



Euroopan huumeaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

FI

ISSN 2314-9213

Euroopan huume- raportti

Suuntauksia ja muutoksia

2018



Euroopan huumaussaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

Euroopan huume- raportti

Suuntauksia ja muutoksia

2018

Oikeudellinen huomautus

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

Tämä julkaisu on saatavana seuraavilla kielillä: bulgaria, englanti, espanja, hollanti, italia, kreikka, kroaatti, latvia, liettua, norja, portugali, puola, ranska, romanian, ruotsi, saksa, slovakki, sloveeni, suomi, tanska, tšekki, turkki, unkari ja viro. Kaikki käännökset ovat Euroopan unionin elinten käännöskeskuksen tekemiä.

Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto, 2018.

PRINTED	ISBN 978-92-9497-319-1	ISSN 1977-9992	doi:10.2810/647092	TD-AT-18-001-FI-C
PDF	ISBN 978-92-9497-311-5	ISSN 2314-9213	doi:10.2810/273648	TD-AT-18-001-FI-N

© Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2018
Jäljentäminen on sallittua, jos lähde mainitaan.

Suosittelua viittaustapa: Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (2018), *Euroopan huumeraportti 2018: Suuntauksia ja muutoksia*, Euroopan unionin julkaisutoimisto, Luxemburg.



Euroopan huumausaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, Portugali

Puh. +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

Sisällys

5	Esipuhe
9	Alkuhuomautukset ja kiitokset
11	YLEISKATSAUS Euroopan huumeongelmien ymmärtäminen ja tehokkaiden huumeidenvastaisten toimien kehittäminen
19	LUKU 1 Huumeaineiden tarjonta ja markkinat
39	LUKU 2 Huumeidenkäytön yleisyys ja suuntaukset
59	LUKU 3 Huumehaitat ja ehkäisevät toimet
83	LIITE Kansalliset tiedot taulukkoina

Esipuhe

Olemme iloisia voidessamme esitellä EMCDDA:n viimeisimmän analyysin huumeilmiöstä Euroopassa. *Euroopan huumeusaineraportissa 2018: suuntauksia ja muutoksia* on ajankohtainen katsaus Euroopan huumeongelmiin ja niihin liittyviin vastatoimiin. Tämä on EMCDDA:n näkyvin julkaisu, jonka perustana on eurooppalaisten ja kansallisten tietojen läpikotainen arviointi, mikä tuo esiin uusia suuntauksia ja ongelmia. Tänä vuonna verkosta saa raportin lisäksi 30 maakohtaista huumeusaineraporttia ja resursseja, jotka sisältävät yksityiskohtaisia tietoaineistoja ja grafiikkaa ja antavat yleiskuvan kustakin maasta.

Sidosryhmien on tarkoitus saada kattava yleiskuva raportista. Lisäksi raportti antaa varhaisen varoituksen uusista huumeusaineiden käytön suuntauksista ja auttaa tunnistamaan prioriteetit kansallista ja paikallista strategista suunnittelua varten. Se myös mahdollistaa maiden väliset vertailut sekä tukee arviointeja antamalla tietoja suuntauksista. Raporttia täydentää EMCDDA:n tuore kolmen vuoden välein julkaistava terveys- ja sosiaalialan toimia huumeongelmien torjumiseksi käsittelevä opas *Health and social responses to drug problems: a European guide* (2017).



Tänä vuonna useiden huumeusaineiden osalta on nähtävissä joitakin huolestuttavia merkkejä siitä, että huumeusaineita tuotetaan nyt enemmän Euroopassa lähempänä kuluttajamarkkinoita. Tekninen kehitys edesauttaa tätä muutosta, ja sen myötä eurooppalaiset huumeusaineiden valmistajat ja kuluttajat saavat yhteyden maailmanlaajuisiin markkinoihin näkyvän verkon ja pimeän verkon kautta. Olemme myös havainneet, että Etelä-Amerikan lisääntynyt kokaiinituotanto vaikuttaa nyt myös Euroopan markkinoihin. Tämä lisää käyttäjien terveysriskejä ja aiheuttaa entistä monimutkaisempia haasteita lainvalvonnalle, sillä salakuljettajat muuttavat ja vaihtelevat toimitusreittejään. Crack-kokaiinin käytön ja saatavuuden kasvusta Euroopassa on entistä enemmän näyttöä, ja tilanne vaatii seurantaa.



Euroopan huumausainemarkkinoilla saatavilla olevat uudet psykoaktiiviset aineet aiheuttavat yhä kansanterveydellisiä ongelmia ja haasteita päätöksentekijöille. EU:n viimeaikainen lainsäädäntö on vahvistanut tiedonvaihtoa markkinoille tulevista uusista aineista ja vähentänyt aikaa, joka kuluu aineiden riskinarviointiin ja valvontaan saamiseen eri puolilla Eurooppaa. Erittäin voimakkaat synteettiset opioidit ja kannabinoidit aiheuttavat monenlaisia ongelmia, ja etenkin fentanyylijohtannaisten osalta ne asettavat käyttäjät ja etulinjan toimijat entistä suurempaan vaaraan. Tätä haastetta käsiteltäessä on pohdittu jälleen opioidien vastalääkkeen, naloksonin merkitystä yliannostusten hoitostrategioissa sekä sitä, miten aine on huumeidenkäyttäjien saatavilla.

Katsomme, että uhat, joita huumausaineet aiheuttavat kansanterveydelle ja turvallisuudelle Euroopassa, edellyttävät yhä monialaisia korkean tason toimia. Vuonna 2017 hyväksytty uusi EU:n toimintasuunnitelma luo puitteet tarvittavalle yhteistyölle Euroopassa.

Raporttimme sekä siinä esitetty analyysi on osoitus vankasta tuesta, jota olemme saaneet kansallisilta ja institutionaalisilta kumppaneiltamme. Reitoxin kansallisten yhteyspisteiden ja kansallisten asiantuntijoiden antama panos mahdollistaa, että olemme voineet luoda ainutlaatuisen katsauksen Euroopan huumausainetilanteeseen. Kiitämme Euroopan tason kumppaneitamme, erityisesti Euroopan komissiota, Europolia, Euroopan tautien ehkäisy- ja -valvontakeskusta sekä Euroopan lääkevirastoa. Haluamme myös kiittää erikoistuneita verkostoja, jotka ovat tehneet kanssamme yhteistyötä, joka on mahdollistanut sen, että olemme voineet ottaa raportissamme huomioon viimeisimmät innovatiiviset tiedot jätevesianalyysien, koulukyselytutkimusten sekä huumausaineisiin liittyvien sairaalahoitoa vaativien hätätapausten osalta.

Laura d'Arrigo

Puheenjohtaja, EMCDDA:n hallintoneuvosto

Alexis Goosdeel

Johtaja, EMCDDA

Alkuhuomautukset ja kiitokset

Tämä raportti perustuu tietoihin, joita Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) on saanut vuosittaisessa raportointiprosessissa EU:n jäsenvaltioilta, ehdokasvaltio Turkilta sekä Norjalta.

Nykyisen raportin tarkoituksena on esittää yleiskatsaus ja tiivistelmä Euroopan huumausainetilanteesta ja siihen liittyvistä toimista. Raportissa esitetyt tilastotiedot koskevat vuotta 2016 (tai viimeisintä vuotta, jolta tietoja on saatavana). Suuntauksia koskevat analyysit perustuvat ainoastaan niihin maihin, jotka ovat toimittaneet kyseiseltä ajanjaksolta riittävästi tietoja muutosten kuvaamiseksi. Lukijan on myös hyvä tietää, että huumeiden käytön kaltaisen piilevän ja leimaavan käyttäytymisen mallien ja suuntauksien seuranta on käytännössä ja metodologisesti haastavaa. Tästä syystä tämän raportin analyysissä käytetään monia eri tietolähteitä. Vaikka voidaan havaita merkittäviä parannuksia sekä kansallisella tasolla että sen osalta, mitä on mahdollista saavuttaa Euroopan tason analyysissä, tätä alaa koskevat metodologiset vaikeudet on myönnettävä. Tulkinnessa on näin ollen oltava varovainen erityisesti, kun valtioita verrataan minkä tahansa yksittäisen toimenpiteen perusteella. Tietoihin liittyvät varaukset ja rajoitukset esitetään tämän raportin verkkoversiossa ja tilastotiedotteessa (Statistical Bulletin). Niissä annetaan tietoa menetelmistä ja esitetään analyysiä koskevia rajoituksia sekä huomautuksia saatavana olevien tietojen rajoituksista. Siellä on myös tietoa eurooppalaisissa arvioissa käytetyistä menetelmistä ja tiedoista, joissa voidaan käyttää interpolointia.

EMCDDA kiittää seuraavia yhteistyökumppaneitaan avusta tämän raportin laatimisessa:

- Reitoxin kansallisten yhteyspisteiden johtajat ja henkilöstö
- jäsenvaltioiden yksiköt ja asiantuntijat, jotka ovat koonneet raakadataa raporttia varten
- EMCDDA:n hallintoneuvoston ja tieteellisen komitean jäsenet
- Euroopan parlamentti, Euroopan unionin neuvosto – etenkin sen horisontaalinen huumausainetyöryhmä – ja Euroopan komissio
- Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskus (ECDC), Euroopan lääkevirasto (EMA) ja Europol
- Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmä, Yhdistyneiden kansakuntien huumausaine- ja rikosasioiden toimisto, WHO:n Euroopan aluetoimisto, Interpol, Maailman tullijärjestö, ESPAD-hanke (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), Euroopan jätevesiä analysoiva SCORE-ryhmä (Sewage Analysis Core Group Europe) ja Euro-DEN Plus-verkosto (European Drug Emergencies Network).
- Euroopan unionin elinten käänöskeskus ja Euroopan unionin julkaisutoimisto.

Reitoxin kansalliset yhteyspisteet

Reitox on huumeiden ja huumeriippuvuuden alan eurooppalainen tietoverkko. Se muodostuu kansallisista yhteyspisteistä EU:n jäsenvaltioissa, ehdokasvaltio Turkissa, Norjassa ja Euroopan komissiossa. Yhteyspisteet ovat kansallisia viranomaisia, joista maan hallitus vastaa ja jotka toimittavat EMCDDA:lle tietoja huumausaineista. Kansallisten yhteyspisteiden yhteystiedot ovat [EMCDDA:n verkkosivustolla](#).

Yleiskatsaus

**Maailmanlaajuiset huumeisiin
liittyvät suuntaukset vaikuttavat
kehityskulkuihin Euroopan
maissa ja päinvastoin**

Euroopan huumeongelmien ymmärtäminen ja tehokkaiden huumeidenvastaisten toimien kehittäminen

Tässä yleiskatsauksessa käsitellään joitakin keskeisiä tekijöitä, jotka näyttävät vaikuttavan sekä Euroopassa vuonna 2018 havaittuihin huumeidenkäyttötapoihin että niihin liittyviin terveydellisiin, sosiaalisiin ja turvallisuutta koskeviin ongelmiin. Keskustelun lähtökohtana on yleinen huomio siitä, että Euroopan huumeongelmissa näyttää olevan historiallisesti katsottuna meneillään erityisen dynaaminen vaihe ja että käytettävissä olevien tietojen mukaan huumeiden saatavuus on kaikkialla laajaa ja joillakin alueilla jopa kasvussa. Tämä aiheuttaa merkittäviä uusia haasteita nykyisille kansallisille ja Euroopan laajuisille toimille huumeiden käyttöön ja huumeisiin liittyviin ongelmiin. Niiden seurauksista joitakin käsitellään jäljempänä.

Merkkejä huumausaineiden tuotannon kasvusta Euroopassa

Maailmanlaajuiset huumeisiin liittyvät suuntaukset vaikuttavat kehityskuluihin Euroopan maissa ja päinvastoin. Eurooppa on joidenkin synteettisten stimulanttien, kuten MDMA:n, merkittävä tuottaja, ja se vie tuotteita ja asiantuntemusta maailman muihin osiin. Kannabiksen osalta eurooppalainen tuotanto on jossakin määrin syrjäyttänyt tuonnin, ja se näyttää vaikuttaneen ulkopuolisten tuottajien liiketoimintamalleihin. Yhtenä seurauksena tästä on nyt Eurooppaan salakuljetettavan yhä voimakkaamman hasiksen kasvu.

Muista merkittävistä kasvipohjaisista laittomista huumeista kokaiinin tuotanto on edelleen keskittynyt Latinalaisen Amerikan ja heroiinin Aasian maihin. Koko maailman tiedot viittaavat siihen, että molempien aineiden tuotanto on lisääntynyt. Sen vaikutusta Eurooppaan on tarpeen tarkastella. Vaikka heroiini on katukäytössä melko puhdasta, sen yleinen käyttö on pysynyt vakaana ja käytön aloittaminen vaikuttaa olevan jopa vähäistä. Kokaiinin käyttö puolestaan on useiden indikaattorien mukaan lisääntymässä. Tätä käsitellään jäljempänä tarkemmin. Molempien aineiden takavarikointitietojen perusteella voi kuitenkin päätellä, että tuotantoketjussa on tapahtunut äskettäin muutoksia, joilla voi olla tulevaisuudessa merkittäviä seurauksia. Kokaiinia jatkokäsitellään ja uutetaan kantoaineista edelleen Euroopassa, ja huumetta myös tuodaan suuria määriä piilotettuna kuljetuskontteihin. Heroiinin kannalta uutta kehitystä on se, että useissa Euroopan maissa on jäljitetty ja purettu morfiinia heroiiniksi muuntavia laboratorioita. Synnä tähän

on todennäköisesti se, että heroiinintuotannon tärkeintä kemiallista lähtöainetta, etikkahapponanhydridiä, on saatavilla enemmän ja huomattavasti edullisempaan hintaan Euroopassa samaan aikaan, kun oopiumiunikon sadot kasvavat. Tämä kehitys tuo huumausaineiden nykyaikaisten tuotantoverkoston maailmanlaajuisen yhteensovittamisen lisäksi esiin sen, että huumausaineiden valvontatoimia, kuten lähtöaineiden valvontaa, on suunniteltava maailmanlaajuisesta näkökulmasta.

Vaikka uusien psykoaktiivisten aineiden tuotannon ja saatavuuden rajoittamiseen tähtäävillä eurooppalaisilla ja kansainvälisillä toimilla näyttää nyt olevan jonkin verran vaikutusta, Euroopan rajojen sisäpuolella on raportoitu myös näiden aineiden tabletoinnista ja valmistuksesta. Tähän mennessä tällaiset uusien huumeiden tuotannon kehityskulut ovat vaikuttaneet vähäisiltä. Tämän alan muutokset voivat kuitenkin vaikuttaa nopeasti huumeongelmaan, ja siksi on varmistettava huolellisesti, että Eurooppa on valmis vastaamaan entistä paremmin mahdollisiin tuleviin uhkiin tällä alalla.

Verkkomyynti: Eurooppa maailmanlaajuisilla markkinoilla

Huumeiden myynti internetissä on toinen hyvä esimerkki nopeasti tapahtuvista muutoksista, jotka aiheuttavat haasteita nykyisille toimintalinjoille ja huumeidenvastaisille toimille sekä huumevalvonnalle. EMCDDA:n ja Europolin äskettäisessä yhteisessä raportissa analysoitiin eurooppalaisten toimittajien ja kuluttajien asemaa näillä maailmanlaajuisilla markkinoilla. EU:n alueella toimivien toimittajien arvioitiin olevan vastuussa lähes puolesta "anonyymien verkkojen" kautta tapahtuvasta huumeiden myynnistä vuosina 2011–2015. Verkkomyynti on tällä hetkellä pientä verrattuna laittomiin huumemarkkinoihin kokonaisuudessaan, mutta se näyttää olevan kasvussa. Huomio kiinnittyy usein pimeään verkkoon, mutta on myös ilmeistä, että uudet psykoaktiiviset aineet ja väärinkäytetyt lääkkeet, sosiaalinen media ja pinta-www voivat olla yhtä tärkeitä. Erityisen huolestuttavaa tässä on uusiin bentsodiatsepiineihin liittyvien aineiden ilmaantuminen. EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään on vuodesta 2015 lähtien ilmoitettu 14 uutta bentsodiatsepiiniä. Näillä aineilla ei ole Euroopan unionissa myyntilupaa, ja niiden toksikologiasta tiedetään hyvin vähän. Riskit kuitenkin todennäköisesti kasvavat, kun niitä käytetään yhdessä laittomien huumeiden tai alkoholin kanssa. Sekä vakiintuneiden että uusien bentsodiatsepiinien saatavuus laittomien huumeiden markkinoilla näyttää kasvavan joissakin maissa, ja näillä aineilla tiedetään olevan merkittävä mutta usein ylenkatsottu osa opioidien

yliannostuksesta johtuvissa kuolemissa. Erityisen huolestuttavia ovat viimeaikaiset merkit siitä, että näiden aineiden käyttö nuorten keskuudessa voi olla lisääntymässä. Tämä edellyttääkin lisätutkimusta, poliittista pohdintaa ja ennalta ehkäiseviä toimia. Tämän raportin verkkoliitteessä selvitetään bentsodiatsepiinien käyttöä suuren riskin huumeidenkäyttäjien keskuudessa.

Kokaiinitoimitusten lisääntymisen seuraukset

Kokaiinin tuotannon kasvu Latinalaisessa Amerikassa näyttää nyt alkavan vaikuttaa eurooppalaisilla markkinoilla. Joissakin maissa jätevesianalyysistä on saatu varhainen varoitus huumeen saatavuuden ja käytön lisääntymisestä, ja nyt se näkyy muissakin tietolähteissä. Vaikka kokaiinin hinnat ovatkin pysyneet ennallaan, sen puhtaus on nyt Euroopassa korkeimmillaan vuosikymmeneen. Perinteisesti Eurooppaan on tullut kokaiinia Iberian niemimaan kautta. Viimeaikaisista laajoista takavarikoista voidaan päätellä, että tämän reitin suhteellinen merkitys on hieman vähentynyt, ja nyt kokaiinia salakuljetetaan Eurooppaan koko ajan enemmän myös suurten konttisatamien kautta. Tämän osalta on merkillepantavaa, että vuonna 2016 Belgia ohitti Espanjan maana, jossa tehtiin eniten kokaiinitakavarikkoja.

Kokaiinin vaikutuksia kansanterveyteen on yleisesti vaikea mitata, koska sen asemaa sekä akuuteissa ongelmassa että pitkäaikaisissa terveyshaitoissa on vaikeaa seurata, eikä sitä usein ehkä tunnisteta. Ongelmia on kuitenkin enemmän odotettavissa, jos käyttö ja erityisesti suuren riskin käyttötavat yleistyvät. Tämän toteutumisesta voi olla merkinä muun muassa se, että kokaiiniriippuvuutta hoitaviin hoitopaikkoihin on hakeutunut aiempaa enemmän ensikertalaisia, vaikka tasot eivät olekaan palanneet vuosikymmenen takaisille korkeille tasoille. Huolestuttavaa, vaikkakin edelleen harvinaista, on se, että crack-kokaiinin käytöstä on ilmoitettu aiempaa enemmän, ja tämä voi alkaa vaikuttaa yhä useampiin maihin. Edelleen on kuitenkin pyrittävä ymmärtämään paremmin, mikä on tehokasta hoitoa kokaiinin käyttäjille, miten voidaan muun muassa vastata parhaiten kokaiiniongelmien, joita voi esiintyä yhdessä opioidiriippuvuuden kanssa.

Uudet psykoaktiiviset aineet edelleen kansanterveyden haasteena

Uusia psykoaktiivisia aineita seuraavan EU:n varhaisvaroituksenjärjestelmän menestys osoittaa selkeästi, miten tärkeää on olla valmiina uusiin haasteisiin. Tämä järjestelmä on saanut kansainvälistä tunnustusta siitä, että se antaa Euroopalle muualta puuttuvat valmiudet tunnistaa huumeiden ilmaantuminen ja vastata siihen. Tällä alalla on äskettäin annettu edistynyttä EU:n lainsäädäntöä ja nopeutettu ilmoittamista. Järjestelmään liittyy myös jatkuvasti uusia tiedon toimittajia. Uudet psykoaktiiviset aineet ovat huumeepoliitiikan kasvava haaste. Järjestelmässä on seurannassa yhteensä noin 670 ainetta, ja niistä noin 400:sta ilmoitetaan joka vuosi. Huumemarkkinoilla olevien aineiden luettelo jatkaa kasvamistaan, ja Euroopassa ilmoitetaan joka viikko noin yhdestä uudesta psykoaktiivisesta aineesta. Vaikka ensimmäistä kertaa ilmoitettavien uusien aineiden määrä onkin laskenut huippuvuodesta 2015, näiden aineiden käytöstä kansanterveydelle aiheutuvat haitat ovat edelleen suuria.

Kuolemiin ja akuutteihin myrkytyksiin liittyvien synteettisten opioidien ja synteettisten kannabinoidien ilmaantuminen Eurooppaan johti siihen, että EMCDDA arvioi ennennäkemätöntä määrää aineita niiden kansanterveydelle aiheuttamien riskien kannalta. Tämä prosessi voi käynnistää nopeutetun lainsäädäntöprosessin koko Euroopan unionissa. Myös Maailman terveysjärjestölle annettiin tietoja vuonna 2017, ja joitain näistä aineista harkitaan nyt otettavaksi kansainvälisen valvonnan piiriin. Vuonna 2017 tutkittiin viittä fentanyylijohdannaista. Näitä aineita tuli saataville monissa uusissa muodoissa, muun muassa nenäsumutteina. Niitä on joskus myös sekoitettu muihin huumeaineisiin, muun muassa heroiniin, kokaiiniin tai väärinnettyihin lääkkeisiin, jolloin käyttäjä ei tiedä käyttävänsä kyseistä ainetta. Näiden usein internetistä hankittavien voimakkaiden huumeiden ilmaantuminen aiheuttaa huomattavia haasteita sekä terveydenhuollolle että lainvalvonnalle. Aineita on helppo kuljettaa ja piilottaa, koska pienistä määristä saa usein mahdollisesti satoja tuhansia annoksia kadulla. Terveysnäkökulmasta ne kasvattavat jo muiden opioidikuolemien takia ennestään raskasta taakkaa. Yhdysvalloissa fentanyylijohdannaiset vaikuttavat huomattavasti nykyiseen opioidikriisiin, ja niistä on tullut lyhyessä ajassa useimmiten yliannostuskuolemiin liittyviä aineita. Euroopassa ongelman mittakaava ei ole sama, mutta EMCDDA:n saamat ilmoitukset fentanyyliin ja valvomattomiin fentanyylijohdannaisiin liittyvistä kuolemista ja muista kuin kuolemaan johtaneista ylisannostuksista korostavat tarvetta jatkuvaan valppauteen.

Synteettiset kannabinoidit liittyvät yhä useammin terveysongelmiin

EMCDDA:ssa tehtiin vuonna 2017 neljä riskinarviointia lisää uusiin synteettisiin kannabinoideihin liittyvistä terveyshaitoista tehtyjen ilmoitusten perusteella. Synteettiset kannabinoidit on yhdistetty kuolemiin ja akuutteihin myrkytyksiin. Äskettäisessä EMCDDA:n raportissa kiinnitettiin huomiota näiden aineiden aiheuttamien terveys- ja turvallisuusongelmien kasvuun joissakin Euroopan maissa. Kävi myös ilmi, että näitä ongelmia ei ehkä aina huomata, koska aineita voidaan salakuljettaa helposti vankiloihin ja niiden käytön havaitsemiseen liittyy tiettyjä haasteita.

Synteettisiä kannabinoideja markkinoitiin ensin lainmukaisina vaihtoehtoina luonnollisille kannabistuotteille, mutta ne ovat monin tavoin erilaisia. Alun perin synteettiset kannabinoidit liitettiin enemmän viihdekäyttöön, mutta nyt niitä käyttävät ongelmallisemmin sosiaalisesti syrjäytyneet ryhmät, kuten asunnottomat. Yleinen tietämys näiden huumeaineiden käyttötavoista on kuitenkin edelleen vähäistä. Kun tietoja on, niistä käy ilmi, että synteettisiä kannabinoideja ei käytetä yleisesti kovinkaan laajasti, mutta niillä voi olla huomattavia haittavaikutuksia. Tämän osoittavat äskettäiset tiedot Turkista, jossa huumeakuolemien yleinen lisääntyminen vaikuttaa osittain johtuvan synteettisten kannabinoidien käytöstä.

**Synteettiset opioidit
ja synteettiset
kannabinoidit liittyvät
kuolemiin ja akuutteihin
myrkytyksiin**

Muuttuvat kannabismarkkinat tuovat uusia poliittisia haasteita

Kannabis on edelleen Euroopan eniten käytetty laiton huume. Sen näkyvä asema käy ilmi siihen liittyvien takavarikkojen, huumausainerikosten, käyttöä koskevien arvioiden ja uusien hoitopyyntöjen määrästä. Amerikoissa tehdyt muutokset, muun muassa huumausaineen laillistaminen joillakin oikeudenkäyttöalueilla, on kasvattanut nopeasti kaupallisia kannabismarkkinoita. Tämän myötä kehitetään uusia muotoja sille, miten huume saadaan käyttöön ja toimitetuksi kuluttajille. Niitä ovat muun muassa kannabiksen erittäin voimakkaat lajikkeet, e-nesteet ja syötävät tuotteet. Lainmukaisia viihdekäyttömarkkinoita on täydennetty säädöksillä, joiden nojalla kannabista voidaan käyttää joillakin oikeudenkäyttöalueilla lääkkeenä tai hoitoon. EMCDDA seuraa tätä kehitystä ja laatii selittäviä toimintapoliittisia tiivistelmiä, joissa käsitellään joitakin Euroopassa keskustelun aiheena olevia kysymyksiä. Niihin kuuluu muun muassa se mahdollisuus, että jotkin näistä uudenmuotoisista huumeista voivat ilmaantua eurooppalaisille huumausainemarkkinoille.

Pohjois-Amerikassa toteutetut muutokset ovat nopeasti lisänneet kiinnostusta kannabiksen osuuteen huumausaineiden vaikutuksen alaisena ajamisessa. EMCDDA isännöi vuonna 2017 kolmatta kansainvälistä symposiumia huumausaineiden vaikutuksen alaisena ajamisesta. Kokoukseen osallistuneiden kansainvälisten asiantuntijoiden raportissa korostettiin sitä, että tehokkaiden toimien laatiminen on vaikeaa. Tämä aihe on maille tärkeä riippumatta huumausaineen oikeudellisesta asemasta.

Muut alan tärkeät poliittiset kysymykset koskevat muun muassa sitä, mikä on asianmukaista hoitoa kannabikseen liittyville häiriöille, miten voidaan varmistaa poliittinen synergia tupakoinnin vähentämistä koskevien strategioiden kanssa ja miten kannabishaittoja voidaan vähentää tehokkaasti. Kannabiksen käyttö on Euroopassa edelleen yleistä historiallisesti katsottuna, ja joissakin EU:n jäsenvaltioissa on viime aikoina havaittu käytön kasvua. Myös sekä hasiksen että marihuanan voimakkuus on viime vuosikymmenellä huomattavasti noussut ja on korkealla tasolla. Kansanterveyskysymysten lisäksi huolta aiheuttaa se, miten nämä suuret laittomat markkinat vaikuttavat yhteisön turvallisuuteen ja miten kaupalla rahoitetaan myös järjestäytynyttä rikollisuutta. Koska asiaan liittyy monia kysymyksiä, asianmukaisimpien huumeidenvastaisten toimien määrittäminen kannabiksen käyttöön on koko ajan yhä monimutkaisempi ja tärkeämpi tehtävä. EMCDDA on sitoutunut parantamaan ymmärrystä näistä asioista ja antamaan täsmällistä, tieteellistä ja puolueetonta tietoa, jota tarvitaan tästä haastavasta poliittisesta aiheesta käytävään tietoon perustuvaan keskusteluun.

Naloksonin asema opioidiyliannostuksiin vastaamisessa

Huumeiden yliannostuskuolemien määrä pysyy Euroopassa korkeana, ja opioidit liittyvät useimpiin tapauksiin. Fentanyylijohdannaisten ilmaantuminen eurooppalaisille huumausainemarkkinoille lisää entisestään perusteita sille, että opioidien vastalääkkeen, naloksonin, saatavuutta on parannettava. Jatkuvasti saadaan enemmän näyttöä siitä, että tämän aineen laajempi saatavuus yhdessä yliannostuksen tunnistamista ja siihen reagointia koskevan koulutuksen kanssa voi auttaa vähentämään opioidikuolemia. Naloksonin antaminen tunnustetaankin yhä useammassa maissa tärkeäksi tekijäksi yliannostusten vähentämistä koskevissa strategioissa. Fentanyylijohdannaisten saatavuus lisää riskejä edelleen, koska ne ovat voimakkaita ja koska opioideja tuntemattomat ihmiset voivat käyttää niitä tai ne voivat saattaa vaaraan niille työssään tahattomasti altistuneet – esimerkiksi lainvalvontaviranomaiset. Tämä kehitys edellyttää nykyisen naloksonipolitiikan kiireellistä tarkistamista ja koulutuksen ja valistuksen lisäämistä sekä huumeidenkäyttäjille että huumausaineen kanssa kosketuksiin joutuville ammattihenkilöille. On myös otettava huomioon, että uudet seokset, joita ei käytetä suonensisäisesti, kuten nenäsuihkeet, voivat helpottaa naloksonin käyttöä erilaisissa tilanteissa.

Vankiloilla tärkeä osa huumeidenvastaisten toimien täytäntöönpanossa

Huumeiden käyttöön reagoiminen rikosoikeudellisesti on yksi aiheista, joita käsiteltiin EMCDDA:n julkaisussa *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Vankilasta vapautuminen on erityisen riskialtista aikaa aiemmin opioideja käyttäneille. Tähän puuttumiseksi monet maat ovat kehittäneet innovatiivisia ohjelmia, joissa annetaan naloksonia ja koulutusta vankilasta vapautuneille. Naloksonin antamisen ohella asianmukaiseen avohoitoon ja sosiaalisiin tukipalveluihin ohjaaminen ovat keskeisiä toimia. Tämä korostaa yleisesti rikosoikeusjärjestelmän ja erityisesti vankilan asemaa suuren riskin huumeidenkäyttäjien ongelmien käsittelyssä kannalta kriittisenä paikkana. Yhteisö voi hyötyä huomattavasti huumeidenkäyttäjien arvioinnista ja heidän terveydellisten ja sosiaalisten tarpeidensa käsittelystä ennen vankilasta vapauttamista.

Kannabis on edelleen Euroopan eniten käytetty laiton huume

PIKAKATSAUS – ARVIOITA HUUMEIDENKÄYTÖSTÄ EUROOPAN UNIONISSA

Kannabis



Aikuiset (15–64-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **24,0 miljoonaa** **7,2 %** Käyttänyt ainakin kerran elämässä **87,6 miljoonaa** **26,3 %**



Nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **17,2 miljoonaa** **14,1 %** Kansalliset arviot viime vuonna käyttäneistä



Alhaisin **3,5 %** Korkein **21,5 %**

Kokaiini



Aikuiset (15–64-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **3,5 miljoonaa** **1,1 %** Käyttänyt ainakin kerran elämässä **17,0 miljoonaa** **5,1 %**



Nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **2,3 miljoonaa** **1,9 %** Kansalliset arviot viime vuonna käyttäneistä



Alhaisin **0,2 %** Korkein **4,0 %**

MDMA



Aikuiset (15–64-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **2,6 miljoonaa** **0,8 %** Käyttänyt ainakin kerran elämässä **13,5 miljoonaa** **4,1 %**



Nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **2,2 miljoonaa** **1,8 %** Kansalliset arviot viime vuonna käyttäneistä



Alhaisin **0,2 %** Korkein **7,4 %**

Amfetamiinit



Aikuiset (15–64-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **1,7 miljoonaa** **0,5 %** Käyttänyt ainakin kerran elämässä **11,9 miljoonaa** **3,6 %**



Nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **1,2 miljoonaa** **1,0 %** Kansalliset arviot viime vuonna käyttäneistä



Alhaisin **0 %** Korkein **3,6 %**

Opioidit



Suuren riskin opioidienkäyttäjät

1,3 miljoonaa

Hoitopyynnöt

Opioidit ovat ensisijainen huume noin **36 prosentissa** kaikista hoitopyynnöistä Euroopan unionissa



36 %

Kuolemaan johtaneet yliannostukset

Opioidia tavataan **84 prosentissa** kuolemaan johtaneista yliannostuksista



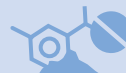
84 %

628 000

Vuonna 2016 korvaushoitoa annettiin opioidienkäyttäjälle.

Opioidia tavataan **84 prosentissa** kuolemaan johtaneista yliannostuksista

Uudet psykoaktiiviset aineet



15–16-vuotiaat koululaiset 24:ssä Euroopan maassa

Käyttänyt viime vuoden aikana **3,0 %**



Käyttänyt ainakin kerran elämässä **4,0 %**



Lähde: ESPAD Report 2015 Additional tables.

Vankien tartuntatautien testauksen ja hoidon laajentaminen on esimerkki mahdollisesti hyödyllisestä toiminnasta. Tämän merkitys on kasvanut erityisesti, koska Euroopan unioni on sitoutunut hepatiitti C -viruksen poistamiseen. Tartunta leviää useimmiten silloin, kun käytetään huumeita suonensisäisesti. Uusia tehokkaita hoitoja on saatavilla, mutta haasteena on edelleen sen varmistaminen, että tartunnan saaneet pääsevät hoitoihin. Vankilat ja huumehoitopalvelut ovat tärkeitä hepatiitti C -tartunnan saaneiden havaitsemisessa. EMCDDA puuttuu tähän merkittävään huumeisiin liittyvään ongelmaan tukemalla vuonna 2018 uutta aloitetta, jolla lisätään tietoa ja kannustetaan hepatiitti C:n testaamiseen ja hoitamiseen.

Muuttuvien huumeongelmien huomioon ottavan valvonnan varmistaminen

Vaikka tiedot uusien psykoaktiivisten aineiden saatavuudesta ovat paranemassa, näiden aineiden kysyntää Euroopassa on edelleen hyvin vaikea arvioida. Vaikeudet vain kasvavat, kun otetaan huomioon lääkkeiden, jotka on saatu laillisista toimitusketjuista, väärennettyjen lääkkeiden tai luvattomien lääkkeiden väärinkäyttö.

Tässä kannattaa panna merkille, että nykyiset seurantatyökalut eivät ehkä ota huomioon joitakin huumeidenkäyttötavoissa tapahtuvia merkittäviä muutoksia. Näiden muutosten vauhdissa pysyminen edellyttää lisäinvestointeja sekä vakiintuneisiin että uusiin seurantatapoihin, kuten jätevesianalyysiin, verkkokyselyihin ja suuntausten seuraamistutkimuksiin. EMCDDA julkaisi äskettäin havainnot 19:ssä Euroopan kaupungissa jätevedestä kerättyjen huumejäämien vuosiarvioinnista. Se osoitti, että nämä täydentävät tietolähteet ovat hyödyllisiä, koska niistä saadaan ajankohtaisempaa tietoa huumeidenkäytön suuntauksista kuin perinteisemmällä tietolähteillä.

Euroopan unioni tukee tietojen keräämistä Euroopassa ja pyrkii lisäksi auttamaan kolmansia maita niiden seurantavalmiuksien kehittämisessä. Tätä koskevia aloitteita ovat muun muassa Euroopan komission rahoittamat teknistä tukea koskevat hankkeet EU:n ehdokasmaille, mahdollisille ehdokasmaille ja naapurimaille. Nämä toimet ovat tärkeitä, koska huumeongelmat monimutkaistavat EU:n naapurina olevien maiden terveys- ja turvallisuusongelmia ja koska näiden maiden kehitys on vuorovaikutuksessa EU:n jäsenvaltioissa kohdattavien huumeongelmien kanssa ja vaikuttavat niihin. Tämän vuoden Euroopan huumeraportissa esitetyssä analyysissä tunnustetaan siksi yksiselitteisesti, että ymmärtääksemme huumeiden Euroopan terveys- ja turvallisuuspoliittiseen ohjelmaan vaikuttavia ajankohtaisia ja tulevia haasteita on ymmärrettävä myös se, että ongelma on maailmanlaajuinen.



1

**Maailmanlaajuisesti Eurooppa
on tärkeä huumeiden markkina-alue**

Huumausaineiden tarjonta ja markkinat

Maailmanlaajuisesti Eurooppa on tärkeä huumeiden markkina-alue, jolle tulee huumeita sekä eurooppalaisesta tuotannosta että salakuljetettuna muualta maailmasta. Suuri osa Eurooppaan tulevista huumeista on peräisin Etelä-Amerikasta, Länsi-Aasiasta ja Pohjois-Afrikasta, kun taas uudet psykoaktiiviset aineet ovat peräisin Kiinasta. Joitakin huumeita ja lähtöaineita kuljetetaan Euroopan kautta muille mantereille. Euroopassa tuotetaan myös kannabista ja synteettisiä huumeita. Kannabis on tarkoitettu lähinnä paikalliseen kulutukseen, kun taas joitakin synteettisiä huumeita valmistetaan myös maailman muihin osiin vietäväksi.

Monissa Euroopan maissa on ollut merkittävät markkinat kannabikselle, heroiinille ja amfetamiineille 1970- ja 1980-luvulta lähtien. Ajan myötä myös muut aineet ovat vakiinnuttaneet asemansa – mukaan lukien MDMA ja kokaiini 1990-luvulla. Euroopan huumemarkkinat jatkavat kasvuaan, ja viime vuosikymmenen aikana niille on ilmaantunut suuri joukko uusia psykoaktiivisia aineita. Laittomien huumeiden markkinoilla tapahtuneisiin viimeaikaisiin muutoksiin, jotka liittyvät lähinnä globalisaatioon ja uuteen tekniikkaan, kuuluvat huumausaineiden tuotannossa tapahtuva innovointi,

uudet salakuljetusmenetelmät, uusien salakuljetusreittien luominen ja verkkomarkkinat.

Huumausaineiden markkinoiden, tarjonnan ja lainsäädännön seuranta

Tässä luvussa esitetty analyysi perustuu tietoihin ilmoitetuista huumausainetakavarikoista, huumeiden lähtöaineiden takavarikoista, pysäytetyistä toimituksista, huumausaineiden tuotantotilojen hajottamisesta, huumausainelainsäädännöstä, huumausainerikoksista, huumausaineiden vähittäismyyntihinnoista sekä huumausaineiden puhtaudesta ja voimakkuudesta. Joissakin tapauksissa suuntausten analysointi on vaikeaa, koska joidenkin keskeisten maiden takavarikotiedot puuttuvat. Suuntauksiin voivat vaikuttaa monet eri tekijät, esimerkiksi käyttäjien mieltymykset, tuotannossa ja salakuljetuksessa tapahtuneet muutokset, lainvalvontaviranomaisten aktiivisuus ja painopisteet sekä torjuntatoimenpiteiden tehokkuus. Täydelliset tiedot ja kuvaukset käytetyistä menetelmistä on esitetty verkossa tilastotiedotteessa (Statistical Bulletin).

Tässä esitetään myös ilmoituksia koskevat tiedot sekä EMCDDA:n kansallisten kumppaneiden ja Europolin EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoittamia uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikkoja koskevat tiedot. Koska nämä tiedot ovat peräisin pikemminkin tapauksia koskevista tiedoista kuin rutiinivalvontajärjestelmistä, takavarikkoja koskevat arviot ovat vähimmäisarvioita. Varhaisvaroitusjärjestelmää kuvataan kattavasti EMCDDA:n verkkosivuilla kohdassa [Action on new drugs](#).

KUVA 1.1

Laittomien huumeiden monimutkaiset ja monitasoiset markkinat Euroopassa

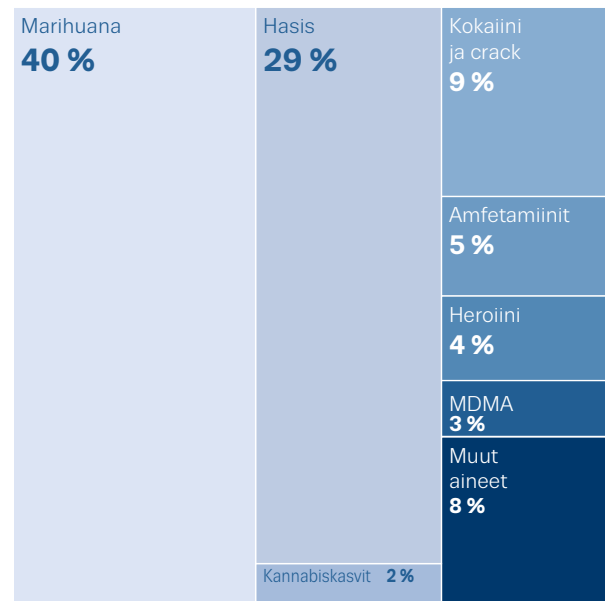
Laittomien huumeiden markkinat ovat monimutkaisia tuotanto- ja jakelujärjestelmiä, joissa on kyse suurista rahoista eri tasoilla. Markkinoita on vaikea seurata niiden luonteen vuoksi. Kuitenkin varovaisten arvioiden mukaan Euroopan unionin laittomien huumeiden markkinoiden arvo oli 24 miljardia euroa vuonna 2013. Kannabiksen osuus oli suurin (38 prosenttia), sen jälkeen heroisiin (28 prosenttia) ja kokaiiniin (24 prosenttia).

Verkon ulkopuolella toimivat markkinat ovat edelleen hallitsevia, mutta viime vuosina laittomien huumeiden verkkomarkkinoiden sekä laittomien huumeiden markkinointi- ja jakelualustojen merkitys on kasvanut. Tämä on luonut uusia mahdollisuuksia markkinatoiminnan seuraamiseen. EMCDDA:n ja Europolin äskettäisessä analyysissä määritettiin yli sata maailmanlaajuisia anonyymien verkkojen markkinapaikkaa, joilla myyjät ja ostajat salaavat erilaisilla teknologioilla henkilöllisyytensä. Arvioiden mukaan kaksi kolmasosaa näillä markkinoilla tehdyistä ostoksista liittyy huumeisiin. EU:hun sijoittautuneiden toimittajien osuus näiden markkinoiden huumetuuloista oli noin 46 prosenttia vuosina 2011–2015. Niistä suurin osa meni Saksassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa oleville myyjille. Euroopan anonyymien verkkojen huumausaineiden myynnistä suurin osa on stimulantteja. Anonyymien verkkojen markkinat helpottavat tavallisesti pienten määrien myyntiä tai suoramyyntiä kuluttajille. Yhden markkinapaikan, Alfabayn, analyysissä kuitenkin havaittiin, että muihin huumeisiin verrattuna MDMA-ostojen tekemisen tarkoituksena oli muita useammin edelleenmyynti.

Yli miljoona laittomien huumeiden takavarikkoa

Lainvalvontaviranomaisten tekemät huumetakavarikot ovat tärkeä indikaattori huumemarkkinoista. Vuonna 2016 Euroopassa tehtiin ilmoitusten mukaan yli miljoona laittomien huumausaineiden takavarikkoa. Useimmissa tapauksissa huumeita takavarikoidaan käyttäjiltä pieniä määriä. Suurin osa takavarikoitujen huumeiden kokonaismäärästä muodostuu kuitenkin salakuljettajilta ja tuottajilta takavarikoituista monen kilon eristä. Cannabis on yleisin takavarikoitu huume, ja Euroopassa tehdyistä takavarikoista yli 70 prosenttia on kannabistakavarikkoja (kuva 1.1). Kolmen eniten takavarikoitujen raportoineen maan osuus kaikista Euroopan unionin huumetakavarikoista oli yli 60 prosenttia. Nämä maat ovat Espanja, Yhdistynyt kuningaskunta ja Ranska.

Ilmoitettujen takavarikkojen määrä vuonna 2016, jakauma huumeittain



Alankomaista ja Puolasta ei kuitenkaan ole saatavilla tietoja takavarikkojen määrästä, ja uusimmat tiedot Saksasta, Irlannista ja Sloveniasta ovat vuodelta 2015, mikä lisää analyysin epävarmuutta.

Kannabis: hasista takavarikoidaan edelleen eniten, mutta marihuanan määrä lisääntyy

Euroopan huumemarkkinoilla tavataan yleisesti kahta keskeistä kannabistuotetta: kannabiksen kukintoa ja ylimpiä versoja (marihuana) ja kannabishartsia (hasis). Kannabisöljy on sen sijaan suhteellisen harvinainen. Euroopan unionin laittomien huumeiden vähittäismarkkinoilla kannabistuotteiden osuus on suurin (38 prosenttia). Niiden arvioitu arvo on vähintään 9,3 miljardia euroa (todennäköisesti 8,4–12,9 miljardia euroa). Euroopassa käytetään sekä Euroopassa kasvatettua että ulkomailta salakuljetettua marihuanaa. Euroopassa tuotettua marihuanaa kasvatetaan pääasiassa sisätiloissa. Hasista tuotetaan Euroopassa koko ajan enemmän, mutta suurin osa siitä tuodaan, pääasiassa Marokosta. Raporttien mukaan Libyasta on tullut tärkeä keskus hasiksen salakuljetukselle. Lisäksi Länsi-Balkan on sekä marihuanan että kannabisöljyn lähde.

Vuonna 2016 Euroopan unionissa ilmoitettiin 763 000 kannabistuotteiden takavarikkoa (420 000 marihuanatakavarikkoa, 317 000 hasistakavarikkoa ja 22 000 kannabiskasvitakavarikkoa).

Marihuanatakavarikkojen määrä ohitti vuonna 2009 hasistakavarikkojen määrän, ja sekä hasiksen että marihuanan takavarikkomäärät ovat olleet suhteellisen vakaalla tasolla vuodesta 2011 (kuva 1.2). Takavarikoidun kannabishartsin määrä (424 tonnia) on kuitenkin yli kolme kertaa suurempi kuin takavarikoidun kannabisruohon määrä (124 tonnia). Tämä johtuu osittain siitä, että hasista salakuljetetaan suurina määrinä pitkiä matkoja ja kansallisten rajojen yli, minkä vuoksi se päätyy todennäköisemmin takavarikoitavaksi. Takavarikoituja kannabismääriä analysoitaessa havaitaan, että muutamat maat ovat erityisen tärkeitä, koska nämä maat sijaitsevat merkittävien kannabiksen salakuljetusreittien varrella. Esimerkiksi Espanjan osuus Euroopan unionissa vuonna 2016 takavarikoidun hasiksen kokonaismäärästä oli noin

kaksi kolmasosaa, sillä se on tärkeä saapumispaikka Marokossa tuotetulle kannabikselle (kuva 1.3).

Vuonna 2016 takavarikoidun marihuanan määrän kasvu liittyy osittain ilmoitusten lisääntymiseen Espanjassa, Kreikassa ja Italiassa. Myös Turkista raportoitiin vuonna 2016 enemmän marihuanatakavarikkoja (111 tonnia) kuin vuonna 2015.

Kannabiskasvien takavarikkotietojen voidaan katsoa toimivan indikaattorina huumeen maassa tapahtuvasta kasvatuksesta. Koska maiden raportointikäytännöissä ja lainvalvonnan painopisteissä ja resursseissa on eroja, kannabiskasvien takavarikkotietoihin on kuitenkin suhtauduttava varovaisesti. Euroopassa takavarikoitujen kasvien määrä oli suurimmillaan 11,5 miljoonaa vuonna 2015 Alankomaissa kyseisenä vuonna käyttöön otetun laajan kiellon vuoksi. Vuonna 2016 määrä putosi takaisin edellisten vuosien tasolle eli 3,3 miljoonaan

KANNABIS



HASIS

Takavarikot

Määrä

317 000 EU  **332 000** EU + 2

Määrä

424 EU  **463** EU + 2

Hinta

(EUR/g)

25 €
9–13 €
2 €

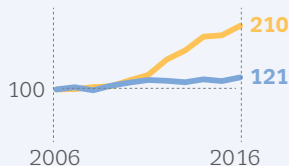
Voimakkuus

(THC-pitoisuus, %)

27 %
14–21 %
7 %

Suuntausindeksi

Hinta ja voimakkuus



MARIHUANA

Takavarikot

Määrä

420 000 EU  **454 000** EU + 2

Määrä

124 EU  **235** EU + 2

Hinta

(EUR/g)

21 €
8–12 €
4 €

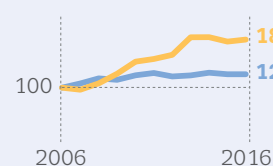
Voimakkuus

(THC-pitoisuus, %)

18 %
9–12 %
2 %

Suuntausindeksi

Hinta ja voimakkuus

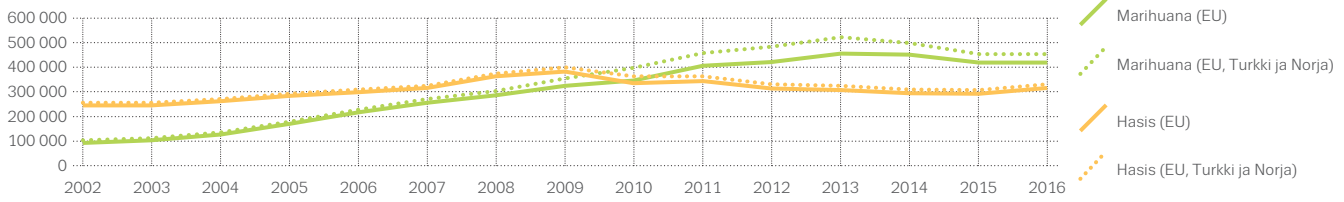


Huom. EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa. Kannabistuotteiden hinta ja voimakkuus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan.

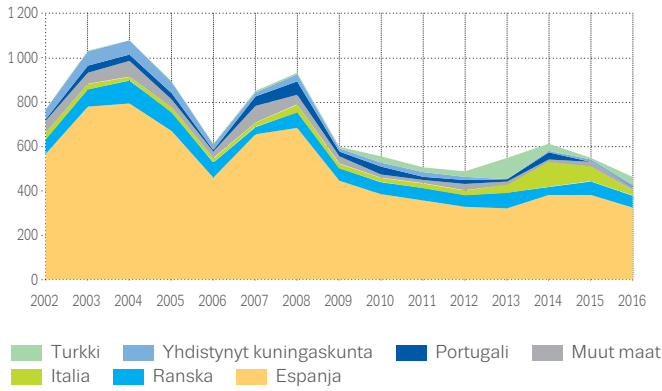
KUVA 1.2

Kannabistakavarikkojen määrää ja takavarikoitua kannabismäärää koskevat suuntauukset: hasis ja marihuana

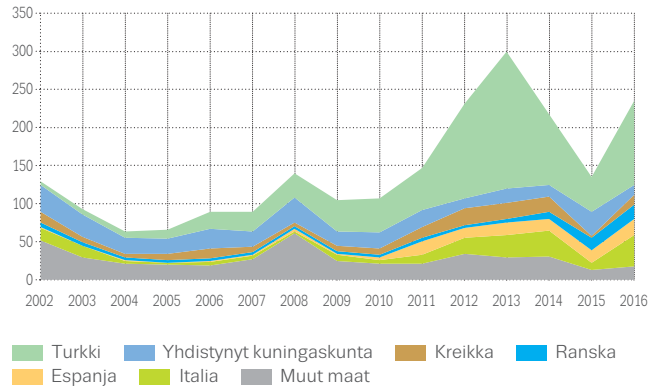
Takavarikkojen määrä



Hasis (tonnia)



Marihuana (tonnia)

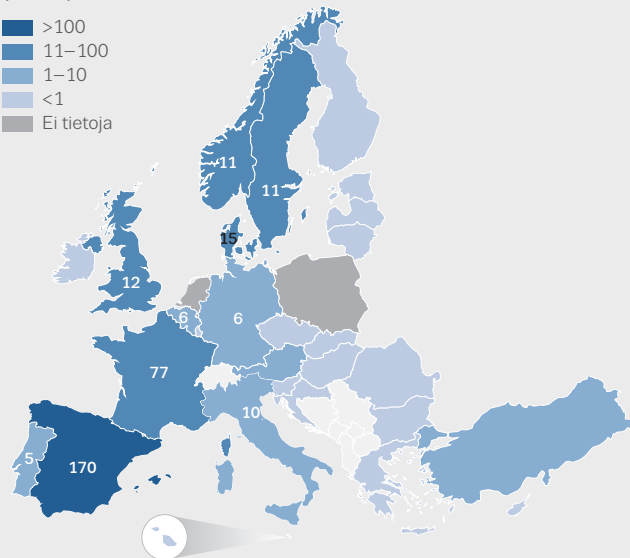


KUVA 1.3

Hasiksen ja marihuanan takavarikot, vuosi 2016 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

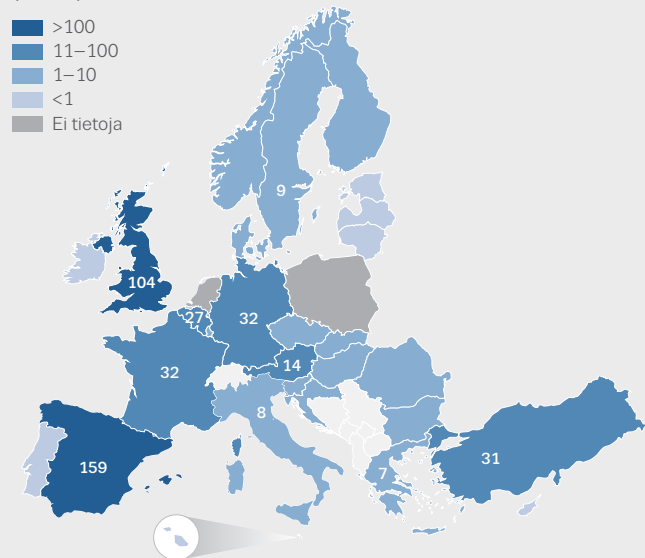
Hasiksen takavarikkojen määrä (tuhatta)

- >100
- 11–100
- 1–10
- <1
- Ei tietoja



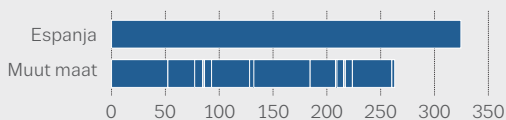
Marihuanan takavarikkojen määrä (tuhatta)

- >100
- 11–100
- 1–10
- <1
- Ei tietoja

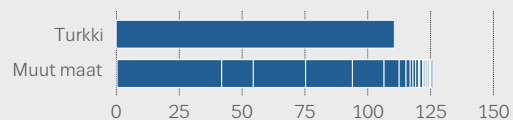


Huom. Takavarikkojen määrät ilmoitetaan (tuhansina) niiden kymmenen maan osalta, joiden luvut ovat suurimmat.

Takavarikoidun hasiksen määrä (tonnia)



Takavarikoidun marihuanan määrä (tonnia)



kasviin. Vuonna 2016 ilmoitettiin 1 200 kannabisöljyn takavarikkoa eli lähes neljä kertaa enemmän kuin vuonna 2015. Takavarikoidut määrät olivat suurimmat Turkissa (53 litraa) ja Tanskassa (14 litraa).

Säännöllisesti raportoivien maiden suuntausindeksin analyysi osoittaa, että marihuanan ja hasiksen voimakkuus (tetrahydrokannabinolin eli THC:n pitoisuus) on kasvanut merkittävästi vuodesta 2006. Molempien muotojen voimakkuus kasvoi vuoteen 2013 asti. Sen jälkeen marihuanan voimakkuus on pysynyt ennallaan, kun taas hasiksen voimakkuus on jatkanut kasvuaan. Voimakkuuden kasvuun vaikuttavia tekijöitä voivat olla intensiivisen tuotantotekniikan käyttöönotto Euroopassa, voimakkaiden kasvien ja uusien tekniikoiden käyttöönotto Marokossa ja uudet monikantaiset tai hybridikasveihin perustuvat tuotteet. Tietojen mukaan hasiksen ja marihuanan hinnat ovat samat, kun taas hasis on keskimäärin voimakkaampaa.

Heroinin takavarikkojen määrä laskee

Heroini on yleisin opioidi EU:n huumemarkkinoilla. Sen arvioitu vähittäismyyntiarvo vuonna 2013 oli vähintään 6,8 miljardia euroa (todennäköisesti 6,0–7,8 miljardia euroa). Tuontiheroinia on perinteisesti ollut saatavana Euroopassa kahdessa muodossa. Näistä yleisempi on (kemiallisessa perusmuodossaan oleva) ruskea heroini, jota tuodaan pääasiassa Afganistanista. Huomattavasti harvinaisempi on valkoinen heroini (suola), jota on aikaisemmin tuotu Kaakkois-Aasiasta mutta jota saatetaan nykyisin tuottaa myös Afganistanissa tai sen

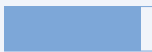
naapurimaissa. Muita laittomilla markkinoilla saatavilla olevia opioideja ovat oopiumi, lääkemorfiini, metadoni, buprenorfiini, tramadoli ja erilaiset fentanyylijohdannaiset. Joitakin opioideja voidaan saada laillisista lääkevalmisteista, kun taas joitakin valmistetaan laittomasti.

Afganistan on edelleen maailman suurin laiton oopiumintuottaja. Arvioiden mukaan Euroopassa tavatusta heroiinista suurin osa valmistetaan Afganistanissa tai sen naapurimaissa Iranissa ja Pakistanissa. Laittomien opioidien tuotanto Euroopassa on viime aikoihin asti rajoittunut kotitekoisten unikkotuotteiden tuotantoon joissakin Itä-Euroopan maissa. Viime vuosien havainnot useista laboratorioista, jotka muuntavat morfiinia heroiiniksi Alankomaissa, Espanjassa ja Tšekissä osoittavat, että pieniä määriä heroiinia valmistetaan Euroopassa. Tämä muutos voi johtua siitä, että toimittajat yrittävät vähentää kustannuksia toteuttamalla heroiinintuotannon viimeiset vaiheet Euroopassa, jossa etikkahappoanhydridin kaltaisia lähtöaineita voidaan saada edullisemmin kuin oopiumia tuottavissa maissa. Huumausaineen valmistamisella lähellä kuluttajamarkkinoita voidaan myös pyrkiä vähentämään kieltoriskejä.


HEROINI

Takavarikot

Määrä

38 000 EU  **47 000** EU + 2

Määrä

4,3 EU  **9,9** EU + 2

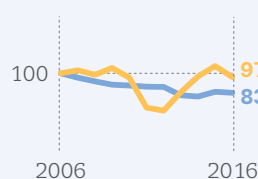
Hinta

(EUR/g)

140 €
35–65 €
22 €

Suuntausindeksi

Hinta ja puhtaus



Puhtaus

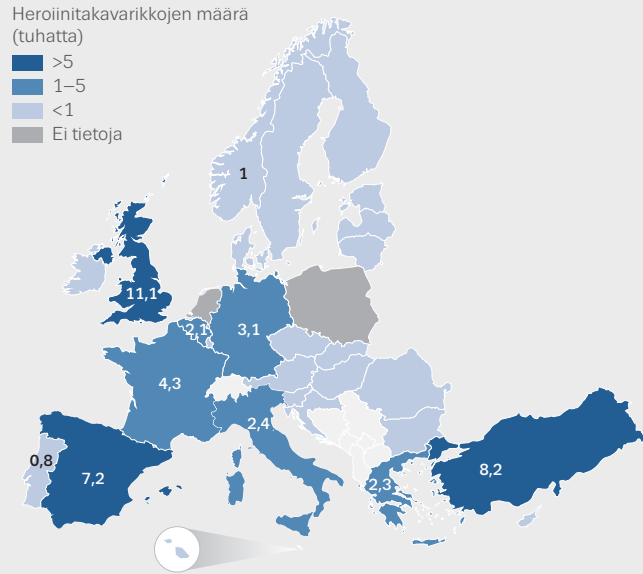
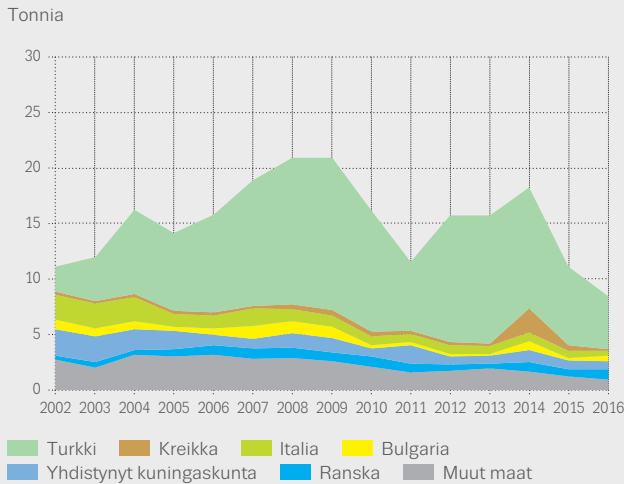
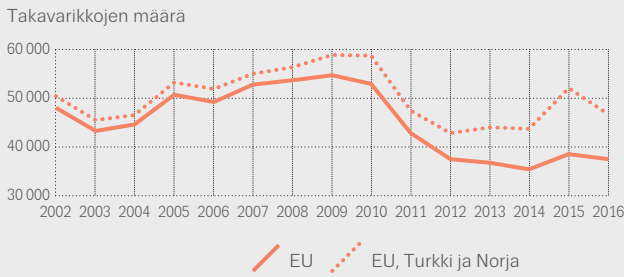
(%)

41 %
15–29 %
11 %

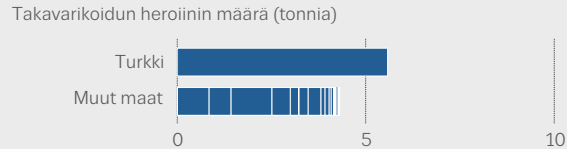
Huom. EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa. Ruskean heroiinin hinta ja puhtaus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan.

KUVA 1.4

Heroinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun heroinin määrä: suuntaukset ja vuosi 2016 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana



Huom. Takavarikkojen määrät ilmoitetaan (tuhansina) niiden kymmenen maan osalta, joiden luvut ovat suurimmat.



Heroini saapuu Eurooppaan neljää eri pääreittiä. Kaksi tärkeintä ovat "Balkanin reitti" ja "eteläinen reitti". Ensimmäinen näistä kulkee Turkin ja Balkanin maiden (Bulgarian, Romanian tai Kreikan) kautta aina Keski-, Etelä- ja Länsi-Eurooppaan. Balkanin reitille on päässyt myös Syyrian ja Irakin kautta. Eteläisen reitin merkitys on kasvanut viime vuosina. Tällä reitillä kuljetukset Iranista ja Pakistanista saapuvat Eurooppaan ilma- tai meriteitse joko suoraan tai Afrikan maiden kautta. Muita reittejä ovat

"pohjoinen reitti" ja Etelä-Kaukasian ja Mustanmeren kautta kulkeva reitti.

Heroinin saatavuus väheni usean Euroopan maan huumeraportteilla vuosina 2010–2011. Tämä ilmenee heroinitakavarikkojen määristä: määrä laski vuosina 2009–2014 ja vakiintui vuosina 2015 ja 2016. Vuosina 2002–2014 Euroopan unionissa takavarikoidun heroinin määrä puolittui kymmenestä tonnista viiteen tonniin. Viime vuosina määrä on vakiintunut, ja vuonna 2016 rekisteröitiin

TAULUKKO 1.1

Muiden opioidien kuin heroinin takavarikot vuonna 2016

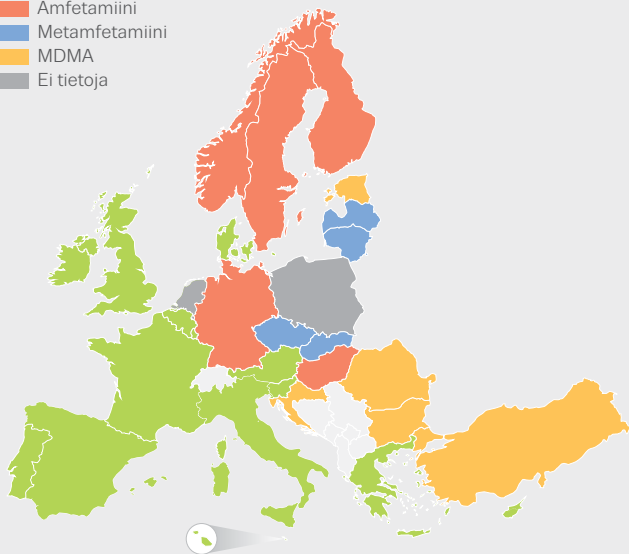
Opioidi	Määrä	Määrä			Maiden määrä
		Kilogrammaa	Litraa	Tablettia	
Metadoni	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprenorfiini	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadoli	3 553	2,03		63 412 688	16
Fentanyyli johdannaiset	738	1,55	1,2	11 792 (†)	12
Morfiini	225	11,08		4 201	13
Oopiumi	335	327,5			10
Kodeiini	339	20,65		9 506	9
Oksikodoni	12	0,005		107	6

(†) Huumelaput ja imupaperit.

KUVA 1.5

Yleisin takavarikoitu stimulantti Euroopassa, 2016 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

- Kokaiini
- Amfetamiini
- Metamfetamiini
- MDMA
- Ei tietoja



4,3 tonnia. Turkissa takavarikoidaan edelleen enemmän heroïinia kuin kaikissa muissa Euroopan maissa yhteensä (kuva 1.4), vaikka vuosina 2015–2016 Turkissa takavarikoidun heroïinin määrä laski 8,3 tonnista 5,6 tonniin. Säännöllisesti raportoivien maiden suuntausindeksi osoittaa, että heroïinin puhtaus väheni Euroopassa vuonna 2016 verrattuna vuoteen 2015, johon asti se oli lisääntynyt nopeasti vuodesta 2012, jolloin se oli alimmillaan. Hinnat puolestaan ovat laskeneet kymmenen viime vuoden ajan.

Euroopan maissa takavarikoidaan heroïinin lisäksi muita opioidituotteita, mutta niiden osuus on pieni takavarikkojen kokonaismäärästä. Muita yleisimmin takavarikoituja opioideja ovat lääkeopioideit tramadoli, buprenorfiini ja metadoni (ks. taulukko 1.1) Vuonna 2016 takavarikoitujen tramadolitablettien määrä kasvoi huomattavasti, ja myös fentanyylijohtannaisia takavarikoitiin paljon aiempaa enemmän.

Euroopan stimulanttimarkkinoilla alueellisia eroja

Kokaiini, amfetamiini, metamfetamiini ja MDMA ovat yleisimmät Euroopassa saatavilla olevat laittomat stimulantit. Stimulanttimarkkinoiden arvioitu vähittäismyyntiarvo Euroopan unionissa oli arviolta 6,3–10,2 miljardia euroa vuonna 2013. Takavarikoitujen stimulanttien yleisyydessä näkyy suuria alueellisia eroja. (kuva 1.5). Tähän vaikuttavat saapumissatamien ja salakuljetusreittien sijainnit, suuret tuotantokeskukset ja suuret kuluttajamarkkinat. Kokaiini on useimmin takavarikoitu stimulantti monissa Länsi- ja Etelä-Euroopan maissa, kun taas amfetamiini- ja MDMA-takavarikkoja on eniten Pohjois- ja Keski-Euroopassa.

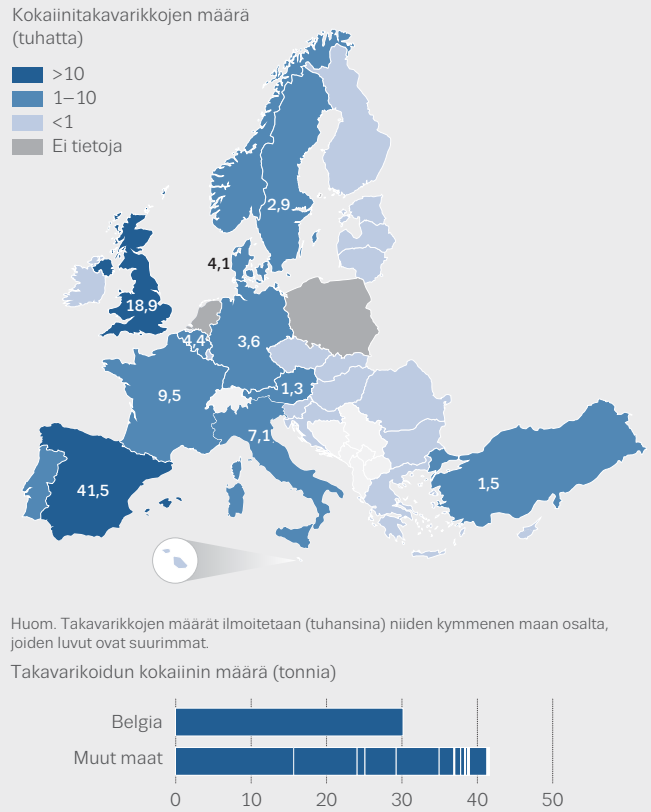
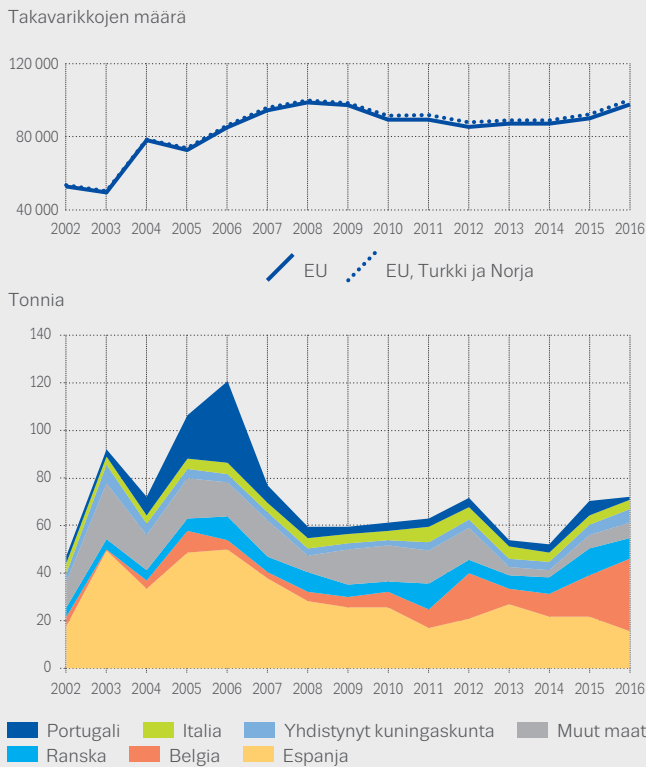
Kokaiinimarkkinat jatkuvassa nousussa

Euroopassa on saatavana kokaiinia kahdessa muodossa, joista jauhemainen kokaiini (suola) on yleisempää. Crack-kokaiini on kokaiinin poltettava muoto (vapaa kokaiinimäs), ja sen saatavuus on heikompaa. Kokaiinia valmistetaan kokapensaasta lehdistä. Sitä tuotetaan lähinnä Boliviassa, Kolumbiassa ja Perussa. Kokaiinia kuljetetaan Eurooppaan eri tavoin. Näihin kuuluvat matkustajalennot, lentorahdit, postipalvelut, yksityiset lentokoneet, alukset ja merikontit. Kokaiinin vähittäismyyntimarkkinoiden arvo Euroopan unionissa oli arviolta vähintään 5,7 miljardia euroa vuonna 2013.

Heroïini on yleisin opioidei EU:n huumemarkkinoilla

KUVA 1.6

Kokaiinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun kokaiinin määrä: suuntauksset ja vuosi 2016 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana



Vuonna 2016 Euroopan unionissa tehtiin yhteensä noin 98 000 kokaiinitakavarikkoa, joiden määrä oli 70,9 tonnia. Vuonna 2016 takavarikoidun kokaiinin määrä oli edelliseen vuoteen nähden hieman suurempi, ja takavarikointien määrä lisääntyi selkeästi (katso kuva 1.6). Vuonna 2016 Belgiassa takavarikoitiin noin 30 tonnia kokaiinia eli

43 prosenttia koko EU:n arvioidusta määrästä. Belgia syrjäytti Espanjan (15,6 tonnia) maana, josta raportoidaan eniten huumausaineen takavarikkoja vuosittain. Yhteensä yli viiden tonnin huumetakavarikoista ilmoitti myös Ranska (8,5 tonnia) ja Yhdistynyt kuningaskunta (5,7 tonnia). Kaiken kaikkiaan suuntausindeksi osoittaa, että

KOKAIINI

Takavarikot

Määrä

98 000 EU **100 000** EU + 2

Määrä

70,9 EU **71,8** EU + 2

Hinta

(EUR/g)

105 €
57–76 €
44 €

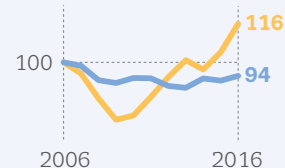
Puhtaus

(%)

84 %
51–73 %
40 %

Suuntausindeksi

Hinta ja puhtaus



Huom. EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa. Kokaiinin hinta ja puhtaus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan.

vuodesta 2010 alkaen kokaiinin puhtaudessa näkyvät nouseva suuntaus on jatkunut vuonna 2016, jolloin kokaiini oli puhtaimmillaan kymmeneen vuoteen.

Vuonna 2016 Euroopassa takavarikoitiin myös muita kokaiinituotteita, muun muassa 569 kilogrammaa kokaiinia sisältävää nestettä ja kolme kilogrammaa kokapensaaseja lehtiä. Lisäksi 79 kilogramman kokatahnan takavarikot Espanjassa ja seitsemän kilogramman Italiassa osoittavat, että Euroopassa on laittomia laboratorioita, jotka valmistavat kokaiinihydrokloridia. Tämä muutos kertoo joidenkin rikollisjärjestöjen tuotantotaktiikan muutoksesta, koska aiemmin useimmat kokaiinilaboratoriot Euroopassa ovat olleet ”jatkoittamislaboratorioita”, joissa kokaiinia erotetaan materiaaleista, joihin sitä on sisällytetty (esim. viineistä, vaatteista, muovista).

Huumeiden tuotanto: lähtöaineiden kemiallinen kehitys

Huumeiden lähtöaineet ovat välttämättömiä kemikaaleja, joita tarvitaan laittomien huumeiden valmistuksessa. Koska monilla lähtöaineilla on laillisia käyttötapoja, niitä ei ole kielletty, vaan niiden kauppaa seurataan ja valvotaan EU:n säädöksillä, joissa luetellaan tietyt kemikaaleja (eli lisätään ne valvottujen aineiden luetteloon). Lähtöaineiden saatavuudella on suuri vaikutus synteettisten huumeiden

markkinoihin sekä laittomissa laboratorioissa käytettyihin tuotantomenetelmiin. Tuotantotekniikat kehittyvät jatkuvasti valvonnan kiertämiseksi. Muutoksiin kuuluu tavallisesti luetteloon kuulumattomien kemikaalien käyttö synteettisten huumausaineiden tai niiden lähtöaineiden tuottamiseksi. Tästä on esimerkkinä äskettäin havaittu N-t-BOC-MDMA (N-tert-butyloksikarbonyyli-MDMA). Lisäjalostukseen tarvitaan enemmän kemikaaleja, ja se tuottaa enemmän jätettä, mikä voi aiheuttaa vahinkoa ympäristölle.

Huumeiden lähtöaineiden takavarikkoja ja pysäytettyjä toimituksia koskevissa tiedoissa vahvistetaan, että säänneltyjä ja sääntelemättömiä aineita käytetään Euroopan unionissa laittomien huumeiden, erityisesti amfetamiinien ja MDMA:n, tuotannossa (taulukko 1.2). BMK:n (bentsyylimetyyliketonin) lähtöaineen alfa-fenyyliaasetonitriiliin (APAAN) luetteloon sisällyttämisellä vuoden 2013 lopussa näyttää olevan edelleen vaikutusta, koska takavarikot vähenivät 48 000 kilogrammasta vuonna 2013 aina 600 kilogrammaan vuonna 2016. Helposti BMK:ksi muunnettavien vaihtoehtoisten kemikaalien, kuten alfafenyyliaasetamidin (APAA) ja BMK:n glysidijohdannaisien, takavarikoista ilmoitettiin ensimmäisen kerran vuonna 2015, ja ne lisääntyivät jyrkästi vuonna 2016.

TAULUKKO 1.2

Yhteenveto EU:n luetteloon kuuluvien ja kuulumattomien tietyjen synteettisten huumeiden lähtöaineiden takavarikoista ja pysäytetyistä toimituksista Euroopan unionissa vuonna 2016

Luetteloon kuuluvat/kuulumattomat	Takavarikot		Pysäytetyt toimitukset		YHTEENSÄ	
	Määrä	Määrä	Määrä	Määrä	Määrä	Määrä
MDMA tai sitä muistuttavat aineet						
PMK (litraa)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safroli (litraa)	5	63	0	0	5	63
Piperonaali (kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
PMK:n glysidijohdannaiset (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
Amfetamiini ja metamfetamiini						
Efedriini, irtotavarana (kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (litraa)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoefedriini, irtotavarana (kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, fenyylitikkahappo (kg)	0	0	5	112	5	112
APAA (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
BMK:n glysidijohdannaiset (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

Sekä PMK:n (piperonyylimetyyliketonin) että MDMA:n valmistuksessa käytettävien luetteloon kuulumattomien kemikaalien takavarikot lisääntyivät vuonna 2016. PMK:n takavarikot Ranskassa, PMK:n glysidihappojohdannaisien takavarikot Bulgariassa ja lähtöaineiden pysäytetyt toimitukset Espanjassa kertovat kuljetusreittien monipuolistumisesta.

Amfetamiinin ja metamfetamiinin takavarikot pysyneet ennallaan

Amfetamiini ja metamfetamiini ovat synteettisiä stimulantteja, joista käytetään usein yleisnimitystä "amfetamiinit", ja joissakin tietosarjoissa näitä voi olla vaikea erottaa toisistaan. Takavarikot osoittavat, että metamfetamiinin saatavuus on viime vuosikymmenen aikana lisääntynyt, mutta sen saatavuus on yhä paljon alhaisempi kuin amfetamiinin.

Molempia huumeita valmistetaan Euroopassa eurooppalaisille markkinoille. On havaittu merkkejä siitä, että amfetamiinia tuotetaan lähinnä Belgiassa, Alankomaissa ja Puolassa ja pienemmässä määrin Baltian maissa ja Saksassa. Jotkin näistä maista ovat ilmoittaneet purkaneensa laboratorioita, joissa tuotannon viimeinen vaihe eli amfetamiinin perusöljyn muuntaminen amfetamiinisulfaatiksi tehdään. Tämä viittaa siihen, että sijaintia vaihdetaan valmistusprosessin tässä vaiheessa. Sen ajatellaan johtuvan siitä, että tietyt ryhmät salakuljettavat mieluummin nesteitä kuin lopputuotetta kiellon välttämiseksi.

Joitakin amfetamiineja valmistetaan myös vientiin erityisesti Lähi-itään, Kaukoitään ja Oseaniaan. Captagon-logolla merkittyjen amfetamiinitablettien takavarikot ovat myös lisääntyneet hiljattain, erityisesti Turkissa, jossa takavarikoitiin yli 13 miljoonaa tablettia vuonna 2016.

AMFETAMIINIT



AMFETAMIINI

Takavarikot

Määrä

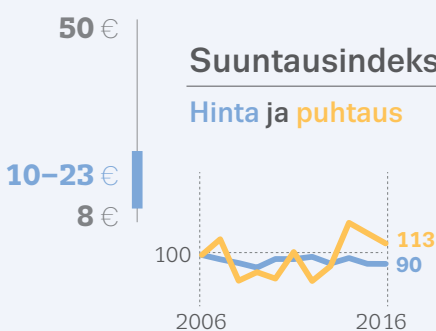
34 000 EU  **39 000** EU + 2

Määrä

5,7 EU  **9,5** EU + 2

Hinta

(EUR/g)



Puhtaus

(%)

61 %
20-31 %
14 %

METAMFETAMIINI

Takavarikot

Määrä

9 000 EU  **14 000** EU + 2

Määrä

0,5 EU  **0,8** EU + 2

Hinta

(EUR/g)

170 €
19-71 €
15 €

Puhtaus

(%)

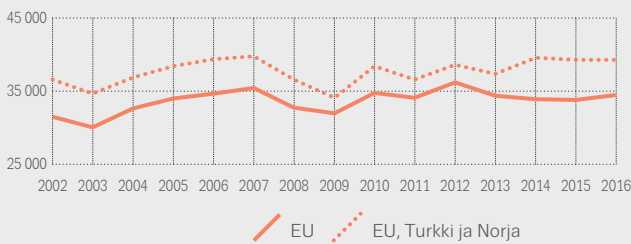
73 %
25-58 %
22 %

Huom. EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa. Amfetamiinien hinta ja puhtaus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan. Metamfetamiinin osalta ei ole saatavilla suuntausindeksiä.

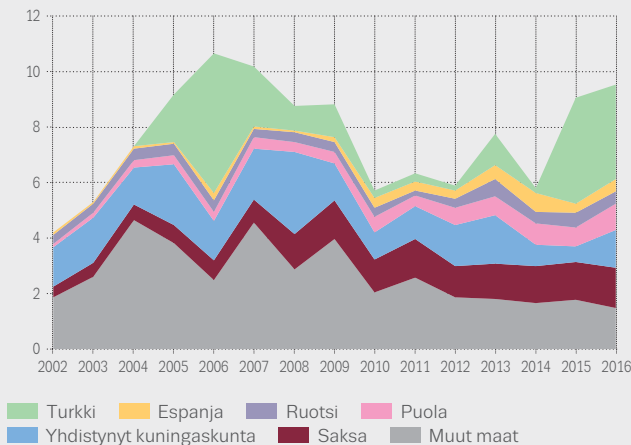
KUVA 1.7

Amfetamiinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun amfetamiinin määrä: suuntaukset ja vuosi 2016 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

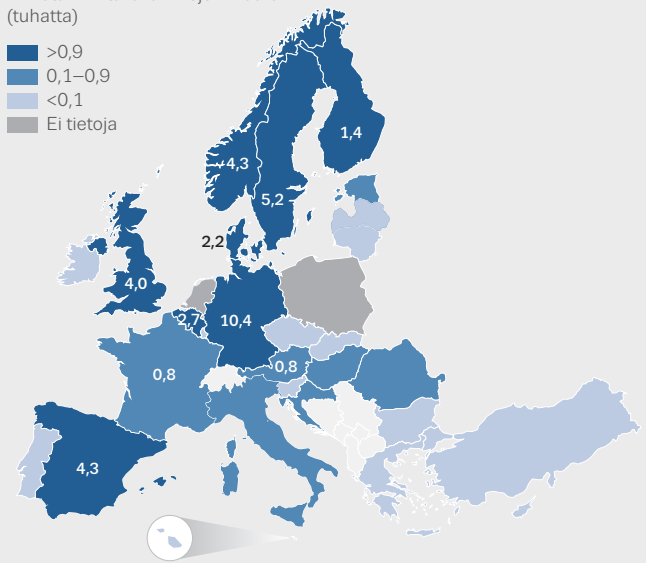
Takavarikkojen määrä



Tonnia

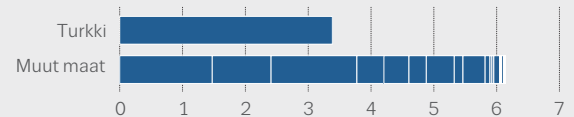


Amfetamiinitakavarikkojen määrä (tuhatta)



Huom. Takavarikkojen määrät ilmoitetaan (tuhansina) niiden kymmenen maan osalta, joiden luvut ovat suurimmat.

Takavarikoidun amfetamiinin määrä (tonnia)



Suuri osa Euroopan metamfetamiinista on jo pitkään ollut peräisin Tšekistä ja viime aikoina sen naapurimaiden raja-alueilta. Tšekissä metamfetamiinin tuotannossa käytetään lähinnä lähtöainetta pseudoefedriiniä, jota uutetaan lähinnä Puolasta tai enenevässä määrin Puolan kautta muualta tuoduista lääketuotteista. Metamfetamiinin tuotannossa voidaan käyttää myös bentsyylimetyyliketonia (BMK). Vuonna 2016 Euroopan unionissa ilmoitetusta 291 laittomasta metamfetamiinilaboratoriosta 261 sijaitsi Tšekissä. Yleisimpiä ovat kotimaan markkinoille ainetta toimittavat pienet laboratoriot, mutta myös suurista tuotantotiloista, joissa järjestäytyneet rikollisryhmät valmistavat huumetta Euroopan muiden maiden markkinoille, on raportoitu.

Vuonna 2016 EU:n jäsenvaltiot tekivät 34 000 amfetamiinitakavarikkoa, joissa otettiin talteen 5,7 tonnia amfetamiinia. Kaiken kaikkiaan takavarikoidun amfetamiinin määrä Euroopan unionissa on pysynyt ennallaan. Vuodesta 2010 lähtien se on vaihdellut 5–6 tonnin välillä (kuva 1.7). Metamfetamiinitakavarikkojen määrä on paljon pienempi. Vuonna 2016 Euroopan unionissa tehtiin 9 000 takavarikkoa, joissa otettiin talteen 0,5 tonnia metamfetamiinia. Tšekissä takavarikoitiin eniten metamfetamiinia (kuva 1.8). Metamfetamiinitakavarikkojen määrä on ollut nousussa vuodesta 2002, kun taas

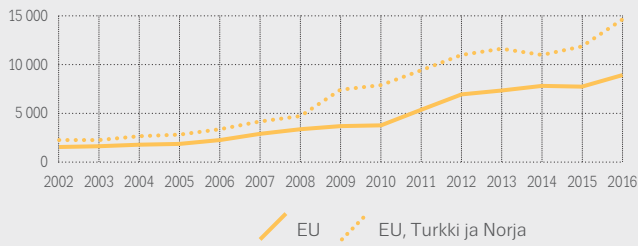
takavarikoitu määrä on pysynyt melko samana vuodesta 2009. Vuonna 2016 myös Turkissa takavarikoitiin suuria amfetamiinimääriä, pääasiassa Captagon-tabletteja (1,3 miljoonaa tablettia eli arviolta 3,4 tonnia amfetamiinia) sekä 0,25 tonnia metamfetamiinia.

Metamfetamiinin ilmoitettu keskimääräinen puhtaus on yleensä korkeampi kuin amfetamiiniotosten.

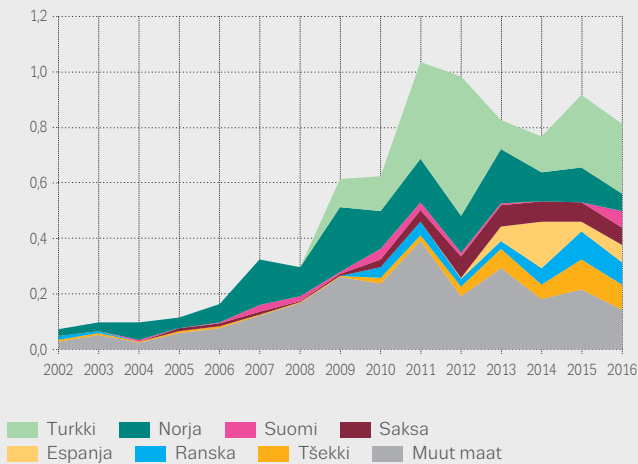
KUVA 1.8

Metamfetamiinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun metamfetamiinin määrä: suuntauksset ja vuosi 2016 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

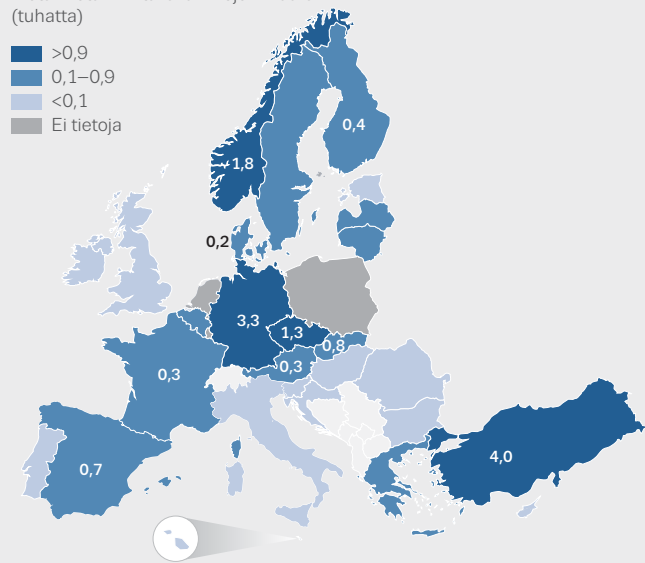
Takavarikkojen määrä



Tonnia

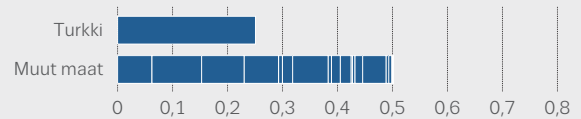


Metamfetamiinitakavarikkojen määrä (tuhatta)



Huom. Takavarikkojen määrät ilmoitetaan (tuhansina) niiden kymmenen maan osalta, joiden luvut ovat suurimmat.

Takavarikoidun metamfetamiinin määrä (tonnia)



MDMA:n tuotanto ja takavarikot kasvussa

MDMA (3,4-metyleenidioksimetamfetamiini) on syntetttinen aine, joka muistuttaa kemiallisesti amfetamiineja, mutta sen vaikutus on erilainen. MDMA:ta

käytetään tabletteina (kutsutaan usein ekstaasiksi), ja sitä on saatavana myös jauheena ja kiteenä. Uusia MDMA-tabletteja, joissa on erilaisia värejä, muotoja ja tuoteloja, tuodaan jatkuvasti markkinoille. Vuonna 2013 MDMA:n vähittäismyyntimarkkinoiden arvo Euroopan unionissa oli

MDMA



Takavarikot

Määrä

24 000 EU **31 000** EU + 2

Määrä

5,3 EU



9,1 EU + 2

295 EU



306 EU + 2

Hinta

(EUR/tabletti)

16 €

6–11 €

4 €

Puhtaus

(mg MDMA:ta / tabletti)

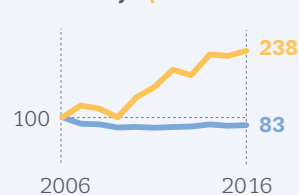
168

86–152

41

Suuntausindeksi

Hinta ja puhtaus

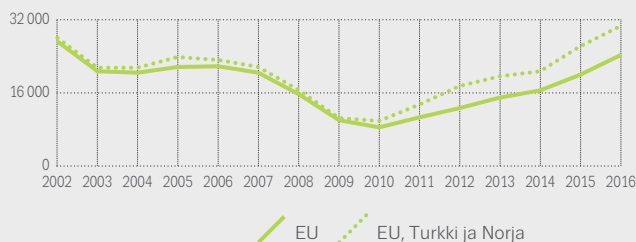


Huom. EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa. MDMA:n hinta ja puhtaus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljannespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan.

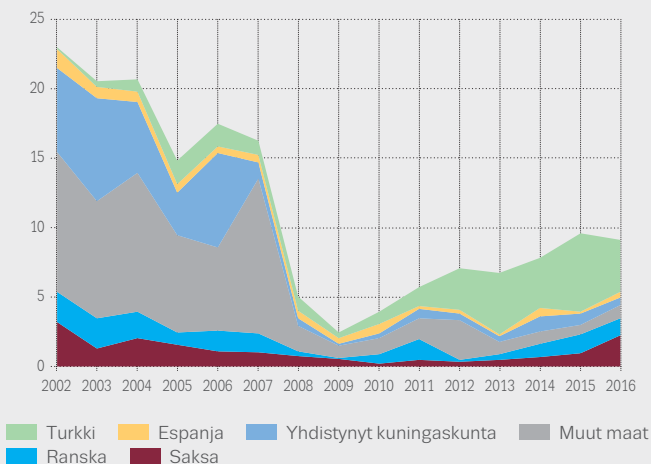
KUVA 1.9

MDMA-takavarikkojen määrä ja takavarikoidun MDMA:n määrä: suuntaukset ja vuosi 2016 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

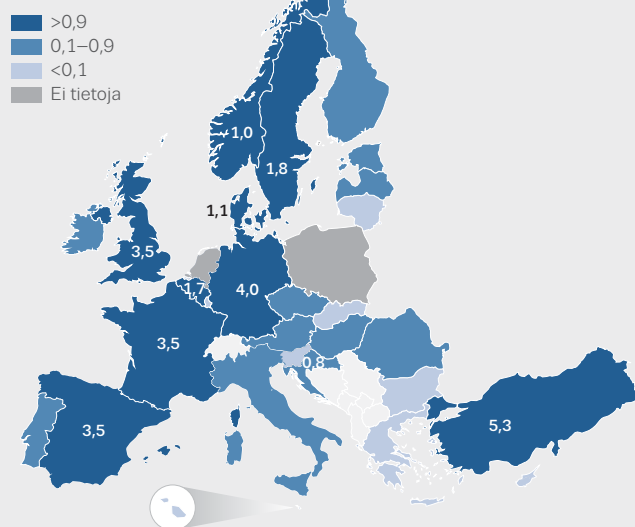
Takavarikkojen määrä



Tablettia (miljoonaa)

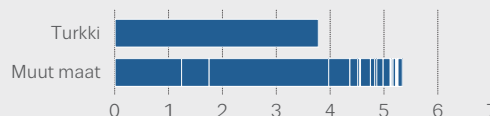


MDMA-takavarikkojen määrä (tuhatta)



Huom. Takavarikkojen määrät ilmoitetaan (tuhansina) niiden kymmenen maan osalta, joiden luvut ovat suurimmat.

Takavarikoitu MDMA-tablettia (miljoonaa)



arviolta vähintään 0,7 miljardia euroa. MDMA-markkinat ovat elpyneet viime vuosina. Sitä ennen MDMA:ta oli vähän saatavilla, koska sen valmistuksessa käytettävistä lähtökemikaaleista oli puutetta. Tablettien keskimääräinen MDMA-pitoisuus on kasvanut vuodesta 2009 lähtien, ja joidenkin erien suuret MDMA-pitoisuudet on liitetty haittoihin ja kuolemantapauksiin.

Euroopassa MDMA:n tuotanto on keskittynyt pääasiassa Alankomaihin ja Belgiaan. Euroopan unionissa purettiin 11 MDMA-laboratoriota vuonna 2016 (kymmenen Alankomaissa ja yksi Belgiassa) eli vuoden 2015 luku on yli kaksinkertaistunut. Euroopassa valmistettua MDMA:ta viedään myös maailman muihin osiin. Australian poliisi esimerkiksi ilmoitti, että Australiassa vuonna 2016 takavarikoitu suurin yksittäinen MDMA:n määrä (1,2 tonnia) oli peräisin Euroopasta.

MDMA-takavarikkojen viimeaikaisten suuntausten arvioiminen on vaikeaa, koska maista, joilla on todennäköisesti suuri merkitys kokonaismäärään, ei ole käytettävissä tietoja. Vuonna 2016 tietoja ei ollut saatavilla Alankomaista, ja takavarikkojen lukumäärää koskevia tietoja ei ollut saatavilla Saksasta ja Puolasta. Ilman näitä tärkeitä tietoja Euroopan unionissa takavarikoitu MDMA:n määrä on kasvanut vuonna 2016, ja

sen arvioidaan olevan 5,3 miljoonaa tablettia ja 295 kilogrammaa MDMA-jauhetta.

MDMA-takavarikkojen kokonaismäärä Euroopan unionissa on noussut edelleen vuodesta 2010, ja myös takavarikoitu määrä on kasvanut jonkin verran samana aikana, vaikka vuosittaista vaihtelua on. Turkissa takavarikoitiin myös suuria määriä MDMA:ta vuonna 2016, yhteensä 3,8 miljoonaa MDMA-tablettia (kuva 1.9). Suuntausindeksi osoittaa, että takavarikoitujen tablettien MDMA-pitoisuus on kasvanut huomattavasti viime vuosina.

LSD:n, GHB:n ja ketamiinin takavarikot

Euroopan unionissa ilmoitettiin myös muiden laittomien huumeiden takavarikoista. Vuonna 2016 tehtiin muun muassa 1 700 LSD:n (lysergihapon dietyyliamidin) takavarikkoa, joissa otettiin talteen yhteensä 97 000 yksikköä. LSD-takavarikkojen kokonaismäärä on lähes kaksinkertaistunut vuodesta 2010, vaikka takavarikoitu määrä on vaihdellut. Neljätoista EU-maata ilmoitti noin 1 800 ketamiinitakavarikkoa, joista otettiin talteen noin 83 kilogrammaa huumetta. Suurin osa näistä takavarikoista tehtiin Tanskassa, Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Myös Norja ilmoitti pienestä määrästä

ketamiinitakavarikkoja – 50 takavarikkoa, joiden määrä oli 0,2 kilogrammaa. Vuonna 2016 GHB:n (gammahydroksivoihapon) tai GBL:n (gammabutyrolaktonin) takavarikkoja koskevat ilmoitukset tulivat 13 EU-maasta sekä Norjasta ja Turkista. Kaiken kaikkiaan yhteensä 1 700 arvioidun takavarikon määrä oli lähes 360 kilogrammaa ja 1 400 litraa huumausainetta. Norjan osuus takavarikkojen kokonaismäärästä oli yli neljäsosa.

Uusien psykoaktiivisten aineiden monimutkaiset markkinat

Vuoden 2017 loppuun mennessä EMCDDA:n seurannassa oli yli 670 uutta psykoaktiivista ainetta, jotka ovat ilmaantuneet Eurooppaan. Nämä aineet eivät kuulu kansainvälisen huumevalvonnan piiriin. Näihin kuuluu monenlaisia huumeita, kuten synteettiset kannabinoidit, stimulantit, opioidit ja bentsodiatsepiinit (kuva 1.10). Useimpia näistä markkinoidaan laittomien huumeiden ”laillisina” korvikkeina, kun taas jotkin on tarkoitettu pienille ryhmille, jotka haluavat kokeilla niiden mahdollisia uusia vaikutuksia.

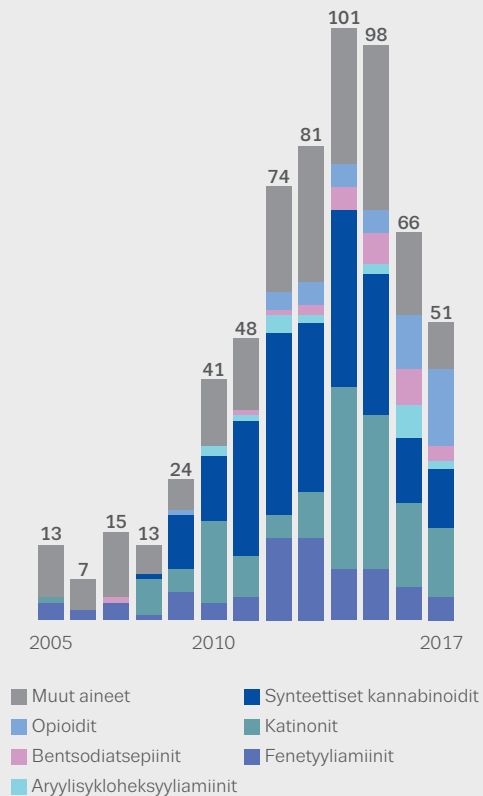
Monissa tapauksissa Kiinassa sijaitsevat kemikaali- ja lääkeyritykset tuottavat suuria määriä uusia aineita. Sieltä ne kuljetetaan Eurooppaan, jossa ne valmistetaan tuotteiksi, pakataan ja myydään. Lisäksi joitakin uusia aineita hankitaan lääkkeiksi, jotka saadaan joko laillisista toimitusketjuista tai hankitaan laittomasti. Aineita voidaan myös valmistaa luvattomissa laboratorioissa joko Euroopassa tai muualla. Monet eri indikaattorit osoittavat tämäntyyppisen tuotannon lisääntyneen viime vuosina Euroopassa. Näihin kuuluvat laittomia laboratorioita koskevat havainnot, synteettisten huumeiden jätteiden analysointi ja lähtökemikaalien takavarikot.

Jotkin uudet aineet myydään avoimesti pinta-www:ssä ja verkon ulkopuolella erikoisliikkeissä, ja niitä markkinoidaan usein ”laillisina huumeina”. Niitä myydään myös anonyymien verkon markkinoilla ja laittomilla markkinoilla, joskus niiden omalla nimellä ja joskus virheellisesti laittomina huumeina, kuten heroiinina, kokaiinina, ekstaasina ja bentsodiatsepiinina.

Lähes 70 prosenttia uusista aineista, jotka havaittiin Euroopan unionin varhaisvaroitusjärjestelmän kautta, on havaittu viiden viime vuoden aikana. Vuonna 2017 havaittiin 51 uutta ainetta ensimmäistä kertaa Euroopassa. Tämä on vähemmän kuin minään viitenä edellisessä vuonna. Se on laskua huippuvuosista 2014 ja 2015, jolloin havaittiin vuodessa noin sata uutta ainetta. Tämän laskun syyt ovat epäselvät, mutta se voi osittain johtua

KUVA 1.10

EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ensimmäistä kertaa ilmoitettujen uusien psykoaktiivisten aineiden määrä ja ryhmät vuosina 2005–2017



kansallisten viranomaisten Euroopassa toteuttamista toimista, joilla uudet aineet ja erityisesti niiden avoin myynti on kielletty. Toinen tärkeä syy voi olla uusia aineita valmistaviin laboratorioihin kohdistuvat valvontatoimet ja lainvalvonnan toimenpiteet Kiinassa.

Vuosittain ensimmäistä kertaa havaittujen uusien aineiden määrä on vain yksi keino, jota EMCDDA käyttää ymmärtääkseen kokonaismarkkinoita. Näiden markkinoiden monimutkaistumisesta havainnollistaa esimerkiksi se, että yli 50 prosenttia (369) tällä hetkellä seurannassa olevista uusista aineista havaittiin Euroopan huumeraportilla myös vuonna 2016.

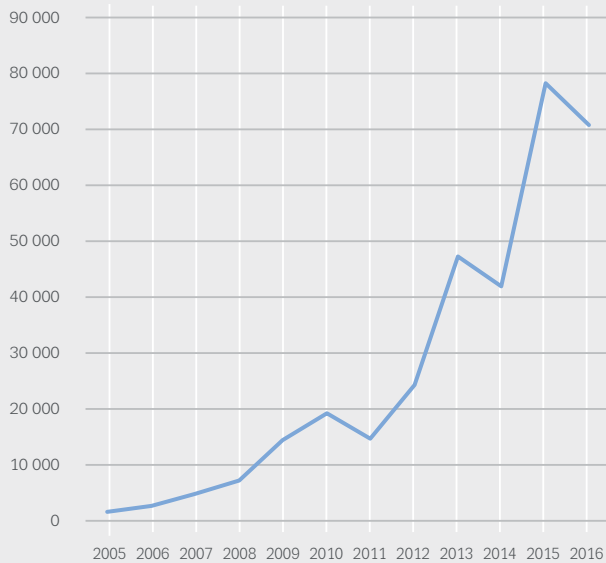
Uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikot: synteettisten katinonien ja kannabinoidien valta-asema jatkuu

Vuonna 2016 lähes 71 000 uuden psykoaktiivisen aineen takavarikkoa ilmoitettiin EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään (kuva 1.11). Synteettisten katinonien ja synteettisten kannabinoidien osuus oli yhteensä lähes 80 prosenttia kaikista takavarikoista ja 80 prosenttia takavarikoitujen uusien aineiden kaikista määristä vuonna 2016. Vuonna 2016 takavarikoituissa määrissä havaittiin yleistä

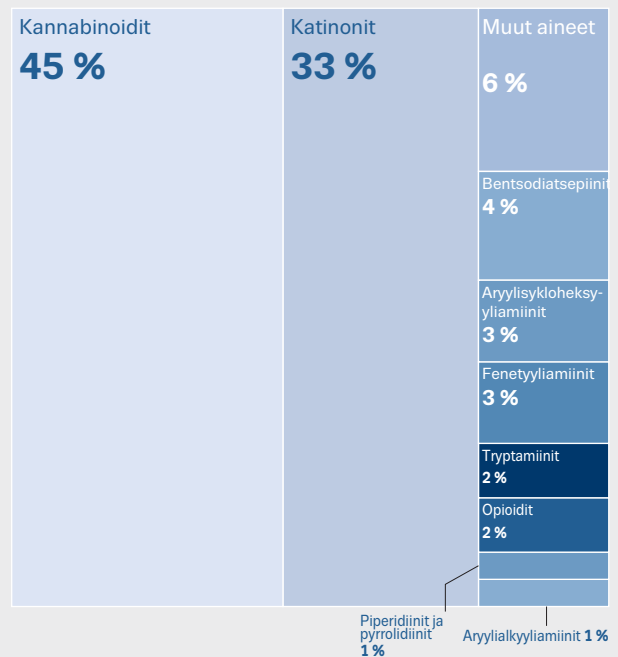
KUVA 1.11

EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoitettujen uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikkojen määrät: suuntaukset ja jaottelu ryhmien mukaan vuonna 2016

Takavarikkotapausten määrä



Huom. EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa koskevat tiedot.



laskua edellisestä vuodesta. Synteettisten katinonien, bentsodiatsepiinien ja synteettisten opioidien takavarikkojen määrät kuitenkin kasvoivat. Uusien aineiden takavarikkoja koskevia kokonaismääriä Euroopassa on pidettävä vähimmäisarvioina, sillä tiedot ovat peräisin pikemminkin tapauksia koskevista tiedoista kuin valvontajärjestelmistä. Ilmoitettuihin takavarikkoihin vaikuttavat monet eri tekijät, kuten lisääntynyt tietoisuus uusista aineista, niiden muuttuva oikeudellinen asema ja lainvalvonnan valmiudet ja painopisteet sekä lainvalvontaviranomaisten ilmoituskäytännöt.

Uudet synteettiset opioidit

Euroopan huumemarkkinoilla on havaittu 38 uutta opioidia vuodesta 2009. Näistä 13 havaittiin ensimmäistä kertaa vuonna 2017. Näihin kuuluu 28 fentanyylijohdannaista, joista kymmenen ilmoitettiin ensimmäistä kertaa vuonna 2017. Uudet fentanyylijohdannaiset ovat erittäin voimakkaita aineita, jotka aiheuttavat vakavan uhan ihmisten terveydelle ja kansanterveydelle, vaikka niiden merkitys onkin tällä hetkellä pieni Euroopan huumemarkkinoilla.

Uusia opioideja on takavarikoitu eri muodoissa: lähinnä jauheena, tabletteina ja nesteinä. Noin 4,6 litraa synteettisiä opioideja takavarikoitiin vuonna 2016. Määrä kasvoi edellisestä vuodesta, jolloin takavarikoitiin 1,8 litraa. Vuonna 2016 ilmoitettiin 1 600 uusien synteettisten

opioidien takavarikkoa, joista fentanyylijohdannaisten osuus oli yli 70 prosenttia. Takavarikoiduista nesteistä 96 prosentissa havaittiin fentanyylijohdannaisia. Yksi huolenaihe tältä osin on fentanyylijohdannaisia, kuten akryloylifentanyyliä, furanylifentanyyliä, 4-fluoroisobutyrylifentanyyliä, tetrahydrofuraanylifentanyyliä ja karfentaniilia sisältävien nenäsuihkeiden ilmaantuminen markkinoille. Uusien opioidien osuus uusien aineiden takavarikkojen kokonaismäärästä vuonna 2016 on 2,3 prosenttia eli 0,8 prosenttia enemmän kuin vuonna 2015.

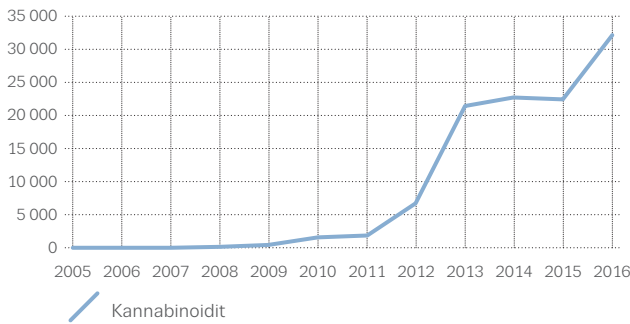
Synteettiset kannabinoidit

Synteettiset kannabinoidit ovat aineita, jotka jäljittelevät delta-9-tetrahydrokannabinolin (THC) vaikutuksia. THC on aine, joka suurelta osin aiheuttaa kannabiksen psykoaktiiviset vaikutukset. Euroopassa toimivat tuottajat tuovat jauhemuotoisia kannabinoideja Eurooppaan ja lisäävät niitä kuivattuun kasviainekseen. Näitä markkinoidaan kannabiksen laillisina korvikkeina ja myydään "poltettavana yrttiseoksena". Synteettiset kannabinoidit ovat edelleen suurin uusien aineiden ryhmä, jota EMCDDA seuraa ja jonka kemiallinen monimuotoisuus lisääntyy. Vuodesta 2008 on havaittu 179 synteettistä kannabinoidia, joista 10 ilmoitettiin vuonna 2017.

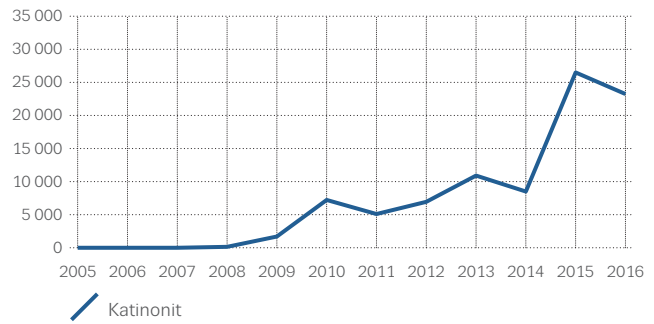
KUVA 1.12

EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoitetut synteettisten kannabinoidien ja katinonien takavarikot: takavarikkojen määrää ja takavarikoitua määrää koskevat suuntauksukset

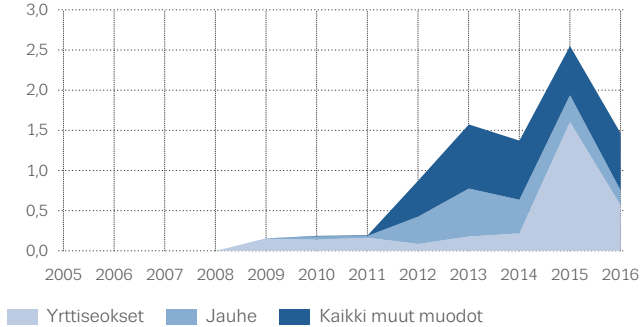
Takavarikkotapausten määrä



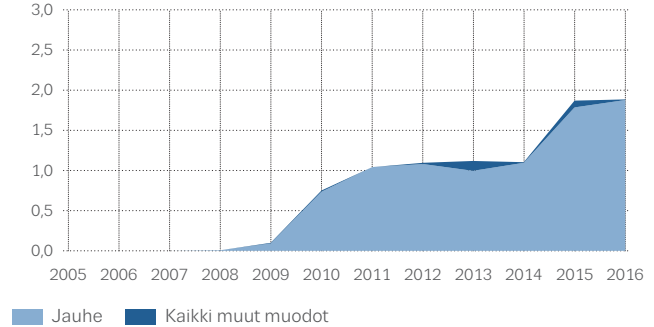
Takavarikkotapausten määrä



Kannabinoidit (tonnia)



Katinonit (tonnia)



Huom. EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa koskevat tiedot.

Synteettiset kannabinoidit olivat jälleen vuonna 2016 useimmin takavarikoitu uusi psykoaktiivinen aine. Takavarikkoja ilmoitettiin hieman yli 32 000 (kuva 1.12). Edelliseen vuoteen verrattuna takavarikkoja on lähes 10 000 enemmän, ja niiden osuus on lähes puolet vuonna 2016 ilmoitettujen uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikkojen kokonaismäärästä. Viisi yleisimmän takavarikoitua synteettistä kannabinoidia vuonna 2016 olivat MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 ja AMB-FUBINACA.

Synteettisten kannabinoidien takavarikoissa aineita oli lähes 1,5 tonnia. Se on huomattava lasku vuodesta 2015, jolloin määrä oli 2,5 tonnia. Takavarikoiduista määristä 40 prosenttia koski yrttiseoksia ja lähes 13 prosenttia jauheita vuonna 2016.

Jauhemuotoisia synteettisiä kannabinoideja ja käsittelylaitoksia koskevat takavarikot Euroopassa osoittavat, että tuotteet pakataan Euroopassa. Takavarikoiduista jauheista olisi voitu valmistaa miljoonia annoksia sen jälkeen, kun ne oli käsitelty poltettaviksi yrttiseoksiksi. Vuonna 2016 yleisimmät takavarikoidut jauhemaiset kannabinoidit olivat AM-6527 5-fluoropentyylijohdannainen (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) ja AB-FUBINACA (7 kg).

Synteettiset katinonit

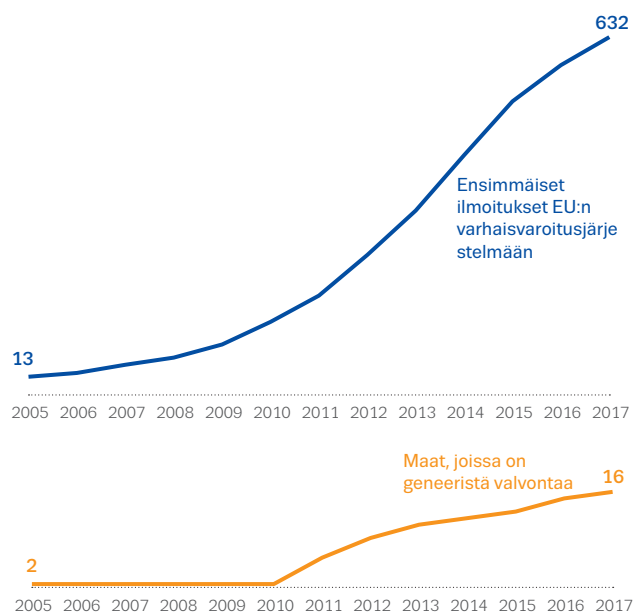
Synteettiset katinonit muistuttavat kemiallisesti luonnossa esiintyvää stimulanttia katinonia, jota on khat-kasvissa (*Catha edulis*). Näiden aineiden vaikutukset muistuttavat yleisten stimulanttien, kuten amfetamiinin, kokaiinin ja MDMA:n, vaikutuksia. EMCDDA:n seuraamista uusien aineiden ryhmistä synteettiset katinonit ovat toiseksi suurin. Yhteensä on havaittu 130 synteettistä katinonia, joista 12 havaittiin ensimmäistä kertaa vuonna 2017.

Vuonna 2016 uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikkoja tehtiin toiseksi eniten eli yli 23 000 synteettisistä katinoneista. Niiden osuus oli lähes kolmasosa takavarikkojen kokonaismäärästä. Tässä on lievää laskua edellisen vuoden luvusta. Vuonna 2016 viisi useimmin takavarikoitua katinonia olivat alfa-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-metyyli-N, N-dimetyyli katinoni ja 3-MMC.

Näiden aineiden takavarikkojen määrä oli lähes 1,9 tonnia, minkä vuoksi synteettiset katinonit olivat määrällisesti useimmin takavarikoitu uusi psykoaktiivinen aine vuonna 2016 (kuva 1.12). Synteettiset katinonit ovat yleensä saatavana jauheena. Yleisimmät takavarikoidut jauhemaiset katinonit olivat 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) ja meksedroni (50 kg).

KUVA 1.13

Uusien psykoaktiivisten aineiden esiintyvyys ja geneeristen ryhmävalvontojen käyttöönotto Euroopassa vuodesta 2005 alkaen



Uudet bentsodiatsepiinit

EMCDDA:n seurannassa on tällä hetkellä 23 uutta bentsodiatsepiinia, joista kolme havaittiin ensimmäistä kertaa Euroopassa vuonna 2017. Joitakin uusia bentsodiatsepiineja myydään tabletteina, kapseleina tai jauheena niiden omalla nimellä. Joissakin tapauksissa väärentäjät käyttävät näitä aineita valmistaakseen yleisesti määrättyjen ahdistuslääkkeiden, kuten diatsepaamin ja alpratsolaamin, väärennöksiä, joita myytiin suoraan laittomien huumausaineiden markkinoilla. Bentsodiatsepiinien takavarikkojen määrä laski vuonna 2016 verrattuna vuoteen 2015, mutta takavarikoitu määrä kasvoi huomattavasti. Vuonna 2016 takavarikoitiin yli puoli miljoonaa tablettia, jotka sisälsivät uusia bentsodiatsepiineja, kuten diklatsepaamia, etitsolaamia, flubromatsolaamia, flunitratsolaamia ja fenatsepaamia. Määrä on kasvanut noin kaksi kolmasosaa vuonna 2015 ilmoitetusta määrästä.

Uudet psykoaktiiviset aineet: uudet oikeudelliset toimet

Euroopan maat ryhtyivät toimiin huumeiden tarjonnan ehkäisemiseksi kolmen Yhdistyneiden kansakuntien yleissopimuksen perusteella. Nämä tarjoavat kehyksen 240 psykoaktiivisen aineen tuotannon, kaupan ja hallussapidon valvonnalle. Uusien psykoaktiivisten aineiden nopea ilmaantuminen ja saatavilla olevien tuotteiden monipuolisuus ovat osoittautuneet suureksi haasteeksi yleissopimuksille sekä eurooppalaisille päätöksentekijöille ja lainsäätäjille.

Kansallisella tasolla on otettu käyttöön monenlaisia toimenpiteitä uusien aineiden valvomiseksi, ja oikeudelliset ratkaisut voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin. Monissa Euroopan maissa käytettiin ensin kuluttajansuojalainsäädäntöä ja myöhemmin voimassa olevaa huumelainsäädäntöä laajennettiin tai muutettiin siten, että uudet psykoaktiiviset aineet sisällytettiin siihen. Yhä useammissa maissa on annettu uutta huumelainsäädäntöä tämän ilmiön ratkaisemiseksi.

Monien vuosien ajan useimmissa Euroopan maissa vain lueteltiin yksittäin valvotut aineet. Euroopassa havaittujen uusien aineiden määrän kasvaessa monissa maissa on kuitenkin siirrytty aineryhmäkohtaiseen valvontaan (kuva 1.13). Useimmissa maissa ryhmät on määritetty

kemiallisen rakenteen mukaan (geneeriset ryhmät), mutta muutamassa ryhmät on määritetty niiden vaikutuksen mukaan. Useimmissa geneerisen lähestymistavan omaksuneissa maissa ryhmien määrittely on lisätty voimassa olevaan huumelainsäädäntöön, mutta joissakin kyseiset ryhmät on vain sisällytetty nimenomaiseen uusia psykoaktiivisia aineita koskevaan lainsäädäntöön.

EU:n tasolla on uudistettu vuodelta 2005 peräisin oleva lainsäädäntö, joka koskee uusien psykoaktiivisten aineiden aiheuttamiin kansanterveydelliseen ja sosiaalisiin uhkiin vastaamista. Sen tarkoituksena on saada aikaan entistä joustavampi ja tehokkaampi järjestelmä. Uudessa lainsäädännössä säilytetään uusien psykoaktiivisten aineiden käsittelyä koskeva kolmivaiheinen lähestymistapa – varhaisvaroitusta, riskinarviointia ja valvontatoimenpiteitä – ja vahvistetaan samalla nykyisiä prosesseja tehostamalla ja nopeuttamalla tietojen keräämistä ja arviointia ja ottamalla käyttöön aiempaa lyhyemmät määräajat. Riskinarvioinnin jälkeen komissio voi ehdottaa aineen ottamista valvontaan. Euroopan parlamentilla ja neuvostolla on oikeus vastustaa komission ehdotusta kahden kuukauden kuluessa ja tietyn ehdoin. Kansallisilla viranomaisilla on päätöksen voimaantulosta kuusi kuukautta (12 kuukauden sijasta) aikaa asettaa aine valvontaan kansallisesti.

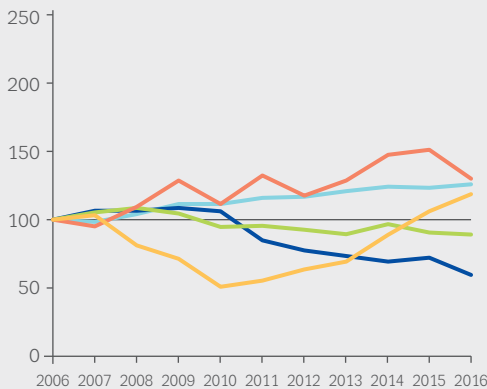
**EMCDDA seuraa tällä hetkellä
23:a uutta bentsodiatsepiinia**

KUVA 1.14

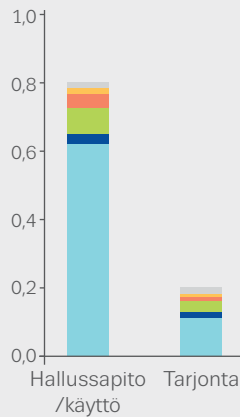
Euroopan huumausainerikokset liittyvät huumeiden käyttöön tai hallussapitoon käyttöä varten tai huumeiden tarjontaan: suuntausindeksi ja ilmoitetut rikokset vuonna 2016

Hallussapito-/käyttör rikokset

Suuntausindeksi

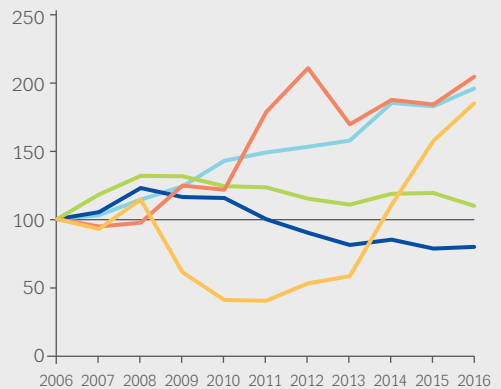


Rikosten määrä (miljoonaa)



Tarjontar rikokset

Suuntausindeksi



Heroini Kokaiini MDMA Kannabis Amfetamiinit Muut aineet

Huom. Tiedot rikoksista, joiden osalta rikokseen liittyvä huume on ilmoitettu.

Huumausainerikoksista suurin osa liittyy kannabikseen

Säädösten täytäntöönpanoa valvotaan ilmoitettuja huumerikoksia koskevien tietojen avulla. Euroopan unionissa ilmoitettiin vuonna 2016 arviolta 1,5 miljoonaa huumausainerikosta. Niitä oli kolmasosa (33 prosenttia) enemmän kuin vuonna 2006. Suurin osa (74 prosenttia) liittyi käyttöön tai hallussapitoon. Rikosten kokonaismäärä vuonna 2016 oli miljoona. Siinä on 28 prosentin kasvu vuodesta 2006. Yli kolme neljäsosaa huumeiden käyttö- tai hallussapitorikoksista liittyi kannabikseen (77 prosenttia). MDMA:n käyttöä tai hallussapitoa koskeva nouseva suuntaus on jatkunut vuonna 2016, vaikka niiden osuus onkin vielä vain kaksi prosenttia käyttöön liittyvistä rikoksista (kuva 1.14).

Kaiken kaikkiaan huumeiden tarjontarikosten määrä Euroopan unionissa lisääntyi 14 prosenttia vuodesta 2006: vuonna 2016 tapauksia oli arviolta yli 200 000 enemmän. Useimmissa tarjontarikoksissa kyse oli kannabiksesta (57 prosenttia). Ilmoitukset MDMA:n tarjontarikoksista ovat lisääntyneet jyrkästi vuodesta 2013 (kuva 1.14).

LISÄTIETOJA

EMCDDA:n julkaisuja

2018

Country Drug Reports 2018.

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Papers.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2014

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

EMCDDA:n ja Europolin yhteisiä julkaisuja

2018

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanil.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on α -PVP.

EMCDDA:n ja Eurojustin yhteisiä julkaisuja

2016

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions.

Kaikki julkaisut ovat saatavana osoitteesta
www.emcdda.europa.eu/publications

2

**Euroopassa käytettävien huumeiden
valikoima on entistä suurempi**

Huumeidenkäytön yleisyys ja suuntaukset

Euroopassa käytettävien huumeiden valikoima on entistä suurempi. Huumeiden sekakäyttö on yleistä ja yksilölliset käyttötavat vaihtelevat kokeilukäytöstä säännölliseen käyttöön ja riippuvuuskäyttöön. Kannabiksen käyttö on viisinkertaista muihin aineisiin verrattuna. Vaikka heroiinin ja muiden opioidien käyttö on yhä suhteellisen harvinaista, nämä huumeet liitetään edelleen useimmiten haitallisempiin käyttötapoihin, muun muassa suonensisäiseen käyttöön. Yleisesti huumeiden käyttö on yleisempää miehillä kuin naisilla, ja eroa korostavat usein myös runsaampi tai säännöllisempi käyttö.

Huumeidenkäytön seuranta

EMCDDA kerää ja ylläpitää tietoja, jotka kattavat huumeidenkäytön ja huumeiden käyttötavat Euroopassa.

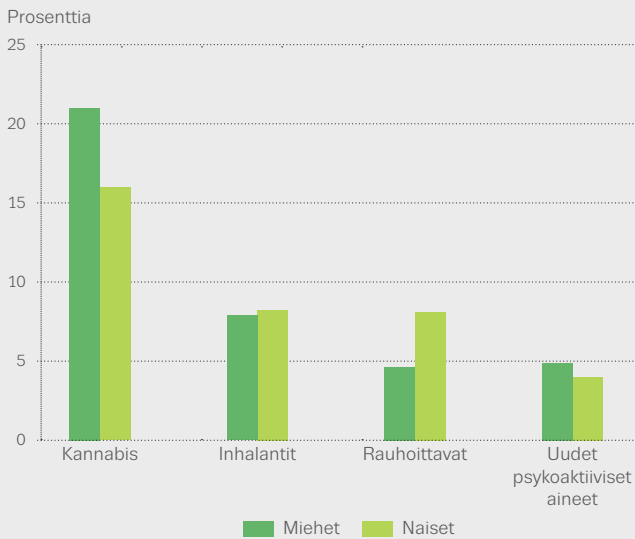
Koululaisia koskevat tutkimukset ja yleiset väestötutkimukset voivat antaa yleiskuvan huumeiden kokeilukäytön ja viihdekäytön yleisyydestä. Näitä tutkimustuloksia voidaan täydentää yhdyskuntajätevesien huumejäämien yhteisötason analyyseillä, joita suoritetaan kaupungeissa eri puolilla Eurooppaa.

Tutkimuksilla, joissa esitetään arvioita suuren riskin huumeidenkäytöstä, voidaan auttaa tunnistamaan huumeidenkäyttöön liittyvien ongelmien laajuutta, kun taas huumehoitoon hakeutuvia asiakkaita koskevilla tiedoilla – kun niitä tarkastellaan yhdessä muiden indikaattoreiden kanssa – voidaan lisätä tietämystä suuren riskin huumeidenkäytön luonteesta ja suuntauksista.

Täydelliset tiedot ja kuvaukset käytetyistä menetelmistä on esitetty verkossa [tilastotiedotteessa \(Statistical Bulletin\)](#).

KUVA 2.1

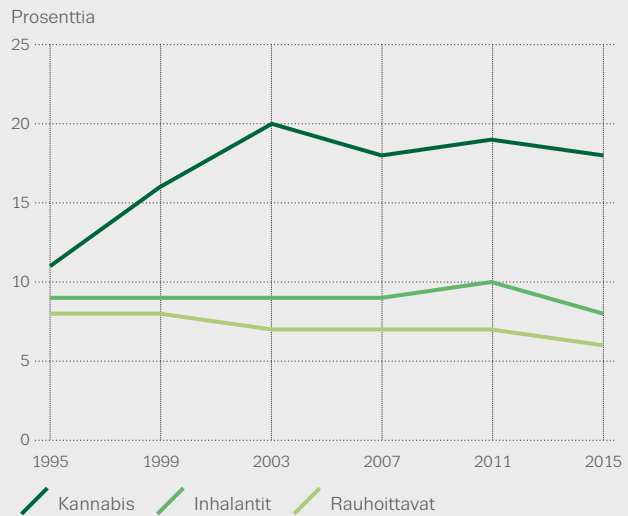
Aineita ainakin kerran elämässään käyttäneet 15–16-vuotiaat eurooppalaiset koululaiset sukupuolen mukaan



Huom. Perustuu tietoihin, jotka on saatu 23:sta EU:n jäsenvaltiosta ja Norjasta, jotka osallistuivat ESPAD-tutkimuksen vuoden 2015 kierrokseen.

KUVA 2.2

Suuntaukset kannabista, inhalantteja ja lääkkeitä (reseptittömät rauhoittavat lääkkeet) ainakin kerran elämässä käyttäneiden 15–16-vuotiaiden eurooppalaisten koululaisten keskuudessa



Huom. Perustuu tietoihin, jotka on saatu 21:sta EU:n jäsenvaltiosta ja Norjasta, jotka ovat osallistuneet ESPAD-tutkimuksen neljään viime kierrokseen.

Koululaisten aineiden käyttö: vakaat tai laskevat suuntaukset

Seuraamalla koululaisten huumausaineiden käyttöä saadaan tärkeää tietoa nuorten ajankohtaisesta riskikäyttäytymisestä ja mahdollisista tulevista suuntauksista. Vuoden 2015 Euroopan koululaisten alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä tarkastelevassa tutkimuksessa (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) toteutettiin kuudes aineistonkeruukierros. Tutkimus tehtiin ensimmäisen kerran vuonna 1995. Tässä uusimmassa tutkimuksessa kerättiin vertailukelpoista tietoa 15–16-vuotiaiden koululaisten päihteiden käytöstä 35:ssä Euroopan maassa, mukaan lukien 23:ssa EU:n jäsenvaltiossa ja Norjassa. Näiden 24 maan koululaisista keskimäärin 18 prosenttia ilmoitti käyttäneensä kannabista ainakin kerran elämässään. Korkeimmat luvut ilmoitettiin Tšekissä (37 prosenttia) ja Ranskassa (31 prosenttia). Kahdeksan prosenttia ilmoitti käyttäneensä edellisen kuukauden aikana. Muiden laittomien huumeiden kuin kannabiksen (MDMA/ekstaasi, amfetamiini, kokaiini, metamfetamiini ja hallusinogeenit) käyttö oli paljon harvinaisempaa, ja ainakin kerran elämässään käyttäneiden osuus oli viisi prosenttia.

Tutkimuksessa kysyttiin myös muiden aineiden, kuten inhalanttien, lääkkeiden ja uusien psykoaktiivisten aineiden, käytöstä. EU:n ja Norjan osallistujista inhalantteja ilmoitti käyttäneensä ainakin kerran elämässään keskimäärin kahdeksan prosenttia (Belgian (Flander) kolmesta prosentista Kroatian 25 prosenttiin). Keskimäärin kuusi

prosenttia koululaisista ilmoitti käyttäneensä rauhoittavia lääkkeitä ainakin kerran elämässään ilman lääkärin määräystä (Romanian kahdesta prosentista Puolan 17 prosenttiin) ja keskimäärin neljä prosenttia uusia psykoaktiivisia aineita ainakin kerran elämässään (Belgian (Flander) yhdestä prosentista Viron ja Puolan kymmeneen prosenttiin) (kuva 2.1). Edellisen 12 kuukauden aikana uusia psykoaktiivisia aineita käyttäneiden (3,2 prosenttia tutkimuksen osallistujista) keskuudessa poltettavat yrttiseokset olivat yleisimmin käytetty aineityyppi (siitä ilmoitti 2,6 prosenttia kaikista osallistujista). Jauheiden, kiteiden tai tablettien, nesteiden ja uusien psykoaktiivisten aineiden muiden muotojen käyttö ei ollut niin yleistä.

Niissä 22 maassa, joilla oli riittävästi aineistoa analyysia varten, kannabista ainakin kerran elämässään käyttäneiden määrä oli suurin vuonna 2003, ja vuoden 2007 tutkimuksessa määrä laski hieman (kuva 2.2). Sen jälkeen käyttö on ollut melko vakaata. Inhalanttien käyttöä ainakin kerran elämässä koskeva luku laski vuosina 2011–2015 (kymmenestä prosentista kahdeksaan prosenttiin), mutta pitkäaikainen suuntaus vuosina 1995–2015 on ollut melko vakaa (kuva 2.2). Rauhoittavia lääkkeitä vähintään kerran elämässä käyttäneiden määrä laski hieman vuosina 1995–2015. Tyttöjen osuus oli hieman poikia suurempi tuona aikana. ESPAD-tutkimuksessa ei ole tietoa uusien psykoaktiivisten aineiden käyttöä koskevista suuntauksista, koska näiden huumausaineiden käyttöä koskevat kysymykset otettiin mukaan ensimmäinen kerran vuonna 2015.

Yli 92 miljoonaa aikuista on kokeillut laittomia huumeita

Arviolta vähän yli neljäsosa Euroopan unionin 15–64-vuotiaista eli yli 92 miljoonaa aikuista on kokeillut jossakin vaiheessa elämänsä jotakin laitonta huumausainetta. Huumeiden kokeilu oli miehillä (56,0 miljoonaa) yleisempää kuin naisilla (36,3 miljoonaa). Yleisimmin kokeiltu huume on kannabis (53,5 miljoonaa miestä ja 34,3 miljoonaa naista), kun taas muita aineita ainakin kerran kokeilleita on paljon vähemmän (kokaiini: 11,8 miljoonaa miestä ja 5,2 miljoonaa naista; MDMA: 9,0 miljoonaa miestä ja 4,5 miljoonaa naista; amfetamiinit: 8,0 miljoonaa miestä ja 4,0 miljoonaa naista). Kannabista ainakin kerran käyttäneiden määrä vaihtelee suuresti eri maissa. Ranskassa tähän ryhmään kuuluu noin 41 prosenttia aikuisista ja Maltalla alle viisi prosenttia aikuisista.

Huumeidenkäyttö viime vuoden aikana toimii viimeaikaisen huumeidenkäytön mittarina, ja huumeita käyttävät lähinnä nuoret aikuiset. Viime vuonna arviolta 18,9 miljoonaa nuorta aikuista (15–34-vuotiaat) käytti huumeita, ja siitä ilmoittaneiden miesten määrä oli kaksinkertainen naisiin verrattuna.

Kannabiksen käyttö yleisesti vakaata mutta kansallista vaihtelua on

Kaikki ikäryhmät käyttävät laittomista huumeista todennäköisimmin kannabista. Kannabista käytetään yleensä polttamalla, ja Euroopassa se sekoitetaan usein tupakkaan. Kannabiksen käyttötavat vaihtelevat satunnaisesta käytöstä säännölliseen käyttöön ja riippuvuuskäyttöön.

Arvioiden mukaan 87,6 miljoonaa aikuista Euroopan unionissa (15–64-vuotiaista) eli 26,3 prosenttia tästä ikäryhmästä on jossakin vaiheessa elämänsä kokeillut kannabista. Heistä kannabista käytti viime vuonna arviolta 17,2 miljoonaa nuorta (15–34-vuotiaista) aikuista eli 14,1 prosenttia tästä ikäryhmästä, ja 9,8 miljoonaa (17,4 prosenttia tästä ikäryhmästä) heistä oli 15–24-vuotiaita. Viime vuonna kannabiksen käyttö 15–34-vuotiailla vaihteli Unkarin 3,5 prosentista Ranskan 21,5 prosenttiin. Kannabista viime vuonna käyttäneiden nuorten keskuudessa miesten ja naisten välinen suhde oli 2:1.

Tuoreimmat tutkimukset osoittavat, että useimpien maiden raporttien mukaan nuorten aikuisten viime vuoden kannabiksen käyttö on joko pysynyt ennallaan tai lisääntynyt. Niistä maista, joissa on tehty tutkimuksia vuoden 2015 jälkeen ja ilmoitettu luottamusväliä, kahdeksan ilmoitti korkeampia arvioita, yhdeksän ilmoitti käytön tasaantuneen ja kaksi ilmoitti alhaisempia arvioita edelliseen vastaavaan tutkimukseen verrattuna.

HOITON TULEVAT KANNABIKSENKÄYTTÄJÄT



Ominaispiirteet

16% 84%



16 Käytön aloittajien keskimääräinen ikä

25 Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien keskimääräinen ikä

83 000
Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat



57 000
Hoitoon uudelleen tulevat

59%

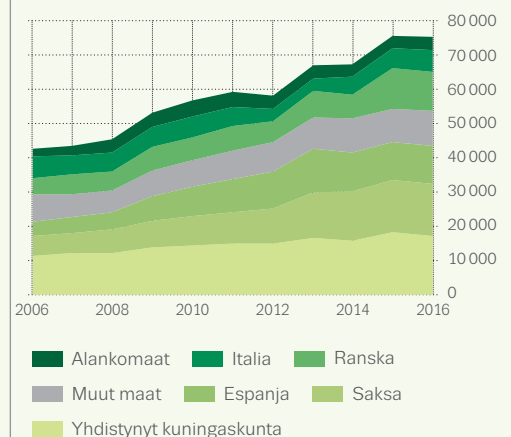
41%

Käyttötiheys kuluneen kuukauden aikana

Käyttää keskimäärin 5,5 päivänä viikossa



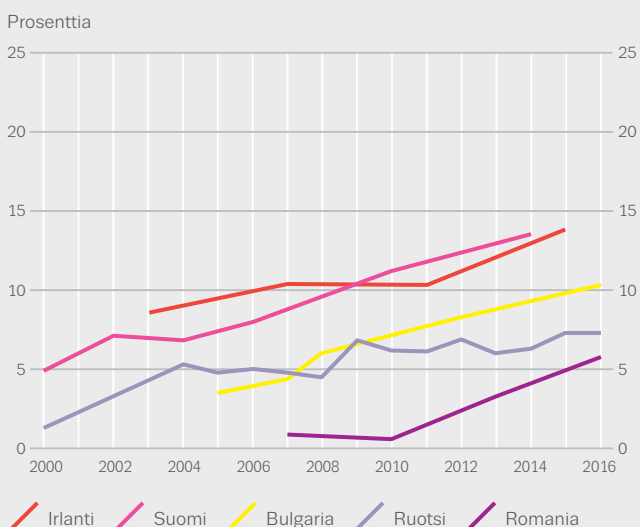
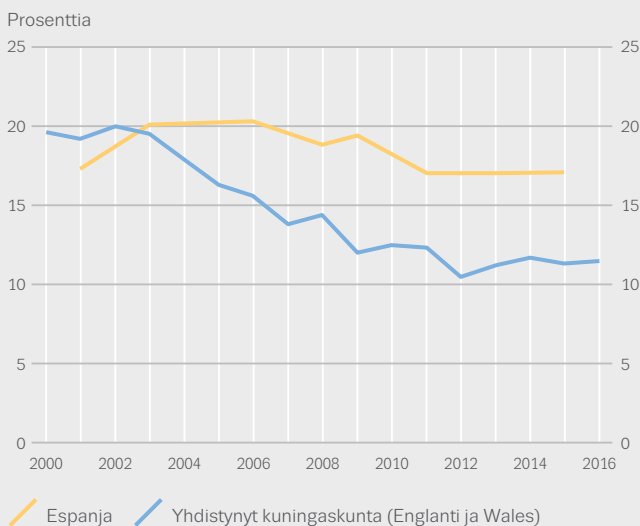
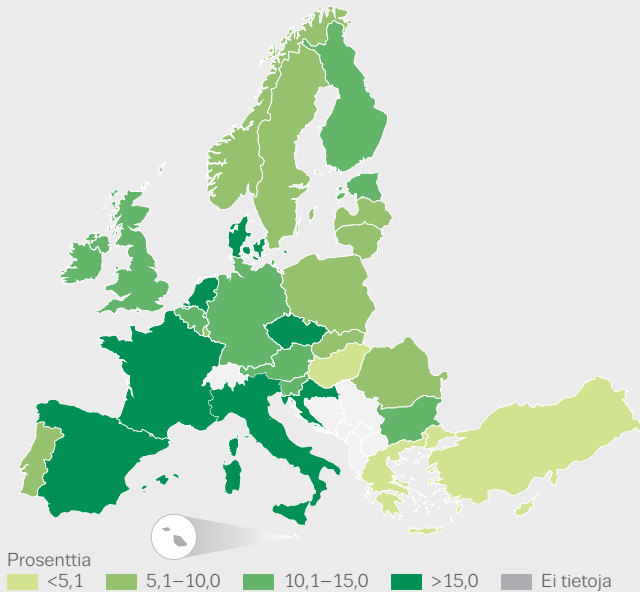
Suuntaukset ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien osalta



Huom. Suuntauksia lukuun ottamatta tiedot koskevat kaikkia hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti kannabista. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvia koskevat suuntaukset perustuvat 25 maan tietoihin. Suuntauskaaviossa on tiedot vain maista, joista on tietoja vähintään 9–11 vuodelta. Puuttuvat arvot interpoloidaan lähivuosiin. Kansallisessa tiedonkuluissa tapahtuneiden muutosten vuoksi Italiasta vuodesta 2014 lähtien saadut tiedot eivät ole vertailukelpoisia aikaisempien vuosien tietojen kanssa.

KUVA 2.3

Kannabiksen käytön yleisyys viime vuoden aikana nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa: tuoreimmat tiedot (kartta) ja valikoituiden suuntauksia



Vain joillakin mailla on riittävästi tutkimusaineistoa, jonka pohjalta voidaan analysoida tilastollisesti nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) kannabiksen käytössä viime vuoden aikana ilmenneitä suuntauksia. Pitkän aikavälin laskeva suuntaus, joka havaittiin aikaisemmin viime vuosikymmenen aikana Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, on nyt vakiintunut tuoreimpien tietojen perusteella (kuva 2.3).

Viime vuosikymmenen aikana nuorten aikuisten kannabiksen käytössä viime vuoden aikana on monissa maissa havaittu nousevia suuntauksia. Näitä maita ovat muun muassa Irlanti ja Suomi, joissa uusimpien tietojen mukaan tasot lähestyvät EU:n keskiarvoa, joka on 14,1 prosenttia, sekä Bulgaria, Romania ja Ruotsi, joissa tuoreimmat tasot ovat kuitenkin matalampia. Viimeaikaisia tutkimustietoja raportoivista maista Alankomaissa vuonna 2016 tehdyn kolmannen vertailevan tutkimuksen tiedot vahvistivat käytöksi hieman alle 16 prosenttia. Vuonna 2017 tehdystä selvityksestä kävi ilmi, että Tanska oli yksi niistä harvoista maista, joissa oli vähenemistä: osuus oli 15,4 prosenttia, kun vuonna 2013 osuus oli arviolta 17,6 prosenttia.

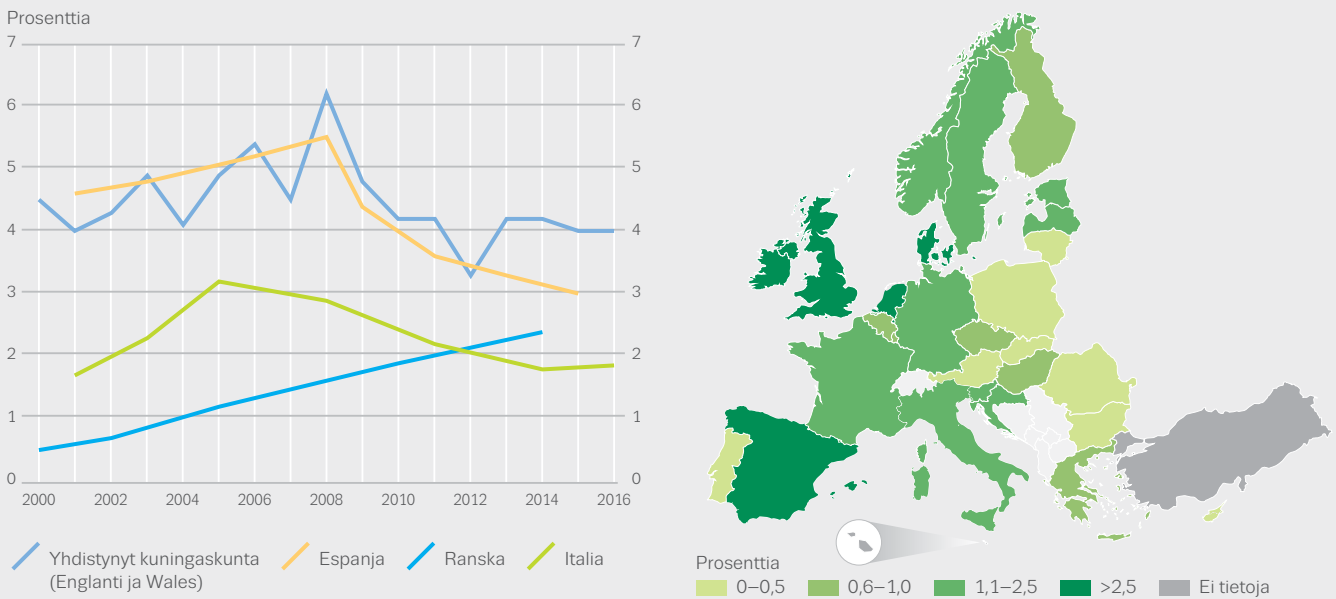
Suuren riskin kannabiksen käyttö on nouseva suuntaus

Koko väestöä koskevan tutkimuksen perusteella on arvioitu, että lähes prosentti eurooppalaisista aikuisista käyttää kannabista päivittäin tai lähes päivittäin – tosin sanoen he ovat käyttäneet kannabista vähintään 20 päivää viime kuussa. Noin 37 prosenttia heistä on vanhempia huumeidenkäyttäjiä, 35–64-vuotiaita, ja noin kolme neljäsosaa on miehiä.

Kannabisongelmien vuoksi hoitoon hakeutuvia koskevista tiedoista, kun niitä tarkastellaan yhdessä muiden indikaattoreiden kanssa, voidaan saada tietoa suuren riskin kannabiksen käytön luonteesta ja laajuudesta Euroopassa. Vuonna 2016 yli 150 000 ihmistä hakeutui kannabisongelmien vuoksi hoitoon Euroopassa. Heistä noin 83 000 hakeutui hoitoon ensimmäistä kertaa elämässään. Niissä 25 maassa, joista oli tietoa saatavilla, kannabisongelmien vuoksi ensimmäistä kertaa hoitoon tulevien määrä kasvoi 76 prosenttia vuosina 2006–2016, ja useimmista (18) maista raportoitiin noususta tällä jaksolla. Nousu voi johtua monesta eri tekijästä. Näihin kuuluvat kannabiksen käytön suurempi esiintyvyys kokonaisväestön keskuudessa, kannabista runsaasti käyttävien määrän kasvu, voimakkaampien tuotteiden saatavuus, muutokset suhtautumisessa riskiin sekä hoitoon ohjautumisen ja hoidon tarjonnan lisääntyminen erityisesti rikosoikeusjärjestelmässä. Kaiken kaikkiaan

KUVA 2.4

Kokaiinin käytön yleisyys viime vuoden aikana nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) keskuudessa: valikoidut suuntaukset ja tuoreimmat tiedot



50 prosenttia ensisijaisesti kannabista käyttävistä ensimmäistä kertaa vuonna 2016 hoitoon hakeutuneista ilmoitti käyttäneensä huumausainetta päivittäin edellisen kuukauden aikana. Päivittäin käyttävien määrä kuitenkin vaihtelee huomattavasti maittain, Latvian, Unkarin ja Romanian enintään kymmenestä prosentista Espanjan, Ranskan, Alankomaiden ja Turkin vähintään 60 prosenttiin.

Kokaiinin käyttö on yleisesti vakaata, mutta noususta on merkkejä

Kokaiini on Euroopassa eniten käytetty laiton stimulantti. Sen käyttö on yleisempää Etelä- ja Länsi-Euroopan maissa. Kokaiinia säännöllisesti käyttävät henkilöt voidaan jakaa karkeasti käyttäjiin, jotka osallistuvat yhteiskunnan toimintaan ja käyttävät jauhemaista kokaiinia (kokaiinihydrokloridi) nuuskaamalla, sekä syrjäytyneempiin käyttäjiin, jotka käyttävät kokaiinia (kokaiiniemäs) suonensisäisesti tai polttavat crackia opioidien käytön lisäksi. Monissa tietosarjoissa ei ole mahdollista erottaa toisistaan kokaiinin kahta muotoa (kokaiinijauhe ja crack), joten käsite kokaiinin käyttö koskee molempia muotoja.

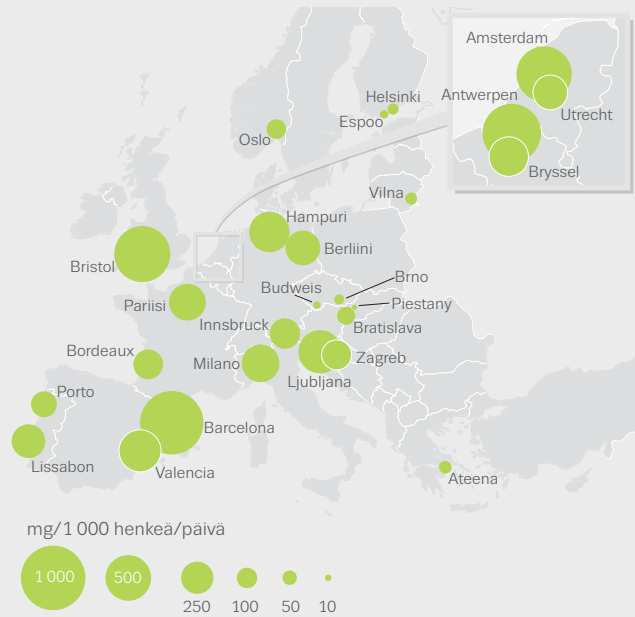
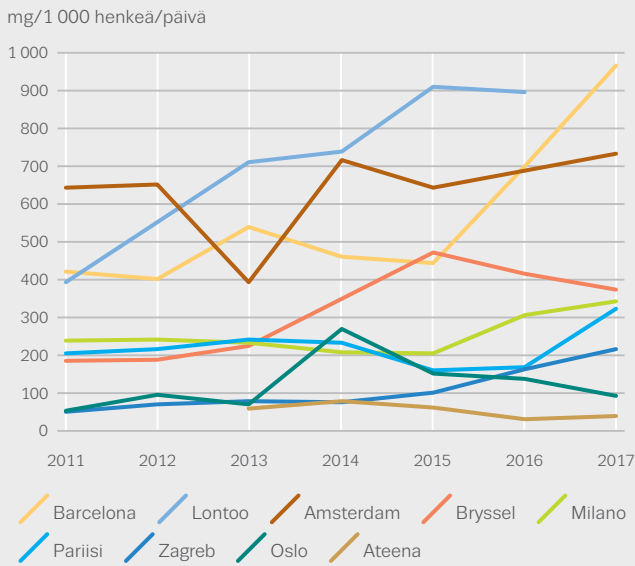
Arvioiden mukaan 17,0 miljoonaa eurooppalaista aikuista (15–64-vuotiasta) eli 5,1 prosenttia tästä ikäryhmästä on jossakin vaiheessa elämänsä kokeillut kokaiinia. Näihin kuuluvat arviolta 2,3 miljoonaa nuorta 15–34-vuotiasta aikuista (eli 1,9 prosenttia tästä ikäryhmästä), jotka käyttivät kokaiinia viime vuonna.

Vain Tanska, Irlanti, Espanja, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta ovat ilmoittaneet, että viime vuonna kokaiinia käytti vähintään 2,5 prosenttia nuorista aikuisista. Koko Euroopassa viime vuosina havaittua kokaiinin käytön vähenemistä ei ole havaittu tuoreimmista tutkimuksista. Niistä maista, joissa on tehty tutkimuksia vuoden 2015 jälkeen ja ilmoitettu luottamusvälit, kolme ilmoitti korkeampia arvioita, 14 ilmoitti käytön tasaantuneen ja yksi ilmoitti alhaisemman arvion edelliseen vastaavaan tutkimukseen verrattuna.

Vain muutamalla maalla on mahdollista analysoida tilastollisesti nuorten aikuisten kokaiinin käytössä viime vuonna ilmenneitä pitkän aikavälin suuntauksia, ja uudet tiedot vahvistavat nykyiset suuntaukset. Espanja ja Yhdistynyt kuningaskunta ilmoittivat käytön lisääntyneen vuoteen 2008 saakka, jonka jälkeen käyttö pysyi vakaana tai väheni (kuva 2.4). Italiassa käyttö on laskenut huippuvuoden 2005 jälkeen, mutta uusimman tutkimuksen mukaan taso on nyt ehkä vakiintunut. Ranskassa havaittiin vuonna 2014 nouseva suuntaus, kun esiintyvyys nousi ensimmäistä kertaa yli kahden prosentin.

KUVA 2.5

Kokaiinijäämät valittujen Euroopan kaupunkien jätevesissä: suuntauksia ja tuoreimmat tiedot



Huom. Bentsoyyliekgoniinin päivittäiset keskimäärät milligrammoina tuhatta asukasta kohti. Näytteet otettiin valituissa Euroopan kaupungeissa yhden viikon aikana vuosittain vuosina 2011–2017.

Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Monta kaupunkia kattanut yhdyskuntajätevesien kokaiinijäämiä koskeva tutkimus täydentää väestötutkimusten tuloksia. Puhtaiden aineiden kollektiivista käyttöä yhteisössä koskevia jätevesianalyyseraportteja ja niiden tuloksia ei voida suoraan verrata kansallisissa väestötutkimuksissa esitettyihin käyttöä koskeviin arvioihin. Jätevesianalyysin tuloksissa esitetään huumejäämien määrät (pitoisuudet) 1000:ta asukasta kohti päivässä.

Vuoden 2017 analyysissä suurimmat bentsoyyliekgoniinin – kokaiinin tärkein metaboliitti – pitoisuudet havaittiin Belgiassa, Espanjassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa sijaitsevilla kaupungeilla ja erittäin alhaiset pitoisuudet useimmissa Itä-Euroopan kaupungeilla (ks. kuva 2.5). Niistä 31 kaupungista, joilla on tietoja vuosilta 2016 ja 2017, 19 ilmoitti käytön lisääntyneen, kuusi ilmoitti käytön laskeneen ja kuusi ilmoitti käytön pysyneen vakaana. Useimmat 13 kaupungista, joilla oli tietoja vuosilta 2011 ja 2017, ilmoittivat käytön lisääntyneen pitkällä aikavälillä.

Suuren riskin kokaiininkäyttö: yhä useammat hakeutuvat hoitoon

Suuren riskin kokaiininkäytön yleisyyttä aikuisten keskuudessa Euroopassa on vaikea arvioida, sillä vain neljässä maassa on tuoreita arvioita, ja niissä on käytetty erilaisia määritelmiä ja menetelmiä. Espanjassa uudessa tutkimuksessa arvioitiin käyttöiheyden perusteella, että 0,43 prosenttia 14–18-vuotiaista käytti kokaiinia erittäin riskialttiilla tavalla vuosina 2016–2017. Vuonna 2015 riippuvuuden vaikeusasteikko (severity of dependence scale) koskevien kysymysten perusteella Saksa arvioi, että 0,20 prosenttia aikuisväestöstä käytti kokaiinia erittäin riskialttiilla tavalla. Vuonna 2015 Italiassa arvioitiin, että 0,65 prosenttia maan aikuisväestöstä tarvitsi hoitoa kokaiinin käytön vuoksi. Portugalissa arvioitiin epäsuoraa tilastomenetelmää käyttävässä tutkimuksessa, että 0,98 prosenttia aikuisväestöstä käytti kokaiinia erittäin riskialttiilla tavalla vuonna 2015.

Kaikista kokaiinin vuoksi hoitoon tulevista käyttäjistä Euroopassa lähes kolme neljäsosaa (73 prosenttia) hakeutui hoitoon Espanjassa, Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Vuonna 2016 hoitoon tulleista käyttäjistä yli 67 000 käyttäjää mainitsi kokaiinin ensisijaiseksi huumeekseen ja ensimmäistä kertaa hoitoon tulleista noin 30 000 käyttäjää.

Käytön vähentymisen jälkeen kokaiinin vuoksi hoitoon ensimmäistä kertaa tulevien kokonaismäärä on noussut yli viidesosan vuosina 2014–2016. Italian ja Yhdistyneen kuningaskunnan osuudet tässä nousussa ovat suuria, mutta lähes kaikista maista raportoitiin noususta samalla jaksolla.

Suurin osa kokaiiniin liittyvien ongelmien vuoksi hoitoon tulevista käyttäjäkokaiinia ensisijaisesti jauheena (51 000 eli kymmenen prosenttia kaikista huumeasiakkaista vuonna 2016). Useimmat kokaiinia ensisijaisesti käyttävistä asiakkaista hakeutuivat hoitoon pelkästään kokaiinin käytön (31 prosenttia kaikista kokaiinia jauheena käyttävistä) tai sen ja kannabiksen (26 prosenttia), alkoholin (31 prosenttia) tai muiden aineiden (12 prosenttia) vuoksi. Tämän ryhmän raportoidaan yleisesti olevan sosiaalisesti hyvässä asemassa, sen elinolot ovat vakaat ja työsuhde vakituinen. Toinen ryhmä, joka koostuu syrjäytyneemmistä käyttäjistä, hakeutuu hoitoon ensisijaisesti crack-kokaiinin käytön vuoksi (8 300 asiakasta eli kaksi prosenttia kaikista hoitoon tulleista käyttäjistä vuonna 2016). Heistä monet voivat käyttää heroiinia toissijaisena huumeena. Italiasta ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta on raportoitu viimeaikaisesta noususta crack-kokaiinin vuoksi hoitoon hakeutuvien käyttäjien määrässä.

Euroopassa vuonna 2016 huumehoitoon hakeutuneista käyttäjistä 53 000 ilmoitti käyttäneensä kokaiinia yhdessä heroiinin tai muiden opioidien kanssa. Tämä määrä on 15 prosenttia kaikista hoitoon hakeutuneista, joista on saatavilla tiedot sekä ensisijaisesta että toissijaisesta huumeesta.



HOITOON TULEVAT KOKAIININKÄYTTÄJÄT

Ominaispiirteet

14% 86%



23 Käytön aloittajien keskimääräinen ika

34 Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien keskimääräinen ika

30 300 Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat

47%

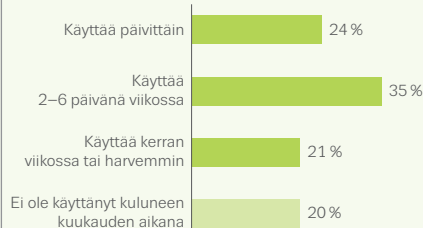


34 400 Hoitoon uudelleen tulevat

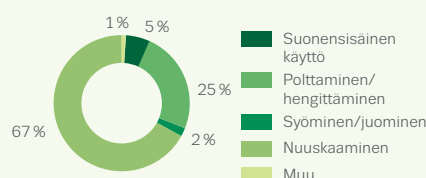
53%

Käyttötiheys kuluneen kuukauden aikana

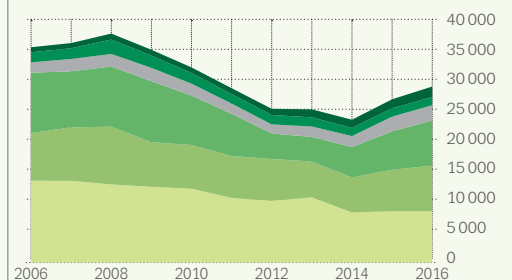
Käyttää keskimäärin 4,1 päivänä viikossa



Käyttötapa



Suuntaukset ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien osalta

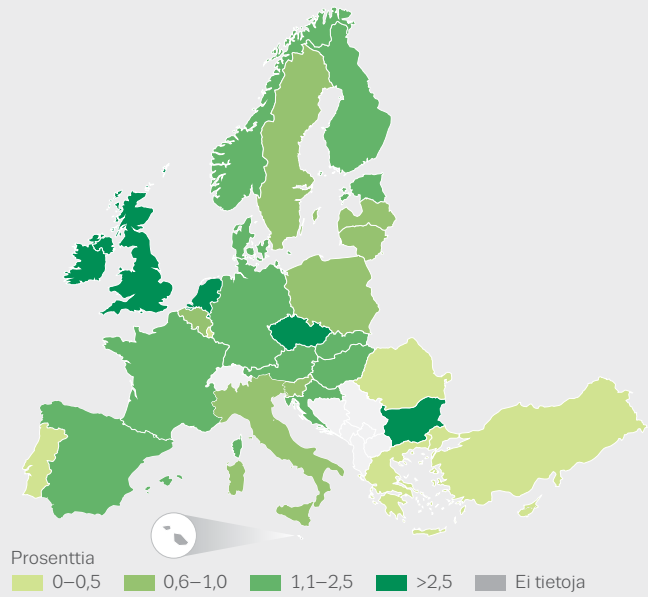
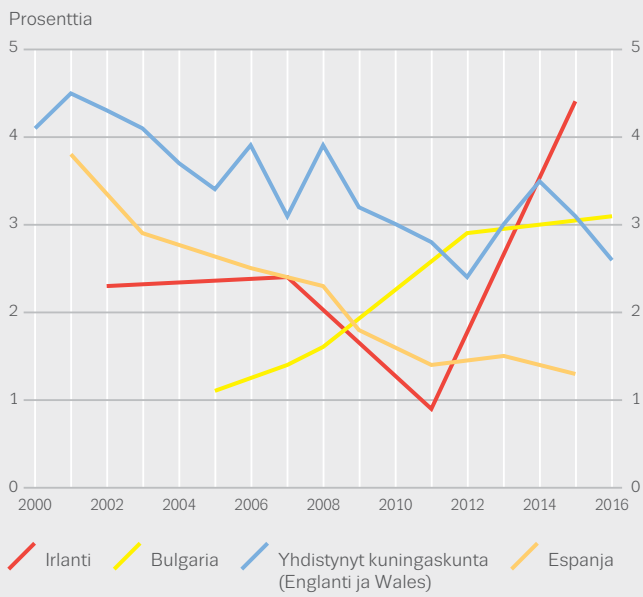


Saksa Alankomaat Muut maat
Italia Yhdistynyt kuningaskunta
Espanja

Huom. Suuntauksia lukuun ottamatta tiedot koskevat kaikkia hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti kokaiinia. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvia koskevat suuntaukset perustuvat 25 maan tietoihin. Suuntauskaaviossa on tiedot vain maista, joista on tietoja vähintään 9–11 vuodelta. Puuttuvat arvot interpoloidaan lähivuosiin. Kansallisessa tiedonkulussa tapahtuneiden muutosten vuoksi Italiasta vuodesta 2014 lähtien saadut tiedot eivät ole vertailukelpoisia aikaisempien vuosien tietojen kanssa.

KUVA 2.6

MDMA:n käytön yleisyys viime vuoden aikana nuorilla aikuisilla (15–34-vuotiaat): valikoidut suuntauukset ja tuoreimmat tiedot



| MDMA:n käyttö näyttää tasaantuvan

MDMA:ta (3,4-metyleenidioksimetamfetamiini) käytetään tabletteina (kutsutaan usein ekstaasiksi) ja myös kiteinä ja jauheena. Tabletit yleensä niellään, mutta kiteitä ja jauhetta voidaan käyttää suun kautta sekä nuuskaamalla.

Arvioiden mukaan 13,5 miljoonaa eurooppalaista aikuista (15–64-vuotiasta) eli 4,1 prosenttia tästä ikäryhmästä on jossakin vaiheessa elämänsä kokeillut MDMA:ta/ekstaasia. Ikäryhmässä, jossa huumeiden käyttö on yleisintä, käyttöä koskevat tuoreimmat luvut osoittavat, että 2,2 miljoonaa nuorta aikuista (15–34-vuotiasta) käytti MDMA:ta viime vuonna (1,8 prosenttia tästä ikäryhmästä). Kansalliset arviot vaihtelevat Portugalin ja Romanian 0,2 prosentista Alankomaiden 7,4 prosenttiin.

Viime aikoihin asti MDMA:n käyttö oli vähentynyt monissa maissa 2000-luvun alun ja puolivälin ennätyslukuista. Valvontalähteet kuitenkin osoittavat, että viime vuosina MDMA:n käyttö on joko pysynyt ennallaan tai lisääntynyt joissakin maissa. Niistä maista, joissa on tehty uusia tutkimuksia vuoden 2015 jälkeen ja ilmoitettu luottamusvälit, viisi maata ilmoitti korkeampia arvioita, 12 ilmoitti käytön tasaantuneen ja yksi ilmoitti alemman arvion edelliseen vastaavaan tutkimukseen verrattuna.

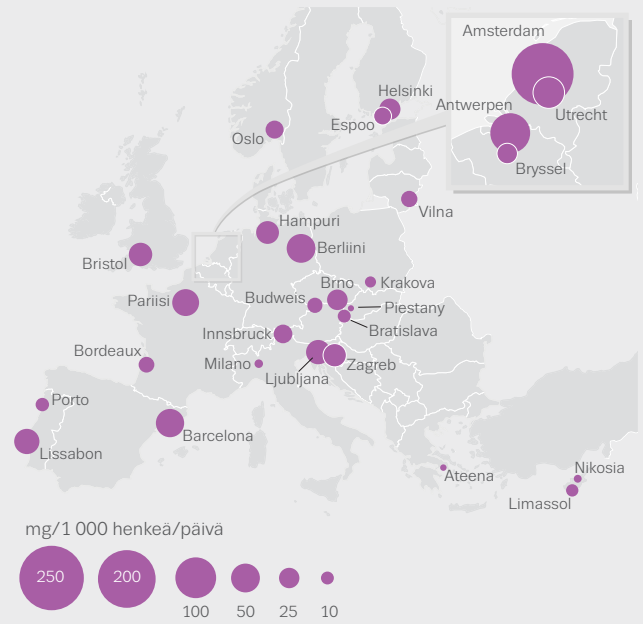
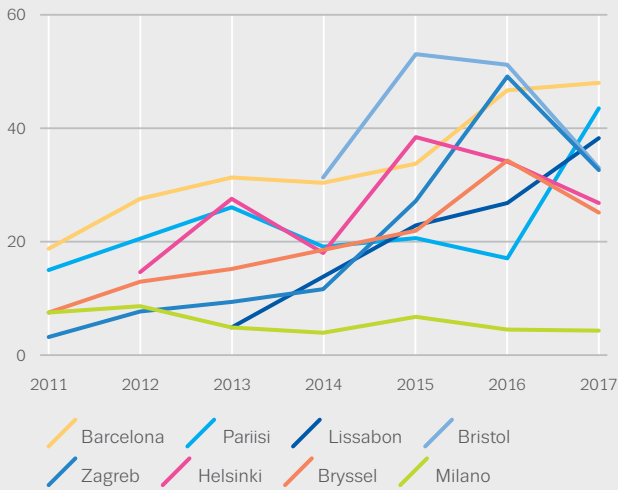
Mikäli saatavilla on riittävästi tietoja, joiden avulla voidaan analysoida tilastollisesti nuorten aikuisten MDMA:n käytössä kuluneena vuonna ilmenneitä suuntauksia, tuoreimmat tiedot osoittavat käytön muuttuneen (kuva 2.6). Yhdistyneessä kuningaskunnassa laskevan



KUVA 2.7

MDMA-jäämät valittujen Euroopan kaupunkien jätevesissä: suuntaukset ja tuoreimmat tiedot

mg/1 000 henkeä/päivä



Huom. MDMA:n päivittäiset keskimäärät milligrammoina tuhatta asukasta kohti. Näytteet otettiin valituissa Euroopan kaupungeissa yhden viikon aikana vuosittain vuosina 2011–2017.

Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

suuntauksen jälkeen tuoreimmissa tiedoissa vuosina 2012–2014 havaittu nousu on kääntynyt. Espanjassa pitkän aikavälin suuntaus on laskeva, vaikka uusimmat arvot ovat vakaita. Tuoreimpien tietojen mukaan Irlannissa käyttö on lisääntynyt merkittävästi vuodesta 2011 lähtien, ja Bulgariassa suuntaus on jatkuvasti nouseva. Vuoden 2016 tiedot Alankomaista vahvistavat edellisessä kahdessa vuotuisessa tutkimuksessa ilmoitetut korkeat tasot.

Vuonna 2017 tehdyssä monia kaupunkia kattaneessa analyysissä Belgiassa, Alankomaissa ja Saksassa sijaitsevien kaupunkien jätevesissä havaittiin korkeimmat MDMA-pitoisuudet (kuva 2.7). Niistä 33 kaupungista, joilla on tietoja vuosilta 2016 ja 2017, 11 ilmoitti pitoisuuden nousseen, seitsemän ilmoitti pitoisuuden pysyneen vakaana ja 15 ilmoitti pitoisuuden laskeneen. Kun tarkastellaan pitemmän aikavälin suuntauksia, useimmissa kaupungeissa, joilla on tietoja sekä vuodelta 2011 että

vuodelta 2017 (12 kaupunkia), jätevesien MDMA-pitoisuudet olivat korkeammat vuonna 2017 kuin vuonna 2011. Vuosina 2011–2016 havaitut jyrkät nousut näyttivät kuitenkin olevan tasaantumassa vuonna 2017 useimmissa kaupungeissa.

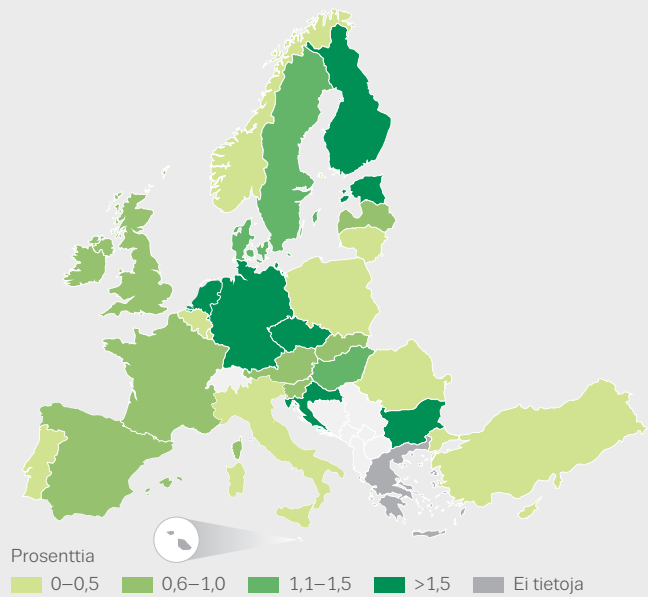
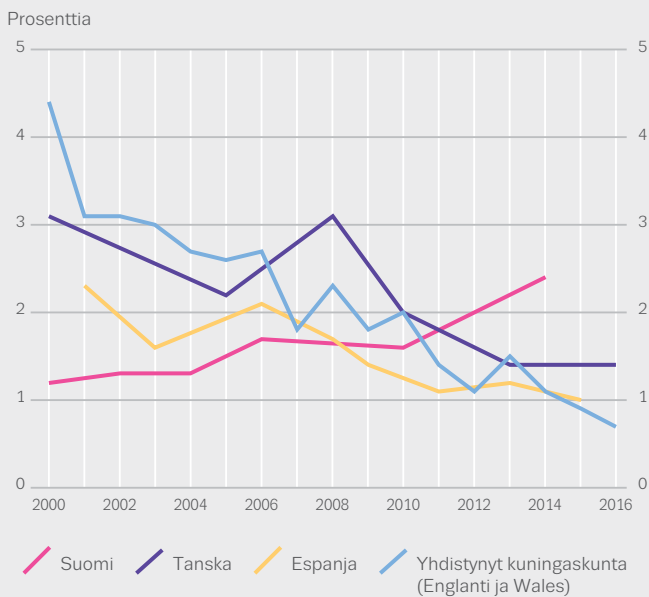
MDMA:ta käytetään usein yhdessä muiden aineiden, myös alkoholin, kanssa. Nykyiset merkit osoittavat, että maissa, joissa MDMA:n käyttö on yleistä, se ei enää ole erikoishuume tai alakulttuuriin liittyvä huume. Sitä ei käytetä vain tanssiklubeissa ja juhlissa, vaan monet nuoret käyttävät sitä yöelämässä, myös baareissa ja kutsuilla.

Huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuvat ilmoittavat harvoin syyksi MDMA:n. Vuonna 2016 Euroopassa ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvista alle prosentti (noin tuhat tapausta) ilmoitti syyksi MDMA:n. Enimmäkseen niin tehtiin Espanjassa, Ranskassa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Turkissa.

**Valvontalähteet osoittavat,
että MDMA:n käyttö on pysynyt
ennallaan tai lisääntynyt**

KUVA 2.8

Amfetamiinien käytön yleisyys viime vuoden aikana nuorilla aikuisilla (15–34-vuotiaat): valikoidut suuntaukset ja tuoreimmat tiedot



Amfetamiinien käytössä vaihtelua mutta suuntaukset vakaita

Amfetamiini ja metamfetamiini ovat kaksi toisilleen läheistä sukua olevaa stimulanttia. Niitä molempia käytetään Euroopassa, joskin amfetamiinin käyttö on paljon yleisempää. Metamfetamiinia on käytetty aiemmin vain Tšekissä ja sittemmin myös Slovakiassa, mutta viime vuosina metamfetamiinin käyttö on lisääntynyt muissa maissa. Joissakin tietoaaineistoissa näitä kahta ainetta ei ole mahdollista erottaa toisistaan. Niissä tapauksissa käytetään yleisnimitystä ”amfetamiinit”.

Molempia huumeita voidaan ottaa suun tai nenän kautta, ja lisäksi suonensisäinen käyttö on huomattava osa huumeongelmaa joissakin maissa. Metamfetamiinia voidaan myös käyttää polttamalla, mutta tämä käyttötapa ei ole yleinen Euroopassa.

Arvioiden mukaan 11,9 miljoonaa eurooppalaista aikuista (15–64-vuotiasta) eli 3,6 prosenttia tästä ikäryhmästä on jossakin vaiheessa elämänsä kokeillut amfetamiinia. Ikäryhmässä, jossa huumeiden käyttö on yleisintä, käyttöä koskevat tuoreimmat luvut osoittavat, että 1,2 miljoonaa nuorta aikuista (15–34-vuotiasta) käytti amfetamiineja viime vuonna (1,0 prosenttia tästä ikäryhmästä). Tuoreimmat kansalliset arviot vaihtelevat Portugalin 0,1 prosentista Alankomaiden 3,6 prosenttiin. Saatavilla olevat tiedot osoittavat, että useimmissa Euroopan maissa amfetamiinin käyttö on ollut suhteellisen vakaata noin vuodesta 2000. Niistä maista, joissa on tehty uusia tutkimuksia vuoden 2015 jälkeen ja ilmoitettu

luottamusvälit, kaksi ilmoitti korkeampia arvioita, 13 ilmoitti käytön tasaantuneen ja kaksi ilmoitti alhaisempia arvioita edelliseen vastaavaan tutkimukseen verrattuna.

Vain muutamalla maalla on mahdollisuudet analysoida tilastollisesti nuorten aikuisten amfetamiinien käytössä viime vuonna ilmenneitä suuntauksia. Tanskassa, Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on havaittu pitkän aikavälin laskeva suuntaus (kuva 2.8). Sitä vastoin Suomessa amfetamiinin käytön on havaittu lisääntyneen vuosina 2000–2014.

Vuonna 2017 tehdyssä yhdyskuntajätevesien analysoinnissa havaittiin, että amfetamiinipitoisuudet vaihtelivat merkittävästi Euroopassa ja korkeimmat pitoisuudet havaittiin Pohjois- ja Itä-Euroopan kaupungeissa (ks. kuva 2.9). Amfetamiinipitoisuudet olivat paljon alhaisemmat Etelä-Euroopan kaupungeissa.

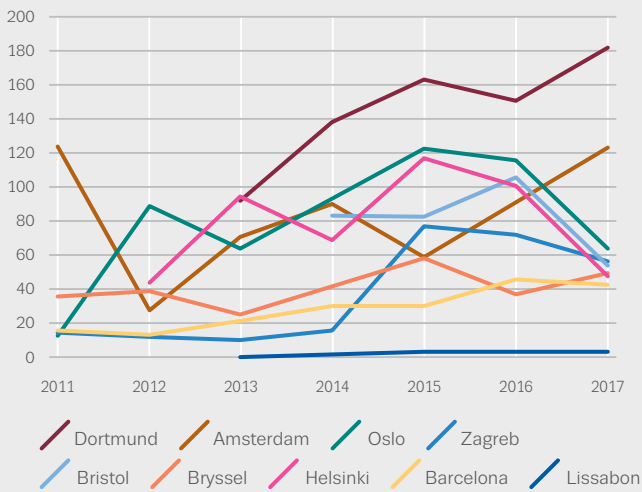
Niistä 33 kaupungista, joilla on tietoja vuosilta 2016 ja 2017, yhdeksän ilmoitti pitoisuuden nousseen, 11 ilmoitti pitoisuuden pysyneen vakaana ja 13 ilmoitti pitoisuuden laskeneen. Vuosien 2011–2017 tiedoista sai yleisesti moninaisen kuvan, mutta amfetamiinia koskevat suuntaukset olivat useimmissa kaupungeissa melko vakaita.

Näyttää siltä, että metamfetamiinia, jota käytetään yleensä vähän ja perinteisesti lähinnä Tšekissä ja Slovakiassa, käytetään nyt myös Kyproksessa, Saksan itäosassa, Espanjassa ja Pohjois-Euroopassa (ks. kuva 2.10). Vuosina 2016 ja 2017 niistä 34 kaupungista, joilla on tietoa

KUVA 2.9

Amfetamiinijäämät valittujen Euroopan kaupunkien jätevesissä: suuntaukset ja tuoreimmat tiedot

mg/1 000 henkeä/päivä



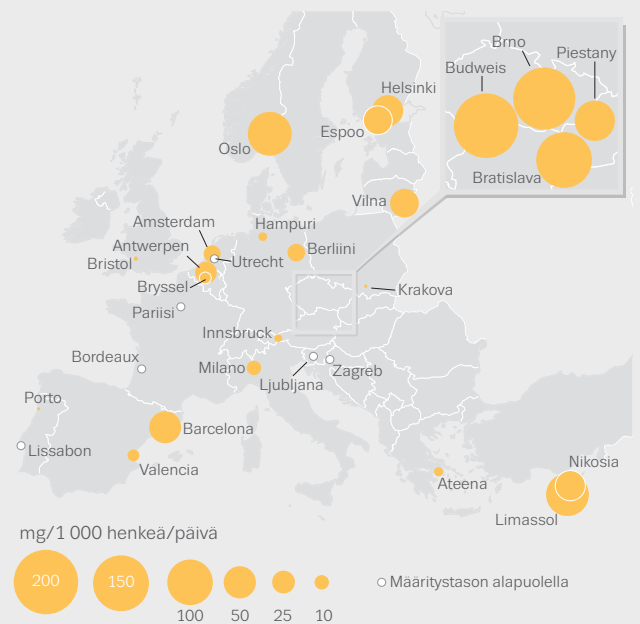
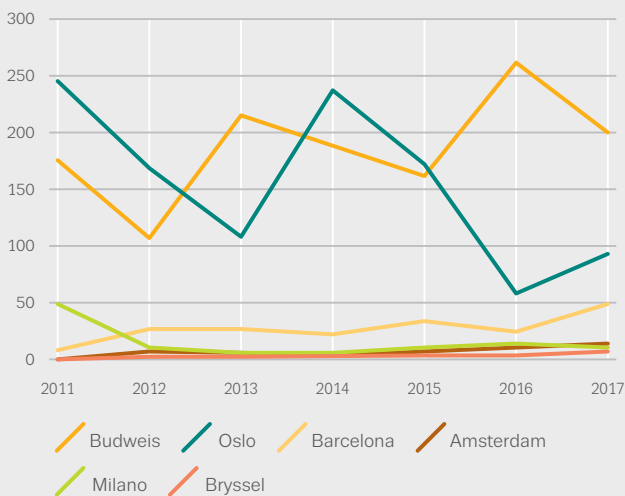
Huom. Amfetamiinin päivittäiset keskimäärät milligrammoina tuhatta asukasta kohti. Näytteet otettiin valituissa Euroopan kaupungeissa yhden viikon aikana vuosittain vuosina 2011–2017.

Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

KUVA 2.10

Metamfetamiinijäämät valittujen Euroopan kaupunkien jätevesissä: suuntaukset ja tuoreimmat tiedot

mg/1 000 henkeä/päivä



Huom. Metamfetamiinin päivittäiset keskimäärät milligrammoina tuhatta asukasta kohti. Näytteet otettiin valituissa Euroopan kaupungeissa yhden viikon aikana vuosittain vuosina 2011–2017.

Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

jätevesien metamfetamiinista, 12 ilmoitti pitoisuuden nousseen, kymmenen ilmoitti pitoisuuden pysyneen vakaana ja 12 ilmoitti pitoisuuden vähentyneen.

Amfetamiinien suuren riskin käyttö: hoidon kysyntä pysyy suurena

Pitkäaikaiseen, krooniseen ja suonensisäiseen amfetamiinin käyttöön liittyviä ongelmia on perinteisesti ollut lähinnä Pohjois-Euroopan maissa. Sitä vastoin metamfetamiiniongelmia on selvästi havaittavissa Tšekissä ja Slovakiassa. Tuoreet arviot amfetamiinien suuren riskin käytöstä ovat saatavilla Norjan ja Saksan osalta. Norjassa suuren riskin käytön arvio on 0,33 prosenttia eli 11 200 aikuista (vuonna 2013) ja Saksassa 0,19 prosenttia eli 102 000 aikuista vuonna 2015. Amfetamiinien käyttäjien osuus on todennäköisesti suurin Latvian vuonna 2016 ilmoittamasta arvioidusta 2 230:stä (0,18 prosenttia) suuren riskin stimulanttien käyttäjistä. Määrä on laskenut vuonna 2010 ilmoitetusta 6 540 käyttäjästä (0,46 prosenttia). Tuoreet arviot metamfetamiinin suuren riskin käytöstä ovat saatavilla Tšekin ja Kyproksen osalta. Tšekissä metamfetamiinin suuren riskin käytön arvioitiin olevan aikuisväestössä (15–64-vuotiaista) noin 0,50 prosenttia vuonna 2016 (eli 34 300 käyttäjää). Tässä on lisäystä 20 900 käyttäjästä vuonna 2007, vaikka viime vuosina määrät ovatkin olleet melko vakaita. Kyproksen osalta arvio oli 0,02 prosenttia eli 105 käyttäjää vuonna 2016.

Euroopassa vuonna 2016 huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneista asiakkaista noin 35 000 ilmoitti amfetamiinit ensisijaiseksi huumeekseen, ja näistä 15 000 hakeutui hoitoon ensimmäistä kertaa elämässään. Saksassa, Latviassa, Puolassa ja Suomessa ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvista asiakkaista yli 15 prosenttia käyttää ensisijaisesti amfetamiinia. Ensisijaisesti metamfetamiinia käyttäviä hoitoon hakeutuvia asiakkaita on lähinnä Tšekissä ja Slovakiassa. Näiden osuus on yhteensä lähes 90 prosenttia Euroopan 9 200 metamfetamiiniasiakkaasta.

HOITOON TULEVAT AMFETAMIININKÄYTTÄJÄT



Ominaispiirteet

27% 73%



20 Käytön aloittajien keskimääräinen ikä

29 Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien keskimääräinen ikä

15 500

Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat

19 900

Hoitoon uudelleen tulevat

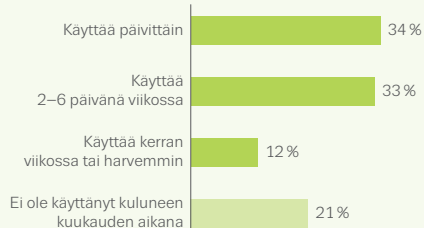
43%

57%

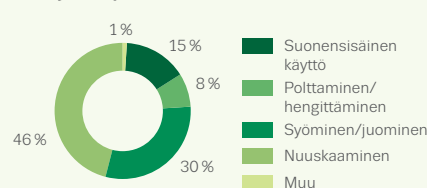


Käyttötiheys kuluneen kuukauden aikana

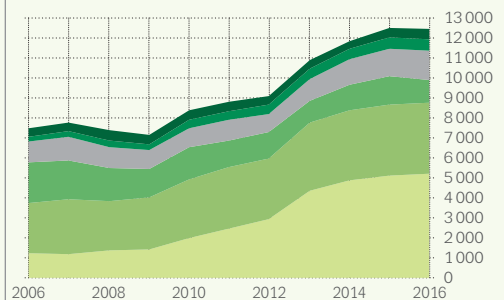
Käyttää keskimäärin 4,4 päivänä viikossa



Käyttötapa



Suuntauksukset ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien osalta



Alankomaat Slovakia Muut maat
Yhdistynyt kuningaskunta Tšekki Saksa

Huom. Suuntauksia lukuun ottamatta tiedot koskevat kaikkia hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti amfetamiineja. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvia koskevat suuntauksukset perustuvat 25 maan tietoihin. Suuntauksaaviossa on tiedot vain maista, joista on tietoja vähintään 9–11 vuodelta. Puuttuvat arvot interpoloidaan lähivuosiin.

Ketamiinin, GHB:n ja hallusinogeenien käyttö edelleen vähäistä

Euroopassa käytetään monia muita aineita, joilla on hallusinogeenisia, anesteettisia, dissosiativisia tai rauhoittavia vaikutuksia. Näihin kuuluvat LSD (lysergihapon dietyyliamidi), hallusinogeeniset sienet, ketamiini ja GHB (gammahydroksivoihappo).

Ketamiinin ja GHB:n (myös sen lähtökemikaalin GBL:n, gammabutyrolaktonin) viihdekäytöstä tietyissä huumeidenkäyttäjien alaryhmissä on raportoitu Euroopassa kahden viime vuosikymmenen aikana. Kansallisten arvioiden mukaan, sikäli kuin niitä on tehty, GHB:n ja ketamiinin käyttö on edelleen vähäistä aikuisten ja koululaisten keskuudessa. Vuonna 2016 tehdyn tutkimuksen mukaan Norjassa GHB:tä käytti viime vuonna 0,1 prosenttia aikuisista (16-64-vuotiaista). Vuonna 2016 Tšekissä ja Romaniassa arvioitiin, että ketamiinia käytti kuluneen vuoden aikana 0,1 prosenttia nuorista aikuisista (15–34-vuotiaista). Yhdistyneessä kuningaskunnassa arvio oli 0,8 prosenttia.

LSD:n ja hallusinogeenisten sienten yleinen kulutus on ollut Euroopassa kokonaisuudessaan vähäistä, ja se on pysynyt vakaana monen vuoden ajan. Kansallisissa raporteissa arvioidaan, että viime vuonna alle yksi prosentti nuorista aikuisista (15–34-vuotiaista) käytti LSD:tä ja hallusinogeenisiä sieniä vuonna 2016 tai tuoreimpana tutkimusvuonna. Poikkeuksena ovat hallusinogeenisten sienten osalta Alankomaat (1,9 prosenttia), Suomi (1,9 prosenttia) ja Tšekki (1,4 prosenttia) ja LSD:n osalta Suomi (1,3 prosenttia) ja Tšekki (1,4 prosenttia).

Uusien psykoaktiivisten aineiden käyttö: suuren riskin käyttöä syrjäytyneissä väestöryhmissä

Monet maat ovat sisällyttäneet uudet psykoaktiiviset aineet yleisiin väestötutkimuksiin, vaikka käytettyjen menetelmien ja kysymysten erot rajoittavat eri maiden tulosten vertailtavuutta. Vuodesta 2011 lähtien 13 Euroopan maata on ilmoittanut kansalliset arviot uusien psykoaktiivisten aineiden (paitsi ketamiinin ja GHB:n) käytöstä. Viime vuoden aikana näiden aineiden käyttö nuorilla aikuisilla (15–34-vuotiaat) vaihteli Italian ja Norjan 0,2 prosentista Romanian 1,7 prosenttiin. Yhdistynyttä kuningaskuntaa (Englanti ja Wales) koskevia tutkimustietoja on saatavilla mefedronin käytöstä. Tuoreimmassa tutkimuksessa (2016–2017) arvioitiin, että viime vuonna mefedronia käytti 0,3 prosenttia 16–34-vuotiaista. Määrä on laskenut verrattuna vuosiin 2014–2015 (1,1 prosenttia).

Tuoreimpien tutkimusten mukaan 15–34-vuotiaiden synteettisten kannabinoideiden käyttö edellisen vuoden aikana vaihteli Espanjan 0,2 prosentista Latvian 1,5 prosenttiin.

Vaikka uusien psykoaktiivisten aineiden käyttö on yleisesti matalalla tasolla koko Euroopassa, EMCDDA:n vuoden 2016 tutkimuksessa yli kaksi kolmasosaa maista ilmoitti, että suuren riskin käyttäjäryhmät käyttivät uusia psykoaktiivisia aineita. Erityisesti synteettisten katinonien käyttö opioideja ja stimulantteja suonensisäisesti käyttävien keskuudessa on liitetty terveydellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin. Synteettisten kannabinoideiden polttaminen syrjäytyneissä väestöryhmissä, myös kodittomien ja vankien keskuudessa, on ongelma, joka on havaittu monissa Euroopan maissa.

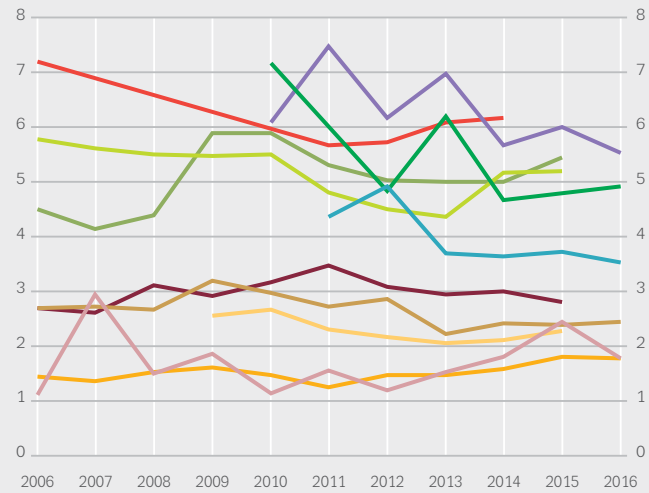
Tällä hetkellä harvat ihmiset hakeutuvat yleisesti ottaen Euroopassa hoitoon uusien psykoaktiivisten aineiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi, vaikka näitä aineita on huomattavasti joissakin maissa. Tuoreimpien tietojen mukaan 17 prosenttia asiakkaista Turkissa ja seitsemän prosenttia Unkarissa ilmoitti synteettisten kannabinoideiden käytön huumehoitoon hakeutumisen pääsyyksi. Yhdistyneessä kuningaskunnassa 0,3 prosenttia hoitoon hakeutuneista ilmoitti syyksi ongelmat, jotka liittyivät synteettisten katinonien käyttöön ensisijaisena huumeaineena.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa synteettisten kannabinoideiden käyttö vankien keskuudessa herättää erityistä huolta. Vuonna 2016 Yhdistyneen kuningaskunnan vankiloissa tehdyssä tutkimuksessa 33 prosenttia 625 vangista ilmoitti käyttäneensä Spice-valmisteita edellisen kuukauden aikana. Vertailun vuoksi 14 prosenttia ilmoitti käyttäneensä kannabista edeltäneen kuukauden aikana.

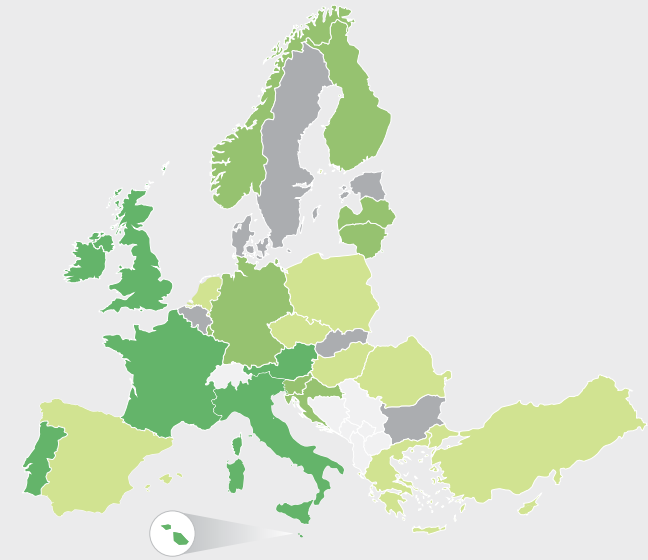
KUVA 2.11

Kansalliset vuotuiset arviot opioidien suuren riskin käytön yleisyydestä: valikoidut suuntaukset ja tuoreimmat tiedot

Tapauksia tuhatta henkeä kohti



Irlanti Malta Itävalta Italia Latvia
 Slovenia Saksa Kreikka Espanja
 Tšekki Kypros



Tapauksia tuhatta henkeä kohti

0–2,5 2,51–5,0 >5,0 Ei tietoja

Suuren riskin opioidien käytössä heroini edelleen valta-asemassa

Euroopassa eniten käytetty laiton opioidi on heroini, jota voidaan käyttää polttamalla, nuuskaamalla tai suonensisäisesti. Myös monia muita synteettisiä opioideja, kuten metadonia, buprenorfiinia ja fentanyylia, käytetään väärin.

Euroopassa heroiiniriippuvuutta on esiintynyt aalloittain. Niistä ensimmäinen alkoi monissa Länsi-Euroopan maissa 1970-luvun puolivälissä, ja toinen aalto koettiin etenkin Keski- ja Itä-Euroopan maissa 1990-luvun loppupuolella. Viime vuosina on havaittu, että suuren riskin opioidien käyttäjät, jotka ovat todennäköisesti saaneet korvaushoitoa, ikääntyvät.

Opioidien suuren riskin käytön esiintyvyys EU:n aikuisväestössä (15–64-vuotiaat) on arviolta 0,4 prosenttia. Toisin sanoen EU:ssa oli vuonna 2016 noin 1,3 miljoonaa suuren riskin opioidienkäyttäjää. Kansallisesti opioidien suuren riskin käytön yleisyyttä koskevat arviot vaihtelevat alle yhdestä yli kahdeksaan tapaukseen tuhatta 15–64-vuotiasta kohti. Suuren riskin opioidienkäyttäjistä Euroopan unionissa noin kolme neljäsosaa (76 prosenttia) tulee viidestä Euroopan unionin tiheimmin asutusta maasta, joissa on 62 prosenttia sen väestöstä (Saksa, Espanja, Ranska, Italia ja Yhdistynyt kuningaskunta). Niistä 11 maasta, joissa tehtiin säännöllisiä arvioita opioidien suuren riskin käyttäjistä vuosina 2006–2016, Espanjassa ja Italiassa arviot

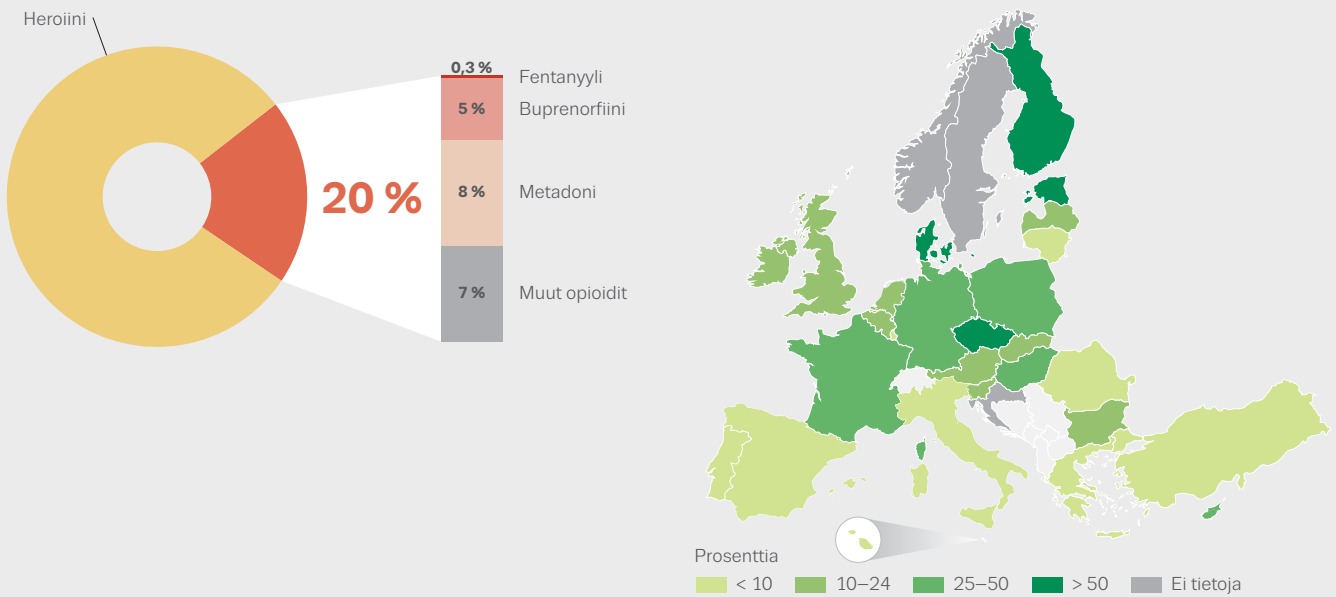
osoittavat tilastollisesti merkitsevää laskua ja Tšekissä tilastollisesti merkittävää kasvua (kuva 2.11).

Vuonna 2016 opioidien käytön ilmoitti pääsyyksi huumehoitoon hakeutumiselle 177 000 asiakasta eli 37 prosenttia kaikista Euroopassa huumehoitoon hakeutuneista. Näistä 35 000 tuli hoitoon ensimmäistä kertaa. Ensisijaisesti heroiinia käyttävien osuus oli 82 prosenttia ensimmäistä kertaa hoitoon tulevista opioideja käyttävistä asiakkaista.

Suuntauksista saatavilla olevien tietojen mukaan ensimmäistä kertaa hoitoon tulevien heroiiniasiakkaiden määrä yli puolittui huippuvuodesta 2007. Määrä oli alimmillaan vuonna 2013, jonka jälkeen se on viime vuosina tasoittunut.

KUVA 2.12

Ensisijaisesti opioidien vuoksi hoitoon tulleet: opioidilajin mukaan eriteltynä (vasen) ja muita opioideja kuin heroiinia käyttävien osuus (oikea)



Synteettiset opioidit: erilaisia aineita havaittu ympäri Eurooppaa

Vaikka heroiini on edelleen yleisimmin käytetty laiton opioidi, monet lähteet osoittavat, että laillisia synteettisiä opioideja (kuten metadonia, buprenorfiinia ja fentanyyliä) väärinkäytetään yhä yleisemmin. Hoitoon tulevat ilmoittavat

käyttävänsä muun muassa seuraavia opioideja väärin: metadoni, buprenorfiini, fentanyyli, kodeiini, morfiini, tramadoli ja oksikodoni. Joissakin maissa muut opioidit kuin heroiini ovat tavallisimmin käytettyjä opioideja huumehoitoon tulleiden keskuudessa. Vuonna 2016 18 Euroopan maata ilmoitti, että yli kymmenen prosenttia kaikista hoitoon tulleista opioideja käyttävistä asiakkaista

HOITOON TULEVAT HEROIININKÄYTTÄJÄT

Ominaispiirteet

20% 80%



23 Käytön aloittajien keskimääräinen ikä

34 Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien keskimääräinen ikä

28 200 Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat



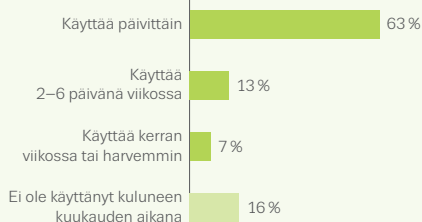
19%

117 200 Hoitoon uudelleen tulevat

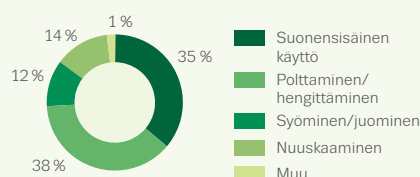
81%

Käyttötiheys kuluneen kuukauden aikana

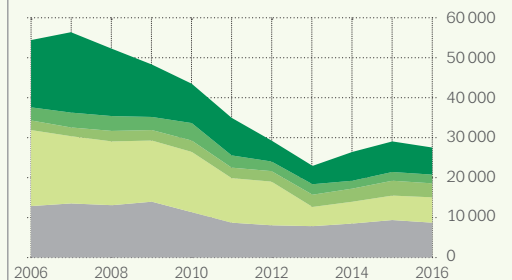
Käyttää keskimäärin 6 päivänä viikossa



Käyttötapa



Suuntaukset ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien osalta

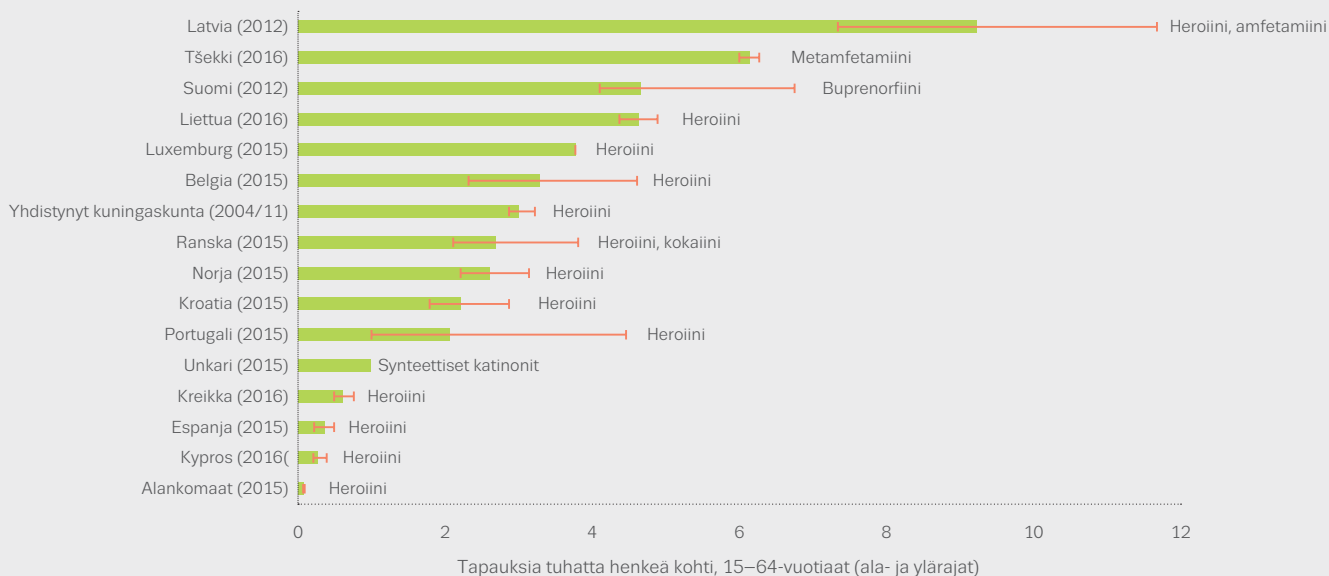


Italia Espanja Saksa
Yhdistynyt kuningaskunta Muut maat

Huom. Suuntauksia lukuun ottamatta tiedot koskevat kaikkia hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti heroiinia. Saksan tiedot koskevat hoitoon tulevia, jotka käyttävät ensisijaisesti opioideja. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvia koskevat suuntaukset perustuvat 25 maan tietoihin. Suuntauskaaviossa on tiedot vain maista, joista on tietoja vähintään 9–11 vuodelta. Puuttuvat arvot interpoloidaan lähivuosiin. Kansallisessa tiedonkulussa tapahtuneiden muutosten vuoksi Italiasta vuodesta 2014 lähtien saadut tiedot eivät ole vertailukelpoisia aikaisempien vuosien tietojen kanssa.

KUVA 2.13

Huumeiden suonensisäinen käyttö: tuoreimmat arviot esiintyvyydestä ja ensisijainen suonensisäisesti käytettävä huumausaine



sai hoitoa muihin opioideihin kuin heroiniin liittyviin ongelmiin (kuva 2.12). Virossa suurin osa hoitoon tulleista, jotka ilmoittivat opioidit ensisijaiseksi huumeekseen, käytti fentanyyliä, kun taas Suomessa buprenorfiini oli hoitoon hakeutuneiden yleisin ensisijainen opioidi. Tšekissä buprenorfiinin väärinkäytöstä ilmoitti noin 30 prosenttia opioidien käyttäjistä ja Tanskassa metadonin väärinkäytöstä noin 22 prosenttia opioidien käyttäjistä. Kyproksessa ja Puolassa 20–30 prosenttia opioidien käyttäjistä tuli hoitoon muiden opioidien, kuten oksikodonin (Kypros) ja ”kompotin” eli unikon oljesta valmistetun heroinin (Puola) käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi. Lisäksi käyttäjistä, jotka hakeutuvat hoitoon sellaisiin uusiin psykoaktiivisiin aineisiin, joilla on opioidien kaltaisia vaikutuksia, liittyvien ongelmien vuoksi, voidaan raportoida opioideja koskevassa yleisessä osassa.

Huumeiden suonensisäinen käyttö vähenee edelleen hoitoon ensimmäistä kertaa tulevilla

Suonensisäinen käyttö liitetään useimmiten opioideihin, mutta muutamassa maassa ongelmana on amfetamiinien tai kokaiinin kaltaisten stimulanttien suonensisäinen käyttö.

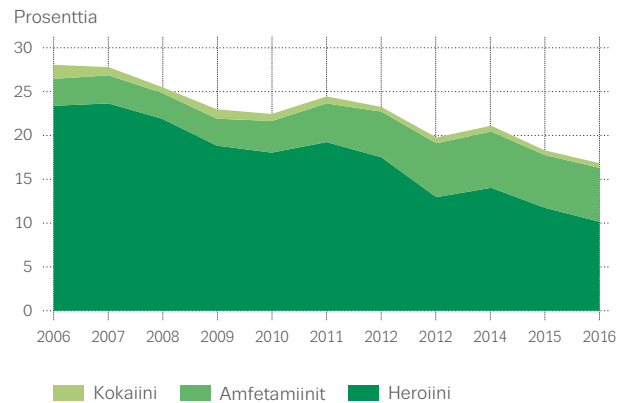
Ainoastaan 16 maata on arvioinut huumeiden suonensisäistä käyttöä vuodesta 2011, ja käyttö vaihtelee alle yhdestä yhdeksään tapaukseen tuhatta 15-64-vuotiasta kohden. Useimmissa näistä maista tärkein suonensisäisesti käytettävä huumausaine voidaan määrittää selkeästi, mutta joissakin kahdella huumausaineella on samanlaiset korkeat käyttötasot. Opioidit ilmoitetaan tärkeimmäksi suonensisäisesti käytettäväksi huumausaineeksi useimmissa (14) maissa (ks. kuva 2.13). Heroiini mainitaan näistä maista 13:ssa, ja buprenorfiini mainitaan Suomessa. Stimulantit ilmoitetaan tärkeimmäksi suonensisäisesti käytettäväksi aineeksi neljässä maassa, joissa käytettäviä aineita ovat synteettiset katinonit (Unkari), kokaiini (Ranska), amfetamiini (Latvia) ja metamfetamiini (Tšekki).

KUVA 2.14

Heroiinin ensisijaiseksi huumeekseen vuonna 2016 ilmoittaneilla ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneilla suonensisäinen käyttö ensisijaisena käyttötapana väheni 43 prosentista (vuonna 2006) 27 prosenttiin. Tässä ryhmässä suonensisäinen käyttö vaihtelee maittain Espanjan 8 prosentista Latvian, Liettuan ja Romanian vähintään 90 prosenttiin. Suonensisäisen käytön ensisijaiseksi käyttötavaksi ilmoittaa yksi prosentti ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvista kokaiinin käyttäjistä ja 47 prosenttia ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvista amfetamiinia ensisijaisesti käyttävistä. Amfetamiinia koskevaan yleiskuvaan vaikuttaa kuitenkin huomattavasti Tšekki, jonka osuus on 87 prosenttia amfetamiinia suonensisäisesti käyttävistä uusista asiakkaista Euroopassa. Kun otetaan huomioon kolme ensisijaisesti suonensisäisesti käytettyä huumetta, suonensisäisen käytön ensisijaiseksi käyttötavakseen ilmoittaneiden Euroopassa ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneiden määrä on vähentynyt 28 prosentista (vuonna 2006) 17 prosenttiin (vuonna 2016) (kuva 2.14).

Vaikka synteettisten katinonien suonensisäistä käyttöä ei tapahdukaan laajalti, sitä on havaittu joissakin maissa tiettyjen ryhmien, kuten opioideja suonensisäisesti käyttävien ja huumehoidossa olevien asiakkaiden, keskuudessa ja Unkarissa neuloja vaihtavien asiakkaiden keskuudessa. Tuoreen EMCDDA:n tutkimuksen mukaan kymmenen maata ilmoitti, että pienissä ryhmissä, joihin kuuluu homoseksuaalisia miehiä, käytetään synteettisiä katinoneja suonensisäisesti (usein muiden stimulanttien ja GHB:n kanssa) seksijuhlissa.

Suonensisäinen käyttö ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneilla, jotka käyttävät ensisijaisesti heroiniä, kokaiinia tai amfetamiinia: suonensisäisen käytön ensisijaiseksi käyttötavaksi ilmoittavien prosenttiosuus



Huom. Suuntaukset perustuvat 21 maahan, joista on tietoa vähintään 9–11 vuodelta.



**Synteettisten katinonien
suonensisäisestä käytöstä
ilmoitetaan edelleen
tietyillä ryhmillä**

LISÄTIETOJA

EMCDDA:n julkaisuja

2018

Country Drug Reports 2018.

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, Perspectives on Drugs.

Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

2016

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Insights.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communications.

2015

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

Trends in heroin use in Europe: what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

2012

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Thematic paper.

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

EMCDDA:n ja ESPAD:n yhteisiä julkaisuja

2016

ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

Kaikki julkaisut ovat saatavana osoitteesta www.emcdda.europa.eu/publications

3

**Laittomien huumeiden
käytön tiedetään lisäävän
tauteja maailmanlaajuisesti**

Huumehaitat ja ehkäisevät toimet

Laittomien huumeiden käytön tiedetään lisäävän tauteja maailmanlaajuisesti. Laittomien huumeiden käyttöön liittyy kroonisia ja akuutteja terveysongelmia, joita pahentavat eri tekijät, kuten aineiden ominaisuudet, käyttötapa, yksilöllinen alttius ja sosiaalinen ympäristö, jossa huumeita käytetään. Kroonisiin ongelmiin kuuluvat riippuvuus ja huumeisiin liittyvät tartuntataudit sekä jotkin akuutit haitat. Näistä huumeiden yliannostus on parhaiten dokumentoitu. Vaikka opioidien käyttö onkin suhteellisen harvinaista, niiden käyttö aiheuttaa edelleen suuren osan huumeista johtuvasta sairastavuudesta ja kuolleisuudesta. Huumeiden suonensisäinen käyttö lisää riskejä. Vaikka kannabiksen käyttöön liittyviä terveysongelmia on selvästi vähemmän, kannabiksen käytön yleisyydellä voi olla vaikutuksia kansanterveyteen. Käyttäjien nyt saatavilla olevien aineiden pitoisuuden ja puhtauden vaihtelu lisää mahdollisia haittoja ja luo ympäristön, jossa huumeiden ehkäiseminen on haastavaa.

Huumeongelmien tehokkaiden näyttöön perustuvien ehkäisytoimien suunnittelu ja toteutus on Euroopan huumausainepolitiikan keskeinen painopiste, ja siihen liittyy monia eri toimenpiteitä. Ennaltaehkäisemisen ja

varhaisen puuttumisen menetelmien tarkoituksena on estää huumeiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat, kun taas hoidolla, myös psykososiaalisilla ja farmakologisilla menetelmillä, pyritään ensisijaisesti hoitamaan riippuvuutta. Opioidikorvaushoidon ja ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmien kaltaisia keskeisiä toimenpiteitä kehitettiin osittain opioidien suonensisäisen käytön ja siihen liittyvien ongelmien, erityisesti tartuntatautien leviämisen ja yliannostuskuolemien, estämiseksi.

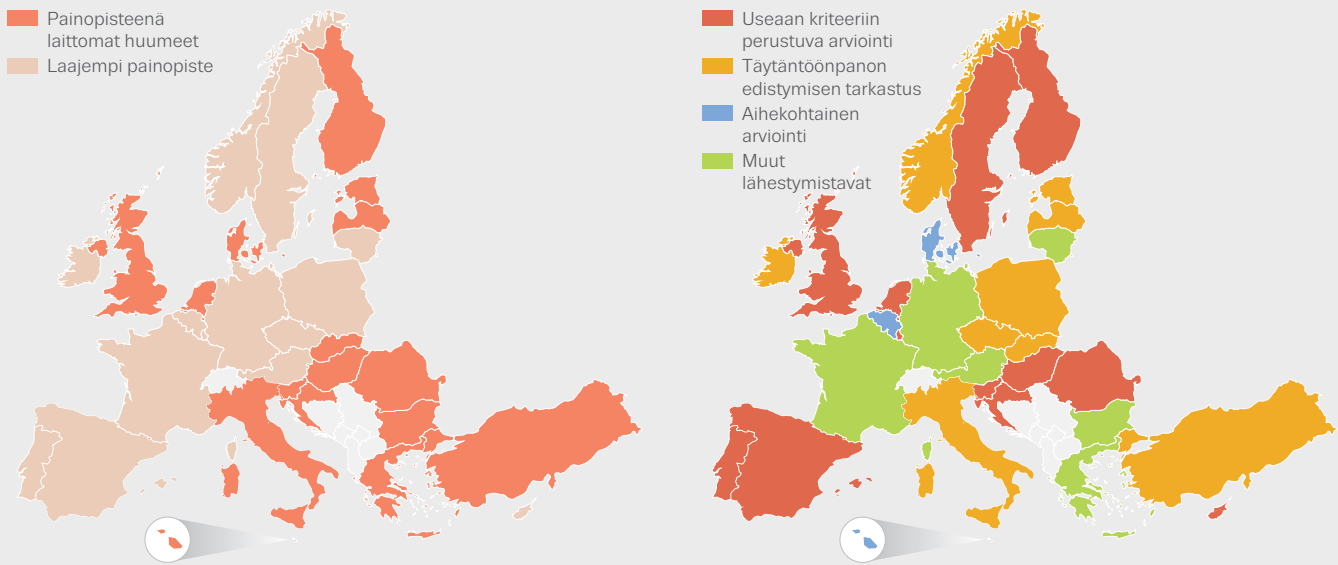
Huumeisiin liittyvien haittojen ja ehkäisevän työn seuranta

Reitoxin kansalliset yhteyspisteet ja kansalliset asiantuntijaryhmät antavat EMCDDA:lle tietoa terveys- ja sosiaalialan toimista, joilla torjutaan huumeiden käyttöä, myös huumestrategioista ja huumeisiin liittyvistä julkisista menoista. Asiantuntija-arvioissa annetaan lisätietoa toimien saatavuudesta siltä osin kuin virallisia tietoja ei ole saatavilla. Tämä luku perustuu myös tieteellisiin tutkimuksiin kansanterveydellisten toimien tehokkuudesta. Lisätietoja saa EMCDDA:n verkkosivuilta kohdasta *Health and social responses to drug problems: a European guide* ja asiaan liittyvästä verkkoaineistosta sekä kohdasta *Best practice portal*.

Pääasialliset terveyshaitat, joita EMCDDA seuraa järjestelmällisesti, ovat huumeisiin liittyvät tartuntataudit ja huumeiden käytöstä johtuvaa sairastavuutta ja kuolleisuutta. Niitä täydennetään huumeisiin liittyviä akuutteja ensiapukäyntejä koskevilla rajallisilla tiedoilla ja EU:n varhaisvaroitussysteemistä saatavilla tiedoilla. Tässä järjestelmässä seurataan uusiin psykoaktiivisiin aineisiin liittyviä haittoja. Lisätietoja on saatavilla verkosta *Key epidemiological indicators* -sivustolta, *Statistical Bulletin* -sivustolta ja *Action on new drugs* -sivustolta.

KUVA 3.1

Painopisteet kansallisissa huumestrategia-asiakirjoissa (vasen) ja arviointilähestymistapoja koskeissa menetelmissä (oikea) vuonna 2017



Huom. Strategioihin, joissa on laajempi painopiste, voivat kuulua esimerkiksi lailliset huumeet ja muut riippuvuudet. Vaikka Yhdistyneellä kuningaskunnalla onkin laittomiin huumeisiin keskittyvä strategia, Walesilla ja Pohjois-Irlannilla on laajat strategia-asiakirjat, jotka käsittävät myös alkoholin.

Huumestrategioiden laajempi painopiste

Lähes puolet EMCDDA:n seuraamasta 30 maasta käsittelee nyt kansallisissa huumestrategioissaan erilaisia aineita ja riippuvuuksia koskevien kysymyksien yhdistelmiä laittomien huumeiden ohella. Valtiot laativat näiden suunnittelutyökalujen avulla yleisen toimintamallinsa ja nimenomaiset ehkäisytoimensa huumeongelmien erilaisiin terveydellisiin, sosiaalisiin ja turvallisuutta koskeviin ulottuvuuksiin. Tanskan kansallinen huumausainepolitiikka on esitetty strategisissa asiakirjoissa, lainsäädännössä ja konkreettisissa toimissa, kun taas muilla mailla on käytössä kansallinen huumausainestrategia. 16 maassa huumausainestrategiassa keskitytään lähinnä laittomiin huumeisiin. Muissa 14 maassa politiikan painopiste on laajempi, ja tällöin voidaan kiinnittää enemmän huomiota muihin riippuvuutta aiheuttaviin aineisiin ja päihderiippuvuuteen (ks. kuva 3.1). Yhdistyneessä kuningaskunnassa Walesin ja Pohjois-Irlannin aluehallinnoilla on kuitenkin käytössä kattavat strategia-asiakirjat. Kun nämä kaksi asiakirjaa otetaan huomioon, kattavien laittomia huumeita koskevien strategioiden määrä nousee 16:een. Näissä kattavissa asiakirjoissa käsitellään lähinnä laittomia huumeita, ja siinä, miten muita aineita ja riippuvuuksia käsitellään, on eroja. Kaikissa asiakirjoissa käsitellään alkoholia, kymmenessä käsitellään tupakkaa, yhdeksässä lääkkeitä, kolmessa urheiludopingia (esim. suoritusta parantavat aineet) ja kahdeksassa toiminnallista riippuvuutta (esim. uhkapelit). Painopisteestä riippumatta kansallisissa

huumausainestrategioissa tuetaan tasapainoista lähestymistapaa huumausainepolitiikkaan, joka esitetään EU:n huumausainestrategiassa (2013–2020) ja toimintasuunnitelmassa (2017–2020). Näissä molemmissa painotetaan sekä huumeiden kysynnän että huumeiden tarjonnan vähentämistä.

Kaikki Euroopan maat arvioivat kansalliset huumestrategiansa, joskin sen tekemiseen käytetään monia erilaisia lähestymistapoja. Arvioinneilla pyritään yleensä arvioimaan strategian täytäntöönpanoa ja yleisessä huumausainetilanteessa tapahtuneita muutoksia. Vuonna 2017 ilmoitettiin, että äskettäin oli tehty 12 moneen eri kriteeriin perustuvaa arviointia, yhdeksän täytäntöönpanon edistymisen tarkastelua ja kolme aihekohtaista arviointia, kun taas kuusi maata käytti muita lähestymistapoja, kuten eri tekijöihin perustuvia arvioita ja tutkimushankkeita (ks. kuva 3.1). Suuntaus laajemman painopisteen strategioiden käyttöön alkaa vähitellen näkyä laajemman painopisteen arviointien käyttämisessä. Tällä hetkellä Ranska, Luxemburg, Ruotsi ja Norja ovat julkaisseet arvioinnit laajemman painopisteen strategioista. Tämän laajennetun strategian soveltamisalan ansiosta voidaan saada aikaan kattavampi kansanterveydellinen lähestymistapa, mutta se on myös haastavaa toteuttamisen, seurannan ja arvioinnin koordinoinnin kannalta.

Näyttöön perustuva ennaltaehkäisy: toteuttamisen tukeminen

Nuorten huumeidenkäytön ja huumeisiin liittyvien ongelmien ehkäiseminen on Euroopan kansallisten huumestrategioiden päätavoite, ja sitä voi lähestyä monella tavalla. Ympäristöön vaikuttavat ja yleiset lähestymistavat kohdistuvat koko väestöön, kun taas valikoiva ennaltaehkäisytyö kohdistuu haavoittuviin ryhmiin, joilla huumeiden ongelmakäytön riski voi olla keskimääräistä suurempi. Kohdennettu ennaltaehkäisytyö keskittyy puolestaan riskihenkilöihin.

Kiinnostus näyttöön perustuvien ennaltaehkäisyohjelmien toteuttamista kohtaan on ollut Euroopassa viime vuosina kasvussa. Niitä tuetaan rekisterien perustamisella, koulutusaloitteilla ja laatustandardeilla. Vuonna 2018 rekistereitä perustettiin tai kehitettiin yli kolmasosassa 30 EMCDDA-maasta. Rekistereissä on syöttötietoja ja luokitusta koskevat kriteerit ohjelmien tehokkuuden varmistamiseksi. Eurooppalaisessa Xchange-rekisterissä yhdistetään kansalliset rekisterit, ja siinä on noin 20 manuaalista huumeiden ennaltaehkäisyohjelmaa, jotka on arvioitu perusteellisesti ja joiden tulokset on luokiteltu. Siitä saa myös toteuttamiseen liittyviä toiminnanharjoittajien kokemuksia, jotka liittyvät eri kysymyksiin, muun muassa toteuttamisen organisatorisiin ja kulttuurisiin esteisiin (rekrytointi, ajoitus, mukautushaasteet) ja niiden ratkaisuihin.

Ammatillinen koulutus on olennaisen tärkeää ennalta ehkäisevien lähestymistapojen käyttöönotossa. Ennaltaehkäisyyn on kuitenkin saatavilla vain vähän virallista koulutusta. Yksi uusi aloite, näyttöä koskeviin kansainvälisiin vaatimuksiin perustuva yleisen ehkäisevän päihdetyön opinto-ohjelma (UPC) on äskettäin mukautettu eurooppalaista yleisöä varten. Siihen kuuluu sekä yhdeksän viikon yliopiston opinto-ohjelma että tiivis 3–5 päivän koulutuskurssi (IPC-Adapt) alueellisille ja paikallisille päätöksentekijöille ja mielipidevaikuttajille. Lyhyt versio toteutetaan kolmasosassa EU:n jäsenvaltioita vuonna 2018.

Ammatillinen koulutus on olennaisen tärkeää ennaltaehkäisevien lähestymistapojen käyttöönotossa

Ympäristöön liittyvä ennaltaehkäisy: yöelämässä toteutettavat moniosaiset ohjelmat

Monissa maissa, erityisesti Pohjois-Euroopassa, on ilmoitettu yöelämässä toteutettavien ympäristöön liittyvien toimintamallien käytön lisääntymisestä. Useimmissa ympäristöön liittyvissä toimintamalleissa kohteena on alkoholi, mutta alkoholin ja muiden huumeiden käytön yhteisten (taustalla olevien) riskitekijöiden vuoksi kyseiset toimintamallit ovat hyödyllisiä myös muiden aineiden käytön ennaltaehkäisyssä. Niiden toteutus on kuitenkin edelleen vähäistä. Yksi kiinnostava toimintamalli ovat yöelämän moniosaiset liittoumat, joissa yhdistyvät palveluhenkilöstön koulutus, sisäänpääsy tarkastukset, valvonta ja yhteisön osallistaminen. Tämän toimintamallin tehokkuudesta alkoholiin ja huumeisiin liittyvien haittojen vähentämisessä on jonkin verran näyttöä. Esimerkiksi Ruotsin STAD-hanke otetaan nyt käyttöön kuudessa muussa EU-maassa. Vuonna 2016 kuitenkin vain kahdessa maassa (Suomi ja Yhdistynyt kuningaskunta) ilmoitettiin, että moniosaisia toimenpiteitä on kattavasti saatavilla.

Mobiiliterveydenhuollon toimenpiteiden saatavuutta laajennetaan

Myös verkossa on tarjolla entistä laajempi valikoima huumeiden hoitotoimenpiteitä, muun muassa älypuhelinien mobiiliterveydenhuoltosovelluksia (m-health). Internetpohjaisilla ja mobiiliterveydenhuollon toimenpiteillä voidaan laajentaa ennaltaehkäisy- ja hoito-ohjelmien saatavuutta ja maantieteellistä kattavuutta ihmisille, jotka eivät ehkä muuten saa huumehoitopalveluja. Älypuhelinien kautta käytettävissä olevat hoitotoimenpiteet vaihtelevat huumealan ammattihenkilöiden sähköisen oppimisen työkaluista, huumeiden ennaltaehkäisystä ja haittojen vähentämisestä ja digitaalisesta etsivästä työstä sosiaalisen median alustoilla toteuttavaan potilaiden seurantaan, valvontaan ja hoitoon.

Tuoreessa EMCDDA:n tutkimuksessa löydettiin yli 60 verkon sovelluskaupoissa saatavilla olevaa huumeisiin liittyvää mobiiliterveydenhuoltosovellusta. Niistä lähes puolet on peräisin Euroopasta. Useimmissa sovelluksissa annettiin tietoa huumeista, ja niihin liittyi myös jonkinlainen hoitotoimenpide. Eurooppalaiset mobiiliterveydenhuollon hoitotoimenpiteet on pääasiallisesti tarkoitettu tukemaan haittojen vähentämistä juhlijoiden ja nuorten keskuudessa. Sovelluksissa käytettäviä tekniikoita olivat muun muassa vakiintuneen internetpohjaisen hoidon hoitotoimenpiteet, kuten käyttöpäiväkirjat, henkilökohtainen palaute itse määritetyistä huumeiden käytön vähentämistavoitteista ja vuorovaikutus hoitoalan ammattilaisten kanssa esimerkiksi salattujen viestien välityksellä. Joissakin sovelluksissa

KUVA 3.2

käytetään myös tehokkaita ennaltaehkäisytekniikoita, kuten sosiaalisten normien menetelmiä ja väärinkäsitysten vähentämistä huumeiden vertaiskäytöstä. Tämän alan tulevalle kehitykselle aiheuttavat haasteita huumealan mobiiliterveydenhuollon sovellusten laatustandardien puute sekä tietosuojaa koskevat huolet ja todistuspuhjan niukkuus. Mobiiliterveydenhuollon sovelluksista kehittyi kuitenkin todennäköisesti tärkeitä huumeisiin liittyviä hoitotyökaluja käyttäjille ja ammattihenkilöille koko Euroopassa.

Huumehoidon yhteisöpohjaiset palvelut

Huumehoito on ensisijainen apu henkilöille, joilla on huumeidenkäyttöön liittyviä ongelmia, kuten riippuvuusongelma. Asianmukaisten hoitopalvelujen hyvän saatavuuden varmistaminen on keskeinen poliittinen tavoite.

Suurin osa huumehoidosta Euroopassa annetaan avohoitona, ja avohoitoon erikoistuneet keskuskeskukset tarjoavatkin eniten hoitoa huumeidenkäyttäjien määrän perusteella (kuva 3.2). Matalan kynnyksen palvelut ovat toiseksi suurimpia hoidon tarjoajia, ja sen jälkeen tulevat perusterveydenhuollon keskuskeskukset ja yleiset mielenterveyslaitokset. Tähän ryhmään kuuluvat myös yleislääkäreiden vastaanotot, sillä joissakin suurissa maissa, kuten Ranskassa ja Saksassa, ne voivat määrätä opioidikorvaushoitoa. Muualla, esimerkiksi Sloveniassa, avohoidon mielenterveyslaitoksilla on keskeinen rooli hoidon tarjonnassa.

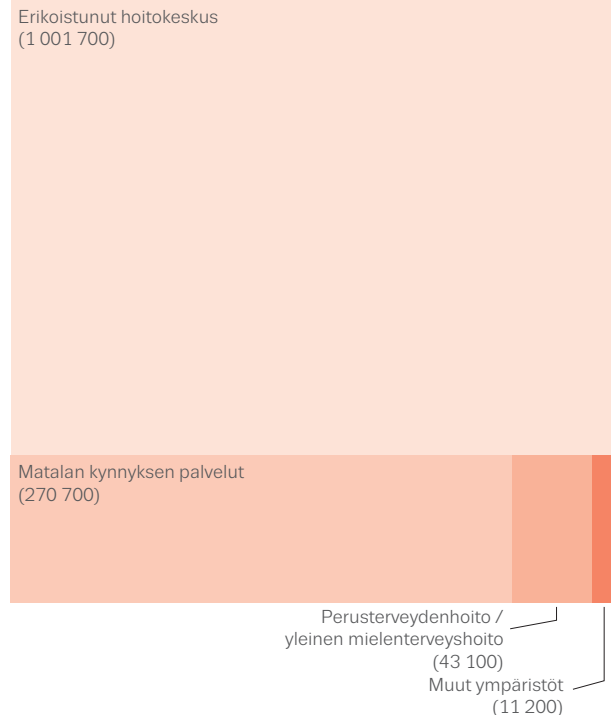
Pienempi osa Euroopassa annettavasta huumehoidosta tapahtuu laitospäristössä, kuten sairaaloiden yhteydessä toimivissa laitoksissa (esim. psykiatriset sairaalat), mutta myös kuntoutushoitoyhteisöissä ja vieroituslaitoksissa, joissa potilaat asuvat. Avohoidon ja laitoshoidon tarjonnan suhteellinen merkitys kansallisessa hoitojärjestelmässä vaihtelee suuresti eri maissa.

Huumehoitoon hakeutumisen reitit ja asiakkuuspolut

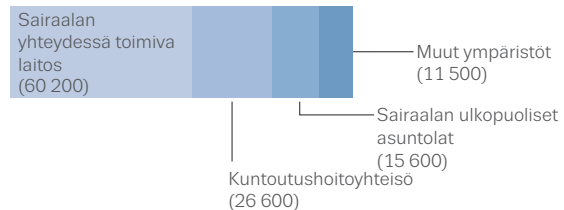
Euroopan unionissa arviolta 1,3 miljoonaa ihmistä sai hoitoa laittomien huumeiden käytön vuoksi vuonna 2016 (1,5 miljoonaa, kun Norjan ja Turkin tiedot otetaan huomioon). Oma-aloitteinen hakeutuminen on edelleen yleisin hoitoonohjausreitti. Vuonna 2016 Euroopassa huumehoitoon tulleista asiakkaista lähes puolet (48 prosenttia) tuli hoitoon oma-aloitteisesti. Tähän sisältyy myös perheenjäsenten tai ystävien hoitoon ohjaamat asiakkaat. Noin neljäsosa (26 prosenttia)

Huumehoitoa saavien määrä Euroopassa vuonna 2016 ympäristön mukaan eriteltynä

Avohoito



Laitushoito



Vankilat



Suurin osa Euroopan huumehoidosta on avohoitoa

KUVA 3.3

asiakkaista ohjautui hoitoon terveys-, koulutus- ja sosiaalipalvelujen kautta, muun muassa huumehoitokeskuksista, ja 16 prosenttia rikosoikeusjärjestelmän kautta. Monissa maissa on käytössä järjestelmiä, joilla huumerikoksiin syyllistyneet siirretään rikosoikeusjärjestelmästä huumehoito-ohjelmiin. Tämä voi edellyttää tuomioistuimen antamaa hoitoonohjausmääräystä tai ehdollista tuomiota, jonka edellytyksenä on hoidon aloittaminen. Joissakin maissa siirto on mahdollinen myös rikosoikeusprosessin varhaisemmissa vaiheissa.

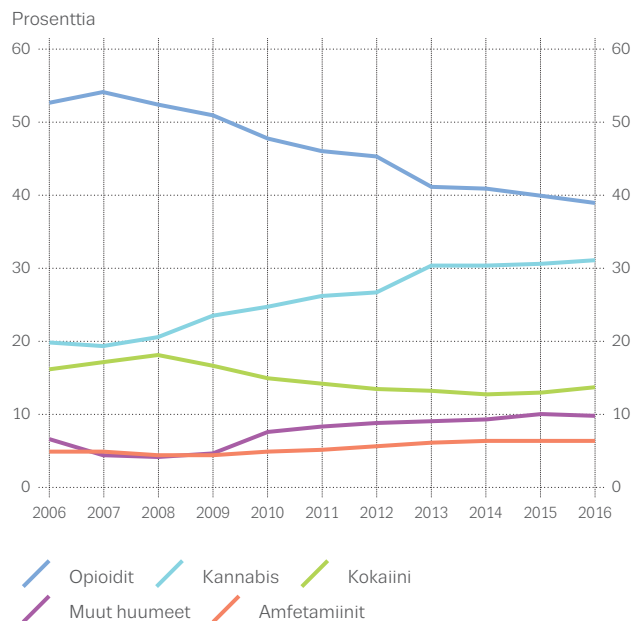
Hoitoon ohjautumisen käytännöt vaihtelevat suuresti sekä maittain että ensisijaisen huumeaineen mukaan. Rikosoikeusjärjestelmällä on erityisen merkittävä asema kannabiksen käyttäjien ohjaamisessa hoitoon. Yleisesti Euroopassa 26 prosenttia kannabiksen käyttäjistä on ohjattu hoitoon rikosoikeusjärjestelmän kautta. Osuus kuitenkin vaihtelee merkittävästi maittain. Vuonna 2016 niissä maissa, joissa oli yli sata uutta kannabiksen vuoksi hoitoon hakeutunutta, tuomioistuimen, ehdonalaisvalvojan tai poliisin tekemän hoitoon ohjaamisen osuus vaihteli Alankomaiden kahdesta prosentista Unkarin ja Romanin yli 80 prosenttiin.

Asiakkaiden huumehoidoille on ominaista eri palvelujen käyttö, toistuvat hoitoon hakeutumiset ja hoidon vaihteleva kesto. Opioidien käyttäjät ovat suurin huumeiden vuoksi hoitoon tulijoiden ryhmä, ja he kuluttavat suurimman osan saatavilla olevista hoitoresursseista, lähinnä korvaushoidosta. Hoitotietoja on saatu yhdeksässä Euroopan maassa vuonna 2016 tehdyn huumehoitotietojen koskevan analyysin tuloksista. Näissä maissa tuona vuonna hoitoon tulleesta 370 000 asiakkaasta vähän alle 20 prosenttia oli tullut hoitoon ensimmäistä kertaa elämässään, 27 prosenttia oli tullut uudestaan hoitoon saatuaan hoitoa aikaisemmin ja yli puolet oli ollut jatkuvassa hoidossa yli vuoden ajan. Useimmat jatkuvassa hoidossa olleista asiakkaista olivat miehiä, jotka lähestyivät 40 vuoden ikää. He olivat olleet hoidossa yli kolme vuotta, ja heillä oli opioidien, erityisesti heroiinin, käyttöön liittyviä ongelmia.

Opioidien korvaushoidossa erilaisia kansallisia käytäntöjä

Korvaushoito, johon yhdistetään usein psykososiaalisia toimenpiteitä, on yleisin opioidiriippuvuuden hoitomuoto. Saatavilla oleva näyttö tukee tätä menetelmää, ja sen on havaittu tuottavan myönteisiä tuloksia hoidossa pysymisen, laittoman opioidinkäytön, riskikäyttäytymisen sekä huumehaittojen ja huumeista johtuvan kuolleisuuden osalta. Kannabiksen käyttäjät ovat toiseksi ja kokaiinin

Huumeiden vuoksi hoitoon tulleiden asiakkaiden ensisijaisesti käyttämä huume: suuntaukset

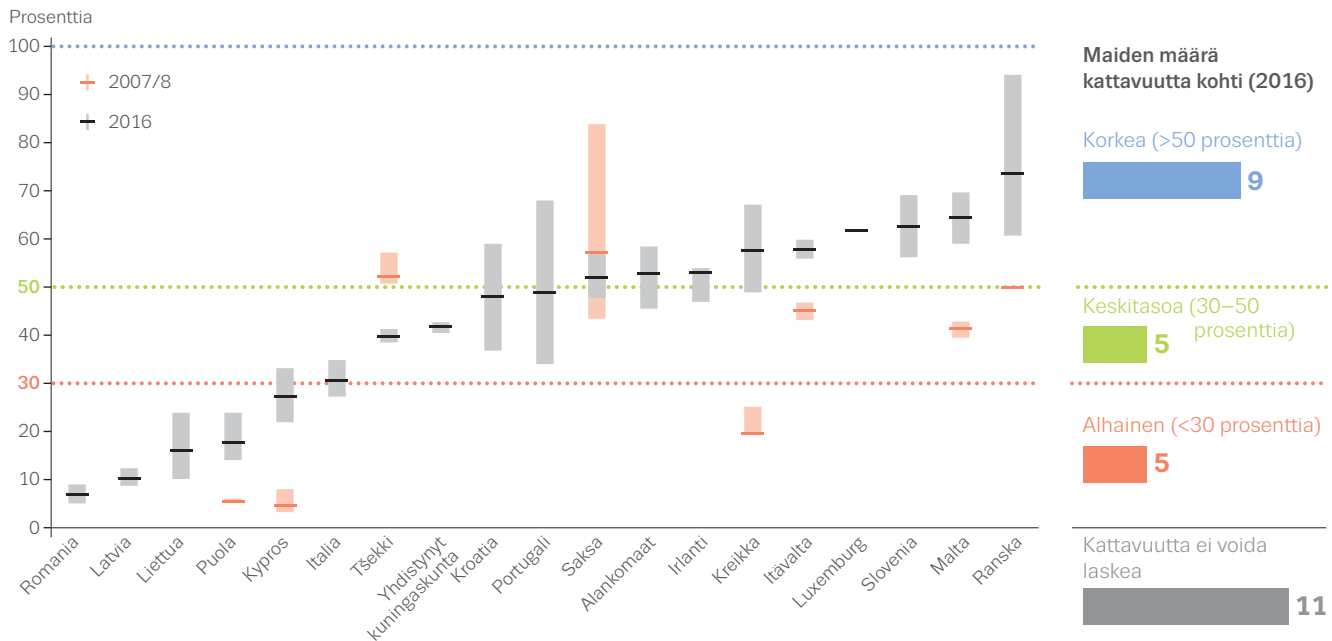


käyttäjät kolmanneksi suurin hoitopalveluihin hakeutuva ryhmä (kuva 3.3). Näitä asiakkaita hoidetaan pääasiassa psykososiaalisilla hoitotoimenpiteillä.

Vuonna 2016 arviolta 628 000 opioidienkäyttäjää sai korvaushoitoa Euroopan unionissa (636 000, kun Norjan tiedot otetaan huomioon). Suuntaus osoittaa, että asiakkaiden kokonaismäärä lisääntyi aina vuoden 2010 huippulukemaan, ja tämän jälkeen se väheni kymmenen prosenttia vuoteen 2016. Vuosina 2010–2016 asiakkaiden määrä laski 12 maassa, ja Espanjassa, Alankomaissa ja Portugalissa määrä laski eniten (yli 25 prosenttia). Tämä lasku voi johtua kysyntään tai tarjontaan liittyvistä tekijöistä, myös ikääntyvien, kroonisten opioidienkäyttäjien määrän vähenemisestä tai hoitotavoitteiden muutoksista joissakin maissa. Muissa maissa tarjonta on edelleen lisääntynyt, sillä ne pyrkivät parantamaan hoidon kattavuutta, ja 16 maata on ilmoittanut korvaushoitoa saavien määrän lisääntyneen vuosina 2010–2016. Näihin kuuluvat Latvia (173 prosenttia), Romania (167 prosenttia) ja Kreikka (57 prosenttia).

KUVA 3.4

Opioidikorvaushoidon kattavuus (hoitoa saavien suuren riskin opioidikäyttäjiksi arvioitujen osuus) vuonna 2016 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana, ja vuosina 2007–2008



Huom. Tiedot esitetty piste-estimaatteina ja epävarmuusväleinä.

Vertailussa suuren riskin opioidikäyttäjien määrää koskevat nykyiset arviot Euroopassa osoittavat, että kaiken kaikkiaan noin puolet saa korvaushoitoa, mutta maiden välillä on eroja (kuva 3.4). Maissa, joista vertailua varten on tietoja vuodelta 2007 tai 2008, kattavuus oli yleisesti nousussa. Joissakin maissa tarjonnan tasot kuitenkin pysyvät matalina.

Metadoni on yleisimmin määrätty opioidin korvaushoitolääke, ja sitä saa Euroopassa lähes kaksi kolmasosaa (63 prosenttia) korvaushoitoasiakkaista. Asiakkaista 35 prosentille määrätään buprenorfiinipohjaista lääkettä, joka on ensisijainen korvaushoitolääke kahdeksassa maassa (kuva 3.5). Muita aineita, kuten hitaasti vapautuvaa morfiinia tai diasetyylimorfiinia (heroiinia), joita määrätään harvemmin, saa arviolta kaksi prosenttia korvaushoitoasiakkaista Euroopassa. Suurin osa korvaushoidossa Euroopassa olevista on yli 35-vuotiaita, ja jotka ovat saaneet hoitoa yli kaksi vuotta. Opioidienkäyttäjille on kaikissa Euroopan maissa tarjolla vaihtoehtoisia hoitoja. 13 maassa, joista tietoja on saatavilla, 3–28 prosenttia kaikista hoidossa olevista opioidienkäyttäjistä saa hoitoa, johon ei liity opioidikorvaushoitoa.

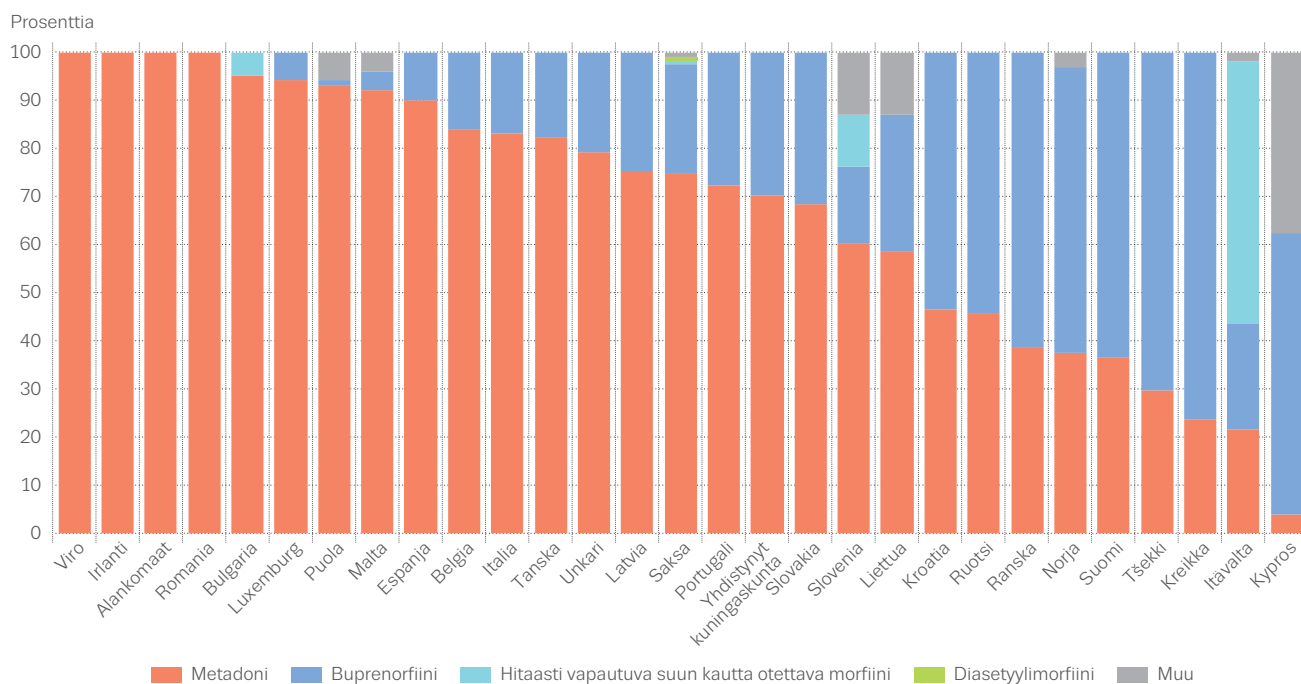
Hoidon tulokset: laatustandardien merkitys

Hoidon tulosten seuraaminen on tärkeää, jotta asiakkaiden saamaa hoitoa voidaan parantaa ja jotta palveluja voidaan mukauttaa vastaamaan paremmin tarpeita. Tulosten seurannan toteuttamista kuitenkin haittaa se, että hoitotavoitteista tai niitä koskevista asianmukaisista toimenpiteistä ei ole sopimusta. EMCDDA:n äskettäisessä arvioinnissa korostettiin mitattujen tulosten suurta vaihtuvuutta ja määritettiin kahdeksan eri tulosta koskevaa alaa: "huumeidenkäyttö", "rikollisuus", "terveydenhoito", "hoitoon liittyvät tulokset", "sosiaalinen toiminta", "haitat", "kuolleisuus" ja "taloudelliset arviot".

Laatustandardien käyttö on toinen tapa varmistaa ohjeiden sisältämien hoitotoimenpiteiden ja suositusten toteuttaminen käytännössä. Vaikka yleisesti standardeihin perustuva täytäntöönpano tapahtuu paikallisesti, olemassa on myös kansainvälisiä standardeja, joihin on koottu konsensusnäkemys hoitotoimenpiteistä koskevista yleisistä periaatteista. Esimerkiksi Euroopan unionin neuvostossa hyväksytyissä huumeiden kysynnän vähentämistä koskevissa eurooppalaisissa vähimmäislaatustandardeissa esitetään yleiset periaatteet, jotka voidaan panna kansallisella tasolla täytäntöön eri tavoin.

KUVA 3.5

Euroopan maissa lääkärin määräämiä eri opioidikorvauslääkkeitä saavien käyttäjien osuus



Huom. Yhdistyneen kuningaskunnan tiedot kattavat Englannin, Walesin ja Pohjois-Irlannin.

OPIOIDIKORVAUSHOIDOSSA OLEVAT ASIAKKAAT

Väestö

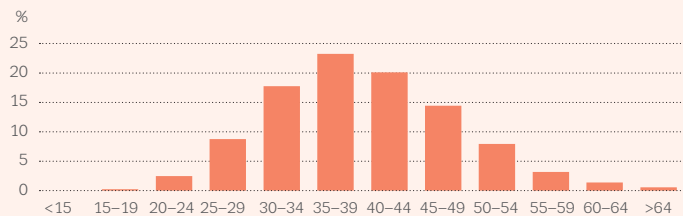
628 000 EU

636 000 EU ja Norja

26% 74%



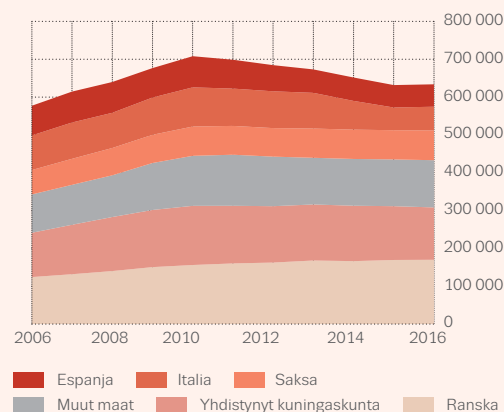
Ikäjakausi



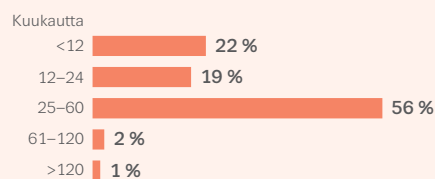
Lääkintätyyppi



Suuntaukset korvaushoidon määrässä



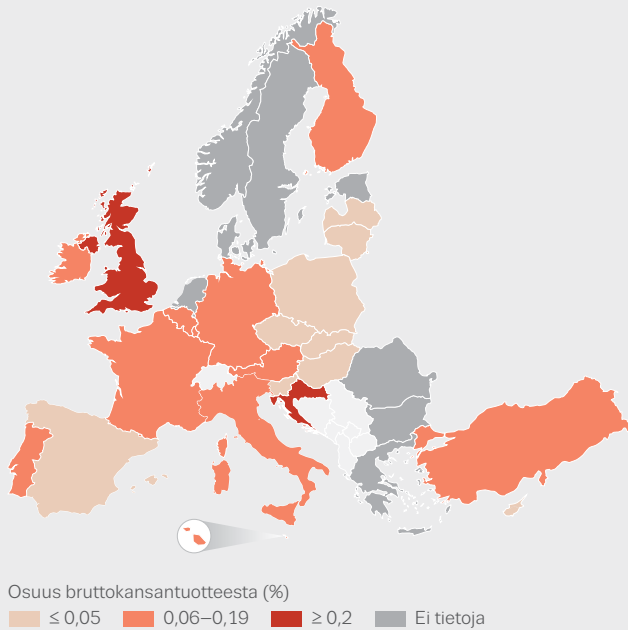
Hoidon kesto



Huom. Suuntauskaaviossa on tiedot vain maista, joista on tietoja vähintään 8-11 vuodelta. Puuttuvat arvot interpoloidaan lähivuosiin.

KUVA 3.6

Tuoreimmat arviot huumeisiin liittyvistä julkisista menoista (% bkt:stä)



Huumeongelmiin vastaamisen menot ja kustannukset

Huumeisiin liittyvien toimien kustannusten ymmärtäminen on tärkeä politiikan kehittämiseen ja arviointiin liittyvä näkökohta. Huumeisiin liittyvistä julkisista menoista on kuitenkin saatavilla vain vähän tietoja Euroopassa sekä paikallisella että kansallisella tasolla, ja tiedot ovat heterogeenisiä. Viime vuosikymmenellä 22 maata on laatinut täydelliset arviot huumeisiin liittyvistä julkisista menoista (kuva 3.6). Niiden on arvioitu olevan 0,01–0,5 prosenttia bruttokansantuotteesta (bkt). Noin puolet arvioista osuu 0,05–0,2 prosenttiin bkt:stä.

EMCDDA:lle viime vuosikymmenen aikana ilmoitettujen arvioiden mukaan kysynnän vähentämistoimiin liittyvät menot osana huumeaineiden kokonaisbudjettia vaihtelevat huomattavasti maittain ja olivat 21–75 prosenttia huumeaineisiin liittyvistä julkisista menoista. Huumehoito ja muut terveyteen liittyvät kustannukset aiheuttavat suuren osan kysynnän vähentämistä koskevista menoista. Vaikka kansalliset erot johtuvat osittain erilaisista poliittisista valinnoista ja tarjonnan vaihtoehdoista sekä huumeongelmien eroista ja julkisten palvelujen järjestämisestä, erilaisilla arviointimenetelmillä on myös suuri vaikutus tuloksiin.

Akuutit huumeisiin liittyvät haitat: heroini ja kokaiini hallitsevat

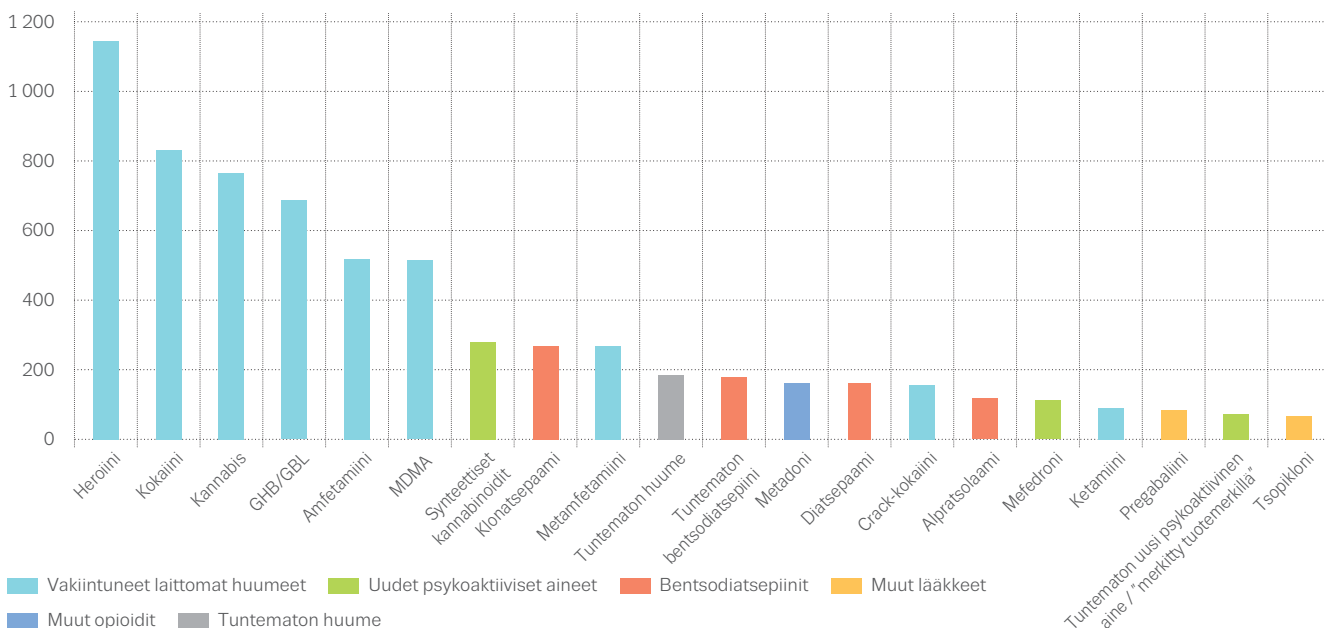
Sairaaloiden ensiaputiedoista voidaan saada kuva akuuteista huumeisiin liittyvistä haitoista sekä lisää tietoa huumeiden käytön vaikutuksesta kansanterveyteen Euroopassa. Vain harvat maat seuraavat huumeisiin liittyvää akuuttia ensiapua kansallisella tasolla. Niistä Liettua ja Yhdistynyt kuningaskunta ilmoittivat, että heroinin vuoksi annettavan ensiavun määrä on kasvanut. Sitä vastoin Tšekistä ja Tanskasta ilmoitettiin laskevista suuntauksista heroinin vuoksi annetussa ensiavussa. Espanjassa kokaiini liittyi lähes puoleen tapauksista, joissa ensiapua annettiin huumeiden vuoksi vuonna 2015, ja sen osuus on tasaantumassa laskun jälkeen. Kannabikseen liittyvän ensiavun määrä on puolestaan jatkanut kasvuaan. Myös Sloveniasta ilmoitettiin vuodelta 2016 nousevasta suuntauksesta kokaiiniin, amfetamiiniin ja GHB:n vuoksi annettavan ensiavun määrässä. Vuonna 2016 Alankomaiden seuranta-alueilta ilmoitettiin 272 ensiaputilannetta, jotka liittyivät 4-fluoroamfetamiiniin (4-FA), joka on uusi keskushermostostimulantti. Suurin osa näistä tapauksista havaittiin yöelämän ensiapupisteissä, ja lähes kolmasosa huumeisiin liittyvistä ambulanssikäynneistä liittyi GHB:n käyttöön.

European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) -verkosto seuraa huumeisiin liittyviä akuutteja myrkytystilanteita 19 seurattavassa sairaalassa 13:ssa Euroopan maassa. Vuonna 2016 raportoitiin 4 874 tilanteesta, joissa keski-ikä oli 32 vuotta. Useimmat näistä koskivat miehiä (77 prosenttia). Lähes kolme neljäsosaa tapauksista tuotiin sairaalaan ambulanssilla. Suurin osa (78 prosenttia) kotoutettiin sairaalasta 12 tunnin kuluessa. Pieni osa (kuusi prosenttia) otettiin tehohoitoon tai psykiatriselle osastolle (neljä prosenttia). Raportoidusta 22 kuolemantapauksesta 13:een liittyi opioideja.

KUVA 3.7

Seurantasairaaloiden ensiaputilanteissa 20 yleisimmin ilmoitettua huumetta vuonna 2016

Huumeita koskevat tiedot



Huom. Tulokset 4 874 ensiaputilanteesta 19 paikkakunnalla 13:ssä Euroopan maassa.
Lähde: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus).

Keskimäärin 1,5 huumetta raportoitiin tapausta (yhteensä 7 423) kohden. Yleisimpiä raportoituja huumeita olivat heroini, kokaiini, kannabis, GHB/GBL, amfetamiini ja MDMA (kuva 3.7). Viidesosa (21 prosenttia) liittyi reseptilääkkeiden tai reseptittä saatavien lääkkeiden (useimmiten opioidien ja bentsodiatsepiinien) väärinkäyttöön ja seitsemän prosenttia liittyi uusiin psykoaktiivisiin aineisiin (yhdeksän prosenttia vuonna 2015 ja kuusi prosenttia vuonna 2014). Synteettisiin katinoneihin liittyvien tapausten määrä laski merkittävästi, 400:sta vuonna 2014 160:een vuonna 2016. Synteettisiin kannabinoideihin liittyvä määrä puolestaan kasvoi 28:sta 282:een. Synteettisiin kannabinoideihin liittyvien tapausten määrän kasvu johtuu pääosin Lontoon ja Puolan keskuksista.

Paikkojen väliset erot ensiaputilanteisiin liittyvissä huumeissa voivat johtua erilaisista sairaaloiden vaikutusalueista ja paikallisista käyttömalleista. Esimerkiksi heroinin liittyvät ensiaputilanteet olivat yleisimmät Dublinissa (Irlanti) ja Osllossa (Norja), kun taas GHB:hen/GBL:ään, kokaiiniin ja MDMA:han liittyvät tapaukset olivat yleisimmät Lontoossa (Yhdistynyt kuningaskunta).

Uudet huumeet: erittäin voimakkaita ja haitallisia

Uudet psykoaktiiviset aineet, myös synteettiset opioidit, synteettiset kannabinoidit ja synteettiset katinonit, saavat aikaan monia vakavia haittoja Euroopassa ja aiheuttavat haasteen huumeapolitiikalle. Synteettiset opioidit ja synteettiset kannabinoidit ovat kaksi erittäin huolestuttavaa aineryhmää.

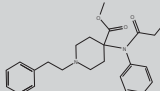
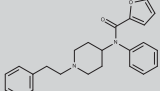
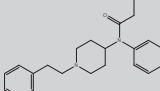
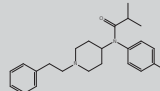
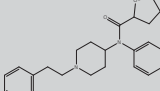
Uudet opioidit aiheuttavat vakavan uhan ihmisten terveydelle ja kansanterveydelle, vaikka niiden merkitys onkin pieni Euroopan huumemarkkinoilla. Erityisen huolestuttavia ovat fentanyylijohtannaiset, joita on enemmistö EMCDDA:n seuraamista uusista opioideista. Nämä aineet voivat olla erittäin voimakkaita, ja hyvin pienet määrät voivat aiheuttaa hengenvaarallisen myrkytyksen, koska hengitys heikkenee nopeasti ja arjasti. Tämän vuoksi ne ovat erityisen vaarallisia etenkin käyttäjille, jotka luulevat ostavansa heroiinia, muita laittomia huumeita tai

kipulääkkeitä. Tällaisissa olosuhteissa on harkittava vastalääkkeen, naloksonin saatavuutta. Akuutin yliannostusriskin lisäksi fentanyylijohtannaisia voidaan myös väärinkäyttää ja ne voivat aiheuttaa riippuvuutta, mikä voi lisätä kansanterveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia, jotka usein liitetään opioidien suuren riskin käyttöön.

Yhteiset tutkimukset ja riskinarviointi

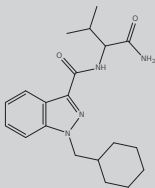
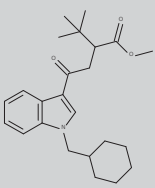
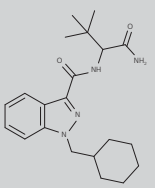
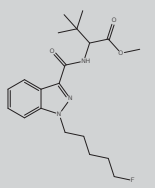
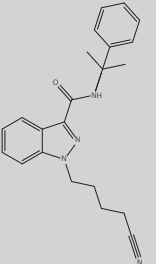
Vuonna 2016 EMCDDA:n ja Europolin akryloyylifentanyylistä ja furanyylifentanyylistä yhdessä tekemän kahden tutkimuksen jälkeen tutkittiin vielä viittä fentanyylijohtannaista sen jälkeen, kun EU:n varhaisvaroitusjärjestelmässä oli ilmoitettu kuolemista vuonna 2017. Aineet (4-fluoroisobutyryylifentanyyli, tetrahydrofuranyylifentanyyli, karfentaniili, metoksiasetyylifentanyyli, syklopropyyllifentanyyli) olivat mukana yli 160 kuolemassa, joista monet johtuivat suoraan näistä aineista. EMCDDA teki viidestä näistä seitsemästä aineesta virallisen riskinarvioinnin vuonna 2017 (taulukko 1). Kaksi jäljellä olevaa ainetta arvioidaan vuonna 2018. Tähän mennessä akryloyylifentanyyliä ja furanyylifentanyyliä on valvottu EU:n tasolla niiden kansanterveydelle aiheuttamien riskien vuoksi.

Taulukko 1. Viiden fentanyylijohtannaisen riskinarviointien tärkeimmät havainnot

Yleisnimi	Karfentaniili	Furanyylifentanyyli	Akryloyyli-fentanyyli	4F-iBF (4-fluoroiso- butyryylifentanyyli)	THF-F (tetrahydrofuranyyli- fentanyyli)
Kemiallinen rakenne					
Virallinen ilmoitus EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään	12. helmikuuta 2013	3. marraskuuta 2015	7. heinäkuuta 2016	26. elokuuta 2016	23. joulukuuta 2016
Kuolemantapausten määrä	61	23	47	20	14
Niiden maiden määrä, joissa kuolemat tapahtuivat	8	6	3	2	1
Lainvalvontaan liittyvien takavarikkojen määrä	801	143	162	24	53
Niiden maiden määrä, joissa takavarikkoja on tehty (EU, Turkki ja Norja)	7	14	5	4	1

Vuonna 2017 tutkittiin myös neljää synteettistä kannabinoidia ja näistä tehtiin riskinarvioinnit (taulukko 2). Aineet (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) olivat mukana yli 80 kuolemantapauksessa. Tätä ennen MDMB-CHMICA:sta oli tullut ensimmäinen kannabinoidei, jolle EMCDDA teki riskinarvioinnin. Näiden aineiden aiheuttaman vakavan toksisuuden syytä ovat muun muassa se, että ne ovat hyvin voimakkaita, ja heikot valmistuskäytännöt. On näyttöä siitä, että tuottajat arvaavat lisäävän aineen määrän valmistaessaan "poltettavia seoksia". Lisäksi käytetyt karkeat valmistusmenetelmät eivät ehkä mahdollista aineen tasaista levittymistä tuotteisiin. Tämä voi johtaa siihen, että jotkin tuotteet sisältävät myrkyllisiä määriä ainetta, mikä lisää vakavan myrkytyksen riskiä.

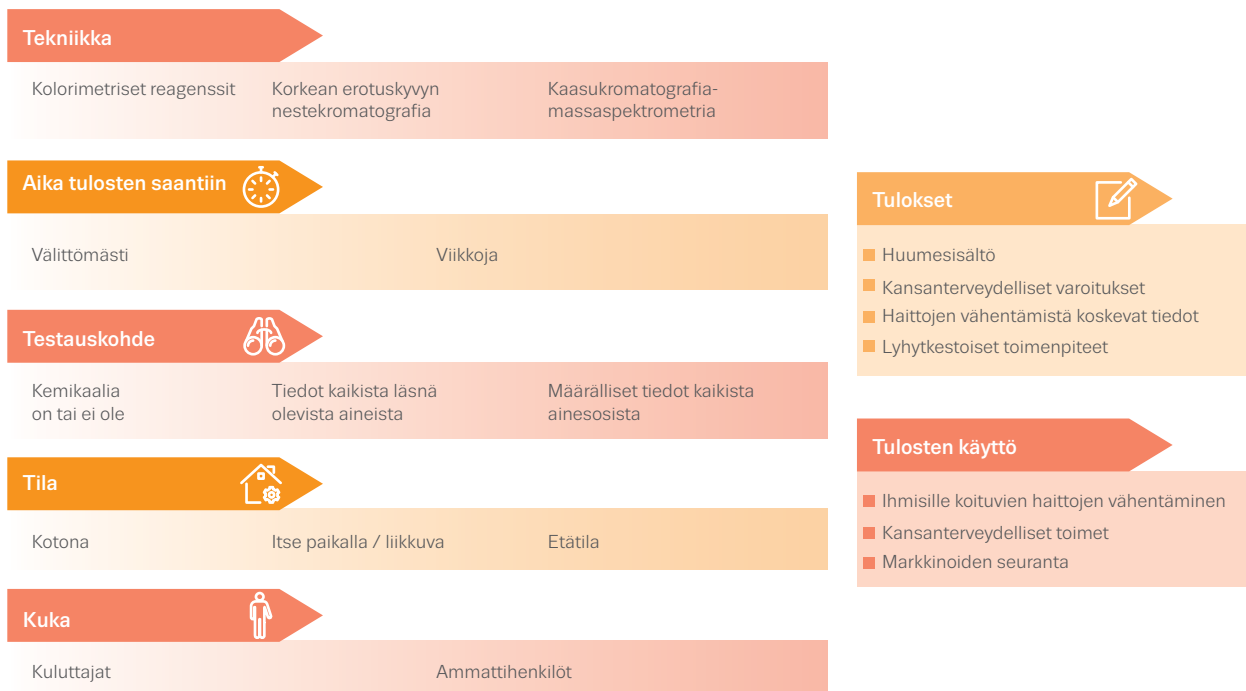
Taulukko 2. Viiden synteettisen kannabinoidin riskinarviointien tärkeimmät havainnot

Yleisnimi	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Kemiallinen rakenne					
Virallinen ilmoitus EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään	10. huhtikuuta 2014	12. syyskuuta 2014	24. syyskuuta 2014	8. tammikuuta 2015	4. maaliskuuta 2016
Kuolemantapausten määrä	31	29	13	28	11
Niiden maiden määrä, joissa kuolemat tapahtuivat	6	6	3	2	2
Lainvalvontaan liittyvien takavarikkojen määrä	6 422	>3 600	3 794	1 986	2 461
Niiden maiden määrä, joissa takavarikkoja on tehty (EU, Turkki ja Norja)	26	25	19	27	12

**Uudet opioidit
aiheuttavat vakavan
uhan ihmisten
terveydelle ja
kansanterveydelle**

KUVA 3.8

Esimerkkejä huumeiden testaustekniikoista ja niiden käytöstä



Huumeiden tarkastuspalvelujen saatavuus Euroopassa

Huumeiden tarkastuspalvelujen avulla käyttäjät voivat analysoida huumausaineensa ja saada tietoa näytteen sisällöstä. Huumeiden tarkastuspalvelujen tavoitteet vaihtelevat haittojen vähentämisestä ja neuvojen ja tietojen antamisesta huumeidenkäyttäjille nykyisten ja tulevien huumesuuntausten seurantaan. Joissakin maissa huumeiden tarkastuspalvelut ovat kiinteä osa kansallista varhaisvaroitusjärjestelmää, ja niillä tuetaan erityisesti uusien psykoaktiivisten aineiden havaitsemista ja seurantaa.

Huumeiden tarkastuspalveluja on saatavilla kymmenessä EU-maassa. Palveluissa voi olla monenlaista vaihtelua, muun muassa sijainnissa, menetelmissä, tulosten saannin nopeudessa, tulosten ilmoittamistavassa ja niiden tarkoituksessa (kuva 3.8). Testit voidaan tehdä kiinteissä tai liikkuvissa laboratorioissa, esimerkiksi musiikkifestivaaleilla ja klubeilla. Menetelmät vaihtelevat itse tehtävistä testeistä, jotka näyttävät, onko aineessa tiettyä huumetta tai jatkeainetta, kehittyneempiin laitteisiin, joilla voidaan tunnistaa ja määrittää useita aineita. Myös tulosten saamiseen kuluva aika voi vaihdella muutamasta sekunnista muutamaa päivään.

Tulosten ilmoittaminen on huumeiden tarkastuspalveluissa tärkeää, ja havaintoihin liitetään usein neuvoja tai lyhytkestoisia toimenpiteitä. Käytössä olevia

ilmoitusmenetelmiä ovat muun muassa kansanterveys- ja kuluttajavaroitukset, ilmoitustaulut tanssitapahtumissa, tulosten julkaisu verkossa tai ihmisille suoraan annettavat tulokset.

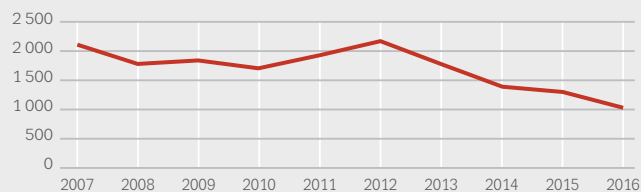
Krooniset huumeisiin liittyvät haitat: HIV vähenee, mutta myöhäisiä diagnooseja tehdään edelleen

Huumeiden käyttäjät, varsinkin huumeita suonensisäisesti käyttävät, ovat vaarassa saada tartuntatauteja käyttäessään yhteisiä välineitä ja harrastaessaan suojaamatonta seksiä. Huumeiden suonensisäiseen käyttöön liittyvä riskikäyttäytyminen on edelleen veren välityksellä leviävien infektioiden, kuten hepatiitti C:n (HCV) sekä joissakin maissa ihmisen immuunikatoviruksen (HIV), keskeinen leviämismekanismi. Vuonna 2016 Euroopan unionissa ilmoitettiin 1 027 uutta HIV-diagnoosia huumeita suonensisäisesti käyttävillä (kuva 3.9). Tämä vastaa viittä prosenttia kaikista HIV-diagnooseista, joissa leviämisreittiä ei tiedetä. Tämä osuus on pysynyt vähäisenä ja vakaana kymmenen viime vuoden aikana. Huumeita suonensisäisesti käyttävillä uusien HIV-infektioiden määrä on vähentynyt useimmissa Euroopan maissa. Vuosina 2007–2016 määrä on vähentynyt yhteensä 51 prosenttia. Huumeiden suonensisäinen käyttö on kuitenkin edelleen tärkeä leviämistapa joissakin maissa: Euroopan tautienehkäisy- ja -valvontakeskuksen ilmoittamien tietojen mukaan vuonna 2016 yli neljäsosa äskettäin diagnosoiduista uusista HIV-tapauksista johtui huumeiden

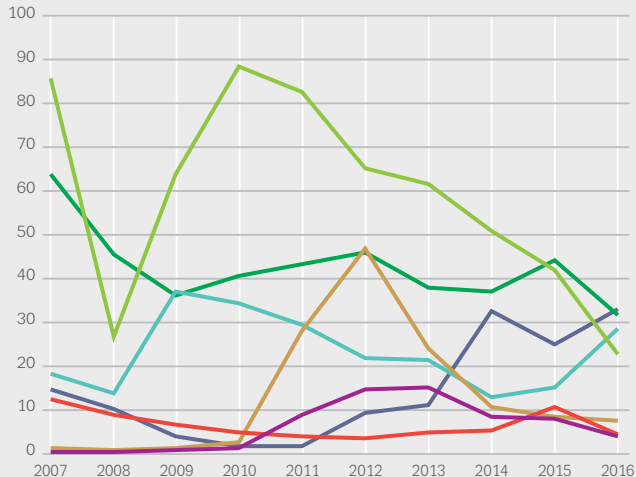
KUVA 3.9

Huumeiden suonensisäiseen käyttöön liittyvät uudet HIV-diagnoosit: yleiset ja valikoidut suuntaukset ja tuoreimmat tiedot

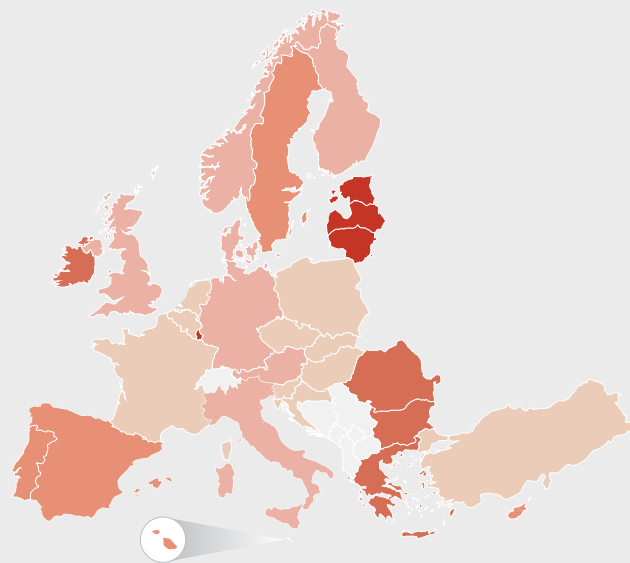
Tapaukset Euroopan unionissa



Tapausten määrä miljoonaa henkeä kohti



Luxemburg Latvia Liettua Viro
 Kreikka Irlanti Romania



Tapausten määrä miljoonaa henkeä kohti

<1 1,0–2 2,1–3 3,1–8 >8

Lähde: ECDC. Tiedot vuodelta 2016

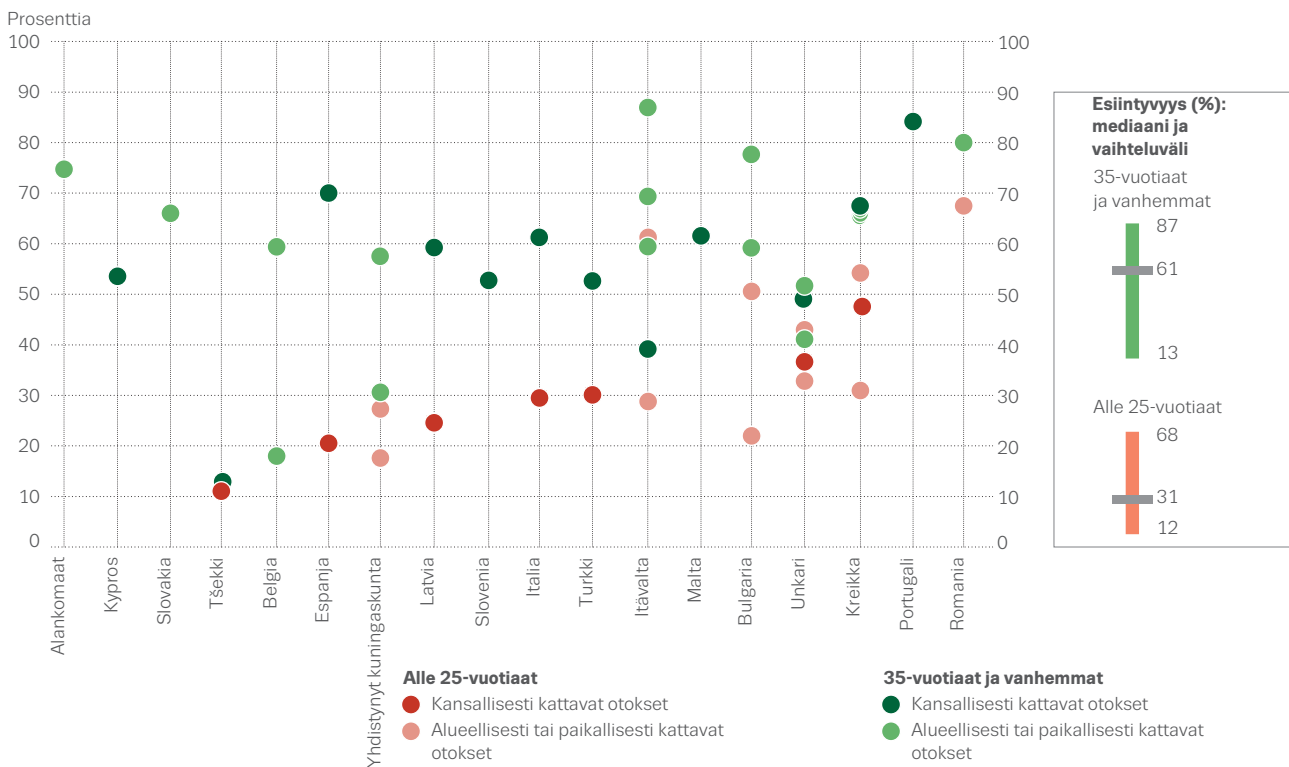
suonensisäisestä käytöstä Liettuaissa (47 prosenttia), Luxemburgissa (29 prosenttia) ja Latviassa (27 prosenttia). Romaniassa ja Kreikassa huumeiden suonensisäisestä käytöstä johtuvien uusien HIV-tartuntojen määrä jatkoi vuonna 2016 laskuaan, mutta se pysyi silti ennen vuoden 2012 epidemioita ilmoitettujen tasojen yläpuolella.

Useimmat maat ilmoittivat suonensisäiseen käyttöön liittyvien HIV-tapausten määrän vähenemisestä vuosina 2015–2016, myös Irlanti ja Yhdistynyt kuningaskunta, jotka vuonna 2015 olivat ilmoittaneet noususta. Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa tämä liittyi osittain paikallisiin epidemioihin. Luxemburgin vuonna 2014 ilmoittama epidemia on jatkunut koko vuoden 2016, ja stimulanttien suonensisäisen käytön lisääntyminen vaikuttaa käyttäjien laajan syrjäytymisen ohella tähän epidemiaan. Liettua ilmoitti HIV-tartuntojen jyrkästä noususta huumeita suonensisäisesti käyttävien ihmisten keskuudessa. Määrä lähes kaksinkertaistui 44:stä 83 tapaukseen vuonna 2016. Stimulanttien suonensisäinen käyttö seksin yhteydessä ("slamming") pienissä ryhmissä, joihin kuuluu homoseksuaalisia miehiä, on liitetty infektion leviämisen lisääntyneeseen riskiin.

Vuonna 2016 Euroopan unionissa ilmoitetuista uusista AIDS-tapauksista, joissa leviämisreitti tiedettiin, 13 prosenttia johtui huumeiden suonensisäisestä käytöstä. Suonensisäiseen käyttöön liittyvät 422 ilmoitusta on alle neljäsosa kymmenen vuotta sitten ilmoitetusta määrästä.

KUVA 3.10

Hepatiitti C -tartunnan esiintyvyys huumeita suonensisäisesti käytävillä iän mukaan, 2015–2016



Huom. Kymmentä pienempää otoksia ei näytetä Maat ovat alle 25-vuotiaiden tietoja koskevassa järjestyksessä

Kun tietoja oli saatavilla, puolet huumeiden suonensisäisestä käytöstä johtuvista uusista HIV-tartunnoista Euroopan unionissa vuonna 2016 diagnosoitiin myöhään eli silloin, kun virus oli jo alkanut vahingoittaa immuunijärjestelmää. Kreikassa ja Romaniassa noin kaksi jokaisesta kolmesta uudesta suonensisäiseen käyttöön liittyvästä HIV-tapauksesta diagnosoitiin myöhään. Myöhäinen HIV-diagnosi johtaa viipeisiin antiretroviraalihoidon aloittamisessa ja lisää sairastavuutta ja kuolleisuutta. HIV:n osalta "testaa ja hoida" -toimintatapa, jossa antiretroviraalihoito aloitetaan heti HIV-diagnoosin jälkeen, vähentää tartuntoja, ja se on erityisen tärkeä ryhmällä, joiden riskikäyttäytyminen on merkittävä, kuten huumeita suonensisäisesti käyttävillä. Varhaisen diagnoosin ja antiretroviraalihoidon aloittamisen ansiosta tartunnan saaneilla on normaali elinajanodote.

HCV:n esiintyvyydessä kansallisia eroja

Virushepatiitti, erityisesti C-hepatiittiviruksen (HCV) aiheuttama infektio, on hyvin yleinen huumeita suonensisäisesti käyttävillä eri puolilla Eurooppaa. Jokaista sataa HCV:n saanutta henkilöä kohden 75–80 saa kroonisen infektion. Tällä on tärkeitä pitkän aikavälin seurauksia, sillä krooninen HCV-infektio, jota runsas alkoholinkäyttö usein pahentaa, johtaa ikääntyvien suuren

riskin huumeidenkäyttäjien lisääntyneisiin kuolemantapauksiin sekä vakaviin maksasairauksiin, muun muassa kirroosiin ja syöpään.

HCV-vasta-aineet ovat merkki olemassa olevasta tai aiemmasta tartunnasta, ja niiden esiintyvyys kansallisissa huumeita suonensisäisesti käyttävien otoksissa vuosina 2015–2016 vaihteli 15 prosentista 82 prosenttiin. Kansallisia tietoja toimittaneista 13 maasta kuusi ilmoitti yli 50 prosentin määristä. Niistä maista, jotka toimittivat tietoja vuosien 2010–2016 kansallisista suuntauksista, HCV:n esiintyvyys huumeita suonensisäisesti käyttävillä väheni neljässä maassa mutta lisääntyi kahdessa.

HCV on yleisempi iäkkäämmillä huumeita suonensisäisesti käyttävillä kuin nuorilla. Se kertoo riskin lisääntymisestä vuosien mittaan ja suuresta tartuntataakasta iäkkäämpien ikäryhmien keskuudessa (kuva 3.10).

Huumeiden käyttäjillä B-hepatiittivirus (HBV) on harvinaisempi kuin HCV-infektio. Tämän viruksen osalta HBV:n pinta-antigeenin esiintyvyys tarkoittaa olemassa olevaa infektiota, joka voi olla akuutti tai krooninen. Niissä seitsemässä maassa, jotka toimittivat kansallisia tietoja, suonensisäisesti huumeita käyttävistä 1,5–11 prosentin arvioitiin saaneen HBV-infektion.

Huumeiden suonensisäinen käyttö altistaa myös muille tartuntataudeille, ja huumeisiin liittyvistä A-hepatiittitapauksista ilmoitettiin Tšekissä ja Saksassa vuonna 2016. Saksassa, Norjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on satunnaisesti raportoitu huumeita suonensisäisesti käyttävien haavabotulismitapauksista.

Tartuntatautien tehokkaita ennaltaehkäisytoimia

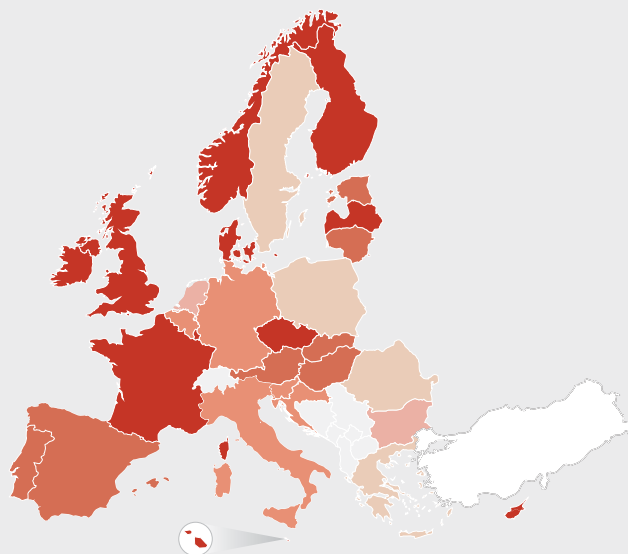
Suositteluvia toimenpiteitä tartuntatautien vähentämiseksi huumeita suonensisäisesti käyttävillä ovat opioidikorvaushoidon tarjonta, steriilien injektiovälineiden jakelu, rokottaminen, tartuntatautien testaus, hepatiitin sekä ja HIV:n hoito sekä turvallisempaan suonensisäiseen käyttöön keskittyvät terveydenedistämistoimenpiteet ja seksuaalisen riskikäyttäytymisen vähentäminen.

Opioidia suonensisäisesti käyttävien osallistuminen korvaushoittoon vähentää merkittävästi infektoriskiä, ja joissakin analyyseissä on havaittu, että suojaava vaikutus kasvaa, kun kattavaan hoitoon yhdistetään ruiskujen runsas tarjonta. Todisteiden mukaan ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmilla voidaan tehokkaasti vähentää HIV:n leviämistä huumeita suonensisäisesti käyttävien keskuudessa. EMCDDA seuraa 30:tä maata, joissa kaikissa Turkia lukuun ottamatta tarjotaan maksutta puhtaita injektiovälineitä jakamiseen erikoistuneista toimipisteistä. Ruiskujen jakelupisteiden maantieteellinen jakautuminen vaihtelee kuitenkin merkittävästi eri maissa (kuva 3.11). Maiden välillä on eroja myös siinä, missä määrin toimenpide kattaa kohdeväestön (kuva 3.12). Erityisohjelmien kautta jaettavien ruiskujen tarjontaa koskevia tietoja on saatavilla 25 maasta, jotka ovat ilmoittaneet jakaneensa yhteensä 54 miljoonaa ruiskua viimeisimpänä vuonna, jolloin tietoja oli saatavilla (2015–2016). Tämä luku on arvioitu todellista lukua paljon pienemmäksi, sillä useat suuret maat, kuten Saksa, Italia ja Yhdistynyt kuningaskunta, eivät anna täydellisiä tietoja ruiskujen tarjonnasta.

Euroopan maat ilmoittavat myös, että huume palvelut jakavat ruiskujen ja neulojen ohella myös muuta materiaalia. Yli puolet maista esimerkiksi ilmoittavat jakavansa kirjallista tietoa turvallisemmasta käytöstä, kondomeja, desinfiointipyyhkeitä ja sitruunahappoa. Kahdeksan maata ilmoittaa jakavansa folioita tai piippuja, jotta huumeita hengitettäisiin suonensisäisen käytön sijasta. Tšekissä puolestaan jaetaan gelatiinikapseleita edistämään metamfetamiinin käyttämistä suun kautta (pervitiini).

KUVA 3.11

Neula- ja ruiskuohjelmien maantieteellinen saatavuus Euroopan unionissa, Norjassa ja Turkissa



Niiden alueellisten yksiköiden osuus, joissa on vähintään yksi toimipiste

0 <20 20–39 40–59 60–79 >80

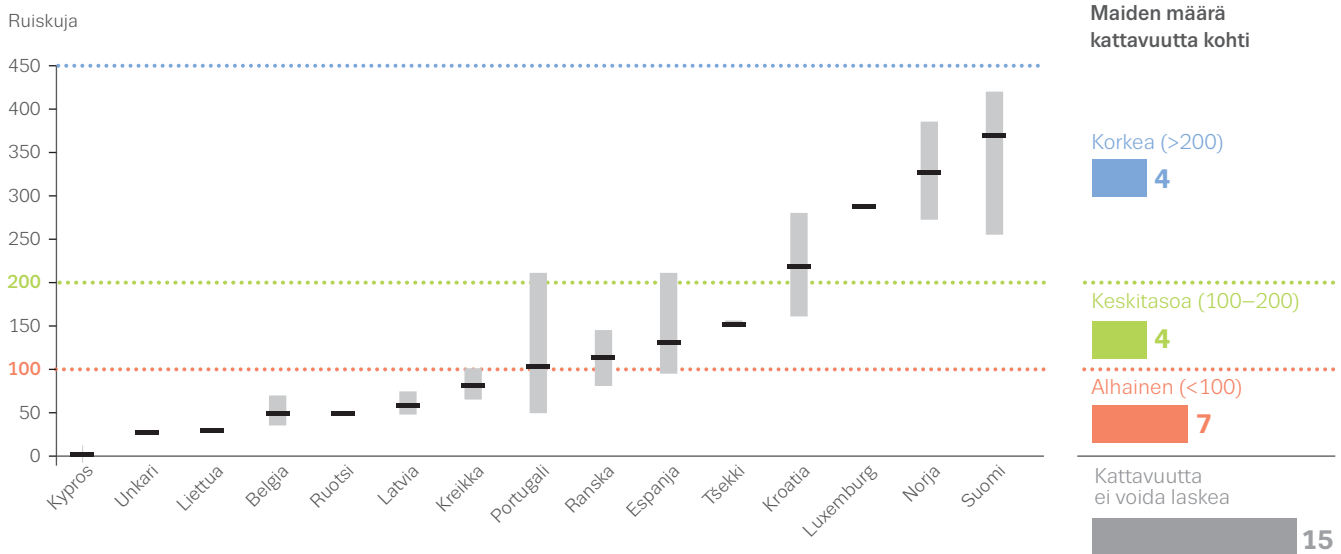
Huom. Perustuu Eurostatin NUTS-3-alueuokitukseseen. Espanjan, Saksan ja Italian arvot perustuvat asiantuntija-arvioihin. Maantieteellinen saatavuus ei ehkä kuvasta toimenpiteellä tavoitetun kohdeväestön osuutta.

HCV:n poistaminen: pääsy testaukseen ja hoitoon

Kysynnän vähentämistoimia koskevat EU:n vähimmäislaatustandardit edistävät veren välityksellä leviävien tartuntatautien vapaaehtoista testausta avohoitopisteissä, a riskikäyttäytymiseen liittyvää neuvontaa sekä auttavat taudin hallinnassa. Huumeidenkäyttäjää koskevat kielteiset mielikuvat ja heidän syrjäytymisensä ovat edelleen testauksen ja hoidon esteitä. Näiden haasteiden ratkaisemiseksi tarvitaan innovatiivisia menetelmiä, erityisesti koulutettujen avohoidon tarjoajien antaman neuvonnan ja testauksen aiempaa laajempaa käyttöä. Tartuntatautien testauksen laajentamisen lisäksi olisi tuettava niitä toimenpiteitä, joilla varmistetaan havaittujen tartuntojen asianmukainen hoito

KUVA 3.12

Ruiskuja koskevien erityisohjelmien kattavuus: jaettujen ruiskujen määrä huumeita suonensisäisesti käyttävää kohti (arvio)



Huom. Tiedot esitetty piste-estimaatteina ja epävarmuusväleinä.

Eurooppalaisten asiantuntijoiden ohjeissa suositellaan aloittamaan HCV-hoito viipymättä ihmisillä, joilla on suuri viruksen levittämisen riski. Heihin kuuluvat huumeita suonensisäisesti käyttävät ja vangit.

Uudet tehokkaammat ja siedetyimmät suun kautta otettavat interferonivapaat lääkkeet, joissa on antiviruseroaineita, voivat parantaa 95 prosenttia tapauksista. Hoidon rajoittamaton saaminen on kuitenkin edelleen harvinaista näiden lääkkeiden kalleuden vuoksi. Vuoden 2017 lokakuussa puolet Euroopan maista oli esittänyt toimintapoliittisessa asiakirjassa hepatiitin ennaltaehkäisyä ja hoitoa koskevan toimintamallinsa. Yhdeksän maan kliinisissä ohjeissa oli kuitenkin kriteereitä, joilla huumeita käyttävien ihmisten pääsyä HCV-hoitoon rajoitetaan (vaaditaan esimerkiksi 3–12 kuukauden huumeettomuutta).

Vankilassa toteutettavien toimenpiteiden saatavuudessa kansallisia eroja

Ainakin kerran huumeita käyttäneiden määrä on suurempi vangeilla kuin yleisväestössä ja vankien huumeidenkäyttötavat (myös suonensisäinen käyttö) ovat myös haitallisempia. Vankiloissa on näin ollen tärkeää toteuttaa huumeisiin liittyviä toimenpiteitä. Monilla vangeilla on moninaisia terveydenhoitotarpeita, ja monissa maissa huumeiden käytön arviointi ja huumeisiin liittyvät

ongelmat ovat osa terveystarkastusta vangin tullessa vankilaan. Analyysi 17:stä Euroopan maasta vuosina 2006–2017 kerätyistä tiedoista, jotka koskevat HIV:n ja HCV:n esiintyvyyttä huumeita suonensisäisesti käyttävillä, osoitti, että näitä tartuntoja esiintyy useimmissa maissa huomattavasti enemmän ihmisillä, jotka ovat olleet vankilassa: kymmenessä 17 maasta HIV:n osalta ja 14:ssä 17 maasta HCV:n osalta.

Tartuntatauteja (HIV, HBV, HCV ja tuberkuloosi) testataan vankiloissa useimmissa maissa, mutta se saatetaan rajoittaa testaukseen vain vankilaan tultaessa tai silloin, jos ihmisillä on oireita. Hepatiitti C:hen annetaan ilmoitusten mukaan hoitoa vain 11 maassa. Hepatiitti B:n rokotusohjelmia on käytössä 16 maassa. Puhtaiden injektiovälineiden antaminen ei ole niin yleistä. Viisi maata ilmoitti, että niillä on ruiskuohjelma, mutta niistä vain kolme ilmoitti, että toimenpide on otettu tosiasiallisesti käyttöön.

Kaksi tärkeää periaatetta, jotka koskevat terveysalan toimenpiteiden toteuttamista vankiloissa, ovat vastaavuus vankilan ulkopuolella tarjottavien toimenpiteiden kanssa ja hoidon jatkuminen vangin vapautuessa. Opioidikorvaushoidon antaminen vankilassa on mahdollista 28 maassa, mutta useimmissa maissa sitä ei tarjota paljon. Vangeille tarjottavia toimenpiteitä ovat vieroitushoito, yksilö- ja ryhmäneuvonta, hoito kuntoutushoitoyhteisöissä ja erityisillä sairaalaosastoilla.

Lähes kaikki maat ilmoittivat, että niissä on tarjolla yksi tai useampi näistä hoitovaihtoehdoista. Useimmissa Euroopan maissa vankiloiden terveydenhuolto ja muun yhteiskunnan terveydenhuolto tekevät nykyisin keskenään vakiintunutta yhteistyötä. Näin helpotetaan terveysvalistuksen ja hoidon tarjontaa vankiloissa ja varmistetaan hoidon jatkuminen vangin tullessa vankilaan ja vapautuessa sieltä. Vankilasta vapautumisen valmistelua, myös sosiaalista kuntoutusta, toteutetaan kaikissa maissa. Viidessä maassa on käytössä ohjelmia, joilla ehkäistään huumeiden yliannostusriskiä, joka on erityisen suuri opioideja suonensisäisesti käyttävillä vankilasta vapautumisen jälkeen. Ohjelmiin sisältyy koulutusta ja tiedottamista ja naloksonin tarjoamista vapauttamisen yhteydessä.

Yliannostuskuolemat lisääntyvät suuren riskin huumeidenkäyttäjillä

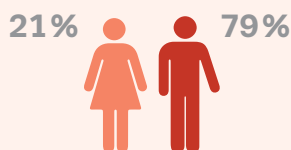
Huumeidenkäyttö on tunnistettu Euroopassa aikuisten vältettävissä olevaksi kuolinsyyksi. Suuren riskin huumeidenkäyttäjää koskevat tutkimukset osoittavat kokonaiskuolleisuusasteen olevan yleensä keskimäärin 1–2 prosenttia vuodessa. Kaiken kaikkiaan opioidienkäyttäjien kuolleisuus on Euroopassa 5–10 kertaa korkeampi kuin muun samanikäisen ja samaa sukupuolta edustavan väestön. Opioidienkäyttäjien lisääntynyt

kuolleisuus liittyy lähinnä yliannostuksiin, mutta muut huumeiden käyttöön välillisesti liittyvät kuolinsyyt, kuten infektiot, onnettomuudet, väkivalta ja itsemurhat, ovat myös merkityksellisiä. Huono terveys, jolle on ominaista kasaantuvat ja toisiinsa liittyvät ongelmat, on yleistä. Krooniset keuhkovaivat ja maksasairaudet sekä sydän- ja verisuoniongelmat ovat yleisiä, ja niistä johtuu ikääntyneiden ja kroonisten huumeidenkäyttäjien kuolemantapausten lisääntyminen.

Euroopassa huumeiden yliannostus on edelleen huumeiden suuren riskin käyttäjien yleisin kuolinsyy, ja yli kolme neljäsosaa yliannostuksen uhreista on miehiä (79 prosenttia). Yliannostustietojen, erityisesti EU:n kokonaismäärän, tulkinnassa on oltava varovainen. Tämä johtuu muun muassa siitä, että joissakin maissa ilmoitetaan järjestelmällisesti todellisuutta pienempiä määriä, sekä rekisteröintimenettelyistä, jotka aiheuttavat raportointiviiveitä. Vuotuiset arviot ovat näin ollen alustavia vähimmäisarvioita.

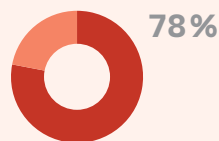
HUUMEKUOLEMAT

Ominaispiirteet

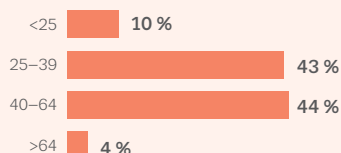


Vainajan keskimääräinen ikä **39** vuotta

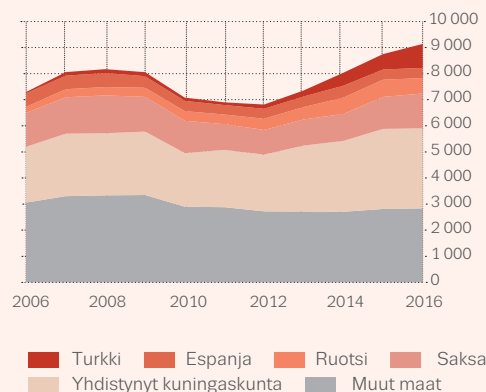
Kuolemat, joihin liittyi opioideja



Vainajan ikä



Yliannostuskuolemia koskevat suuntaukset



Kuolemantapausten määrä

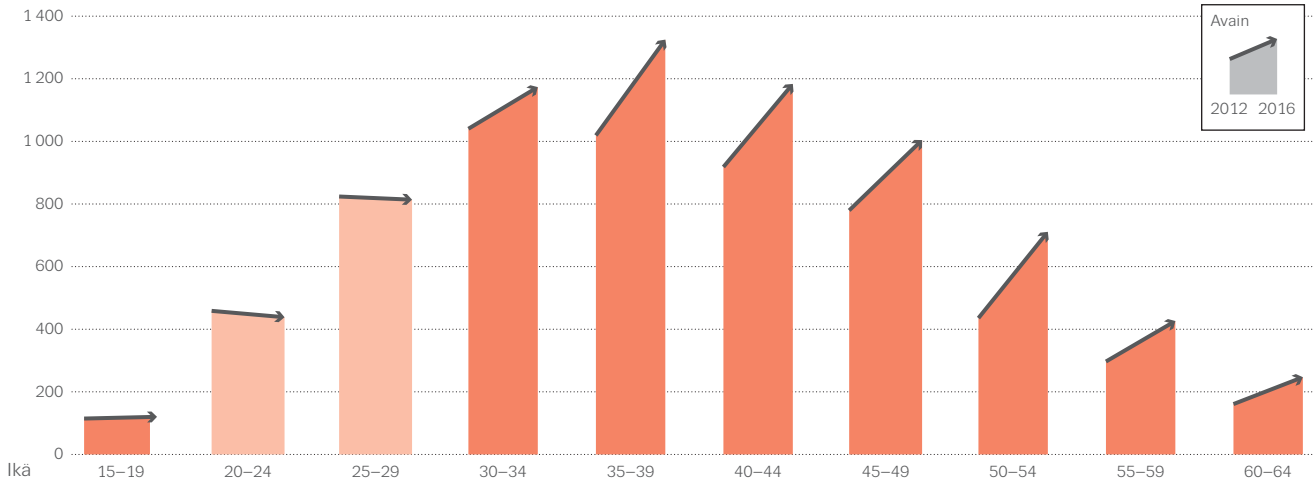
7 929 EU  **9 138** EU + 2

Huom. EU:n jäsenvaltioita, Turkkiä ja Norjaa koskevat tiedot (EU + 2).

KUVA 3.13

Euroopan unionissa vuosina 2012 ja 2016 tai viimeisimmältä vuodelta, josta on tietoja saatavana, ilmoitettujen huumekuolemien määrä ikäryhmittäin

Kuolemantapausten määrä



Arvioiden mukaan Euroopan unionissa tapahtui vuonna 2016 vähintään 7 929 yliannostuskuolemaa, jotka liittyivät vähintään yhteen laittomaan huumeeseen.

Yliannostuskuolemien määrä nousee arviolta 9 138:aan, jos Norjan ja Turkin tiedot otetaan huomioon. Tämä merkitsee neljän prosentin kasvua verrattuna vuoden 2015 tarkistettuun lukuun, joka on 8 749. EU:n tilanne on yleisesti vakaa verrattuna vuoteen 2015. Kuten aikaisempina vuosina, Yhdistyneen kuningaskunnan (34 prosenttia) ja Saksan (15 prosenttia) yhteenlaskettu osuus on lähes puolet koko Euroopan määrästä. Tämä johtuu osittain riskialttiin väestönosan suuruudesta näissä maissa, mutta myös siitä, että jotkin maat ilmoittavat todellisuutta pienempiä määriä. Jos keskitytään maihin, joiden raportointijärjestelmä on suhteellisen luotettava ja joista on saatavilla tietoa vuodelta 2016, Virossa ja Saksassa havaittiin nousua yliannostuskuolemien määrässä. Alankomaiden osalta ei ole vielä selvää, tarkoittaako ilmoitettujen yliannostuskuolemien määrän suuri kasvu (jopa 91 prosenttia vuoteen 2014 verrattuna) todellista huumekuolemien määrän kasvua vai johtuuko se muista syistä, kuten rekisteröintiin tehdyistä muutoksista. Yhdistyneestä kuningaskunnasta vuonna 2015 raportoitiin nousua: kuolemia oli 13 prosenttia enemmän kuin vuonna 2014 ja 21 prosenttia enemmän kuin

vuonna 2013. Alustavien tietojen mukaan tämä kasvu jatkuu vuonna 2016. Ruotsissa muutaman vuoden ajan havaittu nouseva suuntaus kääntyi vuonna 2016. Turkissa raportoidaan edelleen merkittävistä nousuista, ja vuoden 2016 määrä lähes kaksinkertaistui vuodesta 2014, mutta tämä näyttää lähinnä johtuvan tietojenkeruun ja raportoinnin parantumisesta.

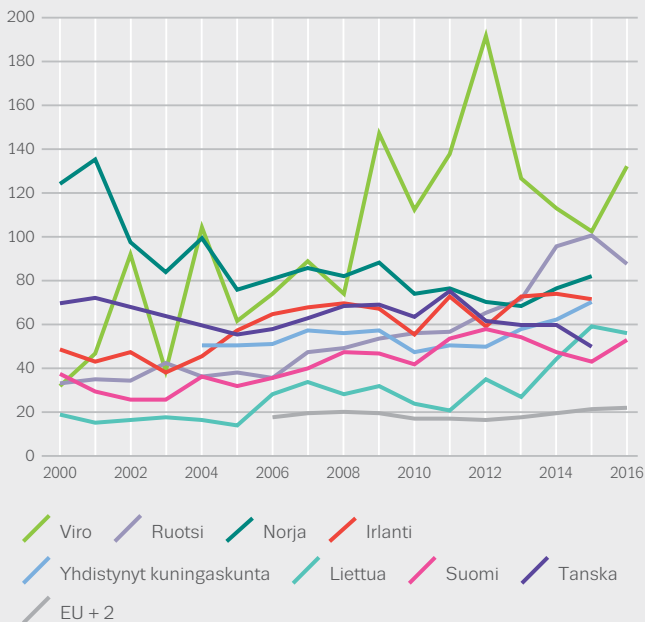
Ilmoitetun yliannostuskuolemien määrän kasvava suuntaus iäkkäämpien ikäryhmien keskuudessa kertoo Euroopan opioideja käyttävän väestön, jolla yliannostuskuoleman riski on suurin, ikääntymisestä. Vuosina 2012–2016 yliannostuskuolemat Euroopan unionissa lisääntyivät kaikissa ikäryhmissä yli-30-vuotiaista alkaen (kuva 3.13). Yli 50-vuotiaiden ikäryhmässä kuolemat lisääntyivät yleisesti 55 prosenttia verrattuna 25 prosentin lisäykseen 30–49-vuotiaiden kuolemissa. Nuorempien ikäryhmien yliannostuskuolemien määrät ovat pysyneet Euroopan unionissa yleisesti vakaina. Turkissa vuonna 2016 kuolemaan johtaneista yliannostuksista tehty analyysi osoittaa, että siellä profiili on nuorempi kuin Euroopan unionissa. Keski-ikä oli 31 vuotta (verrattuna 39 vuoteen) ja kolmasosa tapauksista oli alle 25-vuotiaita.

**Huumeiden yliannostus
on edelleen suuren
riskin huumeidenkäyttäjien
yleisin kuolinsyy**

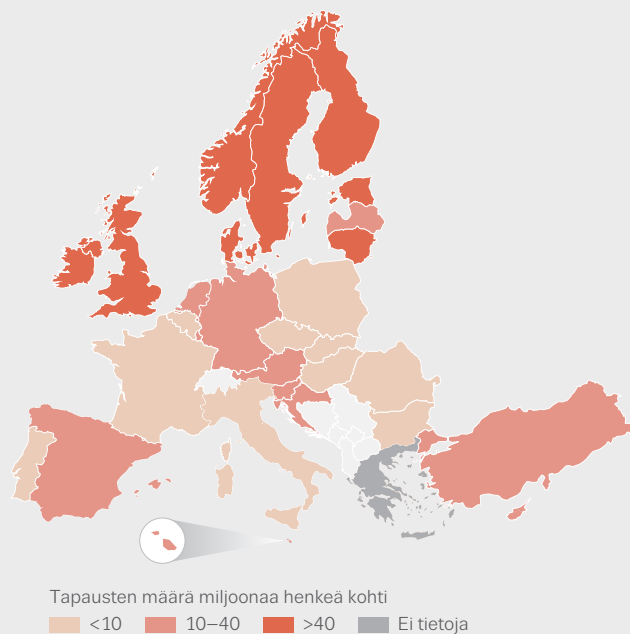
KUVA 3.14

Huumekuolleisuus aikuisilla (15–64-vuotiaat): valikoidut suuntaukset ja tuoreimmat tiedot

Tapausten määrä miljoonaa henkeä kohti



Huom. Suuntaukset kahdeksassa maassa, jotka ilmoittivat suurimmat luvut vuonna 2016 tai 2015, ja yleinen eurooppalainen suuntaus. EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa.



Huumekuolleisuudessa korkeimmat ilmoitetut tasot Pohjois-Euroopassa

Arvioiden mukaan yliannostus aiheutti vuonna 2016 Euroopassa 21,8 kuolemaa miljoonaa 15-64-vuotiasta kohti. Miesten kuolleisuus (34,7 tapausta miljoonaa miestä kohti) on lähes neljä kertaa korkeampi kuin naisten (8,9 tapausta miljoonaa naista kohti). Yliannostuksiin liittyvät kuolleisuusluvut ovat korkeimmat 35–39-vuotiailla miehillä (57,4 kuolemaa miljoonaa kohti) ja 40–44-vuotiailla naisilla (12,4 kuolemaa miljoonaa kohti). Yliannostukseen kuolleiden keski-ikä on kuitenkin 39 vuotta sekä miehillä että naisilla. Kansalliset kuolleisuusluvut ja suuntaukset vaihtelevat huomattavasti (kuva 3.14), ja niihin vaikuttavat esimerkiksi huumeiden käytön yleisyys ja käyttötavat, kansalliset raportointikäytännöt sekä tietojen ja yliannostustapausten kirjaaminen kansallisiin kuolleisuustietokantoihin, sekä aliraportoinnin eri tasot. Tuoreimpien saatavilla olevien tietojen mukaan kahdeksassa Pohjois-Euroopan maassa sattui yli 40 kuolemantapausta miljoonaa henkeä kohti. Eniten kuolemantapauksia sattui Virossa (132 tapausta miljoonaa kohti), Ruotsissa (88 tapausta miljoonaa kohti), Norjassa (81 tapausta miljoonaa kohti), Irlannissa (70 tapausta miljoonaa kohti) ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (70 tapausta miljoonaa kohti) (kuva 3.14).

Kuolemaan johtaneissa yliannostuksissa opioidikuolemia eniten

Heroiini tai sen metaboliitit ovat osallisina useimmissa Euroopassa ilmoitetuissa kuolemaan johtaneissa yliannostustapauksissa. Usein niitä on käytetty yhdessä muiden aineiden kanssa. Tuoreimmat tiedot osoittavat, että heroiiniin liittyvät kuolemantapaukset ovat lisääntyneet Euroopassa, erityisesti Yhdistyneessä kuningaskunnassa, jossa useimpiin yliannostuskuolemiin (87 prosenttia) liittyi opioidi jossakin muodossa. Englannissa ja Walesissa heroiini tai morfiini mainittiin 1 177 kuolemantapauksessa vuonna 2015. Tämä merkitsee 18 prosentin kasvua edelliseen vuoteen verrattuna ja 44 prosentin kasvua vuoteen 2013 verrattuna. Heroiiniin tai morfiiniin liittyvät kuolemantapaukset lisääntyivät myös Skotlannissa (Yhdistynyt kuningaskunta), jossa kirjattiin 473 tällaista kuolemantapausta vuonna 2016. Se merkitsee 37 prosentin kasvua edelliseen vuoteen verrattuna. Ranskassa heroiini oli mukana 30 prosentissa vuonna 2015 tapahtuneista yliannostuskuolemista. Vuonna 2012 osuus oli 15 prosenttia. Muita opioideja mainitaan myös säännöllisesti toksikologisissa raporteissa. Näiden aineiden, lähinnä metadonin mutta myös buprenorfiinin (Suomi), fentanylin ja sen johdannaisen (erityisesti Virossa) ja tramadoloin, on todettu aiheuttaneen huomattavan osan yliannostuskuolemista joissakin maissa.

Kokaiiniin, amfetamiinien, MDMA:n ja katinonien kaltaiset stimulantit ovat aiheuttaneet muutamia yliannostuskuolemia Euroopassa, vaikka niiden merkitys vaihtelee maittain. Kokaiiniin liittyvät kuolemantapaukset lisääntyivät Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Englanti ja Wales) 169:stä 340:een vuosina 2013–2015. Monia näistä pidettiin kuitenkin heroiiniyliannostuksina myös crackia käyttäneiden keskuudessa. Vuonna 2016 stimulantteihin liittyvissä kuolemantapauksissa Turkissa kokaiini mainittiin sadassa tapauksessa, amfetamiini 98 tapauksessa ja MDMA 252 tapauksessa. Turkista raportoitiin myös huomattavasta kasvusta synteettisiin kannabinoideihin liittyvien kuolemantapausten määrässä: vuoden 2015 137:stä vuoden 2016 373:een. Yhdistyneessä kuningaskunnassa uusiin psykoaktiivisiin aineisiin liittyvien kuolemantapausten määrä on pysynyt melko matalana, mutta se on kasvanut vuodesta 2010 lähtien erityisesti Skotlannissa.

Yliannostusten ja huumeikuolemien ennaltaehkäisytoimet

Yliannostuksiin liittyvän sairastavuuden ja kuolleisuuden vähentäminen on Euroopassa tärkeä kansanterveydellinen haaste. Tämän alan laajoilla kansanterveydellisillä toimenpiteillä pyritään vähentämään huumeidenkäyttäjien haavoittuvuutta erityisesti poistamalla palveluilta esteitä ja lisäämällä niiden saavutettavuutta sekä vähentämällä huumeidenkäyttäjien riskialttiutta (kuva 3.15).

KUVA 3.15

Tärkeimmät lähestymistavat opioidikuolemien vähentämisessä

Yliannostuskuolemien vähentäminen

Yliannostusriskin vähentäminen

Haavoittuvuuden vähentäminen



Huumeidenkäyttäjien yliannostusriskin arvioiminen ja yliannostuksesta valistaminen yhdessä tehokkaan huumehoidon tarjoamisen kanssa auttavat ehkäisemään yliannostuksia. Kohonneen yliannostusriskin kaudet, kuten vapautuminen vankilasta ja hoidon lopettaminen tai keskeyttäminen, edellyttävät erityistä huomiota. Valvottujen huumeidenkäyttöhuoneet ja kotiin vietävää naloksonia koskevien ohjelmien kaltaiset toimenpiteet ovat erittäin kohdennettuja vastauksia, joilla pyritään parantamaan todennäköisyyttä yliannostuksesta selviämiseen.

Valvotut huumeidenkäyttöhuoneet ovat tiloja, joissa huumeidenkäyttäjät voivat käyttää huumeita hygieenisissä ja turvallisemmissa oloissa. Tämän toimenpiteen tarkoituksena on sekä ehkäistä yliannostuksia että varmistaa ammattiavun saatavuus yliannostustapauksissa. Tällaisissa laitoksissa on tavallisesti saatavilla monia erilaisia lääkärin- ja sosiaalipalveluja, niistä ohjataan huumehoitoon ja ne voivat houkutellessa vaikeasti saavutettavissa olevia käyttäjäryhmiä. Yksittäisissä tiloissa valvotaan laajaa käyttöä, joka muuten tapahtuisi kaduilla tai muissa riskialttiissa olosuhteissa. Laitosten eduista saadaan jatkuvasti enemmän näyttöä. Niitä ovat muun muassa riskialttiin käytöksen, yliannostuskuolemien ja tartuntojen leviämisen väheneminen sekä hoidon ja muiden terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuuden paraneminen huumeidenkäyttäjille. Ne voivat myös auttaa vähentämään huumeiden julkista käyttöä ja lisätä yleistä mukavuutta kaupunkien huumemarkkinoiden lähellä olevilla alueilla. Tällaisia laitoksia on 56 kaupungissa kuudessa EU-maassa ja Norjassa. Yhteensä laitoksia on 78. Saksassa on ollut tällaisia laitoksia 1990-luvun alusta alkaen, ja äskettäin lainsäädäntöä on tarkistettu niin, että niissä voidaan valvoa myös pienemmän riskin käyttöä, kuten nuuskausta, polttamista ja hengittämistä. Kahdessa 16 osavaltioista on myös alettu sallia niiden käyttö korvaushoitona.

| Kotiin vietävää naloksonia koskevat ohjelmat

Naloksoni on opioidiantagonisti, joka voi estää opioidiyliannostuksen. Sitä käytetään sairaaloiden ensiapuosastoilla ja ambulansseissa sekä muissa

palveluissa, joissa ollaan usein tekemisissä huumeidenkäyttäjien kanssa. Viime vuosina kotiin vietävää naloksonia koskevia ohjelmia on laajennettu opioidienkäyttäjille, heidän kumppaneilleen, vertaisilleen ja perheilleen. Samoin on laajennettu yliannostusten tunnistamista ja yliannostustilanteisiin reagoimista koskevaa koulutusta. Vuonna 2017 oli 16 kotiin vietävää naloksonia koskevaa ohjelmaa käytössä kymmenessä Euroopan maassa. Kotiin vietävää naloksonia koskevien ohjelmien tehokkuutta koskevassa **järjestelmällisessä selvityksessä** havaittiin todisteita siitä, että naloksonin tarjonta ja koulutustoimenpiteet vähentävät yliannostuskuolemia. Tästä voi olla erityisesti hyötyä joillekin väestöryhmille, joilla on kohonnut yliannostusriski, kuten äskettäin vapautuneille vangeille. Vangit ovat mukana kotiin vietävää naloksonia koskevissa ohjelmissa Virossa, Ranskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa, ja Norjassa on tarkoitus aloittaa naloksonin jakelu vankilassa vuonna 2018.

Useimmissa huume- ja terveyspalvelujen antamisissa naloksonipaketeissa on joko geneeristä injektoitavaa naloksonia (0,4 tai 1 mg / 1 ml) ampulleina tai lääkkeellä etukäteen täytettyjä ruiskuja. Ranskassa vuodesta 2016 lähtien koekäytössä olleelle nenän kautta annosteltavalle voimakkaammalle lääkkeelle (0,9 mg / 0,1 ml) myönnettiin heinäkuussa 2017 myyntilupa, jonka avulla sen käyttöä voidaan laajentaa. Euroopan komissio hyväksyi marraskuussa 2017 nenäsumutteen markkinoille Euroopan unionissa, Norjassa, Islannissa ja Liechtensteinissa. Sumutteessa on 1,8 milligrammaa naloksonia 0,1 millilitrassa liuosta.



Yliannostukseen liittyvän sairastavuuden ja kuolleisuuden vähentäminen on Euroopassa tärkeä kansanterveydellinen haaste

LISÄTIETOJA

EMCDDA:n julkaisuja

2018

Country Drug Reports 2018.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs (update).

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Evaluating drug policy: A seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations, Manuals.

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe: update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights.

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

2015

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights.

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, EMCDDA Papers.

Prevention of addictive behaviours, Insights.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

2014

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

Treatment for cocaine dependence: reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

EMCDDA:n ja ECDC:n yhteisiä julkaisuja

2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

Kaikki julkaisut ovat saatavana osoitteesta www.emcdda.europa.eu/publications

Liite

Kansalliset arviot huumeiden käytön yleisyydestä, mukaan lukien opioidien ongelmakäyttö, korvaushoito, hoitoa saavien määrä, hoitoon hakeutuminen, huumeiden suonensisäinen käyttö, huumekuolemat, huumeisiin liittyvät tartuntataudit, ruiskujen jakaminen ja takavarikot.

Tiedot ovat peräisin EMCDDA:n [vuoden 2018 tilastotiedotteesta \(Statistical bulletin\)](#).

Samasta tilastotiedotteesta on saatavissa kuvauksia ja metadataa. On mainittu, mitä vuotta tiedot koskevat.

TAULUKKO A1

OPIOIDIT

Maa	Ongelma opioidien käytön arvioinnissa		Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna						Korvaushoidossa olevat asiakkaat
			Opioidien käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista			Niiden asiakkaiden osuus (%), jotka käyttävät opioideja pääasiassa suomenlaisesti			
			Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat	
Arviointivuosi	Tapausten määrä tuhatta kohti	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	määrä	
Belgia	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bulgaria	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
Tšekki	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Tanska	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Saksa	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Viro	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Irlanti	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Kreikka	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Espanja	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
Ranska	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Kroatia	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Italia	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Kypros	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Latvia	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Liettua	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Luxemburg	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Unkari	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
Alankomaat	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Itävalta	2015	5,3–5,6	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Puola	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugali	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Romania	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Slovenia	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Slovakia	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Suomi	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Ruotsi (¹)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Yhdistynyt kuningaskunta	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
Turkki	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	–
Norja (²)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
Euroopan unioni	–	–	36,1 (167 443)	17,9 (31 520)	49,1 (130 977)	33,8 (46 440)	26,2 (6 709)	35,3 (37 608)	628 289
EU, Turkki ja Norja	–	–	36,8 (176 549)	19,2 (35 490)	49,5 (136 113)	33,3 (48 434)	24,9 (7 270)	35,2 (39 041)	635 843

Hoitoon tulevia asiakkaita koskevat tiedot ovat vuodelta 2016 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana: Tšekki, 2014; Tanska, Espanja, Alankomaat ja Turkki, 2015.

Korvaushoidossa olevia asiakkaita koskevat tiedot ovat vuodelta 2016 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana: Tanska, Espanja, Unkari, Puola ja Suomi, 2015; Alankomaat 2014; Turkki, 2011. Ruotsin luku ei edusta kaikkia käyttäjiä.

(¹) Tiedot hoitoon tulevista käyttäjistä koskevat vain sairaalahoitoa ja erikoistunutta avohoitoa.

(²) Opioidiongelmiin vuoksi hoitoon tulevien osuus on vähimmäisarvo, johon ei lasketa sekakäyttäjiksi merkittyjä opioidiasiakkaita.

TAULUKKO A2

KOKAIINI

Maa	Tutkimusvuosi	Käyttöä koskevat arviot			Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna					
		Yleisväestö		Koululaiset	Kokaiinin käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista			Niiden asiakkaiden osuus (%), jotka käyttävät kokaiinia pääasiassa suonensisäisesti		
		Käyttänyt joskus elämänsä aikana, aikuiset (15–64-vuotiaat)	Käyttänyt 12 viime kuukauden aikana, nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, koululaiset (15–16-vuotiaat)	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat	Kaikki asiakkaat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat
	%	%	%	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	
Belgia	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bulgaria	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
Tšekki	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tanska (¹)	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Saksa (²)	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Viro	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irlanti	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Kreikka (³)	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Espanja	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
Ranska	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Kroatia	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Italia	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Kypros	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Latvia	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Liettua	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luxemburg	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Unkari (²)	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Alankomaat	2016	5,9	3,7	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Itävalta	2015	3,0	0,4	2	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Puola	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugali	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Romania	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Slovakia	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Suomi	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Ruotsi (¹,³)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Yhdistynyt kuningaskunta (¹,⁴)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Turkki	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norja (¹)	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
Euroopan unioni	–	5,1	1,9	–	14,5 (67 113)	17,1 (30 195)	12,8 (34 253)	5,3 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)
EU, Turkki ja Norja	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

Koululaisten käyttöä koskevat arviot on otettu vuoden 2015 ESPAD-tutkimuksesta lukuun ottamatta Belgiaa (2016: vain Flanderi), Espanjaa (2016), Saksaa (2011), Italiaa (2016), Luxemburgia (2010, 15-vuotiaat), Ruotsia (2016) ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa (2014, vain Englanti, 15-vuotiaat). Tiedonkeruun menetelmien epävarmuuden vuoksi Latvian tiedot eivät ehkä ole vertailukelpoisia.

Hoitoon tulevia asiakkaita koskevat tiedot ovat vuodelta 2016 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana: Tšekki, 2014; Tanska, Espanja, Alankomaat ja Turkki, 2015.

(¹) Yleisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 16–64-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat.

(²) Yleisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 18–64-vuotiaat ja 18–34-vuotiaat.

(³) Tiedot hoitoon tulevista käyttäjistä koskevat vain sairaalahoittoa ja erikoistunutta avohoittoa.

(⁴) Yleisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat ainoastaan Englantia ja Walesia.

TAULUKKO A3

AMFETAMIINIT

Maa	Käyttöä koskevat arviot				Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna					
	Yleisväestö			Koululaiset	Amfetamiinien käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista			Niiden asiakkaiden osuus (%), jotka käyttävät amfetamiineja pääasiassa suonensisäisesti		
	Tutkimusvuosi	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, aikuiset (15–64-vuotiaat)	Käyttänyt 12 viime kuukauden aikana, nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, koululaiset (15–16-vuotiaat)	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat
	%	%	%	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)
Belgia	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)
Bulgaria	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)
Tšekki	2016	3,0	1,7	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Tanska (†)	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)
Saksa (‡)	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)
Viro	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irlanti	2015	4,1	0,6	3	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)
Kreikka	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)
Espanja	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)
Ranska	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)
Kroatia	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–
Italia	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)
Kypros	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)
Latvia	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)
Liettua	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)
Luxemburg	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–
Unkari (‡)	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)
Alankomaat	2016	5,3	3,6	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Itävalta	2015	2,2	0,9	3	5,5 (203)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)
Puola	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)
Portugali	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–
Romania	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)
Slovakia	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)
Suomi	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)
Ruotsi (1,2)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–
Yhdistynyt kuningaskunta (1,4)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)
Turkki	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norja (†)	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–
Euroopan unioni	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)
EU, Turkki ja Norja	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)

Koululaisten käyttöä koskevat arviot on otettu vuoden 2015 ESPAD-tutkimuksesta lukuun ottamatta Belgiaa (2016: vain Flanderi), Espanjaa (2016), Saksaa (2011), Italiaa (2016), Luxemburgia (2010, 15-vuotiaat), Ruotsia (2016) ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa (2014, vain Englanti, 15-vuotiaat). Tiedonkeruumenetelmien epävarmuuden vuoksi Latvian tiedot eivät ehkä ole vertailukelpoisia.

Hoitoon tulevia asiakkaita koskevat tiedot ovat vuodelta 2016 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana: Tšekki, 2014; Tanska, Espanja, Alankomaat ja Turkki, 2015. Saksan, Ruotsin ja Norjan tiedot tarkoittavat "muiden stimulanttien kuin kokaiinin" käyttäjiä.

(†) Yleisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 16–64-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat.

(‡) Yleisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 18–64-vuotiaat ja 18–34-vuotiaat.

(§) Tiedot hoitoon tulevista käyttäjistä koskevat vain sairaalahoitoa ja erikoistunutta avohoitoa.

(¶) Yleisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat ainoastaan Englantia ja Walesia.

TAULUKKO A4

MDMA

Maa	Käyttöä koskevat arviot				Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna		
	Tutkimus- vuosi	Yleisväestö		Koululaiset	MDMA:n käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista		
		Käyttänyt joskus elämänsä aikana, aikuiset (15–64- vuotiaat)	Käyttänyt 12 viime kuukauden aikana, nuoret aikuiset (15–34- vuotiaat)	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, koululaiset (15–16- vuotiaat)	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat
%	%	%	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)		
Belgia	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bulgaria	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
Tšekki	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Tanska (1)	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Saksa (2)	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Viro	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irlanti	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Kreikka (2)	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Espanja	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Ranska	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Kroatia	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Italia	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Kypros	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Latvia	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Liettua	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luxemburg	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Unkari (2)	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Alankomaat	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Itävalta	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Puola	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugali	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Romania	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovakia	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Suomi	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Ruotsi (1)	2013	–	1,0	1	–	–	–
Yhdistynyt kuningaskunta (1,3)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Turkki	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norja (1)	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Euroopan unioni	–	4,1	1,8	–	0,3 (1 442)	0,5 (951)	0,2 (424)
EU, Turkki ja Norja	–	–	–	–	0,3 (1 548)	0,6 (1 028)	0,2 (453)

Koululaisten käyttöä koskevat arviot on otettu vuoden 2015 ESPAD-tutkimuksesta lukuun ottamatta Belgiaa (2016: vain Flanderi), Espanjaa (2016), Saksaa (2011), Italiaa (2016), Luxemburgia (2010, 15-vuotiaat), Ruotsia (2016) ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa (2014, vain Englanti, 15-vuotiaat). Tiedonkeruumenetelmien epävarmuuden vuoksi Latvian tiedot eivät ehkä ole vertailukelpoisia.

Hoitoon tulevia asiakkaita koskevat tiedot ovat vuodelta 2016 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana: Tšekki, 2014; Tanska, Espanja, Alankomaat ja Turkki, 2015.

(1) Yleisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 16–64-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat.

(2) Yleisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 18–64-vuotiaat ja 18–34-vuotiaat.

(3) Yleisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat ainoastaan Englantia ja Walesia.

TAULUKKO A5

KANNABIS

Maa	Käyttöä koskevat arviot				Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna		
	Yleisväestö			Koululaiset	Kannabiksen käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista		
	Tutkimus- vuosi	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, aikuiset (15–64- vuotiaat)	Käyttänyt 12 viime kuukauden aikana, nuoret aikuiset (15–34- vuotiaat)	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, koululaiset (15–16- vuotiaat)	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat
	%	%	%	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	
Belgia	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bulgaria	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
Tšekki	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Tanska (1)	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Saksa (2)	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Viro	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irlanti	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Kreikka (2)	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Espanja	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Ranska	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Kroatia	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Italia	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Kypros	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Latvia	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Liettua	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luxemburg	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Unkari (2)	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Alankomaat	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Itävalta	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Puola	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugali	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Romania	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Slovenia	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Slovakia	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Suomi	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Ruotsi (1,3)	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Yhdistynyt kuningaskunta (1,4)	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Turkki	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norja (1)	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
Euroopan unioni	–	26,3	14,1	–	32,1 (148 793)	46,3 (81 720)	20,9 (55 625)
EU, Turkki ja Norja	–	–	–	–	31,5 (151 106)	45,1 (83 157)	20,5 (56 501)

Koululaisten käyttöä koskevat arviot on otettu vuoden 2015 ESPAD-tutkimuksesta lukuun ottamatta Belgiaa (2016: vain Flanderi), Espanjaa (2016), Saksa (2011), Italiaa (2016), Luxemburgia (2010, 15-vuotiaat), Ruotsia (2016) ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa (2014, vain Englanti, 15-vuotiaat). Tiedonkeruumenetelmien epävarmuuden vuoksi Latvian tiedot eivät ehkä ole vertailukelpoisia.

Hoitoon tulevia asiakkaita koskevat tiedot ovat vuodelta 2016 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana: Tšekki, 2014; Tanska, Espanja, Alankomaat ja Turkki, 2015.

(1) Yleisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 16–64-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat.

(2) Yleisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 18–64-vuotiaat ja 18–34-vuotiaat.

(3) Tiedot hoitoon tulevista käyttäjistä koskevat vain sairaalahoitoa ja erikoistunutta avohoitoa.

(4) Yleisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat ainoastaan Englantia ja Walesia.

TAULUKKO A6

MUUT INDIKAATTORIT

	Huumekuolemat (15–64-vuotiaat)	Huumeiden suonensisäiseen käyttöön liittyvät HIV-diagnoosit (ECDC)	Arvio huumeiden suonensisäisestä käytöstä		Erityisohjelmien kautta jaettujen ruiskujen määrä
Maa	Tapauksia miljoonaa henkeä kohti (määrä)	Tapauksia miljoonaa henkeä kohti (määrä)	Arviointivuosi	Tapauksia tuhatta henkeä kohti	määrä
Belgia	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bulgaria	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
Tšekki	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Tanska	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Saksa	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Viro	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Irlanti ⁽¹⁾	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Kreikka	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Espanja ⁽²⁾	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Ranska ⁽¹⁾	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Kroatia	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Italia	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Kypros	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Latvia	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Liettua	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luxemburg	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Unkari	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Alankomaat	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Itävalta	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Puola	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugali	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Romania ⁽³⁾	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Slovenia	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Slovakia	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Suomi	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Ruotsi	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Yhdistynyt kuningaskunta ⁽⁴⁾	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Turkki	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Norja	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
Euroopan unioni	22,4 (7 443)	2,0 (1 027)	–	–	–
EU, Turkki ja Norja	21,8 (8 500)	1,8 (1 043)	–	–	–

Huumekuolemien tilastojen vertailussa on oltava varovainen eri koodauskäytäntöjen, kattavuuden ja joissakin maissa todellisuutta pienempien määrien ilmoittamisen takia.

⁽¹⁾ Erityisohjelmien kautta vuonna 2014 jaetut ruiskut.

⁽²⁾ Erityisohjelmien kautta vuonna 2015 jaetut ruiskut.

⁽³⁾ Huumekuolemat: alueellinen kattavuus.

⁽⁴⁾ Ruiskuja koskevat tiedot Yhdistyneen kuningaskunnan osalta: Englannin osalta ei tietoja, Skotlanti 4 742 060 ja Wales 3 100 009 (molemmat vuodelta 2016):

Pohjois-Irlanti 309 570 (2015).

TAULUKKO A7

TAKAVARIKOT

	Heroiini		Kokaiini		Amfetamiinit		MDMA	
	Takavari- koitu määrä	Takavarik- kojen määrä	Takavari- koitu määrä	Takavarik- kojen määrä	Takavari- koitu määrä	Takavarik- kojen määrä	Takavarikoitu määrä	Takavarik- kojen määrä
Maa	kg	määrä	kg	määrä	kg	määrä	tablettia (kg)	määrä
Belgia	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bulgaria	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
Tšekki	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Tanska	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Saksa	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Viro	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Irlanti	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Kreikka	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Espanja	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
Ranska	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Kroatia	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Italia	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Kypros	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Latvia	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Liettua	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Luxemburg	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Unkari	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Alankomaat	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Itävalta	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Puola	9		449		961	–	149 921 (0,3)	–
Portugali	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
Romania	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Slovenia	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovakia	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Suomi	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Ruotsi	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Yhdistynyt kuningaskunta	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turkki	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Norja	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
Euroopan unioni	4 275	37 548	70 883	97 520	6 221	43 405	5 305 409 (295)	24 383
EU, Turkki ja Norja	9 874	46 725	71 832	100 229	10 317	53 504	9 127 499 (306)	30 672

Amfetamiinilla tarkoitetaan amfetamiinia ja metamfetamiinia.

Kaikki tiedot ovat vuodelta 2016 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana.

TAULUKKO A7

TAKAVARIKOT (jatkuu)

Maa	Hasis		Marihuana		Kannabiskasvit	
	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä
	kg	määrä	kg	määrä	kasveja (kg)	määrä
Belgia	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bulgaria	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
Tšekki	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Tanska	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Saksa	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Viro	548	22	46	575	- (79)	28
Irlanti	-	192	-	1 049	- (-)	182
Kreikka	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Espanja	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Ranska	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Kroatia	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Italia	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Kypros	2	20	171	753	311 (-)	37
Latvia	3	96	44	872	- (50)	22
Liettua	551	54	68	654	- (-)	0
Luxemburg	1	173	21	875	359 (-)	16
Unkari	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Alankomaat	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Itävalta	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Puola	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugali	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Romania	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Slovenia	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Slovakia	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Suomi	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Ruotsi	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Yhdistynyt kuningaskunta	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turkki	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Norja	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
Euroopan unioni	424 186	316 546	123 947	420 092	3 268 037 (29 723)	22 049
EU, Turkki ja Norja	463 258	332 117	235 365	454 471	3 268 037 (29 771)	25 583

Kaikki tiedot ovat vuodelta 2016 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana.

Yhteydenotot EU:hun

Käynti tiedotuspisteessä

Euroopan unionin alueella toimii yhteensä satoja Europe Direct -tiedotuspisteitä. Lähimmän tiedotuspisteen osoite löytyy verkosta: https://europa.eu/european-union/contact_fi

Yhteydenotot puhelimitse tai sähköpostitse

Europe Direct -palvelu vastaa Euroopan unionia koskeviin kysymyksiin. Palveluun voi ottaa yhteyttä

- soittamalla maksuttomaan palvelunumeroon 00 800 678 910 11 (jotkin operaattorit voivat periä puhelumaksun),
- soittamalla puhelinnumeroon +32 22999696 tai
- sähköpostitse: https://europa.eu/european-union/contact_fi

Tietoa EU:sta

Verkkosivut

Tietoa Euroopan unionista on saatavilla kaikilla EU:n virallisilla kielillä Europa-sivustolla, https://europa.eu/european-union/index_fi

EU:n julkaisut

EU:n ilmaisia ja maksullisia julkaisuja voi ladata tai tilata osoitteesta <https://publications.europa.eu/fi/publications>. Ilmaisia julkaisuja on mahdollista saada usean kappaleen erinä ottamalla yhteyttä Europe Direct -palveluun tai paikalliseen tiedotuspisteeseen (ks. https://europa.eu/european-union/contact_fi).

EU:n lainsäädäntö ja siihen liittyvät asiakirjat

EU:n koko lainsäädäntö vuodesta 1952 ja muuta tietoa EU:n oikeudesta on saatavilla kaikilla virallisilla kielillä EUR-Lex-tietokannassa osoitteessa <http://eur-lex.europa.eu>

EU:n avoin data

EU:n avoimen datan portaalini (<http://data.europa.eu/euodp/fi>) kautta on saatavilla EU:n data-aineistoja. Data on ilmaiseksi ladattavissa ja uudelleenkäytettävissä sekä kaupallista että ei-kaupallista käyttöä varten.

Tietoa tästä raportista

Suuntauksia ja muutoksia -raportissa esitetään analyysi Euroopan huumausainetilanteesta. Siinä käsitellään huumausaineiden tarjontaa ja käyttöä, kansanterveydellisiä ongelmia sekä huumausainepolitiikkaa ja huumeidenvastaiset toimia. Yhdessä verkkojulkaisujen [Statistical Bulletin](#) ja 30:n [Country Drug Reports](#) -raportin kanssa se muodostaa [Euroopan huumeraportti 2018](#) -paketin

Tietoa EMCDDA:sta

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) on huumausaineisiin liittyviä ongelmia käsittelevä keskeinen tiedonlähde ja tunnustettu viranomainen. Yli 20 vuoden ajan se on kerännyt, analysoinut ja levittänyt tieteellisesti luotettavaa tietoa huumausaineista ja huumausaineriippuvuudesta sekä niiden seurauksista. Näin se on tarjonnut yleisölleen näyttöön perustuvan kuvan huumausainetilanteesta Euroopassa.

EMCDDA:n julkaisut ovat tärkein tiedonlähde hyvin monenlaisille kohderyhmille, esimerkiksi päätöksentekijöille ja heidän neuvonantajilleen, huumeiden alalla työskenteleville ammattilaisille ja tutkijoille sekä tiedotusvälineille ja laajalle yleisölle. EMCDDA:n toimipaikka on Lissabonissa, ja se on yksi Euroopan unionin erillisvirastoista.

