuin hoidon lopettaville sekä yliannostusten välttämiseksi että sosiaalisen integraation edistämiseksi.

Erityiskysymyksiä

Tässä luvussa käsitellään kolmea Euroopan huumausaineongelmaan liittyvää erityisaihetta: korvaushoitoa, syytteen nostamista huumeisiin liittyvistä rikoksista sekä huumeita käyttäviä naisia ja heidän lapsiaan koskevia ongelmia.

Korvaushoito

Korvaushoitoa ruvettiin käyttämään EU:ssa 1960-luvun lopulla, kun opiaattien käyttöä alkoi ilmetä. Kun käyttö yleisty, yleistyivät myös korvaushoidot, vaikka niitä koskevat käytännöt vaihtelivat – ja vaihtelevat yhä – huomattavasti. Asiaan liittyvä lainsäädäntö, reseptilääkkeiden käyttö ja korvaushoitojen yleinen järjestäminen vaihtelevat huomattavasti EU:n sisällä.

Korvaushoitoa saaville huumeiden käyttäjille määrätään ”korvaavaa” ainetta, joka on joko sama tai samanlainen kuin huumausaine, jota potilas yleensä käyttää. Hoidoissa erotetaan vieroitushoito, jossa vähennetään huumausaineen määrää asteittain, kunnes ainetta ei enää tarvitse ottaa, ja ylläpitohoito, jossa käyttäjälle annetaan riittävästi huumetta riskikäyttäytymisen ja muiden haittojen vähentämiseksi pitkällä aikavälillä. Heroiinin (tai muiden opiaattien) käyttäjät ovat ensisijaisia asiakkaita, mutta korvaavien aineiden käyttö vieroitustarkoituksessa on yleisempää muiden aineiden kuin opiaattien käyttä-

jillä. Tässä luvussa käsitellään ainoastaan opiaattiriippuvuuden hoitoa.

Korvaavat aineet

Korvaavat aineet ovat joko agonisteja, jotka aktivoivat aivojen opiaattireseptorit ja vaikuttavat huumeiden tavoin, tai agonisti-antagonisteja, jotka aktivoivat aivojen opiaattireseptorit mutta jotka rajoittavat tai estävät muiden niiden lisäksi nautittujen opiaattien tai opioidien vaikutusta. Jotkin aineet, kuten buprenofiini, vaikuttavat sekä agonistin että antagonistin tavoin. Heroiinin väärinkäytön hoidossa käytetyt aineet ovat joko opiaatteja, joita ovat oopiumiunikosta valmistetut päihteet, kuten morfiini ja kodeiini, sekä morfiinista valmistettu heroini, tai opioideja, jotka ovat synteettisiä päihteitä, joilla on opiaattien kaltaisia vaikutuksia (esimerkiksi buprenofiini ja metadoni).

Korvaavien aineiden vaikutusaika vaihtelee, ja tämä vaikuttaa niiden annosteluun. Pisimpään vaikuttava aine on levasetyylimetadoli (LAAM), jota voidaan ottaa jopa

Taulukko 1

Yleisimmin käytetyt korvaavat aineet EU:ssa.

Korvaava aine	Aineen ominaisuudet	Maat, joissa ainetta käytetään ^(a)	Arvioitu hinta hoitoviikkoa kohden (EUR) ^(b)	Käytetäänkö ainetta vieroitus- vai ylläpito-hoidossa
Buprenofiini	Hyvin pitkävaikutteinen, agonisti-antagonistinen opioidi	Belgia, Tanska, Ranska, Italia, Itävalta, Yhdistynyt kuningaskunta	65	Molemmissa
Dihydrokodeiini	Lyhytvaikutteinen, puolisynteettinen, ”heikko” agonistinen opioidi	Belgia, Saksa, Luxemburg	40	Molemmissa
Heroiini	Lyhytvaikutteinen, ”vahva” agonistinen opiaatti	Alankomaat, Yhdistynyt kuningaskunta	200	Ylläpito-hoidossa
LAAM	Hyvin pitkävaikutteinen, synteettinen, agonistinen opioidi	Tanska, Saksa, Espanja, Portugali	45	Molemmissa
Mephenon [®]	Pitkävaikutteinen, synteettinen, agonistinen opioidi	Luxemburg	8	Molemmissa
Metadoni	Pitkävaikutteinen, synteettinen, agonistinen opioidi	Kaikki EU-maat	20	Molemmissa
Hidasvaikutteinen morfiini	Pitkävaikutteinen, agonistinen opiaatti	Itävalta	40	Molemmissa

Huom. ^(a) Tähän eivät sisälly korvaavat aineet, joita on käytetty alle 20 tapauksessa.

^(b) Annos: 8 mg buprenofiinia päivässä, 1 500 mg dihydrokodeiinia päivässä, 400 mg heroiniä päivässä, 350 mg levasetyylimetadolia (LAAM) viikossa, 10 Mephenon[®]-tablettia päivässä, 50 mg metadonia päivässä tai 400 mg hidasaikuteista morfiinia päivässä.

vain kolmesti viikossa. Hidasvaikutteista morfiinia voidaan antaa joka toinen päivä, mutta metadoni tai Mephenon[®] (metadoni tabletin muodossa) on otettava päivittäin. Heroiinia tai dihydrokodeiinia on otettava vähintään kahdesti päivässä.

Taulukosta 1 ilmenee, että metadoni on edelleen yleisin korvaava aine EU:ssa, vaikka se onkin menettänyt aiemman valta-asemansa. Sen rinnalle on tullut muita aineita, joita käytetään sekä vieroitus- että ylläpito- hoidossa niiden vaihtelevista ominaisuuksista huolimatta.

Uudet korvaushoidot EU:ssa

Sveitsissä kokeiltiin vuosina 1994–1997 heroinin käyttöä reseptilääkkeenä kroonisten huumeiden väärinkäyttäjien ylläpito- hoidossa, ja siellä heroini on edelleen käytössä metadonin rinnalla. Sveitsin kokeilun jälkeen kaikissa EU:n jäsenvaltioissa keskusteltiin heroinin käytöstä reseptilääkkeenä. Vaikka kokeiluja ehdotettiin useissa maissa, vain Alankomaissa sellainen toteutettiin ja Saksassa hyväksyttiin vuonna 1999 oikeudelliset puitteet tällaista kokeilua varten. Ranskan buprenorfiinikokeilut vuonna 1996 johtivat pienimuotoiseen kokeiluun Tanskassa (1998), Saksassa (1999) ja Itävallassa (1997). Aine sallittiin Yhdistyneessä kuningaskunnassa vuonna 1999 ja Saksassa vuonna 2000. LAAM-kokeilut levisivät Portugalista (1994) Espanjaan vuonna 1997 ja Tanskaan vuonna 1998.

Taulukosta 2 ilmenee jälleen metadonin valta-asema, mutta se kertoo myös, miten kauan kesti, ennen kuin metadoni tuli käyttöön kaikissa EU-maissa. Vaikka uudet aineet ovat monissa maissa vasta kokeiluasteella, niiden merkitys on kasvamassa.

Münchenissä toimiva Institut für Therapieforschung suoritti Saksassa vuosina 1995–1999 arvioinnin metadonin käytöstä avohoidossa. Sen kuluessa huumeiden käyttö väheni ja sosiaaliset taidot ja suhteet paranivat.

Alankomaissa vuonna 1997 suoritettua tutkimusta peräti 90 prosenttia asiakkaista, joiden päiväannos oli keskimäärin 50 mg metadonia, käytti myös kokaiinia ja heroinia ja 70 prosenttia käytti alkoholia. Terveysministeri käynnisti tutkimuksen erikokoisten metadoniannosten vaikutuksesta koeryhmiin, ja sen ensimmäisten tulosten mukaan suuren annoksen ryhmät vakiintuivat helpommin kuin pienen annoksen ryhmät. Lisäksi heidän terveytensä ja sosiaaliset taitonsa huononiivat harvemmin tai jopa paranivat hieman useammin kuin koehenkilöillä pienen annoksen ryhmissä.

Itävallassa vuonna 1997 tehty arviointi osoitti, että buprenorfiinia voidaan määrätä raskaana oleville naisille, sillä tätä ainetta saaneiden äitien lapsilla ei ilmennyt opiaatteihin liittyviä vieroitusoireita päinvastoin kuin metadonia saavien äitien lapsilla.

Alankomaissa 1990-luvun alussa tehdyt LAAM-kokeilut epäonnistuivat, koska ongelmakäyttäjät kieltäytyivät osallistumasta niihin. Portugali ilmoitti sen sijaan, että tulokset ovat kaikkiaan myönteiset, sillä 64 prosenttia 99 osallistujasta pysyi mukana ohjelmassa. Seurannassa 38 potilaasta 61 prosenttia pysyi kokonaan erossa huumeista.

Korvauspalvelut ja niiden laajuus

Vaikka korvaushoito on yleistynyt EU:ssa 30:n viime vuoden aikana, joillakin alueilla ja joissakin olosuhteissa sitä on vaikea saada. Esimerkiksi Kreikassa, Suomessa ja Ruotsissa korvaushoito ei kata koko maata, eivätkä kaikilla alueilla asuvat mahdolliset asiakkaat voi sitä saada. Korvaushoitoa ei myöskään ole mahdollista saada kaikissa vankiloissa, sillä saatavuus vaihtelee sekä jäsenvaltioiden sisällä että niiden välillä.

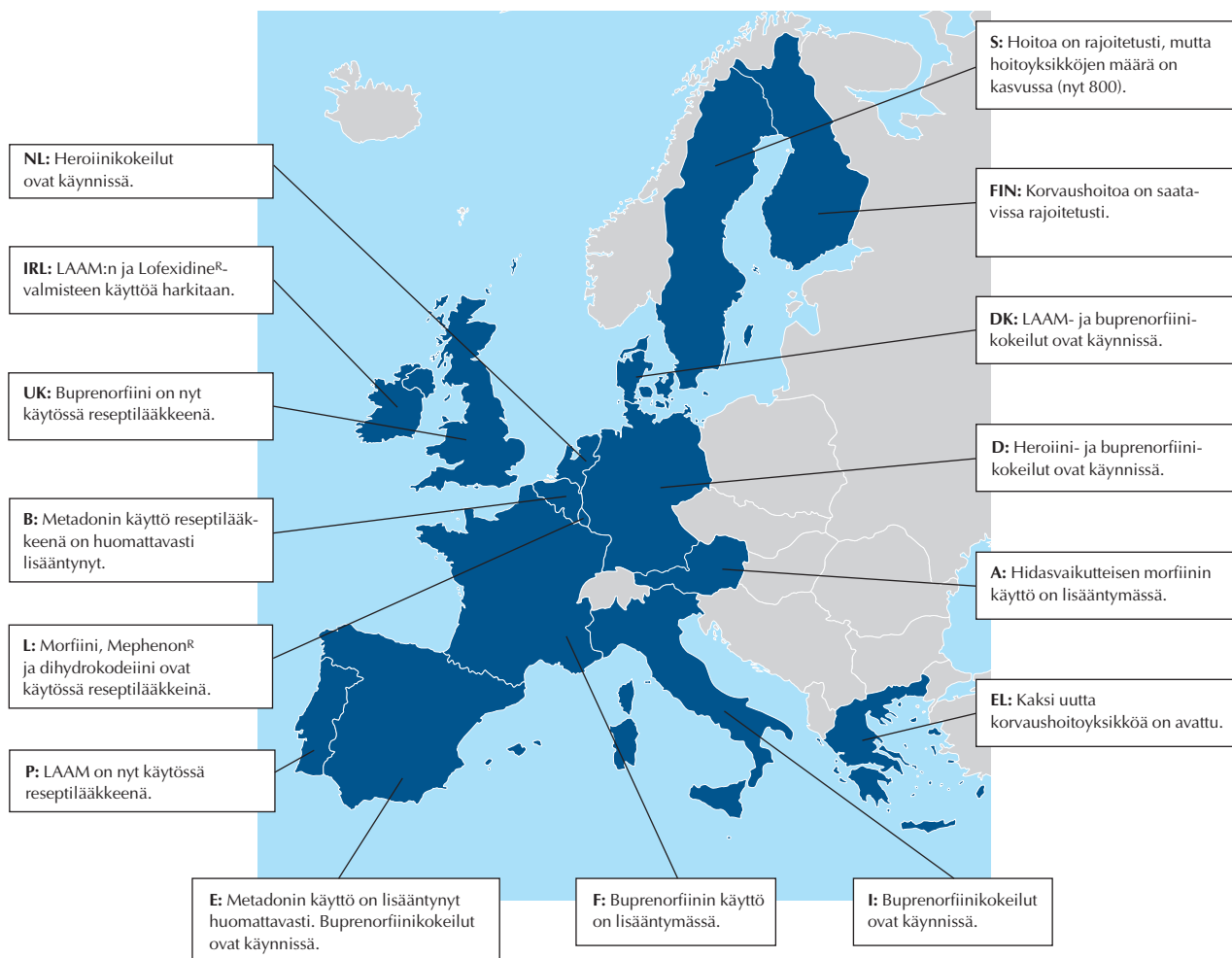
Vain muutamissa jäsenvaltioissa korvaushoitoa annetaan rajoitetusti sairaalapotilaille, vaikka teoriassa tämä on mahdollista EU:ssa. Korvaushoito on lähes yksinomaan avohoitopalvelu ehkä siksi, että avohoito on halvempaa kuin sairaalahoito, mutta myös siksi, että hoito vaikuttaa asiakkaan elämään vain hyvin vähän. Avohoidossa ei kuitenkaan voida ottaa huomioon sitä, että korvaushoito-

Taulukko 2

Korvaushoitosten aloittaminen EU:ssa.		
Maa	Metadonihoito aloitettiin	Muut korvaavat aineet (e)
Belgia	1994	Buprenorfiini (b) ja dihydrokodeiini satunnaisesti
Tanska	1970	Buprenorfiini (b) (c) ja LAAM (molemmat 1998) (c)
Saksa	1992	Dihydrokodeiini (1985), heroini (1999) (c), LAAM (1999), buprenorfiini (2000) (b)
Kreikka	1993	Ei muita aineita
Espanja	1983	LAAM (1997)
Ranska	1995	Buprenorfiini (1996) (b)
Irlanti	1970	Ei muita aineita
Italia	1975	Buprenorfiini (1999) (b) (c)
Luxemburg	1989	Dihydrokodeiini (1994) (c), Mephenon [®] (d)
Alankomaat	1968	Heroini (1997) (c)
Itävalta	1987	Hidasvaikutteinen morfiini (1997), buprenorfiini (1997) (b) (c)
Portugali	1977	LAAM (1994) (c)
Suomi	1974	Buprenorfiini (1997) (b)
Ruotsi	1967	Ei muita aineita
Yhdistynyt kuningaskunta	1968	Buprenorfiini (1999) (b)

Huom. (e) Vuosi, jolloin tehtiin poliittinen päätös aineen käyttämisestä reseptilääkkeenä.
 (b) Buprenorfiini kauppanimellä Subutex[®] eikä Temgesic[®], joka sisältää vain pieniä määriä buprenorfiinia.
 (c) Vain kokeilu.
 (d) Vuosi ei tiedossa.

Korvaushoito Euroopan unionissa



asiakkaiden joukossa on paitsi verraten hyvin toimeentulevia, työssä käyviä henkilöitä myös erittäin heikkokuntoisia, kadulla eläviä ongelmakäyttäjiä, jotka kenties tarvitsevat enemmän hoivaa kuin avohoito voi tarjota.

Korvaushoidon arvioiminen on lisääntynyt huomattavasti viimeisen viiden vuoden aikana, mutta ilmoitusten mukaan ohjelmien laadunvarmistus, seuranta ja arviointi ovat useimmissa jäsenvaltioissa edelleen puutteellisia.

Huumausainerikosten oikeudelliset seuraamukset

Heroiinin hallussapito

11:ssä EU:n jäsenvaltiossa oikeusviranomaiset arvioivat heroinin ja vastaavien huumeiden hallussapidon seuraamuksista päättäessään, onko huumausaine tarkoitettu henkilökohtaiseen käyttöön. Henkilökohtaiseen käyttöön tarkoitettua huumeen hallussapitoa pidetään lievempänä rikoksena kuin hallussapitoa muihin tarkoituksiin.

Yleensä siitä aiheutuu hallinnollisia seuraamuksia, kuten ajokortin tai passin menettäminen, sakkoja tai enintään 12 kuukauden vankeusrangaistus.

Käytännössä lienee mahdotonta määritellä yhteisiä perusteita syytetoimille edes yhden maan sisällä. Viranomaisten on otettava huomioon monia tekijöitä, kuten maan oma huumelainsäädäntö, rikosentekijän tilanne sekä rikoksen tekopaikka ja ajankohta.

Joitakin yhteisiä nimittäjiäkin on. Yleensä ensikertalaisen lievästä rikoksista – esimerkiksi henkilökohtaiseen käyttöön tarkoitettua pienen huumemäärän hallussapidosta – seuraa varoitus, huomautus ja huumausaineen takavarikointi mutta ei ankaria rangaistuksia. Tanskassa käyttäjät, joilla on hallussaan yksi henkilökohtaiseen käyttöön tarkoitettu annos, saavat joskus pitää huumeensa. Tällöin taustalla on ajatus, että takavarikoinnilla olisi kielteisiä vaikutuksia, koska uuden annoksen ostamiseksi käyttäjä joutuisi kenties tekemään rikoksen.

Koska heroini aiheuttaa voimakasta riippuvuutta, sen hallussapito on todennäköisesti toistuva rikos. Rikoksen uusiminen onkin suuri ongelma. Useimmissa jäsenvaltioissa rikoksenuusijoihin sovelletaan ankaria seuraamuksia, kuten ehdollisia tai ehdottomia vankeusrangaistuksia, jos rikoksen uusimiseen liittyy huomattavia huumemääriä.

Heroinin kaltaisten huumeiden hallussapidosta rangaistaan hyvin eri tavoin EU-maissa. Esimerkiksi Tanskassa saatetaan antaa varoitus tai sakko. Kreikassa pienten kannabismäärien hallussapidosta voidaan joskus rankaista ankarammin kuin pienten heroiinimäärien hallussapidosta, koska heroinin katsotaan aiheuttavan käyttäjälleen suurempaa fyysistä riippuvuutta kuin kannabiksen. Alankomaissa ei yleensä nosteta syytetä, jos henkilöllä on hallussaan pieniä määriä ”kovia” huumeita henkilökohtaiseen käyttöön. Suomessa taas ”kovien” huumeiden käyttäjiä vastaan nostetaan useammin syyte kuin ”mietojen” huumeiden käyttäjiä vastaan, mutta oikeuskäytäntö vaihtelee eri syyttäjien välillä.

Omaisuusrikokset

Kaikissa jäsenvaltioissa huumeiden käytön rahoittamiseksi tehdyt omaisuusrikokset luokitellaan vakaviksi rikoksiksi. Rikoksenteikijän riippuvuus ei vaikuta asiaan. Rangaistus vaihtelee kuitenkin rikoksen olosuhteiden ja vastaajan tilanteen perusteella.

Huumeista riippuvaiset henkilöt, jotka varastavat huumeita apteekeista tai omaisuutta yksityiskodeista huumeiden käyttönsä rahoittamiseksi, joutuvat todennäköisimmin syytteeseen. Tuomiona voi olla vankeusrangaistus, jonka pituus määrätään varastetun omaisuuden määrän ja rikoksen väkivaltaisuuden mukaan. Jälkimmäinen on erittäin raskauttava tekijä. Esimerkiksi Irlannissa ruiskun hallussapito uhkaamis- tai vahingoittamistarkoituksessa voi johtaa 12 kuukauden vankeusrangaistuksesta elinkautiseen tuomioon. Kansallisessa lainsäädännössä määritelty lievä varkausrikos, kuten myymälävarkaus tai näpistys, johtaa lieviin tuomioihin edellyttäen, että vastaaja suostuu hoidattamaan riippuvuuttaan.

Jos lievän varkausrikoksen tekee henkilö, joka ei ole aikaisemmin tehnyt omaisuusrikoksia ja jolla ei ole vakavia riippuvuusongelmia, todennäköisin seuraamus on ehdollinen tuomio ja sakko, vaikka ehdotonta vankeusrangaistustakaan ei ole suljettu pois. Jos rikosenteikijällä on kuitenkin vakavia riippuvuusongelmia ja hän suostuu menemään hoitoon, todennäköisin seuraamus on koetusaike, ehdollinen tuomio ja hoito.

Hoitoon ohjaaminen vaihtoehtona rangaistukselle on pääperiaatteena useimmissa jäsenvaltioissa. Se on muun

muassa Itävallan kansallisen huume politiikan perusta. Ehdollisia tuomioita sovelletaan yleisesti, ja onnistunut hoito päättää oikeusjutun. Tanskassa tehtiin vuosina 1995–1998 kokeilu, jossa huumeista riippuvaisia rikosentekijöitä hoidettiin rankaisemisen sijasta. Kokeilun tulokset ovat varovaisen myönteisiä. Vaikka monet osallistujista sortuivat huumeisiin ainakin kerran, yksikään ei tehnyt rikosta kokeilujakson aikana. Irlannissa on käynnistetty huumetuomioita koskeva pilottiohjelma, jossa tuomioistuimilla on valtuudet määrätä huumeriippuvainen hoitoon ja jossa niillä on vastuu arvioida hoidon edistymistä. Yhdistyneessä kuningaskunnassa aloitettiin vuonna 1998 DTTO-ohjelma (*Drug Treatment and Testing Order*), jolla pyritään vähentämään rikollisuutta tuomioistuimen määräämän hoidon ja kuntoutuksen kautta. Tuomioistuimet määräävät toimenpiteet ja seuraavat niitä, ja valvonnasta vastaavat ehdonalaisvalvojat. Vaikka rikoksesta langetettaisiin vankeusrangaistus, yhä useammissa maissa hoitomahdollisuuksia on myös vankiloissa.

Huumeiden myyminen

Huumausaineiden myyminen oman käytön rahoittamiseksi on yleistä kaikkialla Euroopassa käyttäjien keskuudessa. Se katsotaan kaikissa maissa vakavaksi rikokseksi olosuhteista riippumatta. Rikoksen aste otetaan kuitenkin huomioon määrättäessä seuraamuksia, jotka vaihtelevat maittain sakoista vankeusrangaistuksiin ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa elinkautiseen tuomioon.

Euroopan maista saatavilla olevat tiedot poikkeavat paljon toisistaan, mutta silti voidaan määritellä useita yhteisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat huumeiden myymisestä seuraaviin rangaistuksiin.

Määrä ja asiakas

Useimmissa jäsenvaltioissa vain pienen huumemäärän myyntiä pidetään lieventävänä asianhaarana laajamittaiseen huume kauppaan verrattuna. Kreikassa käyttäjät, jotka myyvät toisilleen todistetusti ainoastaan henkilökohtaiseen käyttöön tarkoitettuja pieniä huumemääriä, voidaan tuomita kuuden kuukauden vankeusrangaistukseen, joka voidaan muuttaa joko sakoiksi tai ehdolliseksi tuomioksi. Huumausaineista riippuvaiset henkilöt, jotka ovat mukana huomattavien huumemäärien kaupassa, voivat saada enintään kahdeksan vuoden vankeusrangaistuksen. Huumausaineista riippumattomat rikosentekijät voidaan tuomita vastaavasta rikoksesta elinkautiseen vankeusrangaistukseen. Ruotsissa tuomiot vaihtelevat kahdesta kuukaudesta kolmeen vuoteen myydyn määrän mukaan. Ei-kaupallinen myynti katsotaan lieventäväksi asianhaaraksi esimerkiksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Riippuvuusaste

Kaikissa jäsenvaltioissa rikoksenteikijän riippuvuusaste voi vaikuttaa siihen, ohjataanko vastaaja hoitoon rangaistuksen sijasta.

Aineiden erot

Oikeudellisesti tehdään ero vaarallisten ja suurta riippuvuutta aiheuttavien huumausaineiden (esimerkiksi heroini) sekä edellisiä haitattomampien ja vähäistä riippuvuutta aiheuttavien huumausaineiden (esimerkiksi kannabis) välille. Kreikassa poliisi soveltaa huumeakauppaan käytännön työssä tärkeysjärjestyksestä, joka määräytyy aineiden vaarallisuuden mukaan. Heroiinia pidetään vaarallisimpana huumausaineena, ja sen syytetoimet ovat ankarimmat. Sen jälkeen tulevat kokaiini, synteettiset huumeet ja kannabis. Luxemburgissa tehtiin lakimuutos, jossa tuomioiden ankaruus määräytyy aineiden vaarallisuuden mukaan.

Rikoksen uusiminen

Rikoksen uusimisesta voi seurata asteittain kovenevia tuomioita melkein kaikissa jäsenvaltioissa. Tanskassa hyvin vaarallisten huumeiden toistuva myynti voi johtaa kuuden vuoden vankeustuomioon. Jos kyse on huomattavista määristä, tuomio voi pidentyä enintään kymmeneen vuoteen. Luxemburgissa minkä tahansa huumeen myynnistä langetettavat tuomiot vaihtelevat yhden vuoden vankeudesta viiden vuoden vankeusrangaistukseen ja/tai sakkoon. Rikoksenuusijoiden tuomiot voivat olla kaksinkertaisia, jos ensimmäisestä tuomiosta on kulunut alle viisi vuotta. Koska huumeiden myynti on huumeista riippuvaisten henkilöiden yleisin tapa rahoittaa käyttöönsä (ennen lieviä varkausrikoksia tai murtoja), he ovat todennäköisiä rikoksenuusijoita. Vaikka toistuvat rikokset johtuvat fyysisestä riippuvuudesta, seuraamuksena on todennäköisesti pitkä vankeustuomio hoitoonohjauksen sijasta.

Vaikka yleensä EU-maiden oikeusviranomaiset katsovat henkilökohtaiseen käyttöön tarkoitettua pienen huume määrän hallussapidon lieventäväksi asianhaaraksi, hallussapidon ja myynnin ero tuntuu hämärtyneen. Vaikka niihin sovelletaan eri tuomioita, niiden erottamiseksi ei ole määritelty riittävän selkeitä perusteita, joten samasta rikoksesta voi seurata eri rangaistuksia. Vaikka kaikissa jäsenvaltioissa rikoksenteikijä voidaan ohjata hoitoon vankilan sijasta, käytännön yleisyyttä ei ole tutkittu EU:n tasolla.

Huumeita käyttäviä naisia ja heidän lapsiaan koskevat ongelmat

Naisten huumeiden käyttöä ei ole toistaiseksi tutkittu systemaattisesti EU:n huumetietojärjestelmissä.

Useimmat jäsenvaltiot kuitenkin käsittelevät huumeista riippuvaisten naisten tarpeita erityisohjelmissa, joiden laajuus ja päämäärä kuitenkin vaihtelevat.

Naisten huumeiden käyttö

Yleisesti ottaen miehet käyttävät naisia enemmän laittomia huumausaineita. Sukupuolten huumeiden käytön erot ovat monimutkaisia, ja ne riippuvat aineesta, käyttäjän iästä, sosiaaliryhmästä, koulutustasosta ja asuinpaikasta. Pojat käyttävät kannabista yleensä useammin kuin tytöt, mutta ero on pieni tai jopa olematon 15–16-vuotiaiden ikäluokassa. 20–24-vuotiaiden miesten käyttö on kuitenkin naisten käyttöä yleisempää. Sukupuolierot ovat entistä selvempiä, kun tarkastellaan käyttöä 12 kuukauden jaksolla ja tiettyjen huumeiden käyttöä.

Tyttöjen poikia varhaisemmat huumeekokeilut johtuvat yleensä siitä, että heitä vanhemmat poikaystävä yllättävät tyttöjä kokeilemaan huumeita. Iän myötä huumeiden käytössä ilmenee sukupuolisidonnaisia eroja, jotka vain vahvistuvat.

Vaikka miesten huumeiden käyttö on yleisempää kuin naisten huumeiden käyttö, oikeudelliset, kulttuuriset sekä koulutukseen ja asuinpaikkaan liittyvät tekijät ilmaisevat huumeiden käytön lisääntyneen naisten keskuudessa. Käytön sukupuolierot ovat korostuneita maissa, joissa oikeudelliset seuraamukset ovat ankarat, sekä koulun varhain jättäneiden ja maaseutuväestön keskuudessa. Erot eivät ole niin selviä maissa, joissa kannabiksen tapaisten huumeiden käyttö on laajalti hyväksyttyä. Kreikassa miehet käyttivät huumeita (pääasiassa kannabista) naisia enemmän vuonna 1998. Naiset käyttivät huumeita kuitenkin kuusi kertaa enemmän kuin vuonna 1984, kun taas miesten käyttö ei edes kolminkertaistunut.

Päinvastoin kuin laittomien huumeiden ollessa kyseessä naiset käyttävät miehiä enemmän lääkkeitä, kuten bentsodiatsepiinejä, ja ero kasvaa iän myötä. Merkittävä seikka on se, että lääkkeiden laillinen ja laitton käyttö ei ole sosiaalisesti niin leimaavaa kuin laittomien huumeiden käyttö, vaikka lääkkeiden säännöllisestä käytöstä seuraa huomattavia terveyshaittoja.

Naisvankien määrä lisääntyy jatkuvasti Euroopassa. Espanjassa naisvankien määrä on melkein kolminkertaistunut viimeisten kymmenen vuoden aikana. Vaikka huumausainerikoksista tuomituista naisista on vähemmän kuin miehiä, Irlannista ja Yhdistyneessä kuningaskunnasta saatujen tietojen mukaan vankilaan joutuvista naisista suurella osalla on huumeongelmia heroiniin, metadonin ja bentsodiatsepiinien kanssa. Naisvankiloiden huumehoitomahdollisuudet vaihtelevat.

Myöskään bentsodiatsepiineista riippuvaisia varten laaditut ohjeet, joilla pyritään ehkäisemään äkkinäisen lopettamisen haitat, eivät ole yhtä pitkälle kehitettyjä kuin opiaattiriippuvuuden hoito-ohjeet.

Suoraan laittomiin huumeisiin liittyvä naisten kuolleisuus on miesten kuolleisuutta alhaisempi, ja siinä esiintyy levinneisyyteen liittyviä sukupuolieroja (keskimäärin naisten osuus huumekuolemista on vain 20 prosenttia). Miesten korkeat kuolleisuusluvut voidaan selvittää vain tutkimalla huumekuolemien taustoja ja kvalitatiivisia tekijöitä.

Tartuntataudit

Saksan, Ranskan, Irlannin ja Yhdistyneen kuningaskunnan maakohtaisissa vahvistamattomissa raporteissa ilmaistaan huoli siitä, että HIV- ja hepatiitti B -tartunnat lisääntyvät huumeita käyttävien naisten parissa. Vaikka asiasta ei ole tutkimustietoja, sen arvellaan johtuvan naisten riskialttiista suonensisäisestä huumeiden käytöstä tai suojaamattomasta seksistä.

Huumeita käyttävät naiset tekevät miehiä vähemmän omaisuusrikoksia. He rahoittavat käyttöönsä sen sijaan seksityöläisinä. Noin 60 prosenttia huumeita käyttävistä naisista saa tulonsa seksialalta. Kun eurooppalaisten naisten ja heidän vastasyntyneiden lastensa HIV-tartunnat lisääntyivät, Saksan, Ranskan, Irlannin ja Yhdistyneen kuningaskunnan äitiysklinikoilla ryhdyttiin HIV:n ja joskus myös hepatiittien B ja C rutiininomaisiin seulonta-ohjelmiin 1980- ja 1990-luvulla. Huolta on aina aiheutta-

nut se, että naiset levittävät tartuntatauteja myös asiakkaisiinsa. Naisten huumeiden käytön ja seksityön välinen yhteys on melko varmasti vaikuttanut siihen, että naisseksityöläisten haittojen vähentämiseen pyrkivä hoitopalvelujen määrä ja huumeita käyttävien naisten hoitopalvelujen määrä ovat lisääntyneet. Naisia varten on perustettu etsivän työn ja matalan kynnyksen palveluja, joissa tarjotaan suojaa, tietoa ja käytännön neuvoja turvaseksistä ja huumeiden ”turvallisesta” käytöstä. Tukiryhmät, kuten Mainline Amsterdamissa, tarjoavat naisille palveluja (kampaamo, itsepuolustus ja interaktiivinen teatteri).

Raskaus ja naiset, joilla on lapsia

Raskaana olevia opiaattien käyttäjiä pidetään yhä enemmän ryhmänä, joka tarvitsee paljon toimia ja tukea. Useimmissa EU-maissa katsotaan, että näille naisille syntyvät lapset saattavat tarvita lääketieteellistä hoitoa. Raskaana olevat naiset pääsevät kaikissa EU-maissa nopeasti huumeiden käyttäjille tarkoitettuun hoitoon. Belgiassa, Tanskassa, Ranskassa, Irlannissa, Itävallassa, Portugalissa ja Ruotsissa heitä varten on kehitetty omia palveluja. Raskaana oleville naisille ei yleensä suositella vieroitushoitoja ja korvaushoitomahdollisuuksia vasta tutkitaan. Säännölliset äitiyshoitopalvelut eivät sovi monen tällaisen naisen elämäntyyliin, tai he pelkäävät leimautumista suostuessaan käyttämään palveluita.

Huumeiden käyttäjille syntyy lapsia yhä enemmän, ja nämä ovat riskialttiita saamaan omia huumeongelmia. Nykyään ollaan entistä huolestuneempia siitä, miten vanhempien huumeiden käyttö ja riippuvuus vaikuttavat

Taulukko 3

	Huumeita käyttävien naisten tarpeisiin vastaavat ohjelmat.				
	Raskaana olevat naiset	Seksityöläiset	Huumeita käyttävät äidit ja heidän lapsensa	Naisvangit	Koulutytöt ja teini-ikäiset
Belgia	++	-	++	-	-
Tanska	++	+	+	-	-
Saksa	-	+	++	+	+
Kreikka	+	+	+	-	-
Espanja	-	++	+	+	-
Ranska	+	+	-	-	-
Irlanti	+	++	+	+	-
Italia	-	+	++	-	+
Luxemburg	-	+	-	-	-
Alankomaat	-	+	+	-	-
Itävalta	++	+	++	-	+
Portugali	++	+	+	+	-
Suomi	-	-	+	-	-
Ruotsi	++	-	+	-	++
Yhdistynyt kuningaskunta	++	++	++	++	++

Huom. -: Ei tietoja tai ilmoitusta ohjelmasta.
 +: Ainakin yksi ilmoitettu ohjelma.
 ++: Enemmän kuin yksi ilmoitettu ohjelma.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit, 1999; Dagmar Hedrich: "Community-based services for female drug users in Europe", Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä, julkaisematon raportti, joulukuu 1999.

Erityiskysymyksiä

lapsiin. Tutkimukset poikkeavat toisistaan sekä menetelmien että tulosten puolesta. Joidenkin tutkimusten mukaan huumeita käyttävien äitien lasten ongelmat ovat väistämättömiä ja moninaisia, toisten tutkimusten mukaan huumeita käyttävien äitien lasten ja muiden lasten välillä ei ole emotionaalisia, käytökseen liittyviä tai oppimisvaikeuksiin liittyviä eroja samanlaisessa sosiaalisessa ympäristössä. Joissakin tutkimuksissa todetaan, että huumeita käyttävien tai alkoholista riippuvaisten naisten lasten välillä on yhtäläisyyksiä. Tukitoimia ovat olleet muun muassa uudet asuinjärjestelyt, sosiaaliturvan lisääminen ja hoitomahdollisuuksien järjestäminen.

Se, miten yleistä lasten asuminen huumeita käyttävien äitien luona on, vaihtelee suuresti EU-maissa. Näissä maissa ei myöskään ole laadittu tai sovellettu käytännössä selkeitä toimintatapoja siinä, miten yleisesti huumeista riippuvaisten äitien lapset otetaan huostaan. Tanskassa ja Ruotsissa keinona on käytetty sijaisvanhemmuutta, mutta nyt ollaan siirtymässä toimiin, joilla huumeista riippuvaisia äitejä autetaan pysymään yhdessä lastensa kanssa tai joilla ainakin säilytetään lasten ja vanhempien väliset suhteet. Etelä-Euroopan maat, kuten Kreikka, Espanja, Italia ja Portugali, turvautuvat tämän sijasta perinteisiin perhemalleihin lastenhoidon järjestämiseksi.

Huumehoito

Huumeita käyttävien naisten ja miesten hoitosuhde on keskimäärin alle yhden suhde kolmeen. Hoitoon tulevat naiset ovat yleensä miehiä nuorempia, ja hoidettavien naisten osuus laskee iän myötä. Tämä kuvastaa ehkä hoitoon hakeutuvien miesten ja naisten välisiä ikään liittyviä eroja tai naisten huumeiden käytössä tapahtuvia

muutoksia tai molempia. Lukujen ajatellaan ilmaisevan vajavaisesti huumeongelmista kärsivien naisten määrää. Belgiassa lumipallomenetelmällä suoritetussa tutkimuksessa paljastui, että huumeiden ongelmakäyttäjissä naisten ja miesten välinen suhdeluku oli korkeampi virallisiin hoitolukuihin verrattuna. Naisten vähäinen määrä huumehoidossa liittyy äitiyteen: tietynikäisistä naisasiakkaista 75 prosentilla oli ainakin yksi lapsi, ja he ovat liian kiinni lastenhoidossa voidakseen seurata hoito-ohjelmia, tai he pelkäävät, että heidät leimataan kelvottomiksi äideiksi ja lapset otetaan huostaan, jos he menevät hoito-ohjelmaan mukaan.

Vain muutamissa maissa, esimerkiksi Saksassa ja Portugalissa, on järjestetty hoitopalveluja naisvankiloihin, vaikka suuri osuus naisvangeista käyttää huumeita. Portugalissa kahteen vankilaan on järjestetty lastenhoitopalvelut, jotta lapset voivat olla äitiensä kanssa.

Naisille suunnattu ehkäisevä huumeetö

Saksassa, Itävallassa ja Ruotsissa ehkäisevä huumeetö on suunnattu erityisesti hyvin nuorille naisille ja koulutyöille. Toimissa keskitytään usein naisten identiteettiin ja siihen, miten kieltäytyä poikaystävien tai miespuolisten tuttavien tarjoamista huumeista.

Edellä esitetyistä niukoistakin tiedoista käy ilmi, että miesten huumeiden käytössä käytön aiheuttamat rikosvaikutukset herättävät huolta, kun taas naisten huumeongelmien huolen taustalla on se, miten käyttö vaikuttaa muihin ihmisiin: huumeita käyttävien äitien lapsiin tai miehiin, jos käyttäjät ovat seksityöläisiä.

Keski- ja Itä-Euroopan huumeongelma

Vuosiraportissa on tänä vuonna tietoja Keski- ja Itä-Euroopan maiden (KIE-maat) ⁽⁶⁾ huumeongelmasta, mikä kuvastaa EMCDDA:n ja EU:n jäsenyyttä hakeneiden maiden ⁽⁷⁾ välistä lisääntyvää yhteistyötä. Koska yhteistyö Kyproksen, Maltan ja Turkin kanssa on vielä alkuvaiheessa, tässä luvussa tarkastellaan niitä KIE-maita, jotka ovat mukana EU:n Phare-ohjelman huumetietojärjestelmissä ⁽⁸⁾.

KIE-maiden huumeongelmat olivat yleisesti ottaen vähäisiä vuoden 1989 geopoliittisiin muutoksiin asti. Rajojen avautuminen, ihmisten ja tavaroiden entistä suurempi liikehdintä ja perinteisten yhteiskunnallisten arvojen rappeutuminen aiheuttivat uusia ja pahensivat jo olemassa olevia ongelmia. Vaikka alueen läpi kulkeva huume-kauppa kasvoi 1990-luvun alussa, välitön vaikutus kansaliseen huumeiden käyttöön oli suhteellisen pieni. Sen jälkeen huumeilmiö on kuitenkin levinnyt kaikkiin yhteiskuntasektoreihin.

Yleiset suuntaukset

- Ainakin kerran laittomia huumeita kokeilleiden henkilöiden, varsinkin koululaisten, osuus kasvaa.
- Laillisia ja laittomia aineita käytetään tai niihin tutustutaan ensimmäisen kerran yhä nuorempana.
- Opiaattiriippuvuuden hoidon tarve kasvaa.
- Käyttötavat muuttuvat niin, että suomensisäinen käyttö lisääntyy ja tuontiheroiini valtaa alaa paikallisesti valmistetuilta opiaateilta.
- Huumeiden käyttö leviää suurista kaupunkikeskuksista kaikille alueille.
- Huumeepidätykset ja -takavarikot lisääntyvät.

Huumeiden levinneisyys ja käyttötavat

Kannabis

Koulututkimukset

Koululaisia koskeneista tutkimuksista ilmenee, että huumeita ainakin kerran kokeilleiden 15–16-vuotiaiden määrä kasvoi huomattavasti vuosina 1994–1999. Kannabista ainakin kerran kokeilleista kerättiin tietoja useita vuosia eurooppalaisella ESPAD-kyselytutkimuksella, joka koski alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä kouluissa. Se osoitti kannabiksen olevan yleisimmin käytetty huume, tosin tilanne vaihtelee maittain.

Hoidon tarve

Monet KIE-maiden hoitotoimet keskittyvät opiaattien ongelmakäyttäjiiin, mutta Albania, Slovakia ja Unkari raportoivat myös kannabiksen ongelmakäyttäjien hoitotarpeista. Tšekissä hiljattain hoitoon rekisteröityjen kannabiksen ongelmakäyttäjien määrä on lisääntynyt neljän viime vuoden kuluessa. Sama suuntaus on havaittu myös EU-maissa ja tarvitaan laadukkaita kliinisiä ja kansatieteellisiä tutkimuksia, jotta tarpeeseen voidaan vastata riittävän tehokkaasti hoito-ohjelmilla.

⁽⁶⁾ KIE-maat ovat Albania, Bosnia ja Hertsegovina, Bulgaria, entinen Jugoslavian tasavalta Makedonia (EJTM), Latvia, Liettua, Puola, Romania, Slovakia, Slovenia, Tšekki, Unkari ja Viro.

⁽⁷⁾ EU:n jäsenyyttä hakevat maat ovat Bulgaria, Latvia, Liettua, Puola, Romania, Slovakia, Slovenia, Tšekki, Unkari ja Viro sekä Kypros, Malta ja Turkki.

⁽⁸⁾ Tiedot ovat peräisin EU:n Phare-ohjelman kansallisista huumeraporteista vuosilta 1998–1999. Niissä esitetään vain yhteenvedo yleisistä alueellisista suuntauksista. Bosniasta ja Hertsegovinasta ei ole saatavilla tietoja.

Taulukko 4

Huumeita ainakin kerran kokeilleet 15–16-vuotiaat neljässä KIE-maassa vuosina 1994–1999.							
Maa	Aine	Huumeita ainakin kerran kokeilleiden osuus (%)					
		1994	1995	1996	1997	1998	1999
Liettua	Kaikki laittomat huumeet	ei tietoja	3,2	ei tietoja	26,0 ^(a)	13,3 ^(b)	ei tietoja
	Kannabis	ei tietoja	1,0	ei tietoja	ei tietoja	27,1 ^(b)	ei tietoja
Slovakia	Kannabis	8,1	12,4	ei tietoja	ei tietoja	19,7	23,0
Tšekki	Kaikki laittomat huumeet	26,4	ei tietoja	ei tietoja	43,6	ei tietoja	ei tietoja
	Kannabis	21,5	ei tietoja	ei tietoja	35,4	ei tietoja	ei tietoja
Unkari	Kaikki laittomat huumeet	ei tietoja	4,8	ei tietoja	ei tietoja	12,5	ei tietoja
	Kannabis	ei tietoja	4,5	ei tietoja	ei tietoja	11,5	ei tietoja

Huom. ^(a) Vain Vilna.
^(b) 9–11-luokkalaisten, vain Klaipeda.

Saatavuus

Marihuanan ja kannabiksen takavarikoiden lisääntymisen antaa aiheita olettaa, että huumekauppa ja paikallinen huumeetuotanto kasvavat useissa maissa, vaikka tämä voi myös kertoa oikeustoimien tehostumisesta.

sassa 12 maasta, joista tietoja oli saatavilla. Luvut olivat pienimmät Tšekissä (17 %), Unkarissa (34,7 %) ja Latviassa (49,4 %).

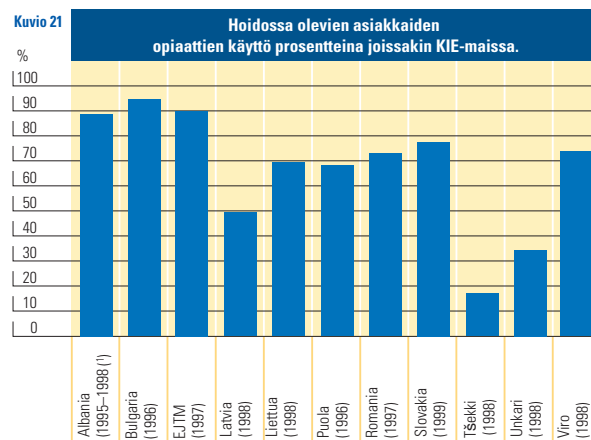
Opiaatit

Hoidon tarve

KIE-maissa käytettyihin opiaatteihin lasketaan mukaan heroini, jonka käyttö oli vähäpätöistä 1990-luvun alkuun asti, ja paikallisesti tuotetut aineet, kuten unikonvarresta valmistettu ”kompot”. Morfiini ja muut opiaatit, myös hydrokodeiini, kuuluvat jälkimmäiseen ryhmään, mutta niitä esiintyy rajoitetusti KIE-maissa (hydrokodeiinista on ilmoitettu vain Unkarissa).

Melkein kaikissa maissa havaittiin hoidossa olevien opiaattien käyttäjien keskimääräisen iän laskeneen.

Vaikka tietoja ei ole kirjattu järjestelmällisesti eikä yhdenmukaisesti, opiaattien käyttöön liittyvän hoidon tarve on selvästi lisääntynyt kaikissa KIE-maissa vuoden 1993 jälkeen.



Vuosina 1995–1998 rekisteröidyistä hoidettavista asiakkaista 70–90 prosenttia oli opiaattien käyttäjiä kahdek-

Huom. ⁽¹⁾ Keskiarvo 1995–1998.

Taulukko 5

Hoitopyyntöjen määrä KIE-maissa vuodesta 1993 (kaikki aineet).						
Maa	Vuosi					
	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Albania ^(a)	ei tietoja	ei tietoja	27	63	334	523
Bulgaria	ei tietoja	ei tietoja	254	449	ei tietoja	ei tietoja
entinen Jugoslavian tasavalta Makedonia	82	116	242	301	431	ei tietoja
Latvia	ei tietoja	1 084	1 289	1 517	1 738	1 970
Liettua	ei tietoja	ei tietoja	ei tietoja	1 804	2 871	2 862
Puola	3 783	4 107	4 223	4 772	ei tietoja	ei tietoja
Romania	ei tietoja	ei tietoja	ei tietoja	ei tietoja	646	ei tietoja
Slovakia	ei tietoja	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199
Slovenia ^(b)	141	187	125	309	ei tietoja	ei tietoja
Tšekki ^(b)	ei tietoja	ei tietoja	2 470	3 252	3 132	3 858
Unkari	ei tietoja	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957
Viro	ei tietoja	246	366	755	ei tietoja	ei tietoja

Huom. ^(a) Albanian tiedot ovat vain yhdestä sairaalasta.
^(b) Ensimmäinen hoitopyyntö.

Suurimpaan riskiryhmään kuuluvat 15–19-vuotiaat ja 20–24-vuotiaat eli paljon nuoremmat kuin EU-maissa.

Tšekissä hiljattain rekisteröityjen hoidossa olevien huumeiden ongelmakäyttäjien keskimääräinen ikä laski vuoden 1995 22,8:sta 20,6:een vuonna 1998. Yli 75 prosenttia uusista asiakkaista alkoi käyttää huumeita alle 19-vuotiaina ja yli 12 prosenttia alle 15-vuotiaina. Sama suuntaus näkyy Baltian maissa. Latviassa hoidossa olevista rekisteröidyistä asiakkaista 41 prosenttia on alle 19-vuotiaita ja 22 prosenttia alle 15-vuotiaita. Myös Albaniassa ja Unkarissa 15–19-vuotiaiden asiakkaiden osuus on suuri ja 20–24-vuotiaiden osuus kasvaa.

Suonensisäinen huumeiden käyttö

Suonensisäinen huumeiden käyttö on vakava ongelma alueella. Se liittyy yleensä – vaikkakaan ei aina – heroiinin käyttöön. Tilanne vaihtelee maiden välillä.

Albaniassa 87,2 prosenttia hoidossa olevista asiakkaista käyttää joko pelkästään heroiinia tai heroiinia muiden aineiden kera. Tästä huolimatta suonensisäinen käyttö väheni vuoden 1995 29 prosentista 19,3 prosenttiin vuonna 1998. Tšekissä sen sijaan suonensisäisesti huumeita käyttävien määrä nousi vuoden 1997 55 prosentista 62 prosenttiin vuonna 1998. Kasvusta huolimatta heroiinin osuus huumeiden ongelmakäytöstä maassa on vain 17 prosenttia. Vuonna 1998 Unkarin rekisteröidyistä hoidettavista asiakkaista 26,3 prosenttia käytti huumeita suonensisäisesti, ja 86 prosenttia heroiinin käyttäjistä samana vuonna käytti ainetta suonensisäisesti. Puolassa vain 50 prosenttia hoidettavista asiakkaista vuonna 1997 oli suonensisäisesti huumeita käyttäviä, ja määrä on laskeutunut huomattavasti tämän jälkeen.

Heroiini verrattuna kansallisesti valmistettujen aineiden käyttöön

Heroiinin käyttö saavutti useimmissa KIE-maissa huippunsa vuosina 1994–1995 ja uudelleen vuosina 1997–1998. Kasvu heijasti heroiinin saatavuuden paranevista, joka puolestaan johti ”perinteisten” kansallisten opiaattien käytön vähenemiseen.

Albania ja Latvia ilmoittivat heroiinin käytön kasvaneen nopeasti vuonna 1998, ja Virossa havaittiin heroiinin korvaavan unikonvarren käytön vuosina 1997–1998. Unkarissa ensisijaisesti opiaattien vuoksi hoidettavien huumeista riippuvaisten osuus kasvoi vuoden 1994 21,5 prosentista 34,7 prosenttiin vuonna 1998. Samaan aikaan rauhoittavien aineiden käyttö laski 27,8 prosentista 12,2 prosenttiin ja impattavien aineiden käyttö 15,7 prosentista 3,4 prosenttiin. Puolassa kotitekoisten opiaattien (niin sanotun puolalaisen heroiinin) käyttäjien osuus on vähentynyt voimakkaasti, kun taas heroiinin käyttäjien

osuus kasvaa. Slovakia ilmoitti heroiinin käytön kasvaneen vuoden 1993 37 prosentista 86 prosenttiin vuonna 1994.

Maantieteelliset ja sosiaaliset vaikutukset

Opiaattien käyttö KIE-maissa on levinnyt kaupungeista useimmille alueille vuodesta 1996. Slovakiassa vain 35 prosenttia heroiinista riippuvaisista asiakkaista hoidettiin Bratislavan ulkopuolella vuonna 1994, mutta luku kasvoi 47 prosenttiin vuonna 1995 ja 60 prosenttiin vuonna 1996.

Puolassa on havaittu eroja opiaattien käytössä isojen kaupunkien välillä. Esimerkiksi 70 prosenttia Varsovassa ja Krakovassa hoidossa olevista asiakkaista on ensisijaisesti opiaattien käyttäjiä. Krakovassa enemmistö käyttää kotitekoisia opiaatteja, mutta Varsovassa heroiini on käytetyin huume.

KIE-maissa on myös havaittu huumeiden käytön eroja etnisten ryhmien välillä. Entisen Jugoslavian tasavallan Makedonian tiedoista vuodelta 1998 ilmenee, että nuoret makedonialaiset käyttävät heroiinia suonensisäisesti, kun taas albanialaista alkuperää olevat nuoret polttavat sitä. Samanlaisia eroja on havaittu venäläisen vähemmistön keskuudessa Baltian maissa ja Bulgarian romaniväestön keskuudessa.

Huumeisiin liittyvät sairaudet

Vaikka KIE-maista on saatu niukasti HIV:tä, aidsia sekä hepatiitteja B ja C koskevia tietoja, riskikäyttäytyminen ja suonensisäinen huumeiden käyttö antavat aiheutta olettaa, että epidemioiden leviämiskäsi on suuri.

Kokaiini

Kokaiinin käyttö on melko harvinaista KIE-maissa, mutta sen saatavuuden parantuessa myös levinneisyys, kauppa ja takavarikot ovat lisääntyneet. Muihin huumausaineisiin verrattuna kokaiini on melko kallista ja sen käyttö rajoittuu yleensä hyvätuloisten piiriin.

Synteettiset huumeet

Neljän viime vuoden aikana kaikki synteettiset huumeet ovat kasvattaneet suosiotaan varsinkin Baltian maissa, Puolassa, Slovakiassa, Sloveniassa, Tšekissä ja Unkarissa, ja ne kuuluvat olennaisesti nuorten tanssikulttuuriin.

Synteettisten aineiden käyttäjät eivät pidä itseään huumeiden käyttäjinä tai huumeista riippuvaisina eivätkä siksi juurikaan hakeudu hoitoon. Tästä syystä on vaikeaa arvioida tarkasti synteettisten huumeiden käyttöä KIE-maissa. Huumetakavarikkojen lukumäärää ja niiden aineiden määriä koskevat tiedot viittaavat kuitenkin siihen, että aineiden levinneisyyttä on suuresti aliarvioitu.

Amfetamiinin ja sentyyppisten stimulanttien käyttö lisääntyy KIE-maissa, vaikka käyttötavat poikkeavat toisistaan. Tšekissä metamfetamiini pervitiinin käyttö on maan suurin huumeongelma (68 prosenttia huumeiden ongelmakäyttäjistä). Sen käyttö lähes kolminkertaistui koululaisten parissa vuosina 1994–1997. Unkarissa amfetamiinin ongelmakäytön (enimmäkseen suonensisäisen käytön) osuus on 15,2 prosenttia hoitotarpeesta. Liettuassa amfetamiinit ilmestyivät pimeille markkinoille vuonna 1996, ja niitä käytetään joko tabletteina tai suonensisäisesti. Puolassa amfetamiineja tarjotaan yhä enemmän nuorille, jotka eivät ole aikaisemmin käyttäneet huumeita. Romaniassa takavarikoitiin suuria amfetamiinimääriä vuonna 1997.

Muut aineet

Muita aineita ei käytetä yhtä laajasti kaikissa KIE-maissa. Näitä ovat unilääkkeet ja rauhoittavat aineet, liuotinaineet sekä impattavat aineet.

Unkarissa rauhoittavien aineita ja bentsodiatsepiineja käytettiin 26 prosentissa hoitotapauksista vuonna 1998 ja Romaniassa 17,9 prosentissa hoitotapauksista vuonna 1997. Latviassa vuonna 1998 34,2 prosentissa psykotrooppisten aineiden käytöstä oli mukana impattavia aineita, kun taas rauhoittavien aineiden osuus oli 10,1 prosenttia. Slovakiassa impattavien aineiden käyttäjien osuus hoidetuista asiakkaista oli 10–11 prosenttia vuosina 1994–1998, kun taas rauhoittavien aineiden käytön osuus hoitopyynnöistä vuonna 1998 oli kuusi prosenttia. Sloveniassa tehtiin vuonna 1995 kansallinen tutkimus 15-vuotiaiden tilanteesta, jolloin paljastui huomattavan suurta liiman ja muiden aineiden, myös rauhoittavien aineiden, väärinkäyttöä etenkin tyttöjen parissa.

Yleisesti ottaen huumeiden käyttö KIE-maissa kasvaa.

Reaktiot

Viiden vuoden aikana KIE-maat ovat käsitelleet huumeongelmaa institutionaalisilla ja oikeudellisilla toimenpiteillä, kysynnän vähentämiseen tähtäävillä toimilla (etupäässä ehkäisevällä työllä ja hoidolla) sekä rikollisuuden torjuntaan ja lainkäyttöön liittyvillä toimilla.

Institutionaaliset ja oikeudelliset reaktiot

Oikeudellisia toimia jatketaan saattamalla yhteisön säännöstö osaksi kansallista lainsäädäntöä kymmenessä hakijamaassa. KIE-maat ovat hyväksyneet vuoden 1996 jälkeen monia toimia, jotka kattavat rahanpesun, kemiallisten aineiden esiasteet, vankilan vaihtoehdot sekä laitto-

mien huumeiden käytön, tuotannon ja kaupan. Lisäksi ne ovat hyväksyneet kansainvälisiä yleissopimuksia ja rikoslain uudistuksen.

Uuden lainsäädännön virallinen hyväksyminen on kuitenkin vasta ensimmäinen askel; uusien lakien soveltaminen samoin kuin se, mitä varoja ja henkilöresursseja tarvitaan periaatteiden toteuttamiseksi käytännössä ja niiden valvomiseksi, on määriteltävä. Joissakin tapauksissa lainsäädännön linjauksia on tarkasteltava ja yhteistyötä lisättävä, jotta vältettäisiin EU-maiden ja hakijamaiden toimintatapojen ristiriitaisuudet.

Ministeriöiden välisillä yhteistyörakenteilla on pyritty koordinoimaan huumeiden valvontaa kaikissa KIE-maissa. Rakenteiden jatkuva uudelleenjärjestely ja varojen puute ovat johtaneet siihen, että tarvitaan entistä tehokkaampia kansallisia koordinoitavia toimia. Jatkuvista muutoksista huolimatta alakomiteat ja työryhmät ovat auttaneet merkittävästi lakiesitysten valmistelussa samoin kuin kansallisten huumestrategioiden laatimisessa.

Monet KIE-maat laativat monialaisia huumestrategioita, mutta ne eivät aina ole voineet myöntää tätä varten tarvittavia varoja heikon sosiaalis-taloudellisen tilanteen ja monien poliittisten ja muiden haasteiden vuoksi.

Kysynnän ja tarjonnan vähentäminen

Rajatyliittävän huumeikaupan ja rahanpesun kasvu sekä kemiallisten aineiden esiasteiden moninaisuus 1990-luvun alun jälkeen ovat johtaneet siihen, että KIE-maissa on lisätty rikosten torjuntaa ja lainkäyttöä koskevia toimia. Laittomien huumeiden tarjonnan valvontaa on tehostettu EU:n Phare-ohjelman tuella.

KIE-maissa on kehitetty kysynnän vähentämistoimia kansainvälisten järjestöjen ja ohjelmien aktiivisella tuella. Niistä voidaan mainita EU:n Phare-ohjelman tekninen tuki huumeiden vähentämishankkeeseen, Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä, Maailman terveysjärjestö ja ESPAD.

Monet huumeusainesektorin työntekijät ovat saaneet koulutusta näiden organisaatioiden avulla. Maissa on hyväksytty uusia asiakirjoja ja työvälineitä ja käännetty EU:ssa laadittua aineistoa. Lisäksi on luotu ehkäiseviä ja hoito-ohjelmia, jotka perustuvat KIE-maiden omaan asiantuntemukseen.

Näistä toimista huolimatta huumeiden kysynnän vähentäminen ei ole kovin tärkeällä sijalla monissa KIE-maissa, mikä käy ilmi siitä, että rikosten torjuntaan ja lainkäyttöön myönnetään sitä enemmän resursseja.

Keski- ja Itä-Euroopan huumeongelma

Resurssipula ja vaikea taloudellis-sosiaalinen tilanne ovat jossakin määrin tarkoittaneet sitä, että kansainvälinen tuki on vaikuttanut kehitettävistä toimista tehtäviin päätöksiin. Tästä syystä ja huolimatta siitä, että kenttätyöntekijät tekevät laadukasta työtä, monet toimet eivät juurikaan ole parantaneet tilannetta.

Kaikki toimet on sisällytettävä johdonmukaisiin ja tehokkaisiin kansallisiin ja alueellisiin strategioihin, jotka perustuvat tietämyksen lisäämiseen huumeilmiön ongelmallisimmista näkökohdista. Siksi KIE-maiden kansallisten seuranta-keskusten prototyyppinä on vahvistettava ja hakijamaiden on osallistuttava EMCDDA:n toimintaan. Tämä voi tukea huomattavasti niiden päätöksentekoa.

EMCDDA:n uusimmat julkaisut

Online-julkaisut

Vuosijulkaisut

Statistical bulletin

(online-julkaisuna osoitteessa
<http://www.emcdda.org>,
saatavissa englanniksi)

Painotuotteet

Vuosijulkaisut

2000 – Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta

(saatavissa EU:n 11 virallisella kielellä)

General report of activities 1999

(saatavissa englanniksi, ranskaksi ja saksaksi)

Tiedotuslehtinen

DrugNet Europe, nrot 21–26

(joka toinen kuukausi ilmestyvä tiedotuslehti-
nen, saatavissa englanniksi, portugaliksi,
ranskaksi ja saksaksi)

Scientific monograph -sarja

Methods to integrate epidemiological indicators to address policy-related questions on drug use

Scientific monograph No 6
(saatavissa englanniksi)

Evaluation: A key tool for improving drug prevention

Scientific monograph No 5
(saatavissa englanniksi)

Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research

Scientific monograph No 4
(saatavissa englanniksi)

Insights-sarja

Reviewing current practice in drug substitution treatment in Europe

Insights No 3
(saatavissa englanniksi)

Reitoxin kansalliset seurantakeskukset

Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (Scientific Institute of Public Health)
Denise Walckiers
Rue Juliette Wytzman 14/Juliette Wytzmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: birn@iph.fgov.be
<http://www.iph.fgov.be/reitox>

Danmark

Sundhedsstyrelsen (National Board of Health)
Vibeke Graff
Amaliegade 13
Postboks 2020
DK-1012 København K
Tlf. (45) 33 91 16 01
Fax (45) 33 93 16 36
E-post: vig@sst.dk
kag@sst.dk
<http://www.sst.dk>

Deutschland

Deutsche Referenzstelle der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD c/o IFT Institut für Therapieforschung (German Focal Point of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction c/o Institute for Therapy Research)
Roland Simon
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-Mail: simon@dbdd.de
<http://www.ift.de>

Greece

University Mental Health Research Institute (UMHRI)
Anna Kokkevi
Vassilisis Sophias Avenue 72
PO Box 66517
GR-15601 Athens
Tel. (30-1) 653 69 02
Fax (30-1) 653 72 73
E-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr
<http://business.hol.gr/~umhri>

European Commission

Directorate-General for Justice and Home Affairs – Drugs Unit
JA1/A/4
Timo Jetsu
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx-46 5/93)
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: timo.jetsu@cec.eu.int
http://europa.eu.int/comm/justice_home/unit/unit4_en.htm

Ελλάδα

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)
Άννα Κοκκεβή
Βασιλίσσης Σοφίας 72
TΘ 66517
15 601 Αθήνα
Τηλ. (30-1) 653 69 02
Φαξ (30-1) 653 72 73
E-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr
<http://business.hol.gr/~umhri>

España

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)
Ministerio del Interior [National Plan on Drugs]
Camilo Vázquez Bello
C/ Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: cvazquez@pnd.mir.es
<http://www.mir.es/pnd/index.htm>

France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (French Observatory for Drugs and Drug Addiction — OFDT)
Jean-Michel Costes
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tél. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland

Health Research Board
Drug Misuse Research Division
Roselyn Moran
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Rmoran@HRB.ie
<http://www.hrb.ie>

Italia

Presidenza del Consiglio dei ministri, dipartimento per gli affari sociali, ufficio per il coordinamento delle attività di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze (Prevention and Rehabilitation Activities Coordination Unit, Department for Social Affairs of the Presidency of the Council of Ministers)
Franco Scarpino
Via Veneto, 56
I-00187 Roma
Tel. (39) 06 48 16 14 95
Fax (39) 064 82 49 34
E-mail: puntofocale@affarisociali.it
<http://www.affarisociali.it>

Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg (Health Directorate, EMCDDA Focal Point, Luxembourg)
Alain Origer
Allée Marconi
Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tél. (352) 478 56 25
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu
<http://www.relis.lu>

Nederland

Trimbos-instituut (Netherlands Institute of Public Health and Addiction)
Franz Trautmann
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
Nederland
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl
<http://www.trimbos.nl>

Österreich

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Austrian Health Institute ÖBIG)
Sabine Haas
Stubenring 6
A-1010 Wien
Tel. (43-1) 51 56 11 60
Fax (43-1) 513 84 72
E-Mail: haas@oebig.at

Portugal

Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (Portuguese Institute for Drug and Drug Addiction)
Elza Pais
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000-179 Lisboa
Tel.: (351) 213 10 41 00
Fax: (351) 213 10 41 90
E-mail: maria@ipdt.pt
<http://www.ipdt.pt>

Suomi/Finland

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus
PL 220
FIN-00531 Helsinki
P./tfn (358-9) 39 67 23 78
F./fax (358-9) 39 67 23 24
Sähköposti: ari.virtanen@stakes.fi
<http://www.stakes.fi>

Sverige

Folkhälsoinstitutet (National Institute of Public Health)
Bertil Pettersson
S-103 52 Stockholm
Tfn (46-8) 56 61 35 00
Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: bertil.pettersson@fhi.se
<http://www.fhi.se>

United Kingdom

DrugScope
Nicholas Dorn
Waterbridge House
32-36 Loman Street
London SE1 OEE
United Kingdom
Tel. (44-20) 79 28 12 11
Fax (44-20) 79 28 17 71
E-mail: nicholas@isdd.co.uk
<http://www.drugscope.org.uk/index.html>

Norge (tarkkailija)

Norwegian Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems
Stein Berg
PO Box 8152 Dep.
N-0033 Oslo
Tfn (47-22) 24 65 00
Fax (47-22) 24 65 25
E-mail: Ingvild.Hoel@RusDir.dep.telemax.no

Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus

2000 – Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto

2000 – 49 s. – 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-102-4

EMCDDA

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) on yksi Euroopan unionin perustamista 11 erillisvirastosta, joilla on teknisiä tai tieteellisiä erityistehtäviä.

Virasto perustettiin vuonna 1993, ja se on ollut toiminnassa vuodesta 1995. Viraston päätavoitteena on tuottaa ”puolueettomia, luotettavia ja vertailukelpoisia tietoja huumausaineiden ja niiden väärinkäytön ilmiöstä ja niiden seurauksista” Euroopan unionissa. EMCDDA kerää, analysoi ja levittää tilastollisia, asiakirjoihin perustuvia ja teknisiä tietoja ja auttaa siten yleisöään, johon kuuluvat poliittiset päättäjät, huumeasioiden parissa työskentelevät sekä Euroopan kansalaiset, muodostamaan kokonaiskuvan huumausaineiden käytöstä Euroopassa.

Viraston päätehtävät ovat

- tiedon keruu ja analysointi
- tietojen vertailumenetelmien parantaminen
 - tiedonlevitys
- yhteistyö eurooppalaisten ja kansainvälisten organisaatioiden sekä yhteisön ulkopuolisten maiden kanssa.

EMCDDA:n toiminta liittyy yksinomaan tiedottamiseen ja tietojen käsittelyyn.

EMCDDA verkossa

EMCDDA:n verkkosivuston osoite on <http://www.emcdda.org>. Siellä on tarkempia tietoja huumeiden käytöstä Euroopassa, ladattavia julkaisuja Euroopan unionin 11 virallisella kielellä, linkkejä huumeetietokeskuksiin Euroopassa ja muualla maailmassa sekä alan tietokantoja.



EUROOPAN YHTEISÖJEN
VIRALLISTEN JULKAISUJEN TOIMISTO

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-102-4



9 789291 681020 >