



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



HUUMEVUOSIRAPORTTI EMCDDA:lle
Kansallinen huumausaineiden
seurantakeskus

HUUMETILANNE SUOMESSA
2006

Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja
erityisteemat huumeista

REITOX

© Kirjoittajat, STAKES ja EMCDDA
ISBN 951-33-1910-5
Helsinki 2006

Päivitetty 21.12.2006
Muutokset on merkitty punaisella
(sivu 63).

ESIPUHE

Huumetilanne Suomessa 2006 on yksi Euroopan huumausaineiden seurantakeskuksen (EMCDDA) koordinoiman huumetietoverkoston (REITOX) kansallisia vuosiraportteja, joiden pohjalta tuotetaan EMCDDA:n vuosiraportti *Huumeongelma Euroopassa*. Kansalliset raportit kootaan EMCDDA:n antaman kehyksen mukaan.

Käsillä oleva raportti koostuu kahdesta osasta. Osassa A tarkastellaan uusinta kehitystä ja tutkimustietoa vuodelta 2005 ja alkuvuodelta 2006. Viimeisen vuoden aikaista huumetilannetta kuvaaviin kappaleisiin (kokeilukäyttö, ongelmakäyttö, terveyshaitat, sosiaaliset haitat, huumetarjonta) liitetään näihin ilmiöihin kohdistuvat yhteiskunnalliset vastatoimet (ehkäisevä työ, hoito, haittojen vähentäminen, sosiaalinen kuntoutus, kontrolli). Kunkin luvun alussa esitellään aiheen tausta ja alaluvuissa uusin tieto. Osassa B käsitellään kolmea huumeita koskevaa erityisteemaa. EMCDDA:n määrittelemät erityisteemat ovat (1) kokaiini Suomessa, (2) huumeiden käyttö ja ongelmat varhaisnuorten keskuudessa ja (3) huumeet liikenteessä. Raportin eri lukujen laajuuteen on vaikuttanut saatavilla olevan tutkimustiedon määrä kustakin aihealueesta.

Käsillä olevan raportin valmistelussa on hyödynnetty tutkimustietoja ja kommentteja huumausainekysymysten eri alojen asiantuntijoilta. Suuret kiitokset kaikille. Erityisesti haluaisimme kiittää tutkija Tuija Hietaniemeä (KRP) ja tutkija Heini Kainulaista (Alkoholitutkimussäätiö). Raportin kieliasua ovat kommentoineet Stakesista suunnittelija Anna Heino ja erikoissuunnittelija Tero Meltti. Raportin pohjana on käytetty erikoissuunnittelija Ari Virtasen viime vuonna toimittamaa raporttia.

Tutkija Mikko Salasuo (Nuorisotutkimusseura) on kirjoittanut raportin B-osan luvun 12 'Kokaiini Suomessa' ja luvun 13 'Huumeiden käyttö varhaisnuorten keskuudessa'. Laboratoriojohtaja Pirjo Lillsunde (Kansanterveyslaitos) on kirjoittanut B-osan luvun 14 'Huumeet liikenteessä'. Kiitokset myös heille.

Koko raportin ovat toimittaneet Stakesiin sijoitetun kansallisen huumausaineiden seurantakeskuksen Sanna Rönkä ja Pirita Salonen.

Helsingissä, joulukuussa 2006

Sanna Rönkä
erikoissuunnittelija

Pirita Salonen
suunnittelija

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES)
PL 220
00531 Helsinki
Puh. (09) 3967 2378
Fax. (09) 3967 2497
S-posti: etunimi.sukunimi@stakes.fi
<http://www.stakes.fi>

Julkaisun päivämäärä

5.12.2006

KUVAILEHTI**Tekijät**

Sanna Rönkä & Pirita Salonen (toim.), Pirjo Lillsunde, Mikko Salasuo

Julkaisija
STAKES**Kustantaja**
STAKES**Julkaisun nimi**

Huumeetilanne Suomessa 2006. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle.

Julkaisusarja ja numero**Tiivistelmä**

Vuosina 1995–2001 huumeetilanne näytti pahenevan lähes kaikkien mittarien (kokeilut, ongelmakäyttö, terveyshaitat, sairaudet, kuolemat, rikollisuus, takavarikot) mukaan. Kehitys vuosina 2001–2005 osoittaa sen sijaan selviä tasaantumisen merkkejä. Väestökyselyjen mukaan yhä harvempi 15–24-vuotias aloittaa kannabiskokeilut. Koko väestössä kannabista joskus kokeilleiden määrä on pysynyt 2000-luvulla samalla tasolla 12 %:n tuntumassa.

Huumeiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneet ovat pääosin miehiä, nuoria aikuisia ja perhesuhteiltaan yksin eläviä. Ensisijaisia hoitoon hakeutumiseen johtaneita päihteitä olivat vuonna 2005 opiaatit, stimulantit, alkoholin ja huumeiden sekakäyttö sekä kannabis. Hoitoon hakeutuneiden päähuumeena voimakkaimmin on lisääntynyt opiaatteihin kuuluvan buprenorfiinin osuus. Opiaattiriippuvaisten lääkähoidossa käytetyistä lääkaineista selvästi yleisin oli buprenorfiini. Hoitojaksot päihdehoitolaitoksissa ovat pidentyneet, mikä viestii huonokuntoisemmista asiakkaista ja aineiden sekakäytöstä. Hoidon saatavuudessa ja jonotusajoissa on suurta paikkakunnittaista vaihtelua. C-, B- ja A-hepatiitin sekä HIV-infektioiden määrä ruiskuhuumeita käyttävien joukossa on 2000-luvulla laskenut tai pysynyt alhaisella tasolla. Huumausaineisiin liittyvissä myrkytyskuolemissa buprenorfiini on yhä useammin ollut tärkein löydös. Buprenorfiinin uhrin ovat olleet pääasiassa nuoria. Huumausaineiden ongelmakäyttäjät ovat erityisen syrjäytyneitä. Huumeihoidon asiakkaista 62 % oli työttömiä ja 12 % asunnottomia vuonna 2005. Poliisin tietoon tulleet huumausainerikokset ovat vähentyneet 0,8 % edelliseen vuoteen verrattuna. Huumausainetakavarikoissa ei tapahtunut vuonna 2005 määrällisesti suuria muutoksia. Poikkeuksellista olivat muutamat hyvin suuret takavarikot.

Huumeiden vastaisessa työssä keskeisiä toimia ovat olleet ehkäisevän päihdetyön ja nuorten työpajaverkostojen luominen, ehkäisevän päihdetyön laatuksien kehittäminen, koulujen opetussuunnitelmiin lisätyt ehkäisevän huumeiden osiot, matalakynnyksisten hoitopalvelujen kehittäminen, terveysneuvontapisteisiin panostaminen, vankiloiden huumeihoidon kehittäminen sekä valvonnan uusien keinojen käyttöön otto.

Kouluterveyskyselyjen mukaan myöskään koululaisten huumeikokeilut eivät ole 2000-luvulla enää lisääntyneet. Huumeihoidon tietojärjestelmän mukaan alle 15-vuotiaiden ikäryhmästä hoidon piiriin tulee vuosittain yksittäisiä tai vain muutamia tapauksia. Hoitojärjestelmä ei erityisesti huomio alaikäisiä huumeiden käyttäjiä. Suomessa kovat huumausaineet eivät ole saaneet jalansijaa varhaisnuorten keskuudessa, mikä on osaltaan estänyt vakavia huumeongelmia ikäryhmässä.

Tuoreimpien väestökyselyjen mukaan kokaiinin käytössä on tapahtunut lievää kasvua, mutta kasvulla ei voida katsoa olevan tilastollista merkitystä. Kokeilu ja käyttö painottuvat ikäryhmään 20–29-vuotiaat, josta runsaat 2 % kertoi kokeilleensa tai käyttäneensä ainetta joskus elämässään. Laadullisten tutkimusten perusteella voidaan arvella käytön keskittyvän lähes kokonaan suuriin kaupunkeihin ja olevan voimakkaasti sidoksissa ikäluokkansa eliittiin kuuluvien nuorten aikuisten juhlimiseen ja vapaa-ajan viettoon. Käytön satunnainen luonne aiheuttaa suhteellisen vähän terveyshaittoja. Kokaiinin takavarikkomäärät ja tapaukset ovat pysyneet hyvin vähäisinä muutamia poikkeusvuosia lukuun ottamatta. Aineen hinnassa tapahtuvilla muutoksilla lienee merkittävä vaikutus käytön yleisyyteen Suomessa.

Suomessa moottoriajoneuvon kuljettaja syyllistyy rattijuopumukseen, kun hänen veressään on ajon aikana tai sen jälkeen huumaavaa ainetta tai sen aineenvaihduntatuotetta. Nollarajan soveltamisen ulkopuolella ovat sellaiset lääkevalmisteet, joiden käyttöön kuljettajalla on lääkärin määräys, mutta näidenkin lääkkeiden käyttäminen on rangaistavaa, mikäli se heikentää kuljettajan ajokykyä. Vuonna 2005 haitallisia lääkaineita tai huumeita todettiin yhteensä 88 %:lla epäillyistä huumeikuljettajista (3 008 tapauksessa). Useimmiten tavattiin uni- ja rauhoittavia lääkaineita (bentsodiatsepiineja), joita löytyi 59 %:lla tutkituista. Varsinaisia laittomia huumausaineita todettiin samaten 59 %:lla tutkituista. Kiinnijääneiden huumeikuljettajien määrän kasvu perustuu poliisin toiminnan tehostumiseen.

Avainsanat

huumeet, huumeepolitiikka, huumeetilanne, hoito, ehkäisevä päihdetyö, valvonta, varhaisnuoret, kokaiini

Muut tiedot (verkkojulkaisun osoite) <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/reitox.htm>**ISSN****ISBN**

951-33-1910-5 (PDF)

Kokonaissivumäärä

96

Kieli

suomi

Hinta

- - -

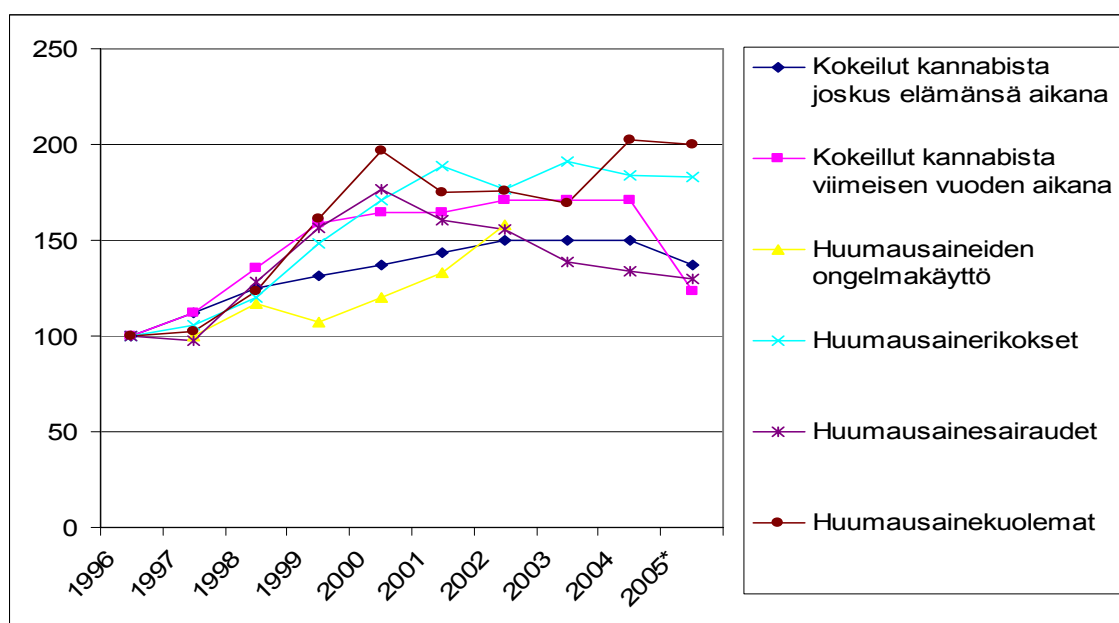
Jakaja ja myyjä

Saatavissa vain verkkojulkaisuna

TIIVISTELMÄ

Vuosina 1995–2001 huumeilanne näytti pahenevan lähes kaikkien mittarien (kokeilut, ongelmakäyttö, terveyshaitat, sairaudet, kuolemat, rikollisuus, takavarikot) mukaan. Kehitys vuosina 2001–2005 osoittaa sen sijaan selviä tasaantumisen merkkejä (kuvio 1).

Kuvio 1. Huumeiden käytön ja huumehaittojen kehityssuuntaukset 1996–2005 (1995=100)



*) ennakkotiedot

Lähteet: Päihdetutkimukset, STAKES; Partanen, P. ym. (2004); Keskusrikospoliisi; Hoitoilmoitusrekisteri, STAKES; Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitos.

1. Huume politiikka ja lainsäädäntö

Huume politiikan saralla on toteutettu huumausainepoliittista toimenpideohjelmaa vuosille 2004–2005. Stakes on jatkanut yhdessä lääninhallitusten kanssa ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston koordinoitua. Huumerikostorjuntatyössä on kehitetty yhteistoimintaa poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen kesken ja muiden maiden lainvalvontaviranomaisten kanssa. Työpaikoilla tehtävien huumausainetestien käytäntöjä määrittävä asetus tuli voimaan vuonna 2005.

2. Huumeiden kokeilu ja käyttö

Väestökyselyjen mukaan yhä harvempi 15–24-vuotias aloittaa kannabiskokeilut. Kouluterveyskyselyjen mukaan myöskään koululaisten huume kokeilut eivät ole 2000-luvulla enää lisääntyneet. Huume kokeilut ovat pojilla yleisempiä kuin tytöillä. Koko väestössä kannabista joskus kokeilleiden määrä on pysynyt 2000-luvulla samalla tasolla 12 %:n tuntumassa.

3. Huumeiden vastainen ehkäisevä työ

Ehkäisevälle päihdetyölle on määritelty laatukriteerit. Huumausaineiden vastaista ehkäisevää työtä tekevät järjestöt toimivat yhteisen huumausainehjelman puitteissa. Paikallisella tasolla on toteutettu esimerkiksi maahanmuuttajille suunnattuja ehkäisevän huumetyön projekteja.

4. Huumeiden ongelmakäyttö

Huumeiden käytön vuoksi hoidetut ovat pääosin miehiä, nuoria aikuisia ja perhesuhteiltaan yksin eläviä. Ensisijaisia hoitoon hakeutumiseen johtaneita päihteitä olivat vuonna 2005 opiaatit, stimulantit, alkoholin ja huumeiden sekakäyttö sekä kannabis. Hoitoon hakeutuneiden päähuumeena voimakkaimmin on lisääntynyt opiaatteihin kuuluvan buprenorfiinin osuus.

5. Huumehoito

Opiaattiriippuvaisten lääkehoidossa käytetyistä lääkeaineista selvästi yleisin oli buprenorfiini. Hoitajaksot päihdehoitolaitoksissa ovat pidentyneet, mikä viestii huonokuntoisemmista asiakkaista ja aineiden sekakäytöstä. Hoidon saatavuudessa ja jonotusajoissa on suurta paikkakunnittaista vaihtelua.

6. Huumeisiin liittyvät terveyshaitat

C-, B- ja A-hepatiitin sekä HIV-infektioiden määrä ruiskuhuumeita käyttävien joukossa on 2000-luvulla laskenut tai pysynyt alhaisella tasolla. Huumausaineisiin liittyvissä myrkytyskuolemissa buprenorfiini on yhä useammin ollut tärkein löydös. Buprenorfiinikuolemien uhrin ovat olleet pääasiassa nuoria.

7. Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen

Eryityisesti matalan kynnyksen hoitopalvelujen toiminta on ollut tärkeää huumeiden käyttöön liittyvien tartuntatauti-ehkäisyssä ja vähentämisessä. Suonensisäiseen huumeidenkäyttöön liittyviä tartuntatautiriskejä on pyritty vähentämään muun muassa vertaistoiminnan kehittämällä.

8. Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat

Huumausaineiden ongelmakäyttäjät ovat erityisen syrjäytyneitä. Huumeiden hoidon asiakkaista 62 % oli työttömiä ja 12 % asunnottomia vuonna 2005. Poliisin tietoon tulleet huumausainerikokset ovat vähentyneet 0,8 % edelliseen vuoteen verrattuna. Väkivaltarikoksissa huumausaineen vaikutuksen alaisina rikoksia tehneiden osuus on ollut kasvussa 1990-luvulta lähtien. Huume- tai sekakäyttötapausten osuus rattijuopumuksista ei ole kasvanut edelliseen vuoteen nähden. Vuonna 2005 rangaistusvangeista 16 % oli vankilassa huumerikosten vuoksi.

9. Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen

Käynnissä on ollut erilaisia sosiaalisen kuntoutuksen projekteja. Kynnykset pois -projektissa pyrittiin rakentamaan palvelumallia matalan kynnyksen palveluista korkeamman kynnyksen hoidollisiin palveluihin. Nuorten työpajojen ehkäisevän päihdetyön kehittämisprojektissa saatiin hyviä kokemuksia yhteisövalmennuksesta. Vankiloissa huumeiden käyttäjille on tarjottu päihdekuntoutusta ja opioidihoitoa. Vaihtoehtoisista rikosoikeudellisista seuraamuksista hoitoonohjausta on käytetty vähän.

10. Huumemarkkinat

Suomen huumausainemarkkinoilla esiintyy erityisesti kannabistuotteita, synteettisistä huumeista amfetamiinia ja ekstaasia, buprenorfiinia sekä bentsodiatsepiinilääkevalmisteita. Huumausaineiden maahantuonti on kansainvälistä rikollisuutta ja 20–30 % törkeistä huumausainerikoksista epäillyistä henkilöistä on ollut

viime vuosina ulkomaalaisia. Huumausainetakavarikoissa ei tapahtunut vuonna 2005 määrällisesti suuria muutoksia. Poikkeuksellista olivat muutamat hyvin suuret takavarikot. Tuoreen tutkimuksen mukaan amfetamiinin keskipitoisuus katukaupassa on 24 %.

11. Huumeisiin liittyvä laillisuusvalvonta

Huumausainerikostutkintaa on viime vuosien aikana kohdistettu erityisesti ammattimaisen ja järjestäytyneen rikollisuuden ennalta estämiseen, paljastamiseen ja selvittämiseen. Peite- ja valeostotoimintaa on käytetty lähinnä törkeiden huumausainerikosten selvittämisessä. Vuonna 2005 peite- ja valeostotoimintaa käytettiin edellisvuotta vähemmän.

12. Huumeiden käyttö ja ongelmat varhaisnuorten keskuudessa.

Kouluterveyskyselyjen mukaan ajanjaksolla 1997–2001 yksittäiset huumeekokeilut kasvoivat 14–16-vuotiaiden ikäryhmässä. Viimeaikainen kehitys osoittaa kokeilujen vähentyneen. Myös tupakoinnin ja alkoholin käyttötrendit ovat laskevat. Riskiryhmistä oppivelvollisuuden laiminlyöjien määrä on laskussa. Samaten laskussa on nuorten massarikollisuus. Huumehoidon tietojärjestelmän mukaan alle 15-vuotiaiden ikäryhmästä hoidon piiriin tulee vuosittain yksittäisiä tai vain muutamia tapauksia. Hoitojärjestelmä ei erityisesti huomio alaikäisiä huumeiden käyttäjiä. Suomessa kovat huumausaineet eivät ole saaneet jalansijaa varhaisnuorten keskuudessa, mikä on osaltaan estänyt vakavia huumeongelmia ikäryhmässä.

13. Kokaiini Suomessa

Tuoreimpien väestökyselyjen mukaan kokaiinin käytössä on tapahtunut lievää kasvua, mutta kasvulla ei voida katsoa olevan tilastollista merkitystä. Kokeilu ja käyttö painottuvat ikäryhmään 20–29-vuotiaat, josta runsaat 2 % kertoi kokeilleensa tai käyttäneensä ainetta joskus elämässään. Laadullisten tutkimusten perusteella voidaan arvella käytön keskittyvän lähes kokonaan suuriin kaupunkeihin ja olevan voimakkaasti sidoksissa ikäluokkansa eliittiin kuuluvien nuorten aikuisten juhlimiseen ja vapaa-ajan viettoon. Käytön satunnainen luonne aiheuttaa suhteellisen vähän terveyshaittoja, eikä kokaiinihaittoja ole tästä syystä eritelty erilaisissa tilastoissa. Ainekohtaista tietoa on saatavilla esimerkiksi järjestöjen internet-palveluista ja esitteistä. Kokaiinin takavarikkomäärät ja tapaukset ovat pysyneet hyvin vähäisinä muutamia poikkeusvuosia lukuun ottamatta. Aineen hinnan arvioidaan olevan katukaupassa 60–100 euroa grammaa kohti. Aineen hinnassa tapahtuvilla muutoksilla lienee merkittävä vaikutus käytön yleisyyteen Suomessa.

14. Huumeet liikenteessä

Suomessa moottoriajoneuvon kuljettaja syyllistyy rattijuopumukseen, kun hänen veressään on ajon aikana tai sen jälkeen huumaavaa ainetta tai sen aineenvaihduntatuotetta. Nollarajan soveltamisen ulkopuolella ovat sellaiset lääkevalmisteet, joiden käyttöön kuljettajalla on lääkärin määräys, mutta näidenkin lääkkeiden käyttäminen on rangaistavaa, mikäli se heikentää kuljettajan ajokykyä. Vuonna 2005 haitallisia lääkkeitä tai huumeita todettiin yhteensä 88 %:lla epäillyistä huumekuljettajista (3 008 tapauksessa). Useimmiten tavattiin uni- ja rauhoittavia lääkkeitä (bentsodiatsepiineja), joita löytyi 59 %:lla tutkituista. Varsinaisia laittomia huumausaineita todettiin samaten 59 %:lla tutkituista. Kiinnijääneiden huumekuljettajien määrän kasvu perustuu poliisin toiminnan tehostumiseen.

SISÄLLYS

ESIPUHE	1
KUVAILULEHTI	2
TIIVISTELMÄ	3
SISÄLLYS	6
A. UUDET KEHITYSSUUNTAUKSET	8
1 Huumelainsäädäntö ja huumausainepolitiikka	8
1.1 Huumausainelainsäädäntö	10
1.1.1 Uusi huumausainelaki	10
1.1.2 Kysynnän ehkäisyä koskeva lainsäädäntö	10
1.1.3 Huumetarjonnan rajoittamista koskeva lainsäädäntö	12
1.1.4 Kansainvälistä yhteistyötä koskeva lainsäädäntö	13
1.2 Huumausainepolitiikka	13
1.3 Huumeisiin liittyvät kustannukset	14
1.4 Sosiaalinen ja kulttuurinen tausta	15
2 Huumeiden kokeilu ja käyttö	17
2.1 Huumeiden käyttö koko väestössä	18
2.2 Koululaisten huumeiden käyttö	20
2.3 Huumeiden käyttö väestön erityisryhmissä	20
3 Huumeiden vastainen ehkäisevä työ	21
3.1 Yleinen ehkäisevä huumetyö	22
3.2 Kohdennettu ehkäisevä huumetyö	22
4 Huumeiden ongelmakäyttö	24
4.1 Huumehoidon asiakaskunta	27
4.3 Huumeiden ongelmakäyttö ja -käyttäjät muissa tutkimuksissa	29
5 Huumehoito	31
5.1 Huumehoidon hoitojärjestelmät	31
5.2 Lääkkeetön huumehoito	32
5.3 Korvaus- ja ylläpitohoito	34
6 Huumeisiin liittyvät terveyshaitat	37
6.1 Huumekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus	37
6.2 Huumeisiin liittyvät tartuntataudit	38
6.3 Huumeisiin liittyvät oheissairaudet	40
6.4 Muut huumeisiin liittyvät terveyshaitat ja niiden seuraukset	41
7 Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen	42
7.1 Huumekuolemien ehkäisy	42
7.2 Huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisy ja hoito	42
7.3 Huumeisiin liittyvän monihäiriöisyyden ehkäisy ja hoito	44
7.4 Muiden terveyshaittojen ehkäisy ja hoito	44
8 Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat	46
8.1 Sosiaalinen syrjäytyminen	46
8.2 Huumeisiin liittyvä rikollisuus	47
8.3 Huumeiden käyttö vankiloissa	48
9 Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen	50
9.1 Sosiaalinen kuntoutus	51
9.2 Huumerikollisuuden ehkäisy	52
10 Huumemarkkinat	54
10.1 Huumeiden saatavuus ja tarjonta	55
10.2 Huumausainetakavarikot	56
10.3 Huumausaineiden hinta ja laatu	56
11 Huumeisiin liittyvä laillisuusvalvonta	58
11.1 Huumevalvontajärjestelmä	58
11.2 Rikostiedustelu	59

11.3	Valvontamenetelmät	59
B.	ERITYISTEEMAT	61
12	Huumeiden käyttö ja ongelmat varhaisnuorten keskuudessa	61
12.1	Huumeiden käyttö, asenteet ja tarjonta varhaisnuorten keskuudessa.....	61
12.2	Varhaisnuoret hoitotilastoissa ja käytön aloittamisen riskiryhmät	63
12.3	Muut päihteet ja huumeiden varhaisnuorille aiheuttamat ongelmat.....	64
12.4	Kansallinen päihde-ehkäisy ja strategiat.....	66
12.5	Lopuksi	67
13	Kokaiini Suomessa	68
13.1	Käytön yleisyys	68
13.2	Haittojen vähentäminen	69
13.3	Kokaiini ja lainvalvontaviranomaiset	69
13.4	Lopuksi	70
14	Huumeet liikenteessä	71
14.1	Lainsäädäntö	71
14.2	Päihteen esiintyminen liikenteessä	74
14.3	Epäiltyjen huumetapausten käsittely.....	82
14.4	Ennaltaehkäisy	87
15	Lähdeluettelo	88
16	Taulukot ja kuvat.....	96

A. UUDET KEHITYSSUUNTAUKSET

1 Huumelainsäädäntö ja huumausainepolitiikka

Huumeiden vastainen toiminta perustuu pitkän aikavälin toimenpidevalintoihin sekä näitä valintoja ohjaaviin yhteiskunnallisiin rakenteisiin. Huumausainetyön rakenteet muodostuvat huumausainelainsäädännöstä ja huumausainepolitiikkaa ohjaavista strategioista sekä toimintaohjelmista. Huumeiden vastaiset toimet (ehkäisevä työ, hoito, haittojen vähentäminen, huumevalvonta) konkretisoituvat lainsäädännön toteuttamisessa sekä strategioiden ja toimintaohjelmien toimeenpanossa.

Monet kansallisista kannanotoista ja toimista voidaan liittää huumausainepolitiikkaa kansainvälisellä tasolla ohjaaviin järjestelmiin ja sopimuksiin. Huumetyöhön vaikuttavat merkittävästi myös sille suunnatut resurssit.

Huumausainelaisissa (1289/1993) säädetään kansainvälisiin sopimuksiin perustuvista huumausainevalvonnan pääperiaatteista. Huumausainelakiin liittyvässä huumausaineasetuksessa (1603/1993) säädetään yksityiskohtaisemmin huumausaineiden laillisesta viennistä sekä tuonnista. Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä (1709/1993) määrätään huumausaineista ja huumausaineiden valmistuksessa käytettävistä aineista. Myöhemmin lainsäädäntöä on tarkistettu siten, että se vastaa EU:ssa voimassa olevia huumausaineiden lähtöaineiden valvontasäännöksiä sekä YK:n huumausainelistoihin tehtyjä muutoksia. Huumausainerikoksista määrätään rikoslaisissa (1303/1993), jonka mukaan huumausainerikokset jaetaan huumausainerikokseen, sen valmisteluun tai sen edistämiseen (maksimirangaistus 2 vuotta vankeutta) sekä törkeään huumausainerikokseen (vankeustuomiot 1–10 vuotta). Vuonna 2001 tehtiin rikoslain muutos (654/2001), jonka mukaan määriteltiin huumausaineen käyttörikos (maksimirangaistus puoli vuotta vankeutta).

Perusopetuslain muutoksella perusopetukseen on tullut oppiaineeksi terveystieto (453/2001). Koululaeissa veloitettiin vuonna 2003 Opetushallitus määrittelemään yhdessä Stakesin kanssa oppilas- ja opiskelijahuollon keskeiset periaatteet ja opetustoimeen kuuluvat tavoitteet kansallisiin opetussuunnitelman perusteisiin. Opetuksen ja koulutuksen järjestäjät veloitettiin yhteistyössä sosiaali- ja terveysviranomaisten kanssa soveltamaan näitä paikallisiin opetussuunnitelmiin (477,478,479/2003). Opetussuunnitelmiin tulee osana oppilas- ja opiskelijahuoltoa kirjata toimenpiteet sekä terveyden ja turvallisuuden edistämiseksi että muun muassa kriisien, koulukiusaamisen ja päihteiden käytön ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi sekä tarvittavan yhteistyön järjestämiseksi.

Raittiustyölaissa (828/1982) pidetään päämääränä terveitä elämäntapoja. Päihdehuoltolaissa (41/1986) keskeistä on päihteiden ongelmakäytön vähentäminen ja tarpeen mukaisten hoitopalvelujen järjestäminen kunnissa. Opioidiriippuvaisten korvaus- ja ylläpito-hoidosta määrätään asetuksella 289/2002. Tartuntatauti-asetuksen muutoksella (1383/2003) edellytetään, että terveyskeskuksen tulee yhä enemmän huolehtia suonensisäisesti huumeita käyttävien terveysneuvonnasta ja käyttövälineiden vaihtamisesta. Päihdeongelmien hoitoa sivuavat myös lastensuojelulaki, sosiaalihuoltolaki, kansanterveyslaki, mielenterveyslaki sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

Lisäksi huumausaineista säädetään muun muassa rikoslain kokonaisuudistuksessa koskien rahanpesua (68–79/1998) ja rattijuopumusta (1198/2002), rangaistuksen täytäntöönpanoa koskevan lain muutoksessa (656/2001), jossa käsitellään vankeinhoidon henkilöstön toimivaltaa huumausainevalvonnassa, pakkokeinolain muutoksessa (646/2003), jossa esitetään ehdot telekuuntelulle, televalvonnalle ja tekniselle tarkkailulle sekä poliisilain muutoksessa (21/2001), jossa säädetään peitetoiminnasta ja valeostoista.

Valtioneuvosto teki 5.10.2000 periaatepäätöksen huumausainepoliitikan tehostamisesta Suomen vuoden 1997 ensimmäisen kansallisen huumausainestrategian pohjalta. Päätöksessä esitetyillä toimenpiteillä pyrittiin vähentämään sekä huumausaineiden kysyntää että tarjontaa. Pyrkimyksenä oli pysäyttää huumausaineiden käytön ja huumausainerikollisuuden kasvu. Kansallisen huumausainepoliittisen ohjelman koordinoitua, toimeenpanoa ja seurantaa varten valtioneuvosto asetti huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän, joka koostui keskeisten ministeriöiden sekä näiden alaisten virastojen edustajista. Koordinaatioryhmä valmisteli kautensa toimenpideohjelman huumausainepoliitikan tehostamiseksi vuosiksi 2001–2003. Pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelman mukaan koordinaatioryhmä valmisteli vuosille 2004–2007 huumausainepoliittisen toimenpideohjelman, jonka valtioneuvosto hyväksyi periaatepäätöksellä vuoden 2004 alussa.

Vuosien 2004–2007 ohjelman tavoitteita ovat hallinnon osalta kansallisen huumausainepoliitikan koordinoinnin vakiinnuttaminen sekä Suomen huumausainelainsäädännön tarkistaminen huomioiden yhteisölainsäädännön muutokset ja huumausainekontrollin ulkopuolella olevien aineiden nopeutunut markkinoille tulo. Huumeiden kysynnän osalta ehkäisevässä päihdetyössä kehitetään uusia menetelmiä, vahvistetaan paikallistason viranomaisyhteistyötä ja tuetaan kansalaisjärjestöjen roolin vahvistumista. Lisäksi oppilas- ja opiskelijahuollossa tehostetaan moniammatillista yhteistyötä ja paikallisia yhteistyömuotoja nuorten huumausaineiden käyttäjien syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Hoidon osalta vahvistetaan asianmukaisten huumehoitopalvelujen saatavuutta, kehitetään huumetyön osaamista ja tehostetaan hoitotoimenpiteiden käyttöä rikosoikeudellisten seuraamusten yhteydessä. Huumeiden tarjonnan rajoittamiseksi lisätään poliisin, tullin, rajavartiolaitoksen ja syyttäjän sekä yksityisen turvallisuusalan yhteistoimintaa huumausaineiden tarjonnan vähentämiseksi ja tehostetaan huumausaineiden lähtöaineisiin liittyvää viranomaisyhteistyötä. Lisäksi kehitetään huumausaineisiin liittyvää tietopohjaa ja tutkimusta. Tarjonnan rajoittamiseksi edistetään huumausaineiden käyttöä sekä levittämistä ehkäiseviä kansainvälisiä toimia ja jatketaan huumausaineiden vastaisen työn tukemista lähialue- ja kehitysalueyhteistyössä. (STM 2004.)

Lisäksi hallitusohjelman osana on laadittu kansalaisten turvallisuuden lisäämiseksi sektorirajat ylittävä sisäisen turvallisuuden ohjelma 2005–2015 (SM 2004).

Vuoden 1997 huumestrategiaan liittyen vuonna 2000 valmistui nuorten huumeiden käytön ehkäisytöimikunnan mietintö ja vuonna 2001 huumehoitotyöryhmän mietintö. Lisäksi poliisi on tuottanut huumausaineiden vastaisen strategian (2002) vuosiksi 2003–2006 ja Vankeinhoitolaitos (2002) päihdestrategian (osat I–III), jota on myöhemmin täydennetty uudella strategialla vuosiksi 2005–2006. Molemmissa esiin ovat nousseet valvonnan lisäksi myös kysynnän vähentämisen toimet. Tulli on tuottanut huumausainestrategian vuosille 2002–2005 ja lisäksi on tuotettu poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen yhteinen PTR-huumausainestrategia.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa (2001) yhdeksi tavoitteeksi on asetettu alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvien terveysongelmien asiantunteva hoito. Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen kansallinen toimintasuunnitelma 2003–2005 edellyttää, että ennaltaehkäisevää huumetyötä vahvistetaan ja huumeiden käyttäjille järjestetään riittävä hoito sekä laajennetaan haittoja vähentäviä toimenpiteitä.

1.1 Huumausainelainsäädäntö

1.1.1 Uusi huumausainelaki

Hallitus on tehnyt Eduskunnalle esityksen uudesta huumausainelaista ja eräistä siihen liittyvistä laeista. Syksyllä 2006 lakiesitys oli vielä eduskunnan käsiteltävänä.

Uuden huumausainelain tarkoituksena on tehostaa huumausainevalvontaa, mutta ei muutata kansallista huumausainepolitiikkaa. Lain tavoitteena on huumausaineiden laittoman tuonnin, viennin, valmistuksen, levittämisen ja käytön ehkäiseminen. Huumausaineiden lähtöaineisiin laissa sovelletaan Euroopan yhteisöjen sisä- ja ulkokaupan lähtöaineasetusten säännöksiä. Voimassa oleviin periaatteisiin tai menetelmiin uudessa huumausainelaissa ei ehdoteta olennaisia muutoksia, ainoastaan täsmennyksiä.

1.1.2 Kysynnän ehkäisyä koskeva lainsäädäntö

Ehkäisevä huumetyö

Työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaisten huumausainetestien toteuttamista käsitellään huumausainetestejä koskevassa asetuksessa (218/2005). Asetuksen tarkoituksena on varmistaa, että testit tehdään hyvän työterveyshuoltokäytännön ja laboratorioiden laatustandardien mukaisesti. Lisäksi asetuksella pyritään varmistamaan testattavan yksityiselämän suoja, henkilökohtainen koskemattomuus ja muut perusoikeudet. Asetuksessa säädetään testejä tekevien laboratorioiden laatuvaatimuksista, tutkimuslähetteen antamisesta, testattavan informoinnista ja suostumuksesta, näytteen otosta, käsittelystä ja analysoinnista, testituloksen tulkinnasta ja ilmoittamisesta sekä testituloksen mahdollisesta riitauttamisesta.

Huumehoito

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista säädetyn lain (566/2005) mukaan kuntoutujalla on oikeus päihdehoidon tukeen (kuntoutusrahaan), jos kuntoutus on tarpeellista kuntoutujan työelämässä pysymiseksi, työelämään palaamiseksi tai työelämään pääsemiseksi. Perhekuntoutusta lukuun ottamatta kuntoutusrahaa myönnetään vain, jos siihen on haettu työpaikan hoitoonohjausjärjestelmän tai työterveyshuollon kautta. Lisäksi edellytetään, että kuntoutus suoritetaan Kansaneläkelaitoksen hyväksymässä päihdehuollon kuntoutuslaitoksessa ja että kuntoutus perustuu hoito- tai kuntoutusohjelmaan. Kuntoutuksen osalta voidaan suorittaa harkinnanvaraista korvausta ylläpito- ja muista kustannuksista sekä kuntoutuksen jälkeiseltä ajalta harkinnanvaraista kuntoutusavustusta, jos se on kuntoutujan työllistymisen kannalta erityisen tarpeellista.

Valtioneuvoston asetuksella erityisperustein korvattavista lääkkeistä ja lääketieteellisin perustein vakaviksi arvioitavista sairauksista (616/2005) opiaattiriippuvuuden jälkihoidossa käytettävä naltreksoni tuli peruskorvattavaksi.

Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen

Pelastusopistosta annetun lain mukaan (607/2006) Pelastusopiston opiskelija on velvollinen opiston määräyksestä osallistumaan terveydenhuollon ammattihenkilön ja laboratoriohenkilökunnan tekemään päihdetestiin, jos on perusteltua aihetta epäillä, että opiskelija on päihtyneenä opiston järjestämässä käytännön työtehtävien harjoittelussa tai työpaikalla tapahtuvassa harjoittelussa. Terveydenhuollon ammattihenkilö voi luovuttaa opistolle kirjallisen johtopäätöksen päihdetestistä.

Ilmailulain (1242/2005) mukaan Ilmailuhallinnolla on lentämiseen liittyvien lupakirjojen myöntämisen, uusimisen ja peruuttamisen edellytysten arvioimiseksi oikeus salassapitosäännösten estämättä saada rikosrekisteristä, sakkorekisteristä, oikeushallinnon tietojärjestelmistä, syyteharkinnassa olevista rikosasioista sekä esitutkintaviranomaisilta luvan hakijasta tai haltijasta tieto lentoturvallisuuden vaarantamisesta tai huumaavan aineen käyttämisestä ilmailussa tai lentoturvallisuuteen vaikuttavassa tehtävässä maaorganisaatiossa.

Ilmailuhallinnon on myönnettävä kulkuoikeus lentoaseman turvalvotulla alueella työskentelevälle tai siellä säännöllisesti käyvälle henkilölle, jos turvallisuusselvitys osoittaa, että hakijaa ei ole esimerkiksi tuomittu huumausainerikoksesta. (Ilmailulaki 1242/2005.)

Tehtävää ilma-aluksessa, ilmailuun käytettävässä liitimessä tai muussa laitteessa tai lentoturvallisuuteen vaikuttavaa tehtävää maaorganisaatiossa ei saa suorittaa se, joka on käyttänyt huumaavaa ainetta niin, että sitä on hänen elimistössään havaittava määrä. Jos ilma-aluksessa tehtävää suorittava tai maaorganisaatiossa lentoturvallisuuteen vaikuttavassa tehtävässä oleva suorittaa tehtävänsä, vaikka hän on käyttänyt huumaavaa ainetta niin, että sitä on hänen elimistössään havaittava määrä, on hänet tuomittava huumaavan aineen käyttämisestä ilmailussa sakkoon. (Ilmailulaki 1242/2005.)

Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen

Laissa järjestyslain muuttamisesta (528/2005) kielletään päihdyttävän aineen nauttiminen yleisellä paikalla taajamassa, rajanylityspaikoilla sekä julkisessa liikenteessä olevassa kulkuneuvossa. Kielto ei koske alkoholijuoman nauttimista puistoissa tai siihen verrattavissa paikoissa, jos se ei vaikeuta kohtuuttomasti muiden oikeutta käyttää paikkaa varsinaiseen tarkoitukseensa. Koska huumausaineiden käyttö on aina rikoslain alaista toimintaa, sen käyttö järjestyslain mukaisissa paikoissa on aina kiellettyä.

Vankeuslain (767/2005) mukaan tuomittu voidaan sijoittaa vankilan suljetun osaston sijaan vapaudesta suoraan avolaitokseen, jos hänen suoritettavanaan on sakon muuntorangaistus tai enintään yhden vuoden vankeusrangaistus, ja jos vanki sitoutuu päihteettömyyteen ja sen valvontaan. Suljetulla osastolla vankeusvangille on varattava mahdollisuus asua osastolla (sopimusosasto), jolla vangit sitoutuvat päihteettömyyden valvontaan ja osastolla järjestettävään toimintaan. Vanki voidaan siirtää suljetusta vankilasta avolaitokseen määrääjäksi, jos siirto edistää rangaistusajan suunnitelman toteutumista, ja vanki noudattaa osastossa toteutettavia ohjelmia sekä sääntöjä ja sitoutuu olemaan käyttämättä päihteitä - sekä hyväksyy päihteettömyyteen liittyvän valvonnan. Vanki, jolla on päihdeongelma, voidaan myös sijoittaa määrääjäksi vankilan

ulkopuoliseen laitokseen, jossa hän osallistuu päihdehuoltoon tai hänen selviytymismahdollisuuksiaan parantavaan toimintaan eikä käytä päihteitä ja sitoutuu noudattamaan liikkumista koskevia ehtoja. Vankilan järjestämän toiminnan tarkoituksena on edistää vangin sijoittautumista yhteiskuntaan vahvistamalla hänen valmiuksiaan rikoksettomaan elämäntapaan, ylläpitämällä ja vahvistamalla hänen ammatillista osaamistaan sekä tukemalla vangin päihteetöntä elintapaa.

Jos on syytä epäillä, että vanki on alkoholin tai muun päihdyttävän aineen vaikutuksen alainen, vanki voidaan velvoittaa antamaan veri- tai sylkinäyte tai suorittamaan puhalluskoe. Vieroitusoireista kärsivän vangin terveydentilan tarkkailemiseksi häntä voidaan valvoa teknisesti ympärivuorokautisesti. Hänet voidaan myös eristää jatkuvan päihdyttävien aineiden käytön tai huumausainerikoksen estämiseksi. Jos vangin epäillään pitävän hallussaan kiellettyjä aineita (esimerkiksi huumausaineita), hänelle voidaan tehdä henkilötarkastus (vaatteiden tarkastaminen), ja henkilönkatsastus (koko kehon tarkastaminen), jos vankia epäillään rikoksesta, jonka ankarin rangaistus on enemmän kuin kuusi kuukautta, tai huumausaineiden käyttörikoksesta. Pakkokeinolain muutoksella (769/2005) esitutkinnan ollessa kesken voidaan rajoittaa tutkintavangin yhteydenpitoa muuhun henkilöön, jos on perusteltua syytä epäillä, että yhteydenpito vaarantaa tutkintavankeuden tarkoituksen.

Tutkintavankeuslain (768/2005) mukaan tutkintavanki ei saa pitää hallussaan huumausaineita eikä huumausaineiden käyttöön tarkoitettuja esineitä. Tutkintavangille saapuneesta kirjeestä, postilähetyksestä tai viestistä saadaan ottaa jäljennös, jos esimerkiksi sitä luettaessa käy ilmi, että se todennäköisesti sisältää suunnitelmia tai tietoja huumausaineen käyttörikoksesta. Tutkintavangin puhelu voidaan tallentaa, jos puhelua kuunneltaessa käy ilmi, että puhelu todennäköisesti sisältää suunnitelmia tai tietoja huumausaineen käyttörikoksesta. Jos tutkintavankia tapaavan henkilön on todettu kuljettaneen tai yrittäneen kuljettaa huumausaineita vankilaan, voidaan tapaajalle antaa enintään kuuden kuukauden pituinen kielto vierailta vankilassa (tapaamiskielto). Tutkintavangille voidaan rikoksen selvittämiseksi tehdä henkilönkatsastus, jos tutkintavankia todennäköisin syin epäillään esimerkiksi huumausaineen käyttörikoksesta. Tutkintavankia saadaan pitää erillään muista vangeista, jos se on välttämätöntä esimerkiksi päihdyttävän aineen jatkuvan käytön tai huumausainerikoksen estämiseksi.

1.1.3 Huumetarjonnan rajoittamista koskeva lainsäädäntö

Poliisilain muutoksella (525/2005) täsmennettiin poliisin tiedonhankintaa koskevia säännöksiä. Säännösten mukaan teknisen kuuntelun ja vankilassa tapahtuvan teknisen katselun edellytyksenä on, että henkilön käyttäytymisestä tai muilla perusteilla voidaan päätellä hänen syyllistyvän esimerkiksi huumausainerikokseen. Vastaavalla perusteella ja välittömän henkeen tai terveyteen kohdistuvan vaaran torjumiseksi televalvontaa voi kohdistaa henkilön tai hänen oletettavasti muuten käyttämänsä teleliittymään, teleosoitteeseen tai telepäätelaitteeseen. Tilapäisesti voidaan myös sulkea tällainen liittymä tai laite sekä antaa lupa saada tieto niistä matkaviestimistä, joista tietynä aikana kirjautuu tieto tietyn paikan läheisyydessä sijaitsevan tukiaseman kautta telejärjestelmään. Peitetoiminnan edellytyksenä on edelleen törkeä huumausainerikos. Valeoston edellytys on, että se on välttämätöntä sellaisen rikoksen paljastamiseen, josta säädetty ankarin rangaistus on vähintään kaksi vuotta vankeutta (esimerkiksi huumausainerikos).

1.1.4 Kansainvälistä yhteistyötä koskeva lainsäädäntö

Laissa omaisuuden tai todistusaineiston jäädyttämistä koskevien päätösten täytäntöönpanosta Euroopan unionissa (540/2005) esitetään päätöksen kansallisen toimeenpanon edellytyksenä, että teko olisi Suomessa vastaavissa olosuhteissa tehtynä rikos. Vaikka Suomessa asia ei ole rikos vastaavissa olosuhteissa, Suomi ei voi kieltäytyä toimesta, jos teko on jäädyttämisspätöksen tehneen jäsenvaltion lain mukaan rikos, josta säädetty ankaran rangaistus on vähintään kolmen vuoden vapausrangaistus.

1.2 Huumausainepolitiikka

Huumausainepolitiikan koordinointi vuonna 2005

Stakesin nimittämä laajapohjainen asiantuntijatyöryhmä laati vuonna 2005 ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Kriteerit tukevat ja ohjaavat sekä toimijoita että rahoittajia. Kriteerejä voidaan soveltaa kaikkeen päihteiden käyttöön ja käytön aiheuttamien haittojen vähentämiseen ja ehkäisemiseen. Stakes jatkoi yhdessä lääninhallitusten kanssa ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston koordinoitua. Verkostoon kuuluu yhteensä 407 kuntayhdyshenkilöä ja 17 lääniyhdyshenkilöä. Yhdyshenkilön tehtävänä on ehkäisevän päihdetyön edistäminen kunnassa tai alueella moniammatillisena yhteistyönä, kunnallisen tai alueellisen päihdestrategian koordinointi sekä tiedonvälitys kunnan ja eri organisaatioiden välillä. Vuosina 2003–2004 valmistuivat uudet opetussuunnitelman perusteet, joihin sisältyvät toimenpiteet päihteiden käytön ehkäisemiseksi sekä ongelmien varhaiseksi tunnistamiseksi ja niihin puuttumiseksi. Lukiot ja ammatilliset oppilaitokset ovat siirtyneet opetussuunnitelman perusteiden mukaiseen opetukseen vuonna 2005 oppilas- ja opiskelijahuollon uusien määräysten osalta. Peruskouluista suurin osa noudattaa uuden opetussuunnitelman mukaista opetusta. Nuorisotyössä huumeiden ehkäisyä valtavirtaistettiin osaksi kaikkea toimintaa. (STM 2006b.)

Huumeongelmaisten hoidon porrastusta on edelleen kehitettävä ja pitkäaikainen avohoito tulee järjestää lähellä potilaan asuinpaikkaa. Korvaushoitopotilaiden hoidon intensiteettiä on tarpeen vähentää ja hoitoa siirtää nykyistä enemmän peruspalveluihin. Käypä hoito -suositus huumeongelmaisen hoidosta valmistui 23.1.2006. Jonot korvaushoitoon ovat pääkaupunkiseudulla jonkin verran lyhentyneet. Vankeusrangaistuksen vaikuttavuutta uusintarikollisuuden ehkäisemiseksi parannetaan suunnittelemalla rangaistusaika yksilöllisesti 1.10.2006 voimaan tulevan uuden vankeuslain edellyttämällä tavalla. Vapautuvien vankien jälkihuoltoa kehitetään oikeusministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen Kuntaliiton yhteisten suositusten pohjalta. (STM 2006b.)

Huumerikostorjuntatyössä poliisi on painottanut toimintaansa järjestäytyneesti toimiviin huumausaineiden maahantuonti- ja levitysorganisaatioihin. Yhteistoimintaa poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen kesken sekä yhteistyötä muiden maiden lainvalvontaviranomaisten kanssa on edelleen kehitetty ja lisätty muun muassa kehittämällä yhteisiä teknisiä valvontavälineitä. Katutason käyttäjävalvonnassa on säilytetty vuosituhannen alun valvontataso. Huumeiden käyttörikoksia on tullut entistä enemmän ilmi muun poliisitoiminnan yhteydessä. Huumausaineiden käytöstä koituvat seuraamukset ovat kiristyneet vuonna 2001 voimaan tulleen käyttörikosuudistuksen jälkeen. Käyttäjien sakottaminen rangaistusmääräysmenettelyssä on yleistynyt ja samalla syyttämättä jätettyjen määrä on vähentynyt. (STM 2006b.)

Vuonna 2005 Suomi osallistui kansainväliseen huumausaineiden vastaiseen työhön EU:n, YK:n, Euroopan neuvoston ja Pohjoismaiden neuvoston foorumeilla. Suomi oli tukenut YK:n huumausaineohjelman hankkeita sekä monia lähialuehankkeita eri hallinnonaloilla ja järjestöjen parissa. Vuonna 2005 aloitettiin myös valmistelut huumausainepolitiikan osalta Suomen EU-puheenjohtajuuskaudelle. Suomen Akatemia on käynnistänyt päihde- ja addiktio tutkimuksen tutkimusohjelman vuosille 2007–2010. (STM 2006b.)

Huumepoliittinen tapaustutkimus

Tuukka Tammen (2006) analyysin mukaan huumausainekomiteassa vuonna 1997 oli vastakkain kaksi näkemystä huumeasioiden määrittelystä. Poliisiviranomaiset ajoivat huumeista vapaata yhteiskuntaa ja tiukempaa kontrollia. Sosiaali- ja terveyssektorin sekä oikeuspoliittisten toimijoiden muodostama allianssi kannatti haittojen vähentämisen politiikkaa. Komitea kirjoitti Suomen ensimmäisen huumausainestrategian (1997). Haittojen vähentämisen yleinen tavoite ei perustunut vain huoleen kansanterveydestä. Käsitteen ideologiset juuret johtavat 1960–70-luvuilta lähteneeseen rationaalisen ja humanin kriminaalipolitiikan traditioon, jonka mukaan kriminaali- ja sosiaalipolitiikka tähtää ensisijaisesti sosiaalisten haittojen minimointiin. Huumausainestrategian tavoitteet ja keinot olivat kahden logiikan kompromissi, joka on jatkunut haittojen vähentämisen politiikan eteenpäin viemisenä, mutta myös huumeiden käyttäjien tiukempuna rikoskontrollina Suomessa.

1.3 Huumeisiin liittyvät kustannukset

Huumehaittakustannukset

Vuonna 2004 huumausaineiden ja lääkeaineiden väärinkäyttö aiheutti noin 200–300 miljoonan euron välittömät haittakustannukset ja 400–800 miljoonan euron välilliset haittakustannukset (taulukko 1). Eniten välittömiä kustannuksia aiheutui sosiaalitoimen menoista sekä rikollisuuskontrollista. Välilliset menot kasvoivat voimakkaasti huumeisiin liittyvien kuolemien lisääntymisestä johtuen. Välillisistä kustannuksista ylivoimaisesti suurin erä oli menetetyn elämän arvo ennenaikaisen kuoleman johdosta.

Taulukko 1. Huumehaittakustannukset pääryhmittäin vuosina 2003 ja 2004, milj. euroa

	2003		2004	
	Min	Max	Min	Max
Välittömät kustannukset	190	272	191	272
<i>Terveyskulut</i>	32	60	33	63
<i>Sosiaalikulut</i>	58	64	63	69
<i>Rikollisuusvalvonta</i>	49	63	51	65
<i>Omaisuusvahingot, valvonta, tutkimus, ennaltaehkäisevä päihdetyö</i>	51	85	44	75
Välilliset kustannukset	313	680	367	803
<i>Tuotantomenetykset</i>	60	100	61	102
<i>Menetetyn elämän arvo ennenaikaisen kuoleman johdosta¹</i>	253	580	306	701
Yhteensä	503	952	558	1 075

Lähteet: Päihdetilastollinen vuosikirja 2005 ja 2006, STAKES.

1.4 Sosiaalinen ja kulttuurinen tausta

Huumeasenteet

Aikuisväestön terveyteen vaikuttavien elintapojen (AVTK) seurantatutkimuksen (Natunen ym. 2006) mukaan 78 % suomalaisista arvioi keväällä 2005, että huumeaineiden käyttö on vakava tai erittäin vakava ongelma, kun vastaava luku oli neljä vuotta sitten 90 %. Arvioiden lieventyminen näkyy vielä selvemmin siinä, että huumeaineiden käytön erittäin vakavaksi ongelmaksi (37 %) arvioivien osuus on laskenut 21 prosenttiyksikköä vuosina 2001–2005. AVTK-tutkimuksessa muutostrendi näkyy myös arvioitaessa huumeaineiden käytön tason tulevaa kehittymistä. Vuonna 2005 tutkittavista 38 % arvioi huumeaineiden käytön pysyvän entisellään, kun arvio vuonna 2001 oli vielä 11 %. Muutos heijastaa huumeilanteen rauhoittumista.

¹ Menetetyn elämän arvo lasketaan käyttämällä vaihtoehtokustannuksena 100 %:sesti invalidisoituneen henkilön laitoshoitokustannuksia.

Arviot huumausaineiden käytön ongelman vakavuudesta ovat jatkuvasti olleet jyrkemmät naisilla kuin miehillä. Kevään 2005 kyselyssä huumeita vakavana ongelmana pitävien naisten osuus oli 82 % ja miesten osuus 74 %. Myös iän vaikutus arvioissa on selvä: mitä vanhempi vastaaja, sitä vakavammaksi huumetilanne arvioidaan. Vastaavasti eläkeläisistä 80 % ja opiskelijoista vain 58 % pitää huumeiden käyttöä erittäin tai melko vakavana ongelmana.

Huumeiden käytön kulttuurista hyväksymistä kuvatut muutokset suomalaisten mielipiteissä eivät kuitenkaan merkitse. AVTK-tutkimuksen mukaan edelleen neljä vastaajaa viidestä pitää huumausaineiden käyttöä Suomessa vakavana ongelmana, puolet näistä jopa erittäin vakavana. Käytön kehityssuunnasta kysyttäessä lähes kolme viidesosaa arvioi käytön lisääntyvän tulevaisuudessa. (Natunen ym. 2006.) Näyttää siltä, että huumeiden käytön paheksunta on säilynyt entisellään, mutta huumeaallon 1990-luvulla tapahtuneen nopean nousun ja vakavien huumehaittojen synnyttämä säikähähdys on menossa ohi.

Vuoden 2006 nuorisobarometrin² mukaan miehistä 23 % ja naisista 14 % on täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että on hyväksyttävää käyttää mietoja huumeita, kuten kannabistuotteita. Nuoremmat miehet suhtautuvat mietoihin huumeisiin jyrkemmin: 15–19-vuotiaista miehistä 18 % hyväksyy mietojen huumeiden käytön, kun vastaava luku 20–25-vuotialla miehillä on 27 %. Naisten asenteissa ei ollut eroa ikäryhmien välillä. (Myllyniemi 2006.) Ero eri-ikäisten miesten asenteissa heijastelee käyttötutkimusten tuloksia: näyttää siltä, että 1980-luvun loppupuolella syntyneen nuorisosukupolven kiinnostus huumeokeiluihin on vähäisempää kuin vanhemmilla ikäluokilla (ks. luku 2.)

Huumeet mediassa

Anttila ja Kuussaari (2005) ovat tutkineet huumeiden ja alkoholin käytön normalisaatiota suomalaisessa nuorisomediassa. Aineistona oli 12 numeroa Demi-, Suosikki- ja City -nuortenlehtiä³ vuodelta 2003, yhteensä siis 36 lehteä. Analyysin mukaan Demissä huumeita käsiteltiin valistuksellisessa sävyssä, ja vastuullista ja rationaalista käyttäytymistä päihteiden suhteen odotettiin erityisesti tytöiltä. Suosikissa alkoholi ja huumeet näyttäytyivät haitallisina, toisaalta railakas elämäntyö hyväksyttiin osana miespuolisten idolien rock-elämää. Täysi-ikäisille nuorille suunnatussa City-lehdessä mietoja huumeita käsiteltiin positiivisella pohjavireellä, kun taas kovista huumeista riippuvaisia julkisuuden henkilöitä pidettiin "luusereina". Anttilan ja Kuussaaren mukaan rock- ja poptähtien elämäkerrat ja legendat normalisoivat huumeiden käyttöä nuorisomediassa, toisaalta erityisesti nuorille naisille suunnatuissa jutuissa esiintyi myös argumentteja päihteiden käyttöä vastaan.

² Nuorisobarometriä varten haastateltiin 1900 nuorta maalikuussa 2006. Haastatellut olivat 15–29-vuotiaita. Otos muodostettiin väestökisteristä satunnaisotantana. Sukupuoli, alue, kieli ja ikä olivat kiintiöity niin, että niiden osuus aineistossa vastasi muuttujien osuutta perusjoukossa.

³ Demin kohderyhmä on 12–18-vuotiaat tytöt ja sillä on lukijoita 209 000. Suosikin kohderyhmä on 12–18-vuotiaat tytöt ja pojat, lukijoita on 284 000. City on ilmaisjakelulehti, jonka levikki on 225 000 kappaletta ja kohderyhmä yli 18-vuotiaat nuoret aikuiset.

2 Huumeiden kokeilu ja käyttö

Suomessa huumeitrendit ovat seuranneet kansainvälisiä virtauksia, mutta täällä käytön suhdannevaihtelut ovat olleet poikkeuksellisen voimakkaita. Suomessa on kansainväliseen tapaan ilmennyt kaksi suurempaa huumeaaltoa, ensimmäinen 1960-luvulla ja viimeisin 1990-luvulla.

Tutkimusten mukaan 1990-luvulla huumeikokeilujen nousutrendi lähti voimakkaammin liikkeelle miesten keskuudessa. Naisilla kasvuvauhti kiihtyi vasta vuosikymmenen puolen välin jälkeen. Viimeisen vuoden aikana huumeita kokeilleiden osuus kasvoi 1990-luvun loppuun asti, minkä jälkeen kasvukäyrässä näkyy selvä tasoittuminen. Sama ilmiö tulee esiin nuorten kohdalla. Näyttäisi siltä, että 1980-luvun loppupuolella syntyneen nuorisosukupolven kiinnostus huumeikokeiluihin on vähäisempää kuin vanhemmilla ikäluokilla. Silti huumeikokeilut ja huumeiden käyttö ovat edelleen korkeammalla tasolla kuin 1990-luvun alussa. (Hakkarainen & Metso 2006.)

Huumeiden kokeilun ja käytön lisääntyminen 1990-luvulla oli 1960-luvun tapaan nuoriso- ja sukupolvi-ilmiö. Teknokulttuuri levisi 1980-luvun lopussa pienenä underground-liikkeenä myös Suomeen. Ilmiö alkoi yleistyä vasta 1990-luvun puolivälissä erityisesti nuorten aikuisten keskuudessa. 1990-luvun loppupuolella ilmiö monimuotoistui eikä enää rajautunut kaupunkilaisnuorten marginaaliseksi juhlimismuodoksi. Nykyisin juhlimiseen kytkeytyvää huumeiden viihdekäyttöä ei voidakaan tarkastella ainoastaan tekno- ja ravekulttuurin osana, vaan pikemminkin laajajana nuorisokulttuurisena virtauksena. (Salasuo 2005.)

Nuorten huumeiden kokeilujen ja käytön trendejä arvioidaan joka neljäs vuosi tehtävien valtakunnallisten koululaiskyselyjen (ESPAD, HBSC) avulla. Kyselyt ovat samalla osa vastaavia eurooppalaisia vertailututkimuksia⁴ ja osana alueellisia, kahden vuoden välein tehtäviä kouluterveystutkimuksia.⁵

Vuoden 2003 ESPAD-tutkimuksen mukaan 15–16-vuotiaista 11 % oli joskus elämänsä aikana kokeillut jotakin laitonta huumetta. Vuonna 1999 luku oli 10 %. Vuodesta 1995 vuoteen 1999 kokeilut lähes kaksinkertaistuvat, mutta sen jälkeen kokeilutasossa ei ole enää ollut näkyvissä suurta kasvua. Laittomien huumeiden kokeilut ovat yleensä kannabiskokeiluja. Viimeisen vuoden aikana jotain laitonta huumetta kokeilleiden 15–16-vuotiaiden osuus koko ikäluokasta oli ESPAD-tutkimuksessa 7,5 %. Viimeisen kuukauden aikana jotain laitonta huumetta kokeilleiden osuus oli 2,5 %. Lähes samat tulokset saatiin WHO:n vuoden 2002 koululaistutkimuksesta (HBSC 2003), jonka mukaan 15-vuotiaista 10 % oli kokeillut kannabista joskus elämänsä aikana ja 7,5 % viimeisen vuoden aikana. Jälkimmäisen tutkimuksen mukaan säännöllisiä käyttäjiä oli 2,5 % ja paljon huumeita käyttäviä 0,5 %. (Ahlström ym. 2004.)

⁴ Viimeisin näistä kyselyistä on vuonna toteutettu 2003 ESPAD-kysely, johon osallistui 200 koulua ja 3 321 oppilaista peruskoulun 9. luokalta. Tietoja kerättiin samalla tiedonkeruumenetelmällä kuin vuosien 1995 ja 1999 kyselyissä. Vastausprosentti oli 92 % vuonna 2003. (Ahlström ym. 2003.) Ks. myös EMCDDA:n Annual Report 2004, Standard Table 2. WHO-terveyskäyttämiskysely (HBSC) tehtiin Suomessa 2002. Otos 15-vuotiaista oli 1745 koululaista (ks. HBSC 2003).

⁵ Kouluterveyskysely on tehty peruskoulun 8. ja 9.luokilla sekä lukioiden 1–2. luokilla niissä kunnissa (ja niiden kuntien kouluissa), jotka halusivat vapaaehtoisesti osallistua kyselyyn. Kysely suoritetaan joka toinen vuosi Länsi-Suomen ja Oulun lääneissä sekä joka toinen vuosi Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin lääneissä. Aineisto kattaa noin 38–39 % kaikista peruskoulun 8.–9. luokkien oppilaista ja 54–57 % kaikista lukion 1. ja 2. vuosikurssien opiskelijoista. (Luopa ym. 2006.)

2.1 Huumeiden käyttö koko väestössä

Vuoden 2004 väestökyselyn⁶ mukaan 15–69-vuotiaassa väestössä joskus kannabista kokeilleiden osuus oli 12 %. Taso oli sama kuin vuoden 2002 kyselyssä. Vuosina 2002 ja 2004 15–34-vuotiaiden osuus (22 %) on niin ikään pysynyt samana. 15–24-vuotiaiden osuus (21 %) laski 4 prosenttiyksiköllä ja 25–34-vuotiaiden osuus (23 %) vastaavasti kasvoi 4 prosenttiyksiköllä. Viimeisen vuoden aikana kokeilleita oli 3 %, mikä vastasi vuosien 1998 ja 2002 kyselyjen tasoa. Myös eri ikäluokissa luvut ovat pysyneet vuoden 2002 tasolla. Kuukauden aikana kannabista oli käyttänyt 2 % aikuisista, kun kahden edellisen kyselyn aikana käyttäjiä oli 1 %. 15–24-vuotiaiden ikäluokassa käyttö oli kasvanut 4 %:sta uusimman kyselyn 6 %:iin. Muutos on kuitenkin niin pieni, että se voi johtua myös satunnaisvaihtelusta. Miesten osuudet kokeilijoista olivat jonkin verran naisten osuuksia suuremmat. Muiden huumeiden kuin kannabiksen osalta joskus huumeita kokeilleiden osuus vaihteli amfetamiinien 2 %:sta heroiiniin 0,5 %:iin. Nuorten 15–34-vuotiaiden aikuisten osalta kokeiluprosentit ovat myös muiden aineiden osalta korkeammat, ja jonkin verran tässä ikäluokassa oli myös kokeiltu viihdekäyttöön liittyvää ekstaasia (3 % kokeillut elinaikana) ja kokaiinia (2 % kokeillut elinaikana). (Hakkarainen & Metso 2005.)

Taulukko 2. Huumeita kokeilleiden osuus (%) 15–34-vuotiaista aikuisista vuonna 2004

	Joskus elinaikana			Viimeisen vuoden aikana			Viimeisen kuukauden aikana		
	Kaikki	15–24-v	25–34-v	Kaikki	15–24-v	25–34-v	Kaikki	15–24-v	25–34-v
Kannabis	12	21	23	3	10	4	2	6	2
Amfetam.	2	4	5	0,5	2	0,5	–	1	–
Ekstaasi	1	3	3	0,5	2	0,5	–	1	–

Lähde: Hakkarainen & Metso (2005).

Vuoden 2004 väestökyselyssä on myös arvioitu huumeiden, tässä tapauksessa kannabiksen, käytön aloittamista ja jatkumista. Käytön aloittamista kuvataan sillä, moniko uusi käyttäjä (%) on vuoden aikana aloittanut kannabiksen käytön eli kokeillut kannabista ensimmäisen kerran kuluneen vuoden aikana. Käytön jatkumista puolestaan kuvataan

⁶ Väestökyselyn kohdistettiin postikyselyynä 15–69-vuotiaalle väestönosalle. Otos oli 1786 henkilön paneeliotos sekä tästä riippumaton 2206 henkilön poiminta väestörekisteristä. Vastausprosentti oli 63 %, paneeliaineistossa 76 % ja lisäotoksessa 53 %. (Hakkarainen & Metso 2005.)

sillä, moniko (%) joskus kokeilleista on kokeillut kannabista vielä viimeisen vuoden aikana. Tulosten mukaan uusia käyttäjiä oli 0,5 % koko väestöstä (naisista 0,8 % ja miehistä 0,2 %). Eniten uusia käyttäjiä oli nuorimmassa 15–24-vuotiaiden ikäluokassa, josta 2 % kokeili kannabista ensi kerran kuluneen vuoden aikana. Käytön jatkuvuutta tarkasteltaessa joskus kannabista kokeilleista 18 % kokeili sitä myös viimeisen vuoden aikana (miehistä 21 % ja naisista 14 %). Luku on korkein 15–24-vuotiaiden osalta (36 %) ja laskee iän mukaan noin puolella jokaista kymmenen vuoden ikäluokkaa kohden. Tulosten perusteella voidaan arvioida, että iän myötä innostus huumeiden käyttöön vähenee selvästi.

Vertailtaessa vuoden 2004 tuloksia vuosien 1998 ja 2002 tuloksiin mielenkiintoisin muutos löytyy 15–24-vuotiaiden ensikokeilijoiden osalta. Tulosten mukaan näyttäisi siltä, että yhä harvempi 15–24-vuotias aloittaa kannabiskokeilut, sillä uusien kokeilijoiden osuus on systemaattisesti laskenut: 3,4 % vuonna 1998, 2,5 % vuonna 2002 ja 2,0 % vuonna 2004. Näin voisi arvioida myös huumeita joskus kokeilleiden osuuden tässä ikäryhmässä ajan myötä laskevan, mistä ensimmäisiä merkkejä on näkynyt jo kahden viime vuoden aikana. Kuitenkin joka mittauksessa kolmannes 15–24-vuotiaista kokeilijoista on ensikokeilujen jälkeen jatkanut käyttöönsä.

Alkoholipaneeli-tutkimukseen⁷ sisältyi vuosina 2003, 2004 ja 2005 muutama kysymys myös huumeiden käytöstä. Tutkimuksissa vastaajilta tiedusteltiin erikseen joskus elämässä tapahtunutta kokeilua ja viimeisen 12 kuukauden aikana tapahtunutta käyttöä. Saatujen tulosten mukaan kannabiksen elinikäinen käyttö on pysytellyt 11–12 %:n tasolla. Merkillepantavaa on, että alle 25-vuotiaiden keskuudessa huumekokemukset ovat vuoden 2003 jälkeen vähentyneet. Vuosina 2004 ja 2005 alle 25-vuotiaista 18 % ilmoitti käyttäneensä joskus elämässään kannabista, kun vastaava osuus aikaisempina vuosina oli 24–25 %:n luokkaa. Amfetamiinin käyttö on alle 25-vuotiailla vähentynyt vuoden 2002 noin 4 %:sta 1 %:n tasolle, ja myös ekstaasin käyttö on puolittunut. Sen sijaan kokaiinin käyttö näyttäisi nuorten aikuisten keskuudessa hieman lisääntyneen. (Hakkarainen & Metso 2006.)

Aikuisen väestön terveystietoisuutta koskevan vuosittaisen tutkimuksen (AVTK) mukaan vuonna 2005 huumeiden käyttäjiä sanoi tuntevänsä 17 % sekä miehistä että naisista. Huumeiden käyttäjiä tunnettiin selkeästi enemmän kaupungeissa ja 15–24-vuotiaiden ikäluokassa. Tässä ikäluokassa naisten ystäväpiirissä oli huumeita kokeilleita useammin kuin miesten ystäväpiirissä. Alueellisesti huumeiden käyttäjiä tunnettiin eniten Etelä-Suomessa (Uusimaa) sekä suurissa kaupungeissa. Yli viisi huumeiden käyttäjää tunteneiden osuus kaikista vastaajista oli noin 3 %, mutta nuorimmassa ikäluokassa osuudet olivat 9 % miehistä ja 11 % naisista. (Natunen ym. 2006.)⁸ Mielenkiintoista on, että tässä tutkimuksessa yli viisi huumeiden käyttäjää tuntevien väestöosuudet ovat lähellä väestöosuuksia, jotka edellä esitetystä vuoden 2004 väestötutkimuksessa kuvaavat viimeisen vuoden aikaista huumeiden käyttöä.

Vuoden 2005 AVTK-kyselyssä kerättiin ensimmäistä kertaa tarkempia tietoja siitä, missä huumeita on tarjottu ja ketkä ovat olleet tarjoajina. Huumetarjonnan kohteeksi joutuminen oli vielä harvinaisempaa kuin huumeaineiden kokeilijoiden tunteminen. Kuluneen vuoden aikana ainoastaan 6 %:lle vastaajista oli tarjottu huumeita joko ilmaiseksi tai ostettavaksi. Tässäkin nuorimmat ikäryhmät erottuivat muista. 15–24-vuotiaista naisista 18 %:lle ja miehistä 15 %:lle oli tarjottu huumeaineita kuluneen

⁷ Alkoholipaneelissa kartoitettiin alkoholiveron muutosten vaikutuksia juomatapoihin. Tutkimuksessa kerättiin tietoja samoilta vastaajilta eri vuosina ja lisäksi kultakin tutkimusvuodelta kerättiin myös alkuperäisestä otoksesta riippumaton lisäotos. Hakkaraisen & Metson (2006) esitys perustuu vain lisäotoksilla kerättyihin aineistoihin.

⁸ Aikuisväestön terveystietoisuustutkimuksessa tutkimusaineistoksi poimittiin 5 000 henkilön satunnaisotos 15–64-vuotiaista suomalaisista. Kyselyn vastausprosentti oli 66 % (68% vuonna 2004), miehillä 59 % (61 %) ja naisilla 73 % (74%). (Natunen ym. 2006.)

vuoden aikana. Kaksi kolmasosaa niistä alle 45-vuotiaista vastaajista, joille oli tarjottu huumeita kuluneen vuoden aikana, nimesi tarjoajiksi ystävät tai tuttavat. Huumeita tarjonneista ystäväistä tai tuttavista 78 % oli tarjonnut huumeita joko omassa tai toisen kodissa. Vain 22 % ystäväistä oli tarjonnut huumeita joko klubilla tai ravintoloissa ja 10 % kadulla, puistossa tai festivaaleilla. Huumeita tarjonneet tuntemattomat nuoret ja aikuiset sen sijaan suosivat tarjontapaikkoina ulkotiloja (kadulla tai puistossa 38 %) tai ravintoloita (38 %). (Natunen ym. 2006.)

2.2 Koululaisten huumeiden käyttö

Kouluterveyskyselyjen mukaan huumekokeilut eivät ole 2000-luvulla enää lisääntyneet. Vuosina 2004–2005 joskus huumeita kokeilleiden osuus 15–16-vuotiaista oli 6 % oppilaista, kun vuosituhannen vaihteessa huumeita kokeilleiden osuus saman ikäisistä oli 9 %. Myös 17–19-vuotiaiden joukossa laittomia huumeita kokeilleiden osuus laski: osuus oli vuosien 2004–2005 kyselyssä 13 %, kun se vuosien 2000–2001 ja 2002–2003 kyselyissä oli ollut 15 %. Vanhemmissa ikäryhmissä huumekokeilujen yleisyys vaihteli selvästi maakunnittain. Huumeiden kokeilut olivat pojilla yleisempiä kuin tytöillä. (Luopa ym. 2006.)

2.3 Huumeiden käyttö väestön erityisryhmissä

Nuorten tyttöjen huumeiden käytön merkityksistä valmisteilla olevan väitöskirjan mukaan huumeidenkäyttö toimii tyttöjen tarinoissa erottautumisen ja seikkailun välineenä⁹. Huumeiden käytön aloittamiseen liittyi usein monien yhteensattumien summa. Aloitusvaiheessa tytöt hakivat huumeiden käyttämisestä sosiaalista pääomaa ja kompetenttiutta, eivätkä keskiössä olleet itse huumeet vaan niihin liittyvät symbolit ja sosiaalisuus. Joskus myös huumeita käyttävien miesten ihailu tai seurustelu heidän kanssaan lisäsivät tyttöjen riskiä kokeilla ja käyttää aineita. (Väyrynen 2005.)

Obstbaumin (2006) tutkimuksessa vertailtiin suomenkielisten ja ruotsinkielisten nuorten rikoskäyttäytymistä¹⁰. Tutkimuksessa kysyttiin 15–16-vuotialta nuorilta muun muassa marihuanan tai hasiksen käytöstä, lääkeneiden käytöstä päihdyttäviin tarkoituksiin sekä muiden huumeiden käytöstä. Tulosten mukaan marihuanan tai hasiksen käyttö oli tavallisempaa suomen- kuin ruotsinkielisten oppilaiden joukossa. Marihuanaa tai hasista käyttäneistä noin 7 % oli käyttänyt laittomia keinoja huumausaineiden ostamiseksi tarvittavien rahojen hankkimiseen. Lääkeneiden tai muiden huumausaineiden käytön esiintymisessä ei ollut eroja eri kielisten nuorten välillä.

⁹ Tutkimusta varten haastateltiin viittätoista 15–27-vuotiaista huumeita käyttänyttä tyttöä.

¹⁰ Keväällä 2004 Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos suoritti rikoskäyttäytymistä koskevan lomakekyselyn, johon vastasi 5 142 suomenkielistä ja 1 137 ruotsinkielistä yhdeksäsluokkalaista.

3 Huumeiden vastainen ehkäisevä työ¹¹

Valtioneuvoston hyväksymässä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000–2003 yhtenä suosituksena oli kuntien päihdeyhdyshenkilöverkoston perustaminen. Tarkoituksena on, että yhdyshenkilö vastaa kunnan ehkäisevän päihdetyön koordinaatiosta yhteistyössä kunnan terveys-, sosiaali- ja koulutoimen sekä järjestöjen kanssa. Yhdyshenkilön tehtävänä on myös kunnallisen tai alueellisen päihdestrategian koordinointi.

Romppasen (2005) tarkastelemissa kuntien päihdestrategioissa ehkäisevä päihdetyö käsitettiin yleensä jatkumona, johon sisältyi ennaltaehkäisy, varhainen puuttuminen ja hoito. Uuden käsitelmäriittelyn myötä päihdetyö jakaantuu ehkäisevään ja korjaavaan päihdetyöhön. Ehkäisevään päihdetyöhön kuuluvat yleinen ehkäisy ja riskiehkäisy, minkä myötä myös päihdestrategioissa päihdetyö tulisi määritellä uudella tavalla. Päihteet käsitellään päihdestrategioissa yleensä kokonaisuutena, huumeita ja alkoholia erottelematta.

Ehkäisevälle päihdetyölle on määritelty laatuksiteerit (Stakes 2006a). Kriteeristö on luonteeltaan laadullinen ja se soveltuu eri päihteiden aiheuttamien haittojen ehkäisyyn sekä vähentämiseen. Laatuksiteerien omaksumista käytäntöön pidetään keskeisenä välineenä ehkäisevän työn laadun parantamiseksi. Huumetyötä ei laatuksiteereissä ole eroteltu muusta päihdetyöstä.

Koulujen opetussuunnitelmissa terveystieto on erotettu omaksi oppiaineekseen sekä lukiossa että ammatillisissa oppilaitoksissa. Päihteiden ehkäisyyn liittyvät kysymykset ovat keskeisiä terveystiedossa opetettavia sisältöalueita. Myös koulujen opetussuunnitelmassa ja oppilashuollossa tulee käsitellä huumeiden vastaista työtä. Paikalliseen opetussuunnitelmaan tulee kirjata muun muassa päihteiden käytön ennaltaehkäisemistä ja hoitamista koskevat toimenpiteet. Monissa kouluissa on toteutettu päihdetoimintaohjelmia myös yhteistyössä järjestöjen, muiden viranomaisten ja oppilaiden vanhempien kanssa.

Valtakunnallisesti nuorten ehkäisevää päihdetyötä tehdään lisäksi esimerkiksi nuorten työttömien aktivoimiseksi perustetuissa työpajoissa. Työpajatoiminta on yksi varhaisen puuttumisen toimintamalli, ja sen tavoitteena on myös katkaista mahdollinen syrjäytymiskehitys nuorilla, jotka ovat vaarassa jäädä ilman jatkokoulutusta. Työpaikoilla tehtävillä huumausainetesteillä pyritään ehkäisemään huumeista aiheutuvia ongelmia ja mahdollisesti auttamaan varhaisessa hoitoonohjauksessa.

Huumausaineiden vastaista ehkäisevää työtä tekevät järjestöt toimivat yhteisen huumausaineohjelman¹² puitteissa. Järjestöt esimerkiksi pyrkivät lisäämään keskustelua ja tietoa huumeiden käytön syistä ja seurauksista, vaikuttavat asenneilmapiiriin, organisoivat vertaistukitoimintaa ja järjestävät jälkihoitoa päihdekuntoutujille.

Huumetyön osaksi on luotu huumetietopalveluja, keskustelufoorumeita sekä päihteiden käytön itsearviointia. Asiantuntijoiden tietojen vaihtoa ja koulutusta varten on kehitetty verkostopohjaisia asiantuntijafoorumeita.

¹¹ Ehkäisevää päihdetyötä on käsitelty myös tämän raportin erityisartikkelissa luvussa 12.4.

¹² Järjestöjen huumausaineohjelma 2006–2008, ks. luku 1.

3.1 Yleinen ehkäisevä huumetyö

Koulujen opetussuunnitelmiin kuuluvasta päihdekasvatuksesta sekä joka toinen vuosi tehtävän kouluterveyskyselyn hyödyntämisestä tehtiin kaksi seurantakyselyä, koulukysely ja terveyskeskuskysely.¹³ Koulukyselyn mukaan enemmistö (93 %) kouluista raportoi opetussuunnitelmaan kuuluvan päihdekasvatuksen (yleensä terveystiedon oppituntien) lisäksi päihdekasvatustapahtumia. Runsas neljännes kouluista teki päihdekasvatuksessa jatkuvaa yhteistyötä ulkopuolisen tahon kanssa ja hieman yli puolet osallistui yksittäisiin tapahtumiin. Erilaisista päihdekasvatusohjelmista ylivoimaisesti eniten osallistuttiin ”Smokefree Class”-kilpailuun (66 %). Joka toisessa koulussa toteutettiin koulun tai kunnan omaa erityistä päihdekasvatusohjelmaa. Joka neljäs koulu teki yhteistyötä ”Lions Quest”-ohjelman kanssa. Samoin joka neljännessä koulussa oli vierailut huumebussi ”HuBu”. Kyselyn mukaan terveystiedon opetussuunnitelma oli valmiina 7. vuosiluokalle 73 %:lla ja 9. vuosiluokalle 25 %:lla kouluista. Pätevä terveystiedon opettaja oli 35 %:ssa kouluista. Terveystietoa opettivat yleisimmin liikunnan, biologian ja kotitalouden opettajat. Kouluterveyskyselyn tuloksia oli hyödynnetty tehokkaasti noin kolmanneksessa niistä kouluista, joiden kunnat olivat tilanneet tulokset. Kouluissa tuloksia oli hyödynnetty eniten osana oppilas- ja kouluterveydenhuoltoa, terveystiedon opetuksessa, vanhempien illoissa ja sisäisessä arvioinnissa. Suurin osa terveyskeskuksista ilmoitti hyödyntäneensä kouluterveyskyselyn tuloksia kouluterveydenhuollossa ja ehkäisevässä päihdetyössä, ja noin viidennes laaja-alaisesti lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi. (Rimpelä ym. 2005.)

Huumausainetestien tekeminen työpaikalla edellyttää sitä, että työpaikalle on laadittu kirjallinen päihdeohjelma. Ohjelmassa tulee kuvata työpaikan tavoitteet ja noudatettavat käytännöt, joilla päihdeiden käyttöä ehkäistään ja päihdeongelmaiset ohjataan hoitoon (ks. esim. Työturvallisuuskeskus 2005). Huumausainetestien eettiset ongelmat liittyvät esimerkiksi siihen, että laki antaa yrityksille oikeuden syrjäyttää yksilön testituloksen perusteella, vaikka huumausaineen käyttö olisi tapahtunut vapaaajalla eikä käytöllä olisi välttämättä vaikutusta työsuoritukseen (Bothas 2005).

Erilaisten tiedonvälityskanavien käytöstä huumetyössä niin asiantuntijoiden koulutuksessa kuin varsinaisessa valistustyössä on julkaistu selvityksiä. Paikallisessa Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan yhteistyöprojektissa kartoitettiin ammattilaisten välisen verkkokonsultaation mahdollisuuksia.¹⁴ Kokeilussa yleisten internet-konsultaatiopalvelujen käyttö osoittautui kuitenkin vähäiseksi. Huomiota saivat sen sijaan erityisesti paikalliset kysymykset. (Bothas 2005.)

3.2 Kohdennettu ehkäisevä huumetyö

Paikallisen tason ehkäisevän huumetyön projekteista on julkaistu suppeita seurantaraportteja, jotka käsittelevät muun muassa alueellisen ehkäisevän päihdeyhteistyöryhmän toimintaa ja perhetyötä. Vammalan päihdeklinikan Nuorten talo -hankkeen kohderyhmänä olivat alle 29-vuotiaat nuoret. Hanke toimi alueella ennaltaehkäisevän huumetyön tarpeellisuuteen herättelijänä. Yhteistyössä koulujen

¹³ Kouluterveyskyselystä ks. luku 2.2.

¹⁴ Kysely lähetettiin noin 340 päijäthämäläiselle sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselle. Kyselyn kohteena olevia ammattiryhmiä olivat sosiaalityöntekijät, kouluterveydenhoitajat, neuvoloiden terveydenhoitajat, nuorisotyöntekijät, diakoniatyöntekijät, koulupsykologit, koulukuraattorit, perheneuvojat ja perhetyöntekijät.

terveystiedon opetuksen kanssa kehiteltiin toimintatapoja ehkäisevän työn toteuttamiseen. (Saari & Vesterbacka 2005.) Perhetyön Voitto kotiin -hankkeessa¹⁵ kehitettiin käytäntöjä koko perheen kanssa tehtävään työhön. Toiminta rakentui perhetapaamisille ja pitkäkestoiselle toiminnalle, jonka odotetaan johtavan pysyviin asennemuutoksiin perheen sisäisessä vuorovaikutuksessa ja suhtautumisessa päihteisiin. (Raitanen 2005.)

Pääkaupunkiseudulla päihdetyön erityisprojekteilla on tavoitettu venäjänkielisiä maahanmuuttajia ja heidän perheitään. Kieliongelmiin ja kulttuurikysymysten ymmärtämiseen on nähty ratkaisuksi venäjänkielisten, maahanmuuttotaustaisten työskentelevien työntekijöiden saaminen päihdepalveluihin. Perhetyön tärkeys nousi projektien seurannassa esiin erityisesti ehkäisevän työn kannalta, mutta palvelujärjestelmän resurssit perhetyön tekemiseen todettiin riittämättömiksi. (Puro 2005b.)

Suomessa on käytetty noin vuosikymmenen ajan elämyksellisiä päihdekasvatusmenetelmiä, joita ovat olleet esimerkiksi näytelmät ja niin sanotut päihdeputket. Päihdeputket ovat näyttelyn tapaisia reittejä, joiden läpi nuoret kulkevat ja tutustuvat samalla havaintoesityksiin esimerkiksi huumeista. Käytössä olevat elämykselliset päihdekasvatusmenetelmät pyrkivät iskostamaan nuoren mieleen suoraan oikeita toimintatapoja, mutta arvion mukaan niistä puuttuu usein herättely kriittiseen ajatteluun ja omaan pohdintaan. (Rantala, Salasuo & Soikkeli 2005, 2006.)

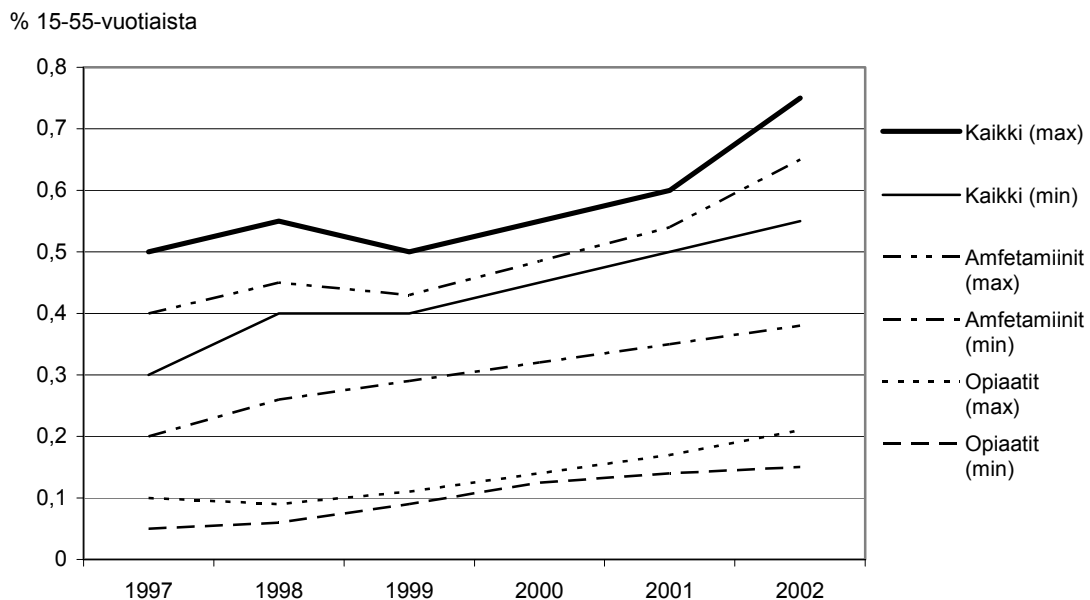
¹⁵ Kolmivuotisen hankkeen kohderyhmänä olivat ensi- ja turvakotiyhdistysten ja perhekotien asiakkaat sekä heidän perheensä Kymen, Pohjois-Karjalan ja Varsinais-Suomen alueella. Yhteensä hankkeeseen osallistui 22 perhettä.

4 Huumeiden ongelmakäyttö

Tilastollisen arvion mukaan Suomessa vuonna 2002 amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjät¹⁶ muodostivat 0,6–0,7 % maan 15–55-vuotiaasta väestöstä. Amfetamiinien käyttäjiä oli 0,4–0,6 % ja opiaattien käyttäjiä 0,1–0,2 % väestöstä (taulukko 4). Vaikka väestökyselyjen mukaan vuosittaisen kokeilukäytön yleisyys on tasaantumassa, on amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrä lisääntynyt selvästi vuoden 1999 jälkeen.

Ongelmakäyttöön johtava haittojen kasaantuminen ilmenee hoitoon hakeutumista koskevien tietojen mukaan 3–5 vuoden viiveellä ongelmapäihteen käytön aloituksesta. Kokeilukäytön voimakas lisääntyminen 1990-luvun lopussa on heijastunut viiveellä ongelmakäyttäjien määrän kasvuun 2000-luvun alussa (kuvio 2).

Kuvio 2. Ongelmakäyttäjien osuus 15–55-vuotiaista (%) vuosina 1997–2002



Lähde: Partanen ym. 2004.

¹⁶ Tutkimuksessa käytetyn kansallisen määritelmän mukaan ongelmakäytöllä tarkoitetaan amfetamiinien tai opiaattien käyttöä, joka on aiheuttanut käyttäjälle sosiaalisia tai terveydellisiä haittoja. Lisäksi haitat ovat aiheuttaneet viranomaisen puuttumisen asiaan jollain tavalla, mikä käy ilmi viranomaisrekistereistä.

Huumeiden ongelmakäytön laajuutta on seurattu vuodesta 1997 lähtien tilastollisten arvioiden¹⁷ perustella. Arvion mukaan 15–55-vuotiaasta väestöstä koko maassa oli vuonna 2002 noin 16 000–21 000 amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjää (taulukko 3).

Taulukko 3. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrän kehitys 1997–2002

	1997*	1998	1999	2001	2002
Kokonaisarvio	9 400–	11 500–	11 100–	13 700–	16 100–
vio	14 700	16 400	14 000	17 500	21 100
Opiaattien käyttäjät*	1 500–	18 00–	2 500–	3 900–	4 200–
Amfetamiini käyttäjät*	3 300	2 700	3 300	4 900	5 900
Amfetamiini n käyttäjät*	6 800–	7 600–	8 300–	10 100–	10 900–
n käyttäjät*	11 600	13 000	12 400	15 400	18 500

* = tulos perustuu kolmen rekisterin tietoihin

Lähde: Partanen ym. 2004.

Ongelmakäyttäjien selvän enemmistön, 70–75 %, muodostivat amfetamiinien ongelmakäyttäjät. Tutkimuksen mukaan miehiä oli noin 80–85 % amfetamiinien ja 75 % opiaattien ongelmakäyttäjistä. Kaikista ongelmakäyttäjistä noin 60–70 % oli Etelä-Suomesta (väestöosuus 0,85–1,25 %), joista yli puolet pääkaupunkiseudulta (väestöosuus 0,9–1,35 %). Vastaavat väestöosuudet olivat Länsi-Suomessa 0,4–0,6 % ja Itä- sekä Pohjois-Suomessa 0,3–0,5 %. Pääkaupunkiseudulla ongelmakäyttäjien joukko oli jonkin verran vanhempaa kuin muualla maassa.

¹⁷ Ongelmakäyttäjien määrän arviointi perustuu tilastolliseen merkintä-takaisinpyynti -menetelmään (capture-recapture), jossa samasta kohdejoukosta otettujen otosten perusteella voidaan arvioida tilastollisesti kohdejoukon kokoa. Otokset määriteltiin kohdejoukkoon (amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjät) kohdistuneiden interventioiden avulla. Järjestelmän interventiot olivat henkilön hoito sairaalassa amfetamiini- tai opiaattidiagnoosin perusteella, henkilön kohdistuneet rikosoikeudelliset toimet amfetamiinin tai opiaatin käyttö- tai hallussapitorikoksen vuoksi, henkilön joutuminen kiinni ajaessaan autoa amfetamiinin tai opiaattien aiheuttamassa päihtymystilassa sekä tartuntatautirekisteristä suonensisäisen huumeiden käytön vuoksi kirjatut C-hepatiittitapaukset. Tuloksena esitetyt arvovälit perustuvat 95 prosentin luottamusväliin. Osaryhmiin on sovellettu erilaisia log-lineaarisia malleja, joten niiden summa ei ole sama kuin kokonaisarvio. (Partanen ym. 2004.)

Taulukko 4. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien väestöosuudet (%) 1998–2002

	1998	1999	2001	2002
Kokonaisarvio	0,4–0,55	0,4–0,5	0,5–0,6	0,55–0,75
Amfetamiinien käyttäjät	0,26–0,45	0,29–0,43	0,35–0,54	0,38–0,65
Opiaattien käyttäjät	0,06–0,09	0,09–0,11	0,14–0,17	0,15–0,21
Miehet	0,54–0,70	0,54–0,66	0,58–0,71	0,77–1,03
Naiset	0,20–0,58	0,14–0,24	0,20–0,31	0,29–0,57
15–25-vuotiaat	0,67–1,12	0,73–1,02	0,81–1,04	0,93–1,30
26–35-vuotiaat	0,51–0,71	0,46–0,59	0,64–0,82	0,74–1,13
36–55-vuotiaat	0,14–0,25	0,19–0,46	0,22–0,36	0,25–0,50

Lähde: Partanen ym. 2004.

Päihdetapauslaskentojen¹⁸ mukaan vuosina 1995–2003 kannabista käyttäneiden osuus kaksinkertaistui ja amfetamiinia käyttäneiden osuus kolminkertaistui. Opioidien käyttö lisääntyi selvästi vuosien 1999 ja 2003 välillä. Käytetyistä päihteistä opioideja oli 5 % vuonna 1999 ja 12 % vuonna 2003. Vuonna 2003 jotain laitonta huumetta oli käyttänyt 27 % päihdeasiakkaista, kun edellisessä laskennassa vuonna 1999 vastaava luku oli 16 %. Pistämällä tapahtuvaa huumeiden käyttöä todettiin vuoden 2003 laskennassa lähes viidenneksellä, mutta 22 %:sta tapauksia ei saatu tietoa. (Nuorvala ym. 2004.)

Päihdehuollon erityispalveluyksiköistä kerättyjen huumehoitotietojen perusteella voidaan arvioida ongelmakäyttäjien profiilin kehittymistä. Tässä merkittävimpanä muutoksena tulee esiin buprenorfiinin ongelmakäytön voimakas lisääntyminen. Buprenorfiini on ensisijaisena hoitoon hakeutumiseen johtavana ongelmapäihteenä syrjäyttänyt muutamassa vuodessa heroinin lähes kokonaan ja on tällä hetkellä samalla tasolla stimulanttien ongelmakäytön kanssa.

Huumeiden vuoksi hoidetut asiakkaat ovat suhteellisen nuoria. Päihdetapauslaskennan mukaan alle 20-vuotiaiden päihdeasioinneista 63 % liittyi huumeisiin. 20–29-vuotiaiden ikäluokassa vastaava luku oli 75 % ja vielä 30–39-vuotiaiden ikäluokassa 40 %. Laskennassa koko asiakaskunnan keski-ikä oli 44 vuotta. (Nuorvala ym. 2004.) Huumehoidon tietojärjestelmän mukaan avo- ja laitoshoidon huumeasiakkaat ovat systemaattisesti viisi vuotta päihdetapauslaskennan huumeasiakkaita nuorempia. Tulosta selittää se, että huumehoidon tietojärjestelmässä painottuvat nuorisosamiemien asiakkaat. Toisaalta päihdetapauslaskennan perusteella hieman vanhemmat

¹⁸ Päihdetapauslaskenta on neljän vuoden välein kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä yhden vuorokauden aikana toteuttava tiedonkeruu. Viimeisin päihdetapauslaskenta on tehty vuonna 2003.

lääkkeiden väärinkäyttäjät näyttäisivät olevan aliedustettuina huumehoidon tietojärjestelmässä. (Vismanen 2004.)

Päihdetapauskannan mukaan lääkkeiden tai huumeaineiden käyttöä oli päihdehuollon erityispalvelujen avohoidossa 44 %:lla ja laitoshoidossa 47 %:lla asiakkaista. Huumeaineiden osalta vastaavat osuudet olivat 35 % ja 40 %. Huumeasiakkaiden osuudet ovat lisääntyneet huomattavasti vuoden 1999 tuloksiin verrattuna, sillä vuonna 1999 huumeaineasiakkaiden osuus päihdehuollon avohoidossa olleista oli vajaat 20 % ja laitoshoidon asiakkaista vajaat 30 %. (Metso 2004.)

4.1 Huumehoidon asiakaskunta

Huumehoidon tietojärjestelmän¹⁹ vuoden 2005 tulosten mukaan päihdehuollon huumeasiakkaat olivat pääosin miehiä (70 %), nuoria aikuisia ja perhesuhteiltaan yksin eläviä. Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys (62 %) yleistä. Noin joka kahdeksas (12 %) oli asunnoton. Suurin osa päihdehuollon huumeasiakkaista oli ollut jo aiemmin päihdehoidossa. Kuudesosa (17 %) oli hakeutunut päihdehoitoon ensimmäistä kertaa vuonna 2005. (Kuussaari & Salonen 2006.)

Huumeasiakaskunnan ikäkeskiarvo oli 27,6 vuotta (vuotta aiemmin 27,3). Miehet olivat keskimäärin 3 vuotta naisia vanhempia. Nuorinta asiakaskunta oli päihdehuollon avohoidossa ja laitospuolisessa huumehoidossa, joissa keski-ikä oli 26 vuotta. Avomuotoisessa huumehoidossa ja päihdehuollon laitoshoidossa keski-ikä oli noin 29 vuotta ja vankiloitten terveydenhuoltoyksiköissä 31 vuotta. Päihdehuollon asiakaskunnasta 8 % oli huumehoitoon erikoistuneissa laitoshuoltoyksiköissä ja 23 % avohuoltoyksiköissä. Päihdehuollon yleisten palvelujen avohuoltoyksikköjen asiakaskunnan osuus huumeasiakkaista oli 37 % ja laitoshoidon yksikköjen asiakaskunnan osuus 29 %. (Kuussaari & Salonen 2006.)

Päihdehuollon kaikkien huumeasiakkaiden joukossa ensisijaisina hoitoon hakeutumiseen johtaneina päihteinä olivat opiaatit (37 %), stimulantit (22 %), alkoholin ja huumeiden sekakäyttö (19 %), kannabis (14 %) ja rauhoittavat lääkeaineet (7 %). Opiaatteihin kuuluva buprenorfiini oli ensisijaisena hoitoon johtaneena päihteenä 29 %:lla koko asiakaskunnasta (taulukko 5). Lähes kaksi kolmasosaa asiakkaista oli ilmoittanut käyttävänsä ainakin kolmea ainetta. (Kuussaari & Salonen 2006.) Buprenorfiinin osuus hoitoon hakeutuneiden päähuumeena on lisääntynyt kaikkein voimakkaimmin. Buprenorfiini on päähuumeena jo yli neljäsosalla huumeasiakkaista ja opiaattien käyttäjistä.

¹⁹ Tulokset perustuvat 161 yksiköstä ja 5 499 päihdehuollon huumeasiakkaasta saatuihin tietoihin. Huumehoidon tiedonkeruu on osallistuvilla yksiköillä vapaaehtoista. Keväällä 2004 tehdyssä huumehoidon tietojärjestelmän kattavuusselvityksessä (Vismanen 2004) arvioitiin, että vuonna 2003 huumehoidon tietojärjestelmä tavoitti noin puolet kaikista huumeasiakkaista päihdehuollon erityispalveluissa.

Taulukko 5. Huumausaineiden ja lääkeaineiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden ensisijainen ongelmapäihde vuosina 2000–2005, %

Päihderyhmä	Ensisijainen ongelmapäihde, %-osuus asiakkaista					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Opiaatit	29	28	28	31	34	37
-heroiini	20	13	6	3	3	2
-buprenorfiini	7	12	20	24	27	29
Stimulantit	28	26	28	28	26	22
Kannabis	17	20	18	16	15	14
Alkoholi ja huume	18	19	20	19	18	19
Rauhoittavat lääkkeet	5	6	5	6	6	7

Lähde: Huumehoidon tietojärjestelmä, STAKES.

Ensimmäistä kertaa huumeiden käytön vuoksi hoitoon hakeutuneiden (n = 884) yleisin hoidon tarpeen aiheuttanut yksittäinen päihde oli kannabis (24 %), vaikkakin stimulanttien (21 %), opiaattien (18 %) tai alkoholin ja huumeiden sekakäytön (28 %) vuoksi hoitoon hakeutuminen oli myös yleistä. Buprenorfiinin käytön takia ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien asiakkaiden määrä (16 %) oli kasvanut viisi prosenttiyksikköä edelliseen vuoteen verrattuna. Kolme neljäsosaa (77 %) päihdehuollon huumeasiakkaista oli käyttänyt huumeita joskus pistämällä, näistä 58 % viimeisen kuukauden aikana ja joka kuudes (16 %) yhteisiä pistosvälineitä käyttäen. Opiaattien tavallisimpana käyttötapanana oli pistäminen (85 %). Pistäminen oli buprenorfiinin käyttötapanana (88 %) lähes yhtä yleistä kuin heroiinin käyttötapanana (92 %). Myös stimulanttien käyttäjistä 82 % käytti huumeita pistämällä. (Kuussaari & Salonen 2006.)

4.3 Huumeiden ongelmakäyttö ja -käyttäjät muissa tutkimuksissa

Kuopion sotilasläänin esikunta järjestää palveluksensa keskeyttäneille asevelvollisille jälkitarkastuksen²⁰. Jälkitarkastusten suurin yksittäinen tautiluokitusryhmä (noin 55 % tapauksista) ovat olleet mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Tässä ryhmässä merkittävin vuosina 1993–2003 tapahtunut muutos on ollut alkoholin ja huumeiden aiheuttamien elimellisten aivo-oireyhtymien ja käyttäytymishäiriöiden (F10–F19) lisääntyminen. Vuonna 1993 tapauksia oli 2,2 %, vuonna 1999 10,1 % ja vuonna 2002 27,2 %. Vuonna 2003 osuus laski 20,7 %:iin. Ryhmän sisällä alkoholin osuus päihteenä on jatkuvasti vähenemässä ja tilalle ovat tulleet huumeet. Kannabiksen ja amfetamiinin rinnalla käytetään jo runsaasti kovempia huumeita ja myös sekakäyttäjien osuus näyttää lisääntyvän. (Koskinen & Puustinen 2005.)

Liikkuvaa terveysneuvontapistettä koskevan arvion²¹ mukaan akuutti jatkohoidon tarve oli noin 5 %:lla terveysneuvontapisteen asiakkaista. Pisteessä asioineista henkilöistä naisia oli noin kolmannes ja asiakkaiden keski-ikä oli 31,7 vuotta. Eniten uusia asiakkaita tuli 20–29-vuotiaiden ikäryhmästä. Ensikäyntiä edeltävänä kuukautena kolmannes uusista asiakkaista ei ollut käyttänyt mitään muita terveysneuvontapalveluja (ennen uusintakäyntiä 9 %). Haastatelluista pisteen asiakkaista suurin osa käytti buprenorfiinia pistämällä. Suurin osa haastateltavista oli siirtynyt huumeiden pistoskäyttöön kahden vuoden sisällä huumeiden käytön aloittamisesta. Noin kolme neljästä seuranta-asiakkaasta ei ollut kuitenkaan kuukautta ennen asioimistaan käyttänyt yhteisiä pistosvälineitä. (Törmä & Huotari 2005a.)

Kynnykset pois -hankkeessa päiväkeskuksen palvelut yhdistettiin kokeilun ajaksi ympärivuorokautista huumehoitoa antavaan huumeepoliklinikkaan. Yhteisestä asiakaskunnasta tutkimuksen kohteeksi valittiin kaikkein ongelmallisimmat, niin sanotut projektiasiakkaat²². Ryhmästä kolmannes oli alle 30-vuotiaita syrjäytymisvaarassa olevia, kun taas vanhemmat voitiin lukea jo syrjäytyneisiin. Kaikilla nuorilla buprenorfiinin pistoskäyttö oli ensisijainen huumeiden käyttötapa, iäkkäämmillä päihteen käyttö oli sekalaisempaa. Asiakaskunnalla esiintyneistä psyykkisistä oireista yleisin oli opiaattiriippuvuus, mutta muitakin aineriippuvuuksia esiintyi. Lähes kaikki iäkkäämmät asiakkaat olivat asunnottomia. Nuoret asiakkaat olivat vielä fyysisesti perusterveitä, mutta vanhemmilla asiakkailla elämäntilanne näkyi jo ulkoisesti. (Törmä & Huotari 2005b.)

Helsingin sosiaaliviraston Keskisessä sosiaalikeskuksessa on käytetty työmenetelmänä yksilökohtaista palveluohjausta huumeongelmaisten asiakkaiden kanssa. Yksilökohtaisen palveluohjauksen tarkoitus on ollut vahvistaa osaamista palvelujen koordinoinnissa ja asiakkaan neuvonnassa. Palveluohjausmenetelmän pääasiallisena kohderyhmänä ovat olleet kovien huumeaineiden käyttäjät, jotka olivat motivoituneita muutokseen elämäntilanteessaan ja joiden tuen tarve oli

²⁰ Jälkitarkastuksessa käsitellään pääasiassa varusmiespalvelunsa keskeyttämään joutuneiden henkilöiden palveluskelpoisuusluokkaa sekä päätetään kutsuntoihin saapumatta jääneiden asevelvollisten ja sairastuneiden reserviläisten palveluskelpoisuusluokasta. Vuosina 1993–2003 on seurattu tautiluokittain jälkitarkastuksessa todettua tilannetta vaadittujen lääkärintodistusten perusteella. Jälkitarkastettavien määrä oli 335 vuonna 2003 (202 vuonna 1993).

²¹ Vuoden 2003 lopussa alkaneen toiminnan vakiinnuttua pisteessä oli vuoden 2004 aikana noin 700 asiakasta, yhteensä 2350 asiakaskäyntiä. Tutkimuksen perustaksi palvelutietoja kerättiin seurantalomakkeella 212 uudesta asiakkaasta, jotka eivät olleet kuukautta ennen käyntiään käyttäneet terveysneuvontapalveluja. Lisäksi tehtiin teemahaastattelut 20 asiakkaasta ja haastateltiin yksikössä työskenteleviä henkilöitä, muiden palvelujen tuottajia ja ympäristössä toimivia apteekkareita ja poliiseja. (Törmä & Huotari 2005a.)

²² Projektiasiakkaita oli vuosina 2003–2004 yhteensä 320, joista haastateltiin 12. Projektiasiakkaat on valittu siten, että seuraavista kriteereistä ainakin kaksi toteutuu: psyykinen diagnoosi, selkeä psyykinen oireilu, psyykinen oireilu joka vaikeuttaa selvästi normaalielämää, elämänhallinnan puute, poikkeuksellinen hoitopalvelujen käyttö (ulkopuolinen, suurkuluttaja) tai epävakaa sosiaalinen tilanne (ei ihmissuhteita, vailla vakinaista asuntoa). Projektiasiakkaiksi luokiteltiin vuonna 2003 noin 7 % kaikista huumeepoliklinikan asiakkaista. (Törmä & Huotari 2005b.)

kokonaisvaltainen. Palveluohjauksen vaikuttavuutta ja asiakkaiden kuntoutumisen edistymistä seurattiin soveltamalla tapauskohtaista realistista arviointia osana asiakastyötä. (Peitola 2006.)²³

Malinin, Holopaisen & Tourusen (2006) mukaan buprenorfiinikorvaushoitoa suunniteltaessa tulisi ottaa paremmin huomioon buprenorfiinin käyttäjien omiin kokemuksiin perustuva tieto.²⁴ Käyttäjien osallistaminen ja heidän asiantuntijuutensa tunnustaminen buprenorfiinin käyttöön liittyvissä asioissa voisivat tutkijoiden mukaan avata uusia ovia korvaushoitojen toteuttamiselle. Tutkimuksessa haastatellut käyttäjät kokivat buprenorfiinin käytön pääasiallisesti itselääkityksenä, ja käyttö oli heille terveenä pysymisen edellytys huolimatta siitä, että käyttöön liittyi paljon ongelmia.

²³ Aineistona tutkimuksessa olivat menetelmää käyttäneen neljän sosiaalityöntekijän ja palveluohjauksessa olleen neljän asiakkaan teemahaastattelut. Haastatellut sosiaalityöntekijät ja asiakkaat olivat valikoitu näyte ja edustivat niitä, jotka olivat tehneet tapauskohtaista realistista arviointia riittävän kauan. (Peitola 2006.)

²⁴ Malinin ym. (2006) tutkimus perustui kahdentoista buprenorfiinin ongelmakäyttäjän haastatteluihin, jotka toteutettiin teemahaastatteluina Helsingin terveysneuvontapiste Vinkissä ja Järvenpään sosiaalisairaalassa.

5 Huumehoito

Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava päihdehuollon järjestämisestä siten, että palvelut vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa esiintyvää tarvetta. Päihteenä pidetään kaikkia päihtymistarkoituksessa käytettäviä aineita: alkoholia, korvikkeita, lääkkeitä ja huumeita. Sosiaali- ja terveydenhuollon on kehitettävä myös yleisiä palveluja niin, että ne kykenevät vastaamaan päihdehuollon tarpeisiin, ja annettava tarvittaessa erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä koostuu avohoidollisista vastaanotoista (A-klinikat, nuorisoasemat), lyhytaikaisesta laitoshoidosta (katkaisuhuoltoasemat), kuntoutusyksiköistä ja tukipalveluista (päiväkeskukset ja tukiasunnot) sekä vertaistukitoiminnasta.

Kehittämistyötä varten on luotu päihdehuollon palvelujen laatusuosituksen. Päihdehuollon erityispalvelujen ohella entistä enemmän päihdeongelmaisia hoidetaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa, joita ovat sosiaalitoimistot ja lastensuojelu, mielenterveystoimistot, terveyskeskusten vastaanotot ja vuodeosastot, sairaalat ja psykiatriset sairaalat.

Huumehoitopalvelujen kehittämissuunnitelmassa on painottunut matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen ja tähän liittyvä koulutus. Tarkoituksena on saada huumeongelmaiset mahdollisimman aikaisessa vaiheessa hoitojärjestelmän piiriin. Suomalaisessa järjestelmässä korostetaan edelleen, että pelkät hoitotoimet eivät ole useinkaan riittäviä, vaan päihdeongelmasta tulee tarvittaessa auttaa ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia.

Suomalaisen päihdepalvelujärjestelmän yhteiskunnallisen vaikuttavuuden on arvioitu heikentyneen samalla kun eri päihteen kulutus on kasvanut (Kaukonen 2005). Paikallishallinnolta puuttuvat sellaiset seurantajärjestelmät, jolla asiakasryhmäkohtaisia hyvinvointivajeita ja palvelutarpeita olisi mahdollista tunnistaa. Erityisesti huono-osaisimmilla päihdeasiakkailta on kasvanut riski jäädä palveluverkon ulottumattomiin. Päihdepalvelujen asiakasmäärät eivät ole johdonmukaisesti lisääntyneet, vaan pidentyneet hoitajaksot viestivät huonokuntoisemmista asiakkaista ja päihteen sekakäytöstä.

Vuosituhanneen vaihteen jälkeen tilanne huumehoidossa on tasaantunut. Esimerkiksi terveysneuvontatoiminta ja lääkehoidon asema ovat vakiintuneet. Opiatiriippuvaisten korvaus- ja ylläpitohoitoa ollaan siirtämässä aiempaa enemmän terveyskeskuksiin. Päihdepalvelujärjestelmä on uuden haasteen edessä, kun resursseja joudutaan jakamaan lisääntyneen alkoholin käytön aiheuttamien haittojen ja huumehoidon kesken.

5.1 Huumehoidon hoitojärjestelmät

Hoitopalvelujen saatavuus

Peruspalvelujen arviointiraportin mukaan ympärivuorokautinen huumeaineiden vieroitushoito järjestettiin kunnissa useimmiten kuntoutuslaitoksissa, katkaisuhuoltoasemilla tai erikoissairaanhoidossa. Kolmannes kunnista ilmoitti, ettei huumeongelmaisten avomuotoista vieroitushoitoa järjestetty lainkaan ja neljännes kunnista ei järjestänyt sitä laitospuoleisena. Päihdehuollon avohoitoon pääsi joka

kunnassa alle viikossa. Kahdessa kolmasosassa kunnista alle viikossa pääsi myös kuntouttavaan laitoshoitoon. Mahdollisuus huumeneulojen ja ruiskujen jakeluun oli 30 %:lla kunnista. Oman kunnan alueella näitä palveluja järjesti vain noin 10 % vastanneista kunnista. (SM 2005.)

Opiaattiriippuvaisten korvaus- ja ylläpito-hoidon järjestämisestä oli sopinut noin kaksi kolmasosaa kunnista. Useimmissa tapauksissa hoito järjestettiin muualla kuin oman kunnan alueella, lähinnä päihdepalvelujen avohoidossa tai erikoissairaanhoidossa ja terveyskeskuksissa. Lähes puolet kunnista raportoi, ettei korvaushoitoon ilmennyt tarvetta. Niissä kunnissa, missä korvaushoitoa järjestettiin, hoitoon pääsi keskimäärin kahden viikon kuluessa. Joissain Etelä-Suomen kunnissa jonot saattoivat toisaalta olla jopa vuoden pituisia. Lähes puolessa kunnista ei ollut tietoa opiaattiriippuvaisten korvaushoidon tarpeesta ja saatavuudesta. (SM 2005.)

Kuussaaren (2006) mukaan huumetyöntekijöillä on paljon hoitojärjestelmää koskevaa epävarmuutta. Työntekijät eivät aina tiedä, missä ja millä tavalla huumeidenkäyttäjää esimerkiksi omassa kunnassa hoidetaan. Epävarmuus saattaa myös kertoa muutoksesta, jossa huume-hoidon järjestelmä on.

Palvelujen järjestäminen vaikeasti päihdeongelmallisille

Vaikeasti ongelmaisten tavoittaminen päihdepalveluihin edellyttää usein palvelujen viemistä asiakkaiden lähelle mahdollisimman matalakynnyksisessä muodossa. Monille vahvasti syrjäytyneille erityisen hyödyllisiä olisivat vähemmän tavoitteelliset hoito-ohjelmat ja tuetun asumisen palvelut. (SM 2005; Mäkelä ym. 2005.)

Asiakastyypinä huono-osaisimmat päihdeongelmaiset eivät Törmän ja Huotarın (2005b) mukaan sovi alkoholiongelmaisille, huumeongelmallisille tai mielenterveysongelmallisille tarkoitettuihin eriytyneihin yksiköihin. Moniongelmaisten asiakkaiden kannalta erityisen tärkeää olisi koko hoitoketjun nivominen yhteen niin, että hoitojärjestelmässä voisi edetä joustavasti omien tarpeiden ja voimavarojen mukaisesti. Palvelut naisasiakkaille olisivat myös tarpeellisia.. Huono-osaisuus ja syvenevä syrjäytyminen koskettavat myös nuoria, jotka joutuvat yhä uudelleen palvelujärjestelmän "kierrättämiksi" muuttuen vähitellen irrallisiksi ja hoitoon kiinnittymättömiksi asiakkaiksi. Tutkimuksen mukaan olisi tärkeää hoitaa erityisesti nuorten psyykkiset ongelmat ennen kuin he siirtyvät päihteiden avulla tapahtuvaan itselääkitykseen.

5.2 Lääkkeetön huumehoito

Kalliolan Kisko tarjoaa yhteisöhoitoa rankan päihdehistorian omaaville huumeiden käyttäjille.²⁵ Hoito perustuu päihteettömän elämäntavan tavoitteluun ja motivointiin elämänikäiseen kasvuun. Tutkimus osoitti, että Kiskolla on tietty status huumeiden käyttäjien piireissä. Eräs haastatelluista kertoi viihtyneensä keskitysleirin mainetta kantaneessa Kiskossa, kun taas hoitonsa keskeyttänyt pettyi itseensä, koska ei kyennyt suorittamaan arvostamaansa "narkkarien yliopistoa". Hoidon maineella saattoi olla merkitystä huumeiden käyttäjien omanarvontunnolle, vaikka haastatteluissa tuotiin esiin myös hoidon pehmeä puoli. Kiskon toiminnan arvioinnissa hoitoa koskeva palaute oli positiivista. (Heikkilä 2005.)

²⁵ Kalliolan Kisko on yhteisöhoitoa yli 18-vuotiaille huumeiden käyttäjille antava hoitoyksikkö. Tutkimuksessa haastateltiin koko henkilökunta (10) sekä 15 hoidossa olevaa oppilasta. Hoidon lopettaneista tehtiin 10 haastattelua ja hoidon keskeyttäneistä 5 haastattelua.

Ruisniemi (2006) on tutkinut päihderiippuvuudesta toipuvan minäkuvan muutosta yhteisöhoitossa²⁶. Yhteisöä käytettiin tietoisesti muutosta eteenpäin vievänä tekijänä ja vertaisryhmän merkitys oli tärkeä. Yhteisössä keskeisenä toipumisen mallina oli 12 askeleen ohjelma ja kuntoutuksessa olevat sitoutuivat säännöllisiin käynteihin AA- ja NA-ryhmissä. Tutkimuksen mukaan haastateltavien minäkuva näytti muuttuneen joustavammaksi ja suhtautuminen muihin ihmisiin oli muuttunut. Yhteisön antaman palautteen ja toiminnan koettiin auttaneen itseä muutoksessa.

Terveysneuvontapiste Vinkissä Helsingissä on toteutettu vuodesta 2001 lähtien vertaistoimintaa huumeita käyttävien asiakkaiden parissa. Vertaistoimintaa toteutetaan kolmella tasolla: vertaistuellalla, Lumipallo-koulutuksella²⁷ ja niin sanotuilla helpereillä. Helpperit suorittavat Lumipallo-koulutukset, minkä jälkeen heille räätälöidään henkilökohtaisesti työtehtävät, joita he ryhtyvät toteuttamaan terveysneuvontapisteessä tai huumeita käyttävien verkostoissa. Helppereiltä ei vaadita päihdeettömyyttä. Helpperit jakavat terveysneuvontaa muiden huumeiden käyttäjille ja esimerkiksi vaihtavat käyttäjien likaisia pistovälineitä puhtaisiin, opettavat pistovälineiden oikeanlaisia hävittämistapoja ja jakavat riskikäyttäytymiseen liittyviä esitteitä. (Malin 2006.)

Helpperien kohtaamaa huumeiden käyttäjien joukkoa yhdisti usein kaksi tekijää: pelot viranomaistahoja kohtaan ja sen myötä haluttomuus kiinnittyä terveysneuvontapisteiden asiakkaiksi.²⁸ Helpperit kokivat päässeensä vertaisena sellaisiin käyttäjäverkostoihin, joihin terveysneuvontapisteiden työntekijöiden ei ollut mahdollista päästä. Helpperit toimivat tiedon välittäjinä huumeiden käyttäjien ja viranomaistahojen välissä ja tuottivat viranomaisille arvokasta tietoa siitä, millaista elämää huumeiden käyttäjien sosiaalisissa verkostoissa eletään. Käyttäjäverkostoihin helpperit veivät tietoa siitä, miten käyttäjien huumehaittoja pystytään vähentämään. Helppereitä koskevasta aineistosta nousi kehittämiskohteeksi vertaistoiminnan kehittäminen sellaisille perheellisille huumeiden käyttäjille, jotka pelkäävät lastensuojeluviranomaisia. Vertaistoiminnan avulla olisi myös mahdollista saada kontakti niihin nuoriin huumeiden käyttäjiin, jotka eivät vielä ole terveysneuvontapisteiden asiakkaina. (Malin 2006.)

Turun lasten ja nuorten päihdepoliklinikalla²⁹ käytetään strukturoitua, yksilöllistä lyhytinterventio-ohjelmaa, johon sisältyy arviointikäynti ja sen lisäksi 12 käyntiä.³⁰ Hoito-ohjelmassa kartoitetaan nuoren elämäntilannetta kokonaisvaltaisesti ja yritetään saada nuori sitoutumaan hoito-ohjelmaan ja päihteiden käytön vähentämiseen tai lopettamiseen. Ohjelmassa nuorelle tarjotaan terveysvalistusta päihteiden käyttöön liittyvästä riskikäyttäytymisestä. Huumeseulontatestejä tehdään satunnaisesti ja tarvittaessa. Nuorta opetetaan itse tunnistamaan päihteiden käyttöön liittyviä vaara- ja ongelmatilanteita, ja päihteiden käytön tilalle pyritään löytämään vaihtoehtoja

²⁶ Haastatteluaineisto koostui kymmeneen asiakkaan haastatteluista, jotka oli tehty vuoden mittaisen yhteisökuntoutuksen alussa ja lopussa sekä 1–2 vuotta kuntoutukselta lähdön jälkeen. (Ruisniemi 2006.)

²⁷ Lumipallo-toiminnassa paikallistason toimintaan rekrytoidaan huumeita käyttäviä ihmisiä. Vinkin asiakkaita koulutetaan tutoreiksi, jotka siirtävät terveysneuvontatietoa ystävä- ja tuttavaverkostoihin. (Malin 2006.)

²⁸ Malinin (2006) artikkeli perustuu kuudelle helpperille tehtyihin teemahaastatteluihin.

²⁹ Lasten ja nuorten päihdepoliklinikka perustettiin vuonna 2003. Sen toiminta haluttiin liittää osaksi Turun kaupungin ylläpitämää lasten ja nuorten poliklinikkaa, jotta voitaisiin estää hoitoon hakeutuvien nuorten leimautuminen päihdeongelmansa vuoksi. Hankkeen tarkoituksena oli myös erottaa alaikäisten päihdeongelmaisten hoito muusta päihdehoitosta omaksi toiminnakseen, jotta nuoret eivät hoitoon hakeutuessaan joutuisi läheiseen kosketukseen pitkään huumeita käyttäneiden ja niitä kaupittelevien aikuisten kanssa ja altistuisi siten lisäongelmille.

³⁰ Interventio-ohjelman arviointikäynti ja päätöskäynti ovat tarkoitettu sekä nuorelle että hänen vanhemmilleen ja ohjelman puolivälissä vanhemmille järjestetään oma käynti ilman nuorta, mutta muut käynnit ovat vain nuorelle. Vuonna 2004 poliklinikalla kävi 127 nuorta, joista 33 oli läpikäynyt koko ohjelman (18 heistä oli arviointikäynnillä kertonut käyttäneensä tai kokeilleensa kannabista). Poikien osuus poliklinikalla kävijöistä oli kaksi kolmasosaa ja kaikkien kävijöiden keski-ikä oli noin 15,5 vuotta. Suonensisäisiä huumeita käyttäneitä nuoria tuli vuoden aikana esille 7. (Jonsson 2005.)

toimintaa. Intervention kuluessa nuori asettaa itselleen päihteiden käyttöön liittyviä tavoitteita, joiden toteutumista käsitellään analyttisesti nuoren kanssa kannustavassa ilmapiirissä. Varsinaisen hoito-ohjelman loputtua nuori käy seurantakäynneillä yhden, kolmen, viiden ja kahdentoista kuukauden kuluttua päätöskäynnistä. (Jonsson 2005.)

Vuonna 2004 poliklinikalla olleista ja intervention suunnitellusti läpikäyneistä nuorista suurella osalla päihteiden käyttö oli vähentynyt, kun verrattiin päätöskäyntiä edeltävän kuukauden tilannetta arviointikäyntiä edeltävään kuukauteen. Verrattaessa päätöskäynnin tietoja seurantakäynneiltä saatuihin tietoihin ei päihteiden käyttö näyttänyt enää intervention loputtua vähentyvän. Interventio-ohjelmasta saatu palaute nuorilta ja heidän vanhemmiltaan on ollut pääsääntöisesti positiivista. Poliklinikan henkilökunnan mukaan poliklinikalta annettu tuki ja apu ovat suuresti myötävaikuttaneet siihen, että monen nuoren kohdalla päihteiden käyttö on hoito-ohjelman aikana vähentynyt. (Jonsson 2005.)

5.3 Korvaus- ja ylläpitohoito

Huumehoidon tietojärjestelmässä vuonna 2005 mukana olleista, ensisijaisesti opiaattien vuoksi hoitoon hakeutuneista kaikkiaan 27 %:lla oli hoitomuotona opiaattiriippuvaisille tarkoitettu lääkkeellinen avo- tai laitoshoido. Osuus oli selvästi suurempi kuin edellisellä vuonna (19 %). Tietojärjestelmän mukaan opiaattiriippuvaisien lääkeshoidossa käytetyistä lääkeaineista buprenorfiini (86 %) oli yleisempi kuin metadoni (14 %). Lääkeshoidossa käytetystä buprenorfiinista 39 % oli Subutexia® tai Temgesicia® ja 61 % buprenorfiinin lisäksi naloksonia sisältävää Suboxonea®. (Kuussaari & Salonen 2006.)

Sosiaali- ja terveysministeriö teki elokuussa 2006 selvityksen ympärivuorokautisen katkaisu- ja vieroitushoidon saatavuudesta.³¹ Kartoitus keskittyi suurimpien kaupunkimaisten kuntien tilanteeseen, joten sen perusteella ei voi tehdä koko maata koskevia johtopäätöksiä. Yleisimmin jonotusaika tarkastelluissa yksikössä vaihteli huumevieroitushoidossa viikosta kolmeen viikkoon. Jonojen pituudet vaihtelivat yksiköittäin huomattavasti. Huumevieroituksen hoitajaksojen pituudet vaihtelivat tarkastelluissa yksiköissä yhdestä vuorokaudesta neljään viikkoon. Hoidon saatavuuden lisäksi selvityksessä pyrittiin kartoittamaan, oliko palvelujen kysynnässä tapahtunut muutoksia viime aikoina tai edellisvuosiin verrattuna. Useimmat vastaajat eivät olleet havainneet jonojen pituudessa tai asiakasmäärissä muutoksia. Lähes säännönmukaisesti vastaajat kuitenkin kertoivat asiakkaiden fyysisen kunnan heikentyneen viime vuosina. Asiakasryhmien koostumus oli useimmilla paikkakunnilla pysynyt entisellään. (Renko & Vuorinen 2006.)

Vorma ym. (2005) tutkivat Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä toteutettua korvaushoitoa, hoidossa pysymistä, päihteiden käyttöä hoidon aikana, sosiaalista kuntoutumista ja psykiatrista samanaikaissairastavuutta.³² Seurannan aikana opioidien päihdekäyttö väheni tutkituilla niin, että vähintään 1,5 vuotta hoidossa olleista korvaushoitopotilaista 75 %:lla ei esiintynyt lainkaan ylimääräisten opioidien käyttöä

³¹ Selvitys pohjautuu puhelinhaastatteluihin, joiden kohteena oli 15 laitospotilaiden- tai laitospotilaiden hoitoa tarjoavaa yksikköä kymmenessä Suomen suurimmassa, yli 75 000 asukkaan kaupungissa. Selvityksen tulokset eivät perustu virallisiin tilastoihin, vaan ennemminkin varauskirjan mukaisiin tietoihin tarkasteluajankohtana ja toisaalta haastateltujen subjektiivisiin käsityksiin esimerkiksi kysynnän muutoksista.

³² Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki vuosien 2000–2002 aikana Hyksin korvaushoitopoliklinikalla (nyk. opioidiriippuvuuspoliklinikka) opioidikorvaushoidon aloittaneet potilaat. Tutkimusjakson aikana aloitettiin 70 uutta hoitajaksoa. Yksi henkilö aloitti hoidon tällä aikavälillä kahdesti. Tutkimus tehtiin takautuvasti sairauskertomustietojen perusteella. Kaikki tarkastellut potilaat olivat metadonikorvaushoidossa. (Vorma ym. 2005.)

viimeisen vuoden aikana. Lähes kaikki potilaat olivat hoitoontulovaiheessa päihteiden sekakäyttäjiä, mutta hoidon myötä muiden päihderiippuvuuksien osuus väheni selvästi. Potilaat pysyivät hoidossa hyvin, sillä 94 % oli hoidon piirissä vielä vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta. Seurannan aikana osa potilaista palasi takaisin aktiiviseen työelämään, mutta useampia potilaita siirtyi sairauslomalle tai eläkkeelle. Potilaat tulivat hoidon aikana lääketieteellisesti arvioiduksi ja sitä kautta aikaisempaa asianmukaisemman toimeentulojärjestelmän piiriin. Huomattavaa oli, ettei hoidon aikana todettu uusia HIV-tartuntoja. Lähes kaikki tutkitut potilaat olivat riippuvaisia bentsodiatsepiineista.

Noin 35 000 asukkaan Nurmijärven kunnassa Etelä-Suomessa tutkittiin korvaushoidon niveltymistä perusterveydenhuollon terveyskeskushoitoon.³³ Arvion keskeisimmäksi päätelmäksi nousi, että terveyskeskuksissa on mahdollista hoitaa opioidiriippuvaisia korvaavien lääkkeiden ja psykososiaalisen tuen avulla. Hoidon tulee perustua riittävään asiantuntemukseen ja resursointiin. Työntekijöiden ajoissa tapahtuva valmentaminen sekä hoitoon liittyvä erikoiskoulutus ovat keskeisiä hoidon onnistumisen edellytyksiä. Myös hoitotoiminnan fyysisten puitteiden on oltava hoitopaikoissa kunnossa ja tehokas turvajärjestelmä on tarpeen murtojen ja varkauksien estämiseksi. Opioidiriippuvaiden potilaiden aiheuttamat häiriöt henkilökunnalle ja toisille terveyskeskuspotilaille olivat vähäisiä. (Halmeaho & Nuorvala 2005.) Korvaushoidon hallinnollista siirtoa on kokeiltu myös asunnottomien päiväkeskustoimintaan. Ratkaisun seurannassa tehtiin samantyyppisiä havaintoja ja johtopäätöksiä kun edellä kuvatussa tutkimuksessa. (Forssén 2005.)

Strengellin ym. (2005) tutkimuksessa seurattiin yhtätoista raskaana olevaa naista, jotka olivat opiaattiriippuvaiden buprenorfiinihoidossa.³⁴ Kaikki potilaat käyttivät raskauden aikana myös muita lääkkeitä. Potilaista oli tulosten raportointivaiheessa kaksi vielä raskaana, kuusi oli synnyttänyt terveen lapsen ja kolmen raskaus oli keskeytynyt vakavan sikiövaurion vuoksi. Kaksi äideistä oli ollut koko raskausajan buprenorfiinihoidossa ja molemmissa tapauksissa raskaus oli päättynyt sikiövaurioon. Molempien kohdalla buprenorfiinihoito oli alkanut jo ennen raskauden alkua ja huumeeseulojen tulokset olivat koko ajan negatiiviset. Tutkittu aineisto koostui yksittäistapauksista, joissa ei ole osoitettavissa yhtä selittävää syytä epämuodostumien synnylle. Vaurioita ei voida pitää buprenorfiinin aiheuttamina, koska potilaat ovat käyttäneet muitakin lääkkeitä alkuraskauden aikana ja epämuodostumat saattavat olla sattumalöydöksiä. Buprenorfiinin osuutta ei voida kuitenkaan täysin sulkea pois. (Strengell ym. 2005.)

Katkaisu- ja vieroitushoitoasiakkaiden hoidontarpeen painopisteet ovat usein psykososiaalisen kuntoutuksen alueella (Makkonen 2005)³⁵. A-klinikkasäätiö on tutkinut pääkaupunkiseudulla korvaushoidossa olevien asiakkaiden psykososiaalista kuntoutumista sekä sitä ehkäiseviä ja tukevia tekijöitä OHJAT-projektissa³⁶ (Harju-Koskelin 2006). Korvaushoitoasiakkaiden psykososiaalisen kuntoutuksen kannalta yksi suurimmista haasteista oli työllistyminen, sillä pitkäaikaistyöttömiä oli 80 % asiakkaista. Myös asiakkaiden velkatilanne ja rikollisuus aiheuttivat ongelmia. Rikollisen

³³ Korvaushoito aloitettiin Nurmijärven terveyskeskuksessa vuonna 1998 ja kevääseen 2002 mennessä terveyskeskuksessa oli hoidettu 13 opioidiriippuvaa. Kevääseen 2004 mennessä hoidossa oli ollut 30 potilasta. Toiminnan arviointi perustui 27:ään kunnan avainhenkilön haastatteluun. Aineisto kerättiin vuosina 2003–2004. (Halmeaho & Nuorvala 2005.)

³⁴ Potilaiden tullessa hoitoon kaikki hoitovaihtoehdot, mukaan luettuna vieroittautuminen, oli käyty läpi. Jos potilas ei ollut niihin motivoitunut tai arvioitiin ettei hän niihin kyennyt, aloitettiin buprenorfiinihoito. Oheiskäyttöä seurattiin vähintään kahdesti kuukaudessa huumeeseuloilla ja pistosjalkien tarkkailulla.

³⁵ Raportissa arvioitiin katkaisu- ja vieroitushoidon nykytilaa ja kehittämistarpeita Etelä-Savossa ja Pohjois-Karjalassa.

³⁶ Tutkimus on toteutettu haastatteleamalla pääkaupunkiseudun korvaushoitoyksiköissä puolesta vuodesta vuoteen hoidossa olleita asiakkaita puolen vuoden välein ja keräämällä tietoa lomakkeilla. Tutkimuksessa tavoitettiin 60 opiaattikorvaushoidossa olevaa asiakasta.

elämäntavan jäänteitä oli vielä monilla asiakkaista, ja 40 % haastatelluista oli tehnyt rikoksia³⁷ hoitojakson aikana.

Weckroth (2006) on tutkinut vallankäytön mekanismeja korvaushoitoa antavassa huumehoitolaitoksessa. Tutkijan mukaan asiakkaiden marginaalinen asema yhteiskunnassa korostuu, kun huumehoidon tyypillinen jaottelu huumeiden käyttäjien "kamamaailmaan" ja normaalien ihmisten maailmaan yhdistyy vallankäyttöön laitosinstituutiossa.

³⁷ Rikollista toimintaa kysyttäessä suljettiin pois huumeiden käyttörikkokset.

6 Huumeisiin liittyvät terveyshaitat

Tartuntatautirekisteriin merkityt C-, B- ja A-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Terveysneuvontapisteiden toiminnalla on ollut suuri merkitys huumeisiin liittyvien tartuntatautien vähenemisessä.

Huumeiden käyttöön liittyvät psykiatriset oheissairaudet ovat lisääntyneet 1990-luvun alusta nelinkertaisesti. Huume- ja mielenterveysongelmien hoitoa toteutetaan käytännössä päihdehuollossa. Kuitenkaan päihdehuollon palvelut eivät yksin riitä niin sanottujen kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon, ja he ovat monesti päihdeongelman vuoksi myös mielenterveyspalvelujen ulkopuolella. Muita huumeiden aiheuttamia terveyshaittoja, kuten kuolemia ja tapaturmia, on pyritty ehkäisemään esimerkiksi liikenneturvallisuuskampanjoiden yhteydessä.

Buprenorfiinin väärinkäyttö on 2000-luvulla lisääntynyt voimakkaasti Suomessa. Myös myrkytyskuolemista buprenorfiini on yhä useammin ollut tärkein löydös.

6.1 Huumekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus

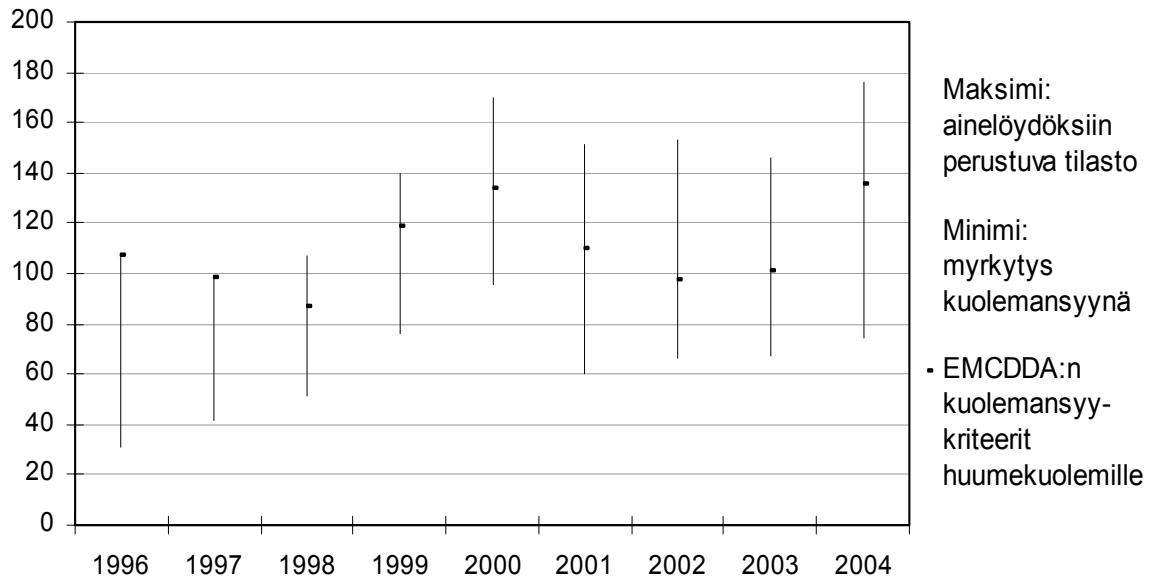
Huumausainekuolemia voidaan tarkastella sekä kuolemansyiden³⁸ että ainelöydösten perusteella. Vuonna 2005 huumausaineisiin liittyviä kuolemantapauksia oli oikeustieteellisissä tutkimuksissa todettujen ruumiinavausten ainelöydösten perusteella 174 (176 vuonna 2004). Opiaattilöydöksiä todettiin 36 (35) tapauksessa. Opiaattilöydösten joukossa yleistynyt buprenorfiini ei tule esiin opiaattien seulontatutkimuksissa, mutta buprenorfiinia todettiin 83 (73) kuolemantapauksessa. Amfetamiinia löydettiin 65 (51) tapauksessa ja kannabista 71 (80) tapauksessa. Heroiini-kuolemien määrä on pysynyt matalana, sillä vuonna 2003 tapauksia oli 4 ja vuosina 2004–2005 ei yhtään. Kokaiiniin kuoli 2 henkilöä vuonna 2005. Huumeisiin kuolleista 39 % oli alle 30-vuotiaita. (Oikeuslääketieteen laitos 2006.)

Buprenorfiinikuolemien uhrit ovat olleet pääasiallisesti nuoria. Vuonna 2002 uhreista kaksi kolmasosaa oli alle 25-vuotiaita, vuosina 2003 ja 2004 yksi kolmasosa. Tyypillisessä buprenorfiinikuolemassa nuori oli käyttänyt myös alkoholia ja/tai bentsodiatsepiineja ja sen jälkeen pistänyt buprenorfiinia suoneen ja mennyt nukkumaan tai nukahtanut heräämättä enää. (Vuori ym. 2006.)

Huumausainekuolemat (kuvio 3) seuraavat etenkin pistämällä käytettyjen huumeiden käytön trendejä. Nopeat muutokset käyttötavoissa (esim. pistoskäyttäjien määrän lisääntyminen, heroinin häviäminen markkinoilta) tai markkinoille tulleet uudet aineet voivat heijastua nopeasti myrkytyskuolemien määrään.

³⁸ Raportin valmistuessa vuoden 2005 kuolemansyyluvut eivät olleet vielä valmiit.

Kuvio 3. Huumausainekuolemat kuolemansyiden ja ainelöydösten perusteella 1995–2004³⁹



Lähde: Tilastokeskus; Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitos

6.2 Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

HIV

Kansanterveyslaitoksen HIV-infektioilaston mukaan vuonna 2005 HIV-tartuntoja oli 138 (128 tapausta vuonna 2004). Huumeiden pistoskäytöstä aiheutuvien tartuntojen osuus oli 11 % niistä tapauksista, joissa tartuntatapa on tiedossa. Osuus kääntyi lievään nousuun edellisvuoteen verrattuna (7 % vuonna 2004). Huumehoidon tietojärjestelmän vuoden 2005 tulosten mukaan pistämällä joskus huumeita käyttäneistä, HIV-testeissä käyneistä ja myös testituloksen saaneista (n=3 850) HIV-positiivisia oli itse ilmoitettujen tietojen mukaan 2 % (Kuussaari & Salonen 2006)⁴⁰.

Kroonisesti HIV-vireemisten huumeidenkäyttäjien määräksi Suomessa on arvioitu 250–300. HIV-infektio aiheuttaa kroonisen vireemian lähes kaikissa tapauksissa. 1990-luvun lopun HIV-epidemiaan liittyvien HIV-tapausten määrä on pääkaupunkiseudulla jäänyt toistaiseksi alle 250:n, ja esiintyvyys on säilynyt alueella pienenä (alle 5 %) myös huumeidenkäyttäjien osalta. (Ristola 2006.)

³⁹ Vuoden 2005 lukuja ei ollut vielä saatavilla tätä raporttia kirjoitettaessa.

⁴⁰ Noin 70 % päihdehuollon huumeasiakkaista oli käynyt HIV-, hepatiitti B- ja hepatiitti C-testeissä. Hepatiitti A-testissä oli käynyt hieman yli puolet asiakkaista. Virustestejä koskeviin tuloksiin sisältyy kuitenkin epävarmuutta, koska puuttuvien tietojen osuus oli virustestikysymysten kohdalla suuri. Esim. hepatiitti C-testin tiedot puuttuivat kokonaan 28 prosentilla asiakkaista. (Kuussaari & Salonen 2006.)

C-hepatiitti

Vuonna 2005 todettiin kaikkiaan 1 236 C-hepatiittitapausta (1 267 vuonna 2004), joista noin 60 %:ssa tartuntatapa oli ilmoitettu (KTL 2006). Tapauksista, joissa tartuntatapa on tiedossa, noin neljä viidesosaa johtui huumeiden pistoskäytöstä. Huumehoidon tietojärjestelmän vuoden 2005 tuloksissa pistämällä huumeita käyttäneistä ja testitulokset saaneista (n=4 056) oli hepatiitti C-positiivisia asiakkaiden itse ilmoittamien tietojen mukaan 66 % (Kuussaari & Salonen 2006). Liikkuvaa terveysneuvontapistettä koskevan tutkimuksen mukaan alle 20-vuotiailla neuvontapisteen asiakkaalla ei ollut oman tietonsa mukaan C-hepatiittia. 20–24-vuotiaista C-hepatiitti oli jo kolmanneksella ja 35–39-vuotiaista kolmella neljästä. (Törmä & Huotari 2005a.) Ristolan (2006) arvion mukaan kroonisesti vireemisiä C-hepatiittitartunnan saaneita huumeidenkäyttäjiä on Suomessa yli 15 000.

C-hepatiitin ilmaantuvuus on ollut suurinta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Vuonna 2004 C-hepatiittitapausten määrä HUS-piirissä oli laskenut 48 %:iin vuoden 1997 tasosta. Tapausten vähenemiseen näyttää vaikuttaneen terveysneuvonnan aloittaminen, koska vuosina 1997–2004 asiakasmäärät sekä vaihdettujen pistosvälineiden määrät ovat terveysneuvontapisteissä moninkertaistuneet. Myös apteekeilla on tärkeä rooli puhtaiden ruiskujen ja neulojen saatavuuden varmistamisessa.

C-hepatiitin leviäminen Suomessa alkoi suuremmassa määrin 1990-luvulla. Tästä syystä sen aiheuttamat terveyshaitat ja kuormitus terveydenhuollolle tulevat täydessä laajuudessaan esiin vasta vuoden 2010 jälkeen, koska C-hepatiitin aiheuttaman maksakirroosin kehittyminen kestää vuosia (Ristola 2006). C-hepatiitin hoidon tulokset ovat parantuneet viime vuosina, ja pysyvä hoitotulos voidaan saavuttaa valtaosassa tapauksista (Färkkilä 2005). Lääkekulutustilastojen perusteella C-hepatiitin hoitoa saa Suomessa parisataa potilasta vuosittain, ja Ristolan (2006) mukaan olisikin aiheellista tehdä terveystaloudellinen analyysi siitä, kannattaisiko C-hepatiitin hoitoja saavien määrää lisätä merkittävästi.

B-hepatiitti

Tartuntatautirekisteriin ilmoitetut akuutit B-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Vuonna 2005 ilmoitettiin 32 tapausta (KTL 2006). Lähes puolessa B-hepatiittitapauksista tartuntatapa oli ilmoitettu, ja nopeimmin ovat vähentyneet ruisku- ja huumevälitteiset tartunnat (3 tapausta vuonna 2005). Kroonisesti vireemisten B-hepatiittitartunnan saaneiden huumeidenkäyttäjien määräksi Suomessa on arvioitu 300–500 (Ristola 2006).

B-hepatiittitapausten vähenemiseen ovat vaikuttaneet terveysneuvontapisteen kautta toteutetut huumeidenkäyttäjien rokotukset sekä toimiva neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelma (esim. Leino 2005). Huumehoidon tietojärjestelmän tulosten mukaan vuonna 2005 pistämällä joskus huumeita käyttäneistä asiakkaista kaksi kolmesta oli saanut ainakin yhden B-hepatiittirokotusannoksen (Kuussaari & Salonen 2006). Liikkuvaa terveysneuvontapistettä koskevan tutkimuksen mukaan parhaiten B-hepatiittia vastaan oli rokotettu 20–24-vuotiaiden ikäluokka (85 %). Keskimäärin puolet seuranta-asiakkaista oli rokotettuja (Törmä & Huotari 2005a).

A-hepatiitti

Vuonna 2005 hepatiitti A-tapauksia oli Kansanterveislaitoksen tartuntatautirekisterin mukaan Suomessa 26. Tartunnoista 16 oli saatu ulkomailla ja 6 Suomessa. Neljän tapauksen kohdalla tartuntatavasta ei ollut tietoa.

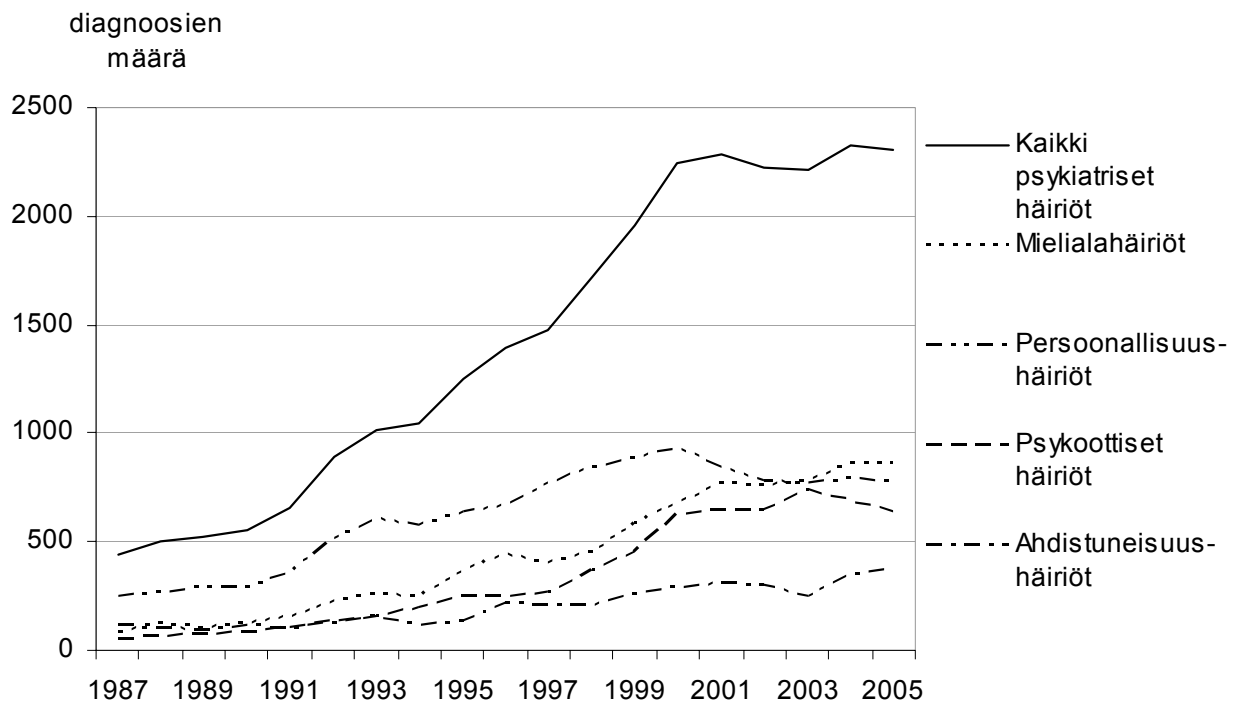
Jo vuonna 2004 taittui pääkaupunkiseudun huumeiden pistoskäyttäjien joukosta alkanut hepatiitti A-epidemia, joka aiheutti uusien virustapausten rajun nousun (vuonna 2002 todettiin 393 tapausta ja vuonna 2003 tapauksia oli 243). Vuoden 2005 alusta A-hepatiittirokotus on kuulunut huumeiden pistoskäyttäjien kansalliseen rokotusohjelmaan.

6.3 Huumeisiin liittyvät oheissairaudet

Samanaikaiset mielenterveysongelmat tulevat selvästi esille kaikkein huonoimmassa asemassa olevilla huumeiden ongelmakäyttäjillä, jotka ovat osittain hoitopalvelujen ulkopuolella. Päiväkeskus Stoorin asiakkaita koskevassa selvityksessä 30 %:lla huumeasiakkaista oli ollut psykoottisia oireita päihteiden käyttöön liittyen, 15 %:lla psykoottisia oireita oli ilmennyt muulloinkin ja 10 % käyttäjistä oli jatkuvasti masentunut. Kaikilla nuorilla asiakkailla esiintyi masentuneisuutta ja vanhemmilla asiakkailla oli selkeitä kaksoisdiagnooseja, mutta asiakkaat eivät silti olleet psykiatrisessa hoidossa. (Törmä & Huotari 2005a.)

Kuviossa 4 tarkastellaan huumausainediagnoosien kanssa samanaikaisesti esiintyvien mielenterveyshäiriöiden diagnoosien määrää. Kaikkien psykiatristen häiriöiden diagnoosien määrä kasvoi koko 1990-luvun, mutta 2000-luvulla kasvu on tasaantunut.

Kuvio 4. Huumausainediagnoosien kanssa yhdessä esiintyvät mielenterveyden häiriöiden diagnoosit sairaaloiden hoitoilmoitusten mukaan vuosina 1987–2005



Lähde: Hoitoilmoitusrekisteri, STAKES.

6.4 Muut huumeisiin liittyvät terveyshaitat ja niiden seuraukset⁴¹

Ellermaa, Turtiainen ja Seppälä (2005) tutkivat alkoholin ja muiden huumaavien aineiden esiintymistä Kansanterveyslaitoksen tutkimissa verinäytteissä vuosi ennen ja jälkeen nollarajalain⁴² voimaantulon. Tutkimuksessa selvitettiin myös aineiden yhteiskäytön yleisyyttä sekä laboratoriolöydösten yhteyttä kuljettajan kiinnijoutumisyyhyyn. Lisäksi tutkimuksessa arvioitiin nollarajalain vaikutusta tutkimuspyyntöjen määrään ja kuljettajien päihteidenkäyttöön liikenteessä. Tutkimuksen aineisto oli valikoitunut siten, että poliisi oli epäillyt kuljettajaa juopumuksesta ja pysäyttänyt hänet sekä katsonut tilanteen arvioinnin jälkeen aiheelliseksi pyytää tutkimaan sekä alkoholin että muut huumaavat aineet verinäytteestä.⁴³

Tutkimuksen löydöksistä tavallisin oli alkoholi (72 %:lla vuonna 2002 ja 66 %:lla vuonna 2003). Lähes yhtä usein löytyi bentsodiatsepiiniryhmään kuuluvia lääkkeitä. Amfetamiiniryhmän huumausaineet olivat aineistossa kolmanneksi yleisin löydös ja amfetamiini yleisin varsinainen huumausaine. Amfetamiinia joko yksin tai yhdessä muiden huumaavien aineiden kanssa oli käyttänyt vuonna 2002 15 % ja vuonna 2003 22 % aineiston kuljettajista. Kaksi kolmasosaa tutkituista oli käyttänyt vähintään kahden eri aineryhmän aineita. Tavallisin yhdistelmä oli alkoholi ja bentsodiatsepiiniryhmän lääkeaine (vuonna 2002 44 % ja vuonna 2003 37 %). Seuraavaksi yleisintä oli amfetamiinien ja bentsodiatsepiinien yhteiskäyttö (vuonna 2002 11 % ja vuonna 2003 16 %). Tutkimuksen aineisto oli valikoitunutta, joten tuloksia ei voi suoraan yleistää koskemaan liikennejuopumustapauksia yleensä. Sekä alkoholin että muiden huumaavien aineiden osalta puhtaita kuljettajia oli vuonna 2002 3,6 % ja vuonna 2003 5,2 % aineistosta. Miehiä oli 90 % aineistosta. (Ellermaa ym. 2005.)

⁴¹ Katso myös luku 14 'Huumeet liikenteessä'.

⁴² Helmikuussa 2003 liikennejuopumusta koskevat säännökset muuttuivat Suomessa huumausaineiden osalta. Käyttöön tuli ns. nollarajalaki. Lain mukaan moottoriajoneuvon kuljettaja voidaan tuomita rattijuopumuksesta, jos hänen veressään on ajon aikana tai sen jälkeen huumausaineen vaikuttavaa ainetta tai sen aineenvaihduntatuotetta ilman, että syyttäjän tulisi erikseen osoittaa kuljettajan ajokyvyn heikentyneen.

⁴³ Aineiston rajausehdot täyttäviä tapauksia saapui Kansanterveyslaitokseen kahden vuoden seuranta-aikana yhteensä 2 375. Näytteiden määrä nousi jälkimmäisenä seurantavuonna 32 % nollarajalakia edeltävään vuoden jaksoon verrattuna (1 024 näytettä vuodelta 2002 ja 1351 näytettä vuodelta 2003). Nollarajalakia edeltävästä ajanjaksosta (1.2.2002–31.1.2003) käytetään tässä ilmaisua vuosi 2002 ja nollarajalain jälkeisestä ajanjaksosta (1.2.2003–31.1.2004) ilmaisua vuosi 2003.

7 Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen

Huumeisiin liittyvien tartuntatautien hoitoa ja ehkäisevää työtä toteutetaan terveydenhuollon peruspalveluissa, terveydenhuollon ja päihdehuollon erityispalveluissa, terveysneuvontapisteissä ja apteekkeissa, joissa myydään neuloja ja ruiskuja. HIV-tartunnan saaneiden hoidosta vastaavat yliopistolliset sairaalat alueensa keskus-, alue- ja psykiatristen sairaaloiden kanssa.

Erityisesti matalan kynnyksen hoitopalvelujen toiminta on ollut tärkeää ruiskuhuumeiden käyttöön liittyvien tartuntatautien ehkäisyssä ja vähentämisessä. Terveysneuvontapisteissä huumeiden käyttäjät voivat vaihtaa käytetyt ruiskut ja neulat puhtaisiin. Keskeinen osa toimintaa on myös terveysneuvonta huumeiden käyttöön liittyvistä tartuntataudeista ja muista vakavista käyttöön liittyvistä riskeistä, kuten yliannostuksista sekä seksiteitse leviävistä tartuntataudeista. Terveysneuvontapisteiden toiminta on niiden palveluja käyttäville maksutonta ja asiointi tapahtuu nimettömänä. Apteekit toimivat tärkeinä ja täydentävinä pistosvälineiden hankintapisteinä alueilla, missä ei ole terveysneuvontapisteitä. Vuodesta 2004 lähtien myös terveyskeskukset ovat saaneet vastuulleen tartuntatautien vastaisen työn ja samassa yhteydessä terveysneuvonnan ja pistosvälineiden vaihtovelvoitteen. Myös ilmainen A- ja B-hepatiittirokotus kuuluu nykyään yleisessä rokotusohjelmassa huumeita pistämällä käyttäville.

7.1 Huumekuolemien ehkäisy

Käynnissä ei ole erityisiä huumekuolemien ehkäisyhankkeita. Huumekuolemiin liittyvää koulutusta on jonkin verran osana sosiaali- ja terveydenalan peruskoulutusta esimerkiksi ensihoidossa. Huumekuolemien ehkäisyyn liittyvää työtä tehdään osana tartuntatauteihin liittyvää terveysneuvontaa sekä ongelmakäyttäjien vertaisryhmien toiminnassa. Asiaa käsitellään tarpeen mukaan myös huumehoidon yksiköissä.

7.2 Huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisy ja hoito

Vuoden 2005 alussa Kansanterveyslaitos antoi suosituksen uudesta rokotusohjelmasta. Siinä hepatiitti A -rokotus on ensimmäistä kertaa yleisen rokotusohjelman osana. Perusteena sen mukaantuloon ovat olleet muutaman viime vuoden aikana esiintyneet hepatiitti A -epidemiat ruiskuhuumeiden käyttäjien joukossa ja heidän lähipiirissään. Tavanomaiset ulkomailta saadut hepatiitti A -tartunnat eivät ole aiheuttaneet epidemioita, ja siitä syystä hepatiitti A -rokotuksen kohderyhmäksi yleisessä rokotusohjelmassa nimetään ruiskuhuumeiden käyttäjien ja heidän kontaktinsa lisäksi vain verenvuototautipotilaat. (KTL 2005.)

Hepatiitti B -rokotetta suositellaan rokotusohjelmassa niin ikään tietyille riskiryhmille, joihin kuuluvat suonensisäisten huumeiden käyttäjät, heidän seksikumppaninsa sekä samassa taloudessa asuvat henkilöt. Erityisen tärkeänä pidetään ruiskuhuumeita käyttävien vanhempien vastasyntyneiden lasten rokottamista. Keinot C-hepatiitin vähentämiseen huumeidenkäyttäjillä ovat ruiskuhuumeiden käytön vähentäminen tai pistokseen liittyvän riskikäyttäytymisen vähentäminen. Huumeiden käyttöön liittyvät tartuntataudit ilmaantuvat tavallisesti ongelmakäyttäjille. Ristolán (2006) mukaan tästä

syystä huumeidenkäyttöön liittyvien tartuntatautien ehkäisemiseen tähtäävää toimintaa ei voida tulevina vuosina Suomessa ainakaan supistaa.

Pistosvälineitä vaihtavia terveysneuvontapisteitä oli 32 paikkakunnalla vuonna 2005 - suureksi osaksi yli 50 000 asukkaan kaupungeissa. Neuvontapisteissä on mahdollisuus saada pistosvälineiden vaihdon lisäksi erilaista terveysneuvontaa, pienimuotoista terveydenhoitoa, testi- ja rokotuspalveluja sekä palveluohjausta. Terveysneuvontapisteiden asiakaskunnan määrä (11 700) lisääntyi edellisvuodesta (10 400), vaikka käyntikerrat (80 300) vähenivät (83 700 vuonna 2004). Vaihdetun ruiskujen ja neulojen määrässä (1 845 000) oli edellisvuodesta kasvua lähes 5 % (1 760 000 vuonna 2004). (Heino 2006.)

Terveysneuvontapisteissä vuorovaikutustilannetta ja keskusteluja henkilöstön ja asiakkaiden välillä kartoitettiin yhden päivän laskennalla marraskuussa 2004. Jokaiseen terveysneuvontapisteeseen lähetettiin kyselylomake, jossa työntekijöitä pyydettiin analysoimaan kontaktitilanteissa käytyjä keskusteluja. Kysely lähetettiin 21 yksikölle, joista 15 vastasi kyselyyn. Kontaktitilanteissa käydyt keskustelut kestivät keskimäärin 5–10 minuuttia. Keskusteluteemojen kartoittamisessa ei huomioitu terveysneuvontapisteessä tapahtuvaa käytettyjen ruiskujen ja neulojen vaihtamista puhtaisiin. Keskustelujen pääteemoista 18 % liittyi tartuntatauteihin, 11 % seksuaaliterveyteen, 33 % huumehoitoon (korvaushoito, vankeinhoiton päihdeettömät osastot, kriminaalihuolto) ja 21 % piikittämiseen. Muita aiheita olivat esimerkiksi hammassairaudet, parisuhteet, lapset tai muu keskustelu. (Jokinen 2005.)

Liikkuva terveysneuvontapiste vie huumehoitopalvelut huumeidenkäyttäjien luo kadulle. Törmän ja Huotarin (2005a) arvioinnissa liikkuvan terveysneuvontapisteiden edut työntekijöiden mukaan olivat palvelujen vieminen lähelle asiakkaita ja vähäisempi ympäristön kuormitus. Koska yksikössä voidaan palvella vain rajattua määrää asiakkaita kerrallaan, saattoi palveluun syntyä jonoja, mikä oli asiakkaan kannalta leimaavaa. Niin kauan kuin asiakasmäärä yksittäisellä pysähdyspaikalla pysyi pienenä, asiakkaat eivät joutuneet laajemmin tekemisiin toistensa ja huumeidenkäyttäjien alakulttuurin kanssa. Vaikka palveluvaihtoehtoja oli riittävästi, tilat rajoittivat annettuja palveluja ja palvelut täytyi toteuttaa kiireellä.

Liikkuvan terveysneuvontapisteiden varsinaisia hoito- ja jatkohoitopalveluja käytti asiakaskunnasta vain noin 1 %. Muiden hoitopalvelujen hyödyntäminen oli puutteellista jo sen vuoksi, että monet käynnit tapahtuivat virka-ajan ulkopuolella. Liikkuvan terveysneuvontapisteiden asiakkaiden arvioitiin kuitenkin olevan suurelta osin hoitopalvelujen käyttäjiä. Asiakkaiden joukossa oli myös satunnaiskäyttäjiä. Arvion mukaan liikkuva palvelupiste ei ehkä tavoittanut kaikkein syrjäytyneimpiä asiakkaita. Sen sijaan se tavoitti nuoria, vasta käyttöuransa alussa olevia asiakkaita. Monet asiakkaat olivat tottuneet asioimaan kiinteissä terveysneuvontapisteissä ja liikkuva piste oli heille vain muita palveluja täydentävä. Ehdotukset palvelujen parantamiseksi olivat liikkuvan yksikön tekeminen vähemmän näkyväksi, terveysneuvonnan ja muiden palvelujen kanssa tehtävän yhteistyön lisääminen, palvelujen liittäminen terveysneuvontapalvelujen kokonaisuuteen ja tarkempi kohdentaminen palvelutyhjiöihin - ehkä myös työntekijöiden jalkautuminen käyttäjien pariin. (Törmä & Huotari 2005a.)

Suomessa on arvioitu olevan muutama sata sellaista venäjänkielistä huumeidenkäyttäjää, joilla on suuria tartuntatautiriskejä. Riskejä lisäävät huumeiden suonensisäinen käyttö, tietämättömyys saatavilla olevista palveluista, kieliongelmat, tiedon puute suomalaisten viranomaisien tietosuojakäytännöistä ja pelot maasta karkottamisesta. Ongelmat ilmenevät laajimmin Helsingissä, missä myös suurin osa venäjänkielistä maahanmuuttajista asuu. Näyttää siltä, että venäjänkielisten

maahanmuuttajien huumeongelma liittyi erityisesti paluumuuton vilkkaimpiin vuosiin 1990- ja 2000-luvun taitteessa ja silloin murrosikäisinä (13–15-vuotiaina) Suomeen muuttaneiden, niin sanotun toisen polven maahanmuuttajien muuttokriiseihin ja kotoutumisen ongelmiin. Toisaalta venäjänkielisten nuorten huumeidenkäyttöä voidaan tarkastella myös osana suomalaisen päihdekuulttuurin muutosta. Maahanmuuttajien kannalta merkittävää oli, ettei pääkaupunkiseudun palvelujärjestelmä ollut 1990-luvulla varautunut vastaamaan venäjänkielisten maahanmuuttajien tarpeisiin eikä etenkin murrosikäisten tukemiseen. (Puro 2005a.)

Syksyllä 2002 alkoi venäjänkieliselle maahanmuuttajaväestölle kohdistettu huumetyön erikoisprojekti, jossa Helsingissä toteutettiin huumeidenkäyttäjien keskuudessa vertaistoimintaan perustuva niin sanottu Lumipallo-operaatio. Siinä päihdetyöntekijät kouluttivat piikkihuumeiden käyttäjiä tiedostamaan suonensisäiseen huumeidenkäyttöön liittyvät tartuntatautiriskit ja kertomaan riskien vähentämisestä muille huumeidenkäyttäjille. Projektissa pyrittiin huomiomaan erityisesti maahanmuuttajien kieli- ja kulttuurierot. Helsingin venäjänkielisessä Lumipallo-projektissa koulutettiin 11 huumeidenkäyttäjää, joiden avulla tavoitettiin 28 venäjänkielistä ja 81 kaksi- tai suomenkielistä vertaista, joista 90 % tavoitettiin ensimmäistä kertaa Lumipallo-operaation piiriin. Vastaavaa projektia kokeiltiin Venäjällä, ja tulokset osoittivat vertaistytön tarpeet ja mahdollisuudet myös Pietarin huumeidenkäyttäjien piirissä. HIV-positiivisia huumeiden käyttäjiä pyrittiin tavoittamaan ja auttamaan projektin puitteissa myös Tallinnan alueella, Viron vankiloissa ja Liettuassa. Hankkeiden mukaisen lähialueprojektien tulevaisuuden haasteiksi koettiin hoitotyön yhteisen arvopohjan määrittelemisen sekä päihdetyön koordinaation, lähialueuetyön resurssikysymysten ratkaisumallien, toimijaverkkojen ja projektityön kehittäminen. (Puro 2005a; Puro & Tuori 2006.)

7.3 Huumeisiin liittyvän monihäiriöisyyden ehkäisy ja hoito

Huumeisiin liittyvät mielenterveysongelmat ovat yleisiä kaikkien huumehoitoa koskevien seurantatutkimusten mukaan (esim. Vormaa & Kuoppasalmi 2005; Törmä & Huotari 2005a, 2005b). Monipäihdekäyttö ja erityisesti bentsodiatsepiinien käyttö huumaussaineiden kanssa viittaa usein samanaikaisen mielenterveyden häiriön olemassaoloon. Hyvää hoitovastetta kaksoisdiagnoosipotilailla ei kuitenkaan aina saada, vaikka toimittaisiin asianmukaisten hoitosuosituksen mukaisesti (Turtiainen & Kuoppasalmi 2005).

7.4 Muiden terveyshaittojen ehkäisy ja hoito

Syyskuussa 2004 säädettiin tieliikennelaisissa lääkärille ilmoitusvelvollisuus poliisiviranomaiselle salassapitovelvollisuuden estämättä, jos potilaan terveydentila on muutoin kuin tilapäisesti sellainen, että hän on ajokyvytön. Poliisille saa ilmoittaa ainoastaan sen, etteivät ajokorttiluvan terveysvaatimukset täyty ja mahdolliset lisätoimenpiteet.

Päihdepotilaan kohdalla ajoterveyden ilmoitusvelvollisuuden soveltamisohjeet ovat tiukemmat kuin ajoterveyden edellytykset. Lääkärintoimintaa ei saa ilman potilaan suostumusta lähettää poliisiviranomaiselle, elleivät ilmoitusvelvollisuuden tiukemmat kriteerit täyty. Soveltamisohjeissa korostetaan, että päätös edellyttää usein lisäselvityksiä ja arvio on tehtävä yksilöllisesti ja ajokorttiluokka huomioon ottaen. Ohjeiden mukaan ilmoitusvelvollisuus täyttyy, jos päihteiden käyttö on aiheuttanut pysyväisluonteisia terveydentilan muutoksia, jotka vaikuttavat yleiseen toiminta-, havainnointi-, arvostelu- ja

reagointikykyyn. Ilmoitusvelvollisuus täyttyy myös, jos päihteiden käyttö näkyy neuropsykologisissa testeissä selkeänä toimintakyvyn heikkenemisenä tai jos henkilön käyttäytymisessä on voimakkaan riippuvuuden tai väärinkäytön vuoksi pysyviä muutoksia, kuten toistuva ajaminen päihteiden vaikutuksen alaisena. (Seppä 2005.)

Keskeinen kysymys päihdepotilaiden ajokyvyn arvioinnissa koskee sitä, voidaanko päihdesairaus lukea pysyväksi tilaksi. Yksinkertaista testiä päihdepotilaan ajokyvyn arvioinnille ei ole, ja erityisen vaikeaa ajokyvyn arviointi on silloin, kun potilaalla on kaksoisdiagnoosi. Erityisesti opioidikorvaushoidossa olevilla on paljon muita psykiatrisia sairauksia. Ongelmallinen ryhmä ovat myös ne potilaat, jotka toistuvasti hakeutuvat päivystystoimipisteisiin ilman kiinnittymistä hoitoon: ilmoitusvelvollisuus ei mahdollista ilmoitusta yksittäisten potilaskontaktien perusteella. Vaikka ajokyvyn arviointia koskevat ratkaisut ovat hyvin yksilöllisiä, tarvittaisiin linjauksia esimerkiksi huumeriippuvaisten korvaushoitojen sekä muiden pitkään kestävien päihdekuntoutushoitojen kohdalla. (Seppä 2005.)

8 Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat

Huumehoidon tietojärjestelmän tulokset vuodelta 2005 kertovat samaa kuin monet muut ongelmakäyttäjien riskikäyttäytymistä, korvaushoitoa sekä HIV-tartuntoja koskevat tutkimukset: huumeiden ongelmakäyttäjät ovat poikkeuksellisen syrjäytyneitä. Vuonna 2005 päihdehuollon huumeiasiakkaista 62 % oli työttömiä ja 12 % asunnottomia. Asiakkaista 67 % oli suorittanut vain peruskoulun ja 6 %:lla peruskoulu oli jäänyt kesken. (Kuussaari & Salonen 2006.) Koska huumausaineiden käyttö on rikosoikeudellisesti rangaistavaa, monet asiakkaista ovat myös rikos- ja vankilakierteessä.

Huumausainerikosten suhteen ei ole tapahtunut merkittävää muutosta. Vuonna 2005 poliisiin tietoon tuli 15 209 huumausainerikosta (14 425 rikosilmoitusta, ks. taulukko 6). Näistä 61 % (n = 9285) oli käyttörikoksia, 4 % törkeitä huumausainerikoksia ja 35 % muita huumausainerikoksia. Edellisestä vuodesta huumausainerikosten määrä laski 0,8 %. (KRP 2006a.)

Taulukko 6. Poliisiin ja tullin tietoon tulleet huumausainerikosilmoitukset vuosina 1999–2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Huumausainerikokset yhteensä	11 647	13 445	14 869	13 857	15 058	14 486	14 425
Huumausainerikos	10 701	12 687	12 092	5 821	5 202	4 672	4 589
Huumausaineiden käyttörikos			1 899	7 240	9 084	9 217	9 248
Törkeä huumausainerikos	958	741	859	760	742	582	561
Huumausainerikoksen valmistelu tai edistäminen	15	17	19	36	30	15	27

Lähde: Tilastokeskus

Vuonna 2005 rangaistusvangeista noin 16 % oli vankilassa huumausainerikoksen vuoksi (Kriminaalihoitolaitos ja Vankeinhoitolaitos 2006)

8.1 Sosiaalinen syrjäytyminen

Huumausaineiden ongelmakäyttäjät ovat ryhmänä sosiaalisesti erityisen syrjäytyneitä. Huumehoidon asiakaskunnasta 62 % oli työttömiä. Kaksi kolmesta oli suorittanut vain peruskoulun, ja peruskoulu on jäänyt kesken 6 %:lla asiakkaista. Asiakkaista 12 % oli asunnottomia. Noin viidennes oli avo- tai avioliitossa, joka toisessa tapauksessa toisen päihdeongelmaisen kanssa. Joka kolmannella oli alle 18-vuotiaita lapsia, joista kolme neljästä asui muualla kuin vanhempiensa kanssa. (Kuussaari & Salonen 2006.)

Tutkimuksen mukaan päihdeongelmaisten palvelukeskus Stoorin haastatelluista asiakkaita⁴⁴ vajaa kolmasosa ilmoitti käyttävänsä huumeita satunnaisesti, mutta pääpäihteen mukaan huumeiden käyttäjiksi luokiteltiin 25 % haastatelluista. Aineisto mahdollistaa palvelukeskuksen huumeasiakkaiden elämäntilanteen vertailun muihin tyypiteltyihin asiakasryhmiin, joita ovat alkoholistit, alkoholia ja lääkkeitä sekaisin käyttävät⁴⁵ sekä korvikkeiden juojat. Stoorin huumeasiakkaita leimaa äärimmäinen syrjäytyneisyys ja tarve päihtyä jostakin. Lähes päivittäisen huumausaineiden käytön lisäksi heillä oli muihin asiakkaisiin verrattuna enemmän päihteen sekakäyttöä, ja he kärsivät muita ryhmiä enemmän mielenterveysongelmista. Vaikka huumeiden käyttäjät ovat keski-ikänsä 10 vuotta muita Stoorin asiakasryhmiä nuorempia, he ovat silti selvästi vanhempia kuin muiden päihdehoidon yksikköjen ja terveysneuvontapisteiden huumeasiakkaat. Stoorin huumeiden käyttäjät voidaan jakaa palvelujen suurkuluttajiin ja palvelujen ulkopuolisiin: iso osa huumeiden käyttäjistä käyttää runsaasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, mutta palvelukeskus tavoittaa myös käyttäjiä, jotka eivät ole lainkaan palvelujen piirissä. (Törmä & Huotari 2005b.)

Stoorin asiakkaista huumeiden ja korvikkeiden käyttäjille asunnottomuus on yleisempää kuin alkoholisteille. Huumeiden käyttäjien tärkein tulonlähde on työttömyyskorvaus ja huumeiden käyttäjissä on muita ryhmiä enemmän myös toimeentulotukiasiakkaita. Huumeiden käyttäjistä kolmannes kertoi saavansa tuloja myös rikosten avulla, muissa ryhmissä rikoksien tekoa ei ilmoitettu tulon lähteeksi. Huumeiden käyttäjät näkevät korvikkeiden käyttäjien ohella muita useammin nälkää. Heikoimmaksi arvioivat terveydentilansa alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttäjät ja huumeiden käyttäjät. (Törmä & Huotari 2005b)

8.2 Huumeisiin liittyvä rikollisuus

Vuosituhaten vaihteesta alkanut kasvun tasaantuminen poliisin tilastoimissa huumausainerikoksissa jatkuu edelleen. Vuonna 2005 poliisin tietoon tulleiden huumausainerikosten (15 209) määrä väheni 0,8 % edellisvuoteen verrattuna. Kaikista huumausainerikoksista huumausaineen käyttörikosten määrä (9 285) ja törkeiden huumausainerikosten määrä (649) ovat pysyneet lähes ennallaan edellisvuoteen verrattuna. Käyttörikosten osuus on 61 %, törkeiden huumausainerikosten osuus 4 % ja muiden huumausainerikosten osuus 35 % kaikista huumausainerikoksista. Vuonna 2005 huumausainerikoksesta epäiltyjä henkilöitä oli 4 515 ja törkeästä huumausainerikoksesta epäiltyjä 415. (KRP 2006a.)

Huumeiden vuoksi apteekkeihin ja muihin huumaavia lääkevalmisteita säilyttäviin kohteisiin tehtyjen murtojen määrä (81) laski ensimmäistä kertaa sitten 2000-luvun alun alle sataan tapaukseen. (KRP 2006a.)

Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen nuorisorikollisuutta seuraavien tutkimusten mukaan joskus marihuanaa tai hasista kokeilleiden tai käyttäneiden (so. huumausaineen käyttörikokseen syyllistyneiden) 15–16-vuotiaiden poikien ja tyttöjen osuudet lähes kaksinkertaistuivat jaksolla 1995–2001, noin 5 %:sta lähelle 10 %:a. Vuosi 2004⁴⁶ ei tuonut muutosta vuoteen 2001 nähden. Viimeisen vuoden aikana marihuanaa tai hasista käyttäneitä oli 8 % sekä työistä että pojista, ja vähintään viisi kertaa aineita käyttäneitä oli 2,1 %. Vuoden aikana marihuanaa tai hasista käyttäneistä 7,2 % oli

⁴⁴ Tutkimuksessa haastateltiin 81 palvelukeskuksen asiakasta.

⁴⁵ Asiakkaat, joilla on päivittäisen alkoholin käytön ohella jatkuvassa käytössään lääkkeitä.

⁴⁶ Kysely toteutettiin keväällä 2004. Siihen vastasi 5 142 peruskoulun yhdeksännen luokan oppilasta. Tähän perusotokseen kuuluvat nuoret edustavat suomenkielisiä, kunnan ylläpitämiä oppilaitoksia. Menetelmä tutkimuksen perusteella tämä rajaus ei estä tulosten yleistämistä kaikkiin. (Kivivuori 2005.)

rahoittanut käyttöönsä laittomin keinoin. Laittomien keinoin huumeisiin rahaa hankkineista yli puolet oli hankkinut rahaa myymällä huumeita, loput lähinnä varastamalla. Näin nuorista vain 0,6 % oli kuluneen vuoden aikana kokeillut marihuanan tai hasiksen käyttöä ja rahoittanut sitä laittomin keinoin. Tytöistä 1,9 % ja pojista 1,6 % ilmoitti käyttäneensä muuta huumetta, tyypillisesti LSD:tä tai ekstaasia. (Kivivuori 2005.)

Suomen- ja ruotsinkielisten nuorten rikoskäyttäytymisen eroja on vertailtu erillisessä tutkimuksessa laajentamalla otosta ruotsinkielisiin oppilaisiin⁴⁷. Marihuanan tai hasiksen käyttö on 2,8 prosenttiyksikön verran yleisempää suomenkielisten keskuudessa. Muiden huumeiden käytössä tai laittomien keinoin rahaa huumeiden käyttöön hankkimisessa ei ollut eroja kieliryhmien välillä. Myöskään lääkkeiden päihdekäytön yleisyydessä ei ollut eroja suomen- tai ruotsinkielisten oppilaiden välillä, mutta suomenkieliset perustelivat käyttöä ruotsinkielisiä yleisemmin kokeilun tai hauskanpidon halulla, kun taas ruotsinkielisillä käyttö liittyi enemmän masennukseen tai ikävien asioiden unohtamiseen. Tutkimus vahvistaa kuvaa suomenruotsalaisista positiivisesti poikkeavana vähemmistönä⁴⁸, sillä ruotsinkielisten vähäisempää rikosaktiivisuutta selitetään vähemmistökuultuuriin kuulumisella. (Obstbaum 2006.)

Vuonna 2005 pahoinpitelyrikoksista 2 % tehtiin huumausaineen vaikutuksen alaisena ja 66 % alkoholin vaikutuksen alaisena. Väkivaltarikoksissa huumausaineen⁴⁹ vaikutuksen alaisina rikosten tehneiden osuus on ollut kasvussa 1990-luvulta lähtien. Kasvu on kaikkein selvintä ryöstörikosten kohdalla. Vuonna 2005 selvitetystä ryöstörikoksista joka kymmenes oli tehty huumausaineiden vaikutuksen alaisena. Tärkeistä ryöstöistä joka kuudes oli tehty huumausaineiden vaikutusten alaisena. Tästä huolimatta ryöstöt alkoholin vaikutuksen alaisena (45 %) ovat edelleen monin verroin yleisempiä verrattuna ryöstöihin huumeiden vaikutuksen alaisena. (Lehti & Sirén 2006.)

Kaikista rattijuopumustapauksista huumetapauksia oli 8 % ja sekakäyttötapauksia 3 % vuonna 2005. Osuudet eivät ole kasvaneet viime vuodesta. Rattijuopumukset jaetaan tavallisiin ja törkeisiin rattijuopumuksiin. Näistä tavallisissa rattijuopumuksissa huume- ja sekakäyttötapausten osuus on 20 % ja törkeissä vain 5 %. (Niemi 2006.) Yleisimmät huumeet huumaantuneena ajaneilla olivat amfetamiini ja kannabis (ks. myös luku 14).

8.3 Huumeiden käyttö vankiloissa

Vuonna 2005⁵⁰ rangaistusvangeista 16 % oli vankilassa huumerikoksen vuoksi, kun vastaava luku oli edellisellä vuonna 17,9 %. Vuoden 2005 aikana vankiloissa tehdyistä 17 632 (15 360) päihdetesteistä varmistettiin 804 (825) löydöstä. Yleisimmät löydetyt aineet olivat bentsodiatsepiini, kannabis, buprenorfiini ja amfetamiini. Noin kolmasosa löydöksistä selittää käytetty lääkitys. Vuoden aikana vankilaan tuli 40 (49) potilasta, joiden opioidihoitoa jatkettiin vankilassa. HIV-testejä tehtiin 1 073 (1 170) kappaletta, joissa todettuja uusia HIV-tartuntoja oli 2 eli vain 0,19 %:lla testatuista. (Kriminaalihoitolaitos ja Vankeinhoitolaitos 2006.)

Yli kahden vuoden vankeusrangaistusta suorittavat toimitetaan ensin oman alueensa sijoittajayksikköön, jossa vangille tehdään henkilökohtainen riski- ja tarvearvio. Rikosseuraamusvirastossa on tallennettu vuodesta 2002 kesäkuuhun 2005 asti tehdyt

⁴⁷ 5142 suomenkielistä oppilasta ja 1137 ruotsinkielistä oppilasta.

⁴⁸ Väestörekisterin mukaan suomalaisista 5,5 prosenttia oli ruotsinkielisiä vuonna 2004.

⁴⁹ Huumausaineiden vaikutuksen alaisina olleisiin on tässä laskettu mukaan huumausaineiden, lääkkeiden ja sekä huumeiden että alkoholin vaikutuksen alaisina olleet.

⁵⁰ Laskenta tehdään 1. toukokuuta.

riski- ja tarvearviot⁵¹ 1731 vangista. Yhteensä riski- ja tarvearviossa kerättyjen haastattelujen mukaan huumeiden käyttöä on esiintynyt joskus elämän aikana 60 %:lla vangeista, käyttöä ei ole ollut 33 %:lla ja tieto käytöstä puuttuu 7 prosentilta. Noin 32 % vangeista ilmoittaa, että huumeiden käytöllä on ollut yhteys rikollisiin tekoihin, tosin tieto yhteydestä puuttuu 37 %:lla vangeista. (Rikosseuraamusvirasto 2006.)

⁵¹ Koska riski- ja tarvearviot tehdään vain yli 2 vuoden tuomiota suorittaville, tuloksia ei voi yleistää koskemaan lyhytaikaisia vankeja, joilla huumeiden käyttöä esiintyy pitkäaikaisia vankeja huomattavasti enemmän.

9 Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen

Hoidon jälkeisissä sopeuttamistoimissa on korostettu moniammatillista yhteistyötä viranomaisten kesken. Tähän liittyvät niin sosiaalisen kuntoutuksen, työllistämisen kuin tuetun asumisen kokonaisuudet. Varsinkin nuorten ongelmakäyttäjien hoidossa mukana ovat myös opetustoimen viranomaiset. Koulutuksen suunnittelu ja ammatinvalinnanohjaus kuuluvat nuorten osalta automaattisesti itse hoitoprosessiin. Kuitenkin koulutusjärjestelmässä on vähän normaaliin työuraan ohjaavaa koulutusta, joka olisi sopeutettu erityisesti ongelmakäyttäjille. Lisäksi vastaanottavista työpaikoista on puute, eikä niiden hyöty ole suuri, jos työllistymiskynnys on liian korkea. Työllistämistoimista yhtenä esimerkkinä ovat nuorten työpajat. Suomessa kuntien yleisten sosiaalipalvelujen osana on mahdollisuus järjestää taloudellisesti tuettua asumista päihdeongelmallisille. Osa suomalaista päihdehuollon palvelujärjestelmää ovat päihdehuollon asumispalveluyksiköt. Ne on tarkoitettu päihdeongelmallisille, jotka tarvitsevat päivittäistä tukea omatoimiseen asumiseen.

Kuntouttavasta työtoiminnasta annetun lain (189/2001) perusteella kuntouttava työtoiminta on tarkoitettu pitkään työttöminä olleille ja sen tarkoituksena on parantaa heidän työllistymismahdollisuuksiaan. Laki velvoittaa kunnat ja työvoimatoimistot järjestämään yhteistyössä kullekin asiakkaalle sopivan palvelukokonaisuuden. Akuutissa päihdeongelmassa ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista aloittaa kuntouttavaa työtoimintaa, vaan asiakas ohjataan ensisijaisesti päihdehuollon palveluihin.

Vankiloiden terveydenhuolto on järjestettävä (878/1995) siten, että vangilla on muun väestön kanssa yhdenvertainen mahdollisuus terveytensä edistämiseen, sairauksien ehkäisyyn ja riittäviin terveydenhuollon palveluihin. Vankiloiden päihdeiden vastainen toiminta perustuu vuonna 2004 laadittuun vankeinhoidon päihdestrategiaan vuosiksi 2005–2006.

Terveydenhuollon yhteydessä vangeille annetaan tietoja päihdeiden vaikutuksista ja käyttöön liittyvistä terveysriskeistä sekä kerrotaan vankilassa ja vapaudessa tarjolla olevista hoito-ohjelmista. Päihdeiden käytön lopettamiseen liittyvät vieroitusoireet hoidetaan yleensä vankilassa vankilan lääkärin ohjeiden mukaan. Vaikeissa vieroitusoireissa vanki voidaan lähettää myös vankisairaalaan tai ulkopuoliseen sairaalahoitoon. Opioidilääkkeillä tuetun vieroitus-, korvaus- tai ylläpito-hoidon antaminen on mahdollista myös vankiloissa. (Kriminaalihuoltolaitos ja Vankeinhoitolaitos 2006.)

Vankeinhuollossa on kehitetty monipuolisesti erilaisia päihdetyön ohjelmia vankilassa oleville ja sieltä vapautuville huumeiden käyttäjille yhteistyössä alan keskeisten järjestöjen kanssa. Nykyään päihdeettömyyttä tukevia päihdekuntoutusohjelmia ja sopimusosastoja on lähes kaikissa laitoksissa. Päihdekuntoutusohjelmia järjestetään myös avolaitoksissa. Päihdeohjelmat perustuvat useimmiten kognitiiviseen käyttäytymisteoriaan. Myös yhteisöhoitollisia ohjelmia toteutetaan. Vankilat pyrkivät tekemään kiinteää yhteistyötä vankilan ulkopuolisen päihdepalvelujärjestelmän kanssa, ja joissain vankiloissa päihdekuntoutuspalvelut järjestetään ostopalveluna. Vangeilla on mahdollisuus osallistua AA- ja NA-ryhmätoimintaan. (Kriminaalihuoltolaitos ja Vankeinhoitolaitos 2006.)

Yli kahden vuoden vankeusrangaistusta suorittavat toimitetaan ensin oman alueensa sijoittajayksikköön. Sijoittajayksikkönä toimivassa vankilassa vangille tehdään

henkilökohtainen riski- ja tarvearvio. Riski- ja tarvearvioinnissa kartoitetaan ne vangin elämäntilanteeseen ja persoonallisuuteen liittyvät tekijät, jotka ylläpitävät rikollista elämäntapaa. Erityisesti huomiota kiinnitetään vankien päihteiden käyttöön. Kartoituksen perusteella laaditaan sijoittajayksikössä rangaistusajan suunnitelma, jota täydennetään ja päivitetään sijoituslaitoksissa. Tavoitteena on rangaistusajan suunnitelmallinen käyttö siten, että vangin mahdollisuudet selviytyä vapaudessa ilman rikoksia paranisivat. (Kriminaalihoitolaitos ja Vankeinhoitolaitos 2006.)

Vankilasta vapautuvien yhteiskuntaan kiinnittymisen ja yksilöllisen kuntoutuksen toteutumisen merkittäviä esteitä ovat vankien huonokuntoisuus, lyhyet tuomiot ja vankien liian suuri määrä suhteessa vankipaikkoihin⁵². Vapautuvat vangit jäävät peruspalvelujärjestelmän ulkopuolelle sekä puuttuvien resurssien että asenteellisuuden takia: kunnat eivät usko asiakaskunnan mahdollisuuteen toipua ja jotkut eivät edes halua tunnustaa vankilasta vapautunutta asiakkaakseen. Järjestöillä on palvelukokonaisuuksia, joissa saman katon alla saa tukea moniin ongelmiin, mutta toimintaa hankaloittaa kunnilta ja valtiolta tulevan rahoituksen lyhytjänteisyys ja epävarmuus. (Rantala 2004.)

Huumausaineen käyttörikosuudistuksessa (654–657/2001) nostettiin esille mahdollisuus vaihtoehtoisten rikosoikeudellisten seuraamusten käyttämiseen. Huomiota kiinnitettiin kahteen erityisryhmään: alaikäisiä olisi sakottamisen sijasta puhuteltava ja huumeiden ongelmakäyttäjiä olisi ohjattava hoitoon. Moniammatillisen viranomaisten puhuttelun ajatellaan toimivan nuorten kohdalla sakottamista tehokkaammin. Hoitoonohjaus vähentäisi paitsi ongelmakäyttäjien syrjäytymistä myös käyttöön liittyvää oheisrikollisuutta.

9.1 Sosiaalinen kuntoutus

Helsingin Diakonissalaitoksen Kynnykset pois -projektin (2003–2005) tarkoituksena on rakentaa palvelumalli, joka mahdollistaa pääsyn matalan kynnyksen palveluista korkeamman kynnyksen hoidollisiin palveluihin. Tutkimuksen⁵³ mukaan asiakkaiden on hyvin vaikea kiinnittyä hoitoon, koska hoitoon pääsemiseksi pitäisi pystyä jonottamaan aikaa puhelimitse ja saapua tietynä aikana paikalle. Projektityöntekijät ovat auttaneet asiakkaita muistuttamalla heitä ajoista ja tarvittaessa konkreettisesti viemällä hoitoon. Asiakkaat, jotka eivät saavu oikeaan aikaan paikalle, voivat tipahtaa hoitojonosta, jolloin jonottaminen alkaa taas alusta. Projektin työntekijät ovatkin pyrkineet vaikuttamaan hoitopaikkojen suuntaan ja saamaan joustoa joidenkin asiakkaiden kohdalla. Hoitopaikkojen sisäänottomenettely perustuu asiakkaan hyvään motivaatioon päästä eroon aineista, mikä on esimerkiksi projektin huonokuntoisille ja syrjäytyneille asiakkaille ylimitoitettu odotus. (Törmä & Huotari 2005b.)

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä opetusministeriö koordinoivat 2003–2005 valtakunnallista hanketta nuorten työpajojen ehkäisevän päihdetyön kehittämiseksi. Menetelmänä oli yhteisövalmennus, jonka tavoitteena on, että työpajoille syntyy yhteisöllisiä toimintamalleja päihdeongelmien ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.

⁵² Aineisto käsittää "yhteistyössä rikoksettomaan elämään" -hankkeen julkisia dokumentteja, Rikosseuraamusviraston Tampereella järjestämän verkostokoulutuksen ryhmätyöt, asiantuntijoiden, viranomaisten ja kolmannen sektorin haastattelut (25) sekä kahden kuntoutuksessa olevan rikostaustaisen miehen kertomukset tilanteestaan ja sen taustoista. (Rantala 2004.)

⁵³ Aineistona on käytetty 12 hyvin moniongelmaisen huumeiden käyttäjän asiakastietoja, 81 asiakkaan haastatteluja ja 4 työntekijän haastatteluja.

Yhteisövalmennus paransi työpajojen päihdepelissäntöjä, kehitti toimintaa ja sitoutti pajalaisia toimintaan. Lisäksi yhteisövalmennus lisäsi yhteisöllistä vastuunottoa ja yleistä solidaarisuutta sekä madalsi puuttumiskynnystä. (STM 2006a.)

9.2 Huumerikollisuuden ehkäisy

Tuki huumeiden käyttäjille vankiloissa

Suurin osa kuntouttavasta toiminnasta vankiloissa on erilaista päihdekuntoutusta. Päihdekuntoutukseen osallistui vankilassa kaikkiaan 2 303 (1 990) vankia. Vankiloissa järjestetään lyhyitä ryhmämuotoisia informaatiotilaisuuksia erilaisista päihdeteemoista. Näihin tilaisuuksiin osallistui yhteensä 1316 vankia. Varsinaisiin päihdekuntoutusohjelmiin osallistui 987 (848) vankia. Osastoituun yhteisöhoidolliseen ohjelmaan osallistui 258 vankia. Ulkopuoliseen päihdehoito- tai kuntoutuslaitokseen oli sijoitettuna 34 (50) vankia. Kunnat osallistuivat osittain vankilan ulkopuolisen päihdehoidon aiheuttamiin kustannuksiin. Jotkut vangeista jatkoivat laituskuntoutusta vapautumisen jälkeen kotikunnasta saamallaan maksusitoumuksella. Vangeista 17 (14) oli sijoitettu Silta-Valmennusyhdistyksen kuntoutukseen. (Kriminaalihuoltolaitos ja Vankeinhoitolaitos 2006.)

Vuonna 2005 tehtiin kaikkiaan 1 316 (708) riski- ja tarvearviota sekä niihin liittyvää rangaistusajan suunnitelmaa. Tavoitteena oli laatia rangaistusajan suunnitelma kaikille yli kahden vuoden vankeustuomiota suorittaville. Suunnitelman sai heistä 95 %. Olettamuksen mukaan lyhytaikaisten vankien joukossa päihdekuntoutuksen tarve on vieläkin suurempi. (Kriminaalihuoltolaitos ja Vankeinhoitolaitos 2006.)

Vuonna 2005 vankiloissa takavarikoitiin jonkin verran enemmän huumausaineita kuin edellisenä vuotena. Vuoden aikana takavarikoitu kannabis-, amfetamiini- ja heroiinimäärä oli yhteensä noin 757 (592) grammaa. Tiukentuneesta valvonnasta (mm. huumekeinoiminnan vakiintuminen), päihdeettömien osastojen lisääntymisestä ja niissä suoritettavista päihdetestauksista johtuen ilmoitellut päihdeiden määrät ja käyttö ovat lähes ennallaan ja pitkällä aikavälillä jopa laskeneet. Näiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta kiinnijäämisriski on kasvanut. (Kriminaalihuoltolaitos ja Vankeinhoitolaitos 2006.)

Vuoden aikana vankilaan tuli 40 (49) potilasta, joiden opioidihoitoa jatkettiin. Päihdehoidon osalta lääkärin keskuudessa on saatu aikaan yhtenäinen linjaus, jossa selvästi pyritään vähentämään ja lopettamaan riippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden (PKV-lääkkeet) käyttöä. Tämä suositus on otettu huomioon Vankeinhoitolaitoksen peruslääkevalikoimassa. (Kriminaalihuoltolaitos ja Vankeinhoitolaitos 2006.)

Vaihtoehtoiset seuraamukset

Valtakunnansyyttäjä on syksyllä 2002 antamissaan ohjeissa (VKS 2002) kannustanut syyttäjiä järjestämään huumeiden käytöstä ensi kertaa kiinni jääneille 15–17-vuotiaille nuorille puhuttelutilaisuuden, jonne kutsuttaisiin nuori, hänen huoltajansa, sosiaaliviranomaisen edustaja ja poliisi. Puhuttelutilaisuudessa nuorelle kerrottaisiin mahdollisimman monipuolisesti huumeiden käyttämisen rikollisesta luonteesta ja moitittavuudesta sekä selvitettäisiin, mikä on nuoren elämäntilanne ja millaiset jatkotoimenpiteet sopivat hänelle parhaiten. Tilaisuuden päätteeksi syyttäjä voi tehdä päätöksen syyttämättä jättämisestä.

Tuoreessa tutkimuksessa (Kainulainen 2006a) on tarkasteltu syyttämättäjättämiskäytännöissä tapahtuneita muutoksia. Vuosilta 2001–2003 kerätystä kahden vuoden syyttämättäjättämisaineistosta löytyi 243 tapausta, joissa syyttämättä jätetty puhuteltiin. Tämä vastaa 18 %:a kaikista päätöksistä. Nuori oli yleensä syyllistynyt miedon huumausaineen kokeilemiseen tai muuhun vähäiseen käyttämiseen. Poikia oli 80 %, tyttöjä 20 %. (Ks. Kainulainen 2006a.)

Valtakunnansyyttäjänviraston vuoden 2005 tietojen (kaksi syyttäjäkyselyä ajalla 1.1.2005–10.3.2006) mukaan puhuttelumenettelyä on käytetty vuosittain noin 120 kertaa, ja puhuttelun jälkeen syyttäjä on tehnyt lähes poikkeuksetta syyttämättäjättämispäätöksen (VKSV 2006).

Puhutteluista tehdyn erillisen tutkimuksen⁵⁴ mukaan (Rönkä 2006) viranomaiset käyttävät erilaisia diskursseja puhuessaan nuorille huumeista. He puhuvat käytön terveydellisistä ja sosiaalisista haitoista, moraalista vääryydestä ja lainvastaisuudesta sekä huumeiden käytöstä uhkana yhteiskuntaan kiinnittymiselle. Nuoret puhuvat puhutteluissa itse hyvin vähän. Lähinnä nuoret vastaavat lyhyesti syyttäjän esittämiin kysymyksiin tai myötäilevät viranomaisten kommentteja. Myös sosiaalityöntekijöiden puheen osuus oli havainnoituissa puhutteluissa vähäinen, ja niinpä huumevalistusta tarjosivat lähinnä syyttäjä ja poliisi. Viranomaisten tarjoama huumevalistus terveydellisistä ja sosiaalisista haitoista oli luonteeltaan yksilöotteista. Tutkimuksessa ei tarkasteltu puhuttelujen vaikuttavuutta.

Valtakunnansyyttäjä on ohjeissaan (VKS 2002) kannustanut syyttäjiä sopimaan omalla paikkakunnallaan toimivista hoitoonohjausjärjestelyistä. Varsinkaan huumeiden ongelmakäyttäjää ei pitäisi sakottaa käyttörikoksesta ennen kuin hänen halukkuutensa hakeutua hoitoon on selvitetty. Seuraamuskäytännöstä tehdyn tutkimuksen (Kainulainen 2006a) mukaan käyttörikosuudistuksen alkuvaiheessa tehtiin jonkin verran syyttämättä jättämisiä hoidon takia. Vuosilta 2001–2003 kerätystä syyttämättäjättämispäätöksistä löytyi 178 mainintaa hoidosta, mikä vastaa 13 %:a koko aineistosta. Miehiä oli 70 %, naisia 30 %. Hoitotapaukset keskittyivät alaikäisiin, sillä lähes puolet oli 15–17-vuotiaita. Syyttämättä jätetyt olivat tyypillisesti syyllistyneet huumeiden käyttämiseen tai hallussapitämiseen omaa käyttöä varten. Miedoista huumausaineista oli kysymys lähes puolessa tapauksia. Valtakunnansyyttäjän tekemien uusimpien kyselyiden mukaan hoitotapausten määrä on kutistunut lähes olemattomiin. (Kainulainen 2006a.)

Valtakunnansyyttäjänviraston uusimpien tietojen (kaksi syyttäjäkyselyä ajalta 1.1.2005–10.3.2006) mukaan hoitoon hakeutumisen takia on tehty 34 syyttämättäjättämispäätöstä. Kun samana ajanjaksona syyttäjien käsiteltävänä on ollut yli 7 000 huumausaineen käyttörikosta, syyttämättä jätettyjen määrää voidaan pitää vähäisenä. VKSV:n mukaan hoitoon hakeutumisesta seuraisi kuitenkin lähes poikkeuksetta syyttämättäjättämispäätös, mutta sopivia tapauksia ei ole ollut. Poliisille kiinni saamien huumeiden ongelmakäyttäjien hoitoonohjaamisesta vastaavat poliisi tai sosiaali- ja terveystoimikunnat. (VKSV 2006.)

⁵⁴ Aineistona on käytetty havainnointeja 12 puhuttelusta ajalta lokakuu 2003–toukokuu 2004. Havainnoidut puhuttelut on pidetty Etelä-Suomessa.

10 Huumemarkkinat

Suomen huumausainemarkkinoilla esiintyy erityisesti kannabistuotteita, synteettistä huumausaineista amfetamiinia ja ekstaasia, buprenorfiinivalmiste Subutexiä® sekä lähinnä bentsodiatsepiinilääkevalmisteita. Heroiinia, samoin kuin kokaiinia, Suomessa esiintyy edelleen niukasti. Kannabistuotteista erityisesti marihuanan ja kannabiskasvien takavarikot ovat 2000-luvulla lisääntyneet, mikä kertoo melko pienimuotoisen, mutta osittain myös myyntiin suunnatun viljelyn yleistymisestä. Synteettisten huumausaineiden takavarikkomäärien suuruusluokka on säilynyt jokseenkin entisellään lukuun ottamatta suurten rikoskokonaisuuksien tutkinnan vaiheistuksesta johtuvia muutoksia. Takavarikoidun heroinin määrä putosi tuntuvasti vuoden 2001 jälkeen ja samaan aikaan Subutex®-tablettien takavarikot alkoivat lisääntyä. Vuonna 2005 myös Subutexin® rajaliikenteessä ja käyttäjiltä tehdyt takavarikot vähenivät selvästi. (KRP 2006a.)

Taulukko 7. Poliisin ja tullin vuosina 2000–2005 takavarikoiduiksi kirjaamat huumausaine-erät (kg)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Hasis	196,5	566,6	482	423,1	467,4	430,6
Marihuana	13,8	13,7	32	45,3	25,8	43,4
Amfetamiini	78,3	149,7	129,2	114,6	101,8	114,5
Kokaiini	38,6	7,3	0,4	1,1	1,1	1,2
Khat*	348	624	1 039	1 879	2 118	2562
Heroiini	6,0	7,9	3,1	1,6	0,2	52,4
Subutex (tabletteja)	12 951	38 200	18 700	37 284	32 970	24 478
Ekstaasi (tabletteja)	87 393	82 900	45 100	35 216	23 243	52 210
LSD (annoksia)	2 355	95	4 629	1 461	195	452

* = Khat poikkeaa muista huumeista siinä, ettei sen käyttöä ole kriminalisoitu kaikkialla EU:ssa.

Lähde: Keskusrikospoliisi

Taulukko 8. Poliisin ja tullin kirjaamien huumausainetakavarikkojen lukumäärät vuosina 1998–2005

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Hasis	1 997	2 259	2 482	4 011	3 012	2 796	2 626	2 408
Marihuana	382	463	663	1 223	1 275	1 712	2 067	2 305
Amfetamiini	1 641	1 956	2 369	3 778	3 399	3 687	3 392	3 732
Kokaiini	24	49	40	55	45	49	65	79
Heroiini	210	342	437	558	145	90	45	58
Subutex	-	-	-	727	741	1 008	844	777
Ekstaasi	57	159	393	465	329	316	328	363
LSD	-	15	34	14	10	20	21	17

Lähde: Keskusrikospoliisi

Henkilökohtaisesti kohdatun huumausainetarjonnan laajuus on 2000-luvulla pysynyt tasaisena tai jopa vähentynyt hieman. Suomessa vallitsevan huumausaineiden tarjonnan kannalta virolaisperäisten järjestäytyneiden rikollisryhmien rooli on ollut

merkittävä, 2000-luvun alkupuolella erityisesti huumausaineiden salakuljetuksessa ja maahantuonnissa ja sittemmin lisäksi suomalaisten rikollisryhmien yhteistyökumppanina ja aine-erien toimittajana näiden välitettäväksi. Suomalaisten rikollisryhmien merkitys Suomessa tapahtuvassa huumeiden levittämisessä ja myös niiden hankinnassa ulkomailta on viime vuosina vahvistunut, mutta suomalaisryhmien eri puolilla Eurooppaa toimivat virolaiset yhteistyökumppanit ovat edelleen tärkeitä huumausaineiden toimittajia. (KRP 2006a.)

10.1 Huumeiden saatavuus ja tarjonta

Huumausaineiden maahantuonti on kansainvälistä rikollisuutta, ja 20–30 % törkeistä huumausainerikoksista Suomessa epäillyistä henkilöistä on ollut viime vuosina ulkomaalaisia (vuonna 2005 ulkomaalaisia oli 28 %). Törkeistä huumausainerikoksista epäiltyjen ulkomaalaisten suurimmat ryhmät muodostuivat vuonna 2005 virolaisista (32 % ulkomaalaisista epäillyistä) ja venäläisistä (25 % ulkomaalaisista epäillyistä). (KRP 2006a.)

Virolaisilla järjestäytyneillä rikollisryhmillä on tärkeitä rooleja lähes kaikkien Suomeen tuotavien huumausaineiden kansainvälisessä hankinnassa ja salakuljetuksessa. Törkeistä huumausainerikoksista epäiltyjen ulkomaalaisten suurimpia ryhmiä olivat virolaiset ja venäläiset, joiden osuus kaikista epäillyistä nousi selvästi 1990-luvun lopulta lähtien aina noin 85 %:iin ulkomaalaisista epäillyistä. Vuodesta 2003 lähtien osuus on ollut selvästi alhaisempi, vuonna 2005 noin 57 % ulkomaalaisista epäillyistä eli 16 % kaikista törkeistä huumausainerikoksista epäillyistä. (KRP 2006a.)

Samaan aikaan suomalaisrikollisten merkitys huumausaineiden salakuljetuksessa ja kaupassa on vahvistunut. Suomalaisrikolliset osallistuvat huumeiden hankintaan myös ulkomailla ja huolehtivat niiden levittämisestä Suomessa. Suomen tyyppillisesti löyhärakenteinen ammattimainen rikollisuus on samalla tiivistänyt organisoitumistaan ja sen kurinalaisuus on vahvistunut. Organisoidun huumausainerikollisuuden valmius väkivaltaan näkyy esimerkiksi huumausainerikostutkinnan yhteydessä tehtyjen ase- ja ampumatarviketakavarikkojen lisääntymisenä. Huumausainerikollisuudessa toimivat järjestäytyneet rikollisryhmät ovat laajentaneet toimintaansa lisäksi taloudelliseen rikollisuuteen, jota käytetään myös huumausainerikollisuuden rahoituslähteenä. (KRP 2006a.)

Suurin osa huumausaineista tulee Suomen markkinoille hyvin vaihtelevia reittejä etelästä ja lännestä. Noin 90 % Suomen markkinoilla tavattavasta amfetamiinista tulee Virosta tai Viron kautta, hasis taas Espanjan ja joko Pohjoismaiden tai Baltian maiden kautta Marokosta. Venäjällä on salakuljetusreitteinä merkitystä erityisesti heroiinin osalta. Samaan aikaan kun Subutexin® takavarikkomäärät vähenivät vuonna 2005, tehtiin Suomen Venäjän vastaisella rajalla yksi poikkeuksellisen suuri heroiinitakavarikko, joka yhdessä muiden havaintojen kanssa osoittaa, että heroiinin kysynnän lisääntyminen voi johtaa tarjonnan ja käytön kasvuun Suomessa. Käyttäjiltä heroiinia on kuitenkin myös vuoden 2006 kuluessa takavarikoitu edelleen erittäin vähän. (KRP 2006a.)

Vuosittain tehtävässä aikuisväestön terveyteen vaikuttavien elintapojen seurantatutkimuksessa (AVTK) on vuodesta 1996 lähtien kysytty, kenelle on tarjottu huumeita viimeksi kuluneen vuoden aikana. Huumetarjontaa kohdanneiden osuus on koko väestön tasolla ollut koko ajan varsin pieni (5-7 %). Vuoden 2005 tulokset osoittavat, että 6 %:lle vastaajista oli tarjottu huumeita joko ilmaiseksi tai ostettavaksi kuluneen vuoden aikana. Nuorimpiin ikäryhmiin kohdistuneen huumetarjonnan

yleistyminen näkyi vuosituhaten vaihteeseen saakka, jonka jälkeen se on 15–24-vuotiailla miehillä laskenut 25 %:sta 15 %:iin. Pääkaupunkiseudun nuoriin naisiin kohdistunut tarjonta ei ole vähentynyt yhtä selvästi. Kaksi kolmasosaa kaikista vastaajista ilmoitti huumeiden tarjoajiksi ystävät tai tuttavat, joista lähes neljä viidesosaa tarjosi huumeita joko omassa tai toisen kodissa. (Natunen ym. 2006.)

10.2 Huumausainetakavarikot

Huumausainetakavarikoissa ei tapahtunut vuonna 2005 suuria muutoksia (KRP 2006a, Kainulainen 2006). Hasistakavarikkojen kilomäärä (431 kg vuonna 2005) ja takavarikkojen lukumäärä (2 408) laskivat edellisvuodesta, mutta marihuanatakavarikkojen kilomäärä (43 kg) ja lukumäärä (2 305) sekä takavarikoitujen kannabiskasvien määrä (9 460 kappaletta + 43 kg) ja takavarikkojen lukumäärä (1 633) nousivat. (KRP 2006a.)

Amfetamiinien takavarikkomäärät (115 kg, 3 732 takavarikkoa) nousivat hieman. Ekstaasin osalta takavarikkomäärät nousivat huomattavasti (52 210 tablettia, 363 takavarikkoa) edellisvuoteen verrattuna, mutta edellisvuoden kokonaismäärä oli poikkeuksellisen alhainen. Kokaiinitakavarikoissa (1,2 kg, 79 takavarikkoa) ei ole tapahtunut merkittävää muutosta. Khatin takavarikkomäärät ovat kasvaneet koko 2000-luvun ajan. Khat-kasvia takavarikoitiin vuonna 2005 yhteensä 2 562 kg. (KRP 2006a.)

Heroiinin takavarikoitu määrä romahti 2000-luvun alussa (2004: 0,2 kg). Vuoden 2005 kesällä Suomen tulli teki Venäjän rajalla kaikkien aikojen suurimman heroiinitakavarikon, 51,7 kg, Ruotsiin matkalla olleesta matkailuautosta. Tämä takavarikko vaikuttaa olennaisesti vuoden kokonaistakavarikkomäärään (52,7 kg). Takavarikko vahvistaa arviota Venäjän merkityksen kasvusta heroiinin kansainvälisenä salakuljetusreitteinä. (KRP 2006a.)

Buprenorfiinivalmiste Subutexin® takavarikkomäärä väheni kaiken kaikkiaan noin neljänneksellä (24478 tablettia, 777 takavarikkoa). Tullin takavarikoimien tablettien määrä laski noin puoleen edellisvuotisesta, ja myös aikaisempina vuosina tuntuvasti kohonnut poliisin takavarikoima tablettimäärä kääntyi selvään laskuun. (KRP 2006a.)

Tullin tekemille takavarikoille poikkeuksellista olivat suuret erät. 325 kilon hasis- ja 51,7 kilon heroiinilöydösten lisäksi myös muita huumausaineita löydettiin kerralla suuria määriä. Tullin arvion mukaan tämä viittaa siihen, että huumeita yritetään tuoda maahan aiempaa suuremmissa erissä. (Tullilaboratorio 2005.)

10.3 Huumausaineiden hinta ja laatu

Huumausaineiden laboratoriotunnistus ja siihen liittyvät pitoisuuksien mittaamiset suoritetaan KRP:n rikosteknisessä laboratoriossa tai tullilaboratoriossa.

KRP:n rikosteknisessä laboratoriossa tehtiin tutkimus katukauppatasolla (0,5–10 g) syyskuusta 2005 maaliskuuhun 2006 takavarikoidusta amfetamiinista. Näytteitä oli 304 kappaletta. Amfetamiinipitoisuus vaihteli 0–99,1 %:n välillä keskipitoisuuden ollessa 24 % ja mediaaniarvon 23 %. Keskimääräinen pitoisuusarvo on laskenut huomattavasti verrattuna vuoteen 1993, jolloin keskiarvo oli 30 % ja mediaani 32 %. Alueellisesti tarkasteltuna amfetamiinipitoisuudet olivat korkeimpia pääkaupunkiseudulla ja matalimpia Itä-Suomessa. Näytteen koolla ei ollut yhteyttä pitoisuuteen. (KRP 2006a.)

Katukaupassa tyypillinen grammahinta vuonna 2005 oli hasikselle 6–12 euroa, valkoiselle heroiinille 60–120 euroa, amfetamiinille 15–25 euroa, kokaiinille 60–100 euroa ja ekstaasitableteille 12–20 euroa. (KRP 2006a.)

11 Huumeisiin liittyvä laillisuusvalvonta

Huumausainerikostutkintaa on viime vuosien aikana kohdistettu erityisesti ammattimaisen ja järjestäytyneen huumausainerikollisuuden ennalta estämiseen, paljastamiseen ja selvittämiseen. Huumausainerikollisuuteen kohdistuvan rikostiedustelutoiminnan tavoitteena on ollut erityisesti järjestäytyneen huumausainerikollisuuden paljastaminen. Katutason kontrolliin on myös panostettu enemmän lisäämällä muiden kuin vaativaa huumausainerikostutkintaa tekevien poliisien osuutta katuvalvonnassa.

Järjestäytyneen rikollisuuden torjunnan tehostamiseksi poliisi, tulli ja rajavartiolaitos ovat perustaneet yhteisiä rikostiedusteluyksiköitä, joiden tavoitteena on yhdenmukaistaa toimintatapoja sekä tuottaa rikoksista ja rikollisista ajantasaisia, analysoitua tilannekuvaa operatiivisen toiminnan tarpeisiin. Huumausainerikosten osalta on pyritty puuttumaan aikaisempaa enemmän yrityksiä hyväksi käyttäen tapahtuvaan rikoshyödyn kätkemiseen. Lisäksi oikeusministeriön työryhmä ehdottaa nuorten osalta arestirangaistuksen käyttöönottoa ja poliiseille esitetään toimintavaltuuksien lisäämistä (edellytykset anonyymille todistukselle ja rikokseen osallistumiselle) peitetöiminnassa.

11.1 Huumevalvontajärjestelmä

Huumausainerikostutkintaa on viime vuosien aikana kohdistettu yhä enemmän ammattimaisen ja järjestäytyneen huumausainerikollisuuden ennalta estämiseen, paljastamiseen ja selvittämiseen. Huumausaineiden tarjontaan puuttumisella on pystytty hillitsemään organisoitujen huumeliigojen toimintaa ja rikollisen toiminnan Suomeen ulottuvia vaikutuksia on torjuttu pysäyttämällä salakuljetettavia huumeita jo ennen kuin niitä on tuotu Suomeen. Kansainvälinen yhteistyö huumausainerikosten tutkinnassa on lisääntynyt voimakkaasti, mikä sitoo paljon resursseja. Törkeiden huumausainerikosten määrän vaihtelut selittyvätkin osittain eräillä suurilla tutkintakokonaisuuksilla, joihin keskittyminen on pidentänyt tutkinta-aikoja, mutta samalla nostanut huumerikosten selvitystasoa. (Virtanen 2005.)

Laajoihin huumerikostutkintakokonaisuuksiin liittyvän takavarikkokeskeisen huumausainerikostutkinnan ongelmana on huumausaineiden kysyntään vaikuttamisen jääminen vähemmälle huomiolle. Huumeiden ongelmakäyttäjien määrän ja aineiden kysynnän lisääntyminen on johtanut myös ammattimaisen huumeikaupan lisääntymiseen. Katutason kontrolliin on pyritty panostamaan lisäämällä muiden kuin vaativaa huumausainerikostutkintaa tekevien poliisien osuutta katuvalvontaan. Tehokkaalla huumeiden käyttäjiin ja myyjiin kohdistuvalla tekijäkeskeisellä huumerikostorjunnalla voidaan vähentää muutakin paikallista rikollisuutta ja näin lisätä asukkaiden turvallisuuden tunnetta. Ote edellyttää kuitenkin poliisin ja muiden viranomaisten verkottumista ja yhteistyötä. (Virtanen 2005.)

11.2 Rikostiedustelu

Järjestäytyneen rikollisuuden torjunnan tehostamiseksi poliisi, Tulli ja Rajavartiolaitos (PTR-yhteistyö) ovat perustaneet yhteisiä rikostiedusteluyksiköitä, joiden tavoitteena on yhdenmukaistaa toimintatapoja sekä tuottaa rikoksista ja rikollisista ajantasaista, analysoitua tietoa operatiivisen toiminnan tarpeisiin. Toiminta alkoi vuonna 2004, jolloin lääneihin perustettiin alueelliset PTR-rikostiedusteluryhmät ja keskusrikospoliisiin valtakunnallinen PTR-rikostiedustelukeskus. Eräillä rajanylityspaikoilla toimii lisäksi paikallisia PTR-rikostiedustelupisteitä. Toiminnan kokonaisvahvuus on runsaat 30 henkeä, joista kaksi kolmannesta on poliisista ja yksi kolmannes Tullin ja rajavaltuutuksen henkilöstöä. Toiminnan käytännön järjestelyistä ja valtakunnallisesta koordinoinnista vastaa keskusrikospoliisi. Ensimmäisten kokemusten valossa PTR-rikostiedustelu on tehostanut järjestäytyneen rikollisuuden ja massarikollisuuden tutkintaa. (Rajavartiolaitos 2005.)

11.3 Valvontamenetelmät

Vuonna 2005 telekuuntelun kohteena oli 562 (535 vuonna 2004) rikoksesta epäiltyä henkilöä. Tuomioistuimet myönsivät 1 506 (2 028) telekuuntelulupaa. Telekuuntelua on pidetty erityisen tärkeänä pakkokeinona nimenomaan törkeiden huumausainerikosten selvittämisessä. Televalvonnan kohteina vuonna 2005 olleiden rikoksista epäiltyjen määrä oli 775 (1 025). Kaikkiaan tuomioistuimet myönsivät vuonna 1 419 (1 822) televalvontalupapäätöstä. Telekuuntelun ja -valvonnan kohteena olleiden liittymien määrä on jonkin verran noussut, koska telepakkokeinojen käyttöala on laajentunut perinteisistä puhelinnumeroista muihinkin teleosoitteisiin. Tärkeään huumausainerikollisuuteen telekuuntelusta kohdistui vuonna 2005 60,5 % (2004 77 %). Osuuden lasku johtunee ennen kaikkea telekuuntelun käyttömahdollisuuksien laajentumisesta muilla rikollisuuden alueilla. (SM 2006.)

Peite- ja valeostotoimintaa on käytetty lähinnä törkeiden huumausainerikosten selvittämisessä. Vuonna 2002 päätöksiä peitetoiminnasta tehtiin muutama ja kohteena oli alle 10 rikoksesta epäiltyä. Vuonna 2003 määrät lisääntyivät niin, että peitetoiminnan kohteena oli noin 30 henkilöä, mutta vuonna 2005 peitetoiminnan käyttö on jälleen vähentynyt. Vuonna 2002 poliisi teki 10 valeostopäätöstä, joiden kohteena oli alle 20 rikoksesta epäiltyä. Tätä seuraavina vuosina valeostopäätösten ja valeoston kohteena olevien henkilöiden määrät ovat olleet tätä vähäisempiä. (SM 2006.)

Rahanpesun selvittelykeskus sai epäilyttäviä liiketoimista vuoden 2005 aikana 3 661 ilmoitusta (4 315 vuonna 2004). Esitutkintaan siirrettiin 385 (551) ilmoitusta, joista 12,5 % (vuonna 2004 25 %) liittyi huumausainerikoksiin. (Rahanpesun selvittelykeskus 2006.)

Vankiloissa huumausaineiden tarjontaan kohdistuvan valvonnan edellytyksiä luodaan tila- ja toimintajärjestelyillä sekä osasto- ja huonerakenteilla. Henkilökuntasijoittelulla ja teknisillä ratkaisuilla helpotetaan päihde- ja huumevalvonnan valvontaa. Vankilan ja poliisin paikallisissa yhteistyösopimuksissa määritellään tehdyn huumelöydöksen seuraamusmenettely, käsitelläänkö se kurinpitoasiana vankilassa vai siirretäänkö se poliisin tutkittavaksi. Erityistarkastuksissa on ollut mukana myös muita viranomaisia ja viranomaisyhteistyötä onkin tehostettu kaikilla valvonnan osa-alueilla. Lisäksi useisiin vankiloihin on sijoitettu huumekoira, joka osallistuu päihdevalvonnan erityistarkastusten lisäksi myös laitoksen päivittäiseen tarkastustoimintaan. (Rikosseuraamusvirasto

2004.) Huumekoiria on lainattu myös poliisilta ja tullilta, jolla huumekoiria on noin 50.
(Tulli 2005.)

B. ERITYISTEEMAT

12 Huumeiden käyttö ja ongelmat varhaisnuorten keskuudessa

Mikko Salasuo

Huumeiden käytön ja siitä aiheutuvien ongelmien on havaittu lisääntyneen joissakin EU-maissa. Kasvua on havaittu alle 15-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa kannabiksen käyttö ja imppaaminen ovat lisääntyneet. Huolta ovat herättäneet myös havainnot hyvin nuorten, jopa 11–12-vuotiaiden, heroiinin, kokaiinin ja lääkkeiden väärinkäytöstä. Varhaisnuorten huumeekokeilusta ja käytöstä on melko vähän tietoa saatavilla, ja tässä artikkelissa kootaan yhteen keskeinen teemaa käsittelevä suomalainen tutkimustieto. Tarkastelukulmina ovat muun muassa käytön yleisyys, käyttötavat, sosioekonomiset taustatekijät, tarjolla olevat terveys- ja hoitopalvelut, lainsäädäntö ja ehkäisevä päihdetyö. Tarkastelu etenee annettujen raamien puitteissa siten, että ensiksi tarkastellaan käytön yleisyyteen liittyviä kysymyksiä, sen jälkeen päihdehuollon nuoria huumeasiakkaita ja kolmantena riskiryhmään kuuluvia nuoria. Viimeiset kaksi lukua rakentuvat käytöstä aiheutuvien haittojen, lainsäädännön ja ehkäisevän päihdetyön tarkastelusta. Lukujen laajuus vaihtelee sen mukaan, kuinka paljon tutkimustietoa teema-alueesta on saatavilla.

12.1 Huumeiden käyttö, asenteet ja tarjonta varhaisnuorten keskuudessa

Tuoreimmat vertailukelpoiset nuoriin ja huumeisiin liittyvät käyttöindikaattorit löytyvät kouluterveyskyselystä 2005. Kyselyssä on tarkasteltu huumeekokeilujen pidempää kehitystrendiä peruskoulun 8.- ja 9.-luokkalaisten keskuudessa (14–16-vuotiaat). Ajanjaksolla 1997–2001 yksittäiset huumeekokeilut kasvoivat tässä ikäryhmässä pojilla 7 %:sta 10 %:iin ja tytöillä 6 %:sta 9 %:iin. Viimeaikainen kehitys osoittaa kokeilujen vähenemistä, sillä sekä poikien että tyttöjen osalta on palattu vuoden 1997 tasolle. (Luopa ym. 2006.) Ajallisesti trendi noudattelee yleisempää huumeekokeilujen kehitystä. Hakkaraisen ja Metson (2005) mukaan kokeilujen ja käytön huippu saavutettiin 1990-luvun kasvun jälkeen 2000-luvun alussa, jonka jälkeen kokeilut ja käyttö ovat tasaantuneet tai jopa lievästi laskeneet.

Nuorten terveystapakyselystä (Rimpelä ym. 2005) saadut tiedot huumeiden käyttäjien tuntemisesta ja huumetarjonnasta vastasivat ajallisesti kokeilutrendiä. Huumeita käyttävien tuttavien määrä oli vähentynyt 14–18-vuotiaiden keskuudessa poikien osalta 36 %:sta 31 %:iin ja tyttöjen osalta 52 %:sta 42 %:iin. Tarkasteltaessa ainoastaan 14-vuotiaiden ikäryhmää oli vastaava lasku pojilla 19 %:sta 16 %:iin ja tytöillä 37 %:sta 29 %:iin.

Huumeiden tarjonnassa ei ole tapahtunut olennaisia muutoksia. Ikäryhmässä 14–18 vuotta oli laskua vuosina 2003–2005 poikien osalta yksi ja tytöillä kolme prosenttiyksikköä. Molemmissa ikäryhmissä 12 %:lle nuorista oli joskus tarjottu huumeita. Myös 14-vuotiaiden ikäryhmässä luvut olivat aiempaa alhaisemmat. Poikien kohdalla luku oli säilynyt 4 %:ssa ja tytöillä laskenut 8 %:sta 6 %:iin. (Rimpelä ym. 2005.)

ESPAD-tutkimuksen⁵⁵ mukaan kannabista oli Suomessa vuonna 1995 kokeillut joskus noin 5 % nuorista. Neljä vuotta myöhemmin 10 % suomalaisista nuorista oli kokeillut kannabista. Kannabiksen käytön yleistymisen (16 % vuonna 1999) näkyi myös koko ESPAD-aineistossa. Vuonna 1995 1 % suomalaisnuorista oli kokeillut muuta kuin hasista tai kannabista, kun kaikkien ESPAD-maiden vastaava luku oli 4 %. Tuoreimmassa tutkimuksessa (2003) kannabista oli käyttänyt 11 % suomalaisnuorista. Vastaava luku koko aineistossa oli 21 %. Viimeisen vuoden aikana jotakin laitonta huumetta kokeilleiden 15–16-vuotiaiden osuus koko ikäluokasta Suomessa oli 7,5 % ja viimeisen kuukauden aikana kokeilleiden osuus 2,5 %. Yleisin laitton huume kaikissa tutkimukseen osallistuneissa maissa oli kannabis. Muita huumeita oli kokeillut Suomessa noin kolme prosenttia, kun kaikissa maissa keskimäärin luku oli 6 %. Suomessa muista kokeilluista aineista huomionarvoisia olivat vuonna 2003 amfetamiini ja ekstaasi. (Ahlström ym. 2004.) Viitteitä nuorten heroiinin käytöstä ei näy missään aineistoissa.

Lääkkeiden käyttö päihtymystarkoituksessa oli vuonna 2003 suomalaisnuorilla selvästi muita eurooppalaisia nuoria yleisempää. Erityisesti alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö (17 %) erottui selvästi muiden ESPAD-maiden nuorista (9 %). Myös vuonna 1999 lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttö oli Suomessa tavallisempaa kuin muissa ESPAD-maissa (Suomi 13 %, muut maat 8 %). (Ahlström ym. 2004.)

Viimeisenä varhaisnuorten ikäspesifinä indikaattorina voidaan tarkastella 15–16-vuotiaiden suhtautumista kannabikseen. Syksyllä 2006 ilmestyneen nuorisobarometrin⁵⁶ (Myllyniemi 2006) mukaan suhtautuminen kannabistuotteisiin on ikäryhmässä hyvin kielteistä. 15-vuotiaista 80 % ei hyväksy kannabiksen käyttöä lainkaan ja 20 % yhtyy väittämään "jokseenkin eri mieltä". Tutkimukseen osallistuneista 15-vuotiaista kukaan ei pitänyt kannabiksen käyttöä hyväksyttävänä ja neljäportaisessa vastausapparaatissa vaihtoehdot "jokseenkin samaa mieltä" ja "täysin samaa mieltä" jäivät 0 %:iin. Iän lisääntyessä suhtautuminen kannabikseen lievenee. Tämä näkyy 16-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa kannabiksen käytön hyväksyy 6 % vastaajista. 8 % hyväksyy kannabiksen käytön varauksella. Myös niiden määrä, jotka ovat ehdottomasti kannabista vastaan, putoaa 65 %:iin. Erityisen kiinnostavaa on havaita, että seurattaessa ikäjatkoa 15–29-vuotiaiden keskuudessa, tapahtuu suhteellisesti merkittävin muutos hyväksynnässä nimenomaan 15 ja 16 ikävuoden välillä.

Alueellisesti kokeiluluvut eivät varhaisnuorilla juuri eroa toisistaan. Länsi- ja Pohjois-Suomessa 15–16-vuotiaista joskus huumeita kokeilleiden osuus oli vuonna 2003 noin 7 % ja vuoden 2004 vastaavassa koulukyselyssä Etelä-, Itä- ja Pohjois-Suomessa 9 % (Ahlström ym. 2004; Rimpelä ym. 2005).

Eri tutkimusten pohjalta voidaan esittää varhaisnuorten huumausaineiden käytön olevan Suomessa suhteellisen vähäistä. Kannabiksen vahva asema ei edistä huumeiden ongelmakäytön alkamista nuorella iällä. Suhtautuminen huumausaineisiin on hyvin kielteistä ja yleinen huumetrendi on laskeva. Suurimpana erityisongelmana on alkoholin ja lääkeaineiden sekakäyttö päihtymistarkoituksessa. Myös teollisuuskemikaalien imppaus on pysynyt tasaisesti 1990-luvun alusta noin 3–5 %:ssa. Euroopan mittakaavassa varhaisnuorten päihteiden käytössä huumeet jäävät Suomessa selvästi alkoholin jalkoihin.

⁵⁵ ESPAD on neljän vuoden välein Euroopan maissa tehtävä nuorten päihteidenkäyttöä kuvaava kyselytutkimus. Vuoden 2003 tutkimuksessa mukana oli 35 maata. Kysely tehdään 15–16-vuotiaille. Suomessa ikäluokka käy peruskoulun päättävää 9. luokkaa.

⁵⁶ Nuorisobarometriä varten haastateltiin 1900 nuorta maalikuussa 2006. Haastatellut olivat 15–29-vuotiaita. Otos muodostettiin väestökisteristä satunnaisotantana. Sukupuoli, alue, kieli ja ikä olivat kiintiöity niin, että niiden osuus aineistossa vastasi muuttujien osuutta perusjoukossa.

12.2 Varhaisnuoret hoitotilastoissa ja käytön aloittamisen riskiryhmät

Huumehoidon tietojärjestelmän mukaan alle 15-vuotiaiden ikäryhmästä hoidon piiriin tulee vuosittain yksittäisiä tai vain muutamia henkilöitä. Alhaiset käyttöluvut, käytön kokeiluluonteisuus ja kokeilujen voimakas painotus kannabistuotteisiin, eivät ole synnyttäneet vakavaa huumeongelmaa varhaisnuorten keskuudessa. Näiltä osin kehitys on pysynyt samankaltaisena läpi koko 2000-luvun alun. (Partanen ym. 2004.)

Suomessa tehdään vuosittain arviolta 9 000 lasten huostaanottoa, joista arviolta 76 % johtuu alkoholin käytöstä ja 14 % vanhemman tai vanhempien huumeaineiden käytöstä. Määrä on ollut viime vuodet lievässä kasvussa. Sen sijaan avohuollon tukitoimien piirissä olevien lasten määrä on kasvanut merkittävästi. Heitä on jo yli 50 000. Kokonaisuudessaan 64 000 lapsen voidaan katsoa elävän sosiaalihuollon piirissä olevissa päihdeperheissä. Näistä suurin osa liittyy alkoholin käyttöön. (Stakes 2006b.)

Yhtenä potentiaalisena riskiryhmänä EMCDDA määrittelee koulupudokkaat ja peruskoulun keskeyttäneet nuoret. Suomessa oppivelvollisuuden laiminlyöneet eivät saa perusopetuksen päättötodistusta. Heidät voidaan jakaa kolmeen ryhmään: kokonaan oppivelvollisuutensa laiminlyöneet sekä oppivelvollisuusiän ohittaneet erotodistuksin tai ilman erotodistuksia. Oppivelvollisuutensa kokonaan laiminlyöneiden 7–17-vuotiaiden määrä on ollut varsin pieni, käsittäen noin 60–90 lasta tai nuorta vuosittain. Oppivelvollisuusiän ohittaneiden määrä erotodistuksella ja ilman sitä on noin 200 henkeä vuodessa. On kuitenkin todettava, että oppivelvollisuutensa laiminlyöneiden määrässä on tapahtunut lievää vähenemistä. (Kumpulainen 2005.)

Nuorisorikollisuus nähdään yhtenä pontimena syrjäytymiselle ja sitä kautta huumeaineiden käytölle. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen kriminologinen yksikkö aloitti vuonna 1995 koko maahan ulottuvat itse ilmoitetun rikollisuuden kyselyt, jotka on sen jälkeen toistettu vuosina 1996, 1998, 2001 ja 2004. Tutkimukset on kohdistettu peruskoulun yhdeksännen luokan oppilaisiin (15–16-vuotiaisiin), koska yhdeksäs luokkataso on viimeinen vaihe, jossa ikäryhmä on tavoitettavissa samassa instituutiossa. Seuranta on rajattu suomenkielisiin yläasteisiin. Tässä on keskitytty pääkehityssuuntien esittelyyn. Rikoskäyttäytymisen muutosten suuret linjat tulevat selkeämmin esille, kun tiivistetään keskeisten rikostyyppien – varastamisen, vahingontekojen, väkivallan ja huumeiden käytön – kehitys. Varastamisteoissa ovat mukana kaupasta, koulusta ja kotoa varastaminen sekä varastetun tavaran ostaminen. Omaisuuden vahingoittaminen viittaa seiniin kirjoitteluun ja piirtelyyn sekä omaisuuden vahingoittamiseen koulussa tai muualla. Väkivalta viittaa tappeluun julkisella paikalla tai toisen henkilön hakkaamiseen. Edellä mainittujen muuttujien lisäksi tarkastelussa on yksittäisenä tekona mukana marihuanan tai hasiksen käyttö.

Varastaminen on vähentynyt voimakkaasti mittauksen kattamalla ajanjaksolla. Selkein vähenemisyksikkö edelsi vuoden 2001 mittausta, mutta 2000-luvulla kehitys näyttää sen sijaan tasaantuneen. Sama kehitys näkyy myös omaisuuden tarkoituksellisessa vahingoittamisessa. Nuoret, jotka olivat 15–16-vuotiaita vuonna 2004, osallistuivat tässä ikävaiheessa paljon harvemmin omaisuusrikollisuuteen kuin samanikäiset nuoret 1990-luvun puolivälissä.

Väkivallan kohdalla ei voida havaita samanlaista johdonmukaista trendiä sen paremmin lasku- kuin kasvusuuntaankaan. Tuoreimman mittauksen osoittama taso on kuitenkin merkittävästi alhaisempi kuin vuonna 2001.

Käsitys rikollisuuskehityksen luonteesta ei juuri muutu, kun sama tarkastelu tehdään erikseen pojilla ja tytöillä. Samat trendit ovat havaittavissa molempien sukupuolten kohdalla. Poikien kohdalla voidaan todeta, että noin 15-vuotiaana varastamiseen osallistuneiden osuus on laskenut kymmenessä vuodessa melkein 20 prosenttiyksikköä, tyttöjen kohdalla noin 10 prosenttiyksikköä.

Nuorten massarikollisuuden vähentyminen on merkinnyt myös sitä, että kaikenlaisista rikoskäyttäytymisen muodoista pidättyvien nuorten osuus on selvästi lisääntynyt vuosien 1995–2004 välillä. Kokonaisuutena tarkasteltuina nykyiset 15–16-vuotiaat ovat lainkuuliaisempia kuin samanikäiset kymmenen vuotta sitten. Tämä pitää paikkansa ainakin perinteisen ja usein julkisissa tiloissa tapahtuvat massarikollisuuden, erityisesti varastamisen ja vahingontekojen, osalta. (Marttunen & Salmi 2005.)

12.3 Muut päihteet ja huumeiden varhaisnuorille aiheuttamat ongelmat

Alkoholin käytön ja tupakan polton katsotaan altistavan nuoria huumeekokeiluihin (vrt. Hakkarainen & Metso 2005). Seuraavassa esitellään lyhyesti alkoholin käytön ja tupakoinnin viimeaikaisia trendejä varhaisnuorten keskuudessa. Lisäksi tarkastellaan eräitä haittaintokaattoreita.

Alkoholi

Vuonna 2005 yhdeksän kymmenestä kaksitoistavuotiaasta ilmoitti, että ei juo alkoholijuomia edes pieniä määriä. Raittiiden tyttöjen osuus oli hieman suurempi kuin poikien, mutta 14- ja 16-vuotiaissa raittiita poikia oli tyttöjä huomattavasti enemmän. Raittius yleistyi selvästi vuosien 1997–1999 jälkeen varhaisnuorten keskuudessa. Vuonna 2005 14-vuotiaista pojista 58 % ja tytöistä 46 % ilmoitti olevansa raittiita, kun vuonna 1999 vastaavat osuudet olivat 36 % ja 30 %. (Rimpelä ym. 2005.)

Kerran kuukaudessa tai useammin alkoholia ainakin pieniä määriä juovien prosenttiosuudet vuonna 2005 olivat 12-vuotiaista 2 %, 14-vuotiaista tytöistä 22 % ja pojista 15 % sekä 16-vuotiaista tytöistä 49 % ja pojista 51 %. Kerran kuukaudessa tai useammin tapahtuvan alkoholinkäytön kasvu pysähtyi 12–16-vuotiailla vuosien 1997–1999 vaiheilla, minkä jälkeen alkoholinkäyttö kääntyi laskuun, tytöillä hieman poikia aikaisemmin. Vuosien 2003 ja 2005 välillä juominen harvinaistui edelleen 14-vuotiailla sekä 16-vuotiailla tytöillä.

Usein eli vähintään kerran viikossa juovia ei kyselyyn vastanneiden 12-vuotiaiden poikien joukossa ollut vuonna 2005 lainkaan ja tyttöjenkin joukossa vain muutamia. 14-vuotiaista vain hyvin harva ilmoitti juovansa usein. Kerran viikossa juovien osuudet olivat tyttöjen kohdalla 6 % ja pojilla 4 %. Yleisyys kasvoi iän karttuessa. Viikoittain juovien osuuksien nousutrendi 14–18-vuotiailla tytöillä jatkui 80-luvun alusta vuoteen 2001, minkä jälkeen tilanne on pysynyt lähes samanlaisena. Pojilla viikoittaisen alkoholinkäytön lisääntyminen taittui jo vuoden 1999 jälkeen, mutta vuosina 2003–2005 alkoholinkäyttö lisääntyi uudelleen. Viikoittainen alkoholin käyttö lisääntyi 16- ja 18-vuotiailla pojilla vuosien 2003 ja 2005 välillä. 14-vuotiailla viikoittainen käyttö laski hieman molemmilla sukupuolilla. (Rimpelä ym. 2005.)

Tiivistäen voidaan sanoa, että humalajuominen on ollut harvinaista 12-vuotiaiden keskuudessa. Vuonna 2005 14-vuotiaista tytöistä 7 % ja pojista 4 % raportoi juovansa tosihumalaan kerran kuukaudessa tai useammin. Ikäryhmittäisessä tarkastelussa humalajuominen harvinaistui 14- ja 16-vuotiaiden ikäryhmissä vuosien 1997–2005 välillä. 14- ja 16-vuotiaiden tyttöjen humalajuominen harvinaistui myös vuosien 2003 ja 2005 välillä. Samanikäisillä pojilla muutosta ei näkynyt. (Rimpelä ym. 2005.)

Nuorten mielipidettä alkoholin arkipäiväisyyteen on selvitetty vuodesta 1979 vuoteen 2005. Väittämään ”kohtuullinen alkoholin käyttö kuuluu tavalliseen elämänmenoon” vuonna 2005 saadut vastaukset olivat 12-vuotiaiden keskuudessa huomattavasti aiempaa myönteisempiä. Pojista 55 % ja tytöistä 49 % oli väittämän kanssa ehdottomasti tai jokseenkin samaa mieltä. (Rimpelä ym. 2005.)

Vuosituhanneen vaihteessa varhaisnuorten alkoholin käytön ja humalajuomisen nousutrendit pysähtyivät ja kääntyivät 12–14-vuotiailla ja 16-vuotiailla pojilla laskuun. Tämän myönteisen kehityksen ollessa parhaimmillaan toteutettiin kauppapoliittisin perustein alkoholipoliittikan muutos, jonka kaiken olemassa olevan tiedon perusteella voitiin olettaa lisäävän alkoholin kulutusta. Tuonnin hillitsemiseksi alennettiin alkoholiveroja tuntuvasti, koska Viron liittyminen EU:in poisti alkoholin tuontikiintiö maiden välisessä liikenteessä. Päätösten seurauksena alkoholin saatavuus helpottui ja hinnat laskivat samanaikaisesti. Kun on kulunut vuosi muutosten voimaantulosta, nuorten alkoholin käytön trendeissä on havaittavissa kaksi muutosta. Raittius on edelleen yleistynyt nuorten keskuudessa, mutta toisaalta toistuvan alkoholin käytön ja humalajuomisen laskevat trendit ovat pysähtyneet. (Rimpelä ym. 2005.)

Alkoholiveron alennukset painottuivat väkeviin juomiin. Nuoret taas juovat kaksi kolmasosaa absoluuttiseksi alkoholiksi muunnetusta alkoholimäärästään oluena, siiderinä ja long drink -juomina. Tällä tekijällä saattaa olla merkitystä sen kannalta, että nuorempien ikäryhmien käyttö ei lisääntynyt. (Rimpelä ym. 2005.)

Lähteenmaa (2004) katsoo, että nuorisokulttuuriset lähtökohdat on syytä ottaa huomioon etenkin raittiuden lisääntymistä selitettäessä. Useat, joskin todennäköisesti määrällisesti pienet alkoholia käyttämättömät nuorisoryhmät ovat voineet vaikuttaa valtanuorisoon tuodessaan alkoholista kieltäytymisen esiin varteenotettavana vaihtoehtona. Raittiista nuorista Lähteenmaa nostaa esimerkeiksi ”streittarit”, joiden ideologiaan kuuluu hedonismista kieltäytyminen, sekä muslimisiirtolaiset.

Suomalainen yhteiskunta huolestui lasten ja nuorten pahoinvoinnin lisääntymisestä 1990-luvun loppupuolella. Lastenpsykiatrian kasvavat jonot, lastensuojelun ja erityisopetuksen kasvava kuorma sekä humalajuomisen ja huumeokeilujen yleistyminen virittivät laajaa keskustelua ja toimintaa nuorten hyväksi niin kansallisella kuin paikallisellakin tasolla. Tämän tekijän merkitystä pohdittiin jo vuonna 2003. Aktiivinen keskustelu koulujen ja vanhempien roolista sähköisissä medioissa, lehdistössä ja ammattilehdissä yhdessä tutkimustulosten kanssa muuttivat todennäköisesti suhtautumista kasvatusvastuuseen kotona ja kouluissa. Monien eri rintamien toiminta yhdessä voisi selittää myönteisten muutosten näkymisen selvimmin nuorimmissa ikäryhmissä. (Rimpelä ym. 2005.)

Tupakointi

Nuorten terveystapakyselyn (2005) mukaan 14–18-vuotiaista pojista tupakoi päivittäin 22 % ja tytöistä 23 % vuonna 2005. Päivittäin tupakoivien osuudet 14–16-vuotiailla ovat lähellä vuoden 1979 lukuja, jotka ovat alhaisimmat koskaan mitatut. 14–18-vuotiaiden tupakointi väheni hetkellisesti 1970-luvun lopulla erityisesti nuorten tupakoinnin vähentämiseen suunnatun lakiuudistuksen jälkeen. Vaikutus jäi kuitenkin lyhytaikaiseksi, sillä erityisesti tyttöjen tupakointi alkoi yleistyä 1990-luvun loppupuolella. Erot poikien ja tyttöjen tupakoinnin yleisyydessä ovat sittemmin tasoittuneet. Viime vuosina tupakointi on tyttöjen keskuudessa ollut yleisempää kuin pojilla vastaavassa ikäryhmässä. Tupakkakokeilujen aloittaminen on siirtynyt myöhäisempään ikään vuosien 2003–2005 aikana. (Rimpelä ym. 2005.)

Asenteet tupakointia kohtaan tiukentuivat. Tupakan myyntikiellon alle 18-vuotiaille hyväksyivät vuonna 2005 lähes kaikki, kahviloiden, baarien ja ravintoloiden savuttomuuden lähes 70 %. 12- ja 14-vuotiaista lähes 80 % piti tupakointia ”luuserien” puuhana (Rimpelä ym. 2005).

Varhaisnuorten keskuudessa tupakointia kokeilleiden osuudet ovat vähentyneet tasaisesti ja erittäin merkittävästi 1970-luvun lopulta kevääseen 2005. Uuden vuosituhannen alussa ollaan nuorten tupakoinnin osalta tilanteessa, jota tavoiteltiin jo 70-luvun terveystavoitteisella tupakkapolitiikalla ja tupakkalailla. Tupakointikokeilut ja säännöllinen tupakointi ovat kääntyneet laskuun. Myönteinen muutos ajoittuu 2000-luvun puolelle. Myönteinen muutos koskee ennen kaikkea teini-ikäisiä. (Rimpelä ym. 2005.) Myönteiseen kehitykseen sisältyy myös tyttöjen tupakoinnin kääntymistä laskuun. Muutos alkoi 14- ja 16-vuotiaille jo aikaisemmin. Kaiken kaikkiaan tupakoinnin sukupuolierot ovat vähäiset.

Terveystavoitteiseen tupakkapolitiikkaan sisältyvät tupakointirajoitukset ovat saaneet nuorison hyväksynnän. Tupakkatuotteiden ostoa rajoitettiin jo 1970-luvulla, jolloin myyntikielto koski alle 16-vuotiaita. Vuonna 1987 suuri enemmistö 14–18-vuotiaista hyväksyi alle 16-vuotiaille suunnatun myyntikiellon. Kun myynti-ikäraja vuonna 1995 nostettiin 18 vuoteen, uuden kiellon hyväksyi aluksi vain 66 %. Tämän jälkeen tilanne on ratkaisevasti muuttunut. Nyt kiellon hyväksyy yhdeksän kymmenestä 14–18-vuotiaasta ja 12-vuotiaista lähes kaikki. Merkittävää on, että omaan ikäryhmään kohdistuva kielto hyväksytään lähes yksimielisesti. (Rimpelä ym. 2005.)

Vuonna 1997 valtaosa 14–18-vuotiaista nuorista katsoi, että tupakoimattomille tulisi järjestää savuttomia tiloja kahviloissa, baareissa ja ravintoloissa. Tupakansavua näissä tiloissa rajoitettiinkin vuodesta 2000 alkaen. Kevään 2005 tutkimuksessa nuoret olivat valmiita tiukempiinkin rajoituksiin, jopa täydelliseen savuttomuuteen. 14–18-vuotiaista 62 % ja 12-vuotiaista lähes kaikki ovatkin samaa mieltä väittämän kanssa ”Kahviloiden, baarien ja ravintoloiden tulee olla savuttomia”. (Rimpelä ym. 2005.)

Nuorten myönteinen suhtautuminen savuttomuuteen voidaan yhdistää myös yleisemmin koko yhteiskunnassa käytyyn keskustelun savuttomuudesta ja tupakoinnin haitoista. Terveiden suojelun kannalta merkittävää on toisen henkilön tuottama tupakansavu, jota muut joutuvat hengittämään, niin sanottu passiivinen tai pakkotupakointi. Myös tupakansavuisissa tiloissa oleskelevien nuorten osuus on vähentynyt merkittävästi. (Rimpelä ym. 2005.)

Eri tutkimusten (Rimpelä ym. 1998; Rimpelä ym. 2005) valossa vaikuttaa siis siltä, että sekä tupakoinnin, alkoholin käytön että huumeiden osalta trendit ovat varhaisnuorten keskuudessa samansuuntaiset, laskevat.

12.4 Kansallinen päihde-ehkäisy ja strategiat

Kansallisissa ohjelmissa päihdehaittoja ehkäisevää työtä sekä koko palvelujärjestelmää ohjataan vastaamaan Suomen päihdetilannetta. Ohjelmien perusteella palvelujärjestelmän on oltava kunnossa sekä peruspalveluiden että erityispalveluiden osalta. Ohjelmissa painotetaan ja tuetaan erityisesti paikallisten vaikutusmahdollisuuksien hyväksikäyttöä päihdeiden aiheuttamien haittojen ehkäisemisessä. Nykyisen hallitusohjelman tavoitteena on ehkäistä ja torjua päihdeiden aiheuttamat sosiaali- ja terveystaloudelliset haitat sekä valtakunnallisin että paikallisin toimin. 2000-luvulla valmistuneissa ohjelmissa korostetaan, että haittojen ehkäisy ja hoitaminen edellyttävät valtionhallinnon, kunnallishallinnon, kansalaisjärjestöjen ja elinkeinoelämän sekä kansalaisten panosta. (Romppanen 2005.)

Ohjelman mukaan ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilö, päihdetyötä kokonaisuutena tarkasteleva poikkihallinnollinen työryhmä ja paikallinen päihdestrategia muodostavat ehkäisevän päihdetyön koordinoinnin perusrakenteet kunnassa. Uusin huumausainepolitiikan peruslinjasta vastaava ohjelma Huumausainepoliittinen toimenpideohjelma vuosille 2004–2007 valmistui vuonna 2004. Ohjelman toimenpiteet liittyvät muun muassa huumausainepolitiikan koordinointiin, huumausaineiden kysynnän ja tarjonnan vähentämiseen sekä huumausaineiden aiheuttamien haittojen lieventämiseen. Ohjelmaa edelsi muun muassa vuoden 1999 Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepolitiikasta, vuonna 2003 julkaistu Toimenpideohjelma huumausainepolitiikan tehostamiseksi vuosille 2001–2003, vuoden 2000 Nuorten huumeiden käytön ehkäisytoimikunnan mietintö ja vuoden 1997 Huumausainestrategia. Ohjelmissa on muun muassa asetettu tavoitteet huumausaineista aiheutuvien haittojen ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. Huumausainepoliittisen toimenpideohjelman mukaan työmenetelmiä kehitetään ja kentän osallistumista strategia- ja ohjelmatyöhön vahvistetaan erityisen kehittäjäverkoston avulla.

Valtakunnallisten ohjelmien suositusten lisäksi kunnan päihdetyötä ohjaa lainsäädäntö. Päihdehuoltolaissa todetaan, että päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Muita kunnan päihdetyöhön vaikuttavia säädöksiä ovat muun muassa alkoholilaki, päihdehuoltoasetus, sosiaalihuoltolaki, sosiaalihuoltoasetus, lastensuojelulaki, lastensuojeluasetus, mielenterveyslaki, mielenterveysasetus, rikoslaki, laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi sekä asetus toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi. Kunnan huumausainepolitiikkaa ohjaavat erityisesti huumausainelaki ja huumausaineasetus sekä niiden taustalla olevat kansainväliset sopimukset. (Romppanen 2005.)

Päihdehoidossa käytetään erilaisia hoitomenetelmiä. Eri menetelmien vaikuttavuudesta on tehty arvioita muun muassa Duodecimin Käypä hoito -suosituksissa sekä alkoholin käyttäjien hoidon että huumeiden käyttäjien hoidon osalta. Myös hyvien käytäntöjen kuvauksista saa tietoa toimivista työmenetelmistä. (Romppanen 2005.) Hoitomuodot on suunnattu kaikille huumeongelmallisille, mutta niiden puitteissa pyritään räätälöimään alaikäisille sopivia ratkaisuja.

12.5 Lopuksi

Päihdetilanne varhaisnuorten keskuudessa vaikuttaa Suomessa kehittyneen viime vuosina parempaan suuntaan. Kaikkien päihteiden osalta trendi on laskeva. Myös suhtautuminen eri päihteisiin on hyvin kielteisistä. Näiltä osin kehitys varhaisnuorten keskuudessa on positiivinen. Suomen kohdalla alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö on edelleen yleistä muuhun Eurooppaan verrattuna. Huumeiden kohdalla tilanne on myös rauhoittunut 1990-luvun kasvun jälkeen. Suomessa kovat huumausaineet eivät ole saaneet jalansijaa varhaisnuorten keskuudessa, ja tämä on osaltaan estänyt vakavia huumeongelmia ikäryhmässä. Tämän trendin arvellaan jatkuvan, joten alkoholi lienee myös jatkossa suurin ongelma-alue varhaisnuorten keskuudessa.

Alaikäiset ovat yksi erityinen kohderyhmä hoitojärjestelmän kehittämisessä. Hoidon hankaluutena on erityisesti sen suuri vaihtelu maantieteellisen sijainnin mukaan. Myös hoitojärjestelmän rakenteen katsotaan olevan vielä puutteellinen alaikäisten kohdalla.

13 Kokaiini Suomessa

Mikko Salasuo

Kokaiinin käyttö ja siitä aiheutuvat ongelmat ovat lisääntyneet Euroopassa vuosituhaten taitteesta saakka. EU:n huumeviraston mukaan kokaiinista on tullut tärkeä tekijä myös Euroopan huumemarkkinoilla. EMCDDA arvioi, että noin 9 miljoonaa eurooppalaista (3 % kaikista aikuisista) on käyttänyt kokaiinia ainakin kerran elämässään. Käyttäjät ovat pääosin nuoria, 15–34-vuotiaita aikuisia, etenkin nuoria miehiä ja kaupunkilaisia. (EMCDDA 2005.) Kokaiinin käyttö vaihtelee huomattavasti eri maissa. Suomi kuuluu niihin maihin, joissa kokaiini on edelleen hyvin harvoin tavattu, marginaalinen ja elitistinen huume. Kaikki olemassa olevat indikaattorit (väestökyselyt, takavarikkotilastot, hoitotilastot ja laadulliset tutkimukset) viittaavat siihen, että käyttö ja siitä aiheutuvat haitat ovat edelleen Suomessa hyvin vähäisiä. (vrt. Hakkarainen & Metso 2003; Rikollisuustilanne 2005.)

Crack-kokaiinia ei ole Suomessa tavattu lainkaan. Aineen kokeilusta tai käytöstä ei löydy merkkejä virallisista tilastoista tai laadullisista tutkimuksista (mm. Perälä 2002; KRP 2006b). Crack-kokaiinin maine on suomalaisten käyttäjien piirissä erittäin huono ja sen leviämistä Suomen huumemarkkinoille voidaan pitää hyvin epätodennäköisenä. Tässä luvussa keskitytään erityisesti jauhemaisena esiintyvään nuuskattavaan kokaiiniin, joka on aineen selvästi yleisin käyttömuoto Suomessa. Myös suonensisäistä käyttöä on ilmennyt joinakin vuosina hoitotilastoissa, mutta se on erittäin harvinaista (vrt. Hakkarainen & Metso 2003; 2005).

13.1 Käytön yleisyys

Viimeisimmät väestökyselyt (Hakkarainen & Metso 2003, 2005) osoittavat kokaiinin käytössä tapahtuneen hyvin lievää kasvua, mutta kasvulla ei voida katsoa olevan tilastollista merkitystä. Kokeilu ja käyttö painottuvat 20–29-vuotiaiden ikäryhmään. Heistä runsaat 2 % kertoi kokeilleensa tai käyttäneensä sitä joskus elämässään. Muissa ikäryhmissä käyttöä ei juuri ilmene.

Laadullisten tutkimusten (Seppälä 2001; Salasuo 2004a) perusteella voidaan arvella käytön keskittyvän lähes kokonaan suuriin kaupunkiin ja olevan voimakkaasti sidoksissa nuorten aikuisten juhlimiseen ja vapaa-ajan viettoon. Kokaiinia käyttävä ryhmä edustaa ikäluokkansa sosioekonomista eliittiä ja käyttö on luonteeltaan hyvin satunnaista. Koko väestötason näkökulmasta kyseessä on siis hyvin tiukasti rajautuva huumausaineiden käyttö.

Tilanteissa, joissa kokaiinia käytetään, esiintyy yleensä myös muiden laittomien päihteiden, kuten kannabiksen, ekstaasin ja amfetamiinin, sekä alkoholin käyttöä. Tyypillisiä käyttötilanteita ovat yksittäiset bileet ja juhliminen, joissa alkoholin käytön lomassa myös kokaiini on mukana kuvioissa (Salasuo 2004a). Kokaiinin käyttö lomittuu osaksi Suomessa yleistä päihteiden sekakäyttöä. Viimeisimmän väestökyselyn mukaan (Hakkarainen & Metso 2005) useiden eri aineiden käyttäjistä 45 %:lla oli kokemuksia kokaiinista.

Olemassa olevien tilastojen pohjalta ei ole mahdollista määritellä tarkasti kokaiinin käytön sukupuolista tai sukupuolittaista jakaumaa Suomessa. Näiltä osin voidaan käytön yleisyyttä verrata muihin stimulantteihin, kuten amfetamiiniin ja ekstaasiin,

joissa käyttö painottuu selvästi 20–29-vuotiaiden ikäryhmään ja miesten käyttö on noin puolet naisia yleisempää. Kvalitatiiviset havainnot tukevat tulkintaa kokaiinin keskittymisestä edellä mainittuun ikäryhmään ja sen sukupuolittaista jakautumista (ks. Salasuo 2004a).

Vähäisen käytön johdosta kokaiinin aiheuttamista terveyshaitoista ei ole erikseen raportoitu hoitopaikkatutkimuksissa. Ongelmat liittyvät lähinnä yksittäisten käyttökertojen aiheuttamiin myrkytysoireisiin. Muut tapaukset ovat sen verran yksittäisiä, ettei niistä löydy mainintoja raporteissa. Kokaiini on ollut tärkein löydös myrkytyskuolemissa seuraavasti: 1 tapaus vuonna 2005 (alustava tieto), 2 tapaus vuonna 2004, 0 tapaus vuonna 2003, 2 tapaus vuonna 2002, 1 tapaus vuonna 2001 ja 1 tapaus vuonna 2000. (Oikeuslääketieteen laitos 2006.)

13.2 Haittojen vähentäminen

Suomessa on käytössä useita eri paikkoja, joihin kokeilijat tai käyttäjät voivat olla yhteydessä ongelmatapauksissa. Tärkeimpänä tietoväylänä toimii maan laajuisesti toimiva Myrkytyskeskus. Lisäksi yksittäiset järjestöt ylläpitävät päivystäviä puhelinpalveluja huumeongelmallisille. Näitä ei ole erikseen kohdennettu ainekohtaisesti ja toiminta perustuu koulutettujen vapaaehtoisten työhön.

Keskeisenä tiedonlähteenä käyttäjille toimii internet. Suomessa järjestöjen ylläpitämä telematintainen päihdetyö on erittäin edistyskäsittistä ja esimerkiksi osoitteesta www.paihdelinkki.fi löytyy hyvin yksityiskohtaista tietoa aineista ja niiden haitoista. Samoilta sivustoilta löytyy myös tietoja hoitopaikoista. Myös yksittäiset järjestöt, kuten Youth Against Drugs, jakavat juhlissa esitteitä, joissa kokaiinin käytön riskit ja haitat ovat yhtenä teemana. Yleisesti voidaan todeta, että ainekohtaista tietoa on hyvin saatavilla (Salasuo 2004b). Käytön aiheuttaessa ongelmia hakeutuvat käyttäjät pääasiassa sairaalahoitoon. Suuremmissa kaupungeissa on myös huumeaineisiin erikoistuneet ympärivuorokautiset toimipisteet. Niissä kokaiinin ilmeneminen hoitoon tulon syynä on hyvin harvinaista. Esimerkiksi vuonna 2006 ei ole raportoitu yhtään tapaus (Kurvin huumeepoliklinikka 2006).

13.3 Kokaiini ja lainvalvontaviranomaiset

Kokaiinin osalta ei lainvalvontaviranomaisilla ole erityisiä kohdennettuja toimenpiteitä. Kokaiinikaupan ja salakuljetuksen valvonta kytkeytyy yhteen muun huumeaineerikollisuuden torjunnan kanssa. Kokaiinin takavarikkomäärät ja tapaukset ovat pysyneet vähäisinä 1990-luvun lopulta saakka. Takavarikoidun kokaiinin määrä on pysytellyt alle kahdessa kilogrammassa muutamia poikkeusvuosia lukuun ottamatta ja takavarikoiden määrä on vaihdellut noin 50–80 välillä (KRP 2006a).

Kokaiinin laatu tai puhtaus on ollut 59–74 %:n välillä. Aineen hinnan arvioidaan olevan 60–100 euroa/g katukaupassa (KRP 2006a). Aktiiviset juhlijat kertovat grammahintojen kaduilla ja ravintoloissa liikkuvan 100–150 eurossa. Korkea hinta määrittää osin käytön ja käyttäjien profiilia (vrt. EMCDDA 2005).

13.4 Lopuksi

Kokaiinin käytön voidaan katsoa olevan Suomessa melko vähäinen ongelma. Stimulanttien huumausaineiden osalta amfetamiini ja ekstaasi dominoivat markkinoita. Niiden hinta on selvästi alhaisempi ja saatavuus parempaa. Kokaiinin käyttö rajoittuukin hyvin pienen joukon eksklusiiviseksi huvitteluksi. Käytön satunnainen luonne aiheuttaa suhteellisen vähän terveyshaittoja, eikä niistä ole tästä syytä eritelty erilaisissa tilastoissa. Crack-kokaiinia ei Suomessa ole havaittu lainkaan, eikä sen arvella tänne rantautuvankaan. Amfetamiini ja korvaushoidossa käytettävä buprenorfiini muodostavat ongelmakäytön ytimen. Kokaiinia ilmenee lähes ainoastaan viihdekäyttäjien piirissä. Näiltä osin aineen hinnassa tapahtuvilla muutoksilla lienee merkittävä vaikutus sen käytön yleisyyteen Suomessa.

14 Huumeet liikenteessä

Pirjo Lillsunde

Liikenneturvallisuusriskit ja päihderiippuvuus ovat kansanterveysongelmia (European Commission 2001). Päihteet ja liikenne on nostettu tärkeälle sijalle EU:n huumeepoliittisessa toimintaohjelmassa (Council of the European Union 2004; 2005a; 2005b). Liikenteen päihdevalvonta on Suomessa kattavaa moniin muihin maihin verrattuna. Poliisi puhalluttaa ratsioissa noin 1,5–2 miljoonaa kuljettajaa vuosittain⁵⁷ ja kiinnittää samalla enenevässä määrin huomiota huumeiden käytön ulkoisten merkkien tunnistamiseen.

Suomen kansallisessa liikenneturvallisuusohjelmassa (LVM 2005, 2006) visiona on, että kenenkään ei tarvitse kuolla tai loukkaantua vakavasti liikenteessä. Tavoitteena on siis vähentää tieliikenteessä kuolleiden ja vakavasti loukkaantuneiden määrää. Vuoteen 2010 mennessä tieliikennekuolemien lukumäärä pyritään alentamaan nykyisestä 7,2 uhrista sataatuhatta asukasta kohti 4,7 uhriin sataatuhatta asukasta kohti ja vuoteen 2025 mennessä 1,9 uhriin sataatuhatta asukasta kohti. Turvallisuus ja terveys ovat liikennepolitiikan tärkeimpiä tavoitteita.

Suomen kansallisessa huumeohjelmassa vuosille 2004–2007 (STM 2004) todetaan, että ”liikenneturvallisuuteen liittyvän huumeiden käytön seuranta kehitetään sekä kansainvälisenä yhteistyönä että muun muassa poliisin sekä liikenne- ja viestintäministeriön kanssa”. Huumeohjelmassa korostetaan huumeongelmien mahdollisimman varhaista tunnistamista ja hoitoa sekä painotetaan huumausaineiden käyttöön liittyvissä ongelmissa koulutuksen merkitystä poliisille ja muille valvontaviranomaisille.

Epäiltyjen rattijuoppojen näytteet tutkitaan Suomessa keskitetysti Kansanterveyslaitoksessa. Kansanterveyslaitos on vahvistamassa päihteisiin liittyvää liikennetutkimusta tukien näin hallituksen liikenneturvallisuus-, alkoholi- ja huumeohjelmien toteutumista.

14.1 Lainsäädäntö

Liikennejuopumusta koskevat säännökset muuttuivat helmikuun 1. päivänä 2003 (Rikoslaki 23 luku: 3§, 4§, 5§, 12§). Moottoriajoneuvon kuljettaja syyllistyy rattijuopumukseen myös silloin, kun hänen veressään ajon aikana tai sen jälkeen on huumaavaa ainetta tai sen aineenvaihduntatuotetta. Poikkeuksena edellä olevaan ovat lääkeaineet, joita kuljettajalla on ollut oikeus käyttää, kuitenkin niin, ettei hänen kykynsä liikenteen edellyttämiin tehtäviin ole huonontunut näiden aineiden käytön johdosta. (Lillsunde ym. 2003.)

Huumausaineilla tarkoitetaan huumausainelaisissa (1289/1993) tarkoitettuja huumausaineita. Muita huumaavia aineita ovat esimerkiksi tekniset liuottimet ja huumaavat kaasut. Tieliikennettä koskevissa rangaistussäännöksissä on kyse sellaisten huumausaineiden käytön estämisestä, joilla on jotain yhteyttä liikenneturvallisuuteen. Tutkimustiedon perusteella ei vielä ollut mahdollista asettaa laissa eri huumausaineille alkoholin promillerajojen tapaisia rajoja, jotka olisivat

⁵⁷ Suomen väkiluku on 5,2 miljoonaa.

yhteydessä eri aineiden mahdolliseen vaarallisuuteen liikenteen kannalta. Tämän vuoksi lakiin otettiin huumeiden osalta nollaraja. Toisaalta laitton huumausaineiden käyttö on jo sinällään huumausainerikos. Mikäli kuljettajaa rangaistaan huumausaineiden takia rattijuopumuksesta, samanaikaista huumeiden käyttörikosseuraamusta kuljettaja ei kuitenkaan saa.

Huumausaineiksi luokiteltavia lääkkeitä voidaan käyttää reseptinmukaisena lääkityksenä. Myös ilman lääkemääräystä myytäviä lääkevalmisteita, esimerkiksi yskänlääkkeitä, voidaan sallia käytettävän. Huumausaineita sisältäviä lääkkeitä voidaan hankkia ja käyttää laillisesti ja laittomasti. Nollarajan soveltamisen ulkopuolella on sellaisten lääkevalmisteiden käyttö, johon kuljettajalla on oikeus. Näidenkin lääkkeiden käyttö on rangaistavaa, jos se heikentää kuljettajan ajokykyä. Nollarajan soveltamisen ulkopuolelle jää myös ulkomailta laillisesti hankitun lääkevalmisteen käyttö, jos se ei heikennä ajokykyä.

Rattijuopumuksessa on kaksi tasoa: rattijuopumus ja törkeä rattijuopumus. Alkoholille rattijuopumuksen raja on vähintään 0,5 promillea alkoholia veressä tai vähintään 0,22 mg alkoholia litrassa uloshengitysilmaa. Vastaavat rajat törkeälle rattijuopumukselle ovat 1,2 promillea veressä ja 0,53 mg/l uloshengitysilmassa. Huumausaineille sovelletaan nollarajaa. Mikäli kuljettajalla on oikeus (lääkärin resepti) esimerkiksi huumausaineluokitukseen kuuluvien psykotrooppisten lääkeaineiden, kuten bentsodiatsepiinien käyttämiseen, ei sovelleta nollarajaa vaan arvioidaan, onko kuljettajan ajokyky ollut huonontunut bentsodiatsepiinien takia. Tieliikenne-rikosten tunnusmerkit ja päihdetutkimukset on esitetty taulukossa 9.

Törkeästä rattijuopumuksesta tuomitaan, mikäli kuljettaja on käyttänyt muuta huumaavaa ainetta kuin alkoholia tai tällaista ainetta ja alkoholia niin, että hänen kykynsä tehtävän vaatimiin suorituksiin on tuntuvasti huonontunut, ja olosuhteet ovat sellaiset, että rikos on omiaan aiheuttamaan vaaraa toisen turvallisuudelle.

Rattijuopumuslainsäädännön (RL 23 §) pääperiaatteet käsiteltäessä huumausaineita ja/tai lääkeaineita nauttineiden kuljettajien tapauksia ovat seuraavat:

Lainsäädäntö (RL 23:3–5§)

Perustana

- Nollarajalaki huumeille
- ”Ajokyky huonontunut” – laki lääkeaineille, joita on oikeus käyttää

Huumeet ja lääkkeet kuuluvat rattijuopumuslainsäädäntöön

- Kaksitasoinen: rattijuopumus ja törkeä rattijuopumus

Taulukko 9. Tieliikenne rikosten tunnusmerkit ja päihdetutkimukset

Rikos	Veren alkoholi-pitoisuus (‰)	Ulos-hengitys-ilman alkoholi-pitoisuus mg/l	Suorituskyky tehtävän vaatimiin suorituksiin	Olosuhteet ovat sellaiset, että	Toimenpide
Rattijuopumus					
Alkoholi	0,5	0,22			Tarkkuus-alkometri / verikoe
Muu huumaava aine kuin laillisesti hankittu / käytetty lääkeaine					Havainnointilomake, kliininen päihdetutkimus + veri- (ja virtsa)näyte
Laillisesti hankittu / käytetty lääkeaine			Huonontunut		Havainnointilomake, kliininen päihdetutkimus + veri- (ja virtsa)näyte
Alkoholi + lääkeaine, jota kuljettajalla on oikeus käyttää			Huonontunut		Havainnointilomake, kliininen päihdetutkimus + veri- (ja virtsa)näyte
Törkeä rattijuopumus					
Alkoholi	1,2	0,53		Omiaan aiheuttamaan vaaraa toisen turvallisuudelle	Tarkkuus-alkometri tai verikoe
Alkoholi	0,5	0,22	Tuntuvasti huonontunut	Omiaan aiheuttamaan vaaraa toisen turvallisuudelle	Havainnointilomake, kliininen päihdetutkimus sekä virtsa- ja verinäyte
Muu huumaava aine			Tuntuvasti huonontunut	Omiaan aiheuttamaan vaaraa toisen turvallisuudelle	Havainnointilomake, kliininen päihdetutkimus sekä virtsa- ja verinäyte
Alkoholi + muu huumaava aine			Tuntuvasti huonontunut	Omiaan aiheuttamaan vaaraa toisen turvallisuudelle	Havainnointilomake, kliininen päihdetutkimus sekä virtsa- ja verinäyte

Lähde: Lillsunde ym. 2003.

Lakimuutokseen johtaneita syitä

Ennen lakimuutosta poliisin oli kyettävä osoittamaan, että huumeita nauttineen kuljettajan ajokyky oli huumeiden takia heikentynyt. Lakimuutoksen jälkeen huumeikuljettajat ovat samassa asemassa kuin alkoholirattijuopot. Rajan ylittyessä kummankaan kohdalla ei tarvitse osoittaa ajokyvyn heikentyneen nautitun aineen takia.

Ajokyvyn huonontumisen osoittaminen oli hankalaa ja työlästä. Useat huumeikuljettajat jäivät oikeudessa tuomitsematta. Näytön osoittamisen vaikeus vaikutti alentavasti poliisin motivaatioon puuttua huumeikuljettajien ajoon. Samanaikaisesti huumeikuljettajien osuus liikenneonnettomuuksissa kasvoi. Nämä syyt johtivat lainsäädännön tarkistamiseen.

14.2 Päihteiden esiintyminen liikenteessä

Poliisi pyytää huumeitutkimuksia kuljettajilta, joita epäillään huumeiden käytöstä. Kuljettaja voi vaikuttaa päihtyneeltä, mutta puhalluskokeessa ei todeta alkoholia. Liikennetutkimusten ja liikenneturvallisuuden vaarantamisten yhteydessä poliisi tarkkailee mahdollisten päihteiden osuutta. Sivulliset tiellä liikkujat saattavat ilmoittaa kuljettajan päihteidenkäyttöepäilystään.

Rattijuopumukseen liittyvää tutkimusta, osaamista ja tietoa on keskitetty Suomessa Kansanterveyslaitokseen (KTL). Vuodesta 1977 alkaen KTL:ssä on tehty epäiltyjen rattijuopumustapausten laboratorioanalyysit ja annettu niihin liittyvät lausunnot sekä huolehdittu aineiston tilastoinnista ja arkistoinnista. Tarkkuusalkometrijärjestelmään siirryttäessä vuonna 1998 myös sen keskitetty laadunseuranta tuli KTL:n tehtäväksi.

Alkoholirattijuoppojen (veren alkoholipitoisuus yli 0,5 ‰) ja alkoholia maistelleiden (pitoisuus alle 0,5 ‰) osuutta liikennevirrassa on seurattu jo lähes 30 vuoden ajan säännöllisin ratsiatutkimuksin. Liikennevirrassa arviolta joka kuudessadas kuljettaja on alkoholirattijuoppo. Rattijuoppojen osuus liikennevirrassa on em. seurantajakson aikana vähentynyt, mutta maistelleiden osuus on lisääntynyt. Tienvarsiseulontaan soveltuvien luotettavien laitteiden puuttuessa huumeiden osalta vastaavaa tutkimusta ei ole tehty.

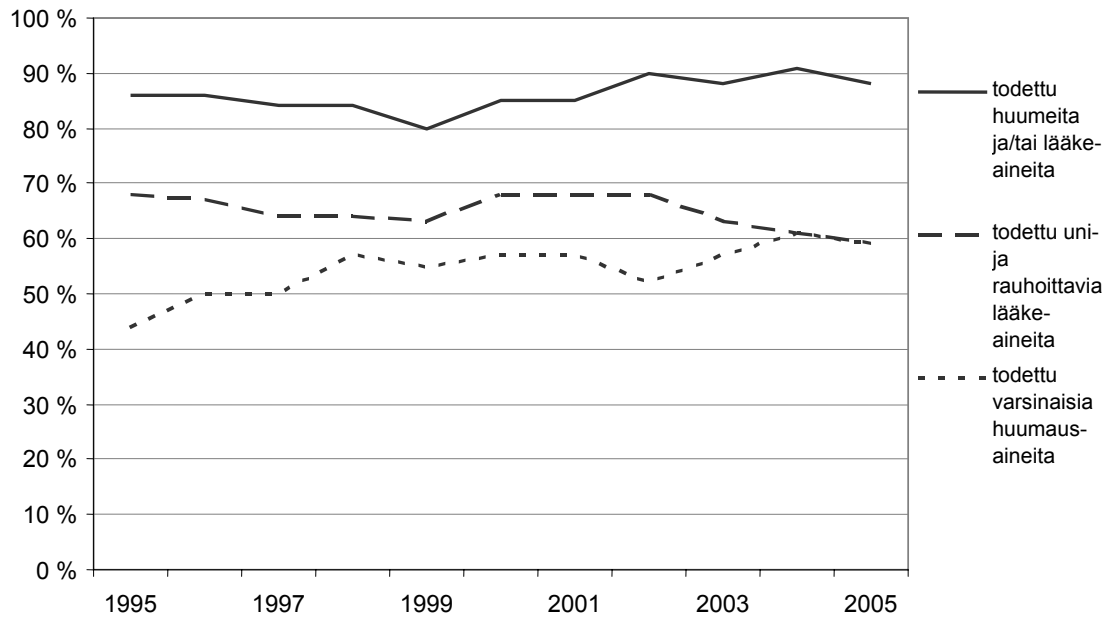
Poliisin vuonna 2005 lähettämät rattijuopumukseen liittyvät tutkimuspyynnöt jakoutuivat siten, että verinäytteitä alkoholitutkimusta varten tuli laboratorioon 11 546. Tarkkuusalkometrillä mitattujen hengitysilmanäytteiden määrä oli 14 628 ja epäiltyjä huumaus- ja lääkeainetapauksia tutkittiin 3 420. Rattijuopumuksesta epäiltyjä oli 1990-luvulle tultaessa vuosittain yli 30 000. Nyt määrä on tasaantunut noin 25 000:een. Huumaus- ja lääkeainetapausten määrä on ollut kasvussa vuodesta 2003 niin sanotun nollarajalin voimaantumisen jälkeen. Poliisin kuljettajilta pyytämien huumeitutkimusnäytteiden määrä on kaksinkertaistunut vuoteen 2006.

Tilastot epäillyistä huumerattijuopoista

Vuonna 2005 haitallisia lääkeaineita tai huumeita todettiin 3 008 tapauksessa eli 88 %:lla epäillyistä huumeikuljettajista (yhteensä 3 420). Useimmiten on tavattu uni- ja rauhoittavia lääkeaineita, bentsodiatsepiinejä (Kuvio 5). Näitä löytyi 2 010 epäillyltä huumeikuljettajalta eli 59 %:lta tutkituista. Varsinaisia laittomia huumausaineita todettiin 59 %:lla tutkituista eli 2 024 tapauksessa.

Vaikka valvonnassa kiinnijääneiden huumekuljettajien määrä näyttää aivan viime vuosina lisääntyneen, se ei tarkoita, että huumeongelma olisi pahentunut. Erityisesti nollarajalain voimaan tultua v. 2003 poliisin toiminta on tehostunut. Poliisin kyky tunnistaa huumekuljettaja on parantunut ja poliisin käyttöön on saatu huumeiden sylkipikatesteriä, jotka ovat helpottaneet erityisesti epävarmojen amfetamiinitapausten tunnistamista.

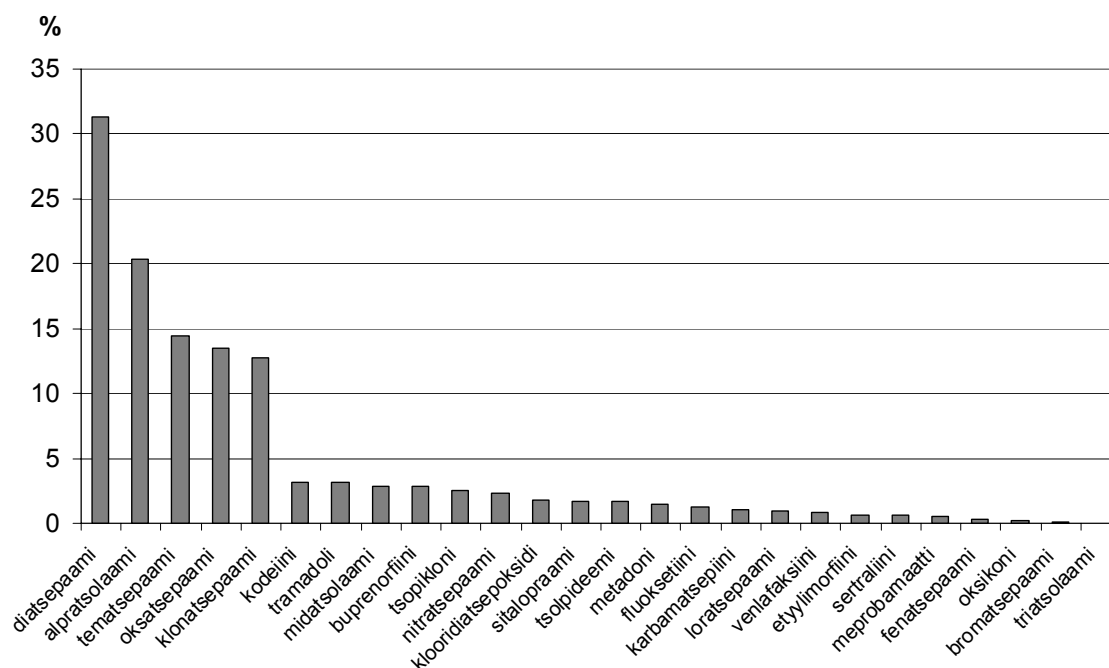
Kuvio 5. Epäillyiltä huumekuljettajilta todetut huumausaineet ja lääkeaineet vuosina 1995–2005



Lähde: KTL/Huumeutkimusyksikkö

Noin 90 % poliisin lähettämistä epäiltyjen huumekuljettajien näytteistä on sisältänyt liikenteelle haitallisia aineita. Tavallisimpia löydöksiä ovat olleet rauhoittavat lääkeaineet, mutta varsinaisten laittomien huumeiden osuus on viime vuosina kasvanut niiden kanssa samalle tasolle (Kuvio 6).

Kuvio 6. Tavallisimmat löydökset huumekuljettajilla vuonna 2005, %



Lähde: KTL/Huume tutkimusyksikkö

Nollarajahuumeet

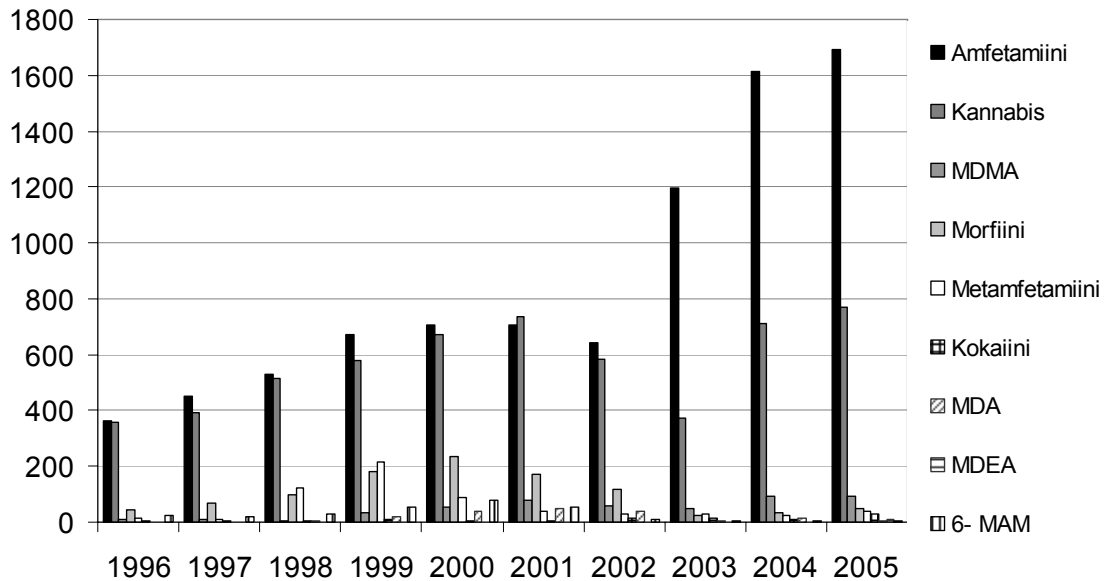
Ei tavanomaisessa lääkinnällisessä käytössä olevista, varsinaisista nollarajahuumeista amfetamiini on edelleen yleisimmin tavattu huume epäiltyjen rattijuoppojen keskuudessa (taulukko 10 ja kuvio 7). Toinen yleisesti tavattu huumausaine on kannabis. Uutena huumeena tavattiin ekstaasin kaltaista metyleenidioksietyyliamfetamiini MDEA:ta. Liikenteestä todettiin myös muutama gammahydroksibutyraattitapaus (GHB). Kokaiinitapausten lukumäärässä on nähtävissä pientä kasvua, mutta morfiini- ja heroiinilöydökset eivät ole enää lähelläkään vuosituhannen alun tasoa. Niin ikään metamfetamiinitapausten huippuvuosi ohitettiin vuonna 1999, kun joitain lähialueiden laittomia laboratorioita saatiin suljettua.

Taulukko 10. Varsinaisten huumausaineiden esiintyminen liikennejuopumustapauksissa vuosina 1996–2005.

Huumausaine	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Kannabis	358	390	514	580	670	737	584	374	709	768
Amfetamiini	364	453	528	670	705	706	644	1 199	1 614	1 690
Metamfetamiini	14	12	125	218	90	41	31	28	24	41
MDMA	8	10	7	32	56	78	58	47	95	91
MDA	0	1	5	19	39	51	39	4	13	5
MDEA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Morfiini/Heroiini	44	71	100	180	237	173	116	26	35	47
Heroiini	26	19	31	56	77	52	10	4	7	5
Kokaiini	3	4	4	11	4	7	16	15	12	27
GHB	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3

Lähde: KTL/Huume tutkimusyksikkö

Kuvio 7. Varsinaisten huumausaineiden esiintyminen epäillyissä huumaantuneena ajon tapauksissa vuonna 2005



Lähde: KTL/Huumeutkimusyksikkö

Lääkeaineet

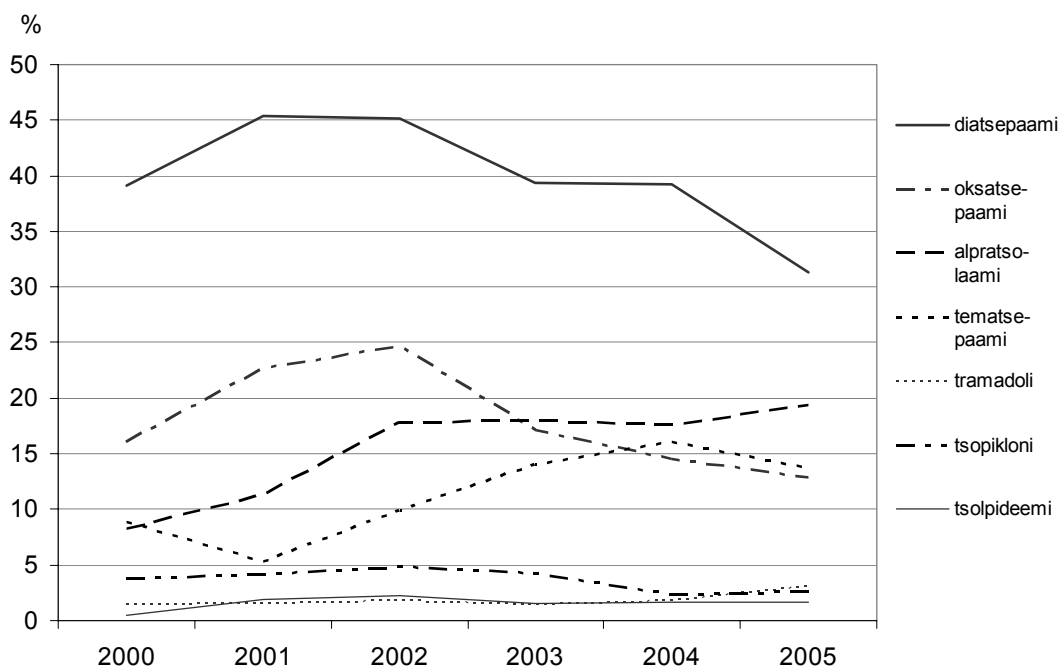
Osa yleisesti sairauksien hoitoon käytettävistä lääkeaineista voi heikentää liikenteessä suoriutumista. Liikenteessä haitalliset lääkeaineet (Lh-lääkkeet) on määritelty Lääkintöhallituksen yleiskirjeessä 1758/81 sekä Pharmaca Fennicassa. Liikennekelpoisuutta mahdollisesti heikentävien lääkeaineiden pakkaukset on merkitty punaisella varoituskolmiolla (ns. kolmiolääkkeet). Punaisella kolmiolla merkityjä, keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä ovat esimerkiksi uni- ja rauhoittavat lääkkeet, monet psykenlääkkeet sekä voimakkaat kipulääkkeet ja eräät antihistamiinit.

Vuonna 2005 epäiltyjen rattijuopumustapausten kokonaisnäytämäärä oli 3420. Tavallisimpia löydöksiä olivat diatsepaami, alpratsolaami, tematsepaami, oksatsepaami ja klonatsepaamilöydökset. Klonatsepaamilöydökset ovat lisääntyneet lähes viisinkertaiseksi vuoteen 2003 verrattuna. Klonatsepaamia tavataan enenevässä määrin varsinaisten huumausaineiden, esimerkiksi amfetamiinin kanssa yhdessä käytettynä. Fenatsepaami on bentsodiatsepiini johdannainen, joka ei ole lääkekäytössä Suomessa eikä se kuulu myöskään huumausaineluetteloon. Fenatsepaamia on kulkeutunut suomalaisille väärinkäyttäjille viime vuosina Venäjältä.

Buprenorfiini on löytänyt tiensä opiaattien käyttäjien keskuuteen, kun heroiniä on ollut huonosti saatavilla. Buprenorfiinia tavattiin noin sadan kuljettajan näytteistä vuonna 2005. Meprobamaattilöydösten lukumäärä on aikaisempina vuosina ollut olematon, mutta nyt nähtävissä on meprobamaattitapausten lisääntyminen.

Viime vuosien kehityksestä voidaan nähdä, että myös alpratsolaamin ja tematsepaamin suhteellinen osuus löydöksistä on lisääntynyt, kun taas diatsepaamin ja oksatsepaamin suhteellinen osuus on tutkituissa tapauksissa hieman vähentynyt (Kuvio 8).

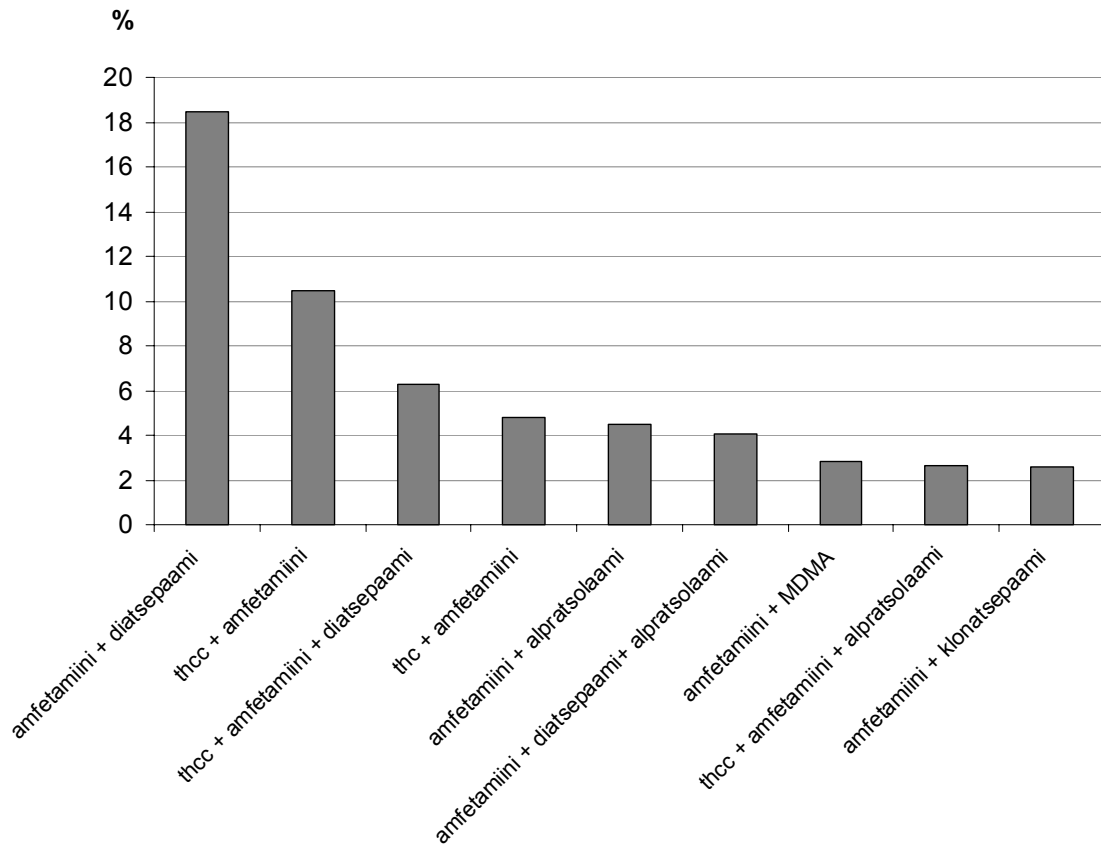
Kuvio 8. Uni- ja rauhoittavien lääkeaineiden esiintyminen epäillyissä huumaantuneena ajon tapauksissa 1996–2005



Lähde: KTL/Huume tutkimusyksikkö

Bentsodiatsepiineja tavataan usein yhdessä amfetamiinin ja kannabiksen kanssa. Erityisesti diatsepaamia, alpratsolaamia ja klonatsepaamia tavataan usein varsinaisten huumeiden kanssa (kuvio 9).

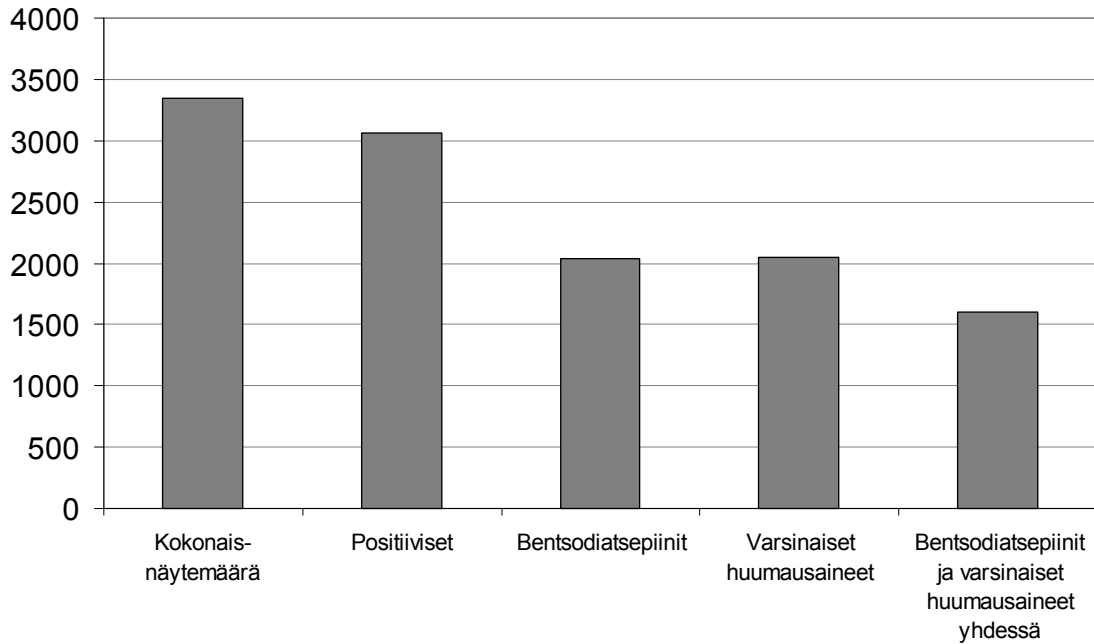
Kuvio 9. Amfetamiinin ja kannabiksen tavanomaiset sekakäyttöyhdistelmät (lkm) vuonna 2005



Lähde: KTL/Huumeutkimusyksikkö

79 %:ssa bentsodiatsepiinitapauksista todettiin samanaikaisesti laittomia huumeita. Kuvion 10 "positiivisten näytteiden määrä" –pylväs sisältää bentsodiatsepiinien ja varsinaisten huumeiden lisäksi myös muita liikenteelle haitallisia aineita. Osa todetuista bentsodiatsepiinipitoisuuksista ylittää reilusti tavanomaiset hoidolliset pitoisuustasot. Pääosin liikutaan kuitenkin tavanomaisissa hoidollisissa pitoisuuksissa.

Kuvio 10. Bentsodiatsepiinien ja varsinaisten huumausaineiden esiintyminen vuonna 2004.

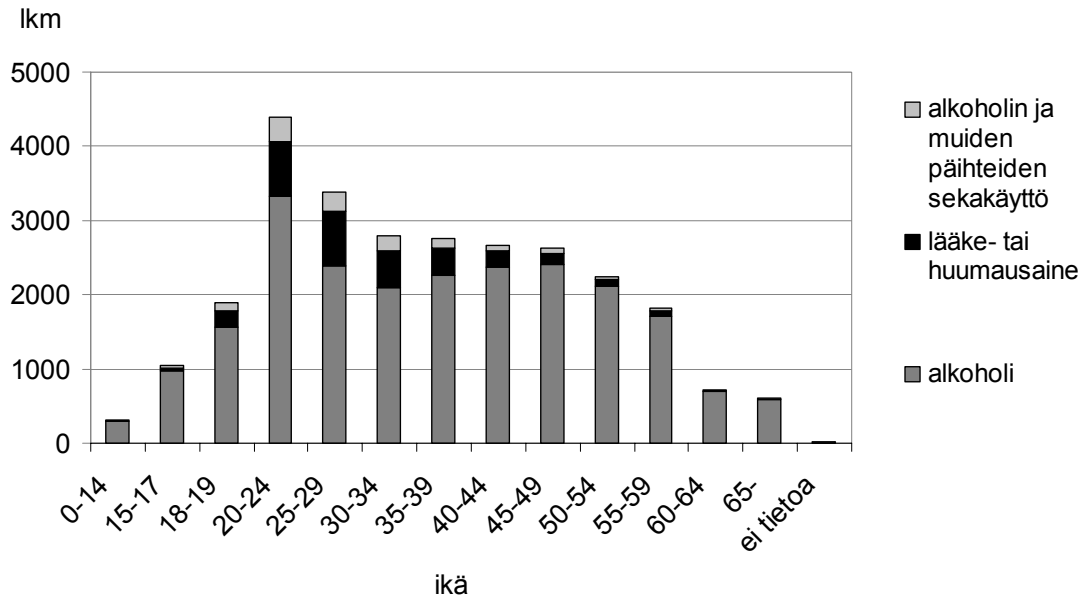


Lähde: KTL/Huumeutkimusyksikkö

Huumekuljettajan sukupuoli- ja ikäjakauma

Noin 90 % kaikista rattijuupoista on miehiä. Vuonna 2005 vain 7 % alkoholirattijuupoista oli naisia. Rattijuoppojen ikäpylväiden huippu osuu nuoriin, alle 30-vuotiaisiin (kuvio 11).

Kuvio 11. Epäiltyjen päihdekuljettajien ikäjakauma vuonna 2005



Lähde: KTL/Huume tutkimusyksikkö

Liikenneonnettomuudet

Suomessa liikennevakuutuksista korvataan noin 85 000 liikenneonnettomuutta vuodessa. Näissä tapauksissa ei yleensä tutkita huumeiden ja lääkkeiden osuutta. Liikenteessä loukkaantuneita on vakuutusyhtiöiden korvaamien liikenneonnettomuuksien mukaan noin 14 000 vuosittain. Suurimmassa osassa näistäkin tapauksista huumeiden ja lääkkeiden vaikutuksen alaisuus on jäänyt tutkimatta. Liikenteessä on kuollut hieman alle 400 henkilöä vuosittain. Kuolemaan johtaneen liikenneonnettomuusauton kuljettajista noin joka viides on ollut alkoholirattijuoppo. Huumeiden osuus on ollut selvästi pienempi: varsinaisia huumeita todettiin v. 2003 noin 3 %:lla (n=11) ja ajokykyyn vaikuttaneiden lääkkeiden alaisena ajoneuvoa kuljetti noin 6 % (n=26) kuljettajista kuolemaan johtaneissa liikenneonnettomuustapauksissa. Huumeita on kuitenkin tavattu enenevässä määrin yleensä onnettomuuskuljettajien keskuudessa viimeisten kymmenen vuoden aikana. Kuolemaan johtaneissa liikenneonnettomuustapauksissa tutkitaan aina huumeiden ja lääkkeiden osuus.

14.3 Epäiltyjen huumetapausten käsittely

Poliisin toiminta ja näytteenotto

Kun poliisi epäilee kuljettajan olevan huumeiden vaikutuksen alaisena, käytetään huumeiden ulkoisten tunnusmerkkien dokumentoimiseen havainnointilomaketta "huumeet/tieliikenne" (Dnro SM-2003-03116/Vi-3). Epäilty toimitetaan lääkärin kliiniseen päihdetutkimukseen, veri- (ja virtsa-) näytteenottoon ja huumelaboratoriosta pyydetään lausunto. Tarvittaessa hankitaan muitakin selvityksiä ja liitetään ne esitutkintapöytäkirjaan (kuviot 12 ja 13).

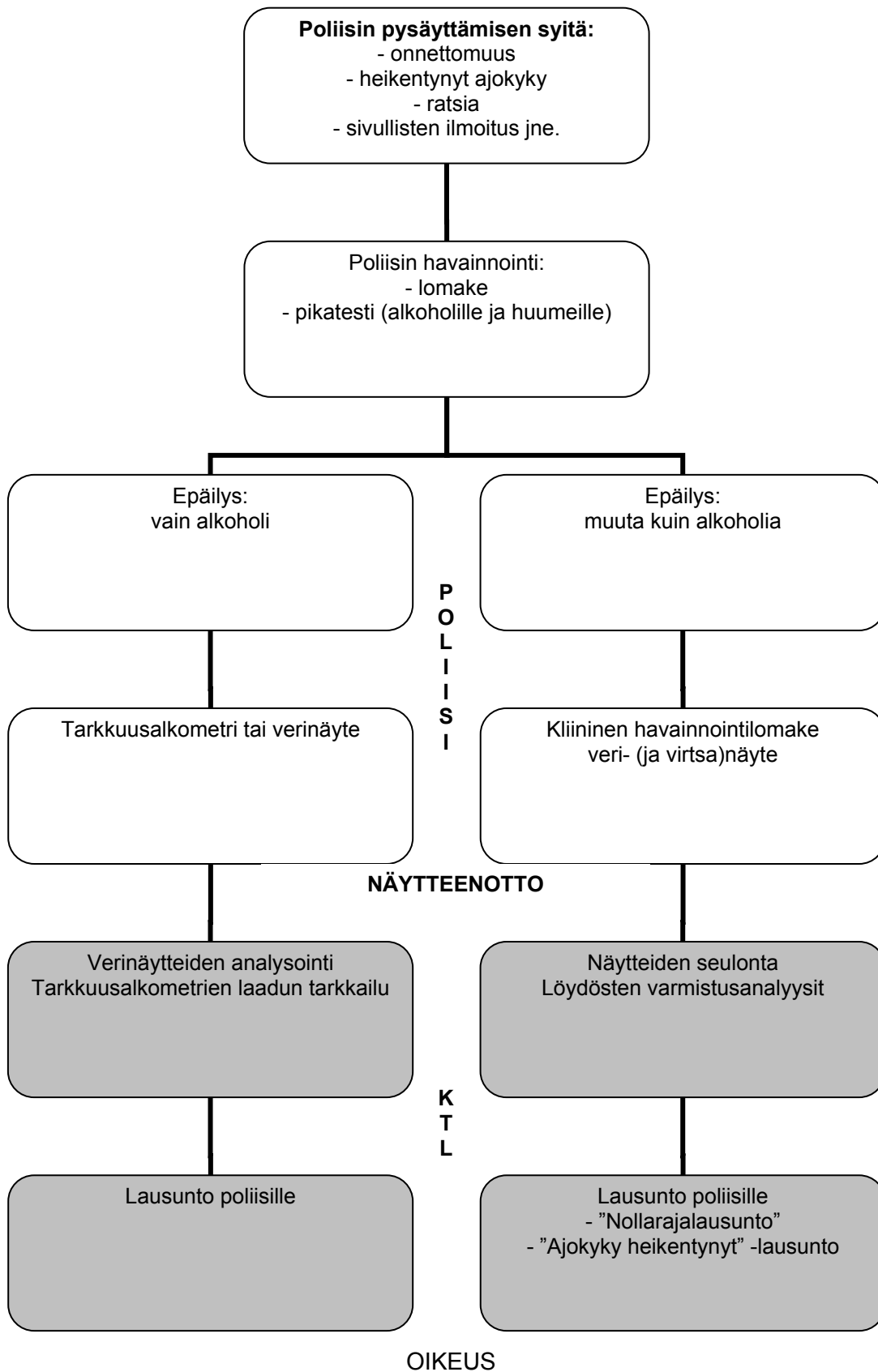
Alkometrillä suoritettavaan puhalluskokeeseen verrattava seulontamenetelmä on huumaavissa aineissa sylkitesti. Huumeiden käyttö liikennetutkimuksissa on todettava aina laboratoriotutkimuksin verinäytteestä. Pakkokeinolain 6 luvun 3 § mahdollistaa kuljettajan ajokunnon testaamisen seulontamenetelmällä (alkometri tai sylkitesteri) ilman, että kuljettajaa epäillään päihteiden vaikutuksen alaisena ajamisesta (SM:n ohje SM-2003-03114/Vi-3). Kokeesta kieltäytynyt on velvollinen alistumaan henkilönkatsastukseen. Henkilönkatsastus voidaan suorittaa rattijuopumuksesta epäillylle.

Seulonnasta saadun positiivisen kokeen jälkeen suoritetaan rikoksen varsinainen esitutkinta, jossa tarkkuusalkometrin, kliinisen päihdetutkimuksen tai verikokeen avulla määritetään, onko rattijuopumuksesta epäillyn henkilön uloshengitysilman tai veren alkoholi- tai huumausainepitoisuus ylittänyt rangaistavuuden kynnyksen. Tarkkuusalkometrikoetta sekä verinäytteen ottamista pidetään henkilönkatsastuksena (pakkokeinolaki 5. luku), joka edellyttää rikosepäilyä.

Huumeita käyttävät kuljettajat ovat usein syyllistyneet myös muihin rikoksiin. Tyypillisiä ovat huumausaine- ja liikenneriikosten lisäksi muun muassa erilaiset omaisuus- ja väkivaltarikokset. Tämän vuoksi huolellisella esitutkinnalla saattaa selvitä suurikin rikosvyyhti. Huumausaineita käyttävät kuljettajat voivat olla aseistautuneita ja pakenemista pysäytystilanteissa tapahtuu.

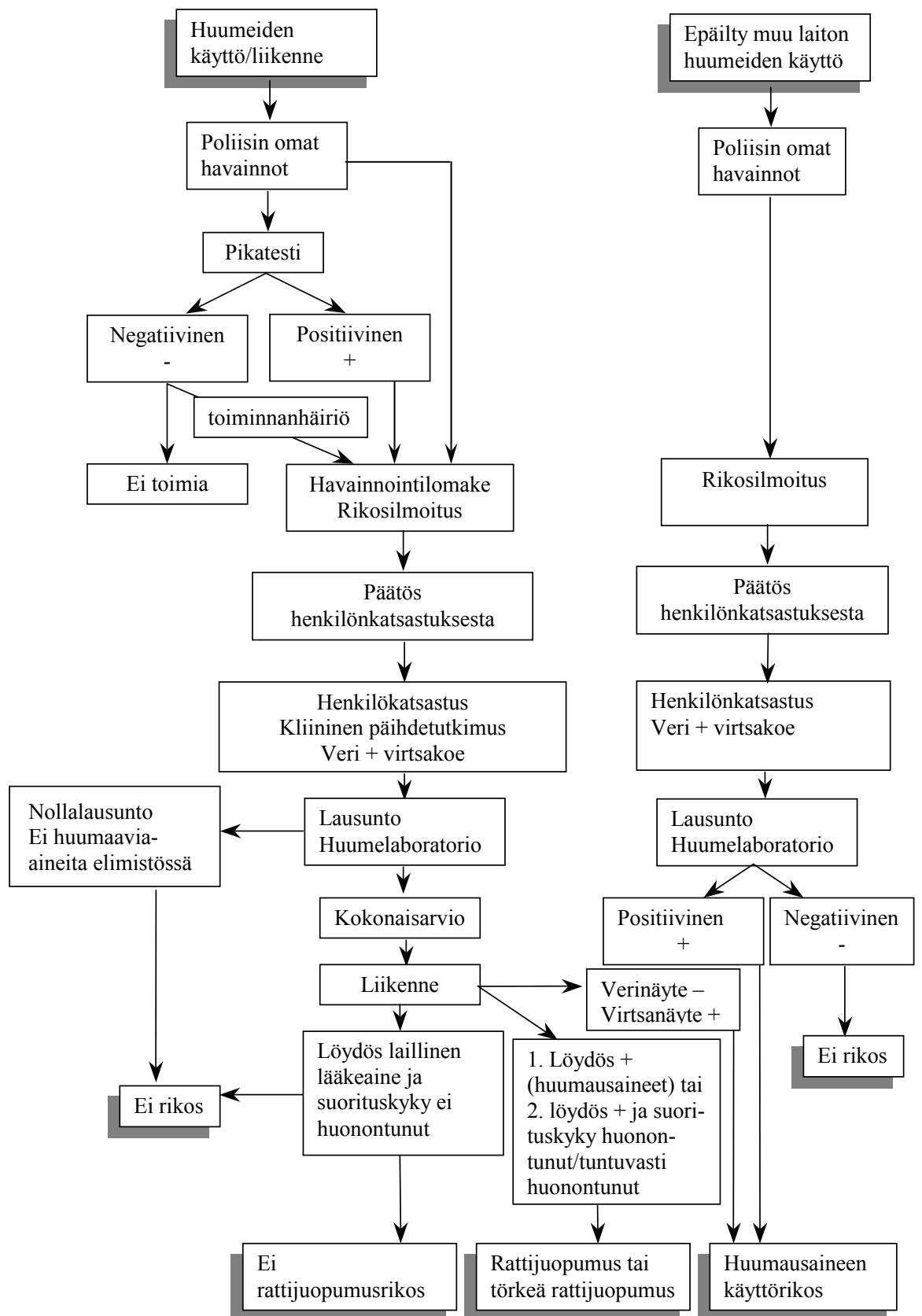
Vaikka henkilö ei syyllistyisi rattijuopumusrikokseen, hän voi syyllistyä huumausaineen käyttörikokseen (RL 50:2a §) tapauksissa, joissa verinäyte on ollut negatiivinen, mutta virtsanäyte positiivinen tai hän on epäillyn rattijuopumuksen yhteydessä pitänyt hallussaan omaa käyttöä varten vähäistä määrää huumausainetta (Kuvio 12). Käytäntö on, että huumausaineen käyttörikoksesta ei tuomita päällekkäisesti huumerattijuopumuksen kanssa.

Kuvio 12. Alkoholi- ja huumerattijuopumustapausten käsittely



Lähde: Lillsunde ym. 2003.

Kuvio 13. Menettelytavat huumeiden käyttötapauksissa



Lähde: Lillsunde ym. 2003.

Laboratoriotoiminta

KTL:n alkoholi- ja huumelaboratorion toiminta on arvioitu laatustandardin EN ISO/IEC 17025 mukaisesti. Oikeuskemialliset määrytykset tehdään akkreditoiduilla menetelmillä. Menetelmien kehittämisessä on huomioitu lainsäädännölliset vaatimukset ja kansainväliset oikeuskemiallisten näytteiden käsittelyyn ja mittaamiseen liittyvät suositukset, sekä liikenteen päihdevalvonnan tarpeet.

Laboratorioanalyysien tulosten perusteella annetaan näytteistä tapauskohtainen asiantuntijalausunto, jonka allekirjoittajina ovat laboratoriotoiminnan asianmukaisuudesta vastaava kemisti sekä lääkeaineiden ja korkeiden huumausainepitoisuuksien osalta myös asiantuntijalääkäri. Lausunnon tyyppi määräytyy löydösten perusteella.

Yhteistyössä ministeriöiden kanssa on kehitetty liikenteen päihdevalvonnan kokonaisjärjestelmää (esim. nollarajalaki, huumausaineiden pikatestaus). Poliisille on laadittu koulutusmateriaalia ja poliisia on koulutettu huumeiden käytön ulkoisten merkkien tunnistamiseen. Poliisin kanssa yhteistyössä toteutettavia merkittäviä hankkeita ovat muun muassa ”Alkoholi liikenteessä – Ratsiatutkimusta Uudellamaalla 25 vuoden ajan”, ”Tarkkuusalkometri autossa -projekti”, ”Rosita 2 EU–USA-projekti”, ”EU-tutkimushanke (DRUID)” sekä suunnitelmissa olevat rekisteritutkimukset, joilla pyritään kartoittamaan tilastollisin menetelmin rattijuopon elämänkaarta sekä määrittämään rattijuopumusriskin tunnistamista ja ennaltaehkäisyä. Osaan projekteista on saatu ulkopuolista rahoitusta esimerkiksi EU:lta.

Alkoholi- ja huumelaboratorion laboratoriotutkimusten löydökset ovat avainasemassa ratkaistaessa rattijuopumustapauksia oikeudessa. Analyysimenetelmien kehitys poliisin tarpeisiin on usean vuosikymmenen systemaattisen työn tulos. Liikenteelle haitallisten lääkeaineiden mittausalueet on asetettu siten, että ne kattavat pitoisuustasot, joilla kunkin lääkeaineen voidaan tutkimustiedon perusteella arvioida heikentävän liikennekelpoisuutta.

Laboratoriomenetelmät

Verinäytteiden alkoholipitoisuus (etanoli) määritetään kaasukromatografisella menetelmällä. Huumaus- ja lääkeainetutkimuksissa keskitytään varsinaisiin huumausaineisiin sekä liikenteelle haitallisiin lääkeaineisiin, eli tutkittavan psykomotoriseen suorituskyykyyn vaikuttaviin tai mahdollisesti vaikuttaviin lääkeaineisiin. Yhdisteryhmittäin karkeammalla tasolla tapahtuvan immunologisen seulonnan lisäksi jokaisesta näytteestä tehdään kaksi kaasukromatografis-massaspektrometrasta seulontamäärittystä, joiden avulla näytteistä seulotaan noin 75 liikenneturvallisuuden kannalta merkittävää yhdistettä. Massaspektrometrisen tunnistuksen avulla analyysien luotettavuus saadaan parhaalle mahdolliselle tasolle. Lisäksi erilaisten tunnistustekniikoiden käyttäminen lisää seulonnan kattavuutta, herkkyyttä ja kiistatonta todistusarvoa.

Huumausaineista määritetään amfetamiinit (amfetamiini, metamfetamiini sekä lukuisia niiden synteettisiä johdannaisia kuten ekstaasi), opiaatteja (heroiini, morfiini, buprenorfiini ja näiden aineenvaihduntatuotteita), kokaiini ja sen aineenvaihduntatuotteita, kannabinoidit (Δ^9 -THC ja sen aineenvaihduntatuotteita), sekä gamma-hydroksibutyraatti (GHB) ja LSD, mikäli näiden käytöstä on merkkejä.

Lisäksi rattijuopumustapauksista tutkitaan liikenteelle haitallisia lääkeaineryhmiä, joihin jokaiseen kuuluu useita eri yhdistettä. Näistä ryhmistä ensisijaisesti tutkittavia ovat

muun muassa uni- ja rauhoittavat lääkeaineet (bentsodiatsepiinit, tsopikloni, tsaleploni ja tsolpideemi), psykoosilääkkeet, masennuslääkkeet, epilepsialääkkeet sekä opiaattikorvaushoidon lääkkeet (buprenorfiini, metadoni).

Nollarajalausunnot huumausaineista

Nollarajalain tultua voimaan moottoriajoneuvon kuljettaja tuomitaan rattijuopumuksesta, jos hänen veressään on ajon aikana tai sen jälkeen huumausaineen vaikuttavaa ainetta tai sen aineenvaihduntatuotetta. Huumausaineella tarkoitetaan huumausainelain (1289/1993) tarkoittamaa huumausainetta. Kuitenkin huumeikäyttö ja lääkärin valvonnassa tapahtuva lääkekäyttö on erotettava, joten nollarajalausunto annetaan ainoastaan sellaisissa tapauksissa, kun laboratoriolöydöksenä on varsinaisiksi huumausaineiksi luokitellut aineet, joilla ei ole lääkinnällistä käyttöä (amfetamiini, metamfetamiini, MDMA, MDEA, MDA; tetrahydrokannabinoli [THC] tai sen vaikuttava aineenvaihduntatuote hydroksitetrahydrokannabinoli [THC-OH]; kokaiini tai sen aineenvaihduntatuote bentsoyylikogoniini; heroiinin aineenvaihduntatuote 6-asetyyliomorfiini [MAM]; LSD; GHB). Myös muut löydökset (esimerkiksi bentsodiatsepiinit), joiden pitoisuus ei ole korkea, ilmoitetaan lausunnossa sivulöydöksinä. Mikäli löydöksenä on lisäksi esimerkiksi korkea pitoisuus bentsodiatsepiinia, laaditaan lausunto liittyen korkeaan pitoisuuteen ja arvioidaan vaikutus suorituskyvystä liikenteessä.

Lausunnot lääkekäytössä olevista aineista

Nollarajaa ei sovelleta huumausaineiksi luokiteltaviin lääkevalmisteisiin, jos potilaalla on oikeus näiden käyttämiseen. Laboratorio ei voi tietää, onko kuljettajalla todetun lääkeaineen käyttöön oikeus. Siksi muista löydöksistä kirjoitetaan johtopäätöksellä varustettu lausunto, jos varsinaisia huumausainelöydöksiä ei ole. Kuitenkin kaikkien niiden löydösten perään, jotka ovat Lääkelaitoksen luettelossa huumausaineeksi luokiteltavista lääkeaineista, lisätään lausuntoon teksti: *Mikäli oikeutta edellä mainittujen lääkeaineiden käyttämiseen ei ole, voidaan soveltaa huumeiden nollarajaa (RL 23:3).* Johtopäätöksessä arvioidaan tutkittavasta todettujen lääkeainepitoisuuksien vaikutusta hänen suorituskykyynsä liikenteessä seuraavan kuusiportaisen asteikon mukaan:

Lääkkeen tai huumausaineen osalta poissulkevat:

1. On epätodennäköistä, että...
2. On jokseenkin epätodennäköistä, että...
3. Ei voida poissulkea, mutta ei myöskään vahvistaa

Lääkkeen tai huumausaineen osalta raskauttavat:

4. Ei voida poissulkea, että...
5. On jokseenkin todennäköistä, että...
6. On todennäköistä, että...

Lausunnon lopullinen johtopäätös ja luokitus pohjaa asiantuntijalääkärin arvioon, joka harkitaan aina tapauskohtaisesti.

Lausunnot nollarajahuumeista liittyen korkeaan pitoisuuteen

Kun nollarajalausunnon kyseessä ollessa löydöksenä on lisäksi korkea pitoisuus huumaus- tai lääkeainetta, laaditaan nollarajalausunto, johon liitetään lausunto liittyen korkeaan lääke- tai huumausainepitoisuuteen. Lausuntoon liittyy johtopäätös, eli arvio tutkittavasta todettujen huumaus- ja lääkeainepitoisuuksien vaikutuksesta kuljettajan suorituskykyyn liikenteessä. Tässäkin tapauksessa lausunnon lopullinen johtopäätös ja luokitus perustuvat asiantuntijalääkäriin arvioon, joka harkitaan aina tapauskohtaisesti.

14.4 Ennaltaehkäisy

Kansainvälisissä tutkimuksissa rattijuopumuksen tehokkaiksi ehkäisykeinoiksi on todettu poliisin toteuttamat valvontakampanjat, joissa eri puolella maata olevissa ajokunnan tarkastuspisteissä tarkkaillaan kuljettajien ajokykyä; kuljettajien satunnaispuhallutukset; pitoisuusrajan laskeminen ja ajoluvan peruutus määräajaksi. Näitä keinoja on käytetty myös Suomen huumevalvonnassa tieliikenteessä. Pitoisuusraja veressä laskettiin nollaan varsinaisten huumeiden osalta. Alkoholiamittavaan puhallustestin lisäksi poliisia on koulutettu tunnistamaan huumeita ulkoisten merkkien perusteella ja poliisin käyttöön on kehitetty ulkoisten tunnusmerkkien havainnointilomake. Kun epäily huumeiden käytöstä herää, poliisilla on oikeus käyttää tienvarsitestauksessa myös sylkitestereitä. Poliisi on tiedottanut näytävästi muun muassa liikennevalvontakampanjaviikoista ja huumetestien käyttönotosta.

Liikenteelle haitallisten lääkkeiden pakkaukset on Suomessa merkitty punaisin varoituskolmioin. Sekä lääkärin lääkkeitä määrätessään että apteekkihenkilökunnan lääkkeitä jakaessaan tulisi kertoa potilaalle lääkkeiden mahdollisesta liikennevaarallisuudesta. Apteekkeille on tuotettu tiedotusmateriaalia jaettavaksi potilaille lääkkeitä ja liikenteestä. Viime kädessä vastuu on kuitenkin kuljettajalla. Neuvoksi kuljettajille on annettu, että auton rattiin ei tule lähteä, jos tuntee väsymystä tai tokkuraa.

Ajo-oikeus, ajokelpoisuus, päihderiippuvuus ja hoitoonohjaus

Päihteiden vaikutuksen alaisena tieliikenteessä kiinnijääminen on usein ensimmäinen selvä merkki olemassa olevasta päihdeongelmasta. Suuri osa Suomen rattijuopoista kärsii riippuvuudesta ja kaksi kolmasosaa syyllistyykin rattijuopumukseen toistamiseen. Päihteiden suurkuluttajat ovat usein moniongelmaisia, jotka ovat muuta väestöä alttiimpia onnettomuuksille ja ennenaikaiselle kuolemalle. Mahdollisimman varhaisella päihdeongelmaan puuttumisella on myönteisiä terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia vaikutuksia. Päihderiippuvaisen huolellisen arvioinnin ja seurannan myötä voidaan ehkäistä päihderiippuvuutta ja siten myös päihteiden aiheuttamia liikennetapaturmia.

Suomessa 1.7.1996 voimaan tullut EU:n ajokorttidirektiivi (91/439/ETY) edellyttää, ettei ajokorttia saa antaa eikä uudistaa hakijoille tai kuljettajille, jotka ovat riippuvaisia alkoholista, huumeista tai lääkkeitä tai jotka eivät pysty olemaan ajamatta näiden aineiden vaikutuksen alaisena. Ajokortti voidaan palauttaa vasta, kun henkilö osoittaa olleensa raittiina määräajan. Direktiivin myötä on vahvistettu uudet lääkärintodistuslomakkeet, joihin on lisätty päihderiippuvuutta käsittelevät kohdat.

Vuoden 1999 alusta ohjeistoa on tarkennettu vastaamaan EU-direktiivin vaatimuksia. Poliisille on annettu sisäasiainministeriön ohje ”Päihderiippuvuus ja ajo-oikeus” (SM-2003-03220/Vi-3). Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut lääkäreille oppaan ”Päihderiippuvuuden arviointi ja ajokelpoisuus” (STM 1998).

15 Lähdeluettelo

- Ahlström, S., Metso, L. & Tuovinen, E. L. (2004). Suomalaisten nuorten päihteiden käyttö 1999 ja 2003. ESPAD-tutkimuksen taulukkoraportti. Aiheita 32/2004. Helsinki: Stakes.
- Anttila, A-H. & Kuussaari, K. (2005). The Normalisation of Drugs and Alcohol Use in Finnish Youth Magazines. Teoksessa Lalander, P. & Salasuo, M. (toim.). Drugs and Youth Cultures. Global and Local Expressions. Nad Publication No. 46. Helsinki: NAD, 167–183.
- Bothas, H. (2005). Lannistaako laki työpaikkojen testausinnostuksen? Teoksessa Raitasalo (toim.). Tommi 2005. Alkoholi- ja huumeetutkimuksen vuosikirja. Helsinki: Alkoholi- ja huumeetutkijain seura, 66–74.
- Council of the European Union (2004). EU Drugs Strategy (2005–2012). Cordroque 76, 14702/04.
- Council of the European Union (2005a). EU Drugs Action Plan (2005–2008). Cordroque 25, 8652/1/05.
- Council of the European Union (2005b). Communication of the Commission to the European Parliament and the Council on a EU Drugs Action Plan (2005–2008). Cordogue 10, 6464/05.
- Ellermaa, S., Turtiainen, S. & Seppälä, T. (2005). Päihteet liikenteessä ennen ja jälkeen nollarajalain. Lääkärilehti 60 (30–32), 2989–2994.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2005). Vuosiraportti 2005. Huumeongelma Euroopassa. Lissabon: EMCDDA.
- European Commission (2001). White Paper, European Transport Policy for 2010: Time to Decide. ks. <http://europa.eu.int>
- Forssén, T. (2005). Huumehoidon asiantuntijuuden rakentuminen päiväkeskuksessa. Stakes raportteja 1/2005. Helsinki: Stakes. Ks. <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/rap05/Ra1-2005.pdf> [21.8.2006]
- Färkkilä, M. (2005). C- ja B-hepatiitin uudet hoitolinjat. Suomen Lääkärilehti 12–13 (60), 1399–1406.
- Hakkarainen, P. & Metso, L. (2003) Huumeidenkäytön uusi sukupolvi. Yhteiskuntapolitiikka 3 (68), 244–256.
- Hakkarainen, P. & Metso, L. (2005) Märkä pilvi ja vuosi 2004. Yhteiskuntapolitiikka 3 (70), 252–265.
- Hakkarainen, P. & Metso, L. (2006). Nuorten huumeiden käyttö vähentynyt. Dialogi 7/2006, 36–37.

- Hakkarainen, P. & Tigerstedt, C. (2005). Korvaushoidon läpimurto Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 2 (70), 143–154.
- Halmeaho, M. & Nuorvala, Y. (2005). Korvaushoito niveltynyt hyvin Nurmijärven terveyskeskukseen. Tiimi 2/2005. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>
- Harju-Koskelin, O. (2006). Asiakkaiden moniongelmaisuus tuo haasteita korvaushoidon psykososiaaliseen kuntoutukseen. Tiimi 2/2006. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>
- HBSC (2003). Health Behaviour in School-aged Children. Ks. <http://www.hbsc.org>.
- Heikkilä K. (2005). Kiskot vievät. Arviointitutkimus yhteisöhoidosta huume klinikalla. Sosiologista keskustelua, B:42. Turku: Turun yliopisto.
- Heino, A. (2006). Julkaisematon yhteenveto terveysneuvontapalvelujen toiminnasta 2005. Stakes.
- Jokinen, P. (2005). Terveysneuvontapisteissä keskustellaan monista aiheista. Tiimi 2/2005. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>
- Jonsson, S. (2005). Alaikäiset päihteidenkäyttäjänä - varhaisen puuttumisen toimintamalli. Lääkärilehti 60 (23), 2619–2622.
- Kainulainen, H. (2006a). Seuraamuskäytäntö huumeaineiden käyttörikoksessa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 219. Helsinki. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (2006b). Päihde- ja dopingrikokset. Teoksessa Rikollisuustilanne 2005. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 220. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 153–165.
- Kaukonen, O. (2005). Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 3 (70), 311–322.
- Kivivuori, J. & Salmi, V. (2005). Nuorten rikoskäyttäytyminen 1995–2004. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitoksen julkaisuja 214. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Koskinen, T. & Puustinen, L. (2005). Miksi varusmiespalvelu keskeytyy? Seuranta Kuopion sotilasläänin alueella 1993–2003. Lääkärilehti 2 (60), 189–192.
- KTL (Kansanterveyslaitos) (2005). Hepatiittirokotukset yleisen rokotusohjelman osana. Kansanterveyslaitoksen suositus vuonna 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja C1/2005. Helsinki: KTL.
- KTL (Kansanterveyslaitos) (2006). Tartuntataudit Suomessa 2005. Kansanterveyslaitoksen tilastoja. Ks. http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/infe/julkaisut/tartuntataudit_suomessa_vuonna_2005/ [31.10.2006]
- Kriminaalihuoltolaitos & Vankeinhoitolaitos (2006). Vuosikertomus 2005. Helsinki: Kriminaalihuoltolaitos & Vankeinhoitolaitos. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/36093.htm> [21.8.2006]

KRP (Keskusrikospoliisi) (2006a). Huumausainerikollisuuden tila ja uhkat -raportti. Julkaisematon. Keskusrikospoliisin rikostietopalvelu.

KRP (Keskusrikospoliisi) (2006b). Huumerikostilastokooste.
[http://www.poliisi.fi/poliisi/krp/home.nsf/PFBD/505E2167A617C99BC22571340030910B/\\$file/huumerikostilastokooste_2006.xls?OpenElement](http://www.poliisi.fi/poliisi/krp/home.nsf/PFBD/505E2167A617C99BC22571340030910B/$file/huumerikostilastokooste_2006.xls?OpenElement) [2.10.2006]

Kumpulainen T. (2005). Koulutuksen määrälliset indikaattorit 2005. Helsinki: Opetushallitus.

Kurvin huumeepoliklinikka (2006). Ks. <http://www.hdl.fi/cgi-bin/linnea.pl?document=huumehoito> [2.10.2006]

Kuussaari, K. & Salonen, P. (2006). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2005. Tilastotiedote 11/2006. Helsinki: Stakes. Ks. <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Paihteet/Paihdehuollonhuumeasiakkaat.htm> [15.8.2006]

Lehti, M. & Sirén, R. (2006). Väkivaltarikokset ja alkoholi. Teoksessa Rikollisuustilanne 2005. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 220. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 251–261.

Leinikki, P. & Partanen, A. (2005). Terveysneuvontatoiminta tartuntatautien vähentämisessä. Kansanterveyslehti 4/2005. Ks. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2005/4_2005/ [16.8.2006]

Leino, T. (2005). Riskiryhmiin suunnattu hepatiitti B-rokotusohjelma onnistunut. Kansanterveyslehti 1/2005. Ks. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2005/1_2005/ [28.8.2006]

Lillsunde, P., Luntiala, H., Seppä, T., Gunnar, T. & Penttilä, A. (2003). Huumeet ja liikenne. Uudistettu ja täydennetty painos kirjasta "Huumausaineiden käytön tunnistaminen tieliikenteessä". Poliisiammattikorkeakoulun tiedotteita 28/2003. Helsinki: Poliisiammattikorkeakoulu.

Luopa, P., Pentikäinen, M. & Jokela, J. (2006). Nuorten elinolot, terveys ja terveystottumukset 1996–2005. Kouluterveyskysely 2005. Työpapereita 25/2006. Helsinki: Stakes. Ks. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T25-2006-VERKKO.pdf> [11.10.2006]

LVM (Liikenne- ja viestintäministeriö) (2005). Tieliikenteen turvallisuus 2006–2010. Liikenne- ja viestintäministeriön ohjelmia ja strategioita 8/2005. Helsinki: Liikenne- ja viestintäministeriö. Ks. www.mintc.fi/ohjelmiajastrategioita [3.9.2006]

LVM (Liikenne- ja viestintäministeriö) (2006). Valtioneuvoston periaatepäätös tieliikenteen turvallisuuden parantamisesta 9.3.2006. Ks. <http://www.mintc.fi/oliver/upl219-Periaatepaatos%209.pdf> [5.10.2006]

Lähteenmaa, J. (2004). Nuorisokulttuuri ja alkoholi 2000-luvun alun Suomessa: lievää käännettä humala- ja alkoholikielteisyyteen ja sen tulkintaa. Teoksessa Alho, H., Lindeman, J., Raitasalo, K. & Roine, R. (toim.). Tommi 2004. Alkoholi- ja huumeetutkimuksen vuosikirja. Helsinki: Alkoholi- ja huumeetutkijain seura.

Makkonen, T. (2005). Katko edellyttää jatkoa. Katkaisu- ja vieroitushoidon kehittäminen palvelutarpeen arvioinnin pohjalta. Sosiaalialan kehittämishanke, Sosiaali- ja terveysministeriö. Ks. <http://www.sosiaalihanke.fi/Resource.phx/sosiaalihanke/hankkeet/paihde/index.htx.i1317.doc> [4.9.2006]

Malin, K. (2006). Vertaistoinnilla vähennetään huumehaittoja. Yhteiskuntapolitiikka 71 (2), 197–203.

Malin, K., Holopainen, A. & Tourunen, J. (2006). "Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan". Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. Yhteiskuntapolitiikka 71 (3), 297–305.

Marttunen, M. & Salmi, V. (2005). Nuorisorikollisuus. Teoksessa Rikollisuustilanne 2005. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 220. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 168–188.

Metso, L. (2004). Erillisajo vuoden 2003 päihdetapauslaskennasta. Stakes.

Myllyniemi, S. (2006). Nuorisobarometri. Teoksessa Wilska, T-A (toim.). Uskon asia. Nuorisobarometri 2006. Opetusministeriö, Helsinki. 14–89.

Mäkelä, M., Nieminen, J. & Törmä, S. (2005). Hoito- ja palvelujärjestelmän kynnykset päihdeongelmaisten kannalta. Pikassos Oy & Sosiaalikehitys Oy, Helsinki. Ks. <http://www.sosiaalihanke.fi/Resource.phx/sosiaalihanke/hankkeet/paihde/index.htx.i1319.doc> [1.9.2006]

Natunen, S., Jallinoja, P., Helakorpi, S. & Uutela, A. (2006). Huumekontaktit ja mielipiteet huumeongelman vakavuudesta. Tutkimus työikäisistä suomalaisista. Yhteiskuntapolitiikka 71 (3), 250–258.

Niemi, H. (2006). Liikennerikokset. Teoksessa Rikollisuustilanne 2005. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 220. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 129–152.

Nuorvala, Y., Metso, L., Kaukonen, O. & Haavisto, K. (2004). Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauslaskennat 1987–2003. Yhteiskuntapolitiikka 69 (6), 608–618.

Obstbaum, Y. (2006). Brottslighet bland finskspråkiga och svenskspråkiga ungdomar. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 69. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.

Oikeuslääketieteen laitos (2006). Helsingin yliopisto. Julkaisematon tiedonanto 30.3.2006.

Partanen, P., Hakkarainen, P., Holmström, P., Kinnunen, A., Leinikki, P., Partanen, A., Seppälä, T., Välikki, J. & Virtanen, A. (2004). Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2002. Yhteiskuntapolitiikka 69 (3), 278–286.

Peitola, P. (2005). Arvioinnin soveltuvuus sosiaalityössä. Tapauksena realistinen arviointi huumeongelmaisen yksilökohtaisessa palveluohjauksessa. Työpapereita 4/2005. Helsinki: Stakes.

- Perälä, J. (2002) Hidasta ja nopeaa. Heroiinin ja amfetamiinin käytön etnografiaa. Teoksessa Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. (toim.). Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 68–109.
- Puro, P. (2005a). HIV-tartuntatautiriskien vähentäminen painopisteenä lähialueyhteistyössä. Kvartti 1/05. Ks. <http://www.hel2.fi/tietokeskus/kvartti/2005/HIV-tartuntariskien.pdf> [28.8.2006]
- Puro, P. (2005b). Monikulttuurisen huumeityön ulottuvuuksia. Kokemuksia venäjänkielisten maahanmuuttajien huumeongelmista ja niiden ratkaisumalleista. Teoksessa Raitasalo, K. (toim.). Tommi 2005. Alkoholi- ja huumeetutkimuksen vuosikirja. Helsinki: Alkoholi- ja huumeetutkijain seura.
- Puro, P. & Tuori, T. (2006). Minimisation of HIV Risks among Young Drug Users in St. Petersburg, Helsinki and Stockholm Project 2001–2004. A-Clinic Foundation Duplicate Series no 53. Helsinki: A-Clinic Foundation. Ks. http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/hiv_risks.pdf [28.8.2006]
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2005. Alkoholi ja huumeet. SVT/Sosiaaliturva. Helsinki: Stakes.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2006. Alkoholi ja huumeet. SVT/Sosiaaliturva. Helsinki: Stakes.
- Rahanpesun selvittelykeskus (2006). Vuosikertomus 2005. Ks. <http://www.intermin.fi/poliisi/krp/home.nsf/pages/47072F43985555E0C22571160025C4F?opendocument> [5.8.2006]
- Raitanen, M. (2005). Voitto kotiin. Tutkimus ennalta ehkäisevän päihdetyön Voitto kotiin -projektista. Helsinki: Nuorten Puolesta. Ks. http://www.nuorisotutkimusseura.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=107 [5.8.2006]
- Rajavartiolaitos (2005). Tiedote 10.3.2005. Ks. <http://www.rvl.fi/rvl/bulletin.nsf/PFBDArch/092BA519A4C807F5C2256FC00025B58D?opendocument> [6.8.2006]
- Rantala, K. (2004). Vankilasta vapautuvat huumeiden käyttäjät: sosiaalinen ongelma? Uusintarikollisuuden vähentäminen yksilökohtaisella työotteella ja verkostoituen. Tampereen huumeepilotin 4. raportti. Sosiaali- ja terveystoimen tutkimuksia 3/2004. Tampere: Tampereen kaupunki.
- Rantala, K., Salasuo, M. & Soikkeli, M. (2005). Experiences and Drama in Drug Education - From Indoctrination to Stimulation. Teoksessa Hoikkala, T., Hakkarainen, P. & Laine, S. (toim.). Beyond Health Literacy. Youth Cultures, Prevention and Policy. Helsinki: Finnish Youth Research Network, 253–274.
- Rantala, K., Salasuo, M. & Soikkeli, M. (2006). Näytelmät ja päihdeputket. Elämysten käytöstä ja väärinkäytöstä huumekasvatuksessa. Teoksessa Puuronen, A. (toim.). Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö. Tampere: Tampereen Yliopistopaino, 85–97.
- Renko, E. & Vuorinen, V. (2006). Ympäri vuorokautisen katkaisu- ja vieroitushoidon saatavuus elokuussa 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisematon raportti.

Rikollisuustilanne 2005 (2006). Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 220. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.

Rikosseuraamusvirasto (2004). Vankeinhoidon päihdestrategia vuosiksi 2005–2006. Ks. <http://www.vksv.oikeus.fi/15368.htm> [12.8.2006]

Rikosseuraamusvirasto (2006). Julkaisematon tiedonanto 21.8.2006.

Rimpelä, A., Rainio, S., Pere, L., Lintonen, T. & Rimpelä, M. (2005). Tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2005. Nuorten terveystapatutkimus 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:23, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Rimpelä, M., Luopa, P. & Jokela J. (1998). Kouluterveyskysely Helsingissä 1996 ja 1998. Muutokset nuorten koulukokemuksissa, terveydessä ja päihteiden käytössä. Kouluterveys 2002 –ohjelma, Stakes. Jyväskylän ja Tampereen yliopistojen terveystieteen laitokset.

Ristola, M. (2006). Huumeidenkäyttäjän infektiot - toivottomiako hoitaa ja ehkäistä? Duodecim 122 (8), 921–928.

Romppanen, P. (2005). Katsaus kuntien päihdestrategioihin. Raportteja 2/2005. Helsinki: Stakes. Ks. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/Ra2-2005.pdf> [25.10.2006]

Ruisniemi, A. (2006). Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. Acta Universitatis Tamperensis, 1150. Tampere: Tampere University Press.

Rönkä, S. (2006). Nuorten huumeiden käyttäjien puhuttelu. Huomioita käytännöstä. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 70. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.

Saari, M. & Vesterbacka, H. (2005). Nuorten talo -projektin (2002–2004) loppuraportti. A-klinikkasäätiön monistesarja 47/2005. Helsinki: A-klinikkasäätiö. Ks. http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkajulkaisut/nuorten_talo.pdf [21.8.2006]

Salasuo, M. (2004a). Huumeet ajankuvana. Huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa. Helsinki: Stakes.

Salasuo, M. (2004b). Ekstaasin käyttäjien terveyden lukutaito. Riskien ja haittojen tunnistaminen, ehkäisy ja vähentäminen. Nuorisotutkimus 22 (1), 30–42.

Salasuo, M. (2005). Huumeaallot sukupolvi-ilmiönä. Teoksessa Tommi 2005. Alkoholi- ja huumeetutkimuksen vuosikirja. Helsinki: Alkoholi- ja huumeetutkijain seura, 75–86.

Salminen, M. (2005). Ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteet. Todellista vaikuttavuutta tartuntatautiin ehkäisyyn. Kansanterveyslehti 3/2006. Ks. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_3_2006/ [28.8.2006]

Seppä, K. (2005). Päihteet ja ajokyky. Lääkärilehti 60 (25–26), 2811–2815.

Seppälä, P. (2001). Ravekulttuuri ja laittomat päihteet: yhteisöllisyyttä, etiikkaa ja identiteettiä. A-klinikkasäätiön raporttisarja 26/2001. Helsinki: A-klinikkasäätiö.

SM (Sisäasiainministeriö) (2004). Arjen turvaa. Sisäisen turvallisuuden ohjelma. Sisäasiainministeriön julkaisu 44/2004. Helsinki: Sisäasiainministeriö. Helsinki.

SM (Sisäasiainministeriö) (2005). Lääninhallitusten keskeiset arviot peruspalvelujen tilasta 2004. Sisäasiainministeriön julkaisu 19/2005. Helsinki: Sisäasiainministeriö. Ks. <http://www.intermin.fi/julkaisu/192005> [1.9.2006]

SM (Sisäasiainministeriö) (2006). Sisäasiainministeriön kertomus salaisten tiedonhankintakeinojen käytöstä vuodelta 2005. Ks. [http://www.intermin.fi/intermin/bulletin.nsf/attachments/4A2775B65BFD9E92C2256FE7002F8688/\\$file/ea_2004.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/bulletin.nsf/attachments/4A2775B65BFD9E92C2256FE7002F8688/$file/ea_2004.pdf) [21.8.2006]

Stakes (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) (2006a). Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Työryhmämuistio 25.1.2006. Työpapereita 3/2006. Helsinki: Stakes. Ks. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp3-2006-verkko.pdf> [4.9.2006]

Stakes (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) (2006b). Lastensuojelutilasto. Ks. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lapsuusiperhe/lastensuojelu.htm> [12.10.2006]

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (1998). Päihderiippuvuuden arviointi ja ajokelpoisuus. Opas lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 1998:6. Helsinki: STM.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2004). Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2004:1. Helsinki: STM.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2006a). Ehkäisevää huumetyötä nuorten työpaikoilla kehittävä hankkeen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:5. Helsinki: STM.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2006b). Huumausainepoliittikan kertomus vuodelta 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:54. Helsinki: STM.

Tammi, T. (2005). Discipline or contain? The struggle over the concept of harm reduction in the 1997 Drug Policy Committee in Finland. International Journal of Drug Policy 16 (6), 384–392.

Tullihallitus (2005). Tullin huumekoirat -esite. Ks. http://www.tulli.fi/fi/07_Tulli_tutuksi/07_Tullin_huumekoirat/Tullin_huumekoirat05.pdf [21.8.2006]

Tullilaboratorio (2005). Vuosikertomus. Ks. http://www.tulli.fi/fi/04_Julkaisut/08_Vuosikertomukset/tullilab_2005_fi.pdf [21.8.2006]

Turtiainen, S. & Kuoppasalmi, K. (2005). Päihteiden käyttö ja muu samanaikainen mielenterveyden häiriö. Kansanterveyslehti 4/2005. Ks. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2005/4_2005/ [16.8.2006]

Työturvallisuuskeskus (2005). Päihteet puntarissa. Opas työpaikkojen päihdetyöhön (2005). Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Törmä, S. & Huotari, K. (2005a). Palvelut liikkeelle. Liikkuvan terveysneuvonnan toiminnan ulkoinen arviointi. Helsinki: Sosiaalikehitys Oy & Helsingin Diakonissalaitos.

Törmä, S. & Huotari, K. (2005b). Sateisten teiden kulkijoita. Huono-osaisimmat päihteiden sekakäyttäjät avun tarvitsijoina ja asiakkaina. Helsinki: Sosiaalikehitys Oy & Helsingin Diakonissalaitos.

Virtanen, A. (2005). Huumausainetilanne Suomessa 2004. Suomen huumausaineiden seurantakeskuksen kansallinen raportti EMCDDA:lle. Tilastoraportti 1 / 2005. Helsinki: Stakes.

Vismanen, E. (2004). Huumehoidon alueellisen kattavuuden arviointi. Julkaisematon selvitys. Stakes.

VKS (Valtakunnansyyttäjä) (2002). Seuraamuksen määrääminen huumausaineen käyttöröksestä. Ohje 2002:3. Ks. <http://www.vksv.oikeus.fi/15368.htm> [3.8.2006]

VKSV (Valtakunnansyyttäjänvirasto) (2006). Julkaisematon tiedonanto 29.6.2006.

Vorma, H. & Kuoppasalmi, K. (2005). Bentsodiatsepiiniiriippuvuus ja sen hoito. Suomen Lääkärilehti 60 (11), 1279–1282.

Vorma, H., Sokero, P., Turtiainen S. & Katila H. (2005). Opioidikorvaushoito tehoaa - Korvaushoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000–2002. Suomen Lääkärilehti 60 (9), 1013–1016.

Vuori, E., Ojanperä, I., Nokua, J. & Ojansivu, R-L. (2006). Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2002–2004. Suomen Lääkärilehti 61 (21–22), 2339–2344.

Weckroth, A. (2006). Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa. Etnografinen tutkimus huumehoitolaitoksesta. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja 47. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiö.

16 Taulukot ja kuvat

Taulukko 1. Huumehaittakustannukset pääryhmittäin vuosina 2003 ja 2004, milj. euroa	15
Taulukko 2. Huumeita kokeilleiden osuus (%) 15–34-vuotiaista aikuisista vuonna 2004	18
Taulukko 3. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrän kehitys 1997–2002	25
Taulukko 4. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien väestöosuudet (%) 1998–2002	26
Taulukko 5. Huumausaineiden ja lääkeaineiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden ensisijainen ongelmapäihde vuosina 2000–2005, %	28
Taulukko 6. Poliisin ja tullin tietoon tulleet huumausainerikosilmoitukset vuosina 1999–2005	46
Taulukko 7. Poliisin ja tullin vuosina 2000–2005 takavarikoiduiksi kirjaamat huumausaine-erät (kg)	54
Taulukko 8. Poliisin ja tullin kirjaamien huumausainetakavarikkojen lukumäärät vuosina 1998–2005	54
Taulukko 9. Tieliikennerikosten tunnusmerkit ja päihdetutkimukset	73
Taulukko 10. Varsinaisten huumausaineiden esiintyminen liikennejuopumustapauksissa vuosina 1996–2005.	76
Kuvio 1. Huumeiden käytön ja huumehaittojen kehityssuuntaukset 1996–2005 (1995=100)	3
Kuvio 2. Ongelmakäyttäjien osuus 15–55-vuotiaista (%) vuosina 1997–2002	24
Kuvio 3. Huumausainekuolemat kuolemansyiden ja ainelöydösten perusteella 1995–2004	38
Kuvio 4. Huumausainediagnoosien kanssa yhdessä esiintyvät mielenterveyden häiriöiden diagnoosit sairaaloiden hoitoilmoitusten mukaan vuosina 1987–2005	40
Kuvio 5. Epäillyiltä huumeikuljettajilta todetut huumausaineet ja lääkeaineet vuosina 1995–2005 ..	75
Kuvio 6. Tavallisimmat löydökset huumeikuljettajilla vuonna 2005, %	76
Kuvio 7. Varsinaisten huumausaineiden esiintyminen epäillyissä huumaantuneena ajon tapauksissa vuonna 2005	77
Kuvio 8. Uni- ja rauhoittavien lääkeaineiden esiintyminen epäillyissä huumaantuneena ajon tapauksissa 1996–2005	78
Kuvio 9. Amfetamiinin ja kannabiksen tavanomaiset sekakäyttöyhdistelmät (lkm) vuonna 2005	79
Kuvio 10. Bentsodiatsepiinien ja varsinaisten huumausaineiden esiintyminen vuonna 2004.	80
Kuvio 11. Epäiltyjen päihdekuljettajien ikäjakauma vuonna 2005	81
Kuvio 12. Alkoholi- ja huumerattijuopumustapausten käsittely	83
Kuvio 13. Menettelytavat huumeiden käyttötapauksissa	84