



2001

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 tekijänoikeuksien 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 minkään viraston tai toimielimen politiikkaa, ellei toisin mainita.

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

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

Luettelointitiedot ovat tämän julkaisun lopussa.

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto, 2001

ISBN 92-9168-119-9

© Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2001
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) 21 811 30 00

F. (351) 21 813 17 11

Sähköposti: info@emcdda.org

Verkkosivusto: <http://www.emcdda.org>

Sisällys

Alkusanat	5
EMCDDA:n kiitokset avustajille	6
LUKU 1:	7
Huumeiden kysyntä ja tarjonta	7
Huumeiden käyttö	7
Huumeiden käyttö väestön keskuudessa yleensä	7
Huumeiden ongelmakäyttö	10
Huumeiden käytön terveysvaikutukset	14
Hoidontarve	14
Huumeisiin liittyvät tartuntataudit	15
Huumekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus	16
Lainvalvonnan indikaattorit	20
Huumerikoksiin liittyvät pidätykset	20
Vankiloiden huumeidenkäyttäjät	20
Huumemarkkinoiden indikaattorit: takavarikot, hinta ja puhtaus	21
Heroini	21
Kokaiini	22
Synteettiset huumeet: amfetamiini, ekstaasi ja LSD	22
Kannabis	23
LUKU 2:	25
Huumeiden käytön vastaiset toimet	25
Poliittiset ja strategiset ratkaisut	25
Euroopan unionin tasolla	25
Kansallisella tasolla – Euroopan unionin jäsenvaltioiden huumausainestrategiat	25
Erityisratkaisut	29
Kysynnän vähentäminen	29
Tarjonnan vähentäminen	33

LUKU 3:	35
Eriyiskysymyksiä	35
Kokaiini ja free base / crack	35
Levinneisyys, käyttötavat ja ongelmat	35
Markkinat	37
Toimenpidehankkeet ja uudet lähestymistavat	38
Politiikka	38
Tartuntataudit	39
Levinneisyys ja suuntauksset	39
Määräävät tekijät ja seuraukset	42
Haittojen vähentämien	43
Synteettiset huumeet	44
Käytön leviäminen	45
Käyttäytyminen ja käyttötavat	45
Aineiden saatavuus	46
Hoitotiedot	46
Terveysriskit	46
Synteettisten huumeiden käyttöön liittyvät kuolemat	47
Ratkaisut	47
Tarjonnan vähentäminen	48
Uusia aloitteita ja haasteita politiikan laatimiseen	48
LUKU 4:	51
Keski- ja Itä-Euroopan maiden huumeongelma	51
Tilanne ja suuntauksset	51
Huumeiden levinneisyys ja käyttötavat	51
Hoidon tarve	52
Saatavuus	52
Poliittiset ja institutionaaliset huumeilmiön vastaiset toimet	53
Lainsäädäntö	53
Kansallinen koordinointi	54
Kansalliset strategiat ja toimintasuunnitelmat	54
Rahanpesu	55
Reitoxin kansalliset seurantakeskukset	57

Alkusanat

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) on tyytyväinen voidessaan esittää kuudennen *Vuosiraporttinsa Euroopan unionin huumeongelmasta*. Raportin päätarkoitus on auttaa päätöksenteon ohjaamisessa EU:n tasolla sekä kansallisella ja alueellisella tasolla.

Tässä raportissa annetaan ajantasainen kuva EU:n huumeilanteesta ja tarkastellaan uusia suuntauksia ja kehitystä. Yleiskatsauksen lisäksi raportissa käsitellään yksityiskohtaisesti joitakin erityiskysymyksiä – kokaiinia, tarttuvia tauteja ja synteettisiä huumeita. Raportissa tarkastellaan myös yleisluonteisesti Keski- ja Itä-Euroopan maiden huumeilannetta.

Tänä vuonna jäsenvaltioiden toimittamien tietojen laatu ja vertailtavuus on huomattavasti parempi kuin aiemmin. On kuitenkin hyvin tärkeää, että jäsenvaltiot pyrkivät edelleen parantamaan tietojen vertailtavuutta EU:n tasolla sekä varmistamaan tietojen säännöllisen toimittamisen.

On hyvin tärkeää saada tiedot nopeasti yhdenmukaistetuiksi, jotta huumeita koskevat tiedot olisivat EU:n tasolla luotettavampia ja vertailukelpoisempia kuin nyt. Tämän prosessin helpottamiseksi EMCDDA on laatinut ohjeet viiden tärkeimmän epidemiologisen indikaattorinsa standardoitua toteuttamista varten EU:ssa. Tulevana vuonna jäsenvaltioilla on tärkeä rooli sen varmistamisessa, että nämä standardoidut indikaattorit toteutetaan täydellisesti kansallisella tasolla.

On syytä huomata erityisesti, että EU:n huumestrategia ja toimintasuunnitelma sen seuranta varten (2000–2004) painottavat ensisijaisesti tiedotusta ja arviointia. Tiedon

keruu ja analysointi ovat ensimmäinen askel minkä tahansa toimen vaikutuksen arvioinnissa. EU:n toimintasuunnitelmassa korostetaan myös, että on tärkeää käyttää hyväksi EU:n eri tietolähteitä – varsinkin EMCDDA:ta ja Europolia.

EMCDDA työskentelee tiiviisti toteuttaakseen tärkeää tiedottavaa rooliaan. Se on mukauttanut vuosien 2001–2003 työohjelmansa EU:n huumestrategian kuuden ensisijaisen tavoitteen mukaiseksi. Huumeseurantakeskus osallistuu myös EU:n toimintasuunnitelman vaikutusten arviointiprosessiin. Yhdessä kansallisten seurantakeskustensa sekä Europolin ja sen kansallisten huumeyksiköiden kanssa se on työskennellyt sopivien välineiden luomiseksi kahden lyhyen kuvauksen tuottamiseksi, jotka koostuvat EU:n strategian kuuteen päätavoitteeseen mukautetuista muuttujista.

Ensimmäinen kuvaus osoittaa vuoden 1999 tilanteen ja silloin, ennen EU:n toimintasuunnitelman hyväksymistä, toteutetut toimet. Se muodostaa lähtökohdan, johon toimintasuunnitelman lopussa vuonna 2004 saavutettua edistystä voidaan verrata. Toinen kuvaus osoittaa vuoden 2004 tilanteen ja silloin käytössä olevat toimenpiteet, ja siinä käytetään samojen muuttujien perusteella saatuja tietoja.

Kaikki nämä tehtävät edistävät EMCDDA:n tärkeimpään haasteeseen vastaamista eli luotettavan tietopohjan tarjoamista päätöksentekijöille, jotta huume politiikka voidaan suunnitella hyvän tietämyksen pohjalta.

Georges Estievenart
johtaja

EMCDDA:n kiitokset avustajille

EMCDDA kiittää seuraavia tahoja niiden avusta tämän raportin laatimisessa:

- Reitoxin kansallisten seurantakeskusten johtajat ja henkilöstö
- jäsenvaltioiden elimet, jotka kokosivat raporttia varten käsiteltävän aineiston
- 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, Euroopan aidsin epidemiologinen seurantakeskus
- Euroopan unionin elinten käänöskeskus ja Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto
- Andrew Haig and Associates (graafinen suunnittelu ja layout).



Vuoden 2001 vuosiraportin interaktiivinen onlineversio on saatavana Internet-osoitteesta <http://www.emcdda.org>. Se sisältää linkejä tämän raportin laatimisessa käytettyihin tietolähteisiin, raportteihin ja tausta-asiakirjoihin.

Huumeiden kysyntä ja tarjonta

Tässä kappaleessa esitetään katsaus huumausaineiden käytön ja tarjonnan tilanteeseen EU:ssa sekä viimeaikaiseen kehitykseen ja uusiin suuntauksiin.

Tiedon vertailtavuuden parantaminen – EMCDDA:n avainindikaattorit

Eri jäsenvaltioita koskevan tiedon vertailtavuuden parantaminen on EMCDDA:n keskeinen tehtävä. EMCDDA kehittää ja suosittelee menetelmiä ja välineitä kerätäkseen ja analysoidakseen yhdenmukaista, korkeatasoista tietoa Euroopan tasolla. EU:n huumausaineita koskevassa toimintasuunnitelmassa (2000–2004) jäsenvaltioita kehoitetaan toimittamaan luotettavaa ja vertailukelpoista tietoa viidestä keskeisestä epidemiologisesta indikaattorista EMCDDA:n suosittelmien teknisten välineiden ja suuntaviivojen mukaisesti. Nämä viisi avainindikaattoria ovat

- huumeiden levinneisyys ja käyttötavat väestön keskuudessa (väestötutkimukset)
- huumeiden ongelmakäytön levinneisyys ja käyttötavat (tilastoarviot levinneisyydestä/yleisyydestä ja niitä täydentävät kyselytutkimukset huumeiden käyttäjien keskuudessa)
- huumeisiin liittyvät tartuntataudit (HIV:n, hepatiitti B:n ja hepatiitti C:n levinneisyys ja yleisyys huumeita ruiskeina käyttävillä)
- huumekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus (väestön yleisten kuolleisuusrekistereiden ja erikoisrekistereiden tilastot ja huumeiden käyttäjien kuolleisuuden ja kuolinsyiden kohorttitutkimukset)
- huumevieroitushoidon tarve (huumevieroituskeskusten tilastot hoitoon tulleista asiakkaista).

Huumeiden käyttö

Huumeiden käyttö väestön keskuudessa yleensä

Arviot huumeita käyttävien tai niitä kokeilleiden osuudesta koko väestöstä ovat perustietoa huumeitilanteen selvittämiseksi sekä toimintalinjojen kehittämiseksi ja niiden arvioimiseksi. On tarpeen tuntea eniten huumeita käyttävät ryhmät ja käyttötavat.

Huumeiden käyttötavat

Kannabis on eniten käytetty laiton päihde kaikissa EU-maissa sekä ainakin kerran huumeita kokeilleiden että niitä hiljattain käyttäneiden keskuudessa. Muiden laittomien päihteiden käyttö on vähemmän yleistä.

Kannabista ainakin kerran kokeilleiden aikuisten (15–64-vuotiaat EMCDDA:n standardin mukaan, tosin joitakin kansallisia eroja on) määrä vaihtelee Suomen noin 10 prosentista Tanskan, Espanjan, Ranskan, Irlannin, Alankomaiden ja Yhdistyneen kuningaskunnan 20–25 prosenttiin ⁽¹⁾.

Muita aineita kokeilleiden määrä on selvästi pienempi. Amfetamiinia on kokeillut 1–4 prosenttia aikuisista, mutta Yhdistyneessä kuningaskunnassa tämä luku on jopa 10 prosenttia. Ekstaasia on kokeillut 0,5–4 prosenttia ja kokaiinia 0,5–3 prosenttia Euroopan aikuisista. Vähemmän kuin yksi prosentti aikuisista ilmoitti kokeilleensa heroïinia, mutta heroïini on sen sijaan vahvasti läsnä huumeongelman indikaattoreiden joukossa.

⁽¹⁾ Kuvio 1 OL: Kannabista, amfetamiineja ja kokaiinia ainakin kerran käyttäneet aikuiset eräissä maissa, mitattu kansallisilla väestötutkimuksilla (onlineversio).

Menetelmät väestön huumeiden käytön arvioimiseksi

Huumeiden käytön arvioimiseen väestön keskuudessa käytetään yleisiä väestötutkimuksia. 12 jäsenvaltiota on toteuttanut viime vuosina kansallisia tutkimuksia väestön huumeiden käytöstä (tosin Luxemburgissa otos oli pieni), ja muut valtiot (Italia, Itävalta ja Portugali) ovat parhailaan toteuttamassa niitä. Useat maat ovat jo järjestäneet sarjan uusia kansallisia tutkimuksia, joissa käytetään samoja menetelmiä (esimerkiksi Saksa, Espanja, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta), ja Kreikassa, Ranskassa ja Alankomaissa tutkimusten sarja on käynnistetty. Muutamilla mailla (esimerkiksi Tanskalla, Ranskalla ja Suomella) on peräkkäisiä *ad hoc* -tutkimuksia, jotka ovat jossakin määrin vertailukelpoisia keskenään.

Maiden käyttämien tiedonkeruujärjestelmien, otosten koon ja tutkimuskehysten välillä on eroja, mikä saattaa vaikuttaa arvioiden tarkkuuteen ja paikkansapitävyyteen. Ennen näiden ongelmien ratkaisemista suorilla vertailuja käytön määrästä eri jäsenvaltioissa on syytä tehdä varoen, varsinkin silloin, kun erot ovat pieniä.

EMCDDA on kehittänyt ohjeita parantaakseen väestötutkimusten laatua ja vertailtavuutta EU:ssa. Nämä ohjeet sisältävät joukon ydinkohtia, joita voidaan käyttää olemassa olevien tutkimusten tietojen ilmoittamiseen tai sisällyttää laajempiin kyselyihin ja metodologiaa koskeviin perusohjeisiin, ja niitä toteutetaan vähitellen jäsenvaltioissa.

Laiton huumeiden käyttö keskittyy tiettyihin väestöryhmiin, erityisesti nuoriin aikuisiin, miehiin ja kaupunkiväestöön. Nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat EMCDDA:n standardin mukaan, mutta joitakin kansallisia eroja on) käyttävät useimpia huumeita jopa kaksi kertaa enemmän kuin koko aikuisväestö (2) (3).

Esimerkiksi kannabista on kokeillut noin 15 prosenttia nuorista aikuisista Suomessa ja Ruotsissa, ja 28–40 prosenttia Tanskassa, Espanjassa, Ranskassa, Irlannissa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Amfetamiinia, ekstaasia ja kokaiinia on puolestaan kokeillut 1–6 prosenttia nuorista aikuisista (tosin Yhdistyneessä kuningaskunnassa amfetamiinia ja ekstaasia kokeilleiden osuus on noin 16 ja 8 prosenttia). Miehet käyttävät huumeita selvästi naisia enemmän, vaikkakin tämä vaihtelee maittain ja eroilla on taipumus vähentyä ajan myötä (4).

Kaupunkilaiset ilmoittavat käyttävänsä huumeita enemmän kuin maaseudulla asuvat, ja kansallisten kokonaislukujen väliset erot voitaisiin pitkälti selittää kaupunkiväestön osuudella (5).

Vaikka indikaattorina käytetään laajalti ainakin kerran huumeita kokeilleiden määrää, se osoittaa huonosti viimeaikaista käyttöä, koska siihen sisältyvät kaikki, jotka

joskus edes kerran tai kauan sitten ovat kokeilleet huumeita. Viimeaikainen käyttö arvioidaan yleensä minä tahansa käyttönä viimeksi kuluneen vuoden aikana (käyttö viimeisten 12 kuukauden aikana).

Kannabista on ilmoittanut käyttäneensä viime aikoina (käyttö 12:n viimeksi kuluneen kuukauden aikana) 1–9 prosenttia Euroopan aikuisväestöstä. Muita laittomia aineita viime aikoina käyttäneiden aikuisten osuus ylittää harvoin yhden prosentin. Nuoret aikuiset ilmoittavat suurempia, kaikkiin aikuisiin nähden lähes kaksinkertaisia levinneisyyslukuja. Espanjassa (kokaiinin osalta), Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa luvut ovat yleensä suurempia kuin muissa maissa (6).

Suuntaukset

Tiedot huumausainesuuntauksista voivat olla valaisempia kuin kuvaus vallitsevasta tilanteesta. Tähän mennessä kuitenkin vain Saksa, Espanja, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta ovat toteuttaneet sarjan vertailukelpoisia kansallisia tutkimuksia. Muut maat ovat toteuttaneet useita erilaisia tutkimuksia, ja suuntauksia on syytä analysoida varoen.

Kannabista ainakin kerran kokeilleiden määrä lisääntyi 1990-luvulla useimmissa niistä maista, joista tietoa on saatavana. Viimeaikaisissa tutkimuksissa monet maat

(2) Kuvio 2 OL: Ekstaasia ja kokaiinia viimeksi kuluneina 12 kuukautena käyttäneet ikäryhmittäin Englannissa ja Walesissa, 1998 (onlineversio).

(3) Kuvio 3 OL: Kannabista ainakin kerran käyttäneet nuoret aikuiset ja kaikki aikuiset eräissä EU:n jäsenvaltioissa, mitattu kansallisilla väestötutkimuksilla (onlineversio).

(4) Kuvio 4 OL: Kannabista ainakin kerran käyttäneet aikuiset (miehet ja naiset) eräissä EU:n jäsenvaltioissa, mitattu kansallisilla väestötutkimuksilla (onlineversio).

(5) Kuvio 5 OL: Kannabista ainakin kerran käyttäneet aikuiset Suomessa, kaupungistumisasteen mukaan, 1998 (onlineversio).

(6) Kuvio 6 OL: Kannabista ainakin kerran ja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneet aikuiset eräissä EU-maissa, mitattu kansallisilla väestötutkimuksilla (onlineversio).

Koululaisten huumeiden käyttö

Alle 18-vuotiaiden osalta EMCDDA käyttää tietoja, jotka on saatu vertailukelpoisesta koulututkimuksesta, joka sisältää tietoja 30:stä tutkimukseen osallistuneesta Euroopan maasta sekä Yhdysvalloista. 11 jäsenvaltiota osallistui vuonna 1999 järjestettyyn eurooppalaiseen tutkimukseen kouluissa (1999 European School Survey Project (ESPAD) (1)), jossa selvitettiin tupakan, alkoholin ja muiden huumeiden käyttöä 15–16-vuotiaitten koululaisten keskuudessa. Belgia, Espanja ja Luxemburg toteuttivat myös tutkimuksia kouluissa vuosina 1998 tai 1999 erillään ESPAD:sta, ja niiden tulokset ovat yhdenmukaisia ESPAD:n kanssa.

Tilanne ja käyttötavat

Nämä tutkimukset osoittavat, että kannabis on edelleen koululaisten laajimmin käyttämä laiton päihde. Ainakin kerran kokeilleiden 15–16-vuotiaiden koululaisten osuus vaihtelee Portugalin ja Ruotsin 8 prosentista Ranskan ja Yhdistyneen kuningaskunnan 35 prosenttiin. Kahdessa jäsenvaltiossa (Kreikka ja Ruotsi) liuottimia (haihtuvia aineita) ainakin kerran käyttäneiden määrä on suurempi tai yhtä suuri kuin kannabista käyttäneiden määrä.

Kouluja koskevien tutkimusten mukaan 15–16-vuotiaista koululaisista 1–8 prosenttia on kokeillut ainakin kerran amfetamiinia ja 1–5 prosenttia ekstaasia. Kokaiinia on kokeillut 1–4 prosenttia. Espanjan ja Alankomaiden koululaiset käyttävät kokaiinia eniten.

Tilanne on toisenlainen mitä tulee laittomien (ilman lääkärin määräystä saatujen) rauhoittavien lääkkeiden käyttöön. Norjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa kokeilleiden määrä on pienin (4 prosenttia) ja Ranskassa suurin (12 prosenttia). Laittomien rauhoittavien aineiden käyttö on yleisempää tyttöjen kuin poikien keskuudessa Ranskassa, Italiassa, Portugalissa, Suomessa ja Ruotsissa. Pojat sitä vastoin kokeilevat tyttöjä yleisemmin laittomia huumeita kaikissa jäsenvaltioissa.

Vertailukelpoiset tutkimustiedot Yhdysvalloista osoittavat, että siellä useiden laittomien huumeiden kokeilu on yleisempää kuin missään EU:n jäsenvaltiossa: kannabista on kokeillut 41 prosenttia, amfetamiinia 16 prosenttia, ekstaasia 6 prosenttia ja kokaiinia 8 prosenttia.

Laittoman huumeen levinneisyyden ja tiettyyn huumeeseen liitetyn riskimielikuvan välillä on negatiivinen riippuvuus. Tytöt ovat poikia taipuvaisempia pitämään laitonta huumeiden käyttöä vaarallisena. Kaikissa jäsenvaltioissa tytöt ja pojat suhtautuvat yleisesti kielteisesti laittomaan huumeiden käyttöön. Kielteisesti suhtautuvia on keskimäärin noin 80 prosenttia paitsi kannabiksen

osalta, johon kielteisesti suhtautuu keskimäärin noin 70 prosenttia koululaisista.

Suuntaukset

Kahta jäsenvaltiota (Irlanti ja Yhdistynyt kuningaskunta) lukuun ottamatta kaikissa maissa, jotka osallistuivat ESPAD:n molempiin kyselytutkimuksiin, laittomia huumeita ainakin kerran käyttäneiden määrä lisääntyi vuosina 1995–1999.

Kannabiksen käyttö

Kannabiksen käyttöä koskevat luvut määräävät 15–16-vuotiaiden yleiset huumeidenkäyttöluvut. Useimmissa maissa kannabiksen kokeilukäyttö on lisääntynyt.

Norjassa ja Suomessa kannabista kokeilleiden määrät kaksinkertaistuivat vuosina 1995–1999. Luvut kasvoivat myös Tanskassa, Italiassa, Portugalissa ja Ruotsissa. Kahdessa jäsenvaltiossa, joissa kannabista ainakin kerran käyttäneiden määrä oli suurin vuonna 1995, käyttäjäluvut kuitenkin pienenivät. Yhdistyneessä kuningaskunnassa luku pieneni 41 prosentista 35 prosenttiin ja Irlannissa 37 prosentista 32 prosenttiin vuosina 1995–1999.

Kannabiksen arvioitu saatavuus lisääntyi erityisesti Italiassa, Norjassa, Suomessa ja Tanskassa vuosina 1995–1999. Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa arvioitu saatavuus väheni mutta vähemmän kuin ainakin kerran sitä käyttäneiden määrä.

Muiden laittomien huumeiden käyttö (amfetamiini, LSD/hallusinoogeni, crack, kokaiini, ekstaasi ja heroini)

ESPAD-tutkimus osoittaa, että myös muiden laittomien huumeiden käyttö on yleistynyt useimmissa jäsenvaltioissa mutta vähentynyt selvästi Yhdistyneessä kuningaskunnassa (22 prosentista 12 prosenttiin) ja Irlannissa (16 prosentista 9 prosenttiin). Käytön lisääntyminen useimmissa jäsenvaltioissa ja väheneminen Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Irlannissa vahvistaa suuntausta, jonka mukaan huumeiden käyttötavat eri jäsenvaltioissa ovat lähentymässä. Käytön huomattava väheneminen Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa saattaa osoittaa, että huumeiden tarjonnan levittyä laajalle kaikki huumeekokeiluihin halukkaat 15–16-vuotiaat ovat jo kokeilleet huumeita.

(1) Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., Ruotsin alkoholia ja muita päihteitä koskeva tiedotusneuvosto (CAN), Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä, Vuoden 1999 ESPAD-raportti: *Alcohol and other drug use among students in 30 European countries*, joulukuu 2000.

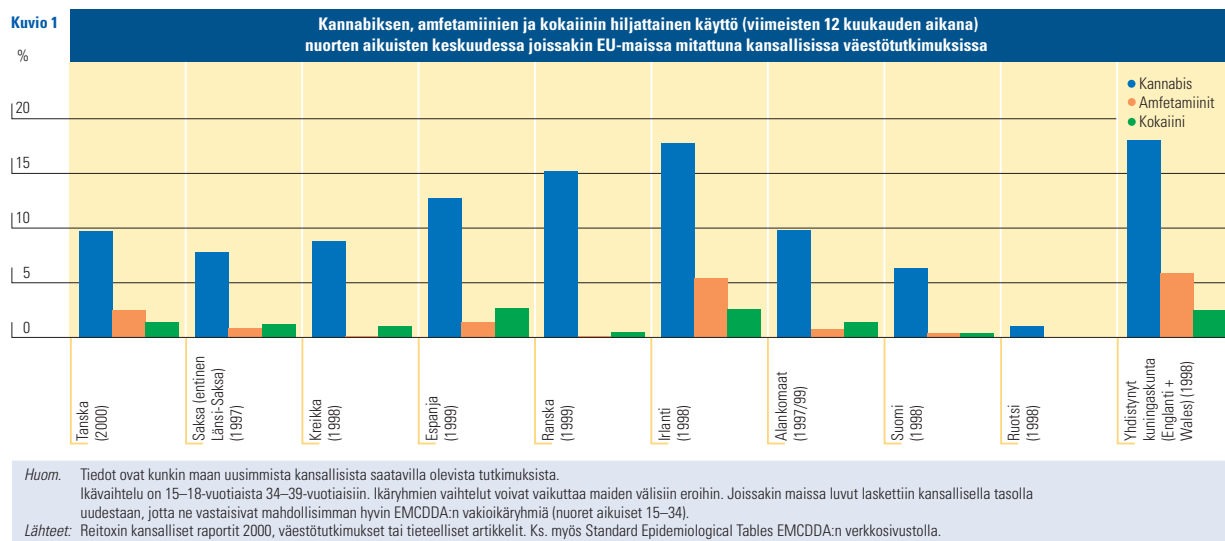
Rauhoittavien lääkkeiden käyttö ilman lääkärin määräästä

Perinteisesti tytöt ovat käyttäneet rauhoittavia lääkkeitä ilman lääkärin määräästä selvästi enemmän kuin pojat. Vuosina 1995–1999 rauhoittavia lääkkeitä ilman lääkärin määräästä ainakin kerran käyttäneiden tyttöjen määrä väheni noin puoleen Tanskassa, Italiassa, Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Vastaavat tyttöjen luvut

kasvoivat Suomessa (3 prosenttia) ja Portugalissa (2 prosenttia), kun poikien käyttö näissäkin maissa väheni.

Liutinaineiden käyttö

Liutinaineiden käytössä havaittiin vain vähän muutoksia paitsi Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joissa käyttö väheni vuosina 1995–1999.



ilmoittavat melko samanlaisia, noin 20–25 prosentin levinneisyyslukuja. Maissa, joissa huumeiden levinneisyys oli 1990-luvun alkupuolella melko vähäistä (esimerkiksi Kreikassa, Suomessa ja Ruotsissa), kasvu on ollut suhteellisesti voimakkaampaa kuin niissä maissa, joissa levinneisyys alun perin on ollut laajempaa (esimerkiksi Tanskassa, Saksassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa).

Kannabista ainakin kerran kokeilleiden määrän lisääntyminen ei välttämättä merkitse vastaavaa viimeaikaisen käytön kasvua. Käyttö viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana on lisääntynyt yleisesti ottaen vähemmän kuin kerran kokeilleiden määrä.

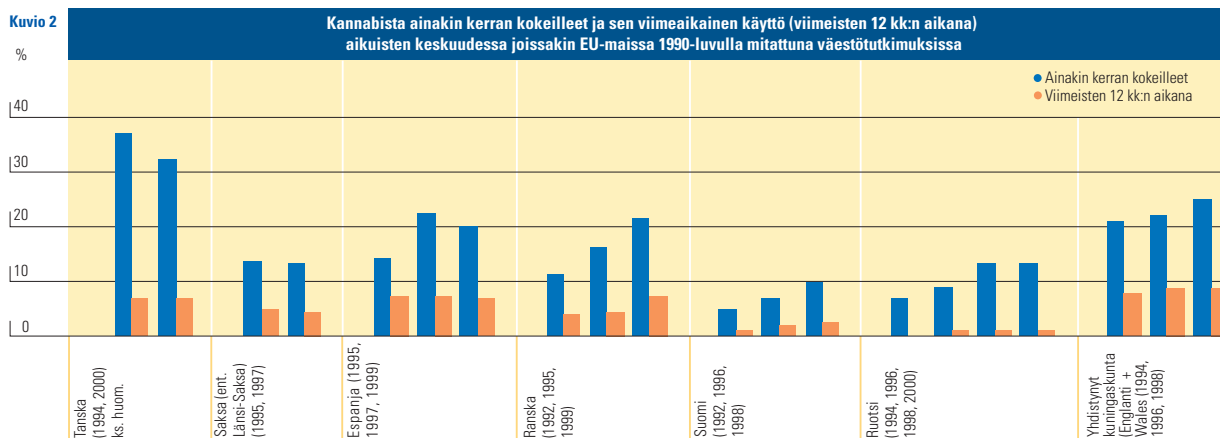
Muiden päihteiden käytön suuntauksia on vaikeampi selvittää. Nämä suuntauksukset koskevat suhteellisen rajoitettuja väestöryhmiä, mutta niillä saattaa olla kuitenkin huomattava merkitys kansanterveyteen ja huume politiikkaan. Esimerkiksi paljon puhuttua kokaiinin käytön mahdollista kasvua on vielä analysoitava yksityiskohtaisemmin useimmissa maissa. Myöskään viimeaikainen ekstaasin käytön lisääntyminen, josta on paljon havaintoja nuorten keskuudessa, ei näy selvästi koko väestön

kattavissa tutkimuksissa. Otosten on oltava tarpeeksi suuria, ja analyysin on keskityttävä sopiviin ikäryhmiin. Olisi myös harkittava suurempia nuorisotutkimuksia.

Huumeiden ongelmakäyttö

Yleisesti ottaen huumeiden ongelmakäytön levinneisyys näyttää suurimmalta Italiassa, Luxemburgissa, Portugalissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joissa on 5–8 huumeiden ongelmakäyttäjää tuhatta 15–64-vuotiaasta asukasta kohden (maiden vaihteluvälin keskiarvoa käyttäen). Luvut näyttävät pienimmiltä Belgiassa (tämä tieto viittaa vain huumeita ruiskeina käyttäviin ja on siten liian pieni arvio), Saksassa ja Alankomaissa, joissa on 2–3 huumeiden ongelmakäyttäjää tuhatta 15–64-vuotiaasta asukasta kohden. Keskimäärin ongelmakäyttäjää näyttää olevan 3–5 tuhatta 15–64-vuotiaasta asukasta kohti Espanjassa, Irlannissa, Itävallassa, Norjassa, Ranskassa, Suomessa ja Tanskassa. Muutamit maat ilmoittavat hieman eri määriä kuin vuonna 2000, koska tiedot ja arviot ovat kehittyneet. Tanskan ja erityisesti Suomen luvut ovat kuitenkin paljon korkeammat, koska ne jättivät pois vähemmän luotettavat (ja molemmissa tapauksissa alhaisemmat) arviot.

Huumeiden kysyntä ja tarjonta



Huom. Ikärajat ovat 15–18-vuotiaista 59–69-vuotiaisiin (Suomessa 74 vuosina 1992 ja 1996).

Ikävaihtelut voivat vaikuttaa eroihin maiden välillä.

Tanskassa ikäryhmä on 16–44-vuotiaat, joten vertailuja voidaan tehdä vuosien välillä, mutta näitä lukuja ei pidä verrata muiden maiden lukuihin.

Saksassa vuoden 2000 tutkimuksen tulokset (julkaistu toukokuussa 2001) osoittavat lisäystä kannabiksen käytössä.

Lähde: Reitoxin kansalliset raportit 2000, tiedot on saatu tutkimusraporteista tai tieteellisistä artikkeleista. Ks. myös Standard Epidemiological Tables EMCDDA:n verkkosivustolla.

Huumeiden ongelmakäytön arvioimisessa käytetyt määritelmät ja menetelmät

Huumeiden ongelmakäytöllä tarkoitetaan tässä opiaattien, kokaiinin ja/tai amfetamiinien injektioikäyttöä tai pitkäaikaista/säännöllistä käyttöä. Tällä määritelmällä suljetaan pois ekstaasin ja kannabiksen käyttäjät sekä ne, jotka eivät käytä tai käyttävät satunnaisesti opiaatteja, kokaiinia ja amfetamiineja. Opiaatteihin sisältyvät reseptillä saatavat opiaatit, kuten metadoni. Tässä esitetyt huumeiden ongelmakäytön kansalliset arviot EU:ssa ja Norjassa (joka myös osallistui EMCDDA:n huumeiden käytön levinneisyyden arviointitutkimukseen) ovat vuosilta 1996–1998. Laskelmien perustaksi tarvittavan tuoreen tiedon puuttuessa Belgia (1995) ja Itävalta (1995) eivät voineet antaa arvioitaan tältä kaudelta (katso kuvio 3). Italia, Luxemburg ja Portugali puolestaan antoivat muita tuoreempia tietoja (1999 ja 2000).

Näiden arvioiden tekemisessä käytetyt menetelmät perustuvat pääasiassa tilastollisiin laskentamalleihin, joihin sisältyy huumeindikaattoreita. Käytettyjä menetelmiä ovat muun muassa

- monimuuttujainen indikaattorimenetelmä
- toistopyydystysotanta
- kolme kerrointa, jotka perustuvat poliisitietoihin, hoitotietoihin ja kuolleisuuslukuihin
- kerrannaismenetelmä, jossa back-calculating-menetelmää käyttämällä lasketaan taannehtivasti sellaisten

huumeita ruiskeina käyttävien määrä, joilla on HIV/aids, ja yhdistetään se lukuihin, jotka osoittavat HIV-tartunnan ja aidsin yleisyyttä huumeita ruiskeina käyttävillä.

Kuvion 3 vaihteluvälit perustuvat usein erilaisiin menetelmiin; siksi alhaisimmat ja korkeimmat arviot on voitu saada eri menetelmillä sekä kussakin maassa että maiden välillä. Nämä menetelmät eivät aina viittaa samaan kohderyhmään – esimerkiksi HIV/aidsin back-calculating-menetelmä ja yliannostuskuolleisuuskerroin koskevat injektioikäyttöä, kun taas hoitotietoihin perustuvia kertoimia voitiin käyttää vain laajempaan opiaattien ongelmakäyttäjien ryhmään.

Useassa maassa sovellettiin monia arviointimenetelmiä: Espanjassa, Luxemburgissa ja Alankomaissa kahta; Saksassa, Ranskassa, Irlannissa, Suomessa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa kolmea ja Italiassa ja Portugalissa jopa neljää. Muut maat (Belgia, Itävalta, Norja, Ruotsi ja Tanska) pystyivät soveltamaan vain yhtä menetelmää, ja Kreikka puolestaan ei vielä voinut antaa arvioita. Useiden toisistaan riippumattomien menetelmien käyttö mahdollistaa yksittäisten arvioiden ristiinvalidoinnin ja voi johtaa entistä luotettavampiin kokonaisarviointeihin. Saattaisi siis olla ihanteellista soveltaa monia menetelmiä mahdollisuuksien mukaan vuodesta toiseen.

Levinneisyysarvioiden lisäksi myös tiedot huumeidenkäyttötavoista ovat tärkeitä. On kuitenkin olemassa hyvin vähän tietoa niiden huumeiden ongelmakäyttäjien käyttötavoista, jotka eivät saa hoitoa. Tällainen tieto olisi kuitenkin tärkeää tulevaa hoidontarvetta koskevien poliittisten päätösten ohjaamiseksi. Pohjoismaissa, erityisesti Suomessa ja Ruotsissa, suurin osa huumeiden ongelmakäyttäjistä (Suomessa arviolta 70–80 prosenttia vuonna 1997) käyttää pääasiassa amfetamiinia. Tilanne on päinvastainen kuin muissa maissa, joissa huumeiden ongelmakäyttäjät ovat useimmiten pääasiallisia opiaattien käyttäjiä (usein kuitenkin huumeiden sekakäyttäjiä).

Suuntaukset

Nykyisten menetelmien ja tietojen laadun ja saatavuuden avulla ei vielä voida laskea huumeiden ongelmakäytön levinneisyyden kehityssuuntauksia, vaikka se olisi tärkeää huumeepolitiikan arvioimisen kannalta. Huumeiden ongelmakäytön esiintyvyyden seuraaminen voi olla tärkeä lisäväline arvioitaessa huumeiden käytön levinneisyyden suuntauksia. Ongelmakäytön esiintyvyys (*incidence*) merkitsee uusien tapausten määrää vuosittain ja levinneisyys (*prevalence*) uusien ja vanhojen tapausten yhteismäärää. Epidemiologiset muutokset ja toimenpiteet, joilla ehkäistään uusien tapausten syntymistä, vaikuttavatkin paljon voimakkaammin esiintyvyyden suuntauksiin.

Eräs EMCDDA-hanke tuotti tuloksena uudet Amsterdamia, Belgiaa, Budapestia, Lissabonia ja Lontoota koskevat heroiininkäytön esiintyvyyden arviot, joiden mukaan näiden alueiden heroini-epidemit ovat saattaneet sattua hyvin eri aikaan (katso kuvio 4, Amsterdam ja Lontoo eivät ole mukana).

Kuvio 5 osoittaa, että jopa yhdessä maassa, tässä tapauksessa Italiassa, heroini-epidemia voi sattua eri alueilla eri aikoina. Tulokset osoittavat myös, että (epidemiologisen) leviämisen nopean alkuvaiheen jälkeen seurasi pysähtymisvaihe (kaikkein altteimmista henkilöistä on tullut heroinkin käyttäjiä) ja hitaampi mutta jatkuva leviämisen vaihe (endeeminen tilanne) – mekanismi, joka on samanlainen kuin tarttuvien tautien leviämisessä. Päätöksentekijöille tällä voi olla suurta merkitystä optimaalisen tasapainon löytämiseksi poliittisille toimille, kuten ensimmäisille ehkäiseville toimenpiteille, jotka täytyy toteuttaa oikeaan aikaan voimakkaan leviämisen estämiseksi, ja myöhemmälle ehkäisylle (vieroitushoito ja haittoja vähentävät toimet), joka tulee tärkeämmäksi, kun voimakkain leviämisen vaihe on ohitettu.

Kuviosta 5 voidaan huomata, että heroini-epidemia näyttää alkaneen aikaisemmin Pugliassa kuin Sisiliassa ja

Campaniassa. Puglian, Italian kantapään, kautta kulkee tärkeä heroinin kauppareitti Balkanin alueen kautta Eurooppaan. Luultavasti tämän vuoksi heroinin käyttö on yleistynyt siellä aikaisemmin. Tämä vahvistaa varhaisemat hoitotietojen maantieteelliseen analyysiin perustuvat tulokset (EMCDDA:n vuosiraportti 2000).

Monet tekijät vaikuttavat huumeiden käytön levinneisyyseroihin eri maissa. Koska vapaamielisemmän huumeepolitiikan maissa (esimerkiksi Alankomaissa) ja maissa, joissa linja on jyrkempi (esimerkiksi Ruotsi), on melko samanlainen levinneisyys, on epäselvää, miten kansallinen huumeepolitiikka (vapaamielinen vastaan jyrkkä linja) vaikuttaa huumeiden ja erityisesti huumeiden ongelmakäytön levinneisyyteen. Kattava kansallinen huumeepolitiikka on kuitenkin hyvin tärkeä vähennettäessä huumeiden ongelmakäytön kielteisiä seurauksia, kuten HIV-tartuntoja, hepatiitti B- ja hepatiitti C -tartuntoja ja yliannostuksesta aiheutuneita kuolemia. Muita huumeiden ongelmakäytön levinneisyyteen vaikuttavia tekijöitä ovat huumeiden saatavuus ja hinta, työttömyys, köyhyys tai muut yhteiskunnalliset ongelmat (sota), maan ikärakenne ja kaupunkien ja maaseudun osuus. Huumeiden käyttö näyttää lisäksi olevan epideemistä (katso esimerkiksi kuviot 4 ja 5). Näin ollen voi esiintyä pitkäaikaisia epideemisiä jaksoja, jotka riippuvat paljolti uusista, ”alttiista” nuorista sukupolvista, jotka eivät ole koskaan kokeneet raskaampiin käyttötapoihin liittyviä ongelmia. Tällä hetkellä ei voidakaan tehdä lopullista tulkintaa levinneisyyden vaihtelun syistä EU:n jäsenvaltioissa.

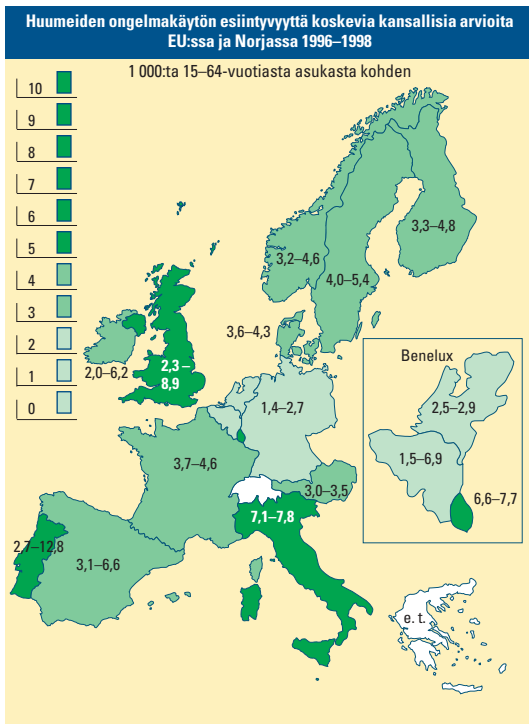
Muutamien maiden ja kaupunkien osalta on saatavana lisää laadullista tai paikallista tietoa huumeiden ongelmakäytön suuntauksista.

Itävallassa huumeiden ongelmakäytön levinneisyys näyttää tällä hetkellä vakaalta useimmilla alueilla, vaikka Wienin kaduilla työskentelevät sosiaaliohjelmat ovatkin huomanneet, että uusien nuorten huumeiden käyttäjien määrä vähentyy. Ranskassa heroinin kulutus on yleisesti ottaen vähenemässä, vaikka ei ole selvää, mikä vaikutus sillä on heroinin käyttäjien määrään. On myös merkkejä heroinin käytön paikallisesta lisääntymisestä. Suomessa suur-Helsingin alueen levinneisyysarviot vuosilta 1995–1997 osoittavat, että kovien huumeiden käyttö on lisääntynyt ainakin 40 prosenttia kahdessa vuodessa. Tämä kasvu koski etupäässä miehiä, yli 26-vuotiaita ja amfetamiinin käyttäjiä.

Saksassa heroinia käytetään lähinnä suurkaupungeissa: maaseudulla sen levinneisyys ja takavarikot ovat paljon vähäisempiä. Uusissa osavaltioissa heroinin käyttö on yhä vähäistä. Tutkimukset osoittavat, että vuoden 1992

Huumeiden kysyntä ja tarjonta

Kuvio 3



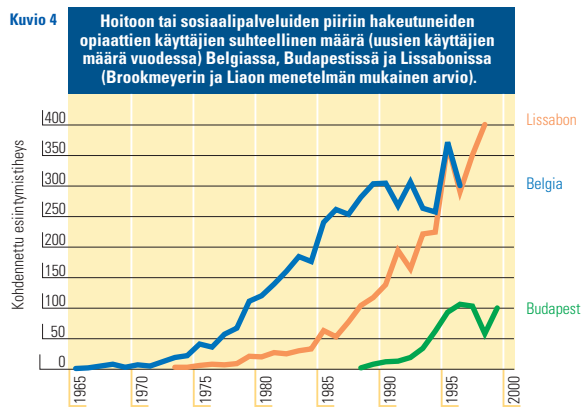
Huom. e. t. = ei tietoja. Maiden välisiä eroja tulkittaessa on aina otettava huomioon mittausmenetelmien ja kohderyhmien erot. Lisää tietoa on tarjolla taulukossa 1 OL osoitteessa www.emcdda.org. Belgiaa ja Itävaltaa koskevat tiedot ovat vuodelta 1995, Italiaa koskevat tiedot vuodelta 1999. Ruotsalainen arvio on pienentynyt 8 % alkuperäisestä, kun yhdenmukaisesti EMCDDA:n huumeiden ongelmakäyttäjää koskevan määritelmän kanssa kannabiksen ongelmakäyttäjää ei ole otettu mukaan. Kunkin valtion väri esittää arvioiden keskiarvoa, paitsi Belgian kohdalla (pistearvio 3,0, 95 %:n luotettavuusväli). Belgian arvio koskee yksinomaan huumeita ruiskeina käytäviä, mikä antaa liian alhaisen arvon huumeiden ongelmakäytön koko laajuudesta.

Lähteet: Reitoxin kansalliset seurantakeskukset 2000. Ruotsin osalta: Olsson, B., Wahren, C. A., Byqvist, S., *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*, CAN, Stockholm, 2001.

jälkeen heroiinin käyttö on lisääntynyt vain hieman tai se on vakiintunut. Kokaiinin käyttö lisääntyy kuitenkin tasaisesti. Kreikassa huumeiden ongelmakäytön levinneisyyden epäsuorat indikaattorit (hoito, kuolemat, matalan kynnyksen palvelut) osoittavat, että huumeiden ongelmakäyttö on lisääntymässä. Irlannissa huumeiden käyttäjät ovat nuoria, mikä kuvastaa yleistä demografista tilannetta. Vuoteen 1996 asti polttaminen yleistyi heroiinin käyttötapana, mutta viime aikoina injektioikäyttö on taas lisääntynyt. Italiassa huumeiden käyttö näyttää yleisemmältä pohjoisosissa, mutta huumeiden ongelmakäyttö jakaantuu tasaisemmin pohjois-, keski- ja eteläosiin, joskin riskialttiin väestön määrä vaihtelee maantieteellisten alueiden mukaan. (15–54-vuotiaita on kaikkiaan noin 32 miljoonaa – heistä 44 % asuu maan pohjoisosissa, 19 % keskiosissa ja 37 % eteläosissa.) Pohjoisosissa käytettäneen lisäksi suhteellisesti enemmän huumeita vapaa-ajanviettilaisuudessa.

Luxemburgissa kansallisen rekisteröintijärjestelmän mukaan uudet tapaukset lisääntyivät voimakkaasti, 42 prosenttia, vuosina 1998 ja 1999. Lisäys johtuu kuitenkin pääasiassa huumelakien rikkojista ja voi siten heijastaa poliisin aktiivisuutta. Luxemburgissa suuri osa huumeiden ongelmakäyttäjistä on ulkomaalaisia (48 prosenttia).

Kuvio 4

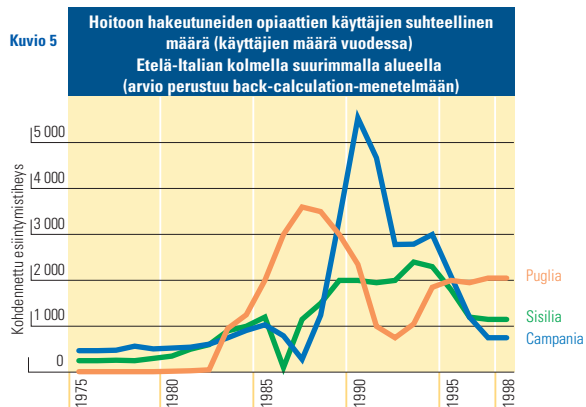


Huom. Suhteellinen määrä on niiden opiaattien käyttäjien määrä (uusien käyttäjien määrä vuodessa), jotka mahdollisesti hakeutuvat palvelujen piiriin. Lissabon: erityisen ongelmallinen Lissabonin alue, sosiaalipalveluiden piiriin hakeutuvat käyttäjät. Belgia: maan ranskankielisellä alueella hoitoon hakeutuneet.

Lähde: EMCDDA:n hanke CT99.EP05. Study on incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union, Lisbon, 2001 (koordinoijana Rooman yliopisto "Tor Vergata").

Arvioitu levinneisyys näyttää kasvavan, vaikka huumeiden injektioikäyttö väheni yli 90 prosentista noin 66 prosenttiin. Amsterdamissa Alankomaissa heroiinikäyttäjien määrä on vähentynyt lievästi vuosien kuluessa ja huumeiden injektioikäyttäjien osuus ongelmakäyttäjistä on vähentynyt voimakkaasti. Portugalissa huumeiden ongelmakäyttö on huomattavinta Faron, Lissabonin, Porton ja Setubalin alueilla. Espanjassa heroiinin käyttö, erityisesti injektioikäyttö, on menettänyt merkitystään, ja kokaiiniin liittyvät ongelmat ovat lisäämässä osuuttaan huumeongelmista. Ruotsissa vaikeiden huumeongelmisten määrä nousi 1990-luvulla. Heroiinin käyttö on yleistymässä nuoremmassa huumeiden ongelmakäyttäjien ryhmässä. Yhdistyneessä kuningaskunnassa vuonna 1998 julkaistu raportti osoitti, että nuorten heroiinikäyttö oli äkillisesti lisääntynyt useimmilla alueilla Englannissa noin vuodesta 1996 lähtien, ja hiljattain Lontoossa tehty tutkimus osoitti, että heroiinin käyttö muulla tavoin kuin ruiskeena oli kaksinkertaistunut vuosien 1991 ja 1997 välillä.

Kuvio 5



Huom. Suhteellinen määrä on niiden opiaattien käyttäjien määrä (uusien käyttäjien määrä vuodessa), jotka mahdollisesti hakeutuvat palvelujen piiriin.

Lähde: EMCDDA:n hanke CT99.EP05. Study on incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union, Lisbon, 2001 (koordinoijana Rooman yliopisto "Tor Vergata").

Huumeiden käytön terveysvaikutukset

Hoidontarve

Hoitoon tulevien asiakkaiden erityispiirteet (kuten sosiaaliset ominaispiirteet) ja kulutuskäyttäytyminen (kuten huumeita ruiskeina käyttävien tai opiaattien käyttäjien osuus) ovat huumeiden ongelmakäytön laajempien suuntausten mahdollisia indikaattoreita. Vinoutumia voi kuitenkin syntyä, koska tiedonkeruumenetelmät ja hoito- palvelujen tarjonta ovat erilaisia eri maissa.

Aineet

Hoitopolitiikan ja rekisteröintikäytäntöjen eroista huolimatta Euroopassa voidaan tunnistaa sekä yleisiä että erityisiä suuntauksia.

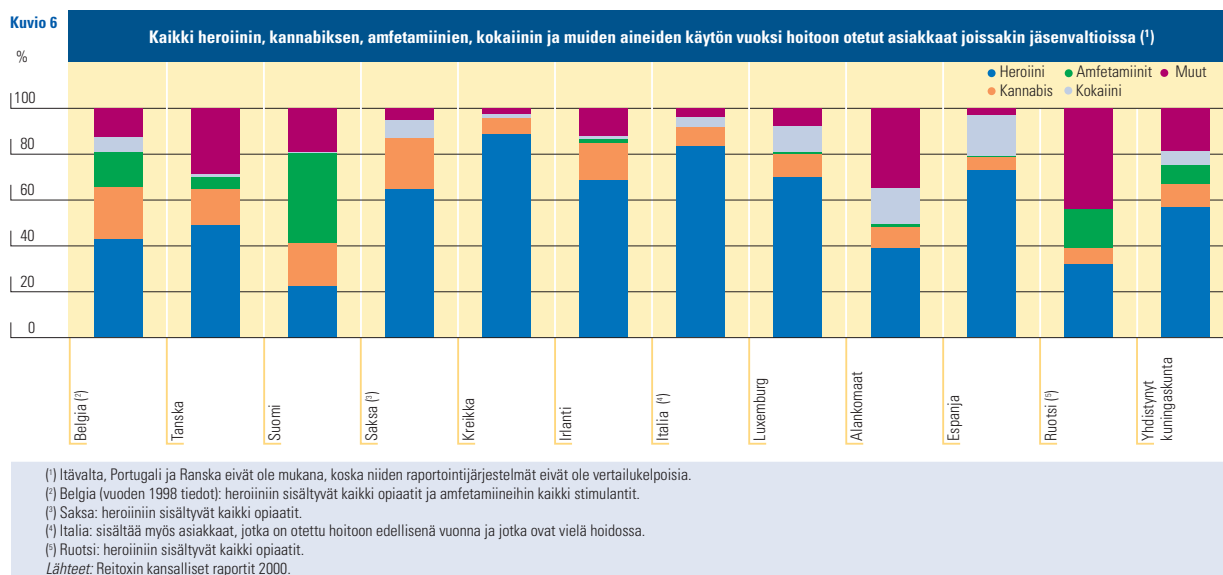
Useimmissa maissa hoitoon hakeutuvat uudet asiakkaat käyttävät huumeena pääasiallisesti opiaatteja (erityisesti heroiniä). Maiden väliset erot ovat melko suuret Suomen 22,4 prosentista Kreikan 84,2 prosenttiin, mutta prosentiosuus on yleisimmin 50–70. Heroiinin käyttäjien lisäksi hoitoon hakeutuvat pääasiassa kannabiksen (Belgiassa, Tanskassa, Irlannissa ja Suomessa yli 15 prosenttia) ja kokaiinin käyttäjät (varsinkin Alankomaissa, 15,4 prosenttia, ja Espanjassa, 17 prosenttia). Ekstaasia käytetään pääasiallisena huumeena vain harvoin, eniten Irlannissa (8,9 prosenttia). Amfetamiinin käytössä on suuria eroja. Korkeimmat osuudet ovat Suomessa (39 prosenttia), Ruotsissa (17 prosenttia) ja Belgiassa (15 prosenttia).

Suuntaukset

Hoitoon hakeutuvien uusien asiakkaiden määrässä voidaan havaita yleisiä suuntauksia. Heroiinin käytön takia hoitoon hakeutuvien asiakkaiden määrä supistuu, mutta kannabiksen ja erityisesti kokaiinin takia hoitoon hakeutuvien määrä lisääntyy. Kannabista käyttävien asiakkaiden määrä on lisääntynyt eniten Saksassa (16,7 prosentista vuonna 1996 40 prosenttiin vuonna 1999 – on kuitenkin huomattava, että nämä tiedot koskevat vain avohoitoyksikköjä), Irlannissa (20,7 prosentista vuonna 1996 29,4 prosenttiin vuonna 1999) ja Tanskassa (25 prosentista vuonna 1996 31 prosenttiin vuonna 1999). Tietojen mukaan kokaiinin käyttäjien määrä on lisääntynyt eniten Espanjassa (21,6 prosentista vuonna 1998 30,9 prosenttiin vuonna 1999) ja Alankomaissa (14,7 prosentista vuonna 1994 23,2 prosenttiin vuonna 1999).

Näitä suuntauksia osoittavat myös tiedot kaikista vuosien aikana hoitoon otetuista asiakkaista. Tietojen perusteella kokaiinin käyttö on selvästi lisääntynyt, ja sama suuntaus näkyy joissakin jäsenvaltioissa myös vertailtaessa tietoja uusista ja kaikista hoitoon otetuista asiakkaista. Kokaiinin käytön lisääntyminen toissijaisena huumeena näkyy myös opiaatteja pääasiallisesti käyttävillä asiakkaila. (7) (8) Yleensä hoitoon hakeutuvat asiakkaat käyttävät useampia kuin yhtä huumetta, ja eroja havaitaan yhden huumeen käyttäjien ryhmässä.

Korvaavan hoidon kysyntä erityisesti raskaana olevien naisten keskuudessa on lisääntynyt monissa maissa. Tämä johtuu luultavasti näiden palvelujen paremmasta saatavuudesta.

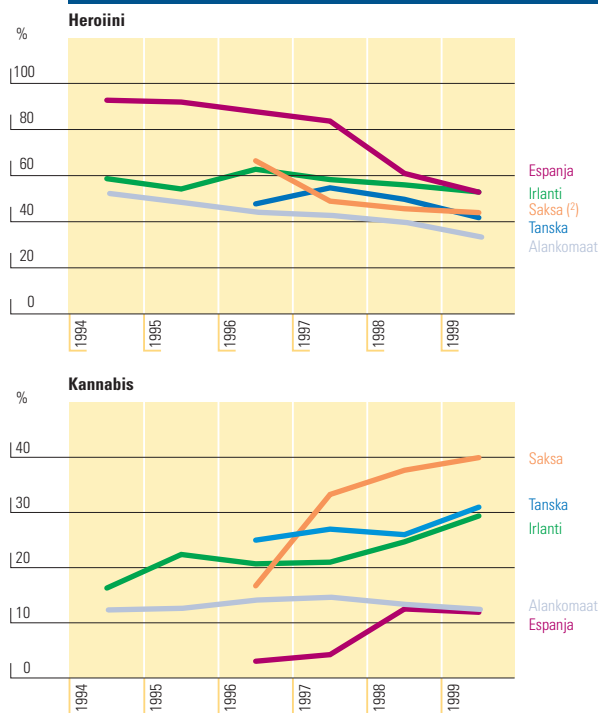


(7) Kuvio 7 OL: Heroiinin, kannabiksen tai kokaiinin käytön takia hoitoon otetut (onlineversio)

(8) Kuvio 8 OL: Heroiinin, kannabiksen tai kokaiinin käytön takia hoitoon otetut (onlineversio)

Huumeiden kysyntä ja tarjonta

Kuvio 7 Uudet asiakkaat, jotka on otettu hoitoon heroisiin ja kannabiksen käytön vuoksi joissakin jäsenvaltioissa %⁽¹⁾



(1) Jotkin maat eivät ole mukana, koska vertailukelpoisia tietoja ei ollut saatavilla kyseisiltä vuosilta.

(2) Tiedot koskevat kaikkia opiaatteja.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit 2000.

Huumeiden injektioikäyttö ja muut käyttömuodot

Huumeita ruiskeina käyttävien asiakkaiden osuus heroisiin takia hoidossa olevista vaihtelee huomattavasti Alankomaiden 12,5 prosentista Kreikan 72,7 prosenttiin. Heroisiin injektioikäyttö on yleisesti ottaen vähentynyt useimmissa maissa, vaikka se vaihtelee (Irlannissa huumeiden injektioikäyttö on kuitenkin kasvamassa). Kaikkien ja uusien heroisiin käytön vuoksi hoitoon hakeutuvien asiakkaiden välinen vertailu näyttää vahvistavan sen, että heroisia ruiskeina käyttävien lukumäärä on vähentymässä (heroisia ruiskeina käyttävien lukumäärä on vähentynyt keskimäärin noin 10 prosenttia).⁽⁹⁾

Käyttömuotoihin saattavat vaikuttaa monet tekijät, joita ei vielä tarkkaan tiedetä tai joita ei ole osoitettu tieteellisillä tutkimuksilla. Niitä voivat olla esimerkiksi markkinatekijät, kulttuuriperinteet ja asiaan puuttuminen.

Markkinoiden tasolla käyttömuotoihin voi vaikuttaa kolme pääasiallista tekijää: poltettavan heroisiin (perusmuoto) tai ruiskeena käytettävän heroisiin (hydrokloridi) suhteellinen saatavuus, heroisiin hinta (korkeampi hinta

lisää injektioikäyttöä) ja heroisiin puhtaus (alhaisempi puhtausaste lisää injektioikäyttöä).

Kulttuurillisesti jotkin erityisesti kansallisten vähemmistöjen perinteet ovat ilmeisesti vaikuttaneet alkuperäisväestöön kuuluvien heroisiin käyttäjien käyttömuotoihin. Esimerkiksi se, että surinamelaisväestö pitää injektioikäyttöä vastenmielisenä, näyttää vaikuttaneen heroisiin käyttäjien suosimaan käyttötapaan (nuuskaaminen tai polttaminen). Samaa vaikutusta ei ole havaittu muiden vähemmistöryhmien, kuten Ranskan pohjoisafrikkalaisien huumeidenkäyttäjien tai antillilaisten kohdalla, jotka myös perinteisesti polttavat heroisia tai käyttävät sitä nenän kautta.

Useat arviointitutkimukset osoittavat myös, että ehkäisevä toiminta (palvelut, injektioikäytön riskeistä tiedottaminen) vaikuttaa asenteiden muutokseen, jolloin injektioikäytöstä siirrytään nenän kautta käyttöön ja polttamiseen.

Sosiaaliset piirteet

Hoitoon hakeutuvat asiakkaat ovat yleensä 20–40-vuotiaita miehiä. Kaikkien asiakkaiden keski-ikä on 29 vuotta ja uusien asiakkaiden 27 vuotta. Naiset ovat yleensä miehiä nuorempia ja hakeutuvat hoitoon lähes vuotta aikaisemmin kuin miehet. Vanhimpia asiakkaat ovat Alankomaissa ja Ruotsissa, kun taas nuorimmat ovat Irlannissa ja Suomessa. Irlannin tilanteeseen heijastuu tosin myös maan demografinen tilanne.

Sukupuolijakauma vaihtelee, mutta on samankaltainen Etelä-Euroopan maissa, joissa miehet ovat enemmistönä (84/16 Kreikassa, 85/15 Espanjassa, 86/14 Italiassa ja 84/16 Portugalissa). Pohjois-Euroopan maissa taas naisten osuus hoitoa saavista on suurempi (70/30 Irlannissa ja 72/28 Ruotsissa).

Hoitoon hakeutuvien asiakkaiden yhteiskunnalliset olosuhteet (koulutus, työllisyys) näyttävät olevan heikentyneissä. Suurin osa asiakkaista asuu kaupungeissa, mutta tämä voi johtua myös maaseudun erilaisesta palvelutaloudesta.

Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

Tätä asiaa käsitellään yksityiskohtaisemmin luvussa 3: Erityiskysymykset – huumeisiin liittyvät tartuntataudit.

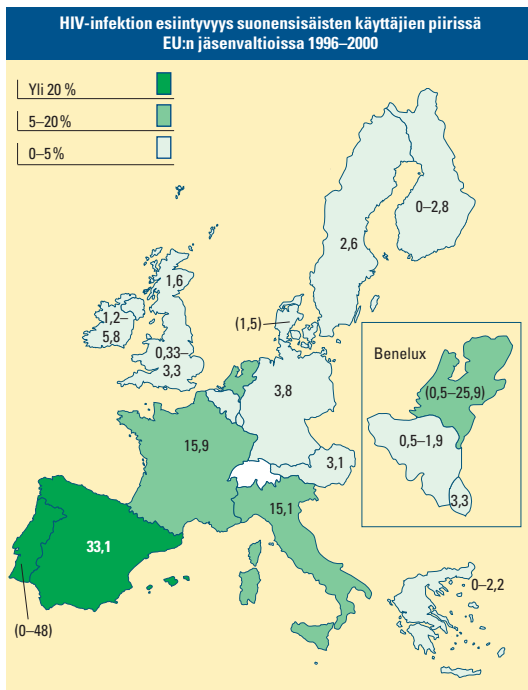
Levinneisyys ja suuntaukset

Koska saatavilla oleva tieto tulee eri lähteistä (joskus paikallisista), voidaan HIV:n levinneisyydestä huumeita ruiskeina käyttävien keskuudessa antaa vain yleisarvio.

⁽⁹⁾ Kuvio 9 OL: Huumeita ruiskeina käyttävien osuus heroisiin takia hoitoon otetuista eräissä EU:n jäsenvaltioissa, vuoden 1999 tiedot (onlineversio).

2001 Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta

Kuvio 8



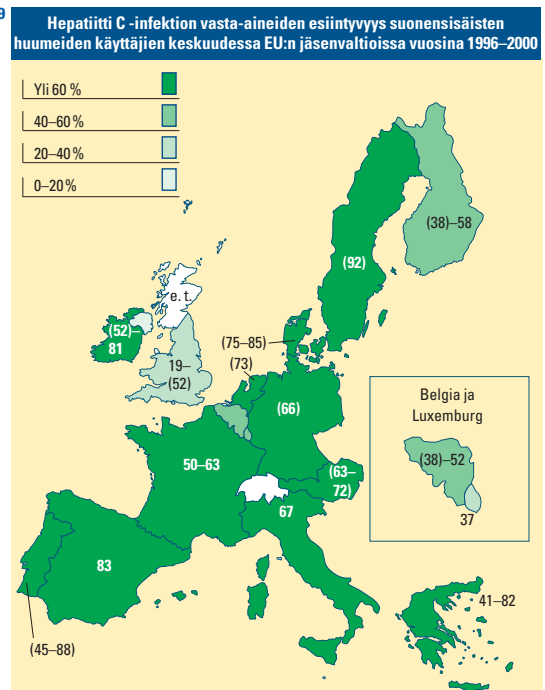
Huom. Suluissa olevat tiedot ovat paikallisia.

Maiden välisiä eroja tulkittaessa on aina otettava huomioon lähteiden erilaisuus ja tietojen paikallisuus joissakin tapauksissa. Kunkin valtion väri esittää eri lähteistä peräisin olevaan tietoon perustuvien arvioiden keskiarvoa. Saksan, Espanjan, Ranskan ja Italian tiedot rajoittuvat HIV:n esiintymiseen hoidossa olevilla huumeita ruiskeina käyttävillä, minkä vuoksi tiedot eivät ole edustavia hoidon ulkopuolella olevien käyttäjien osalta. Lisää tietoa ja tietolähteitä on tarjolla täydentävissä tilastotaulukoissa osoitteessa <http://www.emcdda.org>.

Maitten välillä ja sisällä on kuitenkin suuria eroja. Saatavina olevien tietojen mukaan tartuntojen määrä huumeita ruiskeina käyttävien eri alaryhmissä vaihtelee Yhdistyneen kuningaskunnan noin 1 prosentista Espanjan 32 prosenttiin. Tämä yleiskuva ei ole muuttunut viime vuosina. Näyttää kuitenkin siltä, että HIV-tartunnat ovat uudestaan lisääntyneet huumeita ruiskeina käyttävissä (alaryhmissä) muutamissa maissa (katso sivulla 17 olevaa laatikkoa).

Hepatiitti C -virustartunnan (HCV) levinneisyyttä koskevia tietoja on vaikeampi saada, ja niillä on samat rajoitukset kuin HIV-tartuntoja koskevilla tiedoilla. Yleiskuva on kuitenkin selvä: kaikista EU:n jäsenvaltioista saatujen tietojen mukaan hepatiitti C:n levinneisyys on erittäin suuri. Tartuntojen määrä vaihtelee 40 ja 90 prosentin välillä huumeiden injektioikäyttäjien eri alaryhmissä (kuvio 9). Huumeita ruiskeina käyttäviä alle 25-vuotiaita koskevien levinneisyydetietojen mukaan hepatiitti C -tartunnan saaneiden osuus vaihtelee 20 prosentista (Belgiassa hoitoa saavat vuonna 1998) yli 74 prosenttiin (Portugalissa Coimbrassa hoitoa saavat vuonna 2000) (katso kuvio 7 luvussa 3: Erytyiskysymykset – huumeisiin liittyvät tartuntataudit). Tämä merkitsee sitä, että hepatiitti

Kuvio 9



Huom. e. t. = ei tietoja. Suluissa olevat tiedot ovat paikallisia.

Maiden välisiä eroja tulkittaessa on aina otettava huomioon lähteiden erilaisuus ja tietojen paikallisuus joissakin tapauksissa. Kunkin valtion väri esittää eri lähteistä peräisin olevaan tietoon perustuvien arvioiden keskiarvoa. Saksan, Espanjan ja Italian tiedot rajoittuvat HIV:n esiintymiseen hoidossa olevilla huumeita ruiskeina käyttävillä, minkä vuoksi tiedot eivät ole edustavia hoidon ulkopuolella olevien käyttäjien osalta. Luxemburgin tiedot koskevat vain vankiloissa olevia huumeiden injektioikäyttäjiä. Luxemburgin ja Yhdistyneen kuningaskunnan tiedot sekä Irlannin ja Suomen korkeat luvut perustuvat sylkitesteihin. Belgian korkeat luvut ja Ranskan tiedot perustuvat itse ilmoitettuihin testituloksiin, jotka saattavat olla epäluotettavia. Saksan luvut ovat vuodelta 1995, Ruotsin luvut vuodelta 1994. Lisää tietoa ja tietolähteitä on tarjolla täydentävissä tilastotaulukoissa osoitteessa <http://www.emcdda.org>.

C -tartuntojen määrä on edelleen suuri useissa maissa, vaikka joidenkin tutkimusten mukaan ehkäisytoimien aloittaminen on luultavasti vähentänyt tartuntojen määrää (Yhdistynyt kuningaskunta).

Huumekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus

Äkillisten yliannostuksesta johtuvien huumekuolemien määrää käytetään joskus yksinkertaistettuna keinona maan huumeitilanteen arvioinnissa ja vertailujen tekemisessä. Huumekuolemat aiheuttavat sosiaalista ja poliittista huolta, varsinkin kun äkkikuolemat kohtaavat nuoria.

Äkillisten huumekuolemien piirteet

Viimeksi kuluneiden viiden vuoden (1994–1999) aikana jäsenvaltioiden ilmoittamien kuolemantapausten kokonaismäärä on vaihdellut 7 000:n ja 8 000:n välillä. EU:ssa opiaatit ovat edelleen mukana useimmissa äkillisissä huumekuolemista eli yliannostuksissa tai myrkytyksissä ⁽¹⁰⁾.

⁽¹⁰⁾ Kuvio 10 OL: Opiaattien ja muiden kuin opiaattihuumeiden väärinkäytön osuus huumekuolemista, vahvistetut prosenttiosuudet perustuvat tapauksiin, joiden toksikologia tunnetaan (onlineversio).

HIV-tartuntojen määrän mahdollinen kasvu huumeiden injektiokäyttäjillä joissakin EU:n jäsenvaltioissa

Alustavien tietojen mukaan muutamissa EU:n jäsenvaltioissa HIV-tartuntojen määrä näyttää lisääntyneen huumeita ruiskeina käyttävien alaryhmissä. Rutiinitiedon käyttämisen rajoitukset tulisi ottaa huomioon tartuntojen muutosten selvittämisessä (katso luku 3, sivu 39). Esimerkiksi Irlannissa tapahtunut kasvu voi osittain johtua huumeiden injektiokäyttäjien testausten lisääntymisestä. On silti tärkeää seurata huolellisesti näiden tapausten mahdollista lisääntymistä ja tarvittaessa ryhtyä toimenpiteisiin. HIV-tartunnat ovat saattaneet lisääntyä Irlannissa, Luxemburgissa, Alankomaissa, Itävallassa, Portugalissa ja Suomessa.

Itävallassa HIV:n yleisyys opiaattien yliannostuksen saaneilla kasvoi yhdestä viiteen prosenttiin vuonna 1999 (3 prosentista vuonna 1996, 2 prosentista vuonna 1997 ja 1 prosentista vuonna 1998).

Luxemburgissa huumeita ruiskeina käyttävien todetut HIV-tartunnat lisääntyivät. Vuosina 1995–1997 tapauksia oli 2–3 vuodessa ja 1998 ja 1999 6–7 vuodessa.

Irlannissa huumeita ruiskeina käyttävien HIV-testien positiivisten testitulosten määrä kolminkertaistui 69 tapaukseen vuonna 1999 (20–26 tapausta vuosina 1994–1998).

Portugalin tiedot ovat paikallisista lähteistä. Coimbrassa hoitoa saavilla huumeita ruiskeina käytävillä taudin

levinneisyys lisääntyi 9 prosentista 13 prosenttiin vuosina 1999 ja 2000, lähinnä naisten keskuudessa, ja ikäryhmällä 25–34-vuotiaat 9,5 prosentista 18 prosenttiin. Lissabonin erään erittäin ongelmallisen alueen kaduilla tehtiin 250 kodittoman heroinin käyttäjän keskuudessa tutkimus, jonka mukaan levinneisyys oli 48 prosenttia vuosina 1998 ja 1999.

Suomessa huumeiden injektiokäyttäjien HIV-tartunnat lisääntyivät voimakkaasti. Vuosina 1990–1997 tapauksia oli 0–5 vuodessa. Vuonna 1998 tapauksia oli 20, ja vuonna 1999 niitä oli 84. HIV-testiä pyytäneiden neulanvaihtopalvelun asiakkaiden tartunnan levinneisyys kasvoi 0 prosentista vuonna 1997 3 prosenttiin vuonna 1998 ja 8 prosenttiin vuonna 1999 ja väheni jälleen takaisin 3 prosenttiin vuonna 2000.

Alankomaissa HIV-infektiot lisääntyivät 11 prosentista 22 prosenttiin vuosien 1994 ja 1998/1999 välillä injektiokäyttäjien keskuudessa Heerlanin kaupungissa Alankomaiden eteläosassa.

Huom. Otosten koot: Itävalta 1996: 184, 1997: 131, 1998: 108, 1999: 126; Alankomaat, Heerelen 1994: 161, 1998/1999: 116; Portugali, Coimbra 1999: 227, 2000: 106, Lissabon 1998/1999: 252; Suomi 1997: 131, 1998: 135, 1999: 63, 2000: 356.

Lähteet: Kansalliset seurantakeskukset. Lissabonin tiedot: Valle, H., Rodrigues, L., Coutinho, R., et al., *HIV, HCV and HBV infection in a group of drug addicts from Lisbon*, Seventh European Conference on clinical aspects of HIV infection, 23–27 October 1999, Lisbon, Portugal (abstract 866).

Muiden päihteiden, kuten alkoholin, bentsodiatsepiinien tai kokaiinin samanaikainen käyttö on tavallista. Rauhoittavien aineiden, kuten alkoholin tai bentsodiatsepiinien samanaikaista käyttöä pidetään riskinä opiaattien yliannostustapauksissa. Äkkikuolemat, joiden yhteydessä on käytetty kokaiinia, amfetamiinia tai ekstaasia ilman opiaatteja, näyttävät olevan harvinaisia Euroopassa.

Monet opiaattikuolemat sattuvat vasta kolme tuntia käytön jälkeen, minkä vuoksi hoitotoimenpiteisiin voidaan ryhtyä. Lisäksi toisia käyttäjiä on usein silminnäkijöinä kuolemaan johtavissa ja muissa yliannostustapauksissa, joten toimenpiteet olisivat mahdollisia. Tällaisissa tapauksissa on tärkeää, että käyttäjät tietävät, miten hakea tehokasta apua.

Opiaattikuoleman uhri on useimmiten 20–30-vuotias huumeita ruiskeina monta vuotta käyttänyt henkilö. Valtaosa kuolleista on miehiä. Kuten hoitoon hakeutuvat asiakkaat, myös menehtyneet opiaattien käyttäjät ovat monissa EU:n jäsenvaltioissa selvästi yhä vanhempia. ⁽¹¹⁾

Joidenkin kokaiinin käyttöön liittyvien kuolemien syy voi jäädä huomaamatta uhrien sosiaalisen taustan tai erilaisen kliinisen tilan vuoksi (kuten iskeemiset sydänsairaudet tai rytmihäiriöt). Ensiapuhenkilökunnan olisi oltava tietoisia tästä mahdollisuudesta. Yksistään ekstaasin käyttöön liittyvät äkkikuolemat näyttävät olevan harvinaisia, vaikka asia herätti 90-luvun puolivälissä paljon julkista keskustelua muutamissa Euroopan maissa.

⁽¹¹⁾ Kuvio 11 OL: Yli 30-vuotiaiden osuus huumeisiin kuolleista eräissä EU-maissa vuosina 1986 ja 1999 (onlineversio).

Huumekuolemia koskevat menetelmät ja määritelmät

Tässä raportissa huomio kohdistetaan äkillisiin huume-kuolemiin (yliannostuskuolemiin), ellei toisin mainita.

Maiden väliset suorat vertailut voivat johtaa harhaan, koska huumekuolemien määrä riippuu huumeiden ongelmakäytön levinneisyyden ja riskikäyttäytymisen (kuten huumeiden käyttämisen ruiskeina) lisäksi myös kansallisista määritelmistä ja tietojen kirjaamisen menetelmistä. Esimerkiksi Portugalissa käytetään laajaa määritelmää, kun taas Ruotsissa määritelmää on hiljattain muutettu laaja-alaisesta kapeammaksi (1).

Huumekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus on yksi EMCDDA:n epidemiologisista avainindikaattoreista. On kehitetty eurooppalainen standardiprotokolla tapausten ilmoittamiseksi yleisistä kuolleisuusrekistereistä (GMR) ja oikeuslääketieteellisistä tai poliisin pitämistä erikoisrekistereistä (SR). Tämä standardiprotokolla on testattu kaikissa jäsenvaltioissa. Myös Eurostatin ja Maailman terveysjärjestön kanssa ollaan aktiivisesti yhteistyössä (2).

Jos määritelmät, menetelmät ja raportoinnin laatu ovat tietyssä maassa yhdenmukaisia, tilastot voivat osoittaa kehityksen suunnan, ja asianmukaisesti analysoituina ja muihin muuttujiin liitettyinä ne voivat arvokkaalla tavalla auttaa seuraamaan huumeiden käytön äärimmäisiä tapoja.

Huumeiden käyttöön epäsuorasti liittyvät aidsista, liikenneonnettomuuksista, väkivallasta tai itsemurhasta johtuvat äkkikuolemat tulisi myös ottaa huomioon, kun arvioidaan huumeiden käytön vaikutuksia yleensä. Ne edellyttävät kuitenkin erilaisia tietolähteitä ja paremmin tutkimukseen suuntautuneita menetelmiä.

- (1) Laatikko 1 OL: *Akuutin huumekuoleman* määritelmät EU:n jäsenvaltioissa, sellaisena kuin niitä käytetään EMCDDA:n vuosikertomuksessa ja sellaisena kuin ne on esitetty kansallisissa kertomuksissa (onlineversio).
- (2) Laatikko 2 OL: Ehdotus EMCDDA:n normiksi akuuttien huumekuolemien laskemisessa – DRD-normin versio 1 (onlineversio).

Metadonin on havaittu olevan mukana monissa huume-kuolemissa, ja sen merkityksestä on keskusteltu useissa Euroopan maissa. Koska metadonin käyttö huumeiden korvikkeena on melkoisesti yleistynyt viime vuosina, satunnaiset havainnot metadonista ovat lisääntyneet toksikologisissa tutkimuksissa, jotka koskevat huumeiden käyttäjien onnettomuuskuolemia, aidskuolemia ja niin edelleen. Muutamien paikallisten tutkimusten perusteella epäillään, että joissakin äkkikuolemissa, joissa metadoni on osallisena, kyseessä on ollut metadonin pääsy laittomille markkinoille, mitä ovat ehkä edistäneet heikosti järjestetyt reseptilääkepalvelut. Eräissä maissa on ehdotettu parannuksia metadonikorvaushoito-ohjelmien järjestämiseen. Näistä ongelmista huolimatta tutkimukset osoittavat, että korvaushoitojen käyttö vähentää hoito-ohjelmaan osallistuvien riskiä kuolla huumeisiin.

Äkillisiin huumekuolemiin liittyviä suuntauksia

Monissa EU:n jäsenvaltioissa äkilliset huumekuolemat lisääntyivät voimakkaasti 1980-luvun loppupuolella ja 1990-luvun alussa. Viime vuosina äkillisten huumekuolemien määrä on kuitenkin EU:ssa vakiintunut, ja se on nykyään 7 000–8 000 tapausta vuodessa. Muutamissa maissa määrä on jopa pienentynyt.

Huumekuolemien määrän viimeaikaiseen vakiintumiseen vaikuttaa luultavasti moni tekijä. Huumeiden ongelmakäyttäjien määrä on ehkä vakiintunut. Lisäksi hoitotiedot osoittavat, että riskikäyttäytyminen, kuten huumeiden

injektiökäyttö, on myös vähentynyt joissakin maissa. Hoitotoimenpiteet, mukaan lukien korvaushoito-ohjelmat, ovat lisääntyneet monissa maissa, ja ehkä myös ensiavun saamisen mahdollisuudet yliannostustapauksissa ovat parantuneet.

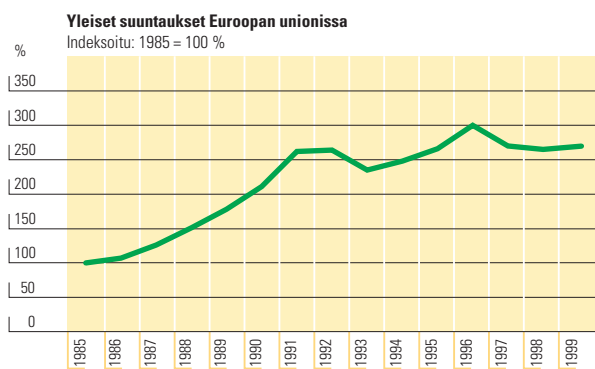
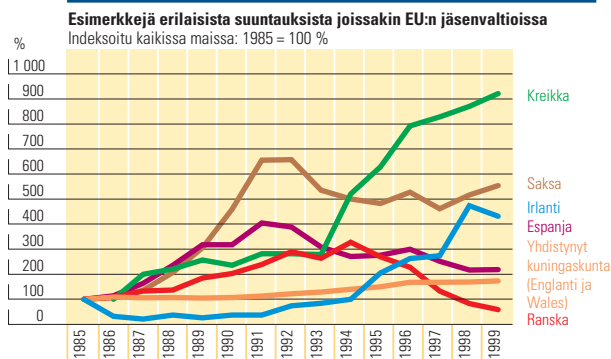
Vakiintuminen on yhdenmukaista yleisen kuolleisuuden (joissakin tapauksissa myös yliannostuskuolemien) vähenemisen kanssa huumeiden ongelmakäyttäjien kohorteissa, kuten jäljempänä kuvataan (huumeiden käyttäjien kuolleisuutta käsittelevä luku).

EU:n yleisessä suuntauksessa voidaan havaita erilaisia kansallisia suuntauksia.

- Vaikka vuosittain tilanne vaihtelee, useissa maissa suuntaus on laskeva. Näin on esimerkiksi Saksassa, Espanjassa, Ranskassa, Italiassa, Luxemburgissa ja Itävallassa. Saksa (1999 ja 2000), Luxemburg (1997 ja 1998) ja Itävalta (1999) ilmoittivat äskettäin tapahtuneesta uudesta lisääntymisestä, mutta luvut eivät vielä ole yhtä suuria kuin aiemmin. Tätä kehitystä on seurattava tarkasti.
- Jotkin maat, esimerkiksi Kreikka, Irlanti (vuonna 1999 havaittu laskua) ja Portugali ovat ilmoittaneet kuolemien huomattavasta lisääntymisestä aina viime aikoihin asti. Nämä lisääntymiset liittyvät luultavasti heroinin käytön myöhempään yleistymiseen näissä maissa

Huumeiden kysyntä ja tarjonta

Kuvio 10 Äkillisten huumeisiin liittyvien kuolemien suuntauksia 1985–1999



Huom. Suhteellisia vaihteluita esitetään vuoden 1985 lukujen osalta. Kreikan osalta sarja alkaa vuodesta 1986 vääristymän välttämiseksi. Joissakin maissa, joissa suuntaus on ollut kasvussa, kehittyneet raportointi voi antaa tietoa osasta kasvua. Kaikki maat eivät toimittaneet tietoja kaikkien vuosien osalta, mutta tämä on otettu huomioon analyysissä.

Lähteet: Reitoxin kansalliset raportit 2000, otettu kansallisista kuolleisuusrekistereistä tai erikoisrekistereistä (oikeuslääketieteelliset tai poliisin). Ks. myös Standard Epidemiological Tables EMCDDA:n verkkosivustolta. Nämä suuntaukset voidaan laskea kaikkien EU-maiden osalta. Niistä muutama esitetään esimerkkeinä.

1990-luvulla, mikä voi johtua niiden sosiologisesta kehityksestä. Tilastointikäytännöt ovat myös voineet parantua. Tapausten laaja-alainen määrittely voi myös vaikuttaa Portugalissa havaittuun viimeaikaiseen lisääntymiseen.

- Yhdistyneessä kuningaskunnassa suuntauksena on jatkuva lievä kasvu. Muiden maiden tilanne on vakaa tai sitten suuntauksia on vaikea havaita sairauksien kansainvälisessä luokituksessa viime aikoina tapahtuneen muutoksen vuoksi (vaihtaminen 9:nneistä 10:nteen painokseen) tai kansallisissa määritelmässä tapahtuneiden muutosten vuoksi.

EU:n ja Yhdysvaltojen huumekuolemia koskevien arvioiden välisiä vertailuja olisi tehtävä ja tulkittava erittäin varovaisesti. Huumekuolemien nykyiset määritelmät Euroopassa ovat heterogeenisiä, ja Yhdysvaltain määritelmä on jonkin verran laajempi ja sisältää psykoaktiiviset lääkkeet. Silti kannattaa huomata, että EU:n jäsenvaltioissa (376 miljoonaa asukasta) tilastoitujen tapausten

määrä on noin puolet Yhdysvaltain (270 miljoonaa asukasta) vastaavien tapausten määrästä. Viime vuosina tapausten määrä EU:ssa on vaihdellut 7 000:n ja 8 000:n välillä, kun taas Yhdysvalloissa suuntaus näyttää olevan ylöspäin noin 13 000:sta lähes 16 000:een tapaukseen samana ajanjaksona. (ONDCP, The National Drug Control Strategy, vuosiraportti 2001).

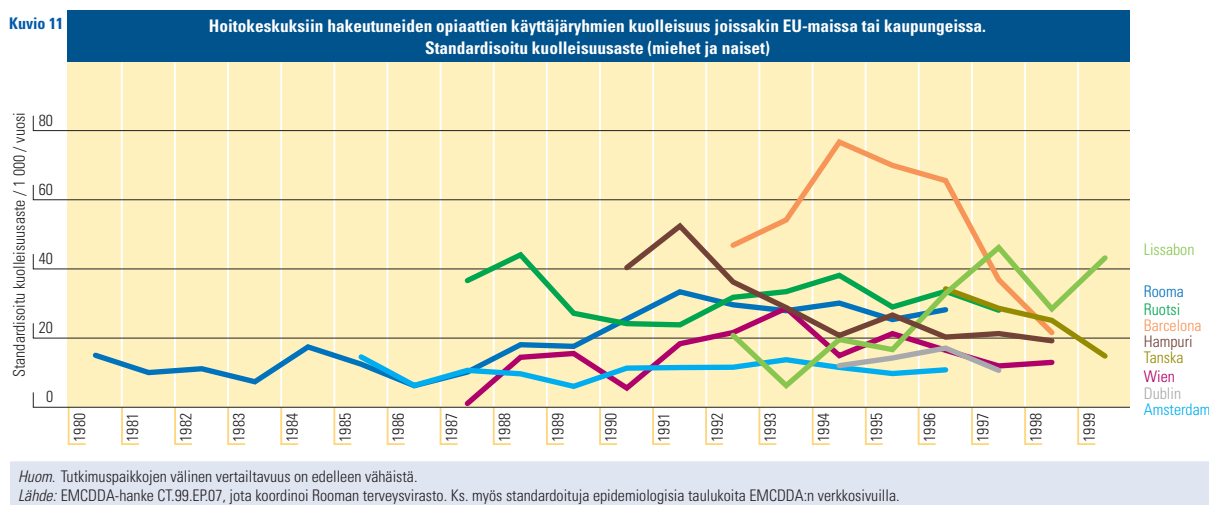
Huumeiden käyttäjien kuolleisuus

Huumeiden ongelmakäyttäjät edustavat vain pientä osaa väestöstä, mutta heillä on suhteettoman paljon terveysongelmia ja varsinkin heidän kuolleisuutensa on hyvin suuri.

Seurantatutkimukset, joissa seurataan ongelmakäyttäjiä (yleensä vieroituskeskuksissa olevia opiaattien käyttäjiä) usean vuoden ajan, ovat toistuvasti osoittaneet, että opiaattien käyttäjien yleinen (kaikista syistä johtuva) kuolleisuus on yli 20-kertainen verrattuna muiden samanikäisten kuolleisuuteen. Tämä johtuu yliannostusten lisäksi onnettomuuksista, itsemurhasta, aidsista ja muista tartuntataudeista. Muitakin riskitekijöitä on tunnistettu: huumeita ruiskeina käyttävien kuolleisuus on 2–4 kertaa korkeampi kuin muiden huumeiden käyttäjien, ja HIV-tartunnan saaneiden kuolleisuus 2–6 kertaa korkeampi kuin niiden, joilla ei ole tartuntaa. Opiaattien sekakäyttö muiden rauhoittavien aineiden, kuten alkoholin tai bentsodiatsepiinin, kanssa saattaa lisätä yliannostuksen riskiä.

Niiden huumeiden ongelmakäyttäjien, jotka eivät käytä opiaatteja tai eivät käytä huumeita ruiskeina, kuolleisuus on selvästi pienempi. Tosin heidän terveysriskijään on myös vaikeampi arvioida tarkasti. Yleisesti ottaen perinteiset huumeiden vieroituskeskukset vastaanottavat suhteellisen vähän kokaiinin tai amfetamiinin suurkäyttäjiä, ja heistäkin suuri osa näyttää olevan entisiä opiaattien käyttäjiä tai nykyisiä opiaattien ja muiden aineiden sekakäyttäjiä, entisiä huumeiden injektioikäyttäjiä tai sosiaalisesti syrjäytyneitä. Näiden muiden kuin perinteisten opiaattien käyttäjien osalta saatetaan tarvita aivan erilaisia menetelmiä ja/tai lähteitä.

EMCDDA:n koordinoimassa monella paikkakunnalla tehdyssä joukkotutkimuksessa laadittiin kohortteja yhdeksälle Euroopan alueelle (kaupungille tai maalle) noudattaen niin tarkasti kuin mahdollista yleistä protokollaa, joka kehitettiin osana avainindikaattoria ”huumekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus”. Tutkimus osoittaa, että yleisessä kuolleisuudessa ja kuolinsyissä on suuria alueellisia eroja.



Suuntaukset huumeiden käyttäjien kuolleisuudessa

Edellä mainitussa EMCDDA:n tutkimuksessa osoitettiin, että useilla alueilla (Barcelona, Hampuri, Wien ja ehkä Tanska, josta tiedot ovat vain viime vuosilta) kuolleisuusluvut saavuttivat huippunsa 1990-luvun alkupuolella tai puolivälissä ja ovat sen jälkeen pienentyneet. Barcelonassa tämä ilmiö on ollut erityisen selvä: kuolleisuus kasvoi 50 henkilöön tuhatta käyttäjää kohti vuosina 1992–1996 ja pieneni sitten selvästi. Tämä heijastaa pääasiassa aids-kuolemien ja vähäisemmässä määrin yliannostuskuolemien vähenemistä.

Lainvalvonnan indikaattorit

Kansallisten huumelakien rikkomuksissa (kuten käyttö, hallussapito ja salakuljetus) näkyvät lainsäädännön erot sekä lainvalvontaviranomaisten resurssien ja painopisteiden erot eri maissa. Erot tilastointikäytännöissä ja määritelmässä vaikuttavat vertailuihin. Suuntauksia kuitenkin vertaillaan aina, kun se on mahdollista.

Huumerikoksiin liittyvät pidätykset (12)

Kannabis oli vuonna 1999 edelleen yleisin pidätyksiin liittyvä huume. Sen osuus oli 85 prosenttia huumerikoksiin liittyvistä pidätyksistä Ranskassa ja 45 prosenttia Italiassa. Ruotsissa amfetamiinit ovat kannabista hieman useammin pidätysten syynä. Luxemburgissa ja Portugalissa heroïini on huumerikosten pääasiallinen tekijä. Alankomaissa useimmat huumerikokset liittyvät ”koviin huumeisiin” (muihin kuin kannabikseen ja sen johdannaisiin).

Suurin osa ilmoitetuista huumerikoksista liittyy huumeen käyttöön tai hallussapitoon käyttöä varten, paitsi Espanjassa, Italiassa ja Alankomaissa, joissa huumerikokset koskevat vain huumeiden kauppaa tai salakuljetusta. Luxemburg ilmoitti useimpien huumeepidätysten liittyneen sekä huumeiden käyttöön että salakuljetukseen vuonna 1999 samoin kuin aikaisempinakin vuosina.

Suuntaukset

Huumelakien rikkomisesta johtuvat pidätykset ovat vuodesta 1985 tasaisesti lisääntyneet koko EU:n alueella. Pidätykset ovat lisääntyneet yli seitsenkertaisesti Suomessa, Kreikassa ja Portugalissa, kun Tanskassa, Italiassa, Alankomaissa ja Ruotsissa lisäys on ollut vähäisempi (korkeintaan kaksinkertainen).

Kolmena viime vuotena huumerikoksiin liittyvät pidätykset ovat lisääntyneet useimmissa EU:n jäsenvaltioissa. Jyrkintä nousu on ollut Kreikassa, Espanjassa, Irlannissa ja Portugalissa. Vuonna 1999 Belgia ja Yhdistynyt kuningaskunta olivat ainoita maita, jotka ilmoittivat huumerikoksiin liittyvien pidätysten vähentymisestä. (13)

Vankiloiden huumeidenkäyttäjät

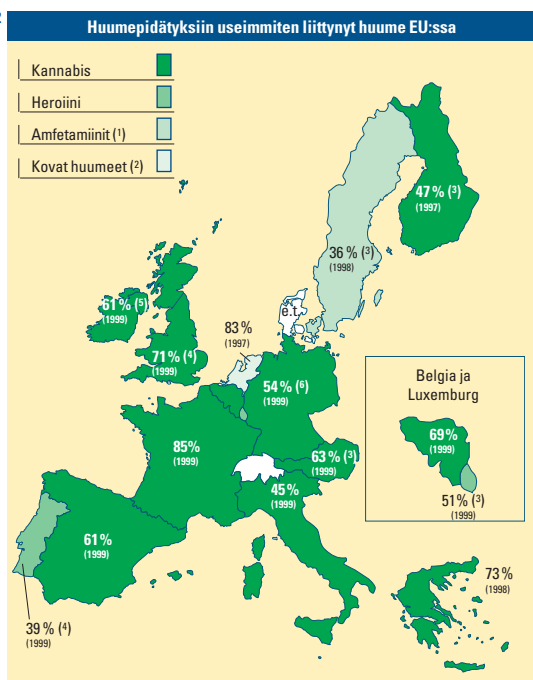
Huumeita käyttävien vankien määrää on arvioitu useilla paikallisilla kertatutkimuksilla. Jopa 90 prosenttia vangeista ilmoitti käyttäneensä ainakin kerran laittomia huumeita. Huumeiden ongelmakäyttäjää ja/tai huumeiden injektioikäyttäjiä on vähemmän, mutta joillakin alueilla vankilan asukkaista heitä voi olla jopa puolet. (14)

(12) Huumelakien rikkomiseen liittyvät pidätykset määritellään jäsenvaltioissa eri tavoin. Termi saattaa viitata esimerkiksi epäiltyihin rikoksentehtäjiin tai syytteisiin huumelakien rikkomisesta. Ks. tarkempia tietoja tilastojulkaisusta Internet-sivuilla <http://www.emcdda.org>.

(13) Taulukko 3 OL: Huumerikoksiin liittyvät pidätykset (onlineversio).

(14) Taulukko 4 OL: Vankilatiedot (onlineversio).

Kuvio 12



Huom.: e. t. = ei tietoa.

(1) Keskushermostostimulantit (joista suurin osa on amfetamiineja).

(2) Kaikki laittomat huumeet paitsi hasis ja marihuana.

(3) Kaikkien mainittujen huumeiden joukossa (yksin tai ei) Luxemburgissa, Itävallassa, Suomessa, Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa sekä huumetuomioissa Ruotsin tapauksessa.

(4) Liian pieneksi arvioitu osuus, koska mukana ovat vain heroiniirikokset – mukana eivät ole rikokset "heroiini + muu(t) huume(et)".

(5) Huumeikohtaisesti luokitelluissa huumerikoksissa (voimassa oleva prosentti).

(6) Saksa: kaikkien niiden rikosten joukossa, jotka on eritelty mukana olleen huumeen mukaan (joidenkin rikosten kohdalla huumeikohtaista erittelyä ei ole tarjolla).

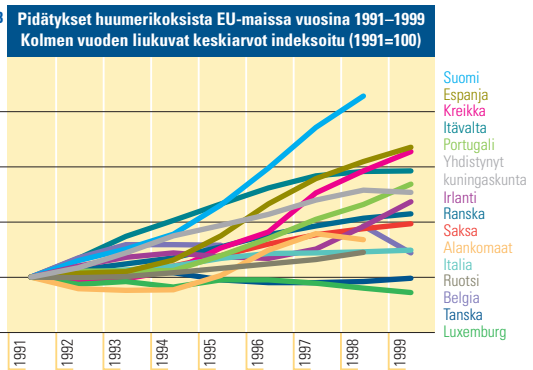
Lähteet: Reitoxin kansalliset seurantakeskukset 2000.

Huumemarkkinoiden indikaattorit: takavarikot, hinta ja puhtaus

Takavarikkoja, hintaa ja puhtautta koskevat tiedot, joita analysoidaan jäljempänä, on saatu Reitoxin kansallisista seurantakeskuksista. Erot Europolin julkaisemiin tietoihin johtuvat raportointimenettelyjen eroista (15).

Takavarikkoja pidetään yleensä huumeiden tarjonnan ja saatavuuden epäsuorina indikaattoreina, vaikka niissä kuvastuvat myös lainvalvonnan resurssit, painopisteet ja strategiat sekä myös salakuljettajien alttius jäädä kiinni. Takavarikoitujen määrien kehitystä koskevat tiedot ovat harhaanjohtavia, koska ne voivat muuttua vuodesta toiseen muutaman suuren takavarikon vuoksi. Takavarikkojen lukumäärä on yleensä hyödyllisempi indikaattori osoittamaan suuntauksia käyttäjän tasolla. Tämä johtuu siitä, että kaikissa maissa pienet takavarikot muodostavat suurimman osan takavarikoista huumemarkkinoiden vähittäiskaupassa. Takavarikoitujen huumeiden alkuperä ja määränpää, mikäli ne ovat tiedossa, voivat antaa vihjeitä salakuljetusreiteistä ja tuotantoalueista. Useimmat jäsenvaltiot ilmoittavat huumeiden hinnoista ja puhtaudesta vähittäiskaupassa, mutta tiedot ovat vähäisiä eivätkä salli tarkkojen vertailujen tekemistä. Ne voivat antaa kuitenkin karkeita viitteitä eri huumeiden saatavuudesta sekä tietoa huumeiden saatavuudesta käyttäjän tasolla.

Kuvio 13



Huom. Ks. sanan *pidätykset* määritelmät kohdasta Complementary Statistical Tables osoitteessa <http://www.emcdda.org>.

Kaikkien maiden osalta on syötetty todelliset arvot vuodelta 1999 ja Belgian, Alankomaiden, Suomen ja Ruotsin osalta vuodelta 1998, koska saatavilla olevien tietojen perusteella ei voida laskea liukuvia keskiarvoja näissä tapauksissa.

Sarja katkeaa Belgian osalta vuosina 1996 ja 1997 (tietoja ei ole saatavilla).

Kreikka: vuoden 1998 luku liittyy syytteiden määrään.

Lähteet: Reitoxin kansalliset suunnittelukeskukset.

Heroiini

Vuonna 1999 EU:n alueella takavarikoitiin yli seitsemän tonnia heroiniä, josta yksi kolmasosa Yhdistyneessä kuningaskunnassa. EU:ssa takavarikoitu heroini tulee pääasiassa Kultaisen puolikuun alueelta Lounais-Aasiasta (Afganistanista ja Pakistanista) ja Kultaisen kolmion alueelta Kaakkois-Aasiasta (Myanmarista, Laosista ja Thaimaasta) Turkin, Balkanin reitin ja Alankomaiden kautta. Salakuljetuksen ilmoitetaan kuitenkin lisääntyneen Koillis-Euroopasta, erityisesti Venäjän kautta.

Heroiinin katuhinta EU:ssa vaihteli 30 eurosta 340 euroon grammalta vuonna 1999. Hinnat ovat korkeimmat Suomessa ja Ruotsissa. Heroiinin puhtaus vaihtelee normaalisti 20–35 prosentin välillä, mutta korkeammasta keskimääräisestä puhtausasteesta on raportoitu Tanskassa, Suomessa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Suuntauksut

Heroiinin takavarikot lisääntyivät EU:n tasolla vuosiin 1991 ja 1992 asti ja vakiintuivat sen jälkeen. Heroiinitakavarikkojen määrä on lisääntynyt tasaisesti

Useissa maissa on havaittu, että vankiloissa käytetään huumeita. Huumeiden injektioikätyt käyttävät huumeita vankilassa todennäköisesti vähemmän kuin siviilissä, mutta vankilassa he lainaavat injektiovälineitä todennäköisemmin.

(15) Taulukko 5 OL: Huumetakavarikot EU-maissa vuonna 1999 (onlineversio).

Huumeiden saatavuus 15–16-vuotiaiden koululaisten keskuudessa

ESPAD:n tekemistä koulututkimuksista ilmenee, että 15–16-vuotiaitten tiedot huumeiden saatavuudesta ovat lisääntyneet vuosina 1995–1999 kaikissa tutkimukseen osallistuneissa EU:n jäsenvaltioissa (1) paitsi Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joissa se on vähentynyt. Vuonna 1999 nuorista 20–60 prosenttia mielsi kannabiksen saatavuuden ”hyvin helpoksi” tai ”melko helpoksi”. Heroiinin ja kokaiinin vastaavat luvut olivat 5–20 prosenttia ja amfetamiinin ja ekstaasin 6–38 prosenttia. Tietoisuus laittomien huumeiden saatavuudesta on Suomessa perinteisesti hyvin alhainen ja melko korkea Tanskassa, Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

(1) Osallistuneet jäsenvaltiot: Tanska, Kreikka, Ranska, Irlanti, Italia, Portugali, Suomi, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta.
Lähde: Vuoden 1999 ESPAD:n raportti. Täydellinen viite ks. s. 9.

Luxemburgissa, Portugalissa ja Ruotsissa vuodesta 1985, kun taas selvää pienentymistä on tapahtunut vuosina 1996 ja 1997 Belgiassa, Tanskassa, Saksassa, Espanjassa, Ranskassa ja Itävallassa. Ajanjakson aikana takavarikoitujen määrät vaihtelivat jokaisessa jäsenvaltiossa. Vuonna 1999 takavarikoitujen heroiniinimäärien selvästä vähentymisestä ilmoitettiin Kreikassa, Ranskassa, Irlannissa, Alankomaissa ja Itävallassa, kun taas Espanjassa ja Italiassa takavarikoitujen heroiniin määrää lisäntyi voimakkaasti.

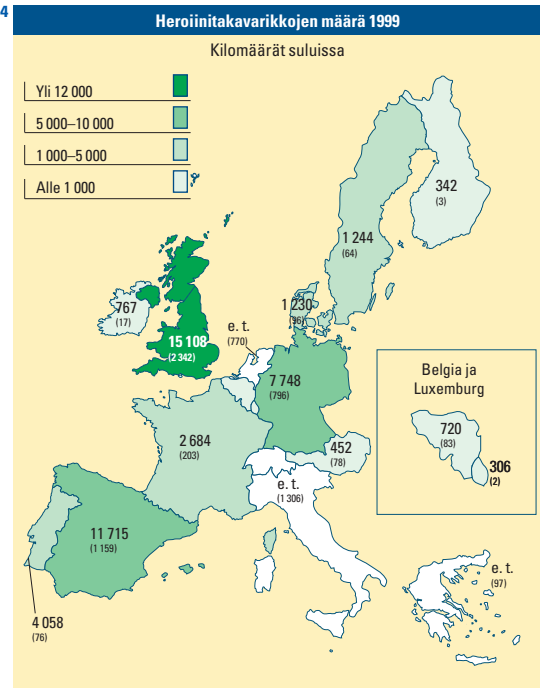
Heroiinin katuhinnat ovat yleensä vakaat, vaikka Luxemburgissa, Portugalissa, Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa niiden ilmoitetaan viime aikoina laskeneen. Heroiinin puhtausasteen ilmoitetaan olevan vakaa tai laskeva kaikissa maissa paitsi Saksassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joissa se on viime aikoina noussut.

Kokaiini (16)

EU:n alueella eniten kokaiinitakavarikkoja tehdään Espanjassa. Euroopassa käytetty kokaiini tulee Latinalaisesta Amerikasta (erityisesti Brasiliasta, Kolumbiasta ja Venezuelasta) Keski-Amerikan, Espanjan ja Alankomaiden kautta.

Kokaiinin vähittäishinta vaihteli 35 ja 170 euron välillä grammalta vuonna 1999. Alhaisimmat hinnat olivat Belgiassa ja Espanjassa ja korkeimmat Suomessa. Kokaiinin puhtausaste on yleensä melko korkea, 55–70

Kuvio 14



Huom. e. t. = ei tietoja.
Tässä julkaistavien ja Europolin julkaisemien tietojen väliset erot johtuvat raportointijaksojen eroista.
Lähteet: Reitoxin kansalliset tietokeskukset 2000.

prosenttia useimmissa maissa paitsi Irlannissa, jossa kokaiinin puhtauden keskiarvoksi vuonna 1999 ilmoitettiin 41 prosenttia.

Suuntaukset

Kokaiinitakavarikoiden kokonaismäärä EU:ssa lisääntyi tasaisesti 1980-luvun puolivälin jälkeen ja vakiintui vuonna 1999. Kokaiinitakavarikot lisääntyivät selvästi vuonna 1999 Luxemburgissa ja Ruotsissa ja vähenivät Belgiassa, Tanskassa ja Itävallassa.

Vuoteen 1990 kestäneen lisääntymisen jälkeen takavarikoitujen kokaiinin määrä vakiintui, ja vuoden 1994 jälkeen se on vaihdellut, mutta suunta on ollut lisääntyvä. Viime vuosina määrät kasvoivat Ranskassa ja Ruotsissa ja pienivät Kreikassa, Irlannissa ja Luxemburgissa.

Kokaiinin hinnat ovat vakaat useimmissa maissa mutta laskusuunnassa Luxemburgissa, Portugalissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Puhtausaste on yleensä vakaa, tosin Yhdistyneessä kuningaskunnassa nousussa vuonna 1999.

Synteettiset huumeet: amfetamiini, ekstaasi ja LSD (17)

Suomessa ja Ruotsissa amfetamiini on toiseksi yleisin takavarikoitu huume. Yhdistyneessä kuningaskunnassa

(16) Kuvio 12 OL: Kokaiinitakavarikoiden määrä vuonna 1999 (onlineversio).

(17) Kuvio 13 OL: Amfetamiinitakavarikoiden määrä vuonna 1999 (onlineversio).

Huumeiden kysyntä ja tarjonta

takavarikoidaan suurimmat määrät EU:n alueen amfetamiinista, ekstaasista ja LSD:stä.

Alankomaissa tuotetaan paikallisesti huomattavan paljon synteettisiä huumeita, mutta tuotantoa ilmoitetaan olevan myös muissa jäsenvaltioissa, kuten Belgiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa sekä Itä-Euroopassa (Puolassa, Virossa ja Tšekin tasavallassa).

Amfetamiinin myyntihinnaksi ilmoitetaan 5–60 euroa grammalta, ja ekstaasitabletit maksavat 5–25 euroa kappale. Synteettiset huumeet ovat halvempia Belgiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Amfetamiinin puhtaus vaihtelee paljon, Irlannin 3 prosentista Suomen 55 prosenttiin, mutta se on yleensä EU:ssa 10–20 prosentin välillä. Ekstaasina myydyt tabletit sisältävät 15–90 prosentissa tapauksista ekstaasia tai ekstaasinkaltaisia aineita (MDMA, MDEA, MDA). Amfetamiinia (tai metamfetamiineja) on tableteissa 6–22 prosenttia, mutta niissä saattaa olla myös monia muita psykoaktiivisia aineita.

Suuntaukset

Sekä amfetamiinitakavarikot että takavarikoidun aineen määrät lisääntyivät vuodesta 1985. Vuonna 1999 amfetamiinitakavarikkojen määrä lisääntyi edelleen Suomessa ja Ruotsissa, kun se muissa maissa pysyi ennallaan tai pieneni. Useimmissa jäsenvaltioissa määrät saavuttivat huippunsa vuosina 1997 ja 1998.

Ekstaasitakavarikot lisääntyivät vuoteen 1996 asti, vakiintuivat sitten ja lisääntyivät jälleen vuonna 1999 kaikissa muissa maissa paitsi Belgiassa ja Luxemburgissa. Takavarikoidun ekstaasin määrä seurasi samaa nousevaa suuntaa vuodesta 1985 lähtien ja vakiintui vuonna 1993, saavutti huippunsa vuonna 1996 ja laski jälleen vuonna 1997. Sen jälkeen määrä on jälleen noussut kaikissa muissa jäsenvaltioissa paitsi Irlannissa ja Itävallassa. Suurinta määrän lisääntyminen oli Saksassa, Kreikassa, Portugalissa, Suomessa, Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

LSD:n takavarikot ovat harvinaisempia. Sekä takavarikot että niissä takavarikoidun aineen määrä lisääntyi vuoteen 1993 asti ja väheni sen jälkeen. Vuonna 1999 takavarikoidut määrät pienenivät edelleen kaikissa muissa maissa paitsi Kreikassa, Itävallassa, Portugalissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Amfetamiinin ja ekstaasin hinnat ovat 1990-luvun huomattavan hintojen laskun jälkeen vakiintuneet EU:ssa.

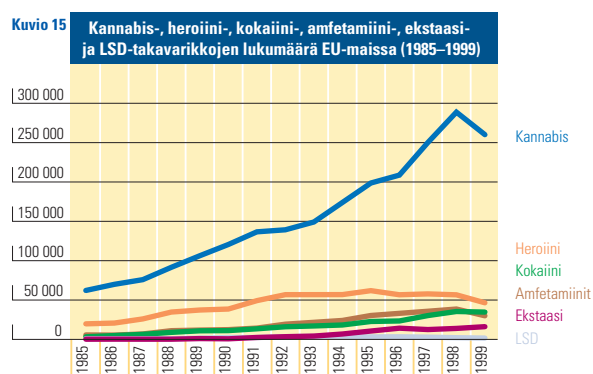
Vuonna 1999 ekstaasin hinnan ilmoitettiin kuitenkin laskeneen Portugalissa ja amfetamiinin Ruotsissa, kun taas Kreikassa ekstaasitablettien hinta kaksinkertaistui. Viime vuosina ekstaasia tai ekstaasinkaltaista ainetta sisältävien tablettien osuus on lisääntynyt monissa maissa, kun taas amfetamiinia (ja metamfetamiineja) sisältävien tablettien osuus on vähentynyt.

Kannabis

Kannabis on eniten takavarikoitu huume kaikissa muissa jäsenvaltioissa paitsi Portugalissa, jossa heroini- ja kokaiinitakavarikot ovat yleisimpiä. Vuodesta 1996 alkaen Espanjassa on takavarikoitu suurimmat määrät. Yhdistyneessä kuningaskunnassa ilmoitetaan suuremmista takavarikkojen lukumääristä, mutta keskimäärin erät ovat pienempiä. (18)

Kannabishartsit tulee lähinnä Marokosta Espanjan ja Alankomaiden kautta. Kannabisruoho on peräisin Afganistanista, Pakistanista ja Libanonista sekä muista entisistä siirtomaista. Useimmat jäsenvaltiot ovat ilmoittaneet paikallisesta tuotannosta, erityisesti *nederwiet*-tuotannosta (19) Alankomaissa.

Vuonna 1999 kannabiksen vähittäishinnan ilmoitettiin liikkuvan 3–18 euron välillä kannabishartsigrammaa kohden ja 3–12 euron välillä kannabislehtigrammaa kohden.



Huom. Tietoja ei ole saatavilla Kreikan osalta; joidenkin maiden osalta tietoja on saatavissa vasta vuodesta 1988 lähtien (Tanska, Portugal), vuosista 1993–1996 (Suomi) ja vuodesta 1997 (Alankomaat). Takavarikkojen lukumäärä on todellista pienempi vuonna 1999, koska tiedot puuttuvat Italian ja Alankomaiden osalta.
Kannabis, heroini ja kokaiini: tietoja ei ole saatavissa vuodelta 1999 Italian ja Alankomaiden osalta.
Amfetamiinit: tietoja ei ole saatavilla vuodesta 1998 lähtien Itävallan ja Alankomaiden osalta ja vuodelta 1999 Italian osalta. Vuosien 1998 ja 1999 tiedot Belgian osalta sisältävät myös ekstaasitakavarikot.
Ekstaasi: useimmat tietojen sarjat alkavat 1990-luvun puolivälissä (paitsi Ranskan, Italian, Espanjan ja Yhdistyneen kuningaskunnan osalta). Tietoja ei ole saatavilla vuoden 1999 osalta Italiasta ja Alankomaista. Vuosien 1998 ja 1999 tiedot Belgiasta sisältävät myös amfetamiinitakavarikot. Vuosien 1985 ja 1994 väliseltä ajalta Espanjan tiedot sisältävät myös LSD-takavarikot.
LSD: tietoja ei ole saatavilla vuodelta 1999 Alankomaiden ja Suomen osalta.
Lähteet: Reitoxin suunnittelukeskukset.

(18) Kuvio 14 OL: Kannabistakavarikkojen määrä vuonna 1999 (vain onlineversio).

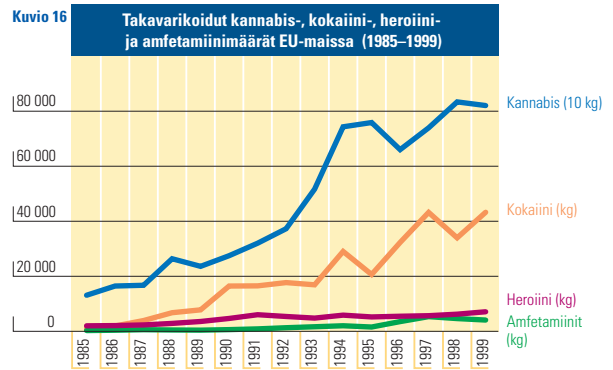
(19) *Nederwiet* on Alankomaissa kasvatettu kannabis.

2001 Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta

Kannabishartsin psykoaktiivisen aineen delta-9-tetrahydrokannabinolin (THC) pitoisuus vaihtelee keskimäärin 3–15 prosentin välillä; tosin EU:ssa on ilmoitettu eristä, joiden THC-pitoisuus vaihtelee 0–70 prosentin välillä. Kannabiksen lehtien THC-pitoisuus on yleensä alhaisempi, noin 2–7 prosenttia. Poikkeuksena on *nederwiet*-kannabis, jonka pitoisuus on korkeampi, keskimäärin 8,6 prosenttia.

Suuntaukset

Kannabistakavarikkojen lukumäärä on lisääntynyt EU:ssa tasaisesti vuodesta 1985 alkaen. Vuonna 1999 se lisääntyi edelleen kaikissa muissa maissa paitsi Belgiassa, Tanskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, joissa se pieneni. Myös määrät kasvoivat, mutta vakiintuivat vuosina 1995–1997. Sen jälkeen useimmat maat ilmoittivat nousevasta suunnasta, vaikkakin vuonna 1999 määrät laskivat huomattavasti Belgiassa, Kreikassa, Itävallassa, ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.



Huom. Joitakin takavarikoituja määriä koskevat luvut ovat todellista alhaisempia, koska tietoja ei ole saatavilla.
Amfetamiinit: Tietoja ei ole saatavilla Itävallan osalta vuodesta 1998 lähtien.
 Vuodesta 1996 lähtien Belgian tiedot sisältävät sekä takavarikoidun amfetamiinin että ekstaasijauheen (takavarikoidut amfetamiini- ja ekstaasitabletit eivät sisälly tähän).
Lähteet: Reitoxin suunnittelukeskukset.

Kannabiksen hinta on EU:ssa yleensä vakaa, vaikkakin Portugalissa laskusuunnassa vuodesta 1997 lähtien.

Huumeiden käytön vastaiset toimet

Tässä luvussa luodaan katsaus kansallisen ja EU:n tason huumausainepolitiikan ja strategioiden kehitykseen. Samalla arvioidaan huumeiden vastaisia toimia koulutuksen, terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja rikosoikeuden aloilla.

Poliittiset ja strategiset ratkaisut

Euroopan unionin tasolla

Huumausaineita koskeva EU:n toimintasuunnitelma (2000–2004)

Kesäkuussa 2000 Santa Maria da Feirassa pidetyssä Eurooppa-neuvoston kokouksessa hyväksyttiin EU:n huumeidenvastainen toimintasuunnitelma konkreettisena jatkona EU:n huumausainestrategialle (2000–2004). Strategiassa määritellään EU:lle 11 yleistä tavoitetta ja kuusi päätavoitetta, ja toimintasuunnitelmassa luetellaan noin 100 erityistointia, jotka EU:n on määrä toteuttaa vuoden 2004 loppuun mennessä. Kuusi päätavoitetta ovat

- vähentää viiden vuoden aikana huomattavasti huumausaineiden käyttöä ja uusien käyttäjien määrää, erityisesti alle 18-vuotiaiden nuorten keskuudessa
- vähentää viiden vuoden aikana merkittävästi huumausaineisiin liittyvien terveyshaittojen (HIV, hepatiitti, tuberkuloosi ja niin edelleen) esiintymistä ja huumausaineisiin liittyvien kuolemantapausten määrää
- lisätä viiden vuoden aikana merkittävästi huumausaineista eroon päässeiden määrää
- vähentää viiden vuoden aikana merkittävästi laittomien huumausaineiden saatavuutta
- vähentää viiden vuoden aikana merkittävästi huumausaineisiin liittyvien rikosten määrää
- vähentää viiden vuoden aikana merkittävästi rahanpesua ja lähtöaineiden laiton kauppaa.

Vaikkei toimintasuunnitelma olekaan laillisesti sitova, se on uusi askel huumeidenvastaisessa taistelussa EU:ssa, sillä se osoittaa jäsenvaltioiden sitoutuvan vuoden 1999 strategiassa asetettujen tavoitteiden toteuttamiseen. Toimintasuunnitelma sisältää suuntaviivat ja puitteet toiminnalle, ja siinä korostetaan säännöllisen arvioinnin merkitystä. Arviointi on tehtävä vuonna 2002 sekä toimintasuunnitelman päätyttyä vuoden 2004 lopussa.

Toimintasuunnitelmassa kiinnitetään erityistä huomiota koordinointiin ja tiedottamiseen, ja siinä kuvastuu tarve soveltaa tasapainoista lähestymistapaa, jossa huumeiden kysynnän vähentäminen ja niiden tarjonnan vähentäminen tukevat toisiaan. Toimintasuunnitelmassa painotetaan myös jäsenvaltioiden integroimisen tärkeyttä osoittamalla EU:n olevan sitoutunut näiden maiden auttamiseen, jotta ne voisivat hoitaa huumeongelman niin tehokkaasti kuin mahdollista.

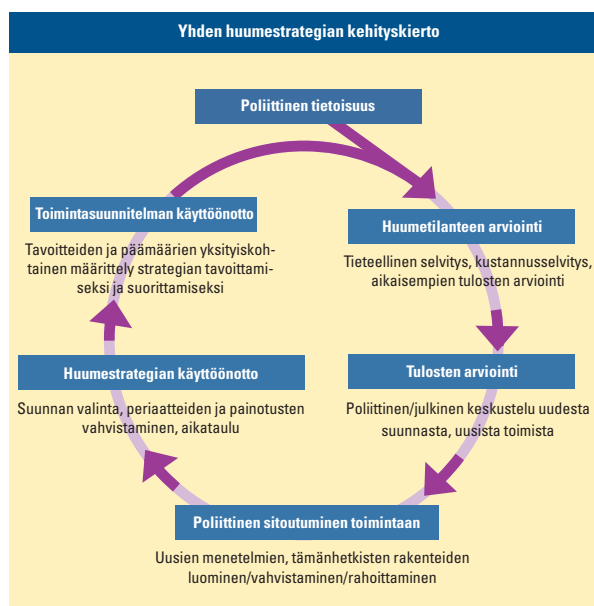
Kansallisella tasolla – Euroopan unionin jäsenvaltioiden huumausainestrategiat

Jäsenvaltiot ovat ryhtyneet arvioimaan ja tarkistamaan huumeepolitiikkaansa aktiivisemmin. Aloitteiden asema, laajuus ja sisältö vaihtelevat, mutta ne osoittavat selvästi, että huumeepolitiikkaa ollaan vahvistamassa ja parantamassa. Tämä näyttää perustuvan yhteiseen havaintoon, että yksittäiset toimet eivät ole tehokkaita taisteltaessa monitahoista ongelmaa vastaan ja että monimuotoiset toimet ovat tehokkaita, kun ne ovat osa koordinoitua, pitkäaikaista strategiaa.

Tieteellisiä, säännöllisiä arviointeja pidetään tärkeinä huumestrategioiden arvioimisessa ja tarkistamisessa. Useissa jäsenvaltioissa käytettyä lähestymistapaa kuvataan kuviossa 17. Se osoittaa, miten uusi poliittinen tietoisuus huumeongelmasta synnyttää syklisen prosessin,

2001 Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta

Kuvio 17



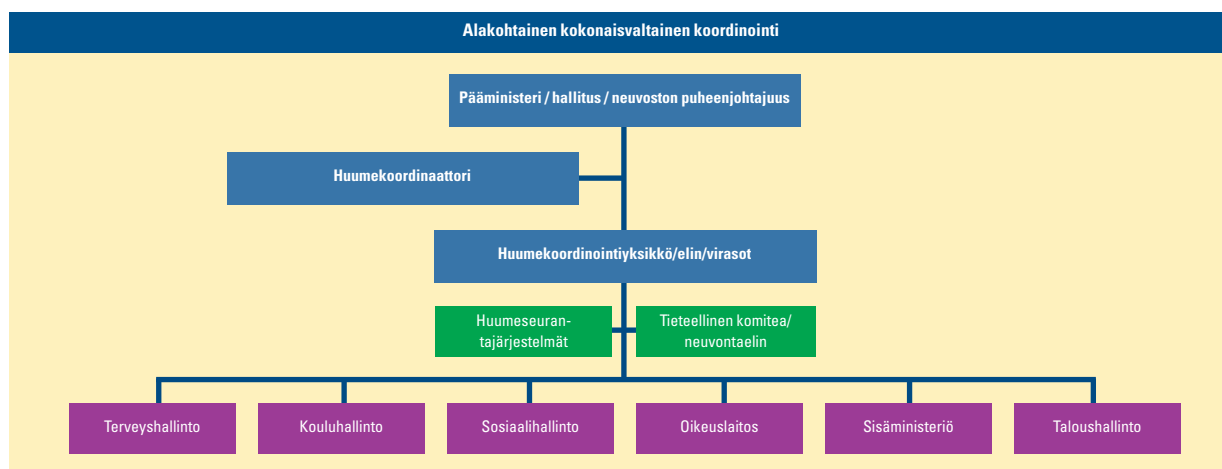
jonka osina ovat tieteellinen arviointi, poliittinen vuoropuhelu ja suunnittelu, päätöksenteko ja toiminta.

Huumeita koskevat koordinoitijärjestelyt

EU:n huumeidenvastaisessa toimintasuunnitelmassa (2000–2004) jäsenvaltioita kehoitetaan perustamaan ja vahvistamaan kansallisia koordinoitimekanismeja ja/tai nimittämään kansallisen huumekoordinaattorin, jotta huumeita vastaan voitaisiin taistella kokonaisvaltaisen, monitieteellisen, yhtenäisen ja tasapainoisen strategian avulla. Siinä kehoitetaan myös neuvostoa tarjoamaan huumeasioista vastaaville kansallisille tahoille mahdollisuuksia tavata säännöllisesti ja vaihtaa tietoja kansallisista suuntauksista sekä lisätä yhteistyötä. ⁽²⁰⁾

Kaikissa jäsenvaltioissa on huumeasioita koordinoivia elimiä tai virkamiehiä, vaikka rakenteissa ja organisaatioissa onkin suuria eroja.

Kuvio 19



Kuvio 18

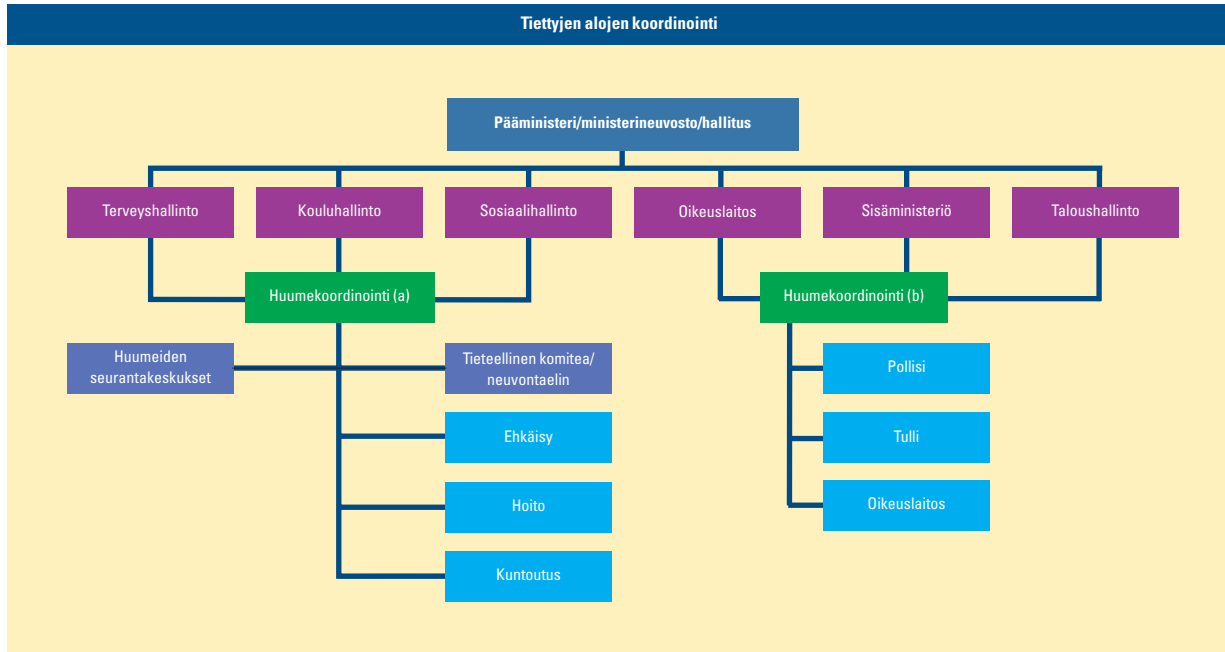
	Huumestrategioiden viimeaikainen kehittäminen
Käytössä:	1998–1999
Espanja:	Kansallinen huumestrategia 2000–2008
Itävalta:	Wienin kaupungin huume poliittinen ohjelma 1999; Salzburg, toimintasuunnitelma
Pohjois-Irlanti:	Huumestrategia Drug misuse in Northern Ireland: a policy statement, 1999
Portugali:	Kansallinen huumestrategia 2000
Norja:	Toimintasuunnitelma huumeidenkäytön rajoittamiseksi 1998–2000
Ranska:	Kansallinen huumestrategia 1999–2001
Skotlanti:	Huumestrategia Tackling drugs in Scotland: action in partnership, 1999
Yhdistynyt kuningaskunta:	Huumestrategia Tackling Drugs to Build a Better Britain, 1998–2008
Käytössä:	2000–2001
Belgia:	Mietintö, 2001
Irlanti:	Building on experience – Irlannin kansallinen huumestrategia 2001–2008
Itävalta:	Toimintasuunnitelmat: Ala-Itävalta, Styria
Luxemburg:	Toimintasuunnitelma, 2000–2004
Portugali:	Toimintasuunnitelma, 2000–2004
Skotlanti:	Laajennettu toimintasuunnitelma Protecting our future, 2001
Wales:	Tackling substance misuse in Wales: a partnership approach, 2001
Yhdistynyt kuningaskunta:	Kansallinen suunnitelma 2000/2001
Suunnitteilla:	2000–2001
Kreikka:	Puolueiden yhteinen parlamentaarinen huume poliittisia toimia koskeva selvitys, 2000
Suomi:	Vuosia 2001–2003 koskevan periaatepäätöksen uudelleen tarkastelu
Ruotsi:	Huumeita koskeva toimintasuunnitelma julkaistaan vuonna 2001

EU:n huumeidenvastaisessa toimintasuunnitelmassa (2000–2004) jäsenvaltioita kehoitetaan perustamaan ja vahvistamaan kansallisia koordinoitimekanismeja ja/tai nimittämään kansallisen huumekoordinaattorin, jotta huumeita vastaan voitaisiin taistella kokonaisvaltaisen, monitieteellisen, yhtenäisen ja tasapainoisen strategian avulla. Siinä kehoitetaan myös neuvostoa tarjoamaan huumeasioista vastaaville kansallisille tahoille mahdollisuuksia tavata säännöllisesti ja vaihtaa tietoja kansallisista suuntauksista sekä lisätä yhteistyötä. ⁽²⁰⁾

⁽²⁰⁾ Huumeita koskevan EU:n toimintasuunnitelman 2000–2004 1.1.3 artikla, Cordroge 32 9283/00.

Huumeiden käytön vastaiset toimet

Kuvio 20



jäsenvaltiot (kuten Espanja, Ranska ja Portugali) liittävät kaikki huumeita ja huumeriippuvuutta koskevat asiat yhteen elimeen, jolla on voimakkaasti hierarkkinen päätäntävalta ja joka on suoraan pääministerin alaisuudessa (kuvio 19).

Toisissa jäsenvaltioissa (kuten Saksassa, Kreikassa, Italiassa, Suomessa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa) koordinointi tapahtuu ministeriöiden välillä ilman keskitettyä koordinointielintä, jolloin huumeongelman eri puolten parissa työskentelevät hallintoelimet pitävät säännöllisiä yhteyksiä ja kokouksia. Yleensä tässä toisessa mallissa vastuu huumealan koordinoinnista on sosiaali- ja terveysasioista vastaavalla ministeriöllä/osastolla. Huumeasioiden parissa voi työskennellä myös koordinaattori, joka on vastuussa terveys- ja sosiaaliasioiden lisäksi myös muilla huumeisiin liittyvillä aloilla toimivien hallintoelinten välisistä yhteyksistä (kuvio 20).

Lainsäädäntö ja syytetoimet

EMCDDA on sitoutunut seuraamaan huumelainsäädännön tärkeimpiä suuntauksia ja muutoksia. Internet-osoitteessa <http://eldd.emcdda.org> on tätä varten saatavana lainsäädäntötietokanta, jossa esitellään EU:n huumelainsäädäntöä, oikeudellisia malleja ja vertailevia tutkimuksia.

Yksi viimeaikaisista merkittävistä muutoksista on se, että Portugalissa laittomien aineiden henkilökohtaiseen käyttöön ei sovelleta rikosoikeudellisia seuraamuksia 1. heinäkuuta 2001 jälkeen (marraskuussa 2000 säädetty laki 30/2000). Huumeita käyttävä lainrikkoja ohjataan

sen sijaan hoitoon tai neuvontaan. Tästä ohjauksesta huolehtivat erityiset komiteat. Kannabiksen käytöstä tai hallussapidosta rangaistaan Luxemburgissa toukokuusta 2001 lähtien vain sakolla (27. huhtikuuta 2001 säädetyn lain mukaisesti). Belgian hallitus aikoo antaa asetuksen muun kannabiksen käytön kuin ongelmakäytön rangaistavuuden poistamisesta.

Useat tutkimukset osoittavat, että laittomien huumeiden käyttö tai hallussapito henkilökohtaista käyttöä varten eivät ole Euroopan lainvalvontaviranomaisten ensisijaisia ongelmia. Vakavammat rikokset ja huumeiden salakuljetus ovat oikeustoimien pääkohteita. Joissakin jäsenvaltioissa toteutetut uudet toimenpiteet, jotka tähtäävät huumeiden käytön rangaistavuuden poistamiseen ja siitä syyttämättä jättämiseen, näyttävät vahvistavan tämän suuntauksen. EMCDDA:n vuonna 2000 teettämän humerikosten syytetoimia koskevan tuoreen tutkimuksen mukaan pienten huumemäärien hallussapitoon tai käyttöön liittyvistä oikeustoimista luovutaan tavallisesti ennen tuomioistuinvaihetta. Huumeiden julkinen hallussapito ja käyttö, huumeiden käyttäjien harjoittama myynti ja huumeriippuvuuteen liittyvät hankintarikokset johtavat kuitenkin usein syyttäjäviranomaisten ja tuomioistuimien voimakkaampiin toimiin.

Dublinissa aloitettiin tammikuussa 2001 huumetuomioistuinohjelma, jonka tavoitteena on huumeita väärinkäyttävien rikollisten kuntouttaminen ja humerikosten torjuminen. Tätä tuomioistuinta, joka muistuttaa Australian, Kanadan ja Yhdysvaltain huumetuomioistuinta, johtaa huumeasioihin erikoistunut tuomari. Hän puuttuu ainoas-

taan väkivallattomien huumeiden väärinkäyttäjien toimiin tarjoamalla vankilan sijaan valvottua hoitoa ja kuntoutusta. Skotlannin viranomaiset ovat myös päättäneet perustaa huumeuomioistuinten vuoden 2001 loppuun mennessä, ja Englannissa kokeillaan useita samanlaisia aloitteita.

Itävallassa tuli voimaan 8. huhtikuuta 2001 tarkistettu liittovaltion laki, jolla suurena pidetyn määrän rajaa laskettiin viidestä kolmeen grammaan. Tämä vaikuttaa rikkomusten (pienien erien hankkiminen ja hallussa pitäminen) ja rikosten (suurten määrien tuottaminen ja hallussa pitäminen) väliseen eroon. Keskustelua on käyty myös lääkkeenä käytettävän kannabiksen oikeudellisesta asemasta.

Saksassa liittovaltion huumelakiin tehdyllä muutoksella määriteltiin peruspuitteet, joiden mukaan jokainen osavaltio voi määrittellä vähimmäisvaatimukset piikityshuoneiden (huone, jossa huumeita ruiskeina käyttävät voivat käyttää huumeita hygieenisissä olosuhteissa) perustamiselle. Tällä tavalla osavaltio voi päättää piikityshuoneiden sallimisesta. Lailla luodaan myös korvaavan hoidon keskusrekisteri ja edellytetään koulutuksen antamista tätä hoitoa antaville lääkäreille. Portugalissa käydyin julkisen keskustelun jälkeen maassa suunnitellaan piikityshuoneiden perustamista koskevaa asetusta. Luxemburgissa 27. huhtikuuta 2001 annetussa laissa on oikeudellinen perusta käyttäjien huoneita varten.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa on tehty lakiehdotus, jolla perustettaisiin rikosten avulla saatua omaisuutta talteen ottava virasto (Criminal Assets Recovery Agency) ja otettaisiin käyttöön siviilioikeudellinen talteenottojär-

jestelmä laittoman omaisuuden perimiseksi pois rikollisilta. Samoin Suomen hallitus teki parlamentille ehdotuksen huumerikoksista saadun tuoton perimisestä tapauksissa, joissa on syytä epäillä omaisuuden laitonta alkuperää, eli kyseessä on niin kutsuttu päinvastainen todistustaakka. Sen jälkeen, kun Criminal Assets Bureau (CAB) perustettiin Irlannissa asetuksella vuonna 1996 ⁽²¹⁾, on rikollisilla ollut velvollisuus todistaa, että tavarat on hankittu laillisesti. Espanjassa on toteutettu viiden vuoden ajan kansallista huumeohjelmaa, jolla hallinnoidaan takavarikoituja laittomia tuottoja. Yksistään vuonna 2000 4,5 miljoonaa euroa, jotka oli saatu takavarikoidusta laittomasta omaisuudesta (laivoista, autoista, rahasta) ”palautettiin” huumeidenvastaiseen taisteluun: 1 543 137 euroa huumeiden salakuljetuksen torjumiseen ja 2 978 014 euroa huumeriippuvuuden estämistä ja kuntouttamista koskeviin ohjelmiin.

Huumeiden kustannukset

Jäsenvaltioiden huumeongelmaa koskevien toimien seuraamisen yhteydessä vuonna 2000 toteutettiin laaja tutkimus huumeiden julkisten kustannusten arvioimiseksi ja analysoimiseksi. Sekä terveydenhuollon että lainvalvonnan alan julkiset kustannukset laskettiin arvioimalla suoria kuluja (kulut, jotka liittyvät selkeästi huumeisiin) ja epäsuoria kuluja (huumeongelmasta aiheutuvat yleiset hallintokulut, kuten vankilat ja niin edelleen).

Monista eroista huolimatta EU:n kaikissa jäsenvaltioissa voidaan havaita samanlainen resurssienjakopolitiikka huumeasioissa. Yleisesti ottaen 70–75 prosenttia määrärahoista käytetään lainvalvontaan ja loput terveydenhuoltoon.

Kuvio 21

Puitteet	Kysynnän rajoittamisen käsitteiden luokittelu		
	Tavoite		
	Ehkäisy	Hoito	Haittojen rajoittaminen
Pakkokeinot "Sinun on pysyttävä täällä"		Hoito vankiloissa (!) Vankiloiden vaihtoehdot Pakkohoito	Haittojen vähentäminen vankiloissa (!)
Kiinteät puitteet "Sinä olet täällä"	Koulut (!)	Laitoshiito	
Kiinteät toimitilat "Tule tänne"	Nuorisokeskukset	Avohoito Yleislääkärin hoito	Matalan kynnyksen palvelut (!)
Liikkuva toiminta "Sinusta huolehditaan"	Kenttä- ja yhteisötyö (!)		Kenttätyö (!)
Viestimet "Saat olla nimitön"	Internet, joukkoviestimet (!) Varhaiset terveystoimet (!)		Puhelinpalvelulinjat Varhaiset terveystoimet (!)

(!) Merkityt toimintamuodot kuuluvat tämän raportin piiriin.

⁽²¹⁾ Lait *Criminal Assets Bureau Act*, 1996; *Proceeds of Crime Act*, 1999.

Erityisratkaisut

Kysynnän vähentäminen

Tässä luvussa käsitellään joukkoa toimenpiteitä, joilla on erilaiset tavoitteet ja puitteet. Kuviossa 21 esitetään yleiskatsaus erilaisiin kysyntää vähentäviin tilanteisiin ja lähestymistapoihin.

Ehkäisytoimet

Ehkäisevä huumetyö kouluissa

Ehkäisevä huumetyö kouluissa on kaikkien jäsenvaltioiden ensisijainen tavoite. Opetusta varten on olemassa paljon ohjeita, ja voi olla tarpeen tehdä markkinakatsaus, jotta voidaan valita sopivin materiaali (niin kuin on tehty Saksassa). Useimmissa opetus suunnitelmissa huumeiden ehkäisy sisältyy yleiseen terveyden edistämiseen. Vertaisryhmätoimintaa (koululaiset opettavat toisiaan) pidetään hyödyllisenä, joskin tällaisia ryhmiä on vaikea perustaa ja ylläpitää. Vanhempien osallistumista pidetään ratkaisevan tärkeänä.

Poliisi osallistuu ehkäisevään huumetyöhön kouluissa yhä enemmän (Belgiassa, Ranskassa, Alankomaissa, Itävallassa ja Ruotsissa), vaikka keskustelua onkin käyty siitä, onko sillä tarvittavia opetustaitoja tällaiseen työhön.

Koululaiset käyttävät huumeita (katso luku 1, Huumeiden käyttö koululaisten keskuudessa) ja kuuluvat riskiryhmään. Aiemmin tämä kiellettiin laajalti, koska koulut pelkäsivät maineensa puolesta. Espanjan, Ranskan, Luxemburgin, Alankomaiden, Itävallan ja Yhdistyneen kuningaskunnan kouluissa kehitetään yhä useammin strategioita, joilla riskikäyttäytymistä voidaan ehkäistä, asiaan voidaan puuttua aikaisin ja hoitoon voidaan ohjata helpommin. Koulunsa keskeyttävät nuoret tai nuoret, jotka erotetaan koulusta, ovat erityisen huolen aiheena. Espanjassa on luotu sääntöjä tähän ryhmään kohdistuvista toimenpiteistä, ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa 95 prosentilla keskiasteen kouluista on toimintamalli huumeetapauksia varten.

Paikallinen huumeiden torjunta

Erilaiset ja erimuotoiset ehkäisytoimet paikallisyhteisöissä ovat viime aikoina lisääntyneet. Kaikissa jäsenvaltioissa järjestetään erilaisia koulutustapahtumia oppilaiden vanhemmille. Esimerkiksi Espanjassa 25 000 perhettä osallistui ”vanhempien kouluun” (*escuelas de padres*) vuonna 1999. Ranskassa on 75 erityistä nuorille tarkoitettua neuvontakeskusta, joiden tarkoituksena on tarjota apua tunne-elämään ja perheeseen liittyvissä ongelmissa ja sosiaalisissa ongelmissa. Pohjoismaissa vanhemmista muodostuvat ryhmät kävelevät paikkakuntansa kaduilla

tarjotakseen apua nuorille viikonloppuiltoina. Tanskassa tähän toimintaan osallistuu 1 300 vanhempaa.

Urheilu- ja liikuntaseuroilla on aikaisempaa tärkeämpi tehtävä huumeiden ehkäisyssä monissa maissa. Näihin kuuluvat Belgia, Saksa, Kreikka, Espanja, Ranska, Italia ja Yhdistynyt kuningaskunta. Saksassa yhteistyötä urheiluseurojen ja huumeiden ehkäisytoiminnan välillä on tehty vuodesta 1994. Vuonna 2000 koulutettiin jälleen 2 500 nuorison urheiluohjaajaa. Potsdamissa Saksassa järjestettiin maaliskuussa vuonna 2000 konferenssi, joka käsiteli huumeriippuvuuden ehkäisemistä urheiluseuroissa. Aiheena oli ehkäisevän huumetyön laatu urheiluseuroissa sekä huumeidenkäyttö ja urheiluseurojen toimintatavat ja kulttuuri.

Eri osapuolten välinen yhteistyö on ratkaisevan tärkeää onnistumisen kannalta. Tanskassa, Kreikassa, Ranskassa, Irlannissa, Italiassa, Portugalissa, Suomessa, Ruotsissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa koko maan paikalliset tai alueelliset viranomaiset ovat tehneet tai ovat tekemässä sopimuksia huumeiden ehkäisemisstrategioista.

Hoitotoimet

Huumeeton hoito

Nykyisin tiedetään vähän huumeettoman hoidon saataavuudesta EU:ssa. Huumeeton hoito näyttää oleva hallitseva hoitomuoto Kreikassa, Norjassa, Ruotsissa ja Suomessa. Näissä maissa pyritään lyhyempiin 3–6 kuukauden hoitajaksoihin 1–2 vuoden sijaan. Tosin Kreikassa hoitajakson keskipituus on 12 kuukautta. Tuore Saksassa suoritettu ja useita Euroopan maita kattava meta-analyysi osoittaa, että hoidon pituuden ja hoidon onnistumisen välillä on positiivinen riippuvuus. Eri hoitovaihtoehtojen arviointia tulee silti yhä parantaa.

Oppilaiden kannustaminen ehkäiseviin toimiin

Ranskan opetusministeriön pyynnöstä toteutettiin arviointi niistä Ranskan kouluista, jotka osallistuivat kokeiluohjelmaan ”Oppilaat huumeita ehkäisemässä”. Oppilaat saivat ohjausta kampanjoiden järjestämisessä ja asiaa koskevan tiedon jakamisessa koulutovereilleen. Ohjelmaan osallistuminen toi heille tovereiden hyväksynnän. Kokeilu osoittautui menestykseksi puolessa mukana olleista kouluista. Kaikissa niissäkin kouluissa, joissa tulos ei ollut näin myönteinen, ohjelma kiinnosti monia oppilaita. Sen vaikutus koulujen ilmapiiriin ja elämänlaatuun niissä oli hyvin myönteinen sekä oppilaiden käsityksen mukaan että koulun ulkoisen maineen kannalta.

Kokonaisvaltainen hoito (*case management*) (matala kynnyks, intensiivisyys, henkilökohtainen tuki) yleistyy huumeiden käyttäjien ohjauksessa hoitoverkostoissa esimerkiksi Belgiassa, Saksassa ja Alankomaissa. Viiden hollantilaisen kaksoisdiagnoosia (yhtäaikaista huume- ja psykiatrista ongelmaa) koskevan tutkimuksen tulokset osoittavat, että kokonaisvaltaisella hoidolla on lievästi myönteisiä vaikutuksia potilaan tyytyväisyyteen, huumeiden käyttöön, psykiatrisiin oireisiin, sosiaalisiin taitoihin ja hoitopalvelujen käyttöön.

Alankomaissa on melko negatiivisia kokemuksia vaikeasta kohderyhmästä, joka epäonnistuu huumeidenkäyttötapaansa muuttamisessa vielä useiden yritysten jälkeen. Sairaaloitten motivointikeskusten tarkoituksena on tarjota huumeenkäyttäjille mahdollisuus kuntoutumiseen, sosiaalisten taitojen kehittämiseen ja päivittäisen elämän järjestämiseen, jotta heidän motivaationsa säännölliseen hoitoon parantuisi. Hoidon keskeyttämisaste näissä keskuksissa on kuitenkin 60 prosenttia. Tästä on tehty se johtopäätös, että vain motivoituneita huumeiden käyttäjiä voidaan auttaa onnistumaan.

Korvaushoito

Korvaushoito on yleistynyt kohtuullisesti EU:ssa viime vuosina. Kreikassa, Norjassa, Ruotsissa ja Suomessa on viime aikoina helpotettu korvaavaan hoitoon, lähinnä metadonihoitoon, pääsyä. Buprenorfiini, joka on pää-

Hoitomallien arviointi

Norjalaisessa hankkeessa arvioidaan huumeiden käyttäjien hoitomalleja. Hankkeen avulla pyritään saamaan selville, antavatko jotkin hoidot paremman tuloksen kuin toiset ja mitkä hoitomuodot sopivat kullekin asiakkaalle. Huumeiden käyttäjät saavat yleensä useita erilaisia hoitoja. Lähtökohtana on, että jokainen hoito rakentuu aikaisempien hoitojen tuloksille. Oletuksena on, että sijoitetut voimavarat eivät mene hukkaan.

asiallin korvaava aine Ranskassa, on otettu käyttöön Belgiassa, Italiassa, Itävallassa, Luxemburgissa, Norjassa, Portugalissa, Saksassa, Suomessa (myrkytysten hoitamisessa), Tanskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. LAAMia määrätään puolestaan Tanskassa, Espanjassa ja Portugalissa. Alankomaissa on meneillään tutkimuksia naltreksonin käytöstä myrkytystapausten nopeassa läkehoidossa, ja se voi tarjota vaihtoehdon muille hoidoille. Naltreksonia on käytetty Portugalissa viimeiset kymmenen vuotta.

Heroinia määrätään Yhdistyneessä kuningaskunnassa edelleen valikoiden. Heroinia määrätään kokeellisesti hoidoksi vaikeasti hoidettaville kroonisille huumeidenkäyttäjille Alankomaissa osana tieteellistä kokeilua. Heroiinin kokeilu hoitomuotona aloitetaan Saksassa

Taulukko 1

Maa	Huumeiden ongelmakäyttäjien korvaushoito		
	Arvio ongelmakäytön yleisyydestä ⁽¹⁾	Arvio korvaushoidossa olevien potilaiden määrästä	Korvaushoittojen kattavuus % ⁽²⁾
Belgia	20 200	7 000 (1996)	35 ⁽³⁾
Tanska	12 752–15 248	4 398 (4 298 metadonia + 100 buprenorfiinia) (1. tammikuuta 1999) ⁽⁴⁾	27–34
Saksa	80 000–152 000	50 000+ (2001) ⁽⁴⁾	33–63
Kreikka	e. t.	966 (1. tammikuuta 2000) ⁽⁴⁾	
Espanja	83 972–177 756	72 236 metadonin saajaa (1999)	41–86
Ranska	142 000–176 000	71 260 (62 900 buprenorfiinin saajaa ja 8 360 metadonin saajaa) (joulukuuta 1999) ⁽⁴⁾	40–50
Irlanti	4 694–14 804	5 032 (31. joulukuuta 2000) ⁽⁴⁾	34–100 ⁽⁵⁾
Italia	277 000–303 000	80 459 (1999) ⁽⁴⁾	27–29
Luxemburg	1 900–2 220	864 (164 virallisessa ohjelmassa ja +/- 700:lle lääkärin määräämänä mefenonia (metadoni tablettimuodossa) (2000) ⁽⁴⁾	38–45
Alankomaat	25 000–29 000	11 676 (1997)	40–47
Norja	9 000–13 000	1 100 (2001)	8–12
Itävalta	15 984–18 731	4 232 (1. tammikuuta 2000) ⁽⁴⁾	23–26
Portugali	18 450–86 800	6 040 (1. tammikuuta 2000)	7–33
Suomi	1 800–2 700 ⁽⁶⁾	240 (170 buprenorfiinia ja 70 metadonia)	9–13
Ruotsi	1 700–3 350 ⁽⁶⁾	621 (31. toukokuuta 2000) ⁽⁴⁾	19–37
Yhdistynyt kuningaskunta	88 900–341 423	19 630	6–22

Huom. e. t. = ei tietoja.

⁽¹⁾ Lisätietoa kansallisesta levinneisyydestä ja huumeiden ongelmakäytöstä on luvussa 1, Huumeiden ongelmakäyttö, ja online-taulukossa 1 OL osoitteessa <http://www.emcdda.org>.

⁽²⁾ Arvio korvaushoidossa olevien huumeiden ongelmakäyttäjien osuudesta.

⁽³⁾ Levinneisyysluku kattaa vain huumeiden injektioikätyt, joten korvaushoidon määrä voi olla arvioitu liian suureksi.

⁽⁴⁾ Suoraan kansalliselta suunnittelukeskukselta saatu tieto.

⁽⁵⁾ Korvaushoidon 100-prosenttinen kattavuus vaikuttaa epätoimikalta, minkä perusteella voitaisiin olettaa, että arvioitu määrä 4 694 (1 195) on pienempi kuin tämänhetkinen todellinen esiintyvyys.

⁽⁶⁾ Opiatien käyttäjät.

Huumeiden käytön vastaiset toimet

vuonna 2001. Luxemburg harkitsee myös heroiinin kokeilua vuonna 2002. Asiantuntijat ovat yhtä mieltä siitä, että heroiinihoitoa tulisi harkita vasta, kun kaikkia muita mahdollisia hoitomuotoja on käytetty. Heroiini-lääkemääräykset asettavat asiakkaiden harteille suuren taakan, sillä heidän tulee ilmoittautua hoitokeskuksessa 2–3 kertaa päivässä, mikä on asiakkaille raskasta. Hoidon on kuitenkin osoitettu olevan tehokas erittäin köyhille huumeiden käyttäjille, ja se auttaa torjumaan rikoksia, kohentamaan terveyttä ja lisäämään sosiaalista integroitumista.

Haittavaikutusten vähentäminen

Kenttätyö

Kenttätyön (yhteydenotto huumeiden käyttäjiin näiden omassa ympäristössä) kartoittaminen EU:ssa ei ole helppoa, koska suurta osaa tästä toiminnasta toteuttavat paikallisesti kansalaisjärjestöt ja melko monimutkaiset rakenteet.

Kenttätyö perustuu perinteiseen nuorisotyöhön (tavoitteena ohjata huumeiden käyttäjät hoitoon) ja julkiseen terveydenhuoltoon (erityisesti tarttuvien tautien ehkäisemiseksi). Kenttätyö voi sisältää sosiaalityötä huumeriippuvuudesta kärsivien parissa, neulojen vaihtoa, matalan kynnyksen palveluja ja/tai erityispalveluja etnisille vähemmistöille, prostituoiduille ja muille vaikeasti saavutettaville ryhmille, ja se on kaikissa jäsenvaltioissa niiden ongelmakäyttäjien saatavilla, jotka eivät ole säännöllisessä hoidossa. Huumeita käyttävien toveritukea on organisoitu Tanskassa, Ranskassa, Alankomaissa, Itävallassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, jotta voitaisiin vastata huumeidenkäyttäjien tarpeisiin.

Kenttätyö on laajenemassa useimmissa jäsenvaltioissa. Ruotsissa kenttätyö oli kuitenkin yleisempää 10–15 vuotta sitten. Uusi tutkimus osoittaa, että resurssien supistumisen myötä monille huumeiden käyttäjille ei

tarjota näitä palveluja. Uusiin kehityssuuntiin kuuluvat työ pohjoisafrikkalaisten huumeiden käyttäjien parissa Alankomaissa sekä erityispalvelujen tarjoaminen naispuolisille huumeiden käyttäjille Itävallassa, Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa.

Espanjassa, Ranskassa, Itävallassa ja Alankomaissa on käynnistetty erityiskenttätyötä, jossa tanssipaikoilla tehdään pilleritestejä. Pilleritestit houkuttelevat kävijöitä, koska pillerien sisältö on aina suuri huolenaihe käyttäjille. Useimmat hankkeet sisältävät myös tiedottavaa keskustelua, neuvontaa haittojen vähentämiseksi ja kriisipalvelua. Tuore EMCDDA:n tutkimus (selvitys kentällä tehtävistä pilleritesteistä EU:ssa, EMCDDA, 2001) osoittaa, että pilleritesteillä voidaan tehokkaasti varoittaa tanssihuumeiden odottamattomista ja vaarallisista vaikutuksista.

Matalan kynnyksen palvelut

Matalan kynnyksen palvelut lisääntyvät useimmissa jäsenvaltioissa. Piikityshuoneet eli huoneet, joissa huumeiden käyttäjät voivat käyttää ruiskua hygieenisissä ja turvallisissa olosuhteissa, laillistettiin Saksassa helmikuussa 2000. Yksi piikityshuone perustettiin pilottihankkeena Madridiin vuonna 2000. Alankomaissa niitä on ollut jo useita vuosia. Siellä huoneet palvelevat myös heroiinin, kokaiinin ja crackin käyttäjiä. Samanlaisista aloitteista keskustellaan Luxemburgissa, Itävallassa ja Portugalissa. Tanskassa on käyty keskustelua piikityshuoneiden perustamisesta matalan kynnyksen palvelujen yhteyteen. Asiaa koskevien kansainvälisten sopimusten seurauksena Tanskan terveysministeriö on päättänyt jäädyttää aloitteen toistaiseksi.

Uusien synteettisten huumeiden vastaiset varhaiset terveystoimet

Näiden toimien tavoitteena on ehkäistä mahdollisia terveyshaittoja tilanteissa, joissa käytetään tunnistamattomia aineita ja joissa käyttäjät eivät itse hakeudu hoitoon tai etsi neuvontaa. On siis kysymys tuntemattomista käyttäjistä, jotka käyttävät tuntemattomia aineita. Näitä toimia toteutetaan joko säännöllisen toiminnan avulla, kuten järjestämällä turvallisia rave-juhlia (henkilökunnan koulutus, veden ja jäähdyttelytilojen tarjoaminen) tai ajanvietehuumeita koskevilla tiedotuskampanjoilla tiedotusvälineissä, interaktiivisilla nettisivuilla ja cd-romeilla tai tarjoamalla tietoa paikalla tai muualla toteutettujen pilleritestien tuloksista Internetissä ja erityislehdissä. Nämä toimenpiteet liittyvät siten joskus kenttätyöhön, esimerkiksi paikalla tehtäviin pilleritesteihin.

Tanskassa, Espanjassa, Irlannissa, Italiassa ja Alankomaissa paikallisviranomaiset käyvät nuorten vapaa-ajanviettopaikoissa (kuten kerhoissa, baareissa ja

Kodittomiin naisiin kohdistuva kenttätyöhanke

Ruotsissa Tukholman sosiaalihuolto käynnisti vuonna 2000 kenttätyöhankeen, joka kohdistuu kodittomiin naisiin, joista monilla on vähän tai ei ollenkaan kontakteja sosiaalipalveluihin. Yksi tavoitteista on motivoida naisia lisäämään yhteyksiään sosiaalipalveluihin antamalla heille alussa yksinkertaista lääkintäapua. Hanke on esimerkillinen siinä, että se on sosiaalipalvelujen, vapaaehtoisjärjestöjen ja lääkinnällisen hoidon alan yhteistyötä.

diskoissa) kouluttamassa henkilökuntaa, jotta se voisi hoitaa tehokkaammin huumeisiin liittyviä tilanteita.

Luxemburgissa seurataan nuorisopaikkoja ”reaaliajassa”. Alustavan arviointivaiheen jälkeen on käytetty ”Ecstasia”-peliä erilaisissa nuorten tilaisuuksissa ja sitä on sisällytetty sopiviin kursseihin koulussa. Tällä tavoin herätetään keskustelua ja kokemusten vaihtoa sekä autetaan löytämään vaihtoehtoja huumeiden, erityisesti synteettisten huumeiden, käytölle. Pelin synnyttämä ryhmädynamiikka auttaa käsittelemään asioita, joista nuoret pitäisi saada tietoisiksi. Arvioinnissa ehdotetaan pelin luovien ja toimintaan suuntautuneiden puolien lisäämistä.

Internet tarjoaa valtavasti huumeita koskevaa tietoa, joka heijastaa kaikkia mielipiteitä huumeepolitiikasta. Tällaisen tiedon laadunvalvonta ei kuitenkaan ole mahdollista. Useimmilla kansallisilla ehkäisytyön organisaatioilla ja kansalaisjärjestöillä on tai ne suunnittelevat omaa, lähinnä tietopuolista mutta myös interaktiivista verkkosivustoa, esimerkkinä Italian ”Io non calo la mia vita” (<http://www.iononcalo.it>), Ruotsin Drugsmart (<http://www.drugsmart.com>) ja Yhdistyneen kuningaskunnan DrugScopen <http://www.drugscope.org> huumeita koskevan tiedon hakemiseksi. Suomessa on innovatiivinen aloite, anonyymi neuvonta- ja itsearviointitesti, joka on saatavana Internetistä (<http://www.aklinikka.fi/plimenu1.htm>). EMCDDA:n jatkuvasti kasvavassa EDDRA-tietokannassa (<http://www.emcdda.org>) viitataan yli 250:een kysyntää alentavaan hankkeeseen, joista on tehty arviointi.

Yökerhojen henkilökunnan kouluttaminen

Irlannissa annetaan yökerhojen henkilökunnalle koulutusta ja tukea, jotta se voisi puuttua tehokkaammin huumeiden käyttöön yökerhoissa. Hankkeen kahdessa ensimmäisessä vaiheessa järjestetään koulutusohjelmia kerhojen omistajille/johtajille ja ovivahdeille. Tavoitteena on lisätä heidän tietoaan huumeista, tutkia heidän asenteitaan huumeita kohtaan ja käsitellä lainsäädäntöön, terveyteen ja turvallisuuteen liittyviä aiheita. Kolmannen vaiheen tarkoituksena on levittää tarkkaa tietoa huumeista nuorille kerhoissa kävijöille jakamalla luottokortin kokoista kirjasta nimeltä Vital Information Pack (VIP) eri paikoissa, mukaan lukien colleget ja kerhot. Neljännessä vaiheessa järjestetään yksipäiväinen kokous, jolla pyritään saamaan musiikki- ja tanssiteollisuuden tuki hyväksyttävien menettelytapojen kehittämiseksi tanssipaikoilla. Viimeisessä vaiheessa ovivahdeille annetaan yhdenmukaista koulutusta ja tarjotaan näitä toimenpiteitä moduuleina.

Tuomioistuinten huumevieroitus- ja -testauspäästöjen järjestelmät Yhdistyneessä kuningaskunnassa

Yhdistyneen kuningaskunnan hallitus on ottanut käyttöön huumevieroitus- ja -testausjärjestelmän (Drug Treatment and Testing Order, DTTO), jota tuomioistuimet voivat käyttää antamalla päätöksiä, jotka velvoittavat rikoksenteijän hoitoon joko vaihtoehtona vankilalle tai tuomiona sinänsä. DTTO:n käynnistämisen arvioidaan johtavan 3 425 huumevieroitustuomioon vuonna 2001. Tätä verrataan noin 120 000 tuomioon huumerikoksista vuonna 1999. Huumeidenkäytön ehkäisemiseksi annettava neuvonta koeaikapalvelujen yhteydessä tarjoaa käytännön tukea DTTO:n käyttöönottamisessa maanlaajuisesti niin, että pilottiohjelmien kokemuksia voidaan levittää ja että paikallisia huumetoimintatiimejä voidaan auttaa kehittämään soveltuvia järjestelyjä.

Huumeisiin liittyvien rikosten vähentäminen

Huumeisiin liittyvien rikosten ehkäiseminen

Kaikissa jäsenvaltioissa on hoitoonohjausohjelmia, joita voidaan käyttää tietyissä olosuhteissa. Näitä olosuhteita ovat esimerkiksi rikoksenteijän ikä tai rikoksen vakavuus. Tämän katsotaan vähentävän huumerikosten määrää, vaikkakin arviointitietoa on harvoin saatavana.

Huumeiden käyttäjät ovat edelleen suuri ongelma rikosoikeusjärjestelmälle, sillä jopa 50 prosentilla vangeista on huumeongelmia. Vankiloiden asukkaiden korkean vaihtuvuuden vuoksi arvioidaan, että EU:ssa 180 000–600 000 huumeidenkäyttäjää kulkee vuosittain järjestelmän läpi. Huumeiden käytön levinneisyys riippuu vankilan tyylistä. Se on laajempaa suurissa, lyhyen oleskeluajan vankiloissa ja yleisempää naisten kuin miesten vankiloissa.

Taulukossa 2 on yleiskatsaus vankiloissa olevien huumeiden käyttäjien tukemiseen EU:ssa. EMCDDA:n raportti ”Assistance to drug users in prisons” (huumeiden käyttäjien tukeminen vankiloissa) tarjoaa asiasta yksityiskohtaista tietoa.

Sosiaalinen kuntoutus ja uudelleensopeuttaminen yhteiskuntaan

Peruskoulutus, ammatillinen koulutus, asunto ja työ ovat huumeiden käyttäjien hoidon, vankeuden tai pitkäaikaisen korvaushoidon jälkeisen kuntouttamisen avainkysymyksiä. Tämäntyyppinen apu on kuitenkin yhä melko kehittämätöntä, vaikka ammattilaiset korostavat usein, että jälkihoito ja uudelleensopeuttaminen yhteiskuntaan ovat vieroitushoidossa erittäin tärkeää ja että tällä alueella tarvittaisiin parannuksia.

Takaisin tulevaisuuteen -ohjelma Suomessa

Suomessa Takaisin tulevaisuuteen -ohjelmalla, jota rahoitetaan EU:n Integra-ohjelmasta, autetaan huumeriippuvuudesta kärsiviä nuoria. Hankkeen tulokset vahvistavat käsitystä, että huumeongelmista toipuvat ovat työttömyyden ja toimeentulo-ongelmien takia erittäin vaikeassa tilanteessa. Heidän kohtaamiaan ongelmia ovat huonot asunto-olot, alentunut työkyky, ammatillisen koulutuksen puute sekä työhön ja huumeettoman elämäntyylin säilyttämiseen liittyvät ongelmat. Hankkeeseen osallistuneille oli tarjolla koulutusta, mutta heidän oli vaikea lähestyä oppilaitoksia ja työmahdollisuuksia. Ei ollut myöskään

helppo löytää oppisopimuksesta kiinnostuneita työnantajia. Vaikka valtio takaa automaattisesti opintolainan, pankit kieltäytyivät myöntämästä henkilökohtaista lainaa, koska hakijoista lähes 90 prosentilla ei ollut luottokelpoisuutta. Hanke osoitti, että sosiaali- ja terveyspalvelujen toiminta ei riitä ratkaisemaan monimutkaisia toimeentulo-ongelmia. Kuntoutusjärjestelmässä tarvitaan aktiivisia toimia, jotka sisältävät henkilökohtaisen räätälöidyn lähestymistavan ja ylittävät hallinnolliset rajat, ja sillä on oltava riittävä rahoitus.

Arviointi

Arviointi on avainasemassa huumeidenvastaisten toimien laadun varmistamisessa. Muita tärkeitä tekijöitä ovat riittävä suunnittelu, infrastruktuuri, ammattitaito, valvonta, koulutus, tutkimus ja verkottuminen. Laadunvarmistusmenettelyjä otetaan yhä enemmän käyttöön kysynnän vähentämiseksi EU:ssa. Ehkäisevän huumeiden käytön laadunvarmistusaloitteita on tehty Saksassa, Kreikassa, Ranskassa, Italiassa, Alankomaissa, Itävallassa ja Suomessa ja hoidon laadunvarmistustyötä Alankomaissa, Itävallassa, Kreikassa, Luxemburgissa, Norjassa, Portugalissa, Saksassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

Belgiassa, Saksassa, Irlannissa, Italiassa, Itävallassa, Suomessa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa annetaan

koulutusta yleislääkäreille ja muille terveydenhuollon ammattilaisille. Muissa maissa eli Kreikassa, Ranskassa, Italiassa, Luxemburgissa, Alankomaissa ja Ruotsissa tarvitaan lisää korkeatasoisia kurseja, vaikka jonkin verran koulutusta on saatavana ennaltaehkäisevä työn, terveydenhuollon ja rikosoikeuden alan ammattilaisille.

Tarjonnan vähentäminen

Seuraavat tiedot on saatu Europolin raporteista.

Uusilla, nopean väliintulon ja katkaisun tekniikoilla rikostutkimuksen eri tasoilla vältetään pitkittyviä ja paljon voimavaroja vaativia selvityksiä. EU:n uusia oikeudellisia ja lainvalvonnan yhteistyörakenteita olisi hyödynnettävä täysin jäsenvaltioissa, jotta tiedonvaihto tehostuisi sekä jäsenvaltioissa että kansainvälisellä tasolla.

Taulukko 2

	Vankiloissa oleviin huumeidenkäyttäjiin kohdistetut tukitoimet EU-maissa		
	Huumeeton hoito vankiloissa	Korvaushoito vankiloissa	Huumeisiin liittyvien haittojen rajoitus vankiloissa
Belgia	Kyllä, kokeiluasteella	Asteittainen vieroitus metadonilla	Paikallisia HIV:n ehkäisytoimia
Tanska	Yhteistyö yksityisen hoitolaitoksen kanssa	Kyllä, jos potilas ollut metadonihoidossa ennen vankila-aikaa	Puhdistusnesteen tarjoaminen, hepatiitti B -rokotus
Saksa	Kyllä	Kyllä	Neulanvaihtoa joissakin vankiloissa
Kreikka	Itseapu	Ei	Tiedotusta joissakin vankiloissa
Espanja	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Ranska	Ei	Kyllä (metadoni tai buprenofaliini)	Tiedotus vangeille, puhdistusaineen jakelu
Irlanti	Rajoitetusti	Vieroitus metadonin avulla, HIV-positiivisten vankien ylläpitohoito	Ei
Italia	Kyllä	Kyllä	Ei
Luxemburg	Kyllä	Kyllä, jos potilas ollut metadonihoidossa ennen vankila-aikaa ja hoito aloitetaan ennen vankilasta pääsyä	Ei
Alankomaat	Kyllä, pakollinen hoito kovan linjan huumeiden käyttäjille	Rajoitetusti, rajoitusohjelmia pitkäaikaisvangeille	Kyllä
Itävalta	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Portugali	Kyllä	Kyllä	Vartijoiden valistusta ja koulutusta, kondomien ja puhdistusaineen jakelua, hepatiittirokotuksia
Suomi	Väärinkäyttöä koskevat kurssit, huumeettomat osastot	Kyllä, jos potilas ollut buprenofaliini- tai metadonihoidossa ennen vankila-aikaa	Puhdistusnesteen tarjoaminen, hepatiitti B -rokotus
Ruotsi	Kyllä	Ei	Ei
Yhdistynyt kuningaskunta	Kyllä	Metadonivieroitusta. Tarjolla myös sofaksidiiniä, dihydrokodeiinia ja naltreksonia.	Desinfiointitabletteja joissakin vankiloissa, neuvontaa ja tiedotusta

Laadunvarmistus kysynnän vähentämisessä

Itävallassa laadunvarmistusmenettelyjen merkitys on kasvamassa huumeiden kysynnän vähentämisessä. Kaikille huumeriippuvuutta koskeville toimille ja korvaushoidossa olevien kokonaisvaltaiselle hoidolle on laadittu laatua koskevat suuntaviivat ja vähimmäismääräykset. Huume- ja alkoholineuvonnan minimivaatimukset ja laatuvaatimukset on määriteltä ja niitä sovelletaan vaiheittaisella ohjelmalla. Wienissä on perustettu erityisalojen osaamiskeskustoja, jotka ovat vastuussa verkottumisesta ja tiedon siirtämisestä aloille, jotka eivät käsittele suoraan huumeasioita (kuten nuorisotyö ja terveydenhuolto).

Järjestäytynyt rikollisuus on lisääntymässä EU:ssa. Huumeiden valmistus ja salakuljetus näyttävät olevan rikollisverkkojen pääasiallista toimintaa. Huumereittien jatkuva erilaistuminen ja muuttuminen on haaste lainvalvontatyölle. Rikolliset tutkivat laittomien tavaroiden salakuljetuksen onnistumiseen ja epäonnistumiseen johtaneita tekijöitä ja muuttavat toimintaansa sen mukaisesti vaihtamalla reittejä, suunnittelemalla uusia piilotustapoja ja palkkaamalla uusia salakuljettajia.

Europolin mukaan (*EU Situation Report on Drug Production and Drug Trafficking 1999/2000* – huumeiden tuotantoa ja salakuljetusta EU:ssa käsittelevä tilannereportti) Operation Purple on rohkaiseva hanke, joka on käynnistetty kemiallisten lähtöaineiden laittomaan

käyttöön toimittamista vastaan. Sen tarkoituksena on estää kaliumpermanganaatin kuljettaminen kokaiinin tuotannossa käytettäväksi ja saada mukaan yhteistyöhön 23 valtiota, mukaan luettuina EU:n jäsenvaltiot, jotka tuottavat, tuovat, vievät ja kuljettavat alueensa kautta tätä kemikaalia, sekä kansainvälinen huumevalvontakomitea, ICPO/Interpol ja Maailman tullijärjestö. Hankkeella pyritään estämään kemikaalien kuljettaminen laittomaan tarkoitukseen, koska lähtöaineiden saatavuus on huumeiden tuotannossa keskeistä. Hankkeen käynnistymisen jälkeen on jäljitetty 248 kemikaalilähetystä, joiden yhteispaino on 7 778 tonnia. Tämän suorana seurauksena on pysäytetty tai takavarikoitu 32 kaliumpermanganaattia sisältävää lähetystä, joiden yhteispaino on lähes 2 226 tonnia. Määrän uskotaan edustavan 29 prosenttia kaikista valvotuista lähetyksistä. Samanlainen hanke käynnistetään etikkahapponanhydridille, joka on herooinin valmistuksessa käytetty kemikaali.

Oikeudellista ja lainvalvonnan yhteistyötä lisäävien poliittisten toimien lisäksi laajennetaan Europolin toimivaltaa puuttua rahanpesuun yleensä riippumatta siitä, millaisesta rikoksesta rahanpesun tuotto syntyy.

Europol, jäsenvaltioiden asiantuntijat ja EMCDDA ovat kehittämässä harmonisoitua huumeetakarikkotietokantaa, jolla on yhteiset määritelmät ja parametrit ja joka on tarkoitus ottaa käyttöön kaikissa jäsenvaltioissa. Tämän pitäisi johtaa EU:n laajuiseen normitettuun tiedonkeruuseen, jonka avulla voidaan paremmin verrata ja analysoida jäsenvaltioiden huumeetilannetta.

Erityiskysymyksiä

Tässä luvussa käsitellään kolmea Euroopan huumeongelmaan liittyvää erityisaihetta, joita ovat kokaiini ja free base / crack, tartuntataudit ja synteettiset huumeet.

Kokaiini ja free base / crack

EU:ssa on kasvanut huoli kokaiinin lisääntyvästä käytöstä. Nykyisiä kokaiinin käytön suuntauksia ja niiden seurauksia EU:n alueella on kuitenkin vaikea selvittää. Ensiksikin kansalliset tiedot tutkimuksista tai hoitokeskuksista eivät kerro levinneisyysmuutoksista ja ongelmista, joita esiintyy maantieteellisillä alueilla tietyissä kaupungeissa, tai muutoksista, jotka keskittyvät tiettyyn sosiaaliseen ympäristöön. Toiseksi nykyisistä kokaiinia koskevista tiedoista puuttuvat usein selvät tieteelliset määritelmät. Esimerkiksi tiedotusjärjestelmät erottavat harvoin free base / crack -kokaiinin kokaiinihydrokloridi tai erilaiset free base / crack -valmisteet toisistaan. Näillä eri kokaiinin muodoilla on erilaiset markkinat ja erilaiset käyttötavat, ja ne aiheuttavat erilaisia ongelmia. Kaikki tämä tulee ymmärtää tehokkaan politiikan ja kysyntää alentavien toimien toteuttamiseksi.

Levinneisyys, käyttötavat ja ongelmat

Levinneisyys

Väestötutkimuksista ja koulututkimuksista ei käy ilmi kokaiinin käytön yleinen lisääntyminen EU:ssa. Vain Yhdistynyt kuningaskunta on vahvistanut kokaiinia ainakin kerran käyttäneiden määrän lisääntyneen nuorten 16–29-vuotiaiden aikuisten keskuudessa. Italian kansallisen seurantakeskuksen mukaan useat italialaiset lähteet ovat osoittaneet, että kokaiini on toiseksi tärkein huume kannabiksen jälkeen ja sitä käytetään enemmän kuin amfetamiinia tai ekstaasia.

Vuonna 1999 eurooppalaisissa kouluissa tehty tutkimus osoittaa, että kokaiinin käytön kokeilu (ainakin kerran) 15–16-vuotiaiden koululaisten keskuudessa on edelleen vähäistä ja paljon vähäisempää kuin kannabiksen. Kaikissa tutkimuksessa mukana olleissa jäsenvaltioissa ilmoitettiin, että kokaiinia on saatavana vähemmän kuin ekstaasia. Maiden välillä oli tosin huomattavia eroja. Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa oli suurim-

mat prosenttimäärät 15–16-vuotiaita (21 prosenttia ja 20 prosenttia), jotka ilmoittivat, että kokaiinia on helposti saatavilla, ja pienin prosenttimäärä Suomessa (6 prosenttia). Kaikissa tutkituissa EU:n jäsenvaltioissa nuorten oli kuitenkin huomattavasti vaikeampi saada kokaiinia kuin samanikäisten nuorten Yhdysvalloissa (2). Kokaiinin käytön tuomitseminen on hyvin yleistä ja suunnilleen yhtä voimakasta kaikissa tutkimukseen osallistuneissa maissa ja vastaa heroiinin käytön tuomitsemisen tasoa.

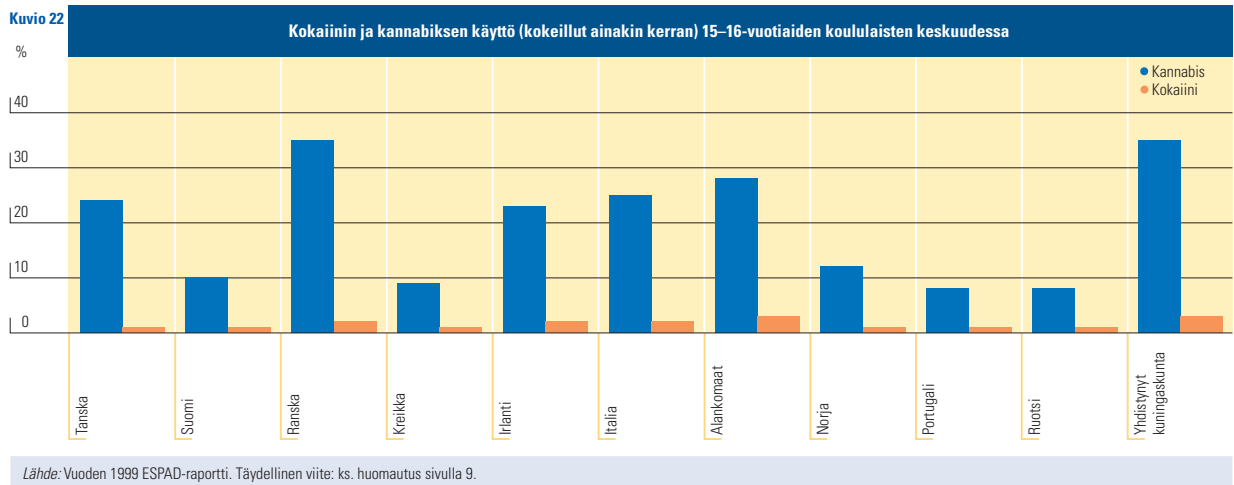
Mitä kokaiini ja crack ovat?

Kokaiini on piristävä huume, jota saadaan *Erythroxylo-*nimisen kokapensaun lehdistä uuttamalla. Se kehitettiin lääkkeeksi erilaisiin sairauksiin 1800-luvun puolivälissä. Käsitellyn huumeen kemiallinen nimi on kokaiinihydrokloridi. Sitä myydään katukaupassa kristallijauheena, ja sillä on monta lempinimeä, kuten coke, snow ja Charlie; koka, kokkeli ja lumi. Kokaiinia käytetään yleensä nenän kautta nuuskaamalla ja joskus ruiskeena veteen sekoitettuna.

Free base / crack ovat nimityksiä kokaiinille, joka on käsitelty käytettäväksi polttamalla tai hengittämällä höyryjä välittömän ja voimakkaan vaikutuksen saamiseksi. Free basen / crackin valmistamiseen on ainakin kolme menetelmää (1). Yhdellä menetelmällä saadaan puhdas lopputuote: lisäämällä kuumaa vettä ja ammoniakkia tai natriumbikarbonaattia ja poistamalla ylimääräinen neste, jossa on liuenneita aineita. Toisella menetelmällä saadaan matalampi kokaiinipitoisuus: kuumentamalla kokaiini ja natriumbikarbonaatti mikroaaltouunissa, jolloin liuenneet aineet jäävät lopputuotteeseen.

Kokaiinin ja free basen / crackin erottaa yleensä fyysisen ulkonäön ja puhtauden perusteella, mutta erottaminen voi olla myös vaikeaa, sillä joskus free base / crack -kokaiini on fyysisesti samanlaista kuin kokaiinihydrokloridi.

2001 Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta



Käyttötavat

Vaikka mitään dramaattista ei tapahdukaan väestössä kansallisella tasolla, tietyissä sosiaalisissa tilanteissa kokaiinin käyttö on huomattavasti laajempaa. Aikaisemmat tutkimukset kokaiininkäytöstä osoittavat, että kokaiinijauheen (hydrokloridin) satunnaiskäyttäjien sekä ongelmakäyttäjien (free basen / crackin käyttäjät) ja ruiskeena kokaiinia käyttävien välillä on selvä raja. Kokaiinijauheen monenlaisia kevyitä käyttötapoja voidaan havaita yökerhoissa ja tanssipaikoilla käyvillä ryhmillä, jotka käyttävät kokaiinia sosiaalisiin tarkoituksiin ja hyötyäkseen käytöstä. Tällaista kevyttä käyttöä harrastavat ryhmät eroavat rajatuilla maantieteellisillä alueilla tietyissä kaupungeissa olevista syrjäytyneiden ryhmistä, kuten kodittomista nuorista, seksityöläisistä ja heroinin ongelmakäyttäjistä, jotka polttavat free basea /

crackia tai käyttävät kokaiinia ruiskeena heroiniin sekoitettuna. Kokaiinijauheen ja free basen/crackin välinen raja saattaa olla hälventymässä markkinoiden viimeaikaisen muutosten takia ja seurauksena uudesta suuntauksesta, jossa kokaiinia poltetaan vapaa-aikana ja yöelämässä. Ensinnäkin viidessä jäsenvaltiossa (Kreikassa, Ranskassa, Italiassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa) on havaittu uusi tapa sekoittaa free base / crack -kokaiinia tupakkaan polttamista varten. Toiseksi oikeuslääketieteen viranomaiset yksiköt ovat ilmoittaneet, että toisinaan free base / crack -kokaiini on ulkoisesti samanlaista kuin kokaiinijauhe (hydrokloridi), mikä tekee niiden erottamisen vaikeaksi poliisille ja tottumattomalle käyttäjälle (8). Kolmanneksi Yhdistyneessä kuningaskunnassa on viitteitä siitä, että poltettavaa free base / crack -kokaiinia ollaan muuttamassa ja tuotteista-

Taulukko 3

	Kokaiinin käyttöä (ainakin kerran) koskevien kohdistettujen käyttäjätutkimusten vertailu väestötutkimuksiin			Nuoret aikuiset koko väestöstä		
	% elinajan ennusteesta	Otantamäärä	(Vuosi) ja lähde	% elinajan ennusteesta	Otantamäärä	Vuosi ja ikäluokka
Itävalta	42	50	(1999) rave-klubivieraat	–	–	–
Belgia	45	154	(1998) rock-festivaali maan ranskankielisessä osassa	–	–	–
Tanska	–	–	–	3,1	14 228	2000 16–34-vuotiaat
Suomi	–	–	–	1,2	2 568	1998 15–34-vuotiaat
Ranska	56	896	(1999) teknorave-tilaisuudet, Médecins Du Monde	1,9	2 003	1999 15–34-vuotiaat
Saksa						
Entinen Länsi-Saksa	–	–	–	2,2	6 380	1997 18–39-vuotiaat
Entinen Itä-Saksa	–	–	–	0,4	1 620	1997 18–39-vuotiaat
Alankomaat	48	456	(1998) Amsterdamin rave-klubien asiakkait (kyselyn vastausprosentti 23)	3,7	22 000	1997/1998 15–34-vuotiaat
Espanja				4,8	12 488	1999 15–34-vuotiaat
Yhdistynyt kuningaskunta	62	517	(1997) huumeita ja tanssikulttuuria koskeva tiedote (1)	6,4	10 293	1998 16–34-vuotiaat
	18					
	crack	100	(1999) Liverpoolin rave-klubiasiakkait (2)			
Pohjois-Irlanti	45	106	(2000) ekstaasin käyttäjät Pohjois-Irlannissa			

(1) Tiedote (1997) Release Dance and Drugs Survey: An insight into the culture, London.

(2) Henderson, S., Protecting and promoting the health of club-goers in Liverpool: An information campaign evaluation and market research project 1999–2000, 2000.

Lähteet: Kansalliset seurantakeskukset sekä jäljempänä mainitut lähteet.

Erityiskysymyksiä

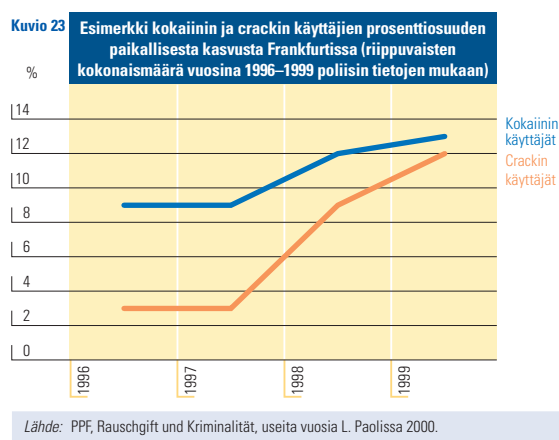
massa antamalla sille uusia nimiä, kuten *rock* ja *stone*, joiden avulla voidaan erottaa poltettavaksi valmis kokaiini free basesta / crackista ja kohottaa sen imagoa lähemmäksi jauhemaista kokaiinia. (4)

Kokaiini on levinnyt paljon laajemmin ryhmiin, jotka käyttävät runsaasti myös muita huumeita, kuin nuoreen aikuisväestöön yleensä. Kuviosta 3 (Kokaiinia ainakin kerran käyttäneet eri käyttäjäympäristöissä) voidaan havaita, että levinneisyys (ainakin kerran käyttäneet) on suhteellisen paljon suurempi tanssipaikoilla ja klubeissa käyvien nuorten keskuudessa kuin kaikilla nuorilla yleensä. Kokaiinin suhteellisen korkea hinta yhdessä sen vaikutusten lyhytaikaisuuden kanssa vähentää sen säännöllistä käyttöä vapaa-aikana. Runsaat käyttövarat voivat olla merkittävä tekijä säännöllisen käytön kannalta. Joillakin ihmisillä on vapaa-ajan yöelämässä tapana juoda tavallista huomattavasti enemmän alkoholia, jos he käyttävät kokaiinia. Kokaiini auttaa lisäämään sosiaalisuutta lieventämällä alkoholin epätoivottavia vaikutuksia.

Ongelmia

Vuosina 1994–1999 pääasiassa kokaiinia käyttäneiden ja käytöstä syntyneiden ongelmien vuoksi hoitoon hakeutuneiden asiakkaiden suhteellinen osuus kaikista hoitoon hakeutuneista asiakkaista kasvoi huomattavasti Espanjassa ja Alankomaissa. Myös Saksassa, Kreikassa ja Italiassa kokaiinin takia vieroitushoitoa saavien määrä lisääntyi, ja Irlannissa kasvu jatkui vuoteen 1998 (22). Myös Yhdistyneessä kuningaskunnassa sekä Belgian ranskankielisellä alueella ja flaamilaisalueella havaittiin kasvua. Ei ole olemassa vertailevaa tutkimusta EU:ssa vieroitushoitoa saavista kokaiinin käyttäjistä. Kokaiinin käytöstä aiheutuneiden ongelmien vuoksi hoitoon hakeutuvien asiakkaiden määrän suhteellinen kasvu saattaa merkitä, että kokaiiniongelmien ovat todellakin lisääntyneet, mutta se voi johtua myös opiaattiongelmiin vuoksi hoitoon hakeutuneiden asiakkaiden vähenemisestä tai aikaisemmin opiaatteja käyttäneiden siirtymisestä käyttämään kokaiinia pääasiallisena huumeena. Yhä houkuttelevampien hoitomuotojen kehittämisellä saattaa olla vaikutusta kokaiinin käyttäjien hoitolukuihin. Jotkin hoitoyksiköt ovat ilmoittaneet, että heroiiniriippuvuuden takia hoitoa saaneiden potilaiden kokaiinin, erityisesti poltettavan free basen / crackin, tai heroiinin kanssa ruiskeena otetun kokaiinin käyttö on lisääntynyt.

Kuviossa 23 on esimerkki free basen / crackin käyttäjien määrän alueellisesta kasvusta, joka ei näy kansallisella tasolla. Frankfurtissa crackin käyttäjien osuus kaikista



poliisin rekisteröimistä käyttäjistä nelinkertaistui vuosina 1996–1999.

Terveyspalvelut ja kokaiinin käyttäjät ilmoittavat harvoin jauheen nuuskaamisesta aiheutuneista kuolemista tai huonosta fyysisestä terveydentilasta. Koska vapaa-aikakäyttäjät käyttävät kokaiinia suurten alkoholimäärien tai muiden huumeiden kanssa, on vaikeaa tunnistaa kielteisten kokemusten syyt. Italiassa, Luxemburgissa ja Alankomaissa huumekuolemat ovat kuitenkin lisääntyneet, ja Espanjassa ovat lisääntyneet ensiaputapaukset, joihin muiden huumeiden lisäksi liittyy kokaiini. Sairaalan ensiapuhenkilökunta on yhä paremmin tietoinen kokaiinin mahdollisesta osuudesta sydän- ja verisuonihäiriöissä, mikä saattaa lisätä ilmoitusten määrää (4).

Vakavia free base / crack -kokaiinin polttoon liittyviä terveydellisiä, sosiaalisia ja psykologisia ongelmia on havaittu erityisesti syrjäytyneiden ryhmissä, kuten opiaattien ongelmakäyttäjillä, kodittomilla ja muilla vähäosaisilla nuorilla sekä naispuolisilla seksityöläisillä. Ei ole selvää, missä määrin ongelmat johtuvat suoraan tämän tyyppisen kokaiinin käytöstä tai sen käytön tiheydestä ja määrästä vai jo olemassa olevista sosiaalisista tai psykologisista ongelmista ja huumeongelmista.

Markkinat

Vuonna 1999 kokaiinitakavarikkojen määrä kasvoi huomattavasti Luxemburgissa ja Ruotsissa, mutta väheni Belgiassa, Tanskassa ja Itävallassa. Kokaiinin vähittäishinta vaihtelee 24 eurosta 170 euroon grammalta. Sellaisissa kaupungeissa kuin Amsterdam ja Frankfurt hinnat olivat matalimmat, Suomessa ja Ruotsissa ne olivat korkeimmat. Ranskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa vähittäismyyntihinnat ovat laskeneet, mutta puhtausaste oli edelleen korkea, 55–70 prosenttia vuoden 1999 loppuun asti, jolloin Yhdistyneessä kunin-

(22) Kuvio 15 OL: Kokaiini: hoitoon otettujen uusien asiakkaiden määrän kehitys (onlineversio).

gaskunnassa crackin keskimääräinen puhtaus laski voimakkaasti (10). Hintojen maantieteellinen vaihtelu on suuri jäsenvaltioissa. Pieniä kokaiinimääriä, gramman osina, rakeina tai kiteinä myydään alle 15 eurolla joissakin kaupungeissa, varsinkin niissä, joissa huumeita tarjotaan avoimesti ja joissa kokaiinipitoisuudet saattavat vähentyä voimakkaasti (esimerkiksi Frankfurtissa, Liverpoolissa, Lontoossa, Manchesterissa, Milanossa ja Pariisissa). Kokaiinin jakelu tapahtuu pääasiassa ystäväketjujen kautta, mutta muutamissa kaupungeissa huumeita myydään avoimesti yökerhoissa ja kaduilla. Välittäjien kotoa tapahtuvaa myyntiä ja jakelua on helpottanut suuresti matkapuhelimien tuoma yhteydenpidon helpous ja yksityisyys (4,5,6,7).

Polttavaksi valmista free base / crack -kokaiinia ilmoitetaan olevan entistä helpommin saatavilla useissa Euroopan kaupungeissa (Amsterdam, Frankfurt, Liverpool, Lontoo, Manchester, Milano, Pariisi ja Rotterdam), mutta sen valmistusmenetelmät (ja pitoisuudet, jotka saattavat olla jopa 100 prosenttia) vaihtelevat ja aiheuttavat sekaannusta huumetietojärjestelmissä. Tieteellisten määritelmien puuttuminen sellaisilta nimityksiltä kuin *crack* ja *free base* aiheuttaa ongelmia koulutukselle ja ehkäisytöille. Katukaupassa kokaiinia voidaan myydä valmiiksi heroiiniin sekoitettuna.

Espanjan, Belgian ja Alankomaiden ilmoitetaan olevan Latinalaisesta Amerikasta (erityisesti Brasiliasta, Kolumbiasta ja Venezuelasta) tulevan kokaiinin tuonnin tärkeitä kauttakulkupaikkoja EU:n alueelle. Vuonna 1999 Espanjassa paljastettiin kuusi kokaiinia valmistavaa laboratoriota. Se johti maassa kokaiinin tukkuhintojen nousuun.

Toimenpidehankkeet ja uudet lähestymistavat

Kokaiinin ja crackin käytön yleistymisen vastaiset toimet, joita EU:ssa on toteutettu kysynnän alentamiseksi, ovat kolmentyyppisiä. 1990-luvulla muutamat kaupungit kehittivät erikoispalveluja, joilla pyritään vastaamaan tärkeimpiin kokaiiniongelmiiin ja joiden kohderyhmänä ovat erityisen alttiit ryhmät. Näitä palveluja ovat esimerkiksi Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. Frankfurtissa ja Take Five Rotterdammassa. Muutamissa jäsenvaltioissa pyritään mukauttamaan olemassa olevia rakenteita niin, että voidaan vastata kokaiinin ja crackin ongelmakäyttäjien tarpeisiin. Esimerkiksi Ranskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa asiantuntijat kehittävät monitieteellisiä strategioita, joilla pyritään keräämään ja vaihtamaan tietoa kokaiinin ja crackin käyttäjien tarpeista. Strategioiden avulla voidaan kehittää sopivaa koulutusta ja mukauttaa olemassa olevia malleja ja vieroitushoitopalveluja niin, että voidaan tarjota tehokkaampia palve-

luja kokaiinin ja crackin käyttäjien tarpeisiin. Lisäksi eräät jäsenvaltiot ovat kiinnittäneet huomiota siihen, että olisi käsiteltävä yleisesti huumeiden sekakäyttöön liittyvää rikollisuutta ja terveysvaikutuksia.

On vaikea saada tietoa yksityissektorin toimista kokaiiniongelman vastustamiseksi, vaikka yksityisen sektorin rooli lienee huomattava sosiaalisesti etuoikeutetuimpien kokaiinin ongelmakäyttäjien hoidossa.

Esimerkkejä kokaiiniongelmien hoidosta

Vain harvoja hoitotoimia on kuvattu jäsenvaltioiden antamissa raporteissa. Saksa ja Alankomaat ovat kuitenkin tuoneet esiin erityisiä kokaiiniongelmaa varten suunniteltuja toimenpiteitä.

Frankfurtissa nuorisojärjestö Jugendberatung und Jugendhilfe e.V tarjoaa kokaiininkäyttäjille hoito-ohjelmaa, joka on räätälöity jokaisen asiakkaan tarpeiden mukaan. Ensimmäinen, muutaman päivän kestävä vieroitustuovaihe (*crash phase*) toteutetaan joko avohoidossa psykososiaalisen tuen avulla tai katkaisuhuutona sairaalassa. Seuraavassa vaiheessa asiakas saa kuuden viikon ajan sairaalahoitoa. Tällöin asiakas seuraa päivittäistä ohjelmaa, joka sisältää hoitopaksoja ryhmässä tai henkilökohtaista hoitoa. Toipumisvaihe, joka toteutetaan joko avohoitona tai sairaalassa, tähtää yhteyksien ja suhteiden palauttamiseen tai parantamiseen perheeseen, sukulaisiin tai kumppaneihin.

Free basen / crackia runsaasti käyttäville suunnattu Take Five -hoito-ohjelma on ollut Rotterdammassa käytössä vuodesta 1996. Ohjelma, jota hallinnoi kaupungin terveydenhuoltotoimisto, toimii matalan kynnyksen palveluna. Ensimmäisessä vaiheessa katutyöntekijät ottavat yhteyttä free basen / crackin käyttäjiin esimerkiksi myyntipaikoissa, piikityshuoneissa tai kriisikeskuksissa. Toisessa vaiheessa potilas käy "taukopaikassa", jossa tarjotaan tukea vuorokauden ympäri ja jossa voi tarvittaessa saada yleislääkärin ja psykiatrin palveluja. Kolmannen vaiheen tavoitteena on vakiinnuttaa asiakkaan terveys ja aloittaa kuntoutus. Rotterdamin kokeilussa akupunktio on asiakkaiden keskuudessa hyvin suosittu rentouttaja.

Politiikka

EU:ssa on varakkaiden vapaa-aikakäyttäjien huumemarkkinat. Tällaiset käyttäjät ovat joko tietoisia ekstaasitablettien epäluotettavasta sisällöstä ja niihin liittyvistä akuuteista ja pitkän aikavälin terveysriskeistä tai ovat kyllästyneet MDMA:sta saamiinsa kokemuksiin ja jälkivaikutuksiin, joita aineen käytöstä voi saada jopa seuraavan viikon puoleenväliin asti. Tutkimukset osoittavat, että

Erityiskysymyksiä

kokaiinin vapaa-aikakäyttäjät pitävät kokaiinia ennustettavampana, monipuolisempana ja huomaamattomampana kuin ekstaasia ja kokaiinin jälkivaikutuksia vähemmän vakavina tai epämiellyttävinä sekä lyhytaikaisempina kuin ekstaasin tai amfetamiinin jälkivaikutuksia (3).

Kokaiinin käyttäjistä tehdyssä tutkimuksessa tunnistettiin selviä sosiaalisia eroja ja selvästi eri alakulttuureja kokaiinijauheen (hydrokloridi) ja free basen / crackin polttajien välillä. Rajat lienee kuitenkin asetettava kyseenalaisiksi markkinoiden viimeaikaisten muutosten takia sekä uuden suuntauksen vuoksi, jossa free base / crack -kokaiinia sekoitetaan tupakkaan ja poltetaan vapaa-ajalla ja yöelämässä. Näiden muutosten tulokset saattavat heikentää free basen / crackin polttamisen vastaisia tabuja, jotka ovat tarjonneet epävirallisen kontrollijärjestelmän, joka estää crackin leviämistä vapaa-ajan huumeekulttuurin valtavirtaan. Merkit free basen / crackin käyttöä säätelävien epävirallisten sosiaalisten esteiden häviämisestä tekevät varhaiset toimenpiteet entistä tärkeämmiksi.

Kokaiinijauheen ja ehkä myös free basen / crackin myönteinen, utilitaristinen ja ylellisyyteen viittaava kuva yhdessä varakkaan potentiaalisen asiakaskunnan kanssa voisi johtaa kokaiininkäytön, myös free basen / crackin käytön leviämiseen EU:ssa. Tähän leviämisen mahdollisuuden olisi suhtauduttava varoen, koska vääristyneet uutiset free basesta / crackista voivat johtaa myyttien luomiseen sen käytöstä, mikä voi suunnata huomion pois pysyväisluonteisista rakenneongelmista, joita on joillakin kantakaupunkialueilla (9).

Lähteet

Kansallisten seurantakeskusten raportit 2000:

- (1) The Forensic Science Service, *Drug Abuse Trends*, No 9, Metropolitan Forensic Science Laboratory, London, 1999.
- (2) Vuoden 1999 ESPAD-raportti, ks. täydellinen viite sivulla 9.
- (3) Boys, A. et al., *Cocaine Trends: A Qualitative Study of Young People and Cocaine Use*, National Addiction Centre, London, tammikuu 2001.
- (4) Ghuran, A., Nolan, J., *Recreational drug misuse: issues for the cardiologist*, *Heart*, Vol. 83, 2000, 627–633.
- (5) Brain, K., Parker, H., Bottomley, T., *Evolving Crack Cocaine Careers: New Users, Quitters and Long Term Combination Drug Users in NW England*, University of Manchester, 1998.
- (6) Paoli, L., Pilot Project to Describe and Analyse Local Drug Markets: First-year report to the EMCDDA, Max Planck Institute, Freiburg, 2000.
- (7) Blanken, P., Barendregt, C., Zuidmulder, L., Retail level drug dealing in Rotterdam teoksessa *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*, EMCDDA:n tieteellisten erityistutkimusten sarja nro 4, 2000.

(8) *Drug Abuse Trends*, Issue No 10, New Series, loka-joulukuu 1999.

(9) Hartman, D., Golub, A., The Social Construction of the Crack Epidemic in the Print Media, *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 31 (4) 1999.

(10) Home Office *Statistical Bulletin* 2000.

Tartuntataudit

Levinneisyys ja suuntaukset

HIV

HIV-tartuntojen yleisyys vaihtelee suuresti maiden välillä sekä maan sisällä alueen ja kaupungin mukaan. Saatavana olevien tietojen mukaan tartuntojen keskimääräinen yleisyys huumeita ruiskeina käyttävien eri alaryhmissä vaihtelee Yhdistyneen kuningaskunnan yhdestä prosentista Espanjan 32 prosenttiin (katso kuvio 8, luku 1), vaikka erilaiset lähteet ja tiedonkeruumenetelmät tekevätkin vertailun vaikeaksi.

Huumeita ruiskeina käyttävien keskuudessa ensimmäinen suuri HIV-epidemia oli 1980-luvulla. Sen jälkeen tartuntojen määrä väheni voimakkaasti ja näyttää vakiintuneen useimmissa maissa 1990-luvun puolivälin jälkeen (katso kuvio 24). Muutamissa maissa (Irlanti, Luxemburg, Alankomaat, Itävalta, Portugali ja Suomi) tartunnat saattavat olla taas lisääntymässä huumeita ruiskeina käyttävien alaryhmissä. (Katso laatikko sivulla 17, luku 1).

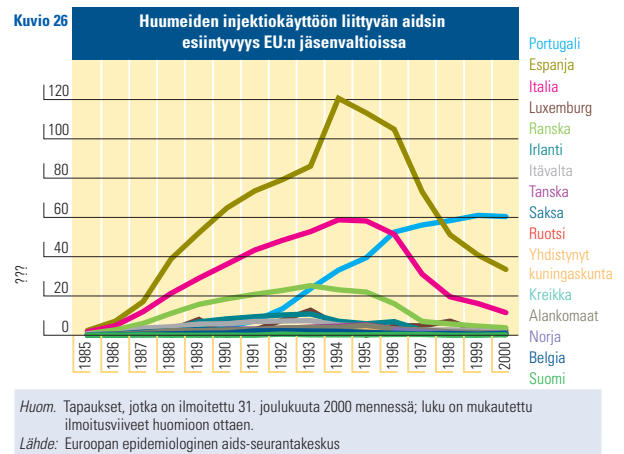
Viimeaikaiset tartuntatilastot saattavat olla selvempiä, jos yleisyyttä tarkastellaan alle 25-vuotiailla huumeita ruiskeina käyttävillä. Tämän ryhmän HIV-tartuntojen täytyy yleisesti ottaen olla uudempia, koska useimmat huumeita ruiskeina käyttävät alkavat käyttää ruiskeita 16–20 vuoden iässä (1) (2). Sikäli kuin tietoja on saatavana, suuntaukset tässä ikäryhmässä ovat selvempiä kuin yleisen levinneisyyden suuntaukset ja joskus jopa niiden kanssa vastakkaisia. Esimerkiksi Suomessa ilmeni vuosina 1998 ja 1999 suuri määrä tartuntoja, kuten HIV-ilmoituksia koskevista tiedoista voidaan nähdä (kuvio 25). Vuoden 1999 jälkeen yleinen levinneisyys pieneni, kuten neulanvaihtoja osoittavat tiedot osoittavat (kuvio 24). Nuorilla huumeita ruiskeina käyttävillä levinneisyys kuitenkin nousi 0 prosentista vuonna 1999 noin 4 prosenttiin vuonna 2000. Tämä saattaa merkitä, että kun vanhempien käyttäjien uudet tartunnat alkoivat vähentyä kyllästy-misrajavaikutuksen vuoksi (useimmat riskialttiit henkilöt ovat saaneet tartunnan) ja/tai riskiryhmän käyttäytymismuutosten vuoksi, uusia tartuntoja saivat nuoremmat käyttäjät, joiden käyttäytyminen on yleensä riskialttiimpaa.

2001 Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta

HIV-tartuntojen levinneisyys on useissa maissa jatkuvasti laajempaa huumeita ruiskeina käyttävillä naisilla kuin miehillä. Tämä voi johtua siitä, että naiset vaihtavat neuloja keskenään useammin tai eri tavoilla ja/tai siitä, että huumeita ruiskeina käyttävillä naisilla on suurempi sukupuolielämään liittyvä HIV-riski.

AIDS

Maat, joissa huumeita ruiskeina käyttävillä on eniten aidsia, sijaitsevat pääasiassa EU:n lounaisosissa. Näitä maita ovat Espanja, Ranska, Italia ja Portugali (23). Aidsin levinneisyys vaihtelee suuresti maiden välillä, kuten HIV-tartuntojenkin, mutta yleinen suuntaus on laskeva (kuvio 26). Tämä lasku johtuu luultavasti huumeita ruiskeina käyttäville annetuista uusista hoidoista, jotka hidastavat aidsin puhkeamista. Siksi aidsin levinneisyyttä pidetään nyt vähemmän luotettavana HIV-tartuntojen indikaattorina kuin aikaisemmin eli ennen vuotta 1996. Espanjan, jossa huumeidenkäyttäjillä oli vuosittain eniten aids-tapauksia, on hiljattain ohittanut Portugali, ainoa maa, jossa ei ole tapahtunut laskua. Tämä saattaa johtua vähäisestä HIV-

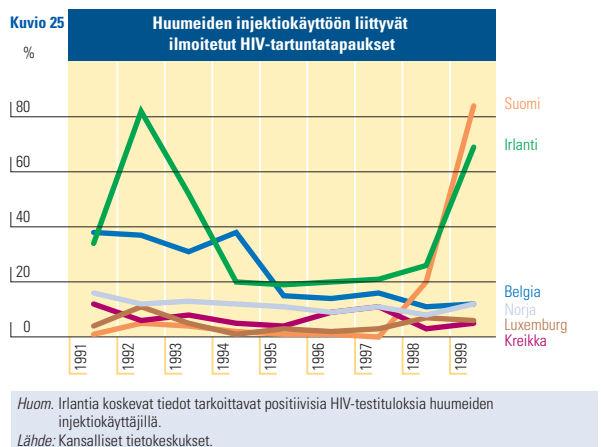
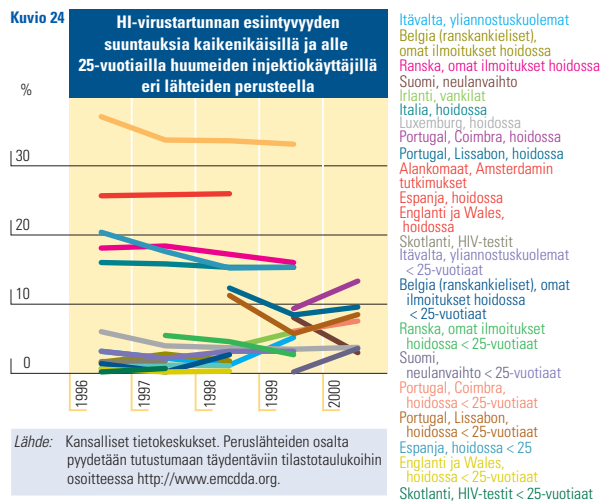


hoitoon hakeutumisesta (kuten hiljattain tehty tutkimus osoittaa) ja/tai HIV-tartuntojen lisääntymisestä 1990-luvulla. Portugalissa tapahtunut kasvu on osoittanut kuitenkin laantumisen merkkejä vuonna 2000.

Hepatiitti C

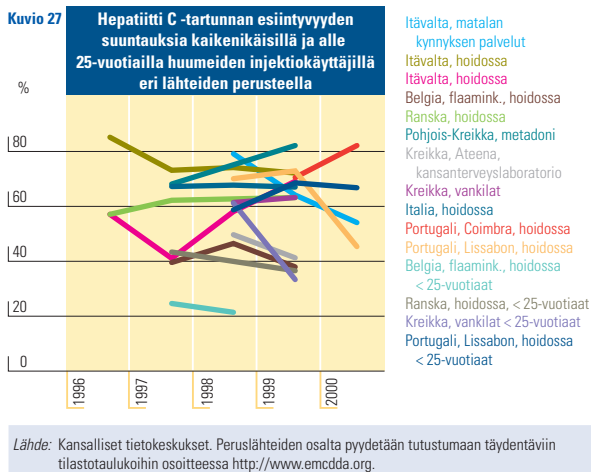
Hepatiitti C:n levinneisyys on laajempaa ja yhdenmukaisempaa kuin HIV-tartuntojen levinneisyys EU:n alueella. Huumeita ruiskeina käyttävistä 40–60 prosenttia on saanut hepatiitti C -tartunnan (HCV) jopa maissa, joissa HIV-tartuntojen määrä on alhainen, kuten Kreikassa (katso kuvio 9, luku 1). Krooniset HCV-infektiot aiheuttavat merkittäviä terveysongelmia ja pitkän ajan (vuosikymmenien) kuluessa voivat johtaa vakaviin sairauksiin, mukaan lukien vaikeat maksavauriot ja ennenaikainen kuolema. Vaikeisiin sairauksiin johtavien kroonisten infektioiden osuus on vielä epäselvä, mutta viime aikoina on saatu viitteitä siitä, että se voi olla pienempi (ehkä 5–10 prosenttia) huumeita ruiskeina käyttävillä kuin aiemmin on ajateltu (20–30 prosenttia) (4) (5). Huumeita ruiskeina käyttävien erittäin suuret HCV-infektioiden määrät Euroopassa voivat kuitenkin johtaa suureen terveysongelmaan huumeita käyttävien tai käyttäneiden maksavaurioiden vuoksi tulevina vuosikymmeninä.

Niiden harvojen maiden osalta, jotka pystyivät antamaan tietoja hepatiitti C -tartunnoista, suuntaukset osoittavat sekä huomattavaa vähentymistä että lisääntymistä Kreikassa, Itävallassa ja Portugalissa aina lähteen (maantieteellinen sijainti) ja ikäryhmän mukaan (kuvio 27). Nämä saattavat heijastaa huumeita ruiskeina käyttävien eri ryhmiä, joilla on erilainen tartuntojen epidemiologia. On myös mahdollista, että suuntaukset heijastavat testauskäytäntöjä, jotka liittyvät uuden HCV-testauksen käyttöönottoon. Esimerkiksi ne, joilla on suurin riski, saattavat osallistua heti, kun vapaaehtoista HCV-testiä



(23) Kuvio 16 OL: Aids-tapaukset huumeita ruiskeina käyttävillä miljoonaa asukasta kohti vuonna 1999 (onlineversio).

Erityiskysymyksiä



tarjotaan, niin että levinneisyys myöhemminä vuosina näyttää supistuvan. Vain suuntausten seuraaminen pidemmällä aikavälillä voi vahvistaa nämä suuntaukset. Tämä mahdollinen vääristymä voi olla vähemmän merkittävä HIV-testien suhteen, joita on ollut saatavana jo vuosia.

Hepatiitti B

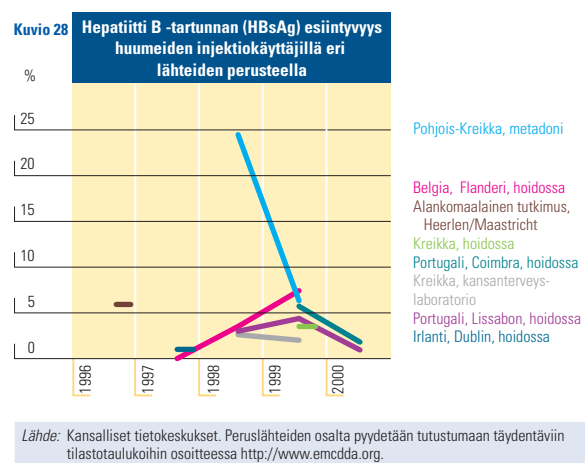
Myös hepatiitti B -viruksen (HBV) vasta-aineiden esiintyminen on melko yleistä, mutta näyttää vähemmän yhdenmukaiselta kuin HCV:n esiintyminen EU:n alueella. Hepatiitti B:n tapauksessa vasta-aineet osoittavat, onko henkilö joskus saanut tartunnan, toisin kuin HCV-tartunnoissa ja HIV-tartunnoissa, joissa vasta-aineet osoittavat yleensä senhetkisen tartunnan. HBV:n vasta-aineet voivat johtua myös rokotuksesta. Rokotuskäytännöt, jotka voivat vaihdella suuresti eri maissa, tulee siis ottaa huomioon HBV:n vasta-aineiden levinneisyyttä tutkittaessa. Ne, joilla ei ole vasta-aineita, ovat huumeita ruiskeina käyttävien riskiryhmä, ja heidät tulisi rokottaa. Huumeita ruiskeina käyttävien rokottaminen on erityisen tärkeää, koska hepatiitti B (ja hepatiitti A tai D) voi olla hyvin vaarallinen ja jopa hengenvaarallinen, mikäli henkilöllä on jo toinen hepatiittivirus, kuten HCV. EU:ssa 20–60 prosentilla huumeita ruiskeina käyttävistä on hepatiitti B:n vasta-aineita. Muutamien maiden antamat tutkimustiedot antavat viitteitä siitä, että huumeita ruiskeina käyttävistä vain 10–30 prosenttia olisi asianmukaisesti rokotettuja (5) (6) (7) (8). Tämän perusteella voidaan olettaa, että rokotuksilla voitaisiin saavuttaa huomattavia terveysetuja (24).

HBsAg:n levinneisyyttä (serologinen markkeri, joka osoittaa, että hepatiitti B -virus on yhä läsnä) on helpompi arvioida kuin HBV:n vasta-aineita. Se osoittaa senhetkisen hepatiitti B -tartunnan, joka voi olla joko tuore tai

krooninen. HBsAg:n taso osoittaa todennäköisyyttä saada vaikeita pitkäaikaisia komplikaatioita sekä sen todennäköisyyttä, että tauti leviää muihin ihmisiin ruiskeina käytettävien huumeiden riskikäytön tai seksuaalisen tartunnan kautta. HBsAg:n levinneisyydestä on tietoja vain muutamista maista, mutta se näyttää vaihtelevan paljon ja on joissakin tapauksissa korkea (kuviot 28). Pohjois-Kreikassa metadonihoitoa saavien huumeita ruiskeina käyttävien hepatiitti B -tartunnat ovat saattaneet levitä räjähdysmäisesti ennen vuotta 1998, koska niiden määrä oli tuolloin erittäin korkea, mutta laski voimakkaasti vuosina 1998 ja 1999. Belgiassa hoitoa saavia huumeita ruiskeina käyttäviä koskevat tiedot osoittavat, että HBV-infektiot (HBsAg) lisääntyivät tasaisesti vuosina 1997–1999. Portugalin tuoreet tiedot osoittavat, että HBV-infektioiden määrä on hiljattain vähentynyt. Norjan tietojen mukaan huumeita ruiskeina käyttävien HBV-infektiot (ja HAV) ovat lisääntyneet voimakkaasti.

Muut sukupuolitaudit, tuberkuloosi, endokardiitti ja klostriditulehdus

Muihin huumeita ruiskeina käyttävien yleisiin tartuntatauteihin kuuluu tuberkuloosi, joka ei leviä ruiskeiden välityksellä, mutta on erittäin yleinen huumeiden käyttäjillä Espanjassa ja Portugalissa, koska se liittyy läheisesti HIV-infektioon ja aidiin. Muita sukupuolitauteja, kuten syfilistä ja tippuria, saattaa myös esiintyä yleisesti huumeiden käyttäjillä, erityisesti kadulla työskentelevillä prostituoiduilla, mikäli he eivät saa matalan kynnyksen terveyspalveluja. Tämä voi levittää sairautta muuhun väestöön, sillä sukupuolitaudit ovat suuri riskitekijä myös HIV-tartuntojen suhteen. Huumeita ruiskeina käyttävillä on usein lisäksi runsaasti muita infektioita, jotka voivat olla hengenvaarallisia, kuten märkäpesäkkeet piikityskohdissa tai endokardiitti (sydämen sisäkalvon tulehdus), jotka ovat usein helposti hoidettavia, jos palveluita on saatavana.



(24) Kuvio OL 17: HBV-tartuntojen esiintyvyys huumeita ruiskeina käyttävillä EU:n jäsenvaltioissa (onlineversio).

Erittäin laaja *Clostridium novyi* -infektioiden epidemia sattui Skotlannissa, Irlannissa, Englannissa ja Walesissa vuoden 2000 huhtikuun ja elokuun välisenä aikana aiheuttaen 104 vakavaa sairaustapausta ja 43 kuolemantapausta nuorten keskuudessa. Taudin puhkeaminen liittyi luultavasti saastuneeseen heroiiniin ja tiettyihin ruiskutusmenetelmiin (lihaksensisäinen tai ihonalainen eikä suonensisäinen). Tämä osoitti dramaattisella tavalla, miten suuri vaara huumeita ruiskeina käyttävillä on saada vakavia terveysongelmia, jotka voivat olla paljon vakavampia ja hengenvaarallisempia kuin yleisemmistä huumeidenkäyttötavoista johtuvat terveysongelmat

Määräävät tekijät ja seuraukset

Huumeiden käyttö ruiskeina

Huumeiden käyttäjillä sellaiset infektiot kuin HIV-tartunnat ja B- ja C-tyypin hepatiitti leviävät pääasiassa huumeiden piikittämisen kautta. Tämä johtuu paljolti injektiovälineiden, kuten neulojen ja ruiskujen, sekä tarvikkeiden, kuten vanun, veden tai lusikoiden, lainaamisesta. Todennäköisesti huumeita ruiskeina käyttävät ovat erityisen alttiina HIV-tartuntojen ja hepatiitin nopealle leviämiselle silloin, kun injektioikäyttö lisääntyy.

Aids-epidemioiden ajankohta ja laajuus eri maissa saattaa määräytyä paljolti huumeiden injektioikäytön epidemioiden ajankohdan ja laajuuden mukaan. Huumeiden injektioikäytön epidemioita esiintyi aikaisemmin Pohjois-Euroopan maissa, kuten Alankomaissa (1970- ja 1980-luvuilla), mutta ne pysyivät kuitenkin suhteellisen suppeina, kunnes ne puhkesivat myöhemmin paljon laajempina Etelä-Euroopan maissa, kuten Espanjassa, Italiassa ja Portugalissa (1980- ja 1990-luvuilla). HIV-epidemioiden esiintyminen saattoi siis riippua herkästä tasapainosta huumeiden injektioikäytön epidemioiden ajankohdan ja laajuuden, aids-tietoisuuden (jota ei ollut aikaisempina vuosina) ja ehkäisevien toimien ajoituksen ja laajamittaisen käyttöön ottamisen välillä.

Huumeiden injektioikäyttö (Euroopassa lähinnä vain heroiinin tai heroiinin ja muiden aineiden sekakäyttö) saattaa myös riippua mieltymyksistä ja huumeiden käyttäjien kulttuurillisista tavoista tai markkinoilla saatavana olevan heroiinin tyypistä (liukenevuus veteen ja ruiskutettavuus). Myös hinnalla ja puhtaudella lienee merkitystä, koska heroiinin käyttö suonensisäisesti on tehokkaampaa ja siten heroiinin polttoa edullisempaa. Aidsin pelolla uskotaan olevan paljon vähemmän vaikutusta päätökseen käyttää ruiskeita.

Tällä hetkellä ei tiedetä, miten huumeiden injektioikäyttöä voitaisiin ehkäistä. Huumeiden injektioikäyttö tai heroiini-

in kaikenlainen käyttö voi johtua erilaisista henkilökohtaisista ja sosiaalisista tekijöistä, kuten käyttäytymiseen ja perheisiin liittyvistä ongelmista ja työttömyydestä. Korvaushoito voi kuitenkin olla tehokas tapa vähentää heroiinikäyttäjien injektioikäyttöä ja injektioikäytön riskikäyttäytymistä (9).

Huumeiden injektioikäyttö on vähentynyt voimakkaasti 1990-luvulla useimmissa muttei kaikissa maissa. Tämän seurauksena huumeiden injektioikäyttö (mitattuna hoitoon hakeutuvien opiaattien käyttäjien määrästä) vaihtelee suuresti Alankomaiden 10 prosentista Kreikan 70 prosenttiin. Tuoreita tietoja injektioikäytön suuntauksista ei ole saatavana muualta kuin Irlannista, jossa käyttö lisääntyy jatkuvasti ja seuraa huumeiden injektioikäyttöön liittyvien HIV-tartuntojen lisääntymistä.

Injektiovälineisiin liittyvä riskikäyttäytyminen

Huumeiden injektioikäyttäjillä tartuntojen leviäminen määräytyy pääasiassa ruiskujen riskikäytön mukaan, jota on erityisesti neulojen lainaaminen (käytetyn neulan antaminen tai vastaanottaminen toiselta henkilöltä). Tartunta voi johtua myös piikitysvälineiden, kuten veden, vanun tai lusikoiden lainaamisesta, mikä on luultavasti vielä merkittävämpää B- ja C-tyypin hepatiitin leviämisen kannalta. Epähygieeninen ruiskujen käyttö voi levittää hepatiittia esimerkiksi veren likaamista käsistä, pöydistä ja muista pinnoista, vaikka välineitä ei lainattaisikaan.

Riskikäyttäytymistä on myös *frontloading* tai *backloading* (heroiinin siirto ruiskusta toiseen annoksien tasaamiseksi). Alustavat tiedot neulojen lainaamisesta osoittavat, että huumeiden injektioikäyttäjät tekevät näin yleisesti ottaen hyvin usein: Alankomaissa 10–17 prosenttia (tuore arvio käytettyjen neulojen lainaamisesta), Irlannissa 64 prosenttia (neulojen lainaaminen neljän viimeisen viikon aikana) ja Englannissa ja Walesissa 75 prosenttia (neulojen ja tarvikkeiden lainaaminen) käyttäjistä (25). Suurimmassa osassa näistä tiedoista saatetaan lisäksi aliarvioida neulojen epäsuorasta lainaamisesta (*frontloading* tai *backloading*) ja muiden tarvikkeiden kuin neulojen lainaamisesta aiheutuneita vaaroja. Toisaalta neuloja vaihtavat usein vakituiset kumppanit, jotka tietävät, etteivät ole saaneet tartuntaa, mikä voi olla suhteellisen turvallista.

Seksuaalinen riskikäyttäytyminen

HIV-tartuntojen ja HBV:n leviäminen on paljon vähäisempää seksuaalisten kontaktien kuin neulojen lainaamisen kautta, ja HCV:n leviäminen seksuaalisten kontaktien kautta arvioidaan hyvin vähäiseksi. Kun tartunnan aste (levinneisyys) on kuitenkin huumeiden injektioikäyttäjillä

(25) Taulu 6 OL: Neulojen yhteiskäyttö injektioikäyttäjien keskuudessa eräissä EU:n jäsenvaltioissa (onlineversio).

Erityiskysymyksiä

suuri, HIV:n ja HBV:n seksuaalinen tartunta ja tartunta äidistä lapseen saattaa yleistyä. Huumeita ruiskeina käyttävät voivat muodostaa niin kutsuttuja ydinryhmiä tai infektioaskuja, joiden kautta taudit leviävät yleisemmin väestöön. Kondomi on tehokas tapa sukupuolitautien ehkäisemisessä. Kondomin käyttö on 1980-luvun jälkeen lisääntynyt huomattavasti huumeiden käyttäjillä ja erityisesti seksityöläisillä, jotka ilmoittavat käyttävänsä usein kondomia asiakkaittensa kanssa. Kondomia käytetään kuitenkin vähän henkilökohtaisten kumppaneiden kanssa, jotka ovat siksi suuressa vaarassa saada tartunnan.

Tartuntojen seuraukset ja kustannukset

HIV-tartunnan seuraukset ovat vakavat. HIV-tartunta johtaa aidsiin keskimäärin 10 vuotta tartunnan saamisen jälkeen, ja kustannukset henkilölle ja yhteiskunnalle ovat kroonisten infektioiden, sairaalahoitojen ja ennenaikaisen kuoleman johdosta suuret.

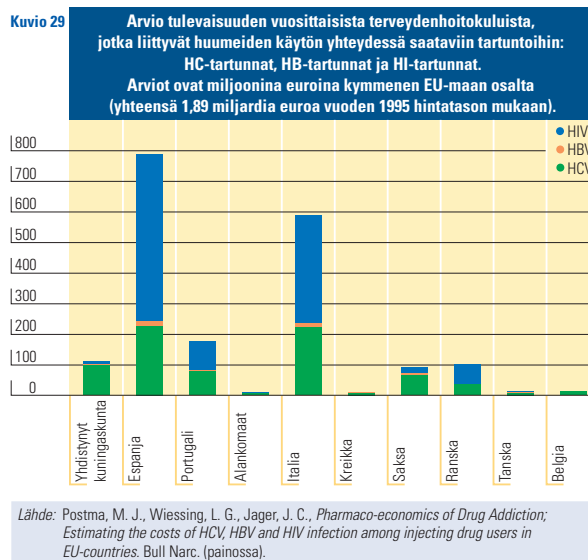
Hepatiitti B -infektio häviää useimmissa tapauksissa spontaanisti itsestään, mutta merkittävässä osassa tapauksista (2–8 prosenttia aikuisista, 10–15 prosenttia teini-ikäisistä ja paljon suurempi osuus lapsista) se johtaa krooniseen infektiin, joka pitkällä aikavälillä voi johtaa vakavaan maksasairauteen ja ennenaikaiseen kuolemaan. Koska hepatiitti B ja HIV voivat helposti tarttua seksuaalisten kontaktien välityksellä tai äidiltä lapselle, nämä huumeita ruiskeina käyttävien infektiot ovat vakava uhka koko väestölle.

Hepatiitti C säilyy useimmiten kroonisena (mahdollisesti 70–80 prosentissa tapauksista). Siksi huumeita ruiskeina käyttävät ovat tartuntojen merkittävä lähde. B- ja C-tyypin hepatiittitartunta voi aiheuttaa vakavan maksasairauden ja ennenaikaisen kuoleman pitkän ajan (vuosikymmenien) kuluessa. Eri hepatiittitartuntojen samanaikainen yhdistelmä (mukaan lukien hepatiitti A) voi olla erityisen vaarallinen ja johtaa usein maksan akuuttiin häiriötilaan ja kuolemaan.

Alustava arvio huumeisiin liittyvien HIV-, HBV- ja HCV-infektioiden vuosittaisista hoitokustannuksista on noin 0,5 prosenttia EU:n terveydenhuollon kokonaistalousarviosta (kuvio 29).

Haittojen vähentämien

Useimmissa EU:n jäsenvaltioissa haittojen vähentäminen, kuten steriilien neulojen, ruiskujen ja kondomien parempi saatavuus, HIV-neuvonta ja testaus, on auttanut pitämään huumeiden injektioikäyttäjien HIV-tartunnat kurissa. Kaikissa jäsenvaltioissa on saatavana myös



korvaushoitoa, joka voi vähentää huomattavasti ruiskujen käyttötiheyttä. Se on yleensä suun kautta annettavaa metadonilääkitystä. Korvaushoidon kattavuutta voitaisiin kuitenkin useimmissa maissa parantaa vielä huomattavasti (katso luku 2: Kysynnän vähentäminen, vieroitus- ja korvaushoito).

Vaikka on todisteita siitä, että haittojen vähentämistoimet ovat auttaneet vähentämään hepatiitti C:n levinneisyyttä huumeiden injektioikäyttäjien keskuudessa, sen leviämistä ei ole saatu kuriin (10). Hepatiitti C -infektion sitkeys nuorten huumeita ruiskeina käyttävien keskuudessa edellyttää innovatiivisia keinoja haittojen vähentämiseksi. Lääketieteellisesti valvottujen piikityshuoneiden ja kontrolloidun heroiinin jakelun aloittaminen ovat kaksi keinoa, joiden käyttöä harkitaan eräissä jäsenvaltioissa. Molemmat aiheuttavat kuitenkin eettisiä ja oikeudellisia ongelmia ja saattavat edellyttää muutoksia huumelakeihin. Näiden toimien tehokkuutta on vielä arvioitava maissa, joihin on perustettu piikityshuoneita (Alankomaat, Australia, Saksa, Sveitsi ja Yhdysvallat).

Tärkeä näkökohta haittojen vähentämistoimien saatavuuden arvioimisessa on palvelujen tarjonta huumeita ruiskeina käyttäville ja niiden kattavuus. Alustavat arviot huumeita ruiskeina käyttävien määrästä EU:n jäsenvaltioissa on saatu huumeiden ongelmakäytön arvioiden ja huumeita ruiskeina käyttävien, hoitoa saavien opiaattien käyttäjien osuuden perusteella. Näiden arvioiden avulla voidaan saada karkea kuva ruiskujenvaihto-ohjelmien tarjonnasta (jakelupisteistä) maittain (katso kuvio 30) ja ruiskunvaihto-ohjelman puitteissa vaihdettujen neulojen määrästä tuhatta huumeita ruiskeina käyttävää kohti vuosittain (26). Vaikka maakohtaiset arviot eivät ehkä ole

(26) Kuvio 18 OL: Arvio ruiskunvaihto-ohjelman kautta jaettujen/vaihdettujen ruiskujen määrästä huumeita ruiskeina käyttävää kohti vuodessa (onlineversio).

luotettavia, näyttää yleisesti siltä, että ruiskujen vaihto-ohjelmissa useimmissa maissa, joista tietoa on saatavana, ei kyetä toimittamaan riittävästi puhtaita neuloja niiden käyttäjille. Ainoana mahdollisena poikkeuksena tästä ovat Yhdistynyt kuningaskunta (Englanti ja Wales) ja Espanja.

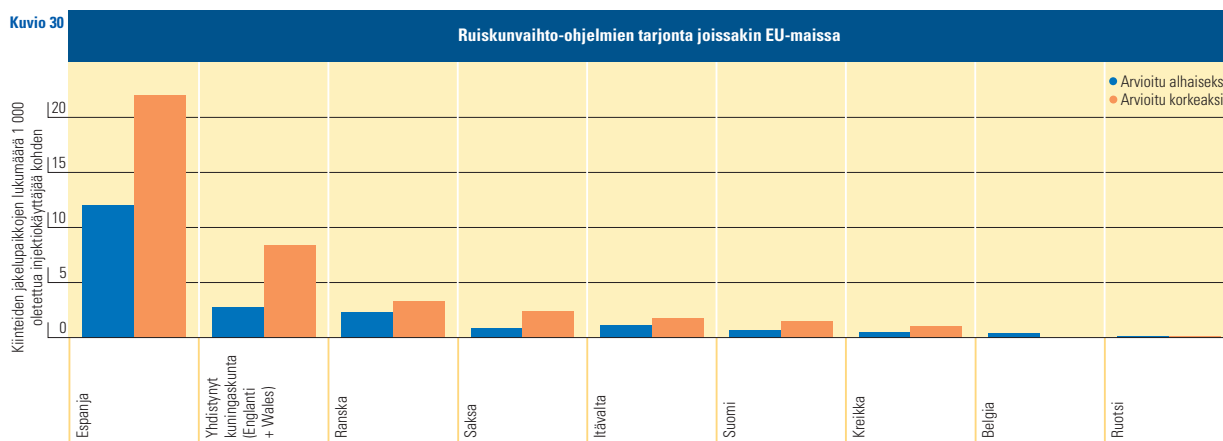
Eräissä ranskalaisessa tutkimuksessa arvioitiin, että huumeita päivittäin ruiskeena käyttävät (edellisenä kuukautena) ottavat keskimäärin 3,6 ruisketta päivässä, mikä merkitsee yli 1 300 ruisketta vuodessa huumeiden päivittäistä injektioikäyttäjä kohden. (93 % neulanvaihto-ohjelman käyttäjien otoksesta käytti huumeita ruiskeena päivittäin) (11). Tämä keskiarvo saattaa kuitenkin riippua paljolti ruiskutetuista aineista (opiaattien käyttäjät, jotka käyttävät myös kokaiinia, voivat ottaa ruiskeita useammin) ja tuloista (vähätuloiset huumeiden injektioikäyttäjät saattavat ruiskuttaa paljon vähemmän). Parempia maakohtaisia arvioita tarvitaan huumeita ruiskeina käyttävien määrästä ja ruiskeiden määrästä, jotta voidaan arvioida ruiskujenvaihto-ohjelmien kattavuus ja siten niiden kyky ehkäistä tehokkaasti huumeisiin liittyviä infektioita (27) (28).

Lähteet

- (1) Darke, S., Kaye, S., Ross, J., Transitions between the injection of heroin and amphetamines, *Addiction*, Vol. 94, 1999, s. 1795–1803.
- (2) Doherty, M. C., Garfein, R. S., Montoroso, E., Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults, *J Urban Health*, Vol. 77, 2000, s. 396–414.
- (3) Thomas, D. L., Strathdee, S. A., Vlahov, D., Long-term prognosis of hepatitis C virus infection, *JAMA*, Vol. 284, 2000, s. 2592.
- (4) Freeman, A. J., Dore, G. J., Law, M. G. et al., Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C virus infection, *Hepatology*, 2001, (painossa).
- (5) European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons, toinen vuosikertomus, 1998.
- (6) Lamagni, T. L., Davison, K. L., Hope, V. D. et al., Poor hepatitis B vaccine coverage in IDUs, England 1995 and 1996, *Comm Dis Public Health*, Vol. 2, 1999, s. 174–177.
- (7) Fitzgerald, M., Barry, J., O’Sullivan, P., Thornton, L., Blood-borne infections in Dublin’s opiate users, *Ir J Med. Sci.*, Vol. 170, 2001, s. 32–34.
- (8) Italian kansallinen seurantakeskus (vuoden 2000 kansallinen raportti EMCDDA:lle).
- (9) Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., Alcabes, P., Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV, *AIDS*, Vol. 12 (Suppl. A), 1998, s. S217–S223.
- (10) Taylor, A., Goldberg, D., Hutchinson, S. et al., Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990–96: are current harm reduction strategies working?, *J Infect*, Vol. 40, 2000, s. 176–183.
- (11) Valenciano, M., Emmanuelli, J., Lert, F., Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France, *Addiction*, Vol. 4, s. 597–606.

Synteettiset huumeet

Tässä jaksossa täydennetään vuosiraportin muissa jaksoissa annettuja tietoja ja analyysjä yhteenvedolla, jossa kootaan yhteen synteettisten aineiden pääkysymykset, ongelmat ja haasteet.



Lähde: Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in Europe, Lissabon, EMCDDA, 2001.

(27) Taulu 7 OL: Ruiskunjakelupalvelujen tarjonta, käyttö ja kattavuus huumeita ruiskeina käyttäville sekä apteekkien kattavuus joissakin Euroopan maissa. Kansallisten seurantakeskusten ilmoitukset, 2000 (onlineversio).

(28) Taulu 8 OL: HIV-neuvonnan ja -testien, HIV-hoidon ja HBV-rokotusten tarjonta huumeita ruiskeina käyttäville eräissä Euroopan maissa. Kansallisten seurantakeskusten ilmoitukset, 2000 (onlineversio).

Mitä synteettiset huumeet ovat?

Termi *synteettinen huume* viittaa tarkkaan ottaen psykoaktiivisiin aineisiin, jotka valmistetaan sellaisen kemiallisen prosessin avulla, jossa oleellisia psykoaktiivisia ainesosia ei oteta luonnossa esiintyvistä aineista. Termiä *synteettinen huume* alettiin käyttää tanssi- ja vapaa-ajan huumeiden synonyyminä, kun synteettinen ekstaasi (MDMA) ja muita rengassubstituoituja amfetamiineja ilmaantui kevyiden tanssihuumeiden joukkoon. Näissä piireissä käytetään kuitenkin myös luonnonraaka-aineista saatuja huumeita, kuten kannabista, kokaiinia ja taikasieniä. Perinteisiä synteettisiä laittomia huumeita ovat amfetamiinit ja lysergihapon dietyyliamidi (LSD), kun taas ekstaasilla (MDMA) ja muilla Alexander Shulkinin Pihkal-listaan ⁽¹⁾ otetuilla huumeilla on paljon lyhyempi laittoman käytön historia. Yleinen pelko toisten, uudempien synteettisten aineiden, joita voitaisiin myydä vaihtoehtoina MDMA:lle tai lisätä MDMA-tabletteihin, valmistuksen mahdollisuudesta on kasvamassa. Monien synteettisten aineiden valmistamisen helppous asettaa haasteen tarjonnan valvomiselle, koska laboratorioita voi perustaa ja siirtää suhteellisen helposti.

Joillakin synteettisillä huumeilla (ei kaikilla) on aistiharjoja aiheuttavia vaikutuksia, ja ne voivat joko stimuloida tai rauhoittaa keskushermostojärjestelmää. GHB:n

tapauksessa vaikutus on rauhoittava. On olemassa myös synteettisiä opiaatteja, kuten metadoni, petidiini (MPPP, MPTP), fentanyyli, 3-metyylifentanyyli ja niin edelleen.

”Designer-huumeet” ovat valvottujen huumeiden kemiallisia analogeja. Laittomat valmistajat muuttavat hieman kielletyn aineen molekyyliarakennetta, jotta sen avulla saataisiin samanlaisia tai voimakkaampia farmakologisia vaikutuksia ja vältettäisiin näin syytteet. Uusia synteettisiä huumeita koskeva EU:n yhteinen toiminta (katso laatikko sivulla 49) käynnistettiin kesäkuussa 1997 tarkoituksena estää ja/tai rajoittaa tällaisten käytäntöjen laajentuminen.

Amfetamiinit ovat synteettisiä huumeita. Niitä voidaan käyttää ruiskeina, kuten tehdään Suomessa ja Ruotsissa, tai tablettien tai jauheen muodossa. Amfetamiineja sekoitetaan usein ekstaasin tyyppiisiin tabletteihin MDMA:n tai sen analogien kanssa.

Metamfetamiinit ovat amfetamiinien metyylijohdannaisia (pääasiassa muttei ainoastaan ei-rengassubstituoituja). Niihin kuuluvat ”metedriini” sekä ”kristalli” ja ”jää”, jotka ovat poltettavia muotoja.

⁽¹⁾ Shulgin, A. ja A., *Pihkal: A chemical love story*, Transform Press, 1991.

Käytön leviäminen

Vaikka vuoden 2000 yleiskuva vahvistaa, että synteettisten huumeiden käytön leviäminen EU:ssa on yleisesti vakiintunut, ekstaasin käytön voidaan havaita yhä lisääntyvän eräillä alueilla, joissa kaupungit ja lomapaikat todennäköisimmin houkuttelevat nuoria eurooppalaisia matkailijoita sijaintinsa ja nuorille suunnatun ohjelmatarjonnan vuoksi. Yleensä kaupungistuneet alueet, missä nuorisokulttuuri on vakiintunutta, voivat tarjota ympäristön, johon vapaa-ajan huumeet kiinnittyvät ja jossa ne kehittyvät.

Laadullisten tutkimusten ristiinanalysointi osoittaa, että synteettisten aineiden kulutus on levinnyt ”teknoympäristöstä” diskoihin, yökerhoihin ja myös yksityisiin ympäristöihin. Muistakin käyttötilanteista on ilmoitettu. Esimerkiksi vuonna 1998 tehty tutkimus osoittaa, että Kreikassa 35 prosenttia ekstaasia käyttävistä opiskelijoista on käyttänyt huumetta jalkapallo-otteluissa.

Käyttäytyminen ja käyttötavat

Voimistuvana käyttäytymisen suuntana on, että tietyn yksittäisen huumeen muita runsaamman käytön sijasta eri huumeita käytetään tarpeen ja tilanteen mukaan.

Muutamissa jäsenmaissa korostetaan, että nuorison käyttäytymisen muodot muuttuvat ja että näitä muotoja olisi tutkittava tarkemmin.

- Useimmat maat korostavat väestön nopeasti muuttuvia tapoja kokeilla ja yhdistellä eri aineita, jotta voitaisiin päästä ”pilveen” ja/tai tasapainottaa aineiden vaikutuksia.
- Alankomaissa selvitetään parhaillaan ”ekstaasiin väsymistä”. Tähän suuntaukseen voi olla monia syitä, esimerkiksi se, että ei ole olemassa tuotteen logoon perustuvaa varmuutta tuotteen tarkasta sisällöstä tai sitten ihmiset ovat tietoisempia (median ansiosta) aineen kielteisistä sivuvaikutuksista mielentilaan ja tunteisiin. On myös esitetty kysymys siitä, onko kokaiini vaihtoehto perusstimulanttina, jolla on säännölliset ja tunnetut vaikutukset. Kokaiinin ja alkoholin yhdistelmää pidetään kokeneiden käyttäjien mukaan ”hyvänä sekoituksena”, kun taas ekstaasin ja alkoholin yhdistelmää pidetään vaikeampana hallita.
- Ekstaasin ongelmakäyttäjien osalta muutamat riippuvuutta käsittelevät tutkimukset osoittavat, että aineen mahdollisella riippuvuudella aiheuttavalla ominaisuudella

della on vähemmän merkitystä kuin siihen liittyvillä ei-kemiallisilla ja käyttäytymistä koskevilla riippuvuuden muodoilla.

Kaikki jäsenvaltiot painottavat strategioita luodessaan, että on tärkeää tehdä ero synteettisten huumeiden eri käyttäjäryhmien välillä. Alustava ja hyvin laaja ekstaasin käyttäjien luokittelu voidaan esittää.

- Suurkuluttajat. Vaikka MDMA aiheuttaa vähän riippuvuutta, käyttäjien vähemmistöllä on pakonomaisia käyttäytymistapoja – useammin kuin kerran viikossa, enemmän kuin yksi pilleri kerralla, monien eri aineiden sekakäyttö, intensiivinen juhlinta läpi viikonlopun ja unenpuute. He kuuluvat usein verkostoon, jossa huumeiden käyttö on hyvin yleistä.
- Varovaiset käyttäjät. He käyttävät huumetta melko vähän.
- Satunnaiset käyttäjät. Heillä on melko vähän tietoa mahdollisista vaaroista.

Laillisten ja laittomien aineiden yhdistelevä käyttö on sellaisten nuorten yleinen käyttäytymismalli, jolla on aktiivisesti juhлива elämäntapa (baarit, diskot, rave-juhlit, teknouhlit ja yksityiset juhlit). Pääsuuntauksena on monikäyttö – monien eri aineiden, synteettisten tai muiden kuin synteettisten aineiden sekoittaminen tai vaihtelu – ja monikäytön ”itsehallinta” vaihtelevissa yhteyksissä on vallitseva käyttäytymismalli.

Siirtyminen yhden tuotteen käytöstä toiseen ja monikäytötävät liittyvät tietyssä määrin eri aineiden saatavuuteen. Toimitaan myös tilanteen mukaan. Usein tietyn aineen saamiseksi käytetään henkilökohtaisia tai ryhmänsäisiä toimintatapoja. Ryhädynamiikan merkitys on suuri.

Olisi tehtävä ero aineiden, joiden uskotaan sopivan paremmin musiikkitapahtumiin, sekä muiden huumeiden (kuten tanssin jälkeen nautittavien huumeiden ja muiden kuin tanssin yhteydessä nautittavien huumeiden) ja niiden aineiden välillä, joita kokeillaan uudessa ryhmässä kokeneiden käyttäjien johdolla, joilla on ainakin jonkin verran kokemusta annostuksesta ja sivuvaikutuksista. Muutamien synteettisten huumeiden kohdalla tällaisen ympäristön puuttuminen voisi merkitä suurempaa vaaraa.

Aineiden saatavuus

MDMA on ekstaasimarkkinoilla yhä suosittu tuote, ja sitä on useilla eri tunnuksilla ja nimillä varustettuna. Esimerkiksi Saksan rikospoliisilaboratorio Wiesbadenissa,

joka seurasi Mitsubishin kolmen timanttitriangelin leimalla varustettujen tablettien käyttöä, on laatinut listan yli 200:sta eri lopputuotteesta.

Takavarikkojen, toksikologisten analyysien ja ehkäisytiimien tanssipaikoilla suorittamien pilleritestien avulla on löydetty yliannostettuja MDMA-tabletteja. Näin on saatu tietoja pillerien ominaisuuksista nopeasti levitettäväksi kaikkiin EU:n jäsenvaltioihin käyttämällä varhaisvaroitussjärjestelmää.

Tarkasti seurattava suuntaus on psykotrooppisten lääkkeiden, kuten ketamiinin, joutuminen laillisten markkinoiden ulkopuolelle.

Amfetamiinin (”spiidi”, amfetamiinisulfaatti) on havaittu olevan vähemmän puhdasta ja vaikeammin saatavissa. Skandinavian maat ovat yhä ruiskeena otettavan amfetamiinin ja Yhdistynyt kuningaskunta muun amfetamiinin pääasiallisia markkinoita.

Metamfetamiinien keskimääräinen kulutus on yhä melko vähäistä EU:n alueella. Europolin ⁽²⁹⁾ mukaan todisteita tuotannosta (purettuja laboratorioita) on kuitenkin löydetty Saksasta ja Alankomaista. Myös Virossa ja erityisesti Tšekin tasavallassa on ollut tuotantoa ja salakuljetusta. Metamfetamiini, jota on luultavasti valmistettu Tšekin tasavallassa, on korvannut asteittain kuluttajien käyttämän amfetamiinin Tšekin tasavaltaa lähellä olevissa Saksan Baijerin ja Saksin-Anhaltin osavaltiossa. Saksan Alankomaiden, Suomen ja Ruotsin lainvalvontaviranomaiset ilmoittivat vuonna 1999 Europolille useista tämän aineen takavarikoista.

LSD:n ja muiden hallusinogeenien markkinat ovat vakiintuneet tai pienentyneet useimmissa EU-maissa, mutta ne ovat yhä läsnä huumemarkkinoilla.

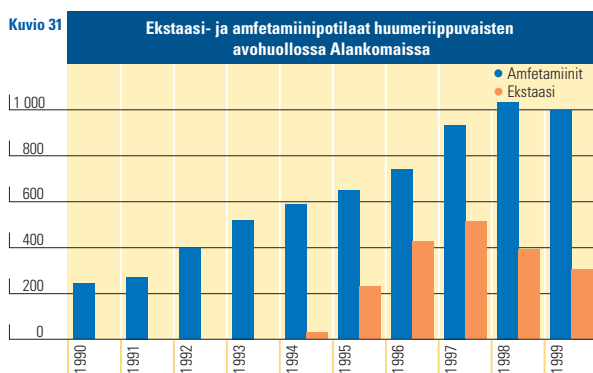
Hoitotiedot

Hoitotiedot, jotka antavat viitteitä huumeiden käytön ongelman laajuudesta, tarjoavat hyvin vähän tietoa synteettisistä huumeista lukuun ottamatta ruiskeena käytettävää amfetamiinia. Hoidon kysyntämaininnoissa ekstaasin on tuskin koskaan havaittu olevan pääasiallisen huume. Yleensä potilaat ovat huumeiden monikäyttäjiä. Suomessa ja Ruotsissa pääasiallisesti amfetamiinin käytöstä johtuva hoidontarve voidaan selittää sillä, että näissä maissa on amfetamiinisulfaatin injektioikäytön perinne.

Alankomaissa aloitettiin ekstaasin käytön rekisteröiminen vuonna 1994 ja vuonna 1995 se rekisteröitiin täysin

⁽²⁹⁾ Europolin vuosikertomus 2000, Haag, Alankomaat.

Erityiskysymyksiä



avohoitajärjestelmässä. Kuviot osoittavat, että ekstaasista aiheutuva hoidontarve on laskenut vuoden 1997 jälkeen, ottaen huomioon, että ilmeinen alkuvaiheen nousu kahtena edellisenä vuotena saattoi ainakin osittain johtua tehostetusta rekisteröinnistä. Ekstaasin käyttäjien osuus kaikista huumeasiakkaista on kuitenkin van yksi prosentti (amfetamiinien osuus on 3,1 prosenttia). Vuonna 1999 ekstaasin toiseksi huumeeksi ilmoittavien asiakkaiden määrä oli kaksi kertaa niin suuri kuin sen pääasialliseksi huumeeksi ilmoittavien määrä. Tämä vahvistaa, että ekstaasin käyttäjät ovat tyypillisesti monikäyttäjiä.

Terveysriskit

Harvoista ja huonosti dokumentoiduista tiedoista huolimatta voidaan todeta, että ekstaasin tapaisilla aineilla saattaa olla akuutteja sivuvaikutuksia erityisesti, kun niitä käytetään yhdessä muiden laillisten tai laittomien huumeiden (kuten GHB:n ja alkoholin) kanssa, kun niitä sekoitetaan muihin potentiaalisesti vähemmän akuutteja sivuvaikutuksia aiheuttavien huumeiden kanssa tai kun tabletteja otetaan kohtuuttoman paljon tai/ja toistuvasti lyhyen ajan kuluessa.

Kliinikot korostavat riskikäyttäytymisen merkitystä (kuten pakonomainen tarve päästä "pilveen" ja tietämättömyys aineen koostumuksesta ja/tai vaikutuksista) enemmän kuin tietyn yhteyksistään irrotetun aineen myrkyllisyyttä ja käyttötapoja. Henkilökohtaisella terveydentilalla voi olla myös vaikutusta.

Useimmissa tapauksissa diagnoosina on polyintoksikaatio, jolloin ei ole mahdollista osoittaa jonkin aineen merkitystä toista suuremmaksi.

Jotta voitaisiin ymmärtää akuuttien myrkytystapausten luonnetta ja mahdollisia pitkän aikavälin vaaroja sekä niissä usein ilmeneviä neurologisia ja psyykkisiä ongelmia, kliinikot pyrkivät nykyisin seuraamaan ekstaasia – yleensä sekaisin muiden huumeiden kanssa – käyttävien nuorten myrkytystiloja, jotka eivät johda kuolemaan.

Pitkäaikainen käyttö saattaa aiheuttaa haittavaikutuksia. Palautuvista ja palautumattomista vaikutuksista aivoihin keskustellaan yhä. Runsaasti ekstaasia käyttävillä on havaittu yhä useammin merkkejä serotonergisten neurotien vahingoittumisesta. Kliiniset merkit viittaavat kognitiivisiin vaurioihin, mutta tutkimushankkeita tällä alueella (meneillään Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Yhdysvalloissa) on yhä vähän ja nekin ovat pahasti kesken.

Synteettisten huumeiden käyttöön liittyvät kuolemat

Sen jälkeen, kun kenttätyö ja muita ehkäisytöitä on käynnistetty tekno- ja house-tapahtumissa sekä juhlissa, on kuolemaan johtavien tapausten määrän havaittu laskeutuneen 1990-luvun alkuun verrattuna ainakin maissa, joissa kirjattiin hätätapauksia ja ilmoitettiin niistä.

Amfetamiinin tai fenyylipropanoliamiinin johdannaisten ilmeinen yliannostus, jossa nämä johdannaiset katsottiin pääasialliseksi kuolemansyyksi, aiheutti 50 prosenttia kuolemaan johtaneista tapauksista Alankomaissa vuosina 1994–1997. Jäljelle jäävissä tapauksissa amfetamiinin johdannaiset olivat mukana, mutta kuoleman aiheuttivat muut huumeet ja/tai alkoholi tai tuntemattomat syyt.

Yhden uuden synteettisen huumeen, 4-metyyliamfetamiinin (4-MTA, jonka katunimi on *flatliner*) on todettu olevan mukana useissa kuolemissa EU:ssa (neljä kuolemaa Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja yksi Alankomaissa). Toinen "uusi" synteettinen huume, GHB (gamma-hydroboksyyraatti) on myös yhdistetty joihinkin kuolemiin, yleensä yhdessä alkoholin tai muiden huumeiden kanssa. Näitä kahta ainetta on seurattu ja niiden vaaroja arvioitu EU:n uusia synteettisiä huumeita koskevan yhteisen toiminnan puitteissa (katso laatikko sivulla 49).

Ratkaisut

Synteettisten huumeiden käytön vastaisia toimia on organisoitu eri toimintatasoilla.

Ensiehkäisytyö keskittyy synteettisiä aineita koskevan tiedon tarjoamiseen, ja se toteutetaan yleensä julkisilla kampanjoilla ja koulukäynnillä.

Haittojen vähentäminen ja kenttätyö vapaa-ajan ympäristössä sisältää jäädyttelyhuoneita, pilleritestausta, tiedotteita ja esittelypisteitä. Teknopiireissä on myös "itsetukialoitteita", joilla erilaisissa musiikkitahtumissa pyritään tarjoamaan tietoa synteettisistä huumeista ja niihin liittyvistä aineista.

Käyttäjien valistaminen aineiden sekoittamisen vaaroista (erityisesti alkoholin vaaroista) ja uusien nuorisoriskiryhmien varhainen havaitseminen katsotaan nyt erittäin tärkeäksi.

Nopeiden terveydenhuollon toimenpiteiden tavoitteena on tarjota kohdennettua ehkäisevää valistusta, joka antaa ensiapuosastoilla ja myrkytyskeskuksissa työskentelevälle henkilökunnalle, lääkäreille ja kentällä työskentelevälle terveydenhoitohenkilökunnalle mahdollisuuden havaita ja hoitaa paremmin akuutteja myrkytystapauksia. Ranskassa Médecins du Monde -järjestö on vuodesta 1998 tarjonnut lääketieteellistä apua rave-juhlissa ja muissa "free-juhlissa". Ongelmana on akuutteja myrkytystapauksia koskevan kliinisen kirjallisuuden puute ja se, että henkilön aikaisempaa sairauskertomusta ei voida käyttää.

Vaikka "uusilla" (uudet käyttäjät tai kokeneet käyttäjät, joita hoitokeskuksissa ei tunneta) huumeiden käyttäjillä on vähemmän ongelmallinen huumeidenkäytön profiili, heille voidaan tarjota parempaa tietoa siitä, miten tunnistetaan huumeiden ongelmakäytön merkit ja avuntarve. Oman terveydentilan seuraaminen, tietoisuus kontrollin

menettämisestä "itsehallitussa" käytössä ja tietämys neuvontapalvelujen saannista ovat mahdollisia indikaattoreita, joita voidaan yhdistää ehkäisevään kenttätööhön. Erilaisten tarjolla olevien hoitojen puute ja/tai niiden sopimattomuus voivat rajoittaa tällaisten toimien tehokkuutta.

Tarjonnan vähentäminen

Europolin mukaan (vuosikertomus 2000) Alankomaat on yhä ekstaasin pääasiallinen tuotanto- ja vientimaa. Vuonna 1999 havaittiin 36 tuotantopistettä. Samana vuonna hävitettiin neljä laboratoriota Belgiassa, kaksi Espanjassa ja yksi Saksassa. Yksi suurimmista koskaan löydettyistä amfetamiinilaboratorioista hävitettiin Kreikassa helmikuussa 2000. Tuotantoa ja vientiä on myös joissakin Itä-Euroopan maissa (Bulgaria, Puola ja Tšekin tasavalta) ja Baltian maissa.

Esimerkkinä kerrottakoon, että 10–20 prosenttia synteettisistä huumeista Yhdistyneen kuningaskunnan markkinoita varten valmistetaan maan sisällä, kun loput arvioidaan valmistettavan mantereella (lähinnä Belgiassa ja Alankomaissa) ja niiden arvioidaan saapuvan maahan Englannin kanavan satamista tai lentokentiltä.

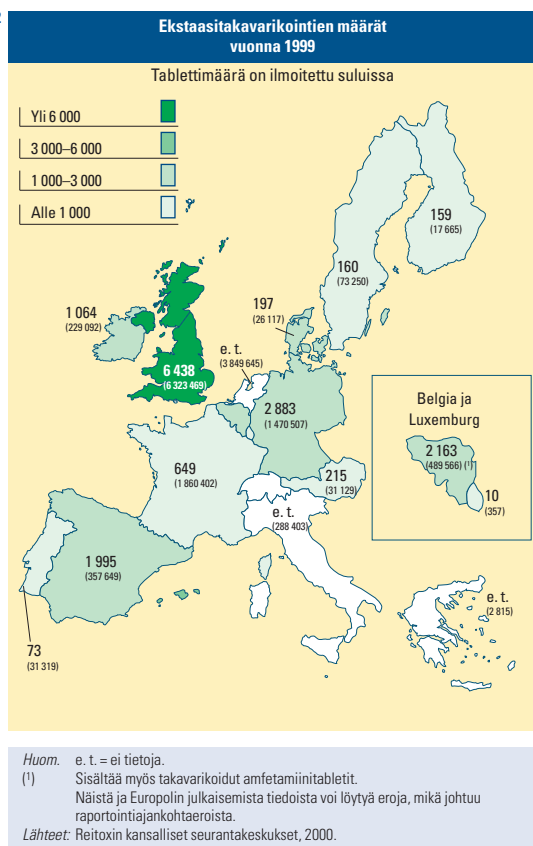
Keskimääräinen ekstaasina markkinoitujen tablettien tukkuhinta (kilohinta) vaihtelee neljästä viiteen euroon tablettilta minimihinnan ollessa yksi euro Portugalissa ja maksimihinnan 13 euroa Tanskassa⁽³⁰⁾. Keskimääräinen vähittäishinta vaihtelee 4–28 euron välillä grammalta minimihinnan ollessa 4 euroa Alankomaissa ja maksimihinnan 34 euroa Tanskassa.

Uusia aloitteita ja haasteita politiikan laittamiseen

Synteettiset huumeet ovat politiikan parrasvaloissa, vaikka tieteellistä todistusaineistoa niiden aiheuttamasta vaarasta kansanterveydelle on vain vähän. Niiden suuret käyttömäärät sosiaalisesti yhtenäisissä ryhmissä, niiden asema viitekehystenä nuorisokulttuurissa ja se, että tuotanto ja salakuljetus tapahtuu Euroopassa (sisäiset ja ulkoiset markkinat), asettaa EU:lle voimakkaan paineen toteuttaa vastuullisia toimia.

Synteettiset aineet ja arviot niiden vaaroista sisällytetään yhä suuremmassa määrin laajempaan kuvaan muuttuvista toimintamalleista ja käyttäytymistavoista, alakulttuureista ja kehityssuunnista. Tämä on johtanut seuraaviin toimiin:

Kuvio 32



⁽³⁰⁾ Uusin tieto: 07/1999. Hinnat vaihtelevat jäsenvaltioittain puhtausasteen, ostetun määrän ja ostopaikan mukaan.

(Lähde: Europol, vuosikertomus 2000.)

Uusia synteettisiä huumeita koskeva EU:n yhteinen toiminta

EU:n yhteisen toiminnan ”varhaisessa varoitusjärjestelmässä”, jolla pyritään keräämään ja välittämään nopeasti tietoa uusista synteettisistä huumeista, havaittiin, että vuosina 1998–2000 Euroopan unionin laittoimille markkinoille ilmestyi useita aineita. EMCDDA ja Europol esittivät Euroopan unionin neuvoston horisontaaliselle huumausainetyöryhmälle yhteiset edistymisraportit, joissa oli yhteenveto alustavassa vaiheessa kerätyistä tiedoista. Toisessa vaiheessa, neuvoston pyynnöstä, EMCDDA:n laajennettu tieteellinen komitea teki riskiarvioinnin neljästä havaitusta aineesta: MBDB:stä, 4-MTA:sta, GHB:stä ja ketamiinista.

Riskinarviointiraportin ja Euroopan komission lausunnon perusteella yhteen uuteen synteettiseen aineeseen (4-NTA) sovelletaan valvontatoimia kaikissa EU:n jäsenvaltioissa neuvoston 13. syyskuuta 1999 tekemän päätöksen perusteella.

Yhteisen toiminnan ”varhaisen varoitusjärjestelmän” puitteissa on havaittu muita uusia synteettisiä aineita, kuten PMMA, 2-CT-5 ja 2-CT-7, ja niitä valvoo EMCDDA yhdessä Europolin kanssa läheisessä yhteistyössä Euroopan komission ja Euroopan lääkearviointiviraston EMEAn kanssa.

Koska yhteinen toiminta on väline määrittäessä, onko jokin aine syytä asettaa valvontaan EU:n tasolla, se tarjoaa jäsenvaltioille ja yhteisön toimielimille vapaa-ajan huumeiden käyttöä koskevia säännöllisiä katsauksia ja antaa varhaisia viitteitä synteettisten huumeiden salakuljetuksen suuntauksista. Riskinarviointitoimet tarjoavat poliittisille päättäjille luotettavaa materiaalia, joka auttaa heitä harkitsemaan mahdollisia vaihtoehtoja lainvalvonnan ja ehkäisevien toimien tasapainottamiseksi.

- Tehokkaiden kommunikaatiokanavien perustaminen kaikkien nopean toiminnan järjestelmissä mukana olevien välille.
- Paremmen tiedonkulun järjestäminen tieteelliseen tutkimukseen perustuvan tiedon ja poliittisten toimien välille.
- Synteettisiä huumeita ja yleisesti huumeiden käytön uusia suuntauksia koskevan erityistiedon saatavuuden parantaminen kansallisista ja paikallisista levinneisyysarvioista ja hoidontarvetta koskevista tiedoista ja ottamalla myös huomioon hoitopalvelujen pääasiallisen kohdistamisen opiaattien käyttäjiin.

Keski- ja Itä-Euroopan maiden huumeongelma

Tässä luvussa käytetään hyväksi Phare-ohjelmaan kuuluvasta usean edunsaajan huumausaineohjelmasta saatua tuoretta tietoa. Tällä hetkellä EMCDDA:n ja ehdokasmaiden välinen kumppanuus on siirtymävaiheessa, jonka aikana suoraa teknistä yhteistyötä laajennetaan niin, että voidaan edelleen kehittää kansallisten huume tietojärjestelmien institutionaalista perustaa, vahvistaa suhteita ja luoda pysyviä rakenteellisia yhteyksiä.

Tilanne ja suuntaukset

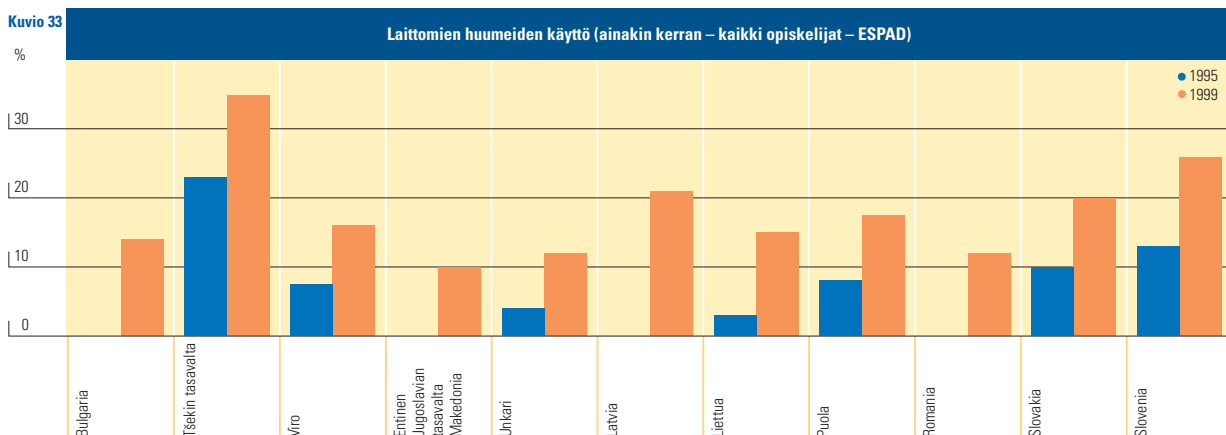
Vuoden 2000 pääsuuntaukset olivat seuraavat:

- ainakin kerran laittomia huumeita kokeilleiden henkilöiden, varsinkin koululaisten, osuuden kasvu
- pääasiassa opiaattiriippuvuutta koskevan hoidon tarpeen lisääntyminen
- käyttötapojen muuttuminen niin, että tuontiheroiini valtaa alaa paikallisesti valmistetuilta opiaateilta
- huumeiden käytön leviäminen suurista kaupunkikeskuksista kaikille alueille

- laittomien huumeiden salakuljetukseen ja kauttakuljetukseen liittyvien ongelmien ja haasteiden lisääntyminen.

Huumeiden levinneisyys ja käyttötavat

Euroopan kouluissa vuosina 1995 ja 1999 tehdyllä alkoholilla ja muilla päihteillä koskevalla kyselytutkimuksella (ESPAD) kerättyjen tietojen mukaan laittomia huumeita ainakin kerran käyttäneiden 15–16-vuotiaiden koululaisten määrä kaksinkertaistui samana aikajaksolla kaikissa Keski- ja Itä-Euroopan maissa (KIE-maat) paitsi Tšekin tasavallassa, jossa levinneisyys oli ennestään melko suuri ja lisääntyi puolitoistakertaisesti (ks. kuvio 33).



Taulukko 4 Koululaisten kokemus (ainakin kerran) ekstaasin, amfetamiinien ja LSD:n käytöstä, ESPAD 1995–1999

	Ekstaasi		Amfetamiinit		LSD	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Bulgaria	–	1	–	1	–	1
Tšekin tasavalta	0	4	2	5	2	7
Viro	0	3	0	7	1	3
Entinen Jugoslavian tasavalta Makedonia	–	1	–	0	–	1
Unkari	1	3	0	2	1	4
Latvia	0	6	0	4	0	4
Liettua	0	4	0	2	0	2
Puola	0	3	2	7	1	5
Romania	–	0	–	0	–	0
Slovakia	–	2	0	1	0	4
Slovenia	1	4	0	1	1	3

Tämä kasvu osoittaa kannabiksen käytön lisääntymistä. Se on edelleen yleisin teini-ikäisten käyttämä huume.

Samaan aikaan on todettu merkittävä, tosin pienempi, kasvu ekstaasin, amfetamiinin ja LSD:n käytössä (taulukko 4).

Jotkin kaupungeissa tai kohdistetummissa alaryhmissä kerätyt tiedot osoittavat, että synteettisten huumeiden käytön levinneisyys voi olla laajempaa kuin kansallisissa luvuissa oletetaan, vaikka tarkkaa tietoa käyttäjien määrästä väestössä ei ole saatavana.

Liettuaissa ESPAD:n vuonna 1999 tekemän tutkimuksen mukaan mitä tahansa laiton huumetta ainakin kerran käyttäneiden koululaisten osuus oli 22,7 prosenttia Vilnassa ja 23,9 prosenttia Klaipedassa, kun kansallinen keskiarvo oli 15,5 prosenttia.

Tšekin tasavallassa Prahassa teknojuhliissa vuosina 1998 ja 1999 tehdyn tutkimuksen mukaan amfetamiinia ainakin kerran käyttäneiden osuus oli 44,5 prosenttia, ekstaasia käyttäneiden 35,7 prosenttia ja hallusinogeenia käyttäneiden 47,7 prosenttia (kansallisella tasolla tehdyssä ESPAD-tutkimuksessa vastaavat luvut olivat 5 prosenttia, 4 prosenttia ja 7 prosenttia).

Hoidon tarve

Hoidon tarve (enimmäkseen opiaattien käytöstä johtuva) näyttää vieläkin lisääntyvän.

On kuitenkin korostettava, että kulutusmallit, kuten ongelmalliset aineetkin, voivat vaihdella huomattavasti maasta toiseen ja alueelta toiselle.

Saatavuus

Suuret takavarikot Balkanin reitillä ja Keski-Euroopassa vuosina 1999 ja 2000 vahvistavat alueen merkityksen heroiinin kauttakuljettamisessa ja säilytyksessä. On huomattava, että Bulgarian viranomaisten vuonna 2000 takavarikoiman heroiinin kokonaismäärä oli 2 079 kilogrammaa, joka on enemmän kuin edeltäneinä kuutena vuotena. Useimmat näistä takavarikoista tehdään tärkeimmällä Turkin rajalla sijaitsevalla tarkastusasemalla. Vastaavaa kasvua ei ole voitu havaita muualla Balkanin reitillä. Heroiinin kulutuksen kasvaessa näyttää kuitenkin siltä, että myös KIE-maista on yhä useammin tulossa kohdemaita.

Keski- ja Itä-Eurooppa on edelleen EU:n jäsenvaltioihin vietävän kannabiksen kauttakuljetusalueita. Useimmat maat ilmoittavat tehneensä takavarikkoja vuonna 2000. Tutkimukset osoittavat, että kannabis on eniten käytetty huume KIE-maissa. On mahdollista, että laittomien huumeiden salakuljetuksen lisäksi kannabiksen viljely alueella on lisääntynyt, niin kuin on tapahtunut EU:ssa.

Keski- ja Itä-Euroopan asema kokaiinin salakuljetuksen kauttakulkualueena näyttää kehittyneen vuosina 1999 ja 2000. Suuria takavarikkoja on tehty Romaniassa, Tšekin tasavallassa ja Unkarissa. Kulutus näyttää silti rajoittuvan tiettyihin väestönsosiin, joiden kokoa on vaikea arvioida olemassa olevilla seurantamenetelmillä.

Synteettisten aineiden suosio kasvaa nuorten keskuudessa (taulukko 4), ja on huolestuttavia merkkejä siitä, että yhä useammat nuoret ovat mukana huumeiden salakuljetuksessa ja myynnissä. Synteettisten aineiden tuotanto on

Taulukko 5 Hoitoon hakeutumisten määrä KIE-maissa vuodesta 1993 (kaikki hoitoon hakeutumiset)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Albania	e. t.	e. t.	27	63	334	523	615
Bulgaria	e. t.	e. t.	254	449	582	974	1 071
Tšekin tasavalta (1)	e. t.	e. t.	2 470	3 252	3 132	3 858	3 889
Viro	e. t.	246	366	755	e. t.	e. t.	e. t.
Entinen Jugoslavian tasavalta Makedonia	82	116	242	301	431	e. t.	e. t.
Unkari (2)	e. t.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957	12 765
Latvia	e. t.	781	804	904	992	1 080	1 512
Liettua (3)	e. t.	e. t.	e. t.	1 804	2 871	2 862	3 082
Puola	3 783	4 107	4 223	4 772	e. t.	e. t.	e. t.
Romania	e. t.	e. t.	e. t.	e. t.	646	650	e. t.
Slovakia	e. t.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199	2 236
Slovenia (1)	141	187	125	309	e. t.	e. t.	e. t.

Huom. e. t. = ei tietoja.

(1) Ensimmäinen hoitoon hakeutuminen.

(2) Hoitotapausten lukumäärä (yhdenmukaistamaton osoitin).

(3) Rekisteröityjen käyttäjien lukumäärä.

Keski- ja Itä-Euroopan maiden huumeongelma

lisääntynyt, ja niiden kulutus vaikuttaa yhä useampiin ja nuorempiin henkilöihin. Useimmissa KIE-maissa on laittomia amfetamiineja valmistavia laboratorioita, ja tuotantoon tarvittavia esiasteita salakuljetetaan muista KIE-maista, EU:sta tai EU:n ulkopuolisista maista.

Laittomia laboratorioita on hävitetty lähes kaikissa alueen maissa. Erityisesti Baltian maat, Bulgaria, Puola, Tšekin tasavalta ja Unkari näyttävät olevan suurimpia valmistusmaita. Vaikka esimerkiksi Puolassa hävitettiin seitsemän laboratoriota alkuvuodesta 2000, ainakin saman määrän arvioidaan olevan vielä toiminnassa. Ekstaasia käytetään kaikkialla maailmassa, ja sen levinneisyys on johtanut sen viemiseen EU:sta Keski- ja Itä-Euroopan markkinoille. Lainvalvontaviranomaiset ilmoittavat, että huomattava osuus KIE-maissa käytetystä ekstaasista on peräisin Alankomaista.

Poliittiset ja institutionaaliset huumeilmiön vastaiset toimet

Keski- ja Itä-Euroopan maiden (kuten EU:n jäsenvaltioidenkin) huume politiikan ja -strategian kehityksessä 1990-luvun puolivälin jälkeen on kaksi pääasiallista taustatekijää: ensinnäkin huumeilmiön muuttuva luonne, joka vaikuttaa yhä laajempiin yhteiskuntaryhmiin, ja toiseksi ongelman luonteen monet ulottuvuudet, jotka edellyttävät kansallisesti koordinoituja monialaisia toimia. Useiden kansainvälisten järjestöjen, erityisesti Euroopan komission, toiminta on edistänyt kehitystä, jossa huumeilmiöön kehitetään kansallisia ratkaisuja.

Keski- ja Itä-Euroopan maat ovat tässä yhteydessä ottaneet huomattavia askeleita kehittääkseen asianmukaisia lainsäädäntötoimia ja hallinnollisia ja koordinoivia rakenteita. Liittymistä valmisteleavan strategian puitteissa ja osana EU:n laajenemisprosessia kymmenen EU:n jäsenyyttä hakevaa KIE-maata ⁽³¹⁾ on mukauttanut tai suunnannut uudelleen huumeaineiden valvontaa koskevia toimiaan edetessään kohti yhteisön säännösten (*acquis communautaire*) saattamista osaksi kansallista lainsäädäntöään ja sen täytäntöönpanoa. Samanlainen prosessi on käynnissä entisessä Jugoslavian tasavallassa Makedoniassa, vaikka se ei ole vielä hakenut EU:n jäsenyyttä.

Lainsäädäntö

Kaikki EU:n jäsenyyttä hakeneet KIE-maat ovat allekirjoittaneet ja ratifioineet YK:n kolme huumeaineiden valvontaa koskevaa yleissopimusta. Niiden katsotaan

Slovenian huumeilainsäädäntö

Slovenian laki laittomien huumeaineiden käytön estämisestä ja suhtautumisesta laittomien huumeaineiden käyttäjiin (1999) sisältää määräyksiä paitsi laittomien huumeaineiden käyttöä ehkäisevistä toimenpiteistä myös seuraavista muista toimenpiteistä: tiedottaminen, lääkintään, koulutukseen ja neuvontaan liittyvät toimet, lääkahoito ja sosiaaliturvavapalvelut; ohjelmat, joilla pyritään ratkaisemaan laittomien huumeiden käyttöön liittyviä sosiaalisia ongelmia ja seuraamaan laittomien huumeiden kulutusta. Laissa käsitellään muun muassa tarvetta saada kansalaisjärjestöt mukaan toimintaan ja koordinoida niiden toimia kansallisen huumeohjelman kanssa. Tarkoitus on, että ehkäisyohjelmien ja kulutuksen seurannan toteuttamiseen tarvittava rahoitus saadaan yhteisrahoituksena valtion talousarviosta.

kuuluvan erottamattomasti EU:n huumeaine-strategian tavoitteiden toteuttamiseen. Vuonna 2000 Viro ratifioi uusimpana maana vuonna 1998 tehdyn YK:n yleissopimuksen huumeaineiden ja psykotrooppisten aineiden laitonta kauppaa vastaan. Kaikki EU-jäsenyyttä hakeneet KIE-maat ovat allekirjoittaneet ja ratifioineet Euroopan neuvoston vuoden 1990 yleissopimuksen, joka koskee rikoksen tuoton rahanpesua, etsintää, takavarikointia ja menetetyksi tuomitsemista (Strasbourg'n yleissopimus).

Kansallisen lainsäädäntöprosessin intensiivisyys ja lähestymistavat vaihtelevat kaikkialla alueella. Saatetaan esimerkiksi säätää useita huumeisiin liittyviä erityisaiheita koskevia lakeja, kuten Unkarissa, tai yksi kattava "sateenvarjotyypinen" huumeilaki, jollainen on esimerkiksi vuonna 1997 säädetty Puolan laki huumeriippuvuuden torjunnasta. Puolan lakia muutettiin vuonna 2000 tiukentamalla määräyksiä pienten huumeainemäärien hallussapidosta kysynnän vähentämisen vahvistamiseksi. Samantyyppinen laki säädettiin hiljattain Bulgariassa (1999). Kahtena viimeksi kuluneena vuotena Slovenia on säätänyt kolme laajaa huumeilakia. Ne ovat laki laittomien huumeiden valmistamisesta ja kaupasta (1999), laki laittomien huumeiden esiasteista (2000) ja laki, joka koskee yksinomaan huumeaineiden kulutuksen ehkäisyä sekä huumeriippuvuudesta kärsivien hoitoa ja uudelleen sopeuttamista yhteiskuntaan (1999). Romanian laki laittomien huumeiden salakuljetuksen ja kulutuksen torjunnasta vuodelta 2000 on melko suppea, ja sitä seuraa luultavasti useita toissijaisia lainsäädäntötoimia. Kaikki ehdokasvaltiot ovat hyväksyneet erityisiä lähtöai-

⁽³¹⁾ Seuraavat KIE-maat ovat hakeneet EU:n jäsenyyttä: Bulgaria, Latvia, Liettua, Puola, Romania, Slovakia, Slovenia, Tšekin tasavalta, Unkari ja Viro.

neiden valvontaa koskevia säädöksiä, jotka ovat pitkälti EU:n säädösten mukaisia. Esimerkiksi vuonna 2000 esias-teista säädettiin lakeja Slovakiassa ja Sloveniassa ja annettiin määräyksiä Bulgariassa, Liettuassa ja Puolassa.

Kansallinen koordinointi

Kansalliset koordinointi- ja päätöksentekorakenteet ovat uuden lainsäädännön tapaan muuttuneet merkittävästi useimmissa EU-jäsenyyttä hakeneissa KIE-maissa vuosina 1999 ja 2000. Vuonna 1999 Tšekin tasavallan kansallinen huumausainekomitea hyväksyi säännöt komitean neuvoa-antavalle elimelle, joka koostuu ministerien edustajista ja jonka tehtävänä on valmistella uutta kansallista strategiaa. Unkarin huumausaineiden koordinoitinkomiteaa uudistettiin niin, että sen mandaatti vahvistuu ja toimintakyky paranee. Bulgariassa ja Sloveniassa sääde-tyillä uusilla laeilla luotiin vahvat ministeriöiden väliset koordinoitielimet, joiden roolin vahvistamiseksi luotiin pysyviä tukirakenteita: valtion huumausainevirasto Sloveniaan ja kansallisen huumausaineneuvoston sihteeristön Bulgariaan. Nämä tukirakenteet ovat samanlaisia kuin vastaavat elimet Tšekin tasavallassa ja Slovakiassa. Romanian ministeriöidenvälinen huumausaineiden vastustamisen komitea perustettiin vuonna 1999, mutta se ei ole vielä täysin toiminnassa. Puolassa tällainen elin lopetti toimintansa vuonna 1998. Yleensä uudelleenjär-jestelyillä on onnistuttu luomaan rakenteita, joilla vasta-taan muuttuvan yhteiskuntarakenteen tarpeisiin ja autetaan ratkaisemaan yhteiskunnan ongelmia.

Ministeriöidenvälistä koordinoitintä johtaa yleensä yksi mukanaolevista ministeriöistä. Useimmissa maissa tämä on sosiaalialioista vastaava ministeriö, Bulgariassa, Liettuassa ja Sloveniassa terveysministeriö, Virossa sosiaa-liasioiden ministeriö ja Unkarissa nuoris- ja urheilumi-nisteriö. Muissa maissa koordinoitelin on suoraan halli-tuksen alainen ja sitä johtaa pääministeri (Tšekin tasaval-lassa) tai varapääministeri (Slovakiassa) tai se kuuluu sisäministeriön alaisuuteen, kuten Latviassa. Romaniassa ministeriöidenvälinen elin on määritelmän mukaan pääministerin ”johtama”, mutta sisäministeriö organiso-i sen toimintaa.

Vuonna 1999 Tšekin tasavaltaan perustettiin paikallisia huumekomiteoita kansallisen politiikan toteuttamiseksi ja koordinoimiseksi paikallistasolla. Bulgariaan alettiin perustaa vuonna 2000 kunnallisia monitieteisiä huumeneuvostoja. Nämä ovat samanlaisia kuin Slovakiassa vuonna 1997 perustetut alueiden ja piirikun-tien huumekomissiot.

Kansalliset strategiat ja toimintasuunnitelmat

Maissa, joissa ministeriöidenvälisillä huume-elimillä on vahva asema, kuten Slovakiassa ja Tšekin tasavallassa, monitieteisiä strategioita laaditaan ja toteutetaan yhtenäisellä tavalla. Esimerkiksi Tšekin tasavalta on hyväksynyt kolmannen perättäisen kansallisen strategian. Strategia-asiakirjojen ja toimintasuunnitelmien kehittämisprosessia tehostettiin vuosina 1999 ja 2000 ja kansallisia huume-strategioita hyväksyttiin Slovakiassa (1999), Puolassa (1999), Unkarissa (2000) ja Tšekin tasavallassa (2000).

Viron alkoholin ja huumeiden väärinkäytön ehkäisemis-ohjelma (1997–2007), Latvian huumeiden valvonnan ja väärinkäytön ehkäisemisen ohjelma (1999–2003) sekä Liettuan kansallinen huumeiden valvonnan ja ehkäisyn ohjelma (1999–2003) ovat tarkistettavina. Sloveniassa hyväksyttiin vuonna 1992 huumeiden väärinkäytön ehkäisemisen kansallinen ohjelma ja sitä on toteutettu viime vuosina. Uusi ohjelma on määrä hyväksyä nykyisen lainsäädännön pohjalta. Bulgariassa ja Romaniassa on vielä määrä hyväksyä kattavia huumeidenvalvonta- ja ehkäisystrategioita. Bulgaria on hyväksynyt ehkäisevää hoitoa ja huumeriippuvuudesta kärsivien kuntouttamista koskevan ohjelman vuosiksi 2001–2005.

Uudet strategiat osoittavat, että huumeongelma tunnuste-taan korkeimmalla poliittisella ja toimeenpanevalla tasolla. Ne tarjoavat myös perustan monitieteisille ohjel-mille. Useimmat viime aikoina hyväksytyistä strategia-asiakirjoista ovat sinänsä konkreettisia toimintasuunnitel-mia, joissa ilmoitetaan tavoitteet, kohteet, saavutusten indikaattorit ja niin edelleen, ja usein niillä turvataan tai luvataan, että määrärahat kasvavat. Huumetiedotuksen parantamisen ja toimenpiteiden arvioinnin tarve tunnustetaan yhä laajemmin ja ne sisällytetään olennai-sena osana kansallisiin toimiin. Valtion ja hallituksista riippumattomien sektorien kumppanuus politiikan kehit-tämisessä ja ohjelmien toteuttamisessa näyttää vastaavan yhä paremmin väestön yleensä sekä huumeita käyttävien yksilöllisiin ja kollektiivisiin tarpeisiin. On syytä huomata, että ehdokasvaltioiden kaikilla uusilla strate-gioilla pyritään varmistamaan, että kansalliset toiminta-linjat ja EU:n tasolla vahvistetut toimintalinjat ja strategiat ovat yhdenmukaisia.

Tšekin tasavalta

Tšekin tasavallan hallitus hyväksyi loppuvuodesta 2000 kansallisen huume-politiikkastrategian 2001–2004. Strategiassa on 82 eritystehtävän luettelo, ja siinä määrätään, että kaikkien ministeriöiden, joilla on huume-alaa koskevaa toimivaltaa, sekä huume-politiikasta vastaa-vien alueellisten ja paikallisten viranomaisten on valmis-

Keski- ja Itä-Euroopan maiden huumeongelma

teltava erityinen strategian mukainen huumeita koskeva toimintasuunnitelma vuosiksi 2001–2004. Strategiassa otetaan huomioon hallinnollinen uudelleenjärjestely ja laajempien hallinnollisten ja alueellisten yksikköjen luominen sekä edellytetään alueellisen koordinoinnin lisäämistä.

Unkari

Nuoriso- ja urheiluministeriön kehittämä huumeilmiön torjumisen kansallinen strategia hyväksyttiin parlamentissa vuoden 2000 lopussa. Kyseessä on ensimmäinen laaja, virallisesti hyväksytty strateginen asiakirja, joka kohdistuu Unkarin huumeilmiöön. Strategia nojautuu suuressa määrin saatavilla olevaan tietoon ja aikaisempiin kansallisiin ja kansainvälisiin kokemuksiin käyttämänsä monitieteisen tavoitteita asettavan lähestymistavan perustelemiseksi. Strategiassa on pitkän (2009), keskipitkän (2002) ja lyhyen aikavälin tavoitteita ja saavutuksia arvioivia indikaattoreita, joilla seurataan edistymistä. Siinä asetetaan myös toiminnan toteuttamisessa tarvittavat organisatoriset ja rahoituskelliset puitteet. Strategia koostuu neljästä päätavoitteesta: tehokkaat yhteisö- ja yhteistyöresurssit, ehkäisytoimien saatavuus, työterapiaan ja kuntoutukseen pääsy ja tarjonnan vähentäminen.

Puola

Ministeriöidenvälisen koordinoitielimen puuttumisesta huolimatta Puolan kansallinen huumeriippuvuutta vastustava ohjelma 1999–2001 hyväksyttiin vuoden 1999 lopulla. EU:n huumeidenvastaisen toimintasuunnitelman (2000–2004) tapaan ohjelmassa luetellaan kahdeksan tavoitetta, joilla on tarkoitus vahvistaa kysynnän vähentämistoimia, tehostaa laittomien narkoottisten aineiden ja psykotrooppisten aineiden salakuljetusta vähentäviä toimia sekä toimia, joilla vahvistetaan kansallisia koordinoitirakenteita ja kansainvälistä yhteistyötä. Ohjelmassa annetaan kysynnän alentamisessa erityistä huomiota tavoitteille, jotka sopivat erittäin hyvin yhteen EU:n strategian vastaavien tavoitteiden kanssa. Niitä ovat ehkäisevä nuoriin kohdistuva toiminta, useiden kuntoutukseen ja sosiaaliseen uudelleensopeuttamiseen tähtäävien toimien parantaminen, huumeiden käytön terveyshaittojen vähentämien ja niin edelleen. Esiin tuodaan myös tarve arvioida toimia ja laatia seurantasäännöt.

Slovakia

Kansallinen huumeidenvastainen ohjelma, joka ulottuu vuoteen 2003 ja mahdollisesti vuoteen 2008 on ensimmäisen kansallisen ohjelman (1995–1999) toteuttamisen jälkeen hyväksytty poliittinen ohjelma-asiakirja. Ohjelmalla pyritään kysynnän ja tarjonnan vähentämistoimien väliseen tasapainoon neljän päätavoitteen avulla: ensiehkäisytoimet, hoito ja uudelleensopeuttaminen yhteiskuntaan, huumetarjonnan vähentäminen ja lainvalvonta huumeiden torjunnassa, tiedotusvälinepolitiikka sekä kansainvälinen yhteistyö, jossa pidetään ensisijaisina liittymistä valmistelevia toimia ja jatkuvaa yhteistyötä EU:n ja sen toimielinten ja myös EMCDDA:n kanssa. Ohjelmassa korostetaan myös tarvetta toteuttaa YK:n 20. yleiskokouksen erityisistunnon päätökset. Ohjelman rahoituksen pääasiallisia lähteitä ovat valtion terveystalouden lähinnä ehkäiseviä toimenpiteitä varten, huumeidenvastainen rahasto kansalaisjärjestöjen järjestämään kuntoutukseen ja jälkihoitoon ja valtion talousarvio lähinnä ministeriöille tai ohjelmassa määriteltyjen hankkeiden toteuttamiseen.

Rahanpesu

Suurin osa EU-jäsenyyttä hakeneista Keski- ja Itä-Euroopan maista on toteuttanut rahanpesun vastaisia toimenpiteitä. Lähes kaikki niistä ovat säätäneet lakeja ja luoneet instituutioita ja oikeudellisia rakenteita rahanpesun torjumiseksi. Talousrikoksia tutkivia yksiköitä on perustettu tai niitä on vahvistettu kuluneina kahtena vuotena. Lisäksi useimmat näistä yksiköistä on virallisesti hyväksytty Egmont-ryhmän ⁽³²⁾ täysjäseniksi ja niitä voidaan siis pitää täysin EU:n normien ja käytäntöjen mukaisina ja suurelta osin kykenevinä täyttämään tulevat velvoitteensa EU:ta kohtaan.

Uusi rahanpesun vastainen laki tuli voimaan Romaniassa vuonna 1999, ja sellainen hyväksyttiin Slovakian ja Puolan parlamenteissa vuonna 2000. Vuonna 1999 muutettiin Bulgarian pankkilakia, ja vuonna 2000 Tšekin tasavallassa tuli voimaan rahanpesua koskevan lain muutos.

⁽³²⁾ Egmont-ryhmä on vuonna 1995 perustettu epävirallinen järjestö, jonka tavoitteena on tarjota talousrikoksia tutkiville yksiköille (Financial Intelligence Unit, FIU) foorumi, jolla tuetaan niiden kansallisia rahanpesun vastaisia ohjelmia. Nykyisin ryhmässä on 53 jäsentä.

Tiivistelmä

Vaikka yleisesti ottaen KIE-maiden lainsäädännölliset ja institutionaaliset puitteet ovat kohdallaan, niiden yleinen kyky toteuttaa tehokkaasti hyväksytyjä toimia on vähäinen ja niiden resurssit ovat kaiken kaikkiaan melko pienet. Kansallisten koordinoitumismekanismien puutteellinen toimivuus joissakin maissa estää politiikan tehokkaan toteuttamisen. Myös alueellinen yhteistyö on vajavaista. Useimmissa maissa tämä heikentää asianomaisten instituutioiden kykyä puuttua ongelmaan ja estää niitä osallistumasta tehokkaasti kansainvälisiin yhteistyötoimiin, joiden tarkoituksena on käsitellä rajat ylittäviä

uhkia, jotka ovat yhteisiä KIE-maille ja EU:n jäsenvaltioille. Siksi on tärkeää, että asianomaiset maat jatkavat politiikkansa, instituutioidensa ja koordinoitumismekanismiensa vahvistamista ja myöntävät tarvittavat määrärahat tätä varten. Tämän prosessin edistämiseksi Euroopan komissio myönsi vuonna 2000 ylimääräisen miljoonan euron summan jokaiselle ehdokasvaltiolle erityisen huumeita koskevan osan kehittämiseksi kansallisiin Phare-ohjelmiinsa. Useimmat näistä hankkeista suunnitellaan sovittaen ne yhteen EU:n jäsenvaltioiden kanssa.

Reitoxin kansalliset seurantakeskukset

Alankomaat – Mr Franz Trautmann
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 – PO Box 725
3500 AS Utrecht
Netherlands
Tel. (31-30) 297 11 86
Tel. (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Belgia – Ms Denise Walckiers
Scientific Institute of Public Health
Rue Juliette Wytman 14
B-1050 Bruxelles
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Espanja – Ms Elena Garzón
Government Delegation to the National Plan on Drugs – (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
Ana Andrés Ballesteros –
direct tel. (34-91) 537 26 86
E-mail: egarzon@pnd.mir.es

Irlanti – Mr Hamish Sinclair
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 163
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@HRB.ie

Italia – Mr Franco Scarpino
Presidenza del Consiglio dei ministri, dipartimento per gli affari sociali, ufficio per il coordinamento delle attività di prevenzione a recupero delle tossicodipendenze
Via Veneto, 56
I-00187 Rome
Tel. (39) 06 48 16 14 95/16 16 30
Fax (39) 06 482 49 34
E-mail: puntofocale@minwelfare.it

Jtävalta – Ms Sabine Haas
ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring 6
A-1010 Wien
Tel. (43-1) 515 61-160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Kreikka – Ms Manina Terzidou
Official address
University of Mental Health Research Institute (UMHRI)
Eginitou 12
GR-11528 Athina
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
Postal address
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66 517
GR-15601 Papagou
Tel. (30-10) 617 00 14/653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
E-mail: ektepn@hol.gr

Luxemburg – Mr Alain Origer
Direction de la santé – EMCDDA Focal Point
Luxembourg
Allée Marconi – Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tel. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Norja – Mr Knut Brofoss
National Research Center (SIRUS) – SIFA
Øvre Slottsgate 2B
N-0157 Oslo
Tel. (47-22) 34 04 00
Fax (47-22) 34 04 01
E-mail: postmaster@sirus.no

Portugali – Ms Elza Pais
(Responsible Head FP)
Ms Maria Moreira
(Operational contact person)
Instituto Português da Droga e da Toxicoddependência (IPDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 – 179 Lisboa
Tel. (351) 213 10 41 00
(M. Moreira/41 26)
Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: mmoreira@mail.ipdt.pt

Ranska – Mr Jean Michel Costes
French Observatory for Drugs and Drug Addiction
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ruotsi – Mr Bertil Pettersson
National Institute of Public Health
S-103 52 Stockholm
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile (46-70) 483 35 13
E-mail: Bertil.Pettersson@fhi.se

Saksa – Mr Roland Simon
Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. (49-89) 36 08 04-40
Fax (49-89) 36 08 04-49
E-mail: Simon@ift.de

Suomi – Mr Ari Virtanen
National Research and Development Centre for Welfare and Health
PO Box 220
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 23 24
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Tanska – Mr Thomas Clement
National Board of Health
Amaliegade 13 – Post Box 2020
DK-1012 Copenhagen
Tel. (45-33) 48 76 82
Fax (45-33) 48 75 33
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen –
Tel. (45-33) 48 76 54
Fax (45-33) 48 75 33
E-mail: kag@sst.dk

Yhdistynyt kuningaskunta – Mr Nicholas Dorn
DrugScope
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@DrugScope.org.uk

European komissio – Mr Timo Jetsu
European Commission
Justice and Home Affairs DG – Drugs Coordination Unit
Rue de la Loi / Weststraat 200
(Lx – 46 3/186)
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus

2001 Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta

Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto

2001 – 57 s. – 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-119-9

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
<http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm>

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy
 Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
 B-1190 Bruxelles/Brussel
 Tél. (32-2) 538 43 08
 Fax (32-2) 538 08 41
 E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
 URL: http://www.jean-de-lannoy.be

**La librairie européenne/
 De Europese Boekhandel**
 Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
 B-1040 Bruxelles/Brussel
 Tél. (32-2) 295 26 39
 Fax (32-2) 705 08 60
 E-mail: mail@libeurop.be
 URL: http://www.libeurop.be

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad
 Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
 B-1000 Bruxelles/Brussel
 Tél. (32-2) 552 22 11
 Fax (32-2) 511 01 84
 E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S
 Herstedvang 12
 DK-2620 Albertslund
 Tlf. (45) 43 63 23 00
 Fax (45) 43 63 19 69
 E-mail: schultz@schultz.dk
 URL: http://www.schultz.dk

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH
 Vertriebsabteilung
 Amsterdamer Straße 192
 D-50735 Köln
 Tel. (49-221) 97 66 80
 Fax (49-221) 97 66 82 78
 E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de
 URL: http://www.bundesanzeiger.de

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA
 International Bookstore
 Panepistimiou 17
 GR-10564 Athina
 Tel. (30-1) 331 41 80/112/3/4/5
 Fax (30-1) 323 98 21
 E-mail: elebooks@netor.gr
 URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado
 Trafalgar, 27
 E-28071 Madrid
 Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
 913 84 17 15 (suscripción)
 Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
 913 84 17 14 (suscripción)
 E-mail: clientes@com.boe.es
 URL: http://www.boe.es

Mundi Prensa Libros, SA
 Castelló, 37
 E-28001 Madrid
 Tel. (34) 914 36 37 00
 Fax (34) 915 75 39 98
 E-mail: libreria@mundiprensa.es
 URL: http://www.mundiprensa.com

FRANCE

Journal officiel
 Service des publications des CE
 26, rue Desaix
 F-75727 Paris Cedex 15
 Tél. (33) 140 58 77 31
 Fax (33) 140 58 77 00
 E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
 URL: http://www.journal-officiel.gouv.fr

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop
 270 Lower Rathmines Road
 Dublin 6
 Tel. (353-1) 496 73 98
 Fax (353-1) 496 02 28
 E-mail: hannas@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA
 Via Duca di Calabria, 1/1
 Casella postale 552
 I-50125 Firenze
 Tel. (39) 055 64 83 1
 Fax (39) 055 64 12 57
 E-mail: licosa@licosa.com
 URL: http://www.licosa.com

LUXEMBOURG

Messagerie du livre SARL
 5, rue Raiffeisen
 L-2411 Luxembourg
 Tél. (352) 40 10 20
 Fax (352) 49 06 61
 E-mail: mail@mdl.lu
 URL: http://www.mdl.lu

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers
 Christoffel Plantijnstraat 2
 Postbus 20014
 2500 EA Den Haag
 Tel. (31-70) 378 98 80
 Fax (31-70) 378 97 83
 E-mail: sdu@sdu.nl
 URL: http://www.sdu.nl

ÖSTERREICH

**Manz'sche Verlags- und
 Universitätsbuchhandlung GmbH**
 Kohlmarkt 16
 A-1014 Wien
 Tel. (43-1) 53 16 11 00
 Fax (43-1) 53 16 11 67
 E-Mail: manz@schwing.at
 URL: http://www.manz.at

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª
 Grupo Bertrand, SA
 Rua das Terras dos Vales, 4-A
 Apartado 60037
 P-2700 Amadora
 Tel. (351) 214 95 87 87
 Fax (351) 213 94 57 50
 E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA
 Sector de Publicações Oficiais
 Rua da Escola Politécnica, 135
 P-1250-100 Lisboa Codex
 Tel. (351) 213 94 57 00
 Fax (351) 213 94 57 50
 E-mail: spoce@incm.pt
 URL: http://www.incm.pt

SUOMI/FINLAND

**Akateeminen Kirjakauppa/
 Akademiska Bokhandeln**
 Keskuskatu 1/Centralgatan 1
 PL/PB 128
 FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
 P./tfn (358-9) 121 44 18
 F./fax (358-9) 121 44 18
 Sähköposti: sps@akateeminen.com
 URL: http://www.akateeminen.com

SVERIGE

BTJ AB
 Traktorvägen 11-13
 S-221 82 Lund
 Tlf. (46-46) 18 00 00
 Fax (46-46) 30 79 47
 E-post: btjeu-pub@btj.se
 URL: http://www.btj.se

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd
 Customer Services
 PO Box 29
 Norwich NR3 1GN
 Tel. (44) 870 60 05-522
 Fax (44) 870 60 05-533
 E-mail: book.orders@theso.co.uk
 URL: http://www.itsofficial.net

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal
 Skólavörðustíg, 2
 IS-101 Reykjavík
 Tel. (354) 552 55 40
 Fax (354) 552 55 60
 E-mail: bokabud@simnet.is

NORGE

Swets Blackwell AS
 Østenjoveien 18
 Boks 6512 Etterstad
 N-0606 Oslo
 Tel. (47) 22 97 45 00
 Fax (47) 22 97 45 45
 E-mail: info@no.swetsblackwell.com

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz
 c/o OSEC
 Stampfenbachstraße 85
 PF 492
 CH-8035 Zürich
 Tel. (41-1) 365 53 15
 Fax (41-1) 365 54 11
 E-mail: eics@osec.ch
 URL: http://www.osec.ch/eics

BĂLGARIJA

Europress Euromedia Ltd
 59, blvd Vitosha
 BG-1000 Sofia
 Tel. (359-2) 980 37 66
 Fax (359-2) 980 42 30
 E-mail: Milena@mbox.cit.bg
 URL: http://www.europress.bg

ČESKÁ REPUBLIKA

ÚVIS
 odd. Publikaci
 Havelkova 22
 CZ-130 00 Praha 3
 Tel. (420-2) 22 72 37 34
 Fax (420-2) 22 71 57 38
 URL: http://www.uvis.cz

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry
 PO Box 21455
 CY-1509 Nicosia
 Tel. (357-2) 88 97 52
 Fax (357-2) 66 10 44
 E-mail: demetrap@ccci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda
 (Estonian Chamber of Commerce and Industry)
 Toom-Kooli 17
 EE-10130 Tallinn
 Tel. (372) 646 02 44
 Fax (372) 646 02 45
 E-mail: einfo@koda.ee
 URL: http://www.koda.ee

HRVATSKA

Meditrade Ltd
 Pavla Hatza 1
 HR-10000 Zagreb
 Tel. (385-1) 481 94 11
 Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service
 Szt. István krt. 12
 II emelet 1/A
 PO Box 1039
 H-1137 Budapest
 Tel. (36-1) 329 21 70
 Fax (36-1) 349 20 53
 E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
 URL: http://www.euroinfo.hu

MALTA

Miller Distributors Ltd
 Malta International Airport
 PO Box 25
 Luqa LQA 05
 Tel. (356) 66 44 88
 Fax (356) 67 67 99
 E-mail: gwirrh@usa.net

POLSKA

Arks Polonia
 Krakowskie Przedmieście 7
 Skr. pocztowa 1001
 PL-00-950 Warszawa
 Tel. (48-22) 826 12 01
 Fax (48-22) 826 62 40
 E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia
 Str. Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
 RO-70184 Bucuresti
 Tel. (40-1) 315 44 03
 Fax (40-1) 312 96 46
 E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR
 Nám. Slobody, 19
 SK-81223 Bratislava
 Tel. (421-7) 54 41 83 64
 Fax (421-7) 54 41 83 64
 E-mail: europ@ttb1.sltk.stuba.sk
 URL: http://www.sltk.stuba.sk

SLOVENIJA

Gospodarski Vestnik
 Dunajska cesta 5
 SLO-1000 Ljubljana
 Tel. (386) 613 09 16 40
 Fax (386) 613 09 16 45
 E-mail: europ@gvestnik.si
 URL: http://www.gvestnik.si

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS
 100, Yil Mahallesi 34440
 TR-80050 Bagcilar-Istanbul
 Tel. (90-212) 629 46 89
 Fax (90-212) 629 46 27
 E-mail: infotel@dunya-gazete.com.tr

ARGENTINA

World Publications SA
 Av. Córdoba 1877
 C1120 AAA Buenos Aires
 Tel. (54-11) 48 15 81 56
 Fax (54-11) 48 15 81 56
 E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
 URL: http://www.wpbooks.com.ar

AUSTRALIA

Hunter Publications
 PO Box 404
 Abbotsford, Victoria 3067
 Tel. (61-3) 94 17 53 61
 Fax (61-3) 94 19 71 54
 E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões
 Rua Bittencourt da Silva, 12 C
 CEP
 20043-900 Rio de Janeiro
 Tel. (55-21) 262 47 76
 Fax (55-21) 262 47 76
 E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
 URL: http://www.inc.m.com.br

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.
 3020, chemin Sainte-Foy
 Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
 Tel. (1-418) 658 37 63
 Fax (1-800) 567 54 49
 E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd
 5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
 Ottawa, Ontario K1J 9J3
 Tel. (1-613) 745 26 65
 Fax (1-613) 745 76 60
 E-mail: order_dept@renoufbooks.com
 URL: http://www.renoufbooks.com

EGYPT

The Middle East Observer
 41 Sherif Street
 Cairo
 Tel. (20-2) 392 69 19
 Fax (20-2) 393 97 32
 E-mail: inquiry@meobserver.com
 URL: http://www.meobserver.com.eg

INDIA

EBIC India
 3rd Floor, Y. B. Chavan Centre
 Gen. J. Bhosale Marg,
 Mumbai 400 021
 Tel. (91-22) 282 60 64
 Fax (91-22) 285 45 64
 E-mail: ebicindia@vsnl.com
 URL: http://www.ebicindia.com

JAPAN

PSI-Japan
 Asahi Sanbancho Plaza #206
 7-1 Sanbancho, Chiyoda-ku
 Tokyo 102
 Tel. (81-3) 32 34 69 21
 Fax (81-3) 32 34 69 15
 E-mail: books@psi-japan.co.jp
 URL: http://www.psi-japan.co.jp

MALAYSIA

EBIC Malaysia
 Suite 45.02, Level 45
 Plaza MBF (Letter Box 45)
 8 Jalan Yap Kwan Seng
 50450 Kuala Lumpur
 Tel. (60-3) 21 62 92 98
 Fax (60-3) 21 62 61 98
 E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV
 Río Pánuco, 141
 Colonia Cuauhtémoc
 MX-06500 México, DF
 Tel. (52-5) 533 56 58
 Fax (52-5) 514 67 99
 E-mail: 101545.2361@compuserve.com

PHILIPPINES

EBIC Philippines
 19th Floor, PS Bank Tower
 Sen. Gil J. Puyat Ave. cor. Tindalo St.
 Makati City
 Metro Manila
 Tel. (63-2) 759 66 80
 Fax (63-2) 759 66 90
 E-mail: eccpcom@globe.com.ph
 URL: http://www.eccp.com

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa
 PO Box 781738
 2146 Sandton
 Tel. (27-11) 884 39 52
 Fax (27-11) 883 55 73
 E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

**The European Union Chamber of
 Commerce in Korea**
 5th Fl., The Shilla Hotel
 202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
 Seoul 100-392
 Tel. (82-2) 22 53-5631/4
 Fax (82-2) 22 53-5635/6
 E-mail: euock@euock.org
 URL: http://www.euock.org

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka
 Trans Asia Hotel
 115 Sir Chittampalam
 A. Gardiner Mawatha
 Colombo 2
 Tel. (94-1) 074 71 50 78
 Fax (94-1) 44 87 79
 E-mail: ebicsl@slnet.lk

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates
 4611 F Assembly Drive
 Lanham MD 20706-4391
 Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
 Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
 E-mail: query@bernan.com
 URL: http://www.bernan.com

**ANDERE LÄNDER/OTHER COUNTRIES/
 AUTRES PAYS**

**Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer
 Wahl/Please contact the sales office of
 your choice/Veuillez vous adresser au
 bureau de vente de votre choix**
 Office for Official Publications of the European
 Communities
 2, rue Mercier
 L-2985 Luxembourg
 Tel. (352) 29 29-42455
 Fax (352) 29 29-42758
 E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
 URL: http://eur-op.eu.int

EMCDDA

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) on yksi Euroopan unionin perustamista 12 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 ilmiöistä ja niiden seurauksista” Euroopan unionissa. EMCDDA kerää, analysoi ja levittää tilastollisia, asiakirjoihin perustuvia ja teknisiä tietoja ja tarjoaa siten yleisölleen eli poliittisille päättäjille, huumeasioiden parissa työskenteleville ja Euroopan kansalaisille kokonaiskuvan Euroopan huumausaineilmiöstä.

Viraston päätehtävät ovat

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

EMCDDA:n toiminta liittyy yksinomaan tiedottamiseen ja tietojen käsittelyyn.

EMCDDA verkossa

Vuoden 2001 vuosiraportista on saatavana myös interaktiivinen onlineversio osoitteesta <http://www.emcdda.org>. Siinä on linkkejä tietolähteisiin, raportteihin ja tausta-asiakirjoihin, joita on käytetty tämän raportin laatimisessa.

EMCDDA:n verkkosivustossa on myös tarkempia tietoja huumeiden käytöstä Euroopassa, ladattavia julkaisuja Euroopan unionin 11 virallisella kielellä, linkkejä Euroopan ja muun maailman huumetietokeskuksiin sekä alan tietokantoja.



EUROOPAN YHTEISÖJEN
VIRALLISTEN JULKAISUJEN TOIMISTO

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-119-9



9 789291 681198 >