



Euroopan huumaussaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

FI

ISSN 2314-9213

Euroopan huumera- portti

Suuntauksia ja muutoksia

2017



Euroopan huumaussaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

Euroopan huumera- portti

Suuntauksia ja muutoksia

2017

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.

Europe Direct -palvelu auttaa sinua löytämään vastaukset Euroopan unioniin liittyviin kysymyksiisi.

Maksuton palvelunumero (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Saat pyytämäsi tiedot maksutta. Myös useimmat puhelut ovat maksuttomia, joskin jotkin operaattorit, puhelin kioskit tai hotellit voivat periä puhelusta maksun.

Suuri määrä muuta tietoa Euroopan unionista on käytettävissä internetissä Europa-palvelimen kautta (<http://europa.eu>).

Tämä julkaisu on saatavana seuraavilla kielillä: bulgaria, englanti, espanja, hollanti, italia, kreikka, kroaatti, latvia, liettua, malta, 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, 2017.

Print	ISBN 978-92-9497-066-4	ISSN 1977-9992	doi:10.2810/277676	TD-AT-17-001-FI-C
PDF	ISBN 978-92-9497-065-7	ISSN 2314-9213	doi:10.2810/779640	TD-AT-17-001-FI-N

© Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2017
Jäljentäminen on sallittua, kunhan lähde mainitaan.

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (2017), Euroopan huumeraportti 2017:
Suuntauksia ja muutoksia, Euroopan unionin julkaisutoimisto, Luxemburg.



Euroopan huumausaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, Portugali
Tel. +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu
twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Sisällysluettelo

5	Esipuhe
9	Alkuhuomautukset ja kiitokset
11	YLEISKATSAUS Euroopan huumausainetilanne 2017
19	LUKU 1 Huumausaineiden tarjonta ja markkinat
41	LUKU 2 Huumeidenkäytön yleisyys ja suuntaukset
61	LUKU 3 Huumehaitat ja ehkäisevät toimet
83	LIITE Kansalliset tiedot taulukkoina

Esipuhe

Olemme iloisia voidessamme esittää *Euroopan huumeraportin 2017: Suuntauksia ja muutoksia*. Tämä on EMCDDA:n tunnetuin julkaisu, ja siinä esitetään tuoreimmat tiedot Euroopan huumausainetilanteesta ja siihen liittyvistä toimista. Tarjoamme teille kattavan ja monitahoisen tietopaketin ja analyysin, joka perustuu kansallisten yhteistyökumppaneidemme antamiin tuoreimpiin tietoihin ja tilastoihin.

Vuoden 2017 raporttiin on liitetty myös uusia kansallisia katsauksia 30 maan huumeraportin (Country Drug Reports) muodossa. Niissä esitetään verkossa saatavilla olevia yhteenvetoja kansallisista huumausaineiden käytön suuntauksista ja muutoksista Euroopan maiden politiikassa ja käytännössä.

Vaikka tässä julkaisussa esitetään vuotuinen päivitys Euroopan huumausainetilanteeseen, se perustuu myös joka kolmas vuosi julkaistavaan *EU Drug Markets Report* -raporttiin, joka julkaistiin vuonna 2016. Sitä täydennetään myöhemmin tänä vuonna ensimmäisellä EU:n kertomuksella, jossa käsitellään terveys- ja sosiaalialan toimia huumeiden torjumiseksi.

EMCDDA:n tehtävänä on kerätä tietoja ja varmistaa, että ne ovat tarkoitukseen sopivia. Näin pyrimme tarjoamaan parhaan mahdollisen näytön ja edistämme terveellisempää ja turvallisempaa Eurooppaa koskevan visiomme saavuttamista. Huumeisiin liittyvien suuntausten ja muutosten erinomaisena yleiskatsauksena ja analyysinä tämä raportti on hyödyllinen työkalu eurooppalaisille ja kansallisille päätöksentekijöille ja suunnittelijoille, jotka haluavat perustaa strategiansa ja toimenpiteensä tuoreimpiin saatavilla oleviin tietoihin. Tavoitteenamme on tarjota korkealaatuisia palveluja sidosryhmillemme. Tämän tavoitteen mukaisesti tässä uusimmassa raportissa tarjotaan tietoja, joita voidaan käyttää moninlaisiin tarkoituksiin. Raportissa annetaan perustietoja ja seurantatietoja politiikan ja palvelujen arvioimiseksi, määritetään strategisen suunnittelun konteksti ja autetaan määrittämään sen painopisteitä, mahdollistetaan kansallisten tilanteiden ja tietojen vertailu sekä korostetaan esiin nousevia uhkatekijöitä ja kysymyksiä.

Tämän vuoden raportissa korostetaan joitakin mahdollisesti huolestuttavia muutoksia laittomien opioidien markkinoilla. Laittomat opioidit yhdistetään edelleen korkeaan sairastavuuteen ja kuolleisuuteen Euroopassa. Todettakoon, että opioideihin liittyvät yliannostuskuolemat ovat kaiken kaikkiaan lisääntyneet ja että opioidikorvaushoitolääkkeisiin ja uusiin synteettisiin opioideihin liittyvät ongelmat ovat lisääntyneet. Koska huumausainetilanne muuttuu jatkuvasti, myös Euroopan huumeiden



torjuntatoimien on kehityttävä. Tämä on mahdollista yhtenäisen toimintakehyksen avulla, joka esitettiin Euroopan huumausainestrategiassa 2013–2020. Euroopan komissio on ehdottanut huumausaineita koskevaa uutta toimintasuunnitelmaa vuosiksi 2017–2020, ja Euroopan parlamentti ja neuvosto keskustelevat siitä. Se perustuu EU:n nykyisen huumausainestrategian väliarvioinnin tuloksiin ja vuoden 2013–2017 toimintasuunnitelman loppuarviointiin. EMCDDA:n työ, jolla tuetaan näyttöön perustuvaa huumausainepoliittista päätöksentekoa Euroopassa, näkyy näissä keskeisissä poliittisissa asiakirjoissa.

Lopuksi haluamme kiittää Reitoxin kansallisten yhteyspisteiden verkostossa toimivia kollegoitamme, jotka kansallisten asiantuntijoiden ohella tarjoavat suurimman osan tiedoista, joihin tämä julkaisu perustuu. Haluamme myös kiittää monia eurooppalaisia tutkimusryhmiä. Ilman niiden panosta raporttimme olisi paljon suppeampi. Yhteistyöstä eurooppalaisten kumppaneidemme, Euroopan komission, Europolin, Euroopan lääkeviraston ja Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskuksen kanssa, on myös hyötyä raportille.

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 kansallisena raporttipaketina 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 2015 (tai viimeisintä vuotta, jolta tietoja on saatavana). Suuntauksia koskevat analyysit perustuvat ainoastaan niihin maihin, jotka ovat toimittaneet kyseiseltä ajanjaksolta riittävästi tietoja muutosten kuvaamiseksi. Tilastollinen merkitsevyys testataan 0,05:n tasolla, jollei toisin mainita. 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 huumeiden ja rikollisuuden torjunnan 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-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

Euroopan

huumausaineongelmat

Euroopan huumausainetilanne 2017

Raportissa esitetään katsaus Euroopan huumausainetilanteesta EU:n seurantatoimista saatujen viimeisimpien tietojen perusteella. Eurooppalainen yleiskatsaus huumausainemarkkinoista, huumeiden käytöstä ja haitoista sekä ehkäisevistä toimista muodostaa tämän raportin sisältöosan. Lisäksi esitetään 30 täydentävää kansallista raporttia sekä kattavat verkkotiedot ja menetelmiä koskevat tiedot.

Tässä johdanto-osassa esitetään lyhyt analyttinen huomautus tämän vuoden tietoihin liittyvistä joistakin keskeisistä aiheista. Koska kansainvälinen kehitys vaikuttaa yhä enemmän Euroopan

huumausaineongelmiin, analyysin asettaminen laajempaan maailmanlaajuiseen yhteyteen tuo sille lisäarvoa. Kaksi tärkeää aihetta ovat nuorten kannabiksen käyttö ja opioidimarkkinoilla tapahtuneet muutokset. Niiden osalta Euroopan nykytilannetta ja sen kehitystä verrataan Pohjois-Amerikan tilanteeseen, ja niissä on havaittu merkittäviä yhtäläisyyksiä ja eroja.

Onko kansainvälisen kannabispoliitiikan kehityksellä vaikutuksia Eurooppaan?

Viimeaikaiset muutokset kannabiksen sääntelykehikseen Amerikkojen eri osissa on herättänyt päätöksentekijöiden ja yleisön kiinnostuksen Euroopassa. Kehityssuunnat ovat olleet hyvin erilaisia, ja on syytä odottaa perusteellista arviointia ennen kuin voidaan arvioida erilaisten kannabikseen liittyvien poliittisten lähestymistapojen suhteellisia kustannuksia ja hyötyjä. Se, missä määrin muualla tapahtuva kehitys on suoraan siirrettävissä eurooppalaiseen asiantyhteyteen, on myös epäselvää.

Euroopan unionin 28 jäsenvaltiossa kannabiksen sääntelystä ja käytöstä on hyvin erilaisia näkemyksiä, jotka vaihtelevat rajoittavista henkilökohtaisen käytön salliviin. Nyt käydään kuitenkin vilkasta keskustelua, ja joissakin maissa ollaan yhä enemmän kiinnostuneita esimerkiksi kannabiksen tuotannon sallimisesta henkilökohtaiseen käyttöön ja kannabiksen käytöstä sairauden hoitoon.

Kaupallisesti säänneltyjen kannabismarkkinoiden olemassaolo joissakin Euroopan ulkopuolisissa maissa edistää innovointia ja tuotekehitystä (esimerkiksi höyrystimet, e-nesteet ja syötävät tuotteet) riippumatta niiden mahdollisista laajemmista vaikutuksista huumausainepoliitikkaan. On mahdollista, että jotkin kehityssuunnat vaikuttavat eurooppalaisiin käyttötappoihin, minkä vuoksi on tärkeää seurata käyttäytymistä tällä alalla ja on tarpeen arvioida tulevien käyttötappojen muutosten mahdollisia terveysvaikutuksia.

Euroopan kannabismarkkinat ovat jo muuttuneet merkittävästi viime vuosina, mikä johtuu osittain siitä, että on siirrytty enemmän kotimaiseen tuotantoon. Euroopassa saatavilla olevan kannabishartsin ja kannabisruohon voimakkuus on viime vuosina ollut historiallisen korkea, ja tämä pitää edelleen paikkansa. Kannabis liitetään yhä terveysongelmiin, ja suurin osa ensimmäistä kertaa hoitoon tulevista Euroopassa ilmoitti käyttävänsä kannabista. Näistä syistä on tärkeää ymmärtää kannabiksen käytön suuntauksia ja siihen liittyviä haittoja, kun keskustellaan siitä, mitkä ovat sopivimmat tätä huumetta koskevat poliittiset toimet.

Aineen käytön vertaaminen eurooppalaisilla ja yhdysvaltalaisilla koululaisilla

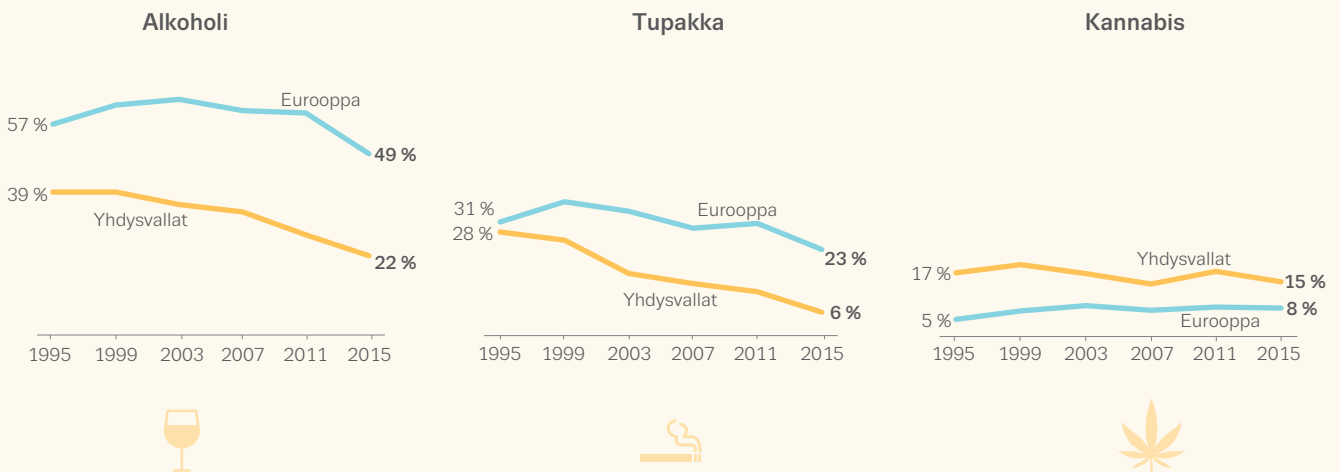
Tältä osin vuonna 2016 julkaistuista kahdesta uudesta koululaisia (15–16-vuotiaita) koskevasta koulututkimuksesta on apua, sillä niiden avulla on mahdollista verrata eurooppalaisten ja amerikkalaisten koululaisten kannabiksen ja muiden aineiden käyttötappoja. Rohkaisevaa kuitenkin on, että uusimpien tietojen mukaan tupakan ja pienemmässä määrin alkoholin käyttö on vähentynyt, vaikka kannabiksen käyttö näyttää pysyneen vakaana. Näiden aineiden käyttömäärien ja käyttötappojen osalta eurooppalaisten ja amerikkalaisten koululaisten välillä on kuitenkin merkittäviä eroja.

Euroopassa kannabiksen käyttömäärät ovat pienempiä kuin Yhdysvalloissa ja kannabiksen käytöstä ilmoitetaan vähemmän kuin tupakan käytöstä. Sen sijaan Yhdysvaltain koululaisilla kannabiksen käyttö on yleisempää kuin tupakan, jota käytetään erittäin vähän. Alkoholin käyttömäärissä on myös eroja. Yhä useampi eurooppalainen koululainen ilmoittaa alkoholin käytöstä, ja käyttö on runsaampaa kuin amerikkalaisilla koululaisilla.

On analysoitava tarkemmin koululaisten aineiden käytön eroja ja yhtäläisyyksiä, jotta voidaan selvittää sosiaalisten sekä tausta- ja sääntelytekijöiden vaikutuksia nuorten tekemiin valintoihin. Sen ymmärtäminen, mikä on johtanut sekä Yhdysvalloissa että Euroopassa havaitun tupakanpolton vähenemiseen, voi antaa tietoja siitä, miten muiden aineiden, kuten kannabiksen, käyttöä voidaan vähentää. On myös tärkeää muistaa, että aineiden käyttötavoissa on eroja. Euroopassa, toisin kuin Yhdysvalloissa, kannabista poltetaan usein tupakan kanssa, ja tällä on todennäköisesti kansanterveyspolitiikkaan kohdistuvia vaikutuksia.

**Kannabiksen käytön
suuntausten ja siihen
liittyvien haittojen
ymmärtäminen on tärkeää**

PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ KULUNEEN KUUKAUDEN AIKANA 15–16-VUOTIAILLA KOULULAISILLA: SUUNTAUKSET EUROOPASSA JA YHDYSVALLOISSA



Huom. Euroopan (painottomattomat) keskiarvot perustuvat 21:stä EU:n maasta ja Norjasta saatuihin tietoihin (lähde: ESPAD). Yhdysvaltojen keskiarvot perustuvat yhdeksäsluokkalaisten koskeviin otoksiin (lähde: [Monitoring the Future](#)).

Euroopan stimulanttimarkkinat: onko kokaiinin saatavuus kasvussa?

Euroopassa eniten käytettyihin laittomiin stimulantteihin – kokaiiniin, MDMA:han ja amfetamiineihin – liitetään yhä erilaisia ja maantieteellisesti eriytettyjä käyttötapoja, ja niiden puhtaus on korkeampi kuin kymmenen vuotta sitten. Laittomien huumeiden markkinoiden tämän osa-alueen monimutkaisuus on lisääntynyt ja uusia stimulantteja, myös katinoneja ja fenetyyliamiineja, on helposti saatavilla. Viime vuoden raportissa korostettiin, että suuriannoksisten MDMA-tablettien saatavuus ja käyttö on lisääntynyt, ja tämä suuntaus on yhä ilmeinen tuoreimpien tietojen perusteella. Takavarikoiduissa tableteissa nyt havaittu suuri MDMA-pitoisuus osoittaa, että tuottajilla ei ole vaikeuksia hankkia huumeen valmistuksessa tarvittavia lähtöaineita. Takavarikkotiedoista ilmenee myös, että Eurooppa on edelleen tärkeä tuottaja maailmanlaajuisilla MDMA-markkinoilla.

Monet tekijät, mukaan lukien jätevesien seuranta, takavarikot sekä hinta- ja puhtaustiedot, osoittavat, että kokaiinin saatavuus on jälleen kasvussa osassa Eurooppaa. Kokaiini on historiallisesti ollut eniten käytetty laiton stimulantti monissa maissa, jotka sijaitsevat pääasiassa Etelä- ja Länsi-Euroopassa. Ilmoitetut uudet tiedot tukevat tätä, ja takavarikkojen määrän on havaittu lisääntyneen kokaiinin vakiintuneilla salakuljetusreiteillä Euroopan päämarkkinoille. Sen sijaan Pohjois- ja Keski-Euroopassa amfetamiinilla ja pienemmässä määrin metamfetamiinilla on suurempi merkitys huumemarkkinoilla kuin kokaiinilla. Amfetamiinien osalta monet aikaisemmin ilmoitetut kehityssuunnat herättävät edelleen huolta. Näihin kuuluvat

lähtöaineiden saatavuudessa ja synteessin reiteissä tapahtuneet muutokset, metamfetamiinimarkkinoiden laajentuminen ja jossain määrin suonensisäisen käytön ja siihen liittyvien haittojen lisääntyminen.

Suonensisäinen käyttö vähenee mutta on edelleen kansanterveyspoliittinen haaste

Huumehoidosta ja muista lähteistä saadut tiedot osoittavat, että suonensisäistä käyttöä koskeva pitkän aikavälin suuntaus jatkaa laskuaan. Esimerkiksi ensimmäistä kertaa hoitoon tulevilla heroiniin käyttäjillä suonensisäinen käyttö on alhaisin kymmenen vuoteen, vaikka maiden välillä on suuria eroja. Jotkin tähän käyttötapaan liittyvät terveyshaittandikaattorit, etenkin suonensisäiseen käyttöön liittyvien uusien HIV-diagnoosien määrät, ovat myös vähentyneet. Tämä ei tarkoita kuitenkaan, että tällä alalla ei ole huolenaiheita. Vuonna 2016 ilmoitettiin 1 233 uutta HIV-tartuntaa. Vaikka tämä oli alhaisin määrä yli kahteen vuosikymmeneen, HIV-tartunta on yhä merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Lisäksi joissakin haavoittuvissa väestöryhmissä sekä stimulantteja ja uusia psykoaktiivisia aineita suonensisäisesti käyttävillä on hiljattain puhjennut epidemioita.

On myös näyttöä siitä, että veren välityksellä leviävät infektiot diagnosoidaan usein melko myöhään huumeita suonensisäisesti käyttävillä verrattuna muihin ryhmiin, ja näin vähennetään mahdollisuuksia toteuttaa toimenpiteitä onnistuneesti. Myöhäinen diagnoosi on myös merkityksellinen HCV-infektiossa, jota esiintyy usein paljon

huumeita suonensisäisesti käytävillä. Viime vuosina hepatiittiviruksen hoitomahdollisuudet ovat parantuneet merkittävästi, kun erittäin tehokkaita uuden sukupolven lääkkeitä on tullut markkinoille. Tämän sairauden hävittämistä voidaan pitää sekä mahdollisuutena että haasteena yleisten terveydenhoitopalvelujen tarjoajille ja huumehoitopalveluille.

Opioidiongelman muuttuva luonne

Kun Euroopan opioidiongelmaa arvioidaan, on myös olennaista, että tilannetta verrataan Pohjois-Amerikan kehitykseen. Tässä raportissa esitettyjen tietojen arvioinnissa osoitetaan, että vaikka tilanne EU:ssa on erilainen, joitakin yhtäläisyyksiä on.

Uusimmat tiedot osoittavat, että suurin osa, noin 80 prosenttia, opioidien vuoksi hoitoon tulleista uusista asiakkaista, käytti yhä heroiniä. Lisäksi heroiniin liittyvän hoitokysynnän yleinen lasku, joka on jatkunut vuodesta 2007, ei enää ole ilmeinen. Erityistä huolta aiheuttaa huumeiden yliannostuskuolemien arvioitu lisääntyminen Euroopassa. Yliannostuskuolemien määrä on lisääntynyt kolmena peräkkäisenä vuotena, ja moni niistä on heroiniin aiheuttama.

Pohjois-Amerikassa lääkärin määräämien opioidien väärinkäytöstä johtuva sairastavuus ja kuolleisuus on lisääntynyt huomattavasti, heroinin käyttö on lisääntynyt ja hiljattain erittäin voimakkaita synteettisiä opioideja, erityisesti fentanyylijohdannaisia, on ilmaantunut markkinoille. Yksi ero näiden kahden alueen välillä on se, että Euroopassa huumehoitoon hakeutuvista asiakkaista erittäin pieni osa tekee näin opioidikipulääkkeiden riippuvuuden vuoksi. Tämä johtuu luultavasti markkinoinnin ja lääkemääräysten erilaisista sääntelykehyksistä ja lähestymistavoista Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa. Todellisuutta pienempien määrien ilmoittamisen mahdollisuutta ei kuitenkaan voida sivuuttaa, koska eurooppalaiset, joilla on ongelmia reseptilääkkeiden kanssa, voivat käyttää erilaisia palveluja kuin laittomien huumeiden käyttäjät. Opioidien korvaushoidossa käytettävillä lääkkeillä on nyt kuitenkin suurempi merkitys hoidon kysynnässä ja terveyshaitoissa monissa Euroopan maissa. Yleisesti ottaen muiden opioidien kuin heroinin osuus on noin viidesosa kaikista opioideihin liittyvistä huumehoitopalvelujen kysynnästä. Synteettisten opioidien, kuten metadonin, merkitystä yliannostuskuolemista on vaikea määrittellä EU:n tasolla, mutta monissa maissa näiden aineiden merkitys on huomattava ja joissakin maissa niiden merkitys on suurin. Lääkkeiden, myös opioidikorvaushoitolääkkeiden, väärinkäytön vähentäminen on suuri haaste monille

eurooppalaisille terveydenhoitopalvelujen tarjoajille. Vankka näyttö tukee opioidikorvaushoitolääkkeiden asianmukaista käyttöä, minkä on osoitettu vähentävän kyseisiä lääkkeitä käyttävien sairastavuutta, kuolleisuutta ja rikollisuutta. Hyvät kliiniset käytännöt sekä ymmärrys siitä, miten lääkärin määräämiä opioideja kulkeutuu laittomille markkinoille ja miten vähentää sitä, ovat näin ollen tärkeitä, jotta tästä hoitotavasta saatavia selkeitä terveyshyötyjä ei heikennetä.

Erittäin voimakkaat synteettiset opioidit: kasvava terveysuhka

Sekä Euroopassa että Pohjois-Amerikassa erittäin voimakkaiden uusien synteettisten opioidien, lähinnä fentanyylijohdannaisten, viimeaikainen ilmaantuminen aiheuttaa suurta huolta. Vuodesta 2012 lähtien EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään on tullut yhä enemmän ilmoituksia näistä aineista ja niiden aiheuttamista haitoista. Näitä aineita on myyty verkkomarkkinoilla sekä laittomilla markkinoilla. Niitä on joskus myyty heroiniina, muina laittomina huumeina tai jopa väärinennettyinä lääkkeinä tai niihin sekoitettuina. Erittäin voimakkaat synteettiset opioidit ovat vakava terveysriski ei pelkästään niiden käyttäjille vaan myös niiden valmistukseen osallistuville, postin työntekijöille ja lainvalvontaviranomaisille. Ainoastaan pieniä määriä tarvitaan monien tuhansien annosten valmistukseen, joten näiden aineiden piilottaminen ja kuljettaminen on helppoa. Tämä asettaa suuren haasteen huumevalvontaviranomaisille. Samalla ne voivat olla houkuttelevia ja tuottoisia tuotteita järjestäytyneelle rikollisuudelle.

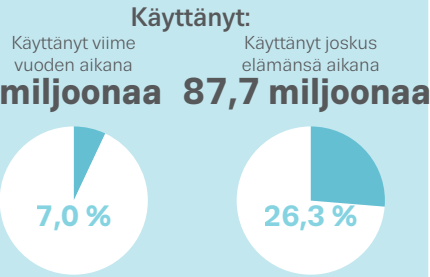
**Erittäin voimakkaat
synteettiset opioidit
ovat vakava terveysriski**

PIKAKATSAUS — ARVIOITA HUUMEIDENKÄYTÖSTÄ EUROOPAN UNIONISSA

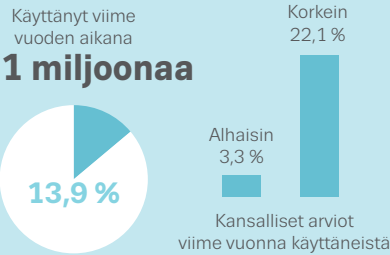
Kannabis



Aikuiset
(15–64-vuotiaat)



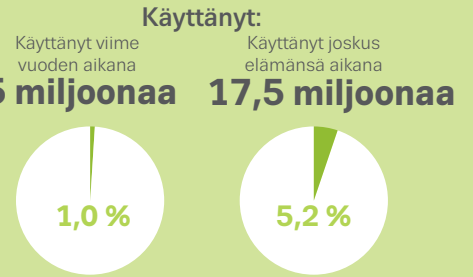
Nuoret aikuiset
(15–34-vuotiaat)



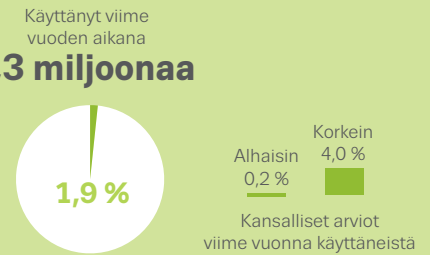
Kokaiini



Aikuiset
(15–64-vuotiaat)



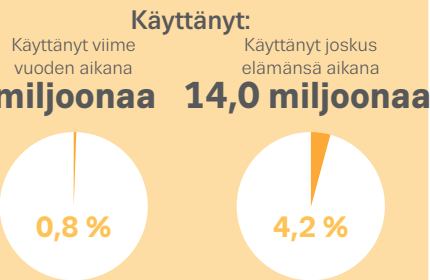
Nuoret aikuiset
(15–34-vuotiaat)



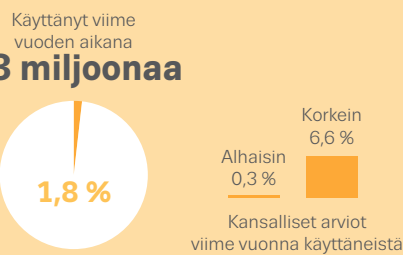
MDMA



Aikuiset
(15–64-vuotiaat)



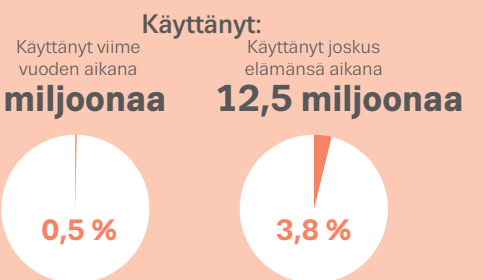
Nuoret aikuiset
(15–34-vuotiaat)



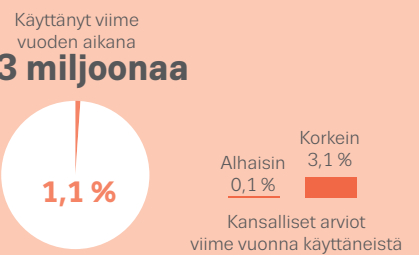
Amfetamiinit



Aikuiset
(15–64-vuotiaat)



Nuoret aikuiset
(15–34-vuotiaat)

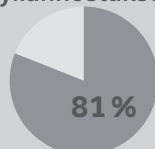


Opioidit



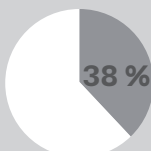
Suuren riskin opioidienkäyttäjät
1,3 miljoonaa

Kuolemaan johtaneet yliannostukset



Hoitopyynnöt

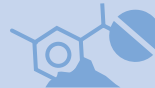
Opioidit ovat päähuume noin 38 prosentissa kaikista hoitopyynnöistä Euroopan unionissa



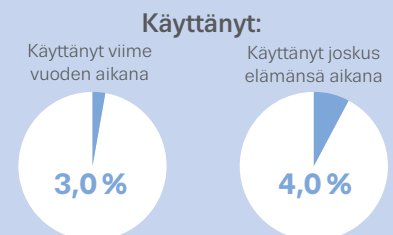
Opioidia tavataan 81 prosentissa kuolemaan johtaneista yliannostuksista

Vuonna 2015 korvaushoitoa annettiin **630 000** opioidienkäyttäjälle.

Uudet psykoaktiiviset aineet



15–16-vuotiaat koululaiset
24:ssä Euroopan maassa



Lähde: ESPAD Report 2015 Additional tables.

Huom. Kattavammat tilasto- ja menetelmätiedot esitetään Statistical Bulletin -verkkosivustolla.

Euroopassa erittäin voimakkaisiin synteettisiin opioideihin liittyvät ongelmat näyttävät olevan kasvussa, kuten varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoitettujen myrkytystapausten, jotka eivät johtaneet kuolemaan, ja kuolemantapausten lisääntyminen osoittaa. Vuoden 2017 alussa EMCDDA teki riskinarvioinnin fentanylijohdannaisista akryloyylifentanyyli ja furanyylifentanyyli. Euroopassa harkitaan näiden aineiden määrittämistä valvonnanalaisiksi, ja monet muut tähän luokkaan kuuluvat aineet ovat tarkastelun kohteena.

Uusien psykoaktiivisten aineiden muuttuvat kasvot

Tämän vuoden analyysissä osoitetaan, että vaikka Euroopassa ja muualla toteutettavilla toimilla voi olla vaikutus uusien aineiden ilmaantumiseen, uusia psykoaktiivisia aineita koskeva ilmiö on edelleen merkittävä kansanterveydellinen haaste. Vaikka vuonna 2016 EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoitettiin yksi uusi huume viikossa, uusien havaintojen kokonaismäärä oli alhaisempi kuin aikaisempina vuosina. Tämä voi olla myönteinen merkki, erityisesti jos lasku jatkuu. Muut tiedot eivät kuitenkaan ole yhtä rohkaisevia, sillä uusien psykoaktiivisten aineiden kokonaissaatavuuden vähentymisestä ei ole vahvoja merkkejä. Vaikka uusien aineiden käyttöönotto hidastuisi, markkinoilla saatavilla olevien aineiden kokonaismäärä lisääntyy yhä. On myös olemassa merkkejä siitä, että uusien psykoaktiivisten aineiden jotkin luokat, erityisesti synteettiset katinonit ja synteettiset kannabinoidit, saavat jalansijaa huumemarkkinoilla.

On olemassa monia syitä sille, että uusien aineiden ilmaantuminen markkinoille saattaa hidastua. Jotkin Euroopan maat ovat ottaneet käyttöön yleisen kiellon, yleisiä ja analogiaan perustuvia säädöksiä ja muita toimenpiteitä, jotka kohdistuvat uusien psykoaktiivisten aineiden tuottajiin ja vähittäismyymiin. Tämä on luonut tiukan sääntely-ympäristön, jossa tuottajia ei kannusteta osallistumaan lainsäätäjän kanssa kissa ja hiiri -leikkiin, jossa tuottajat yrittävät innovoinnin avulla pysyä lainvalvonnan edellä.

Lisäksi uusien psykoaktiivisten aineiden tarjonnasta Euroopassa suuri osa on peräisin Kiinasta, ja siellä käyttöön otetut uudet valvontatoimet ovat myös saattaneet vaikuttaa aineiden saatavuuteen Euroopan unionissa.

Näyttää siltä, että osassa Eurooppaa tavanomaisiin myyntitiloihin kohdistuvat valvontatoimet vaikuttavat uusien psykoaktiivisten aineiden saantiin. Näiden aineiden myynnistä on tullut laitonta, ja verkkomarkkinoilla ja laittomilla huumemarkkinoilla on nyt suurempi rooli kuin aikaisemmin. Tässä yhteydessä uusien aineiden oikeudellinen asema, erityisesti kun niitä myydään laittomien huumeiden ohella, on ehkä vähemmän tärkeä ja näin ollen ei niin merkittävä tuoteinnovoinnin lähde.

Uudet psykoaktiiviset aineet: halvat päihteet syrjäytyneille ja kroonisille huumeidenkäyttäjille

Kuluttajien kielteiset mielipiteet voivat myös vaikuttaa uusien psykoaktiivisten aineiden kysyntään. Ennaltaehkäisy, haittojen vähentäminen ja haitallisista vaikutuksista ilmoittaminen näyttävät vaikuttaneen nuorten käsitykseen, jonka mukaan aineet ovat suhteellisen turvallisia laillisia vaihtoehtoja vakiintuneille laittomille huumeille. Tästä huolimatta kroonisempien ja syrjäytyneiden käyttäjien osalta on myös todisteita siitä, että näiden aineiden saatavuus ja käyttö saattavat lisääntyä.

Uusien psykoaktiivisten aineiden ongelmakäyttö yleistyy joissakin ympäristöissä ja haavoittuvissa väestöryhmissä. Katinonien suonensisäinen käyttö, esimerkiksi nykyisillä ja entisillä opioidien käyttäjillä, on liitetty lisääntyneisiin fyysisiin ja henkisiin terveysongelmiin.

Synteettiset kannabinoidit ovat myös yhä suurempi huolenaihe. Joistakin farmakologisista yhtäläisyyksistä huolimatta näitä huumeita ei pitäisi sekoittaa kannabistuotteisiin. Synteettiset kannabinoidit ovat usein erittäin voimakkaita aineita, joilla voi olla vakavia, mahdollisesti kuolemaan johtavia seurauksia. Todisteiden mukaan osassa Eurooppaa kodittomien kaltaiset syrjäytyneet ryhmät käyttävät synteettisiä kannabinoideja halpana ja voimakkaana päihteenä. Havaintoihin liittyvät vaikeudet tarkoittavat, että synteettisistä kannabinoideista on tullut erityinen ongelma joissakin Euroopan vankiloissa, millä on vakavia seurauksia vankien terveydelle ja turvallisuudelle.

1

**Euroopan huumemarkkinat
muuttuvat edelleen**

Huumausaineiden tarjonta ja markkinat

Maailmanlaajuisesti Eurooppa on tärkeä huumeiden markkina-alue, jossa tarjotaan sekä Euroopassa kasvatettuja huumeita että maailman muilta alueilta salakuljetettuja huumeita. Suuri osa Eurooppaan tulevista laittomista 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 muuttuvat jatkuvasti, ja kymmenen viime vuoden aikana on ilmaantunut 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 joidenkin keskeisten maiden takavarikkotietojen puuttumisen takia. 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

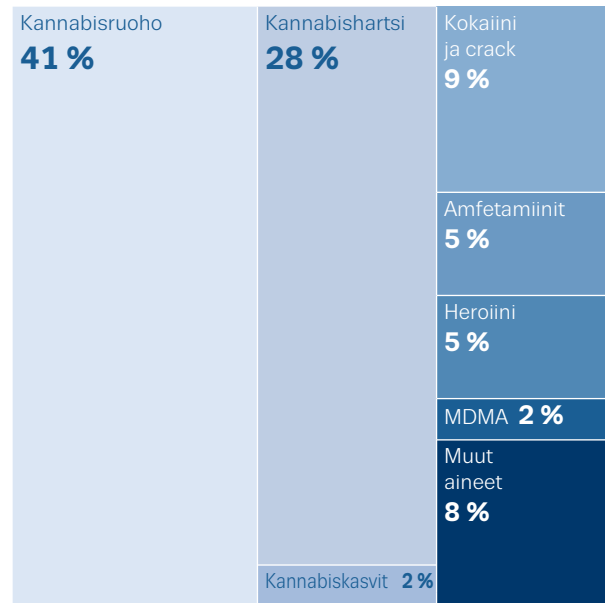
Huumemarkkinat: internetiin perustuvan tarjonnan yleistyminen

Laittomat huumeraportit liittävät käyttäjät tuottajiin välittäjäketjujen kautta. Näissä monimutkaisissa järjestelmissä on kyse suurista rahamääristä markkinoiden kaikilla eri tasoilla. Varovaisen arvion mukaan laittomien huumeiden vähittäismarkkinoiden arvo Euroopan unionissa oli 24 miljardia euroa vuonna 2013 (todennäköisesti 21–31 miljardia euroa).

Viime vuosikymmenen aikana on ilmestynyt uusia internetteknikoita, jotka ovat helpottaneet verkkomarkkinapaikkojen kehitystä. Verkkomarkkinapaikkoja esiintyy rinnakkain fyysisten huumeraporttien kanssa. Jotkin verkossa toimivat myyjät hyödyntävät pinta-www:tä, jossa myydään yleensä valvomattomia lähtöaineita, uusia psykoaktiivisia aineita tai lääkkeitä, jotka voivat olla väärinnettynä tai laittomia kopioita. Toiset myyjät toimivat syvä-www:ssä, pimeään verkon markkinoilla, joita tuetaan tekniikoilla, joilla suojataan ostajan ja myyjän henkilöllisyys. Näillä markkinoilla on samankaltaisia piirteitä kuin eBayn ja Amazonin kaltaisilla laillisilla verkkomarkkinapaikoilla, ja asiakkaat voivat etsiä ja vertailla tuotteita ja myyjiä. Käytössä on erilaisia strategioita liiketoimien ja palvelinten fyysisen sijainnin kätkemiseksi. Näihin kuuluvat anonymisointipalvelut, kuten Tor ja I2P, jotka piilottavat tietokoneen internetprotokollan osoitteen; kryptovaluutat, kuten bitcoin ja litecoin, joita käytetään maksuissa, joita on lähes mahdoton jäljittää; ja salattu viestintä markkinatoimijoiden välillä. Mainejärjestelmät vaikuttavat myös myyjien käyttäytymiseen markkinoilla.

Suurin osa pimeään verkon markkinoilla tapahtuvasta myynnistä liittyy huumeisiin. Äskettäisessä tutkimuksessa, jossa tutkittiin 16 suurten pimeään verkon markkinoiden myyntiä vuosina 2011–2015, arvioitiin, että huumeiden myynnin osuus oli yli 90 prosenttia maailmanlaajuisten pimeään verkon markkinapaikkojen kokonaistuloista. Lähes puolet (46 prosenttia) koko pimeään verkon huumeraportista oli ilmoitusten mukaan peräisin Euroopassa toimivilta myyjiltä, ja sen arvo oli noin 80 miljoonaa euroa tutkimuksen aikana. Tärkeimmät eurooppalaiset lähdemaat myyntimäärien perusteella olivat Saksa, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta, ja suurin osa myyntituloista tuli stimulanttien, erityisesti MDMA:n ja kokaiinin, myynnistä.

Suurin osa pimeään verkon markkinoilla tapahtuvasta myynnistä liittyy huumeisiin

Ilmoitettujen takavarikkojen määrä vuonna 2015, jakauma huumeittain**Yli miljoona huumeraporttia Euroopassa**

Raporttien mukaan Euroopassa tehdään vuosittain yli miljoona laittomien huumeraporttien takavarikkoa. Useimmissa tapauksissa huumeraporttia takavarikoidaan käyttäjiltä pieniä määriä, mutta suurin osa takavarikoitujen huumeraporttien kokonaismäärästä muodostuu salakuljettajilta ja tuottajilta takavarikoiduista monen kilon eristä.

Kannabis on yleisin takavarikoitu huume, ja Euroopassa tehdyistä takavarikoista yli 70 prosenttia on kannabistakavarikoita (kuva 1.1). Kokaiini on kokonaismääränsä toisena (9 prosenttia). Amfetamiinien (5 prosenttia), heroiinin (5 prosenttia) ja MDMA:n (2 prosenttia) takavarikoita on vähemmän.

Vuonna 2015 yli 60 prosenttia kaikista Euroopan unionin huumetakavarikkoja koskevista ilmoituksista tuli kolmesta maasta, Espanjasta, Ranskasta ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta, vaikka Belgia, Tanska, Saksa, Kreikka, Italia ja Ruotsi ilmoittivat myös suurista takavarikkomääristä. On myös huomattava, että tuoreita tietoja takavarikkojen määristä ei ole saatu Alankomaista, Puolasta ja Suomesta. Näiden tietojen puuttuminen lisää analyysin epävarmuutta.

Turkin ilmoittama huumetakavarikkojen suuri määrä kuvaa sen suuria kuluttajamarkkinoita ja sen asemaa huumeiden salakuljetusreiteillä Euroopan unionin, Lähi-idän ja Aasian välillä.

Takavarikoidun kannabisruohon määrän viimeaikainen väheneminen

Euroopan huumemarkkinoilla tavataan yleisesti kahta keskeistä kannabistuotetta: kannabisruohoa (marihuana) ja kannabishartsia (hasis). Kannabisöljy on sen sijaan suhteellisen harvinainen. Euroopan laittomien huumeiden vähittäismarkkinoilla kannabistuotteiden osuus on suurin (38 prosenttia). Niiden arvioitu arvo on 9,3 miljardia euroa (todennäköisesti 8,4–12,9 miljardia euroa). Euroopassa käytetään sekä Euroopassa kasvatettua että ulkomailta salakuljetettua kannabisruohoa. Euroopassa tuotettua kannabisruohoa kasvatetaan pääasiassa sisätiloissa. Suurin osa kannabishartsista tuodaan lähinnä Marokosta. Viimeaikaisten ilmoitusten mukaan kannabiksen salakuljetusreitit ovat muuttuneet. Sekä kannabisruohon että kannabisöljyn salakuljetuksen lisääntyminen Länsi-Balkanilta, erityisesti Albaniasta, liittyy kannabiksen

KANNABIS

Hartsi

Takavarikkojen määrä

288 000 EU

303 000 EU + 2

Takavarikoitu määrä

536
tonnia (EU)

546
tonnia (EU + 2)

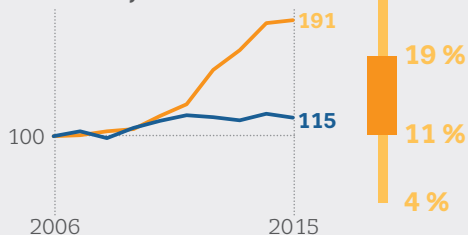
Hinta
(EUR/g)
25 €

11 €
8 €
3 €

Voimakkuus
(THC-pitoisuus, %)

Suuntausindeksi:

hinta ja voimakkuus



Ruoho

Takavarikkojen määrä

404 000 EU

438 000 EU + 2

Takavarikoitu määrä

89
tonnia (EU)

135
tonnia (EU + 2)

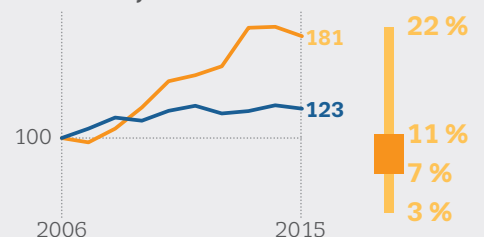
Hinta
(EUR/g)

20 €
12 €
8 €
5 €

Voimakkuus
(THC-pitoisuus, %)

Suuntausindeksi:

hinta ja voimakkuus

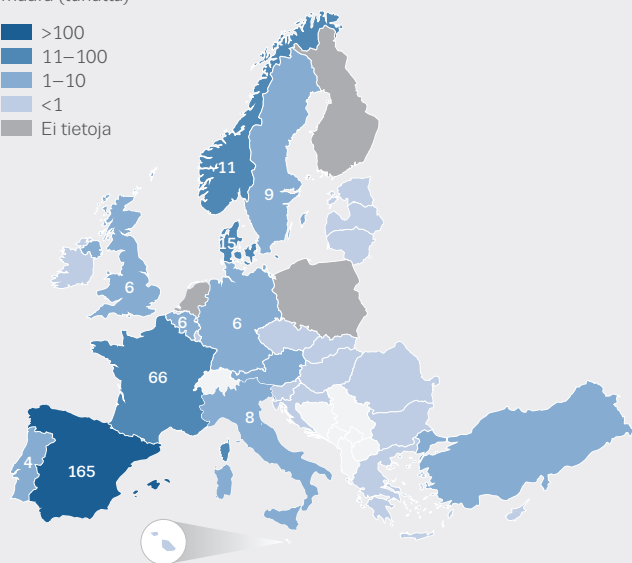


EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa. Kannabistuotteiden hinta ja voimakkuus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan.

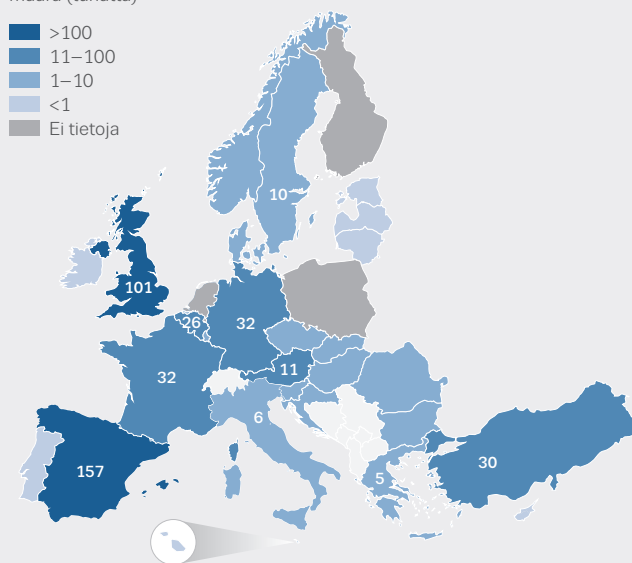
KUVA 1.2

Kannabishartsin ja kannabisruohon takavarikot, vuosi 2015 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

Kannabishartsin takavarikkojen määrä (tuhatta)

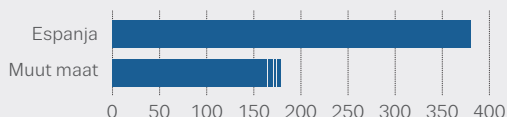


Kannabisruohon takavarikkojen määrä (tuhatta)

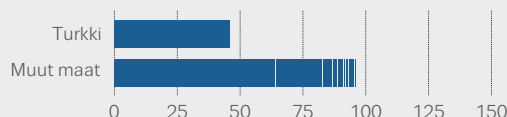


Huom. Takavarikkojen määrät ilmoitetaan niiden kymmenen maan osalta, joiden luvut ovat suurimmat.

Takavarikoidun kannabishartsin määrä (tonnia)



Takavarikoidun kannabisruohon määrä (tonnia)



kasvatuksen lisääntymiseen kyseisissä maissa. Lisäksi todisteiden mukaan Libyasta on tullut tärkeä keskus eri määrärajoihin, myös Eurooppaan, salakuljetettavalle hartsille.

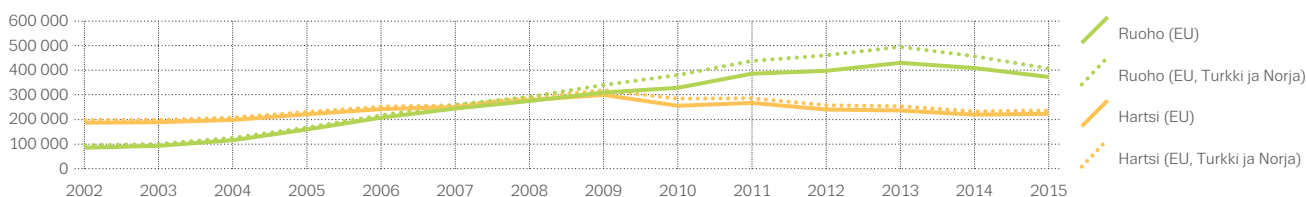
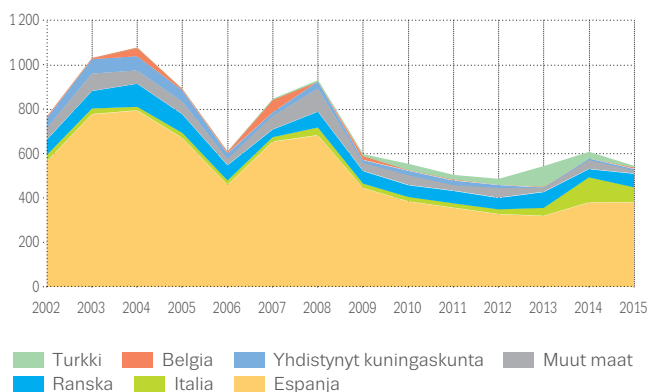
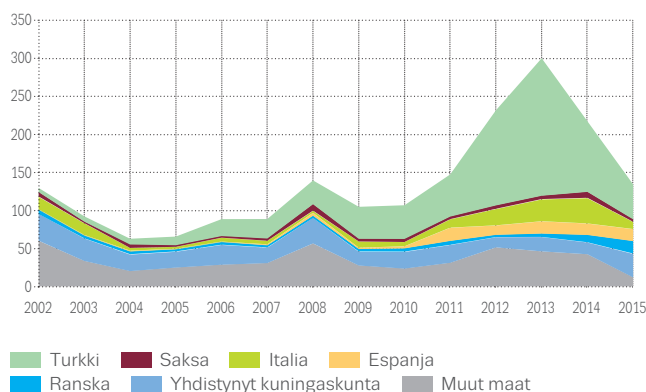
Vuonna 2015 Euroopan unionissa ilmoitettiin noin 732 000 kannabistuotteiden takavarikkoa (404 000 kannabisruohotakavarikkoa, 288 000 kannabishartsitakavarikkoa ja 19 000 kannabiskasvitakavarikkoa). Takavarikoidun kannabishartsin määrä (536 tonnia) on kuitenkin yli kuusi kertaa suurempi kuin takavarikoidun kannabisruohon määrä (89 tonnia). Tämä johtuu osittain siitä, että kannabishartsia kuljetetaan suurina määrinä pitkiä matkoja ja kansallisten rajojen yli, minkä vuoksi se päätty todennäköisemmin takavarikoitavaksi. Takavarikoituja kannabismääriä analysoitaessa havaitaan, että muutamat maat ovat erityisen tärkeitä, koska nämä maat sijaitsevat merkittävien kannabiksen salakuljetusreittien varrella. Esimerkiksi Espanjan osuus Euroopassa vuonna 2015 takavarikoidun kannabishartsin kokonaismäärästä oli yli 70 prosenttia, sillä se on tärkeä saapumispaikka Marokossa tuotetulle kannabikselle (ks. kuva 1.2).

Kannabisruohon takavarikkojen määrä ohitti vuonna 2009 kannabishartsin takavarikkojen määrän Euroopassa, ja sekä kannabishartsin että kannabisruohon takavarikkojen määrää koskeva suuntaus on ollut suhteellisen vakaa vuodesta 2011 (ks. kuva 1.3). Euroopassa takavarikoitiin arviolta 135 tonnia kannabisruohoa vuonna 2015. Tämä luku on laskenut 38 prosentilla vuodesta 2014, jolloin takavarikoitiin 217 tonnia. Belgiassa, Kreikassa ja Italiassa ilmoitettiin merkittävistä laskuista. Myös Turkissa havaittiin takavarikoidun kannabisruohon määrän laskeneen vastaavasti vuodesta 2013. Monet tekijät vaikuttavat tähän yleiseen laskuun Euroopassa. Näihin voivat kuulua aloitteet, joilla ehkäistään suurimittaista tuotantoa Euroopan unionin ulkopuolisissa maissa, kuten Albaniassa; huomion kiinnittäminen pikemminkin kotimaiseen kasvatukseen kuin salakuljetukseen; takavarikkojen kirjaamisen menetelmiin tehdyt muutokset ja lainvalvonnan painopisteiden muutokset joissakin maissa. Tuoreimpien tietojen mukaan Euroopan unionissa takavarikoidun kannabishartsin määrä on pysynyt suhteellisen vakaana vuodesta 2009.

KUVA 1.3

Kannabistakavarikkojen määrää ja takavarikoitua kannabismäärää koskevat suuntaukset: hartsia ja ruoho

Takavarikkojen määrä

Hartsia
(tonnia)Ruoho
(tonnia)

Kannabiskasvien takavarikotietojen voidaan katsoa toimivan indikaattorina huumeen maassa tapahtuvasta kasvatuksesta. Koska maiden raportointikäytännöissä on eroja, kannabiskasvien takavarikotietoihin on suhtauduttava varovaisesti. Takavarikoitujen kasvien määrän on havaittu lisääntyneen pitkällä aikavälillä. Takavarikoitujen kasvien määrä kasvoi 1,5 miljoonasta vuonna 2002 aina 3,3 miljoonaan vuonna 2014, ja vuonna 2015 määrä nousi jyrkästi 11,4 miljoonaan kasviin. Alankomaat ilmoitti takavarikoitujen kasvien määrän suuresta kasvusta. Tämä suuntaus saattaa kuvata lainvalvonnan painopisteiden muuttumista ja sitä, että kannabiksen kasvatukseen kohdistetaan enemmän toimenpiteitä.

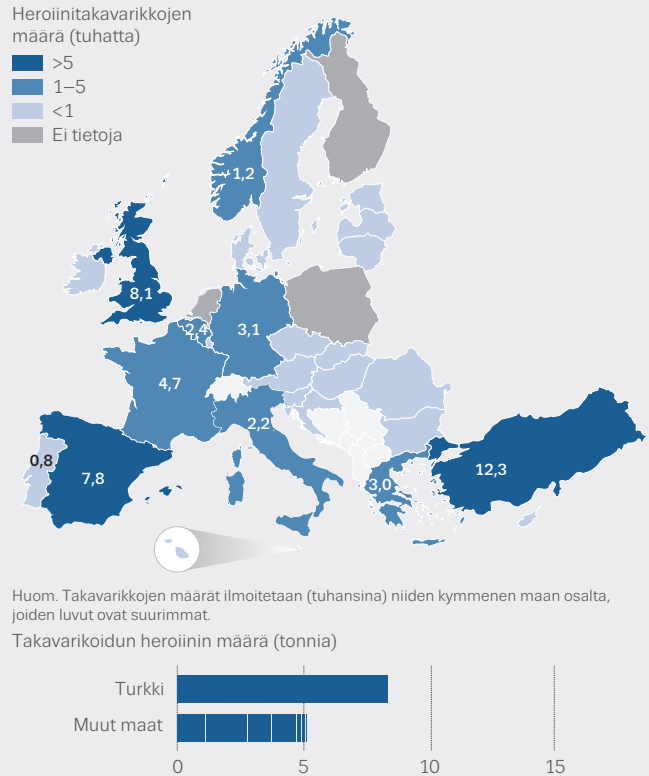
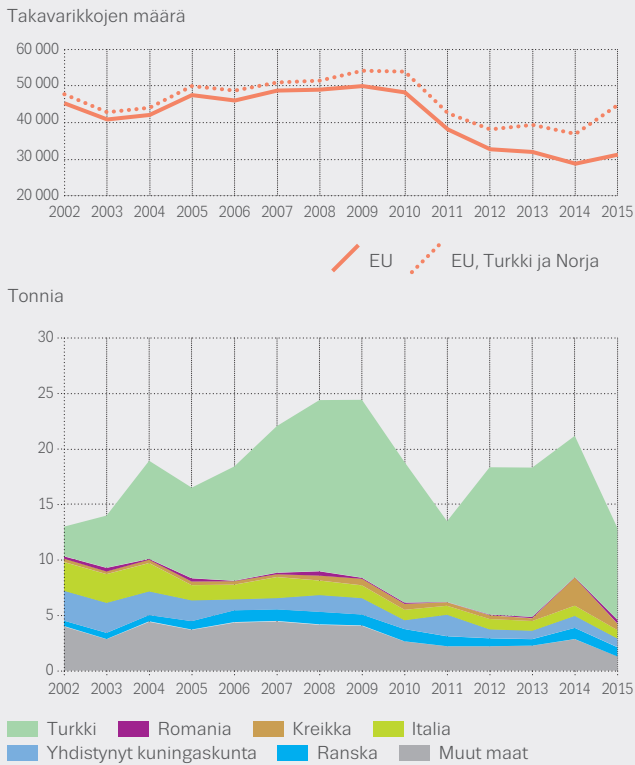
Vuonna 2015 ilmoitettiin 335 kannabisöljyn takavarikkoa, ja Kreikassa ja Turkissa takavarikoitiin suurimmat määrät.

Säännöllisesti raportoivien maiden suuntausindeksin analyysi osoittaa, että kannabisruohon ja kannabishartsin voimakkuus (tetrahydrokannabinolin eli THC:n pitoisuus) on kasvanut merkittävästi vuodesta 2006 vuoteen 2014 ja vakiintui vuonna 2015. Voimakkuuden kasvuun vaikuttaviin tekijöihin voi sisältyä intensiivisen tuotantotekniikan käyttöönotto Euroopassa ja viime aikoina voimakkaiden kasvien ja uusien tekniikoiden käyttöönotto Marokossa. Tuoreimpien tietojen mukaan hartsin ja ruohon hinnat ovat samat, kun taas hartsia on keskimäärin voimakkaampi.

Kannabisruohon takavarikkojen määrä ohitti vuonna 2009 kannabishartsin takavarikkojen määrän Euroopassa

KUVA 1.4

Heroinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun heroinin määrä: suuntaukset ja vuosi 2015 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana



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

Takavarikoidun heroinin määrä (tonnia)

Heroinin puhtauden lisääntyminen jatkuu

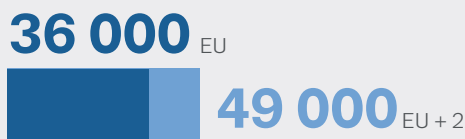
Heroini on yleisin opioidi Euroopan huumeraportin markkinoilla. Sen arvioitu vähittäismyyntiarvo on 6,8 miljardia euroa (todennäköisesti 6,0–7,8 miljardia euroa). Tuontiheroiinia on perinteisesti ollut saatavana Euroopassa kahdessa muodossa. Näistä yleisempi on (kemiallisessa perusmuodossaan oleva) ruskea 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.

Lainvalvontaviranomaisten vuonna 2015 Euroopassa takavarikoimia muita opioideja olivat oopiumi, lääkemorfiini, metadoni, buprenorfiini, tramadoli ja fentanyl (taulukko 1.1). Joitakin lääkeopioideja voidaan saada laillisista lääkevalmisteista, kun taas joitakin valmistetaan laittomasti. Esimerkiksi vuonna 2015 takavarikoitiin 27 kilogrammaa morfiinijauhetta, joka oli valmistettu laittomasti.

Afganistan on edelleen maailman suurin laiton oopiumintuottaja. Arvioiden mukaan Euroopassa tavattua heroiniä suurin osa valmistetaan Afganistanissa tai sen

HEROIINI

Takavarikkojen määrä



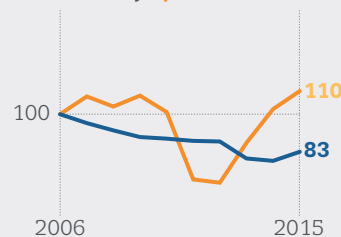
Takavarikoitu määrä



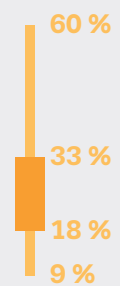
Hinta (EUR/g)



Suuntausindeksi: hinta ja puhtaus



Puhtaus (%)



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

naapurimaissa Iranissa ja Pakistanissa. Laiton opioidien tuotanto Euroopassa on 1970-luvulta lähtien liittynyt kotitekoisten unikkotuotteiden tuotantoon joissakin Itä-Euroopan maissa. Havainnot kahdesta laboratorista, jotka muuttivat morfiinia heroiiniksi Espanjassa, ja yhdestä Tšekin tasavallassa viime vuosina osoittavat kuitenkin, että pieniä määriä heroiinia valmistetaan Euroopassa.

Heroiini 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.

Suhteellisen vakaan vuosikymmenen jälkeen heroiinin saatavuus väheni vuosina 2010–2011 usean Euroopan maan markkinoilla. Tämä ilmenee ilmoitetuista heroiinitakavarikkojen määristä: määrä laski Euroopan unionissa vuosina 2009–2014 ja vakiintui vuonna 2015. Vuosina 2002–2013 Euroopan unionissa takavarikoidun heroiinin määrä puolittui 10 tonnista 5 tonniin. Vuonna 2014, jolloin useat maat ilmoittivat suurista heroiinitakavarikoista (vähintään 100 kilogrammaa), takavarikoitiin 8,4 tonnia heroiinia, ja vuonna 2015 Euroopassa takavarikoidun heroiinin määrä (4,5 tonnia) palautui 2010-luvun alun tasolle. Turkissa takavarikoitiin

13 tonnia heroiinia vuonna 2014, jonka jälkeen määrä laski 8,3 tonnin vuonna 2015 – luku oli yhä suurempi kuin kaikkien muiden Euroopan maiden yhteensä – mutta samalla ajanjaksolla takavarikkojen määrä nousi (kuva 1.4). Säännöllisesti raportoivien maiden suuntausindeksi osoittaa, että heroiinin puhtaus lisääntyi yhä Euroopassa vuonna 2015.

Euroopan maissa takavarikoitaan heroiinin lisäksi muita opioidituotteita, mutta niiden osuus on pieni takavarikkojen kokonaismäärästä. Muita yleisimmin takavarikoituja opioideja ovat lääkeopioidit buprenorfiini, tramadoli ja metadoni (ks. taulukko 1.1).

TAULUKKO 1.1

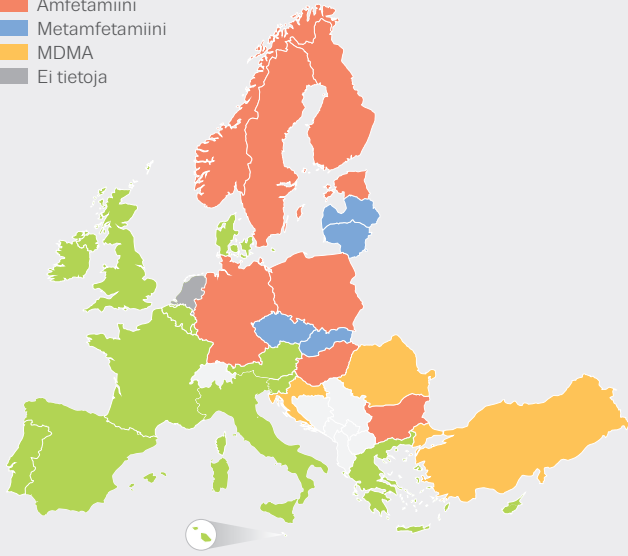
Muiden opioidien kuin heroiinin takavarikot vuonna 2015

Opioidi	Määrä	Määrä			Maiden määrä
		Kilogrammaa	Litraa	Tablettia	
Metadoni	1 566	31	8	60 472	17
Buprenorfiini	3 377	4		68 419	17
Tramadoli	2 467			690 080	12
Fentanyylit (fentanyyli, okfentaniili, karfentaniili)	287	3		41	10
Morfiini	775	27		8 837	15
Oopiumi	293	734			14
Kodeiini	293	3		9 855	8
Oksikodoni	16	0,0003		962	5

KUVA 1.5

Yleisin takavarikoitu stimulantti Euroopassa, 2015 tai tuoreimmat tiedot

- Kokaiini
- Amfetamiini
- Metamfetamiini
- MDMA
- Ei tietoja



Stimulanttien takavarikot: alueellisia eroja

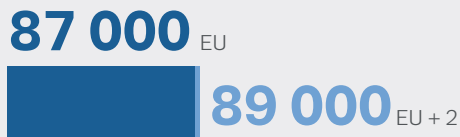
Kokaiini, amfetamiini, metamfetamiini ja MDMA ovat yleisimmät Euroopassa saatavilla olevat laittomat stimulantit. Stimulanttmarkkinoiden arvioitu vähittäismyyntiarvo Euroopan unionissa on 6,3–10,2 miljardia euroa. Suuria alueellisia eroja esiintyy sen suhteen, mikä stimulantti on yleisimmin takavarikoitu (kuva 1.5). Tähän vaikuttavat saapumissatamien ja salakuljetusreittien sijainnit, suuret tuotantokeskukset ja suuret kuluttajamarkkinat. Kokaiini on useimmiten takavarikoitu stimulantti monissa Länsi- ja Etelä-Euroopan maissa, joiden kautta huume saapuu Eurooppaan. Amfetamiinitakavarikkoja on eniten Pohjois- ja Keski-Euroopassa, ja metamfetamiini on yleisin takavarikoitu stimulantti Tšekin tasavallassa, Latviassa, Liettuaissa ja Slovakiassa. MDMA on yleisin takavarikoitu stimulantti Kroatiaissa, Romaniassa ja Turkissa.

Kokaiini: markkinaindikaattoreiden viimeaikainen lisääntyminen

Euroopassa on saatavana kokaiinia kahdessa muodossa, joista jauhemainen kokaiini (suola) on yleisempää. Crack-kokaiini on kokaiinin poltettava muoto (vapaa kokaiiniemäs), 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

KOKAIINI

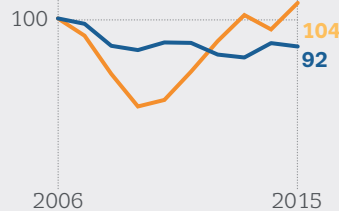
Takavarikkojen määrä



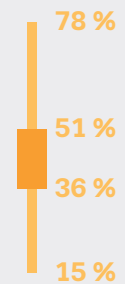
Takavarikoitu määrä



Hinta (EUR/g)

Suuntausindeksi:
 hinta ja puhtaus

Puhtaus (%)

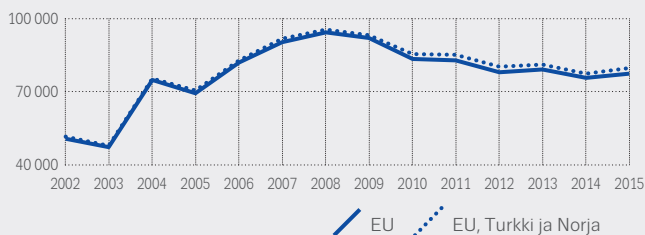


EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa. Kokaiinin hinta ja puhtaus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattoriin mukaan.

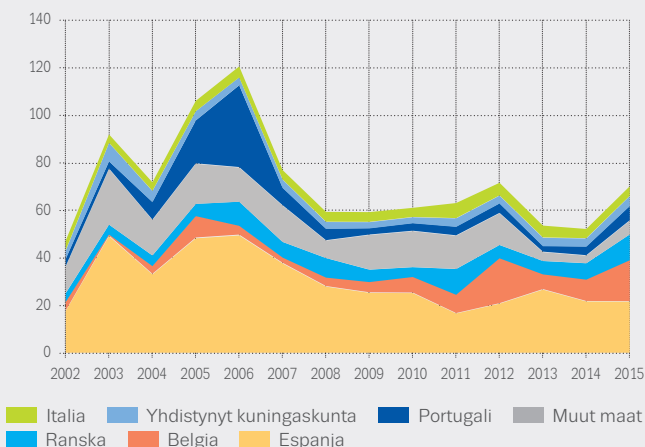
KUVA 1.6

Kokaiinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun kokaiinin määrä: suuntaukset ja vuosi 2015 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

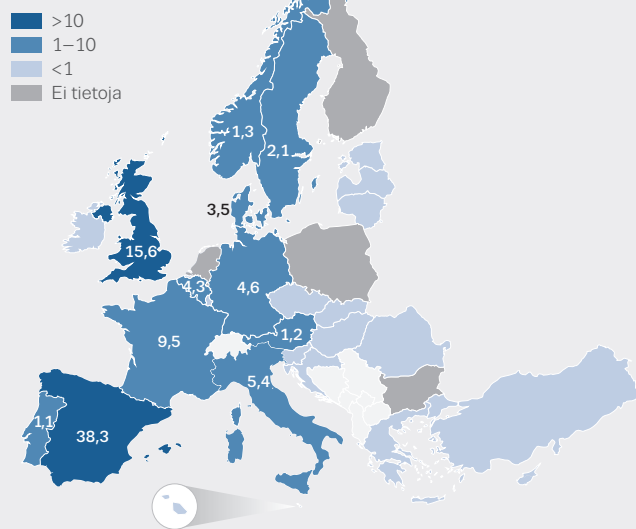
Takavarikkojen määrä



Tonnia

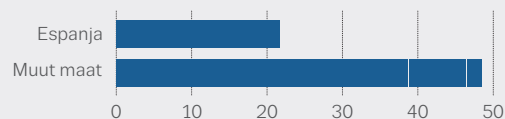


Kokaiinitakavarikkojen määrä (tuhatta)



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

Takavarikoidun kokaiinin määrä (tonnia)



merikontit. Kokaiinin vähittäismyyntimarkkinoiden arvo Euroopan unionissa on arvioiden mukaan vähintään 5,7 miljardia euroa.

Vuonna 2015 Euroopan unionissa tehtiin yhteensä noin 87 000 kokaiinitakavarikkoa. Belgian, Espanjan, Ranskan, Italian ja Portugalin yhteenlaskettu osuus takavarikoidusta arvioidusta 69,4 tonnista on 78 prosenttia (kuva 1.6). Tilanne on ollut suhteellisen vakaa vuodesta 2007, vaikka sekä takavarikkojen lukumäärä että takavarikoidun kokaiinin määrä kasvoivat vuosina 2014–2015 (ks. kuva 1.6). Vaikka Espanjassa (22 tonnia) takavarikoidun kokaiinin määrä on edelleen suurin, myös Belgiassa (17 tonnia) ja Ranskassa (11 tonnia) takavarikoitiin erittäin suuria määriä vuonna 2015, ja Belgia, Saksa ja Portugali

ilmoittivat takavarikoidun määrän kasvaneen merkittävästi verrattuna edelliseen vuoteen. Kaiken kaikkiaan suuntausindeksi osoittaa, että kokaiinin puhtaus lisääntyi hieman vuonna 2015.

Vuonna 2015 Euroopassa takavarikoitiin myös muita kokaiinituotteita, muun muassa 76 kilogrammaa kokapensaana lehtiä ja 377 kilogrammaa kokatahnaa. Kokatahnan takavarikot osoittavat, että Euroopassa on laittomia laboratorioita, jotka valmistavat kokaiinihydrokloridia. Tämä on uusi ilmiö, koska tähän mennessä useimmat kokaiinilaboratoriot Euroopassa ovat olleet ”jatkoittamislaboratorioita”, joissa kokaiinia kerätään materiaaleista, joihin sitä on sisällytetty (esim. viineistä, vaatteista, muovista).

**Kokaiini, amfetamiini,
metamfetamiini ja MDMA ovat
yleisimmät Euroopassa saatavilla
olevat laittomat stimulantit**

Lähtöaineet: uusia vaihtoehtoja amfetamiineille

Huumeiden lähtöaineet ovat välttämättömiä kemikaaleja, joita tarvitaan laittomien huumeiden valmistuksessa. Koska monilla lähtöaineilla on laillisia käyttötapoja, EU:n säädöksissä säännellään tiettyjä kemikaaleja, ja niiden kauppaa seurataan ja valvotaan. Lähtöaineiden saatavuudella on suuri vaikutus markkinoihin sekä laittomissa laboratorioissa käytettyihin tuotantomenetelmiin. Vuonna 2015 tuottajat jatkoivat valvontamekanismien kiertämistä ottamalla käyttöön sääntelemättömiä kemikaaleja lähtöaineiden tuottamiseksi lähellä tuotantopaikkoja. Tämä käytäntö lisää kuitenkin havaitsemisriskiä, koska suurempaan tuotantoon tarvitaan enemmän kemikaaleja ja syntyy enemmän jätettä.

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). Amfetamiinin lähtöainetta bentsyyliimetyyliketonia (BMK) takavarikoitiin suuria määriä vuonna 2015, ja Puolan viranomaiset takavarikoivat 7 000 kilogrammaa yhdestä toimituksesta, joka liittyi Alankomaissa tapahtuvaan tuotantoon. BMK:n lähtöaineen alfa-fenyyliaasetonitriiliin (APAAN) valvonnalla vuoden

2013 lopussa näyttää olleen vaikutusta, koska takavarikot vähenivät 48 000 kilogrammasta vuonna 2013 aina 780 kilogrammaan vuonna 2015. Näyttää siltä, että tämä valvontatoimi sai aikaan innovatiivista kehitystä, sillä vaihtoehtoisista kemikaaleista, kuten alfa-fenyyliaasetamidista (APAA) ja BMK:n glysidijohdannaisista, ilmoitettiin ensimmäistä kertaa vuonna 2015.

Sääntelemättömien MDMA:n lähtöaineiden esiaineiden takavarikkojen määrä pysyi vakaana, noin 5 500 kilogrammassa. Vaikka safroliä takavarikoitiin vain vähän, PMK:n takavarikot jatkuivat, ja Alankomaat ilmoitti takavarikoineensa 622 kilogrammaa vuonna 2015. Vuonna 2014 vastaava määrä oli nolla.

Amfetamiini ja metamfetamiini: kotimainen tuotanto

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.

TAULUKKO 1.2

Yhteenveto Euroopan Unionissa valmistettujen tiettyjen synteettisten huumeiden lähtöaineiden takavarikoista ja pysäytetyistä toimituksista vuonna 2015

Lähtöaine / lähtöaineen esiaine	Takavarikot		Pysäytetyt toimitukset		YHTEENSÄ	
	Määrä	Määrä	Määrä	Määrä	Määrä	Määrä
MDMA tai sitä muistuttavat aineet						
PMK (litraa)	6	622	0	0	6	622
Safroli (litraa)	2	2	0	0	2	2
Piperonaali (kg)	7	45	4	1 925	11	1 970
PMK:n glysidijohdannaiset (kg)	11	5 461	0	0	11	5 461
Amfetamiini ja metamfetamiini						
APAAN (kg)	10	778	0	0	10	778
BMK (litraa)	17	1 029	0	0	17	1 029
PAA, fenyylitikkahappo (kg)	6	261	4	103	10	364
Efedriini, irtotavarana (kg)	12	8	1	500	13	508
Pseudoefedriini, irtotavarana (kg)	8	32	0	0	8	32
APAA (kg)	1	201	0	0	1	201
BMK:n glysidijohdannaiset (kg)	5	14	0	0	5	14

Molempia huumeita valmistetaan Euroopassa eurooppalaisille markkinoille. On havaittu merkkejä siitä, että amfetamiinia tuotetaan lähinnä Belgiassa, Alankomaissa ja Puolassa ja pienemmässä määrin Baltian maissa, Saksassa ja Unkarissa. On myös merkkejä siitä, että tuotannon loppuvaihe, amfetamiiniemäksen muuttaminen amfetamiinisulfaatiksi, tapahtuu Euroopassa.

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 15 miljoonaa tablettia vuonna 2015.

Suuri osa Euroopan metamfetamiinista on jo pitkään ollut peräisin Tšekin tasavallasta ja viime aikoina sen naapurimaiden raja-alueilta. Sitä tuotetaan myös Bulgariassa, Liettuassa ja Alankomaissa.

Tšekin tasavallassa metamfetamiinin tuotannossa käytetään lähinnä lähtöaineita efedriiniä ja pseudoefedriiniä, joita uutetaan lähinnä Puolasta salakuljetetuista lääketuotteista. Metamfetamiinin tuotannossa voidaan käyttää myös bentsyyylimetyyliketonia (BMK). Vuonna 2015 Euroopan unionissa ilmoitetusta 291 laittomasta metamfetamiinilaboratoriosta 263 sijaitsi Tšekin tasavallassa. Kyseisessä maassa valmistuksessa on siirrytty pienistä tuotantomääristä, jotka on tarkoitettu käyttäjien omaan käyttöön tai paikalliseen tarjontaan, suurimittaiseen tuotantoon, jossa järjestäytyneet rikollisryhmät valmistavat huumetta Euroopan maiden markkinoille ja vientiin.

AMFETAMIINIT

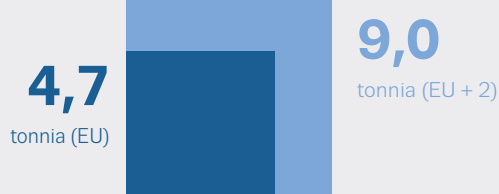
Amfetamiini

Takavarikkojen määrä

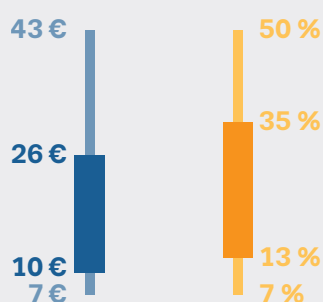
34 000 EU **39 000** EU + 2



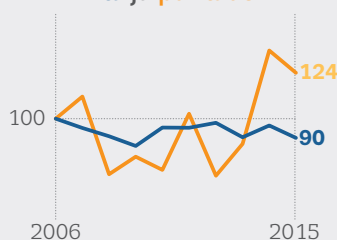
Takavarikoitu määrä



Hinta (EUR/g) Puhtaus (%)



Suuntausindeksi: hinta ja puhtaus



Metamfetamiini

Takavarikkojen määrä

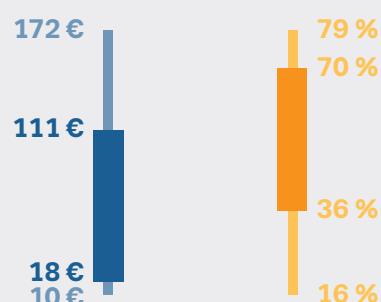
8 000 EU **12 000** EU + 2



Takavarikoitu määrä



Hinta (EUR/g) Puhtaus (%)

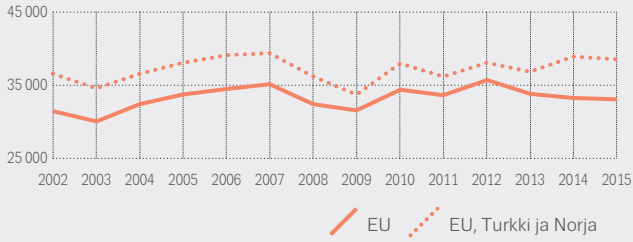


EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa. Amfetamiinien hinta ja puhtaus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan. Metamfetamiinin osalta ei ole saatavilla suuntausindeksiä.

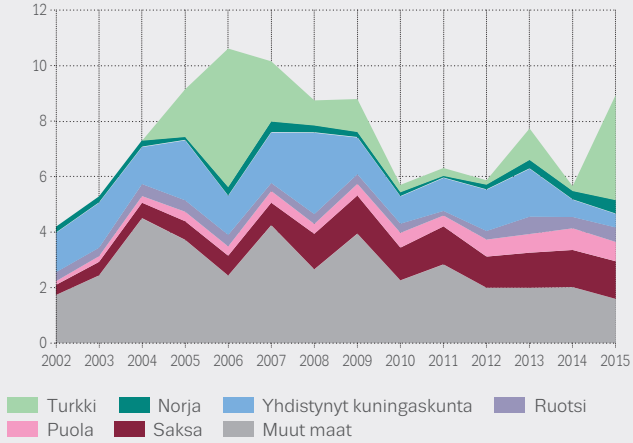
KUVA 1.7

Amfetamiinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun amfetamiinin määrä: suuntauksia ja vuosi 2015 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

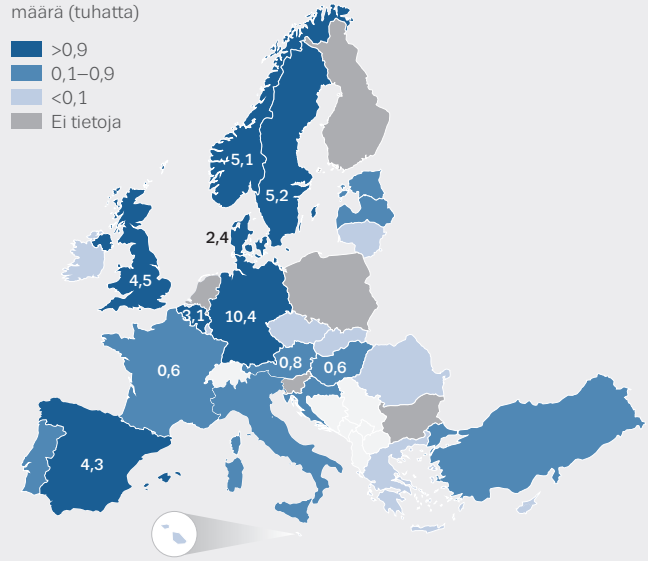
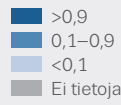
Takavarikkojen määrä



Tonnia

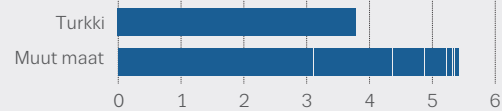


Amfetamiinitakavarikkojen määrä (tuhatta)



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

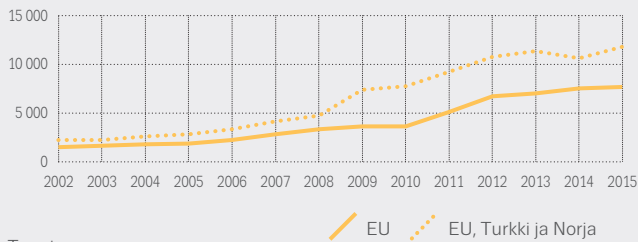
Takavarikoidun amfetamiinin määrä (tonnia)



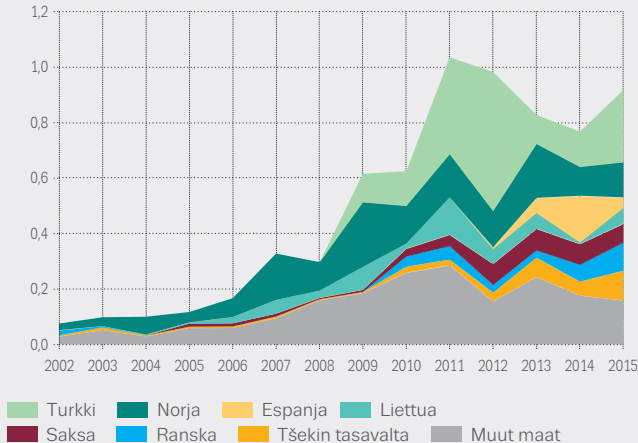
KUVA 1.8

Metamfetamiinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun metamfetamiinin määrä: suuntauksia ja vuosi 2015 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

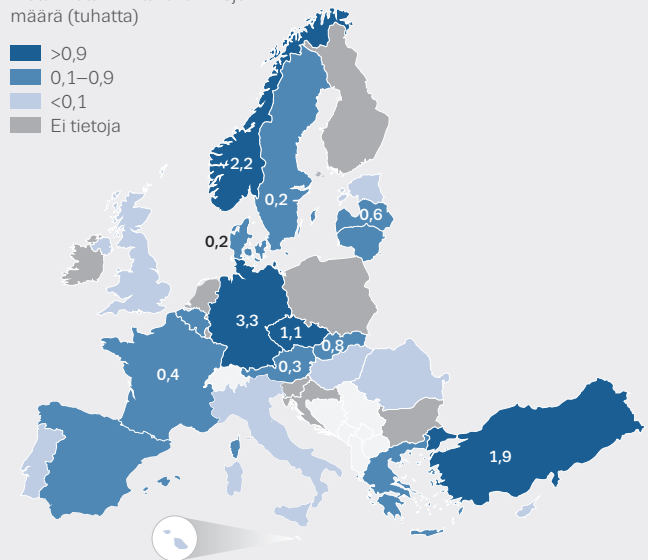
Takavarikkojen määrä



Tonnia

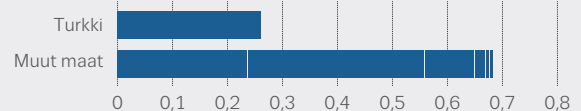


Metamfetamiinitakavarikkojen määrä (tuhatta)



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

Takavarikoidun metamfetamiinin määrä (tonnia)



Vuonna 2015 EU:n jäsenvaltiot tekivät 34 000 amfetamiinitakavarikkoa, joissa otettiin talteen 4,7 tonnia amfetamiinia. Kaiken kaikkiaan takavarikoidun amfetamiinin määrä Euroopan unionissa on noussut. Vuosina 2002–2015 takavarikoitiin 4–6 tonnia amfetamiinia (kuva 1.7). Metamfetamiinitakavarikkojen määrä on paljon pienempi. Vuonna 2015 Euroopan unionissa tehtiin 7 700 takavarikkoa, joissa otettiin talteen 0,5 tonnia metamfetamiinia. Tšekin tasavallassa takavarikoitiin eniten metamfetamiinia (kuva 1.8). Vuonna 2015 suuria määriä amfetamiineja takavarikoitiin myös Turkissa (3,8 tonnia amfetamiinia ja 0,3 tonnia metamfetamiinia) ja Norjassa (0,1 tonnia metamfetamiinia). Metamfetamiinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun metamfetamiinin määrä on ollut nousussa vuodesta 2002.

Metamfetamiinin ilmoitettu keskimääräinen puhtaus on yleensä korkeampi kuin amfetamiiniotosten. Suuntausindeksi osoittaa, että amfetamiinin puhtaus on lisääntynyt viime vuosina.

MDMA: voimakkaita tuotteita saatavilla

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. MDMA-markkinat ovat elpyneet viime vuosina. Sitä ennen MDMA:ta oli vähän

saatavilla, koska sen valmistuksessa käytettävistä lähtöaineista oli puutetta. MDMA:n vähittäismyyntimarkkinoiden arvoksi arvioidaan noin 0,7 miljardia euroa. Tablettien keskimääräinen MDMA-pitoisuus on kasvanut viime vuosina, ja joidenkin erien suuret MDMA-pitoisuudet on liitetty haittoihin ja kuolemantapauksiin.

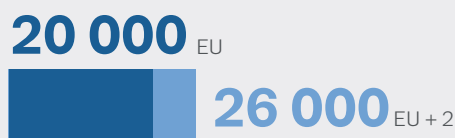
Euroopassa MDMA:n tuotanto näyttää keskittyvän Belgiaan ja Alankomaihin, ja neljä MDMA-laboratoriota on purettu Euroopan unionissa vuonna 2015 (kolme Alankomaissa ja yksi Belgiassa). Euroopassa valmistettua MDMA:ta viedään myös maailman muihin osiin.

MDMA-takavarikkojen viimeaikaisten suuntausten arvioiminen on vaikeaa, koska maista, joilla on todennäköisesti suuri merkitys kokonaismäärään, ei ole käytettävissä tietoja. Vuoden 2015 tietoja ei ole saatavilla Alankomaista, joka ilmoitti takavarikoineensa 2,4 miljoonaa MDMA-tablettia vuonna 2012. Takavarikkojen lukumäärää koskevia tietoja ei ole saatavilla Puolasta ja Suomesta. Ilman näitä tärkeitä tietoja Euroopan unionissa takavarikoidun MDMA:n määrän arvioidaan olevan 4 miljoonaa tablettia ja 0,2 tonnia MDMA-jauhetta.

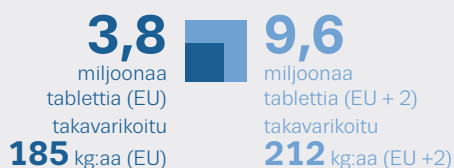
Tablettien keskimääräinen MDMA-pitoisuus on kasvanut viime vuosina

MDMA

Takavarikkojen määrä



Takavarikoitu määrä

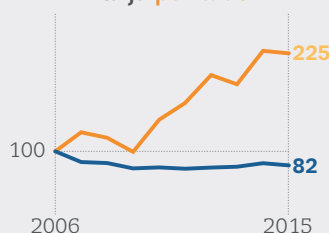


Hinta

(EUR/tabletti)



Suuntausindeksi: hinta ja puhtaus



Puhtaus

(mg MDMA:ta/tabletti)

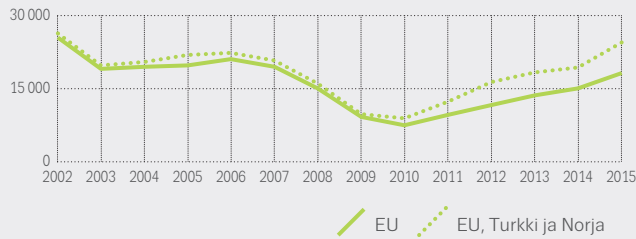


EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa. MDMA:n hinta ja puhtaus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan.

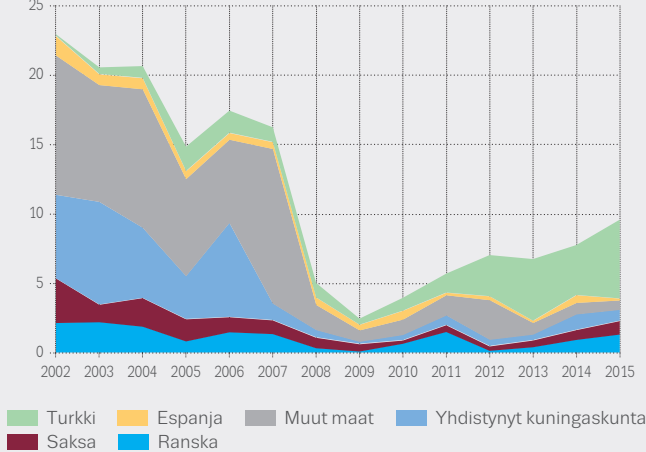
KUVA 1.9

MDMA-takavarikkojen määrä ja takavarikoidun MDMA:n määrä: suuntaukset ja vuosi 2015 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

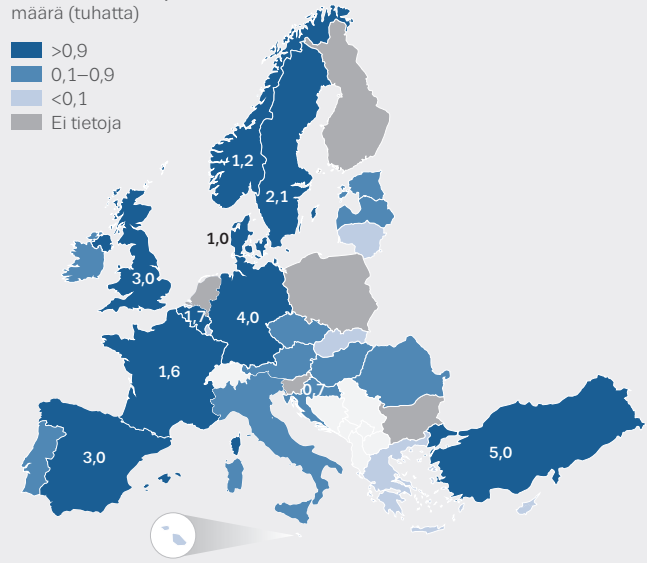
Takavarikkojen määrä



Tablettia (miljoonaa)

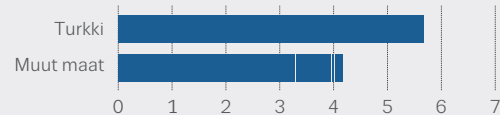


MDMA-takavarikkojen määrä (tuhatta)



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

Takavarikoitu MDMA-tablettia (miljoonaa)



MDMA-takavarikkojen kokonaismäärä on noussut edelleen vuodesta 2010, kun taas takavarikoitu määrä on pysynyt suhteellisen vakaana samalla ajanjaksolla. Turkissa takavarikoitiin myös suuria määriä MDMA:ta vuonna 2015, yhteensä 5,7 miljoonaa tablettia. Määrä oli suurempi kuin kaikkien muiden maiden määrä yhteensä (kuva 1.9).

LSD:n, GHB:n, ketamiinin takavarikot

Euroopan unionissa ilmoitettiin myös muiden laittomien huumeiden takavarikoista. Vuonna 2015 tehtiin muun muassa 1 400 LSD:n (lysergihapon dietyyliamidin) takavarikkoa, joissa otettiin talteen yhteensä 100 000 yksikköä. Lisäksi Belgiassa otettiin talteen 1 kilogramma LSD:tä. LSD-takavarikkojen kokonaismäärä on kaksinkertaistunut vuodesta 2010, vaikka takavarikoitu määrä on vaihdellut. Vuonna 2015 GHB:n (gammahydroksivoihapon) tai GBL:n (gammabutyrolaktonin) takavarikkoja koskevat ilmoitukset tulivat 14 maasta. Takavarikkoja tehtiin yhteensä arviolta 1 300, ja niissä otettiin talteen 320 kilogrammaa ja yli 1 500 litraa huumetta. Näistä takavarikoista Belgian (33 prosenttia) ja Norjan (35 prosenttia) osuus oli yhteensä kaksi kolmasosaa. Kaksitoista maata ilmoitti 1 200 ketamiinitakavarikkoa, joista otettiin talteen noin 130 kilogrammaa huumetta. Suurin osa näistä takavarikoista tehtiin Tanskassa, Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

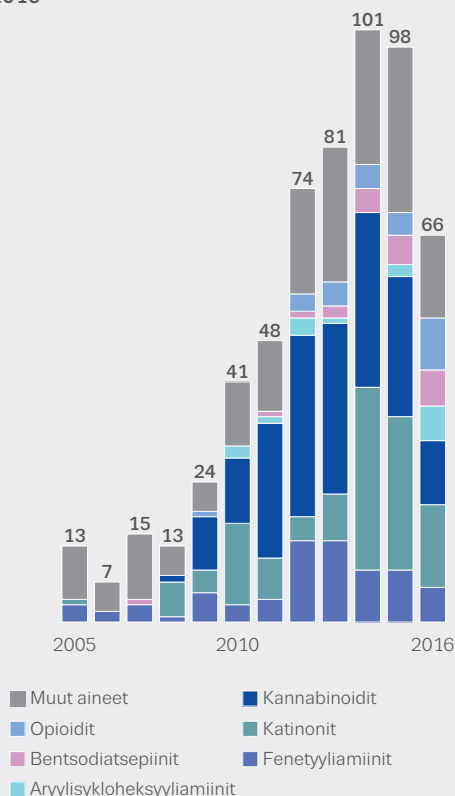
Uusien psykoaktiivisten aineiden lisääntyminen ja monipuolistuminen

Vuoden 2016 loppuun mennessä EMCDDA:n seurannassa oli yli 620 uutta psykoaktiivista ainetta, jotka ovat ilmaantuneet Euroopan huumeraportin markkinoille. 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 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 lähtöaineiden takavarikot.

KUVA 1.10

EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ensimmäistä kertaa ilmoitettujen uusien psykoaktiivisten aineiden määrä ja ryhmät vuosina 2005–2016



Vuosittain havaittujen uusien aineiden määrä on vain yksi keino, jota EMCDDA käyttää ymmärtääkseen kokonaismarkkinoita. Esimerkiksi 620 uudesta aineesta, joita tällä hetkellä seurataan, 423 (lähes 70 prosenttia) havaittiin huumemarkkinoilla vuonna 2015. Vastaava luku oli 365 vuonna 2014 ja 299 vuonna 2013. Tämä kuvaa, miten monimutkaisiksi nämä markkinat ovat kehittyneet.

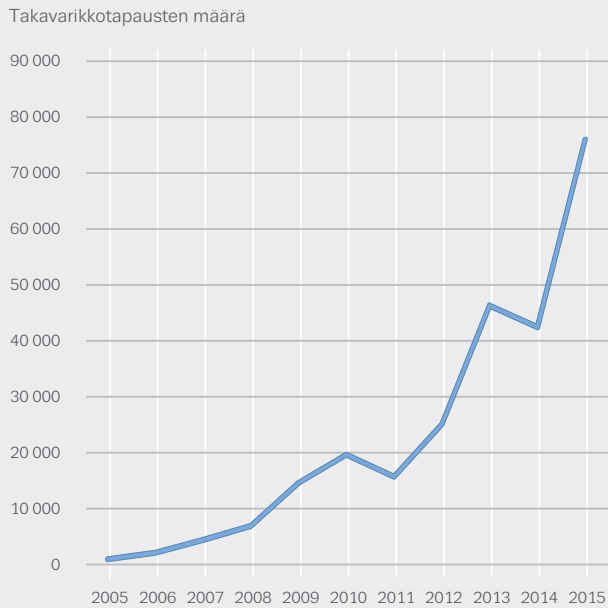
Jotkin uudet aineet myydään avoimesti pinta-www:ssä ja erikoisliikkeissä, ja niitä markkinoidaan usein "laillisina huumeina". Niitä myydään myös pimeän verkon markkinoilla ja laittomilla markkinoilla, joskus niiden omalla nimellä ja joskus virheellisesti laittomina huumeina, kuten heroiinina, kokaiinina,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

Yli 70 prosenttia uusista aineista, joista ilmoitettiin Euroopan unionin varhaisvaroitusjärjestelmään, on havaittu viiden viimeisen vuoden aikana. Vuonna 2016 havaittiin 66 uutta ainetta ensimmäistä kertaa Euroopassa. Tämä on vähemmän kuin kahtena edellisellä vuonna, mutta vastaa vuosien 2012 ja 2013 lukuja. Tämän laskun syyt ovat epäselvät, mutta se voi osittain johtua kansallisten viranomaisten Euroopassa toteuttamista toimista, joilla uudet aineet kielletään, erityisesti niiden avoin myynti "laillisina huumeina". Toinen syy voi olla uusia aineita valmistaviin laboratorioihin kohdistuvat valvontatoimet ja lainvalvonnan toimenpiteet Kiinassa. Yhteyksien paraneminen laajempiin laittomiin huumemarkkinoihin voi myös olla tärkeää.

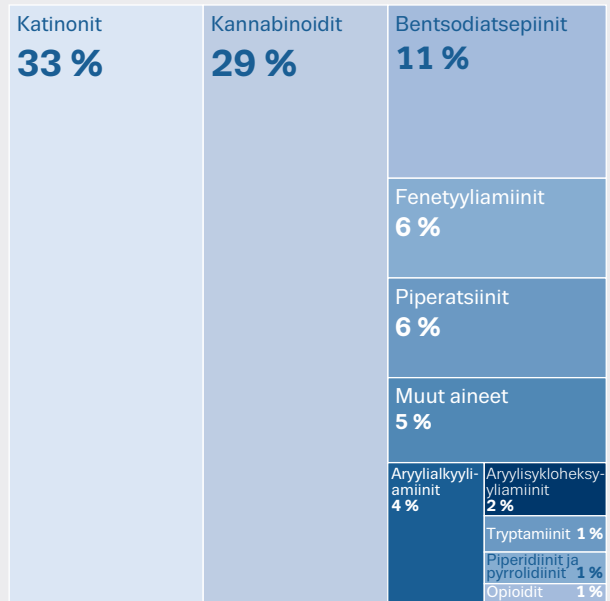
Vuoden 2016 loppuun mennessä EMCDDA:n seurannassa oli yli 620 uutta psykoaktiivista ainetta

KUVA 1.11

EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoitettujen uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikkojen määrät: suuntaukset ja jaottelu ryhmien mukaan vuonna 2015



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



Uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikkojen lisääntyminen

Vuonna 2015 lähes 80 000 uuden psykoaktiivisen aineen takavarikkoa ilmoitettiin EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään (kuva 1.11), ja kaikkien seurattujen huumeiden takavarikot lisääntyivät. Synteettisten katinonien ja synteettisten kannabinoidien osuus oli yhteensä yli 60 prosenttia uusien aineiden kaikista takavarikoista vuonna 2015 (yli 47 000). Kasvua havaittiin myös vuonna 2015 takavarikoiduissa synteettisten katinonien, synteettisen kannabinoidien ja uusien opioidien määrissä edelliseen vuoteen verrattuna.

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

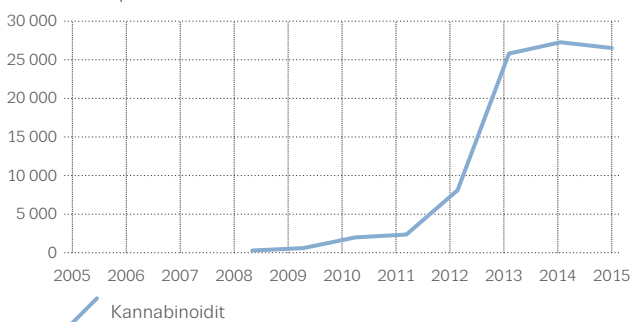
Euroopan huumemarkkinoilla on havaittu 25 uutta opioidia vuodesta 2009. Näistä yhdeksän havaittiin ensimmäistä kertaa vuonna 2016. Näihin kuuluu 18 fentanyyliä, joista 8 ilmoitettiin ensimmäistä kertaa vuonna 2016. Uudet fentanyylit ovat erittäin voimakkaita aineita, jotka aiheuttavat vakavan uhan ihmisten terveydelle ja kansanterveydelle, vaikka niiden merkitys onkin tällä hetkellä pieni Euroopan huumemarkkinoilla.

Uusia opioideja on takavarikoitu lähinnä jauheena, tabletteina, kapseleina ja vuodesta 2014 myös nesteinä. Vuonna 2015 ilmoitettiin 600 uusien synteettisten opioidien takavarikkoa, joista fentanyylien osuus oli yli 60 prosenttia. Lähes 2 litraa synteettisiä opioideja takavarikoitiin vuonna 2015. Määrä kasvoi edellisestä vuodesta, jolloin takavarikoitiin 240 millilitraa. Takavarikoiduista nesteistä 85 prosentissa havaittiin fentanyylejä. Yksi huolenaihe tältä osin on fentanyylejä, kuten akryloyylifentanyyliä ja furanyylifentanyyliä, sisältävien nenäsumutteiden ilmaantuminen markkinoille. Näiden opioidien osuus uusien aineiden takavarikkojen kokonaismäärästä on 0,75 prosenttia mutta ainoastaan 0,04 prosenttia takavarikoidusta kokonaismäärästä, mikä kuvaa niiden pientä markkinaosuutta ja voimakkuutta.

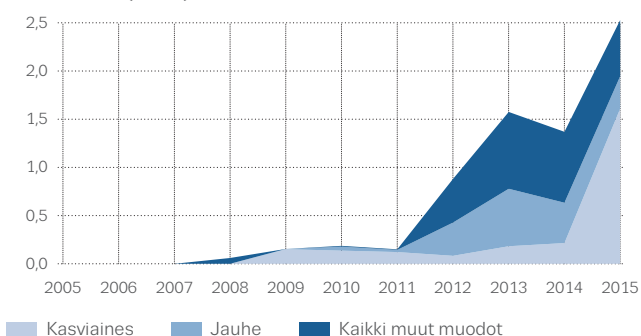
KUVA 1.12

EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoitetut synteettisten kannabinoidien ja kationien takavarikot: takavarikkojen määrää ja takavarikoitua määrää koskevat suuntaukset

Takavarikkotapausten määrä

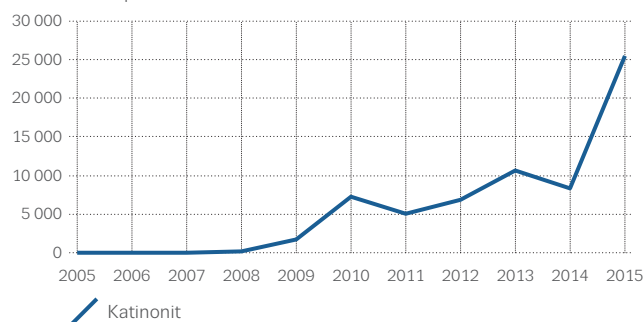


Kannabinoidit (tonnia)

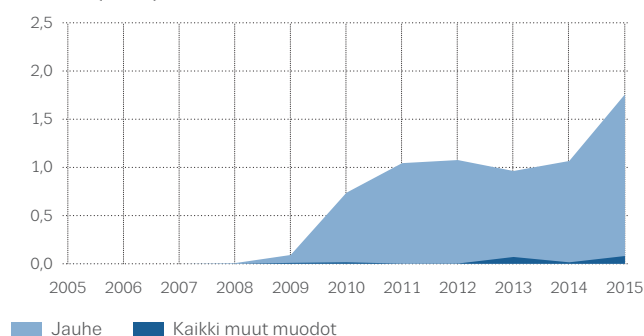


Huom. EU:ta, Turkia ja Norjaa koskevat tiedot.

Takavarikkotapausten määrä



Kationit (tonnia)



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 ovat hyödyntäneet tätä vaikutusta ainakin vuodesta 2008 tuomalla jauhemuotoisia kannabinoideja Eurooppaan ja lisäämällä niitä kuivattuun kasviainekseen luodakseen satoja erilaisia "laillisia huumeita". Näitä markkinoitiin tämän jälkeen kannabiksen laillisina korvikkeina ja myytiin käyttövalmiina "poltettavana yrttiseoksena". Synteettiset kannabinoidit ovat edelleen suurin uusien aineiden ryhmä, jota EMCDDA seuraa ja jonka kemiallinen monimuotoisuus lisääntyy. Vuodesta 2008 on havaittu 169 synteettistä kannabinoidia, joista 11 ilmoitettiin vuonna 2016. Tämä luku on laskenut vuodesta 2015, jolloin ilmoitettiin 24 synteettistä kannabinoidia.

Vuonna 2015 ilmoitettiin vähän yli 22 000 synteettisten kannabinoidien takavarikkoa (kuva 1.12). Viisi yleisimmin takavarikoitua synteettistä kannabinoidia vuonna 2015 olivat ADB-FUBINACA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 ja ADB-CHMINACA.

Näitä aineita takavarikoitiin yli 2,5 tonnia. Synteettisten kannabinoidien takavarikoista lähes 64 prosenttia koski yrttiseoksia ja 13 prosenttia jauheita.

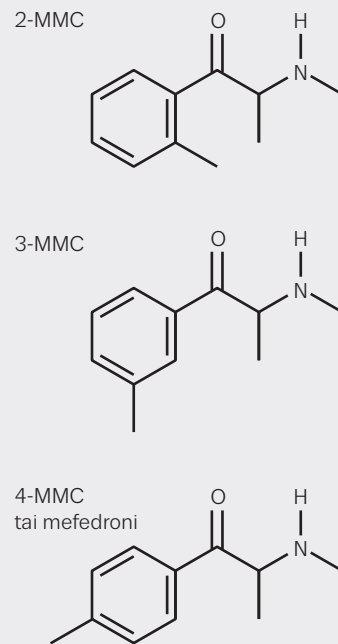
Jauhemuotoisia synteettisiä kannabinoideja ja käsittelylaitoksia koskevat havainnot Euroopassa osoittavat, että tuotteet pakataan Euroopassa. Näistä jauheista sen jälkeen, kun ne on käsitelty "poltettaviksi yrttiseoksiksi", olisi voitu valmistaa miljoonia annoksia. Vuonna 2015 yleisimmät takavarikoidut jauhemaiset kannabinoidit olivat 5F-AMB (61 kilogrammaa), 5F-AKB48 (61 kilogrammaa) ja ADB-FUBINACA (57 kilogrammaa).

Synteettiset kationit

Synteettiset kationit muistuttavat kemiallisesti kationia, joka on luonnossa esiintyvä stimulantti, jota on khatkasvissa (*Catha edulis*). Näiden aineiden vaikutukset muistuttavat yleisten laittomien stimulanttien, kuten amfetamiinin, kokaiinin ja MDMA:n, vaikutuksia. EMCDDA:n seuraamista uusien aineiden ryhmistä synteettiset kationit ovat toiseksi suurin. Yhteensä on havaittu 118 synteettistä kationia, joista 14 havaittiin ensimmäistä kertaa vuonna 2016. Tämä luku on laskenut vuodesta 2015, jolloin ilmoitettiin 26 synteettistä kationia.

KUVA 1.13

2-MMC:n, 3-MMC:n ja 4-MMC:n (mefedroni) kemialliset kaavat



Vuonna 2015 tehdyistä uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikoista suuri osa koski synteettisiä katinoneja, yli 25 000 takavarikkoa. Niiden osuus oli lähes kolmasosa takavarikkojen kokonaismäärästä. Tämä on lähes 17 000 takavarikkoa enemmän kuin edellisellä vuonna. Niissä otettiin talteen 1,8 tonnia synteettisiä katinoneja. Tämä määrä kasvoi noin 0,75 tonnilla vuoteen 2014 verrattuna (kuva 1.12). Synteettiset katinonit ovat yleensä saatavana jauheena. Vuonna 2015 viisi yleisimmin takavarikoitua katinonia olivat alfa-PVP, 3-MMC, etyloni, 4-MMC ja pentedroni. Yli 60 prosenttia (1,2 tonnia) vuonna 2015 ilmoitetuista takavarikoituista synteettisistä katinoneista kuljetettiin Kiinasta. Suuri osa (42 prosenttia) takavarikoituista synteettisistä katinoneista oli 2-MMC:tä (156 kilogrammaa) ja 3-MMC:tä (616 kilogrammaa), jotka muistuttavat kemiallisesti mefedronia (4-MMC) mutta joihin ei kohdistu kansainvälistä huumevalvontaa. Mefedroni on vakiintunut laittomille huumemarkkinoille joissakin maissa, ja on todennäköistä, että 2-MMC:tä ja 3-MMC:tä myydään jossain määrin mefedronina (ks. kuva 1.13).

Uudet bentsodiatsepiinit

Uusien bentsodiatsepiinien äskettäinen lisääntyminen markkinoilla aiheuttaa myös huolta. EMCDDA seuraa noin 20:tä näistä aineista, joista kuusi havaittiin ensimmäistä kertaa Euroopassa vuonna 2016. Vuonna 2015 takavarikoitiin yli 300 000 tablettia, jotka sisälsivät bentsodiatsepiineja, kuten klonatsolaamia, diklatsepaamia, etitsolaamia ja flubromatsolaamia. Tämä on lähes kaksi kertaa enemmän kuin vuonna 2014. Joitakin uusia bentsodiatsepiineja myytiin tabletteina, kapseleina tai jauheena niiden omalla nimellä. Joissakin tapauksissa väärentäjät käyttivät näitä aineita valmistukseen yleisesti määrättyjen ahdistuslääkkeiden, kuten diatsepaamin ja alpratsolaamin, väärennöksiä, joita myytiin suoraan laittomien huumeaineiden markkinoilla.

Uusien psykoaktiivisten aineiden tarjontaa ehkäisevä lainsäädäntö

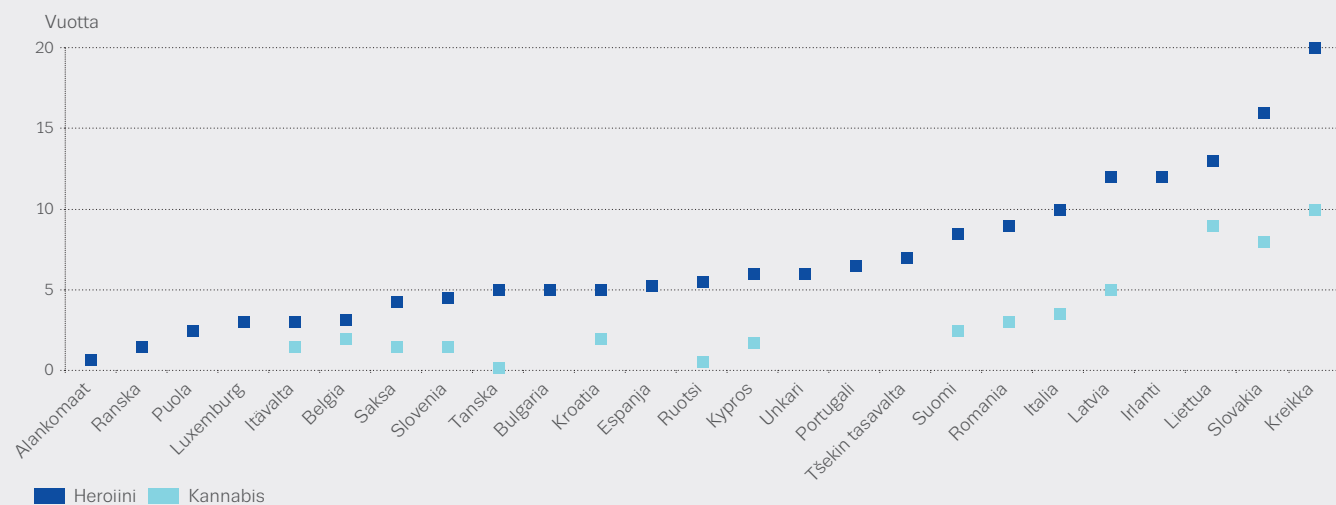
Euroopan maat toteuttavat toimia huumeiden tarjonnan ehkäisemiseksi kolmen Yhdistyneiden kansakuntien yleissopimuksen perusteella. Nämä tarjoavat kehyksen 240 psykoaktiivisen aineen tuotannon, kaupan ja hallussapidon valvonnalle. Uusien psykoaktiivisten

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. Rikosten ja seuraamusten määritelmässä on suuria eroja, kuten myös Euroopan eri maiden huumelainsäädännössä. Kansallisissa huumevalvontasäädöksissä yleisenä suuntauksena on vähentää rangaistuksia huumeaineiden hallussapidosta henkilökohtaiseen käyttöön. Tämä suuntaus näkyy myös hiljattain annetuissa uusissa huumeita koskevissa säädöksissä. Useimmissa uusissa psykoaktiivisia aineita koskevissa uusissa säädöksissä ainoastaan laitton tarjonta säädetään rangaistavaksi eikä hallussapito henkilökohtaiseen käyttöön ole rangaistavaa.

KUVA 1.14

Yhden heroini- tai kannabiskilon tarjoamisesta määrättävä vankeusrangaistus EU:n jäsenvaltioissa



Huom. Määrättävät keskimääräiset rangaistukset kunkin maan oikeusalan toimijoiden lausuntoja koskevien otosten perusteella, kun kyse on ensikertalaisista ilman järjestäytyneen rikollisuuden osallisuutta. Jos ehdollista rangaistusta pidettiin mahdollisena, keskimääräistä rangaistusta ei esitetty.

Vuonna 2015 annettua uusien psykoaktiivisten aineiden valvontaa koskevaa nykyistä oikeudellista kehystä tarkistetaan parhaillaan EU:n tasolla. Tarkoituksena on luoda nopeampi ja tehokkaampi järjestelmä, jossa haitallisiin uusiin psykoaktiivisiin aineisiin liittyvään käyttäytymiseen voidaan soveltaa rikosoikeudellisia toimenpiteitä.

Huumeiden tarjonnasta annettavat rangaistukset vaihtelevat huumeittain ja maittain

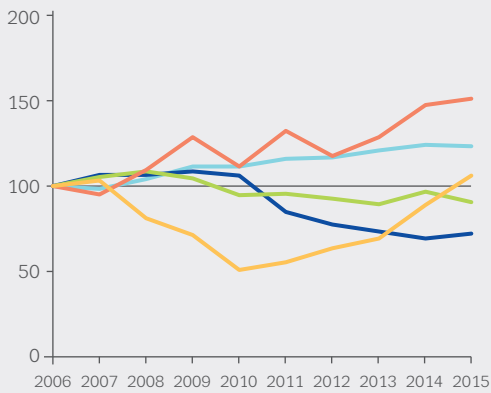
Luvatonta huumeiden tarjonta on rikos kaikissa Euroopan maissa, mutta laissa määrätty rangaistus vaihtelee suuresti. Äskettäisessä EMCDDA:n tutkimuksessa, jossa selvitettiin EU:n jäsenvaltioissa sijaitsevien oikeusalan toimijoiden näkemyksiä, havaittiin, että näiden asiantuntijoiden odottamat huumeiden salakuljetuksesta määrättävät rangaistukset vaihtelivat suuresti maittain (ks. kuva 1.14). Nämä vaihtelut voivat johtua kansallisista historiallisista ja kulttuurisista tekijöistä, jotka vaikuttavat maan rikosoikeusjärjestelmään, sekä erilaisista kansallisista näkemyksistä tuomioiden pelotevaikutuksista. Tutkimuksesta ilmeni myös, että vaikka lainsäädännössä säädetään samanlaisia seuraamuksia eri aineille, useimmissa maissa oikeusalan toimijat arvioivat, että seuraamukset vaihtelevat aineen mukaan. Tästä voidaan päätellä, että tuomarit ottavat huomioon eri huumeiden yhteiskunnalle aiheuttamien haittojen kaltaisia seikkoja.

KUVA 1.15

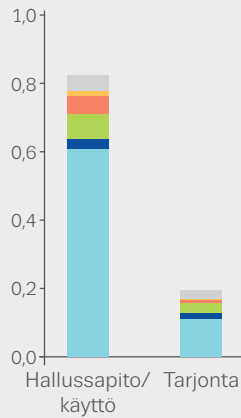
Euroopan huumausainerikokset liittyvät huumeiden käyttöön tai hallussapitoon käyttöä varten tai huumeiden tarjontaan: suuntausindeksi ja ilmoitetut rikokset vuonna 2015

Hallussapito-/käyttörikokset

Suuntausindeksi

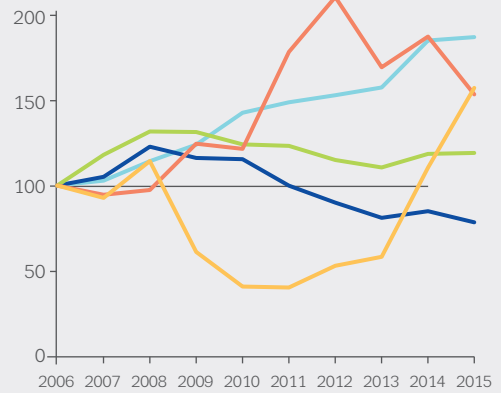


Rikosten määrä (miljoonaa)



Tarjontarikokset

Suuntausindeksi



Heroini Kokaiini MDMA Kannabis Amfetamiinit Muut aineet

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

Huumausainerikokset: suurin osa liittyy kannabikseen

Säädösten täytäntöönpanoa valvotaan ilmoitettuja huumerikoksia koskevien tietojen avulla. Vuonna 2015 Euroopan unionissa ilmoitettiin arviolta 1,5 miljoonaa huumausainerikosta, joista suurin osa (57 prosenttia) liittyi kannabiksen käyttöön tai hallussapitoon ja joihin osallistui noin 1 miljoonaa rikosentekijää. Vuosina 2006–2015 ilmoitettujen rikosten määrä lisääntyi lähes kolmanneksella (31 prosenttia).

Kaiken kaikkiaan ilmoitukset huumeiden tarjontarikoksista lisääntyivät 18 prosentilla vuodesta 2006: vuonna 2015 tapauksia oli arviolta yli 214 000. Useimmissa tarjontarikoksissa kyse oli kannabiksesta (57 prosenttia). Ilmoitukset MDMA:n tarjontarikoksista ovat lisääntyneet jyrkästi vuodesta 2013 (kuva 1.15).

Euroopassa huumausaineiden käyttöön tai hallussapitoon henkilökohtaista käyttöä varten liittyviä rikoksia oli vuonna 2015 kaikkiaan arviolta yli 1 miljoonaa. Tämä luku on kasvanut 27 prosenttia vuodesta 2006. Ilmoitetuista hallussapitoon liittyvistä huumausainerikoksista noin kolmessa neljäsosassa oli kyse kannabiksesta (74 prosenttia). Amfetamiinin ja MDMA:n hallussapitoon liittyvien rikosten lisääntyminen on jatkunut vuonna 2015 (kuva 1.15).

Vuonna 2015 ilmoitettiin arviolta 1,5 miljoonaa huumausainerikosta

LISÄTIETOJA

EMCDDA:n julkaisuja

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

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

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

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

Internet and drug markets, Insights.

2015

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

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Technical reports.

The internet and drug markets, Technical reports.

2014

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

2013

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

EMCDDA:n ja Europolin yhteisiä julkaisuja

2017

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: acryloylfentanyl, Joint Reports.

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, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: α -PVP, Joint Reports.

2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

**Huumeidenkäyttäjillä
huumeiden sekakäyttö
on yleistä**

Huumeidenkäytön yleisyys ja suuntaukset

Euroopassa huumeidenkäyttö kattaa nyt entistä laajemman valikoiman aineita. Huumeidenkäyttäjillä huumeiden sekakäyttö on yleistä ja yksilölliset käyttötavat vaihtelevat kokeilukäytöstä säännölliseen käyttöön ja riippuvuuskäyttöön. Yleisesti huumeiden käyttö on yleisempää miehillä kuin naisilla, ja eroa korostavat usein myös runsaampi tai säännöllisempi käyttö. Kannabiksen käyttö on viisinkertaista muihin aineisiin verrattuna. Vaikka heroinin ja muiden opioidien käyttö on yhä suhteellisen harvinaista, nämä huumeet liitetään edelleen useimmiten haitallisempiin käyttötapoihin, muun muassa suonensisäiseen käyttöön.

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 \(Statistical Bulletin\)](#).

Koululaisten aineiden käyttöä koskevat erilaiset kansalliset suuntauksiset

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. 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 Tšekin tasavallassa (37 prosenttia) ja Ranskassa (31 prosenttia). Huumeita 30 viime päivän aikana käyttäneiden määrä vaihteli Ruotsin, Suomen ja Norjan 2 prosentista Ranskan 17 prosenttiin, ja 24 maassa keskimääräinen luku oli 8 prosenttia. Sukupuolten väliset erot vaihtelivat eri puolilla Eurooppaa. Tšekin tasavallassa ja Maltassa ainakin kerran kannabista käyttäneitä oli yhtä paljon pojissa ja tytöissä, ja Norjassa poikien suhde tyttöihin oli 2,5:1.

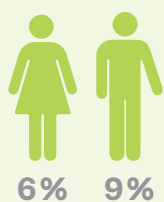
Muiden laittomien huumeiden kuin kannabiksen käyttö oli paljon harvinaisempaa, ja ainakin kerran elämässään käyttäneiden osuus oli 5 prosenttia. Kannabiksen jälkeen yleisin laiton huume oli MDMA/ekstaasi, amfetamiini, kokaiini, metamfetamiini ja LSD tai muut hallusinogeenit. Jokaista ainetta oli käyttänyt 2 prosenttia koululaisista. Koululaisista 4 prosenttia ilmoitti käyttäneensä uusia psykoaktiivisia aineita ainakin kerran. Korkeimmat luvut ilmoitettiin Virossa ja Puolassa (kummassakin 10 prosenttia).

Niissä 22 maassa, joilla oli riittävästi aineistoa analyysia varten (21:ssä EU:n jäsenvaltiossa ja Norjassa), kannabista kuluneen kuukauden aikana käyttäneiden määrä oli suurin vuonna 2003, ja myöhemmissä tutkimuksissa määrä laski hieman (kuva 2.1). Uusimpien vuosina 2011 ja 2015 tehtyjen tutkimusten välillä ainakin kerran ja kuluneen kuukauden aikana kannabista käyttäneiden määrä oli vakaa useimmissa näissä maissa. Vuodesta 1995 muiden laittomien huumeiden kuin kannabiksen käyttö ainakin kerran elämässä on pysynyt pitkälti muuttumattomana. Vuosina 2011–2015 havaittiin pieni lasku.

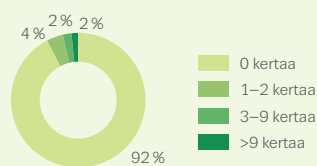
Koululaisista 4 prosenttia ilmoitti käyttäneensä uusia psykoaktiivisia aineita ainakin kerran

AINEIDEN KÄYTTÖ 15–16-VUOTIAILLA EUROOPPALAISILLA KOULULAISILLA (2015 ESPAD)

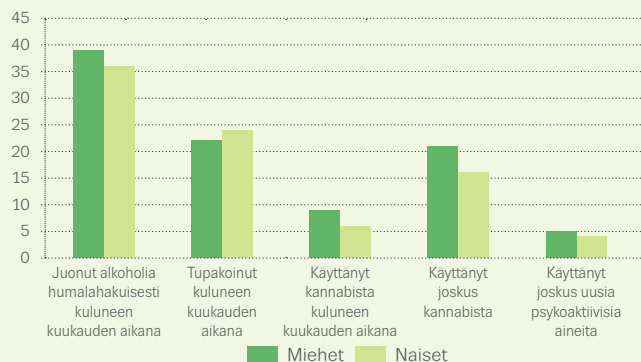
Kannabista kuluneen kuukauden aikana käyttäneet sukupuolen mukaan



Kannabiksen käyttötiheys kuluneen kuukauden aikana



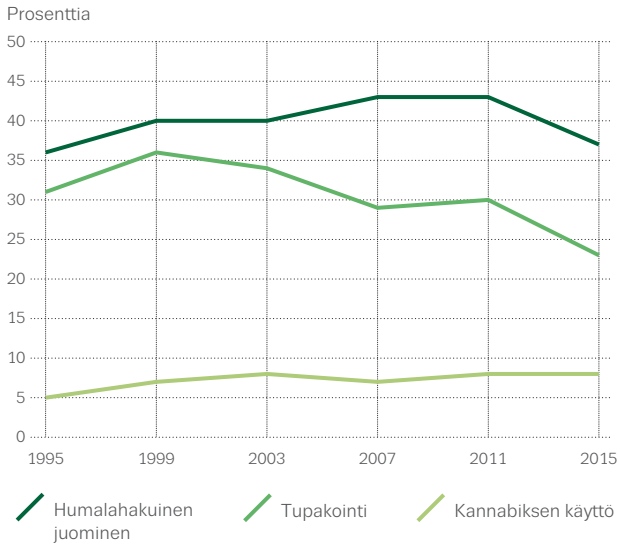
Aineiden käyttö (prosentteina)



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

KUVA 2.1

Kuluneen kuukauden aikana tapahtuneen humalahakuisen juomisen, tupakoinnin ja kannabiksen käytön suuntaukset 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.

Tupakoinnin ja humalahakuisen juomisen viimeaikainen väheneminen koululaisilla

ESPAD-tutkimuksessa tutkitaan myös alkoholinkäyttöä ja tupakointia. Yli neljä viidesosaa (83 prosenttia) koululaisista on käyttänyt alkoholia ainakin kerran elämässään. Puolet koululaisista ilmoitti käyttäneensä alkoholia vähintään kerran kuluneen kuukauden aikana. Pojista 39 prosenttia ja tytöistä 36 prosenttia ilmoitti juoneensa viisi alkoholiannosta tai enemmän samalla kertaa kuluneen kuukauden aikana (humalahakuinen juominen).

Hieman alle puolet (47 prosenttia) koululaisista oli tupakoinut. Oppilaista 23 prosenttia ilmoitti polttaneensa tutkimusta edeltäneen kuukauden aikana vähintään yhden savukkeen päivässä ja 3 prosenttia ilmoitti polttaneensa yli kymmenen savuketta päivässä.

Niissä EMCDDA:lle tietoja antaneessa 22 maassa, joilla on riittävästi aineistoa suuntausten analyysia varten, ainakin kerran ja kuluneen kuukauden aikana alkoholia ja tupakkaa käyttäneiden määrän on havaittu laskeneen vuosina 1995–2015. Humalahakuisen juomisessa tapahtuneet muutokset eivät olleet yhtä selviä, vaikka tytöillä humalahakuinen juominen lisääntyi. Vuosina 2011 ja 2015 tehtyjen tutkimusten välillä humalahakuinen juominen ja tupakointi kuluneen kuukauden aikana vähenivät.

Yli 93 miljoonaa aikuista on kokeillut laittomia huumeita

Arviolta vähän yli neljäsosa Euroopan unionin 15–64-vuotiaista eli yli 93 miljoonaa aikuista on kokeillut jossakin vaiheessa elämänsä jotakin laitonta huumausainetta. Huumeiden kokeilu oli miehillä (56,8 miljoonaa) yleisempää kuin naisilla (36,8 miljoonaa). Yleisimmin kokeiltu huume on kannabis (53,8 miljoonaa miestä ja 34,1 miljoonaa naista), kun taas muita aineita ainakin kerran kokeilleita on paljon vähemmän (kokaiini: 12,2 miljoonaa miestä ja 5,3 miljoonaa naista; MDMA: 9,3 miljoonaa miestä ja 4,7 miljoonaa naista; amfetamiinit: 8,4 miljoonaa miestä ja 4,2 miljoonaa naista). Kannabista ainakin kerran käyttäneiden määrä vaihtelee suuresti eri maissa. Ranskassa tähän ryhmään kuuluu noin 40 prosenttia aikuisista ja Maltassa ja Romaniassa alle 5 prosenttia (1 aikuinen 20:stä) aikuisista.

Huumeidenkäyttö viime vuoden aikana toimii viimeaikaisen huumeidenkäytön mittarina, ja huumeita käyttävät lähinnä nuoret aikuiset. Viime vuonna arviolta 18,7 miljoonaa nuorta aikuista (15–34-vuotiaat) käytti huumeita, ja miesten määrä oli kaksinkertainen naiseen verrattuna.

Kannabiksen käyttö: kansalliset suuntaukset vaihtelevat

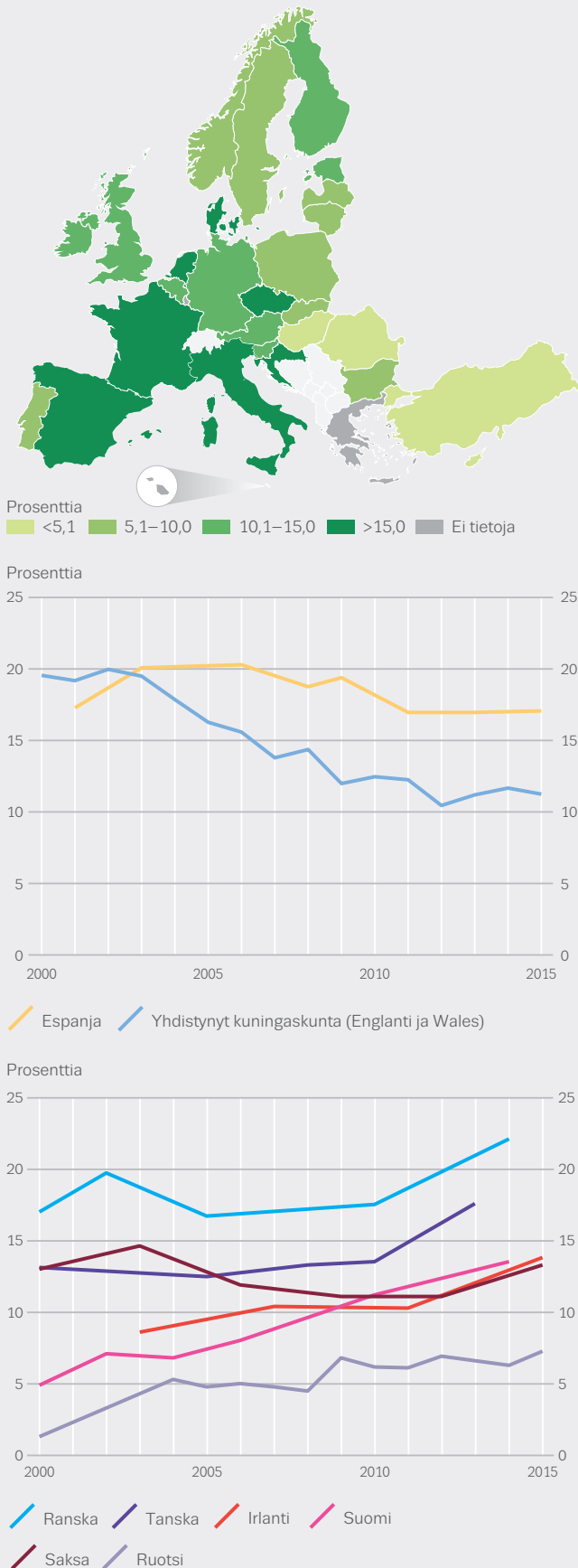
Kaikki ikäryhmät käyttävät laittomista huumeista todennäköisimmin kannabista. Kannabista käytetään yleensä polttamalla, ja Euroopassa se sekoitetaan usein tupakkaan. Kannabiksen käyttötavat vaihtelevat satunnaisesta käytöstä säännölliseen käyttöön ja riippuvuuskäyttöön.

Arvioiden mukaan 87,7 miljoonaa eurooppalaista aikuista (15–64-vuotiaista) tai 26,3 prosenttia tästä ikäryhmästä on jossakin vaiheessa elämänsä kokeillut kannabista. Heistä kannabista käytti viime vuonna arviolta 17,1 miljoonaa nuorta (15–34-vuotiaista) eurooppalaista eli 13,9 prosenttia tästä ikäryhmästä, ja 10 miljoonaa (17,7 prosenttia tästä ikäryhmästä) heistä oli 15–24-vuotiaita. Viime vuonna kannabiksen käyttö 15–34-vuotiailla vaihteli Romanian 3,3 prosentista Ranskan 22 prosenttiin. Kannabista viime vuonna käyttäneiden nuorten keskuudessa miesten ja naisten välinen suhde oli 2:1.

Yleisimmin kokeiltu huume on kannabis

KUVA 2.2

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



Tuoreimmat tutkimustulokset osoittavat, että eri maissa kannabiksen käyttötavat edelleen vaihtelivat viime vuoden aikana. Niistä maista, joissa on tehty tutkimuksia vuoden 2014 jälkeen ja ilmoitettu luottamusvälit, seitsemän ilmoitti korkeampia arvioita, kuusi ilmoitti käytön tasaantuneen ja kaksi ilmoitti alhaisempia arvioita edelliseen vastaavaan tutkimukseen verrattuna.

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 2.2).

Viime vuosikymmenen aikana Irlannissa ja Suomessa on havaittu nouseva suuntaus, kuten myös Ruotsissa, vaikka käyttö onkin Ruotsissa ollut vakaa vuodesta 2009. Saksassa, Ranskassa ja Tanskassa ei ole havaittu tilastollisesti nousevaa suuntausta tällä ajanjaksolla, vaikka uusimpien tutkimusten mukaan kannabiksen käyttö on viime vuonna lisääntynyt nuorilla aikuisilla. Vuonna 2014 Ranska ilmoitti käytön nousseen 22 prosenttiin, joka on uusi ennätys. Saksa puolestaan ilmoitti vuonna 2015, että kuluneen vuoden aikana kannabista käytti 13 prosenttia nuorista aikuisista. Tämä on korkein Saksan viime vuosikymmenen aikana ilmoittama luku. Maista, joilla ei ollut riittävästi aineistoa suuntausten tilastollista analyysiä varten, Alankomaat vahvisti vuonna 2015 toisessa vertailevassa vuotuisessa tutkimuksessa, että käytön esiintyvyys on 16 prosenttia, kun taas Itävallan ensimmäisessä kansallisessa tutkimuksessa vuoden 2008 jälkeen todettiin, että esiintyvyys on 14 prosenttia.

Suuren riskin kannabiksenkäyttäjät: hoitoon hakeutuvien määrä kasvaa

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 30 prosenttia heistä on vanhempia huumeidenkäyttäjiä, 35–64-vuotiaita, ja yli kolme neljäsosaa on miehiä.

Kannabisongelmien vuoksi hoitoon hakeutuvia koskevista tiedoista, kun niitä tarkastellaan yhdessä muiden indikaattoreiden kanssa, voidaan saada tietoa suuren riskin kannabiksenkäytön luonteesta ja laajuudesta Euroopassa. Kannabisongelmien vuoksi ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien määrä nousi Euroopassa 43 000:sta 76 000:een vuosina 2006–2015. Nousu voi johtua monesta eri tekijästä. Näihin kuuluvat kannabiksen käytön suurempi esiintyvyys kokonaisväestön keskuudessa, kannabista runsaasti käyttävien määrän kasvu, voimakkaampien tuotteiden saatavuus sekä hoitoon ohjautumisen ja hoidon tarjonnan lisääntyminen.

Kokaiinin yleisyys: vakaat kansalliset suuntaukset

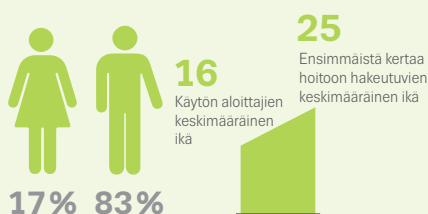
Kokaiini on Euroopassa eniten käytetty laiton stimulantti. Sen käyttö on yleisempää Etelä- ja Länsi-Euroopan maissa. Kokaiinia säännöllisesti käyttävät henkilöt voidaan jakaa karkeasti käyttäjiin, jotka osallistuvat yhteiskunnan toimintaan ja käyttävät jauhemaista kokaiinia (kokaiinihydrokloridi) nuuskaamalla, sekä syrjäytyneempiin käyttäjiin, jotka käyttävät kokaiinia (kokaiiniemäs) suonensisäisesti tai polttavat crackia opioidien käytön lisäksi.

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

Vain 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 2014 jälkeen ja ilmoitettu luottamusväliä, kaksi ilmoitti korkeampia arvioita, 11 ilmoitti käytön tasaantuneen ja yksi ilmoitti alhaisemman arvion edelliseen vastaavaan tutkimukseen verrattuna.

HOITOON TULEVAT KANNABIKSENKÄYTTÄJÄT

Ominaispiirteet

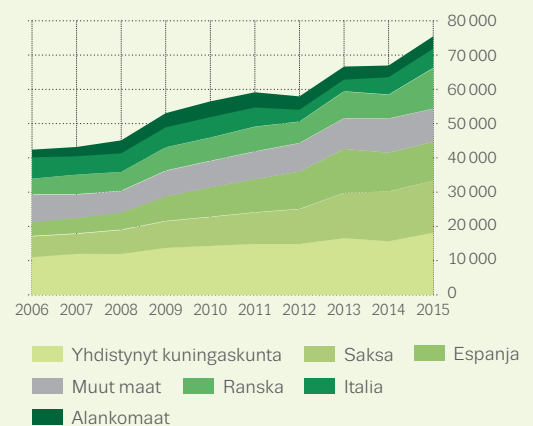


Käyttötiheys kuluneen kuukauden aikana

Käyttää keskimäärin **5,4** päivänä viikossa



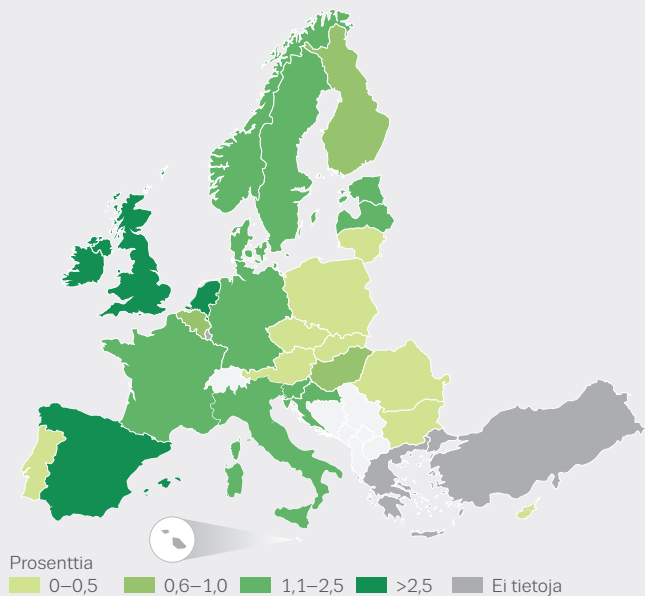
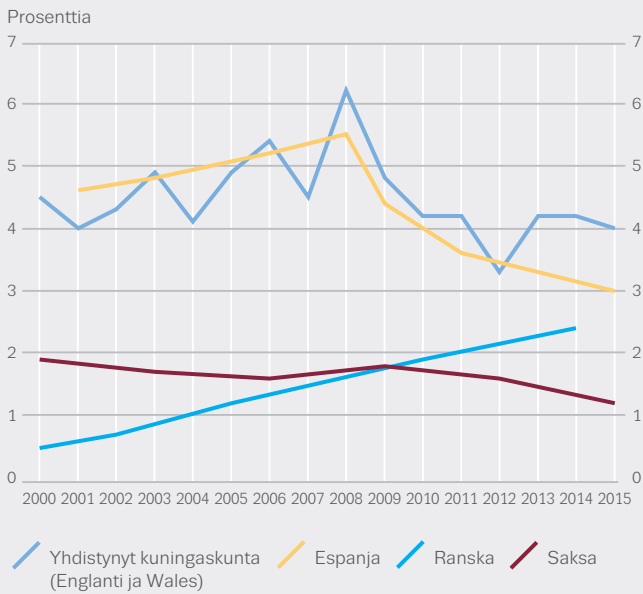
Suuntaukset ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien osalta



Huom. Ominaispiirteet koskevat kaikkia hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti kannabista. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvia koskevat suuntaukset perustuvat 23 maan tietoihin. Kansallisessa tiedonkulussa tapahtuneiden muutosten vuoksi Italiasta vuodesta 2014 lähtien saadut tiedot eivät ole vertailukelpoisia aikaisempien vuosien tietojen kanssa.

KUVA 2.3

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



Vain muutamalla maalla on mahdollista analysoida tilastollisesti nuorten aikuisten kokaiinin käytössä viime vuonna ilmenneitä pitkän aikavälin suuntauksia, ja uudet tiedot vahvistavat nykyiset suuntauksiset. Espanja ja Yhdistynyt kuningaskunta ilmoittivat käytön lisääntyneen vuoteen 2008 saakka, jonka jälkeen käyttö pysyi vakaana tai väheni (kuva 2.3). Vaikka käyttö onkin vähäisempää Ranskassa, sen voidaan havaita lisääntyneen. Käyttö nousi ensimmäistä kertaa yli 2 prosentin vuonna 2014. Saksassa vuonna 2015 tehdyssä tutkimuksessa kokaiinin käytön havaittiin tilastollisesti vähentyneen, ja se on pysynyt vakaana vuosina 2000–2009.

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

Vuoden 2016 analyysissä suurimmat bentsoyyliekgoniinin – kokaiinin tärkein metaboliitti – pitoisuudet havaittiin Belgiassa, Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa sijaitsevilla kaupungeilla ja erittäin alhaiset pitoisuudet useimmissa Itä-Euroopan kaupungeilla (ks. kuva 2.4). Niistä 33 kaupungista, joilla on tietoja vuosilta 2015 ja 2016, 22 ilmoitti käytön lisääntyneen, neljä ilmoitti käytön laskeneen ja seitsemän ilmoitti käytön pysyneen vakaana. Useimmat 13 kaupungista, joilla oli tietoja vuosilta 2011 ja 2016, ilmoittivat käytön pysyneen vakaana tai lisääntyneen pitkällä aikavälillä.

Suuren riskin kokaiininkäyttö: hoidon kysyntä vakaa

Suuren riskin kokaiininkäytön yleisyyttä Euroopassa on vaikea arvioida, sillä vain neljässä maassa on tuoreita arvioita, ja niissä on käytetty erilaisia määritelmiä ja menetelmiä. Vuonna 2015 riippuvuuden vaikeusasteikkoa (severity of dependence scale) koskevien kysymysten perusteella Saksa arvioi, että 0,20 prosenttia aikuisväestöstä käytti kokaiinia erittäin riskialttiilla tavalla, kun taas Espanja arvioi käyttötiheyden perusteella, että 0,24 prosenttia aikuisväestöstä käytti kokaiinia erittäin riskialttiilla tavalla. Vuonna 2015 Italiassa arvioitiin, että 0,65 prosenttia maan aikuisväestöstä tarvitsi hoitoa kokaiinin käytön vuoksi. Vuonna 2012 Portugalissa arvioitiin, että 0,62 prosenttia aikuisväestöstä käytti kokaiinia erittäin riskialttiilla tavalla edellisenä vuonna ilmoitetun käytön perusteella.

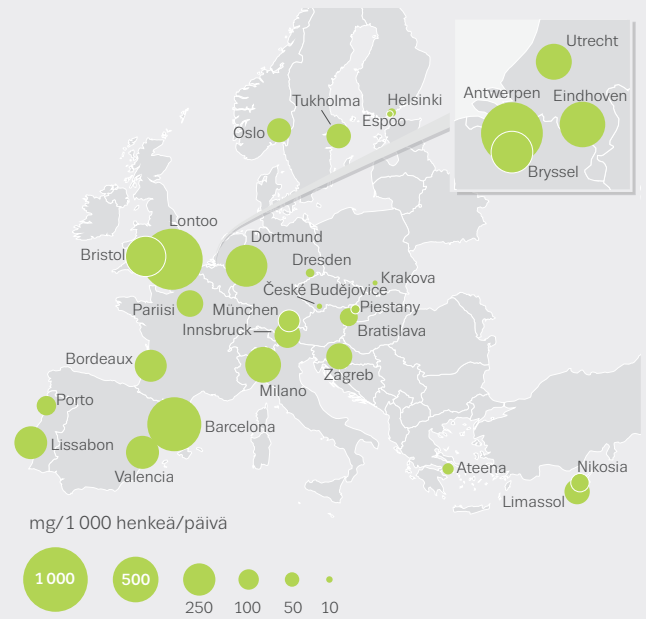
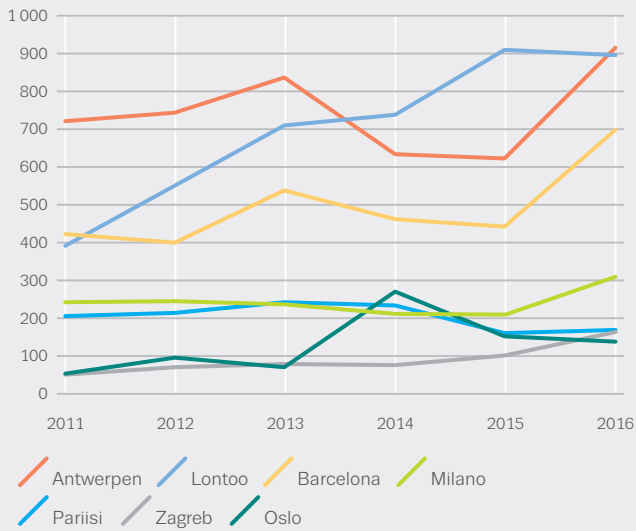
Kaikista kokaiinin vuoksi hoitoon tulevista asiakkaista Euroopassa noin kolme neljäsosaa (74 prosenttia) hakeutui hoitoon Espanjassa, Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Vuonna 2015 hoitoon tulleista asiakkaista noin 63 000 käyttäjää mainitsi kokaiinin ensisijaiseksi huumeekseen ja ensimmäistä kertaa hoitoon tulleista noin 28 000 käyttäjää. Käytön vähentymisen jälkeen kokaiinin vuoksi hoitoon ensimmäistä kertaa tulevien kokonaismäärä on ollut suhteellisen vakaa vuodesta 2012.

Vuonna 2015 Euroopassa hoitoon tulleista asiakkaista 7 400 käyttäjää ilmoitti ensisijaiseksi huumeekseen crack-kokaiinin. Heistä lähes kaksi kolmasosaa hakeutui hoitoon Yhdistyneessä kuningaskunnassa (4 800). Lopuista suurin osa hakeutui hoitoon Espanjassa, Ranskassa ja Alankomaissa (1 900).

KUVA 2.4

Kokaiinijäämät valittujen Euroopan kaupunkien jätevesissä: suuntaukset ja tuoreimmat tiedot

mg/1 000 henkeä/päivä



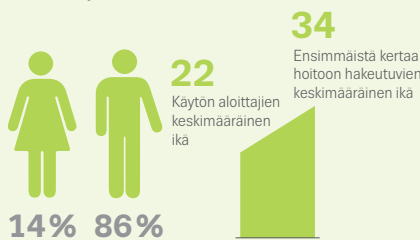
Huom. Bentsoyylikgoniinin päivittäiset keskimäärät milligrammoina tuhatta asukasta kohti. Näytteet otettiin valituissa Euroopan kaupungeissa vuonna 2016 yhden viikon aikana.

Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

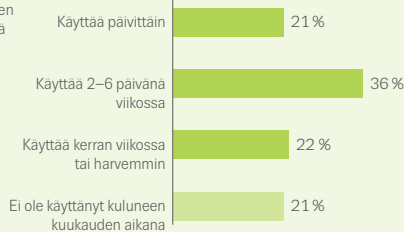
Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Englanti) arvioitiin lisäksi, että aikuisväestöstä 0,48 prosenttia käytti crack-kokaiinia vuosina 2011–2012. Suurin osa näistä crack-kokaiinin käyttäjistä käytti myös opioideja.

HOITOON TULEVAT KOKAIININKÄYTTÄJÄT

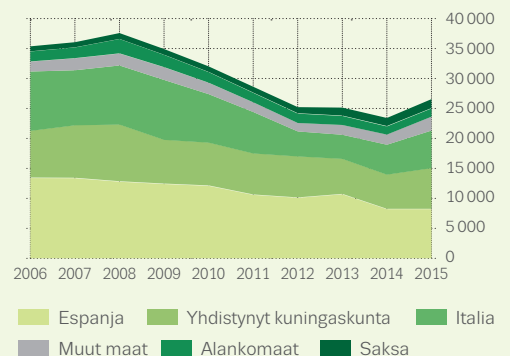
Ominaispiirteet



Käyttöiheys kuluneen kuukauden aikana

Käyttää keskimäärin **3,7** päivänä viikossa

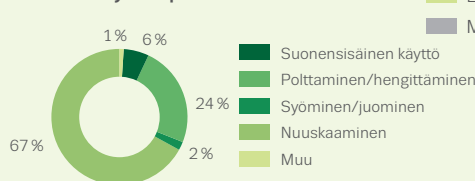
Suuntaukset ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien osalta



Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat



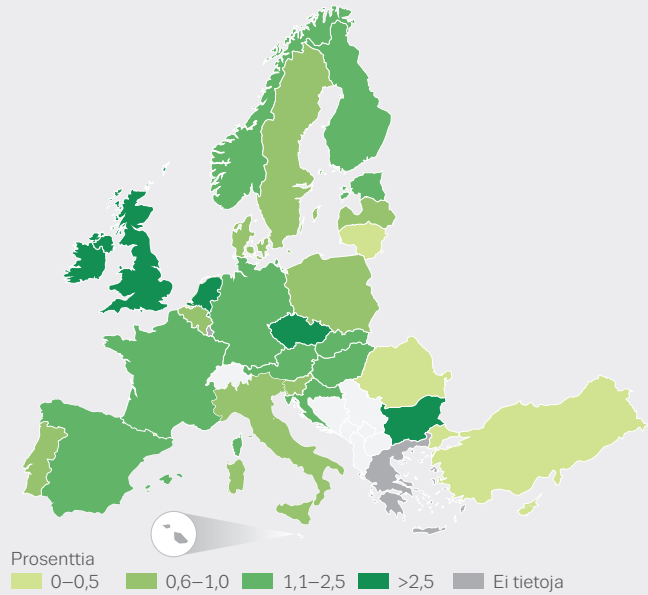
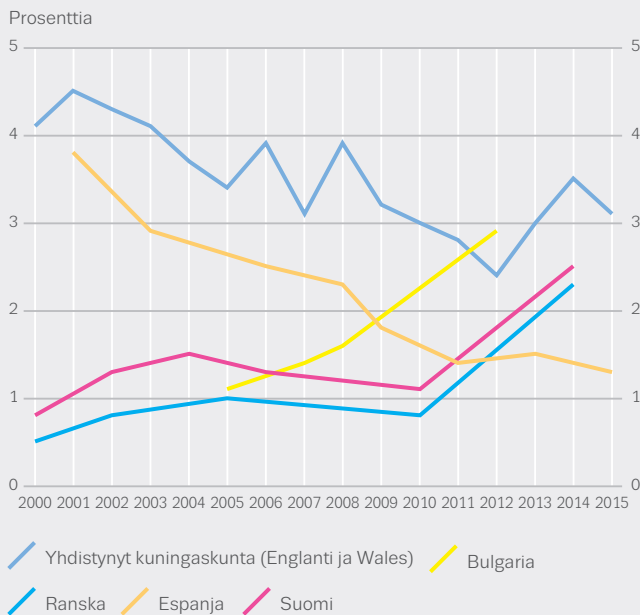
Käyttötapa



Huom. Ominaispiirteet koskevat kaikkia hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti kokaiinia. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvia koskevat suuntaukset perustuvat 23 maan tietoihin. Kansallisessa tiedonkulussa tapahtuneiden muutosten vuoksi Italiasta vuodesta 2014 lähtien saadut tiedot eivät ole vertailukelpoisia aikaisempien vuosien tietojen kanssa.

KUVA 2.5

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



MDMA: käyttö lisääntyy edelleen

MDMA:ta (3,4-metyleenidioksimetamfetamiini) käytetään tableteina (kutsutaan usein ekstaasiksi) mutta myös kiteinä ja jauheena. Tabletit yleensä niellään, mutta kiteitä ja jauhetta otetaan suun kautta mutta myös muilla tavoilla ("dabbing" tai nuuskaus). Useimmissa eurooppalaisissa tutkimuksissa on perinteisesti kerätty tietoa ennemminkin ekstaasin kuin MDMA:n käytöstä, vaikka tämä on nyt muuttumassa.

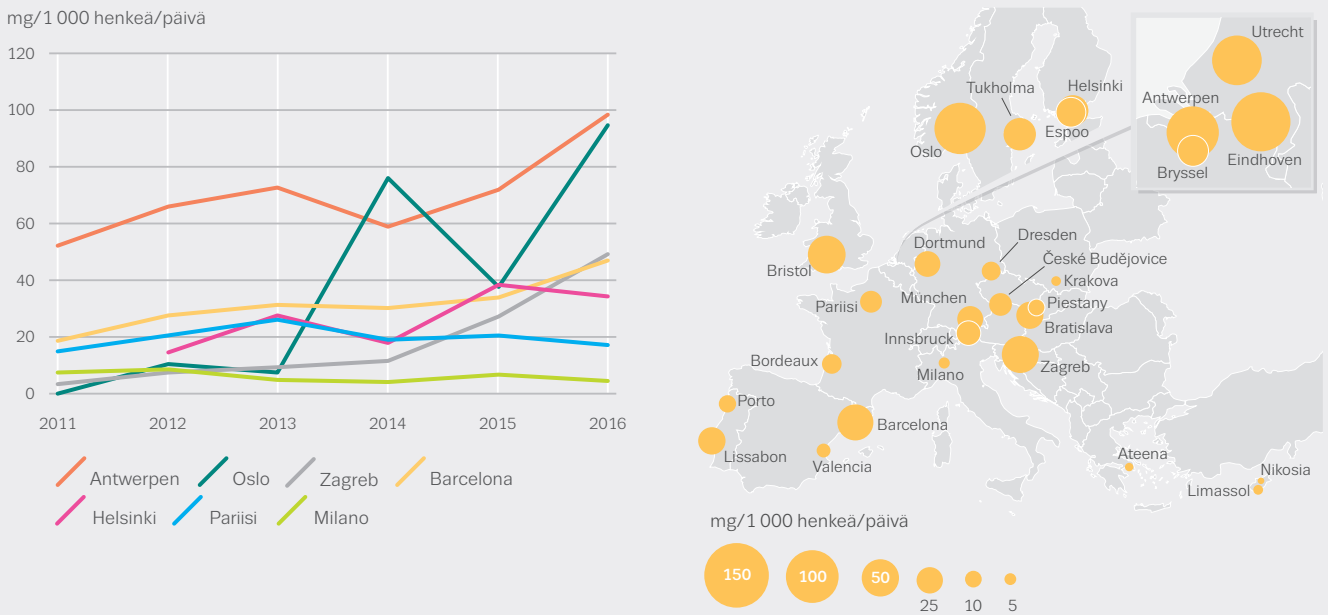
Arvioiden mukaan 14 miljoonaa eurooppalaista aikuista (15–64-vuotiaasta) tai 4,2 prosenttia tästä ikäryhmästä on jossakin vaiheessa elämänsä kokeillut MDMA:ta/ekstaasia. Ikäryhmässä, jossa huumeiden käyttö on yleisintä, käyttöä koskevat tuoreimmat luvut osoittavat, että 2,3 miljoonaa nuorta aikuista (15–34-vuotiaasta) käytti MDMA:ta viime vuonna (1,8 prosenttia tästä ikäryhmästä). Kansalliset arviot vaihtelevat Kyproksen, Liettuan ja Romanian 0,3 prosentista Alankomaiden 6,6 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 taas lisääntynyt. Niissä maissa, joissa on tehty uusia tutkimuksia vuoden 2014 jälkeen ja ilmoitettu luottamusvälit, tulokset osoittavat, että käyttö lisääntyy edelleen Euroopassa. Viisi maata ilmoitti korkeampia arvioita ja yhdeksän ilmoitti käytön tasaantuneen 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. Vakauden tai asteittaisen lisääntymisen jälkeen vuodesta 2000 Ranskassa ja Suomessa ilmoitetaan käytön lisääntyneen merkittävästi vuonna 2014 (kuva 2.5). Yhdistyneessä kuningaskunnassa vuodesta 2012 havaittu lisääntyminen on laskenut vuoden 2015 tiedoissa, kun taas Espanjassa pitkän aikavälin suuntaus on laskeva, vaikka uusimmat arvot ovat vakaita.

KUVA 2.6

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



Huom. MDMA:n päivittäiset keskimäärät milligrammoina tuhasta asukasta kohti. Näytteet otettiin valituissa Euroopan kaupungeissa vuonna 2016 yhden viikon aikana. Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Vuonna 2016 tehdyssä monia kaupunkia kattaneessa analysissä Belgiassa, Alankomaissa ja Norjassa sijaitsevien kaupunkien jätevesissä havaittiin korkeimmat MDMA-pitoisuudet (kuva 2.6). Niistä 32 maasta, joilla on tietoja vuosilta 2015 ja 2016, 17 ilmoitti käytön lisääntyneen, 11 ilmoitti käytön laskeneen ja neljä ilmoitti käytön pysyneen vakaana. Kun tarkastellaan pitemmän aikavälin suuntauksia, useimmissa kaupungeissa, joilla on tietoja kummaltakin vuodelta, jätevesien MDMA-pitoisuudet olivat korkeammat vuonna 2016 kuin vuonna 2011. Joissakin kaupungeissa havaittiin jyrkkiä nousuja.

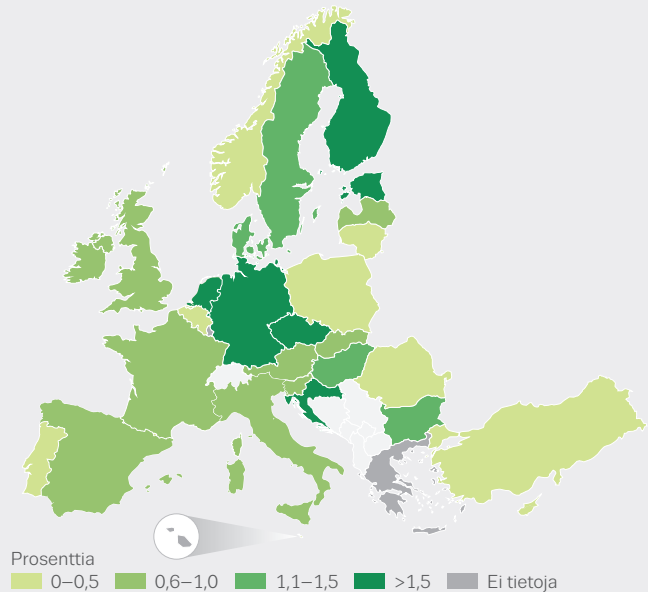
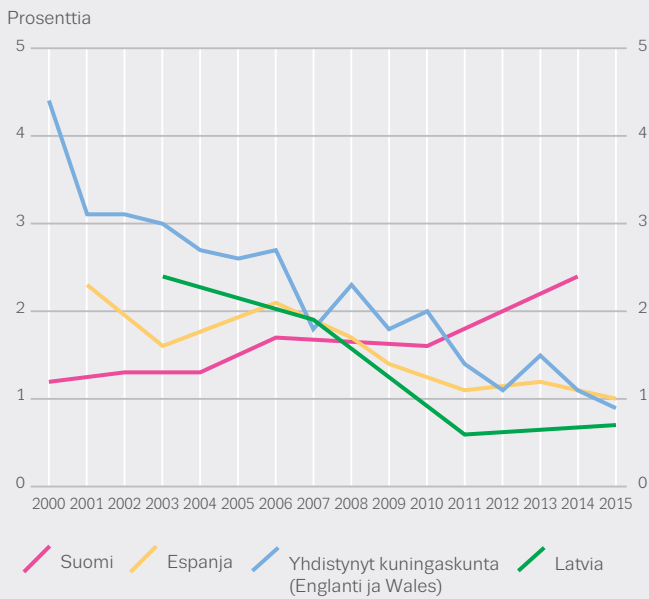
MDMA:ta käytetään usein yhdessä muiden aineiden, myös alkoholin, kanssa. MDMA on perinteisesti liitetty yöelämään ja erityisesti elektroniseen tanssimusiikkiin. Nykyiset merkit osoittavat, että maissa, joissa MDMA:n käyttö on yleistä, se ei enää ole erikoishuume tai alakulttuuriin liittyvä huume. Sitä 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 2015 Euroopassa ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvista alle prosentti (noin 900 tapausta) ilmoitti MDMA:n ensisijaiseksi huumeekseen.

**Valvontalähteet osoittavat,
että MDMA:n käyttö
on lisääntynyt**

KUVA 2.7

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



Amfetamiinien käyttö: kansallisissa tilanteissa eroja

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 Tšekin tasavallassa 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 yleistä suuren riskin käyttäjien keskuudessa joissakin maissa. Metamfetamiinia voidaan myös käyttää polttamalla, mutta tämä käytötapa ei ole yleinen Euroopassa.

Arvioiden mukaan 12,5 miljoonaa eurooppalaista aikuista (15–64-vuotiaasta) tai 3,8 prosenttia tästä ikäryhmästä on jossakin vaiheessa elämänsä kokeillut amfetamiinia. Ikäryhmässä, jossa huumeiden käyttö on yleisintä, käyttöä koskevat tuoreimmat luvut osoittavat, että 1,3 miljoonaa nuorta aikuista (15–34-vuotiaasta) käytti amfetamiineja viime vuonna (1,1 prosenttia tästä ikäryhmästä). Tuoreimmat kansalliset arviot vaihtelevat Kyproksen, Portugalin ja Romanian 0,1 prosentista Alankomaiden 3,1 prosenttiin. Saatavilla olevat tiedot osoittavat, että useimmissa Euroopan maissa käyttö on ollut suhteellisen vakaata noin vuodesta 2000. Niistä maista, joissa on tehty uusia tutkimuksia vuoden 2014 jälkeen ja ilmoitettu luottamusvälit, kaksi ilmoitti korkeampia arvioita,

kymmenen ilmoitti käytön tasaantuneen ja kaksi ilmoitti alhaisempia arvioita edelliseen vastaavaan tutkimukseen verrattuna.

Vain muutamalla maalla on mahdollista analysoida tilastollisesti nuorten aikuisten amfetamiinien käytössä viime vuonna ilmenneitä suuntauksia. Espanjassa, Latviassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on havaittu pitkän aikavälin laskeva suuntaus (kuva 2.7). Sitä vastoin Suomessa käytön on havaittu lisääntyneen vuodesta 2000.

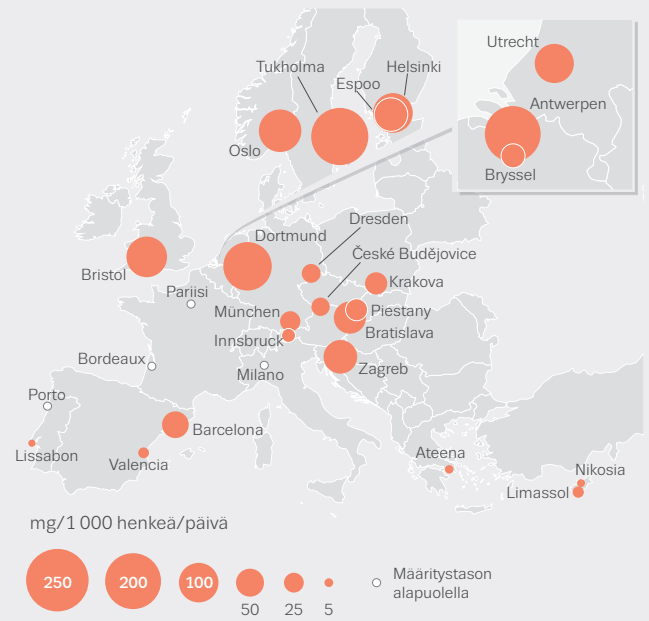
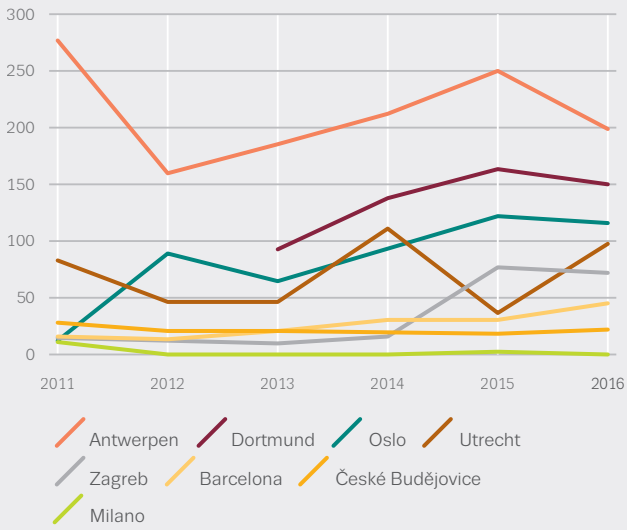
Vuonna 2016 tehdyssä yhdyskuntajätevesien analysoinnissa havaittiin, että amfetamiinipitoisuudet vaihtelivat merkittävästi Euroopassa ja korkeimmat pitoisuudet havaittiin Pohjois-Euroopan kaupungeissa (ks. kuva 2.8). Amfetamiinipitoisuudet olivat paljon alhaisemmat Etelä-Euroopan kaupungeissa. Niistä 32 maasta, joilla on tietoja vuosilta 2015 ja 2016, 13 ilmoitti käytön lisääntyneen, yhdeksän ilmoitti käytön pysyneen vakaana ja kymmenen ilmoitti käytön laskeneen. Vuosien 2011–2016 tiedot osoittavat suuntausten olevan suhteellisen vakaita amfetamiinin osalta.

Näyttää siltä, että metamfetamiinia, jota käytetään yleensä vähän ja perinteisesti lähinnä Tšekin tasavallassa ja Slovakiassa, käytetään nyt myös Itä-Saksassa ja Pohjois-Euroopassa, erityisesti Suomen kaupungeissa (ks. kuva 2.9). Vuosina 2015 ja 2016 niistä 30 kaupungista, joilla on tietoa jätevesien metamfetaminista, 13 ilmoitti käytön lisääntyneen, kymmenen ilmoitti käytön pysyneen vakaana ja seitsemän ilmoitti käytön vähentyneen.

KUVA 2.8

Amfetamiinijäämät valittujen Euroopan kaupunkien jätevesissä: suuntaukset ja tuoreimmat tiedot

mg/1 000 henkeä/päivä

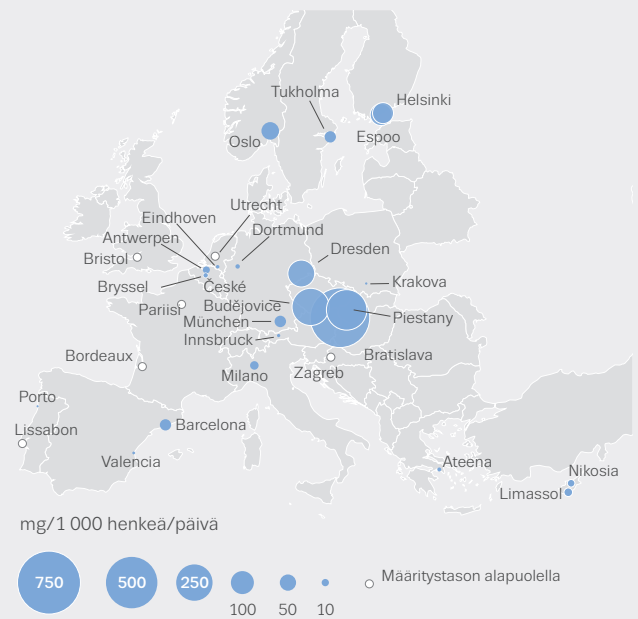
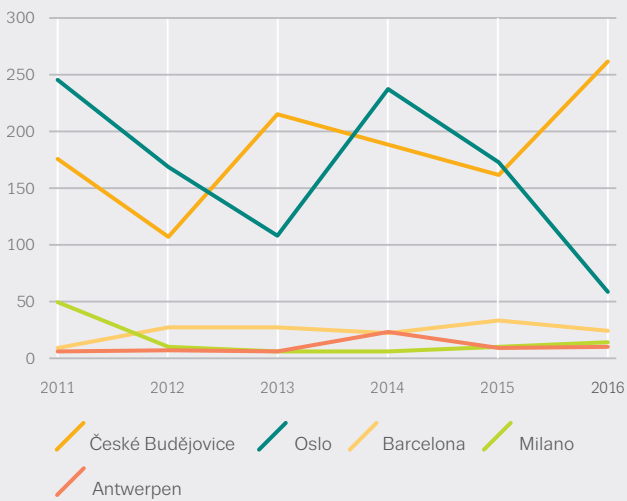


Huom. Amfetamiinin päivittäiset keskimäärät milligrammoina tuhatta asukasta kohti. Näytteet otettiin valituissa Euroopan kaupungeissa vuonna 2016 yhden viikon aikana. Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

KUVA 2.9

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 vuonna 2016 yhden viikon aikana. Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

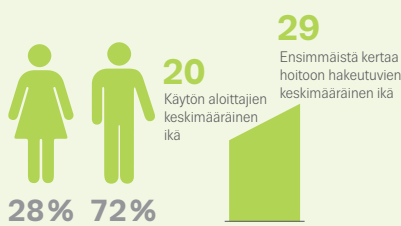
Amfetamiinien suuren riskin käyttö: hoidon kysyntä lisääntyy

Pitkäaikaiseen, krooniseen ja suonensisäiseen amfetamiinin käyttöön liittyviä ongelmia on perinteisesti ollut lähinnä Pohjois-Euroopan maissa. Sitä vastoin pitkäaikaisia metamfetamiiniongelmia on selvästi havaittavissa Tšekin tasavallassa ja Slovakiassa. Tuoreet arviot amfetamiinien suuren riskin käytöstä ovat saatavilla Norjan ja Saksan osalta. Norjassa suurin riskin käytön arvio on 0,33 prosenttia tai 11 200 aikuista ja Saksassa 0,19 prosenttia tai 102 000 käyttäjää vuonna 2015. Amfetamiinien käyttäjien osuus on todennäköisesti suurin Latvian vuonna 2014 ilmoittamasta arvioidusta 2 180:stä (0,17 prosenttia) suuren riskin stimulanttien käyttäjästä. Määrä on laskenut vuonna 2010 ilmoitetusta 6 540 käyttäjästä (0,46 prosenttia). Tuoreet arviot metamfetamiinin suuren riskin käytöstä ovat saatavilla Tšekin tasavallan ja Kyproksen osalta. Tšekin tasavallassa metamfetamiinin suuren riskin käytön arvioitiin olevan aikuisväestössä (15–64-vuotiaista) noin 0,49 prosenttia vuonna 2015. Huumeen suurin riskin käyttö, lähinnä suonensisäinen käyttö, lisääntyi 20 900 käyttäjästä vuonna 2007 vuoden 2014 huippulukemaan (36 400). Tämän jälkeen se laski 34 200:aan vuonna 2015. Kyproksen osalta arvio on 0,14 prosenttia tai 678 käyttäjää vuonna 2015.

Euroopassa vuonna 2015 huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneista asiakkaista noin 34 000 ilmoitti amfetamiinit ensisijaiseksi huumeekseen, ja näistä 14 000 hakeutui hoitoon ensimmäistä kertaa elämässään. Ainoastaan Bulgariassa, Saksassa, Latviassa, Puolassa ja Suomessa ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvista asiakkaista yli 15 prosenttia käyttää ensisijaisesti amfetamiinia. Ensisijaisesti metamfetamiinia käyttäviä hoitoon hakeutuvia asiakkaita on lähinnä Tšekin tasavallassa ja Slovakiassa. Näiden osuus on yhteensä lähes 90 prosenttia Euroopan 9 000 metamfetamiiniasiakkaasta. Ensisijaisesti amfetamiinia tai metamfetamiinia käyttävien ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien määrän lisääntyminen vuosina 2006–2014 jatkui vuonna 2015 useimmissa maissa.

HOITOON TULEVAT AMFETAMIININKÄYTTÄJÄT

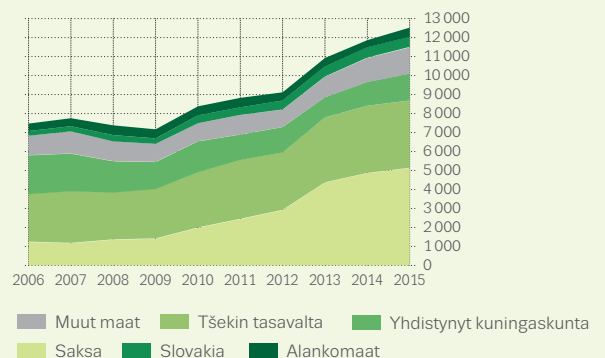
Ominaispiirteet



Käyttöihteys kuluneen kuukauden aikana



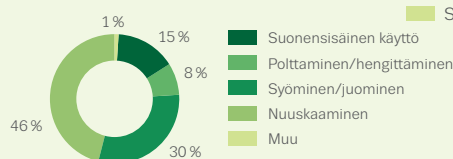
Suuntauksset ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien osalta



Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat



Käyttötapa



Huom. Ominaispiirteet koskevat kaikkia hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti amfetamiineja. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvia koskevat suuntauksset perustuvat 23 maan tietoihin.

Ketamiini, GHB ja hallusinogeenit: 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 lähtöaineen 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 2015 tehdyn tutkimuksen mukaan Norjassa GHB:tä käytti viime vuonna 0,1 prosenttia aikuisista (16–64-vuotiaista). Vuonna 2015 Tšekin tasavallassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa arvioitiin, että ketamiinia, poppersia ja GHB:tä käytti kuluneen vuoden aikana 0,6 prosenttia nuorista aikuisista (15–34-vuotiaista).

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 1 prosentti nuorista aikuisista (15–34-vuotiaista) käytti LSD:tä ja hallusinogeenisia sieniä. Poikkeuksena ovat hallusinogeenisten sienten osalta Alankomaat (1,1 prosenttia) ja Tšekin tasavalta (2,2 prosenttia) vuonna 2015 sekä Suomi, jossa LSD:tä käyttäneitä oli 1,3 prosenttia vuonna 2014.

Uusien psykoaktiivisten aineiden käyttö vähäistä kokonaisväestössä

Monet maat ovat sisällyttäneet uudet psykoaktiiviset aineet yleisiin väestötutkimuksiin, vaikka käytettyjen menetelmien ja kysymysten erot rajoittavat eri maiden tulosten vertailtavuutta. Vuodesta 2011 lähtien 11 Euroopan maata on ilmoittanut kansalliset arviot uusien psykoaktiivisten aineiden (paitsi ketamiinin ja GHB:n) käytöstä. Kuluneen vuoden aikana näiden aineiden käyttö nuorilla aikuisilla (15–34-vuotiaat) vaihteli Itävallan 0,3 prosentista Tšekin tasavallan ja Irlannin 1,6 prosenttiin.

Yhdistynyttä kuningaskuntaa (Englanti ja Wales) koskevia tutkimustietoja on saatavilla mefedronin käytöstä. Tuoreimmassa tutkimuksessa (2015–2016) arvioitiin, että viime vuonna mefedronia käytti 0,5 prosenttia 16–34-vuotiaista nuorista. Määrä on laskenut verrattuna vuosiin 2014–2015 (1,1 prosenttia).

Muutamissa tutkimuksissa esitettiin kysymyksiä synteettisten kannabinoidien käytöstä. Latviassa synteettisiä kannabinoideja käytti viime vuonna arviolta 1,5 prosenttia 15–34-vuotiaista, Slovakiassa 0,4 prosenttia vuonna 2015 ja Suomessa 0,1 prosenttia vuonna 2014. Myös vuonna 2014 Ranskassa arvioitiin, että 4 prosenttia 18–34-vuotiaista oli joskus käyttänyt synteettisiä kannabinoideja.

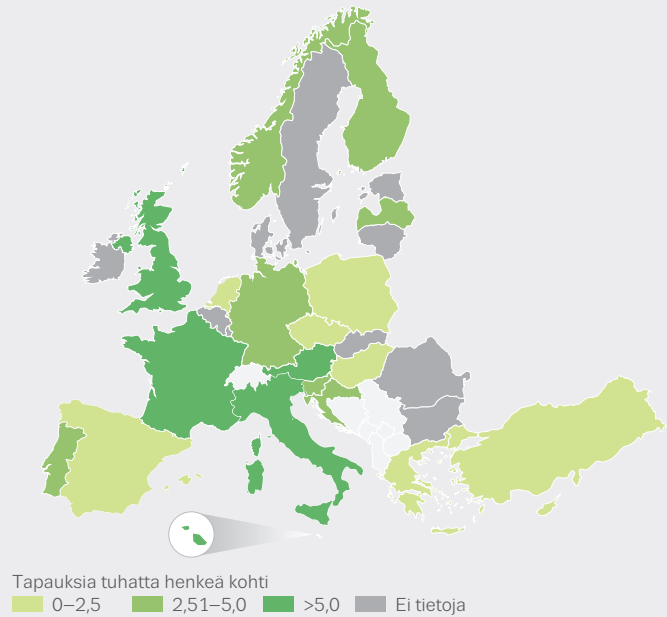
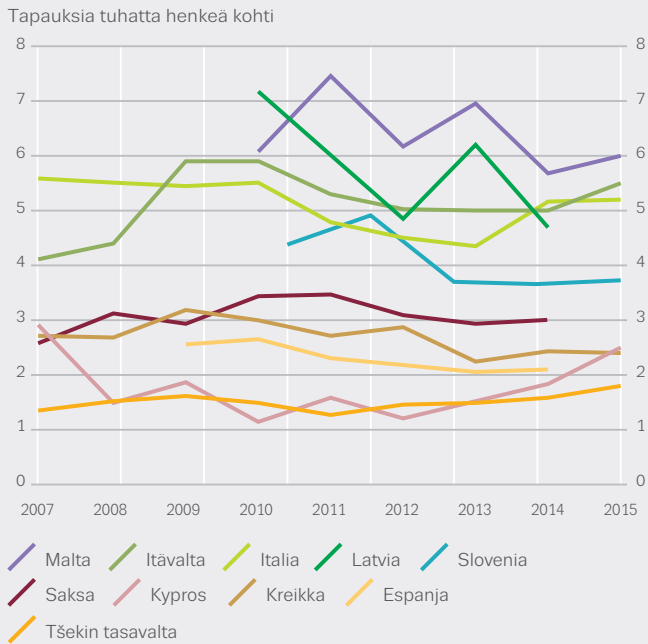
Uudet psykoaktiiviset aineet: suuren riskin käyttö syrjäytyneissä väestöryhmissä

EMCDDA tutki vuonna 2016 uusien psykoaktiivisten aineiden käyttöä suuren riskin käyttäjien keskuudessa. Tutkimuksessa havaittiin, että vaikka käyttö oli vähäistä kaikkialla Euroopassa, käyttötapoihin liittyi monenlaisia ongelmia. Suurimmassa osassa Euroopan maita (22) ilmoitettiin, että suuren riskin käyttäjäryhmät käyttivät jonkin verran uusia psykoaktiivisia aineita, vaikka opioidien ja stimulanttien suonensisäistä käyttöä on ollut runsaammin vain Unkarissa ja osassa Yhdistynyttä kuningaskuntaa. Synteettisten katinonien suonensisäistä käyttöä havaittiin puolessa maista (15), ja usein käytetty aine vaihteli maittain, esimerkiksi mefedroni Yhdistyneessä kuningaskunnassa, alfa-PVP Suomessa, pentedroni Unkarissa ja 3-MMC Sloveniassa. Synteettisten kannabinoidien polttaminen syrjäytyneissä väestöryhmissä, myös kodittomien ja vankien keskuudessa, on kasvava ongelma, joka on havaittu kahdessa kolmasosassa Euroopan maista.

Tällä hetkellä harvat ihmiset hakeutuvat hoitoon uusien psykoaktiivisten aineiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi, vaikka on todennäköistä, että todellisuutta pienempiä määriä ilmoitetaan. Vuonna 2015 noin 3 200 asiakasta tai alle 1 prosentti Euroopassa huumehoitoon hakeutuvista ilmoitti näihin aineisiin liittyviä ongelmia. Yhdistyneessä kuningaskunnassa noin 1 500 hoitoon tullutta (tai noin 1 prosenttia kaikista huumeasiakkaista) ilmoitti käyttävänsä ensisijaisesti synteettisiä katinoneja; Unkarissa ja Romaniassa hoitoon hakeutuneiden joukossa oli myös suhteellisen paljon uusia psykoaktiivisia aineita käyttäviä.

KUVA 2.10

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



Suuren riskin opioidienkäyttäjät: heroini hallitsee yhä

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

Euroopassa heroiniiriippuvuutta 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 suurin riskin opioidienkäyttäjät, jotka ovat todennäköisesti saaneet korvaushoitoa, ikääntyvät.

Opioidien suuren riskin käytön esiintyvyyden keskiarvo on EU:n aikuisväestössä (15–64-vuotiaat) arviolta 0,4 prosenttia. Toisin sanoen Euroopassa oli vuonna 2015 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 (kuva 2.10). Suuren riskin opioidienkäyttäjistä Euroopan unionissa noin kolme neljäsosaa (76 prosenttia) tulee viidestä maasta (Saksa, Espanja, Ranska, Italia ja Yhdistynyt kuningaskunta). Niistä 10 maasta, joissa opioidien suuren riskin käyttöarviot toistuvat vuosina 2007–2015, Espanjassa arviot osoittavat tilastollisesti merkitsevää laskua (kuva 2.10).

Vuonna 2015 opioidit ensisijaiseksi huumeekseen ilmoittaneesta hoitoon tulleesta 191 000 asiakkaasta Euroopassa 37 000 hakeutui ensimmäistä kertaa hoitoon. Ensisijaisesti heroiniä käyttävien osuus oli 79 prosenttia ensimmäistä kertaa hoitoon tulevista opioideja käyttävistä asiakkaista.

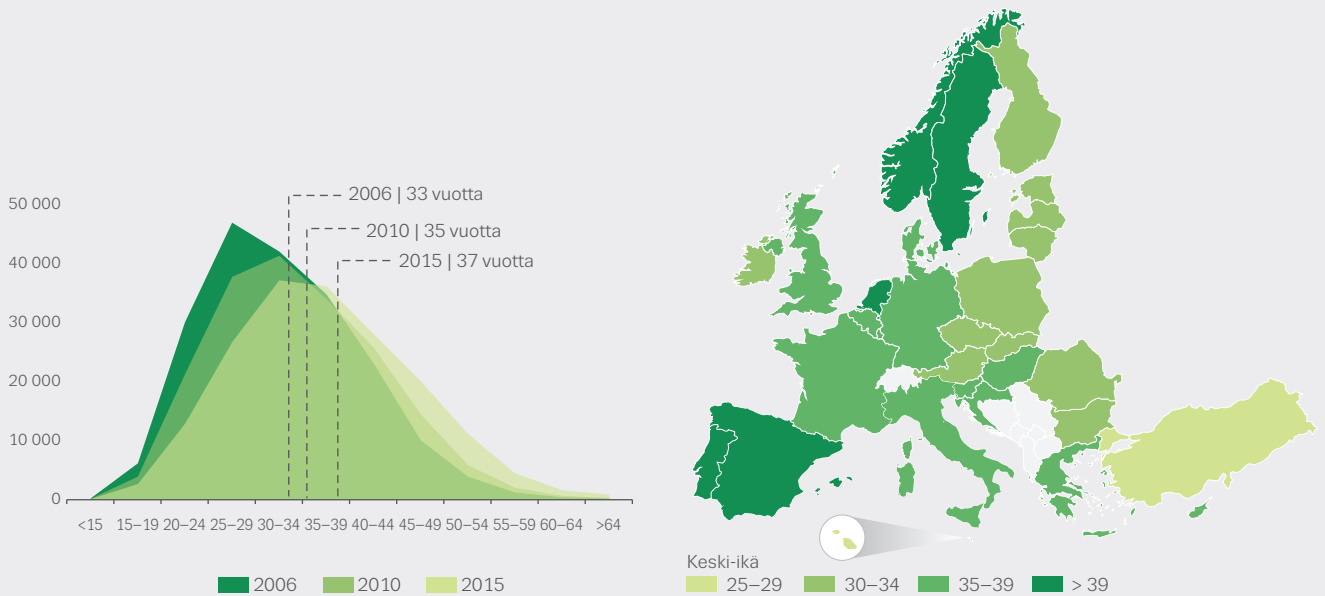
Opioidienkäyttäjien väestö ikääntyy

Heroiniä käyttävien ensimmäistä kertaa hoitoon tulevien asiakkaiden määrä enemmän kuin puolittui vuoden 2007 huippulukemasta (56 000) vuoteen 2013 mennessä (23 000), mutta tämän jälkeen määrä nousi taas 29 000:een vuonna 2015. Viimeaikainen nousu on havaittavissa useissa maissa, mutta sitä on tulkittava varovaisesti, koska muutokset kansallisissa raportointikäytännöissä voivat vaikuttaa EU:n kokonaismäärään.

Moni eurooppalainen opioidienkäyttäjä, jolla on usein pitkäaikainen huumeiden sekakäyttöongelma, on nyt 40- tai 50-vuotias. Vuosina 2006–2015 opioidiongelmien vuoksi hoitoon hakeutuneiden keski-ikä nousi neljällä vuodella (ks. kuva 2.11). Samalla ajanjaksolla huumekuolemista (lähinnä opioideihin liittyvissä kuolemista) uhrin keskimääräinen ikä nousi 5,5 vuodella. Suonensisäinen käyttö, huono terveys, huonot elinolot sekä alkoholin ja tupakan käyttö altistavat nämä käyttäjät monille kroonisille terveysongelmille, muun muassa sydän- ja verisuoniongelmiille ja keuhkovoivoille. Opioidin pitkäaikaiset käyttäjät raportoivat myös kroonisista

KUVA 2.11

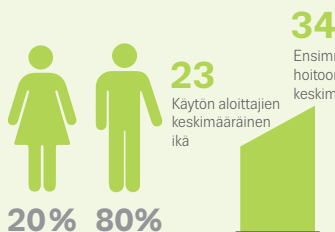
Ensisijaisesti opioideja käyttävien hoitoon tulevien ikärakenteen muutokset ajan mittaan (vasen) ja keski-ikä maittain (oikea)



kiputiloista, ja C-hepatiittiviruksen krooninen tartunta voi johtaa lisääntyneeseen kirroosiriskiin ja muihin maksavaivoihin. Huumeiden sekakäytön, yliannostuksen ja infektioiden kumulatiiviset vaikutukset nopeuttavat näiden käyttäjien fyysistä vanhentumista, mikä vaikuttaa huomattavasti hoitoon, sosiaalitulokipalveluihin ja huumekuolemien ennaltaehkäisyyn.

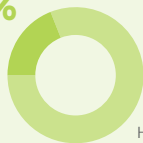
HOITOON TULEVAT HEROIININKÄYTTÄJÄT

Ominaispiirteet



Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat

19%



Hoitoon uudelleen tulevat

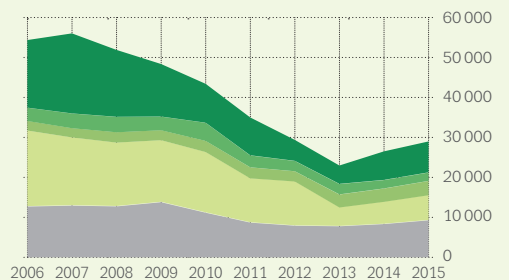
81%

Käyttötiheys kuluneen kuukauden aikana

Käyttää keskimäärin 6 päivänä viikossa

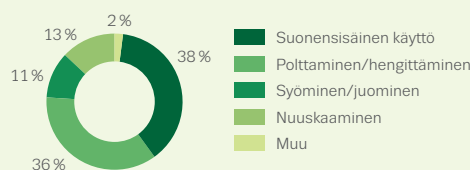


Suuntaukset ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien osalta



Muut maat Yhdistynyt kuningaskunta Saksa Espanja Italia

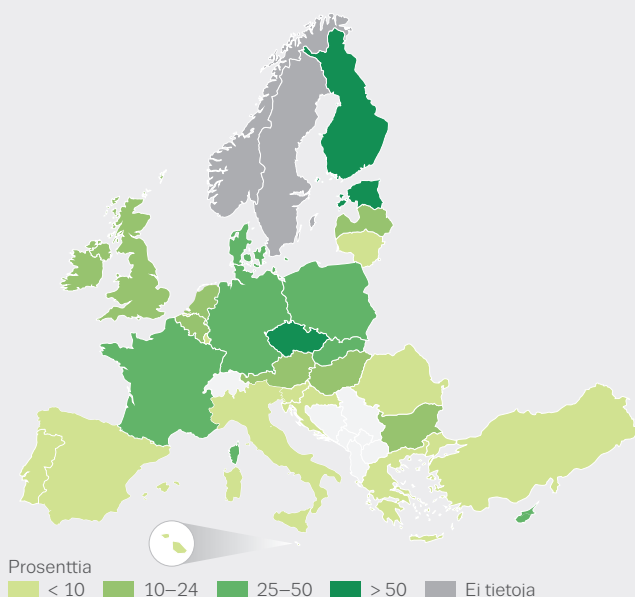
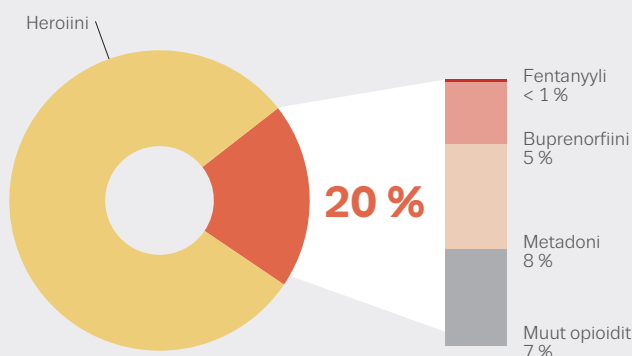
Käyttötapa



Huom. Ominaispiirteet koskevat kaikkia hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti heroiniä. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvia koskevat suuntaukset perustuvat 23 maan tietoihin. Kansallisessa tiedonkulussa tapahtuneiden muutosten vuoksi Italiasta vuodesta 2014 lähtien saadut tiedot eivät ole vertailukelpoisia aikaisempien vuosien tietojen kanssa.

KUVA 2.12

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



Synteettiset opioidit näkyvät yhä enemmän opioidien suuren riskin käytössä

Vaikka heroini on edelleen yleisimmin käytetty opioideja, monet lähteet osoittavat, että laillisia synteettisiä opioideja (kuten metadonia, buprenorfiinia ja fentanyyliä) väärinkäytetään yhä yleisemmin. Vuonna 2015 17 Euroopan maata ilmoitti, että yli 10 prosenttia kaikista hoitoon tulleista opioideja käyttävistä asiakkaista sai hoitoa muihin opioideihin kuin heroiniin liittyviin ongelmiin (kuva 2.12). Hoitoon tulevat ilmoittivat käyttävänsä muun muassa seuraavia opioideja: metadoni, buprenorfiini, fentanyyli, kodeiini, morfiini, tramadoli ja oksikodoni. Joissakin maissa muut opioidit kuin heroini ovat tavallisimmin käytettyjä opioideja hoitoon tulleiden keskuudessa. Esimerkiksi Virossa suurin osa hoitoon tulleista, jotka ilmoittivat opioidit ensisijaiseksi huumeekseen, käytti fentanyyliä, kun taas Suomessa buprenorfiini on yleisin väärinkäytetty opioideja. Vaikka heroini on yleisin Tšekin tasavallassa ensisijaisesti käytetty opioideja, vähän yli puolet opioidiongelmiensa vuoksi hoitoon hakeutuvista käyttää muita opioideja.

Huumeiden suonensisäisen käyttö: hoitoon tulevilla uusilla asiakkailla käyttö on ennätyksellisen alhaalla

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

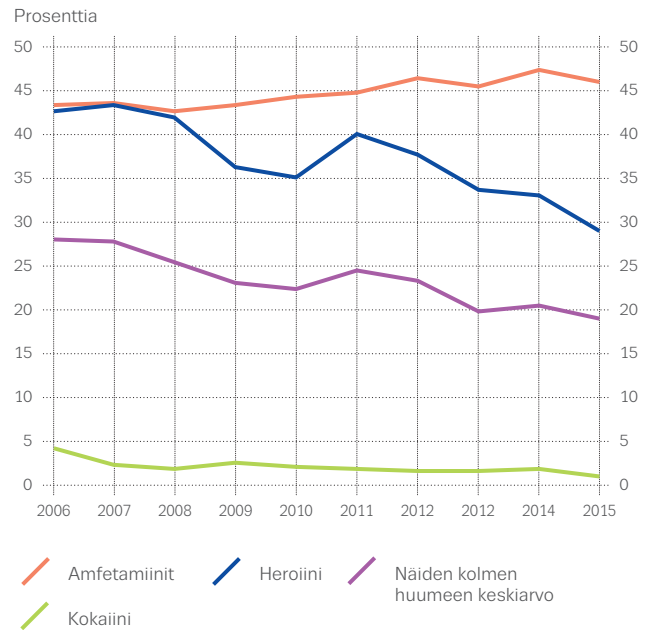
Ainoastaan 12 maata on arvioinut huumeiden suonensisäistä käyttöä vuodesta 2012, ja käyttö vaihtelee alle yhdestä yhdeksään tapaukseen tuhatta 15–64-vuotiasta kohden.

Heroinin ensisijaiseksi huumeekseen vuonna 2015 ilmoittaneista ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneilla suonensisäinen käyttö ensisijaisena käyttötavaksi väheni 43 prosentista (vuonna 2006) 29 prosenttiin (kuva 2.13). Tässä ryhmässä suonensisäinen käyttö vaihtelee maittain Espanjan 8 prosentista Latvian, Liettuan ja Romanian vähintään 90 prosenttiin. Amfetamiinia ensisijaisesti käyttävistä ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneista asiakkaista 46 prosenttia ilmoitti suonensisäisen käytön ensisijaiseksi käyttötavakseen – tässä on tapahtunut pientä nousua vuodesta 2016 – ja kokaiinia käyttävistä ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneista 1 prosenttia. Kun otetaan huomioon kolme ensisijaisesti suonensisäisesti käytettyä huumeetta, suonensisäisen käytön ensisijaiseksi käyttötavakseen ilmoittaneiden Euroopassa ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneiden määrä on vähentynyt 28 prosentista (vuonna 2006) 19 prosenttiin (vuonna 2015).

KUVA 2.13

Synteettisten katinonien suonensisäistä käyttöä, vaikka sitä ei tapahdukaan laajalti, on havaittu joissakin maissa tiettyjen ryhmien, kuten opioideja suonensisäisesti käyttävien ja huumehoidossa olevien 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.

Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneet, jotka ilmoittivat suonensisäisen käytön ensisijaisen huumeensa käyttötavaksi: suuntaukset



**Laillisia synteettisiä opioideja
väärinkäytetään yhä
yleisemmin**

LISÄTIETOJA

EMCDDA:n julkaisuja

2017

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

Country Drug Reports 2017.

2016

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

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

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

2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

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

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

2012

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

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

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 käyttöön
liittyvät krooniset ja akuutit
terveysongelmat**

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 kannabikseen 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 kohdista Health and social responses profiles ja Best practice portal.

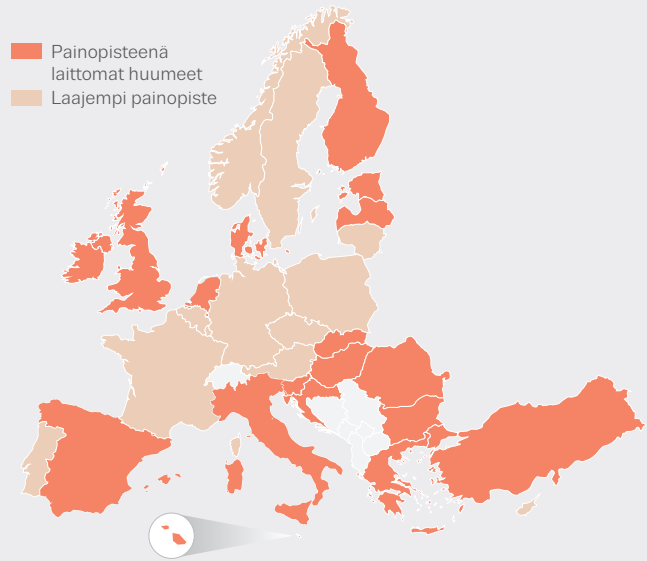
Pääasialliset terveyshaitat, joita EMCDDA seuraa järjestelmällisesti, ovat huumeisiin liittyvät tartuntataudit ja huumeiden käytöstä johtuvaa sairastavuus ja kuolleisuus. Niitä täydennetään huumeisiin liittyviä akuutteja ensiapukäyntejä koskevilla rajallisilla tiedoilla ja EU:n varhaisvaroitusjärjestelmästä 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.

Huumestrategiat: torjuntatoimien koordinointi

Kansalliset huumestrategiat ovat suunnittelu- ja koordinoitavilaineita, joita Euroopan maat käyttävät yleisesti vastatakseen huumeongelmiin liittyviin terveyttä, yhteiskuntaa ja turvallisuutta koskeviin haasteisiin. Niihin sisältyy yleensä joitakin yleisperiaatteita, tavoitteita ja painopisteitä, ja niissä määritellään toimet ja toimien täytäntöönpanosta vastaavat tahot. Tanskan kansallinen huumeusainepolitiikka on esitetty strategisissa asiakirjoissa, lainsäädännössä ja konkreettisissa toimissa, kun taas muilla mailla on käytössä kansallinen huumeusainestrategia. 18 maassa huumeusainestrategiassa keskitytään lähinnä laittomiin huumeisiin. Muissa 12 maassa poliittinen painopiste on laajempi, ja tällöin voidaan kiinnittää enemmän huomiota muihin riippuvuutta aiheuttaviin aineisiin ja päihderiippuvuuteen. 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 14:ään (ks. kuva 3.1). Näissä kattavissa asiakirjoissa käsitellään lähinnä laittomia huumeita, ja siinä, miten muita aineita ja riippuvuuksia käsitellään, on eroja. Kaikissa 14 asiakirjassa käsitellään alkoholia, yhdeksässä käsitellään tupakkaa, kahdeksassa lääkkeitä, kolmessa urheiludopingia (esim. suoritusta parantavat huumeet) ja seitsemässä riippuvuutta (esim. uhkapelit). Kansallisissa huumeusainestrategioissa tuetaan tasapainoista lähestymistapaa huumeusainepolitiikkaan, joka esitetään EU:n huumeusainestrategiassa (2013–2020) ja toimintasuunnitelmissa (2013–2016 ja 2017–2020), joissa huumeiden kysynnän vähentämistä ja huumeiden tarjonnan vähentämistä painotetaan yhtä paljon.

KUVA 3.1

Kansallisen huumeusainestrategian painopiste: laittomat huumeet tai laajempi



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.

Kansallisen huumeusainestrategian arviointi on nyt vakiintunut käytäntö EU:n jäsenvaltioissa. Arvioinneilla pyritään yleensä arvioimaan strategian täytäntöönpanoa ja yleisessä huumeusainetilanteessa aikaa myöten tapahtuneita muutoksia. Vuonna 2016 ilmoitettiin, että äskettäin oli tehty kymmenen moneen eri kriteeriin perustuvaa arviointia, kymmenen täytäntöönpanon edistymisen tarkastelua ja neljä aihekohtaista arviointia, kun taas kuusi maata käytti muita lähestymistapoja, kuten eri tekijöihin perustuvia arvioita ja tutkimushankkeita. Koska monet maat laajensivat huumeusainestrategiansa soveltamisalaa myös muihin aineisiin ja riippuvuuksiin, menetelmien ja indikaattoreiden kehittäminen näiden poliittisten asiakirjojen seurantaan ja arviointia varten saattaa osoittautua haastavammaksi.

Huumeisiin liittyvät ehkäisevät toimet: toimien kustannukset

Huumeisiin liittyvien toimien kustannusten ymmärtäminen on tärkeä politiikan arviointiin liittyvä näkökohta. Huumeisiin liittyvistä julkisista menoista on kuitenkin saatavilla vain vähän tietoja Euroopassa sekä paikallisella että kansallisella tasolla, ja tiedot ovat heterogeenisiä. Kymmenen viime vuoden aikana arvioita laatineissa 23 maassa huumeisiin liittyvien julkisten menojen on arvioitu olevan 0,01–0,5 prosenttia näiden maiden bruttokansantuotteesta (BKT).

Kysynnän vähentämiseen liittyvät menot osana huumeaineiden kokonaisbudjettia vaihtelivat huomattavasti maittain ja olivat 23–83 prosenttia huumeaineisiin liittyvistä julkisista menoista. Vaikka erot johtuvat osittain erilaisista poliittisista vaihtoehdoista ja julkisten palvelujen järjestämisestä, arviointien täydellisyydellä on myös suuri vaikutus. Nykyisissä arvioinneissa huumehoitoon ja muut terveyteen liittyvät kustannukset aiheuttavat suuren osan kysynnän vähentämistä koskevista menoista. Vaikka huumehoitoon liittyvien menojen seuranta on nykyisin edelleen pitkälle kehittynyttä, metodologisia parannuksia tarvitaan yhä.

Huumeongelmien torjumisen julkiset menot ovat vain osa yhteiskunnan maksamista laittomiin huumeisiin liittyvistä kustannuksista. Tähän voidaan lisätä yksilöille aiheutuvat kustannukset, kuten yksityiset terveydenhoitomaksut, ja yhteiskunnalle aiheutuvat ulkoiset kustannukset, kuten tuottavuuden lasku ja huumeisiin liittyvien ennenaikaisten kuolemantapausten ja sairauksien aiheuttamat kustannukset. Näiden laajempien yhteiskunnalle aiheutuvien kustannusten arviointi saattaa mahdollistaa resurssien tehokkaamman kohdentamisen. Euroopan maissa, joista tietoja on saatavilla, laittomien huumeiden sosiaalisten kustannusten arvioidaan olevan 0,1–2 prosenttia bruttokansantuotteesta.

Kysynnän vähentäminen: eurooppalaiset standardit

Euroopan ja kansallisella tasolla huumeaineiden kysynnän vähentämistä koskevat laatustandardit tunnustetaan yhä yleisemmin näyttöön perustuvien toimenpiteiden täytäntöönpanovälineeksi. Vuonna 2015 Euroopan unionin neuvosto antoi 16 huumeaineiden kysynnän vähentämistä Euroopan unionissa koskevaa vähimmäislaatuvaatimusta, ja maita on rohkaistu sisällyttämään ne huumeaineepolitiikkaansa. Euroopan laatustandardeissa asetetaan ennaltaehkäisyä, hoitoa, haittojen vähentämistä ja yhteiskuntaan sopeutumista koskevat viitteelliset tavoitteet. Näissä standardeissa toimenpiteiden laatu yhdistetään konkreettisiin toimiin, mukaan lukien henkilöstön asianmukainen koulutus ja näyttöön perustuvien toimenpiteiden tarjoaminen, sekä yksilöiden tarpeiden kunnioittamisen ja etiikan noudattamisen kaltaisiin periaatteisiin. Niissä korostetaan myös kaikkien sidosryhmien, myös kansalaisyhteiskunnan, tarvetta osallistua toimenpiteiden täytäntöönpanoon ja arviointiin.

EMCDDA keräämistä tiedoista käy ilmi, että laatustandardeja on tällä hetkellä useimmissa Euroopan maissa ja muissa maissa niitä ollaan laatimassa. Laatustandardeja otetaan käyttöön eri tavoin. Joissakin maissa standardit liitetään palvelujen tarjontaan ja niitä käytetään tarjonnan arvioimisessa. Niitä käytetään myös vaatimuksena osallistua palvelusopimuksia koskeviin kilpailuihin ja välineinä palvelujen itsearvioinnissa.

Ennaltaehkäisyn toteuttaminen: järjestelmään perustuva lähestymistapa

Nuorten huumeidenkäytön ja huumeisiin liittyvien ongelmien ehkäisemistä 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 riskiryhmiin.

Laatustandardeja on tällä hetkellä useimmissa Euroopan maissa

Euroopan maiden välillä on monia eroja siinä, miten ennaltaehkäisyä käsitellään. Joissakin maissa pyritään ottamaan käyttöön laajempia yhteisöön perustuvia ja ympäristöön vaikuttavia lähestymistapoja (joilla esim. säännellään alkoholia ja yöelämää) ja muissa käytetään lähinnä ohjekirjan mukaisia ohjelmia. Sellaisten ohjekirjaan perustuvien ennaltaehkäisyohjelmien käyttö, joille on ominaista tiukasti määritelty sisältö ja toteutus, voi olla tehokas keino saavuttaa suuri osa väestöstä näyttöön perustuvien toimenpiteiden avulla. Tällaiset ohjelmat ovat olennainen osa kansallisia ennalta ehkäiseviä lähestymistapoja kuudessa jäsenvaltiossa.

Muut maat soveltavat mieluummin ennaltaehkäisytoimiin liittyvää laajempaa järjestelmään perustuvaa lähestymistapaa, jossa ei keskitytä pelkästään yksittäisiin ohjelmiin vaan myös toteutusmenetelmien, toimenpiteiden yhteisvaikutuksen sekä sosiaalisen ja poliittisen ympäristön kaltaisiin tekijöihin. Esimerkkinä mainittakoon ”Communities That Care” -lähestymistapa, jota toteutetaan viidessä EU:n jäsenvaltiossa. Tämä Yhdysvalloissa kehitetty lähestymistapa perustuu olettamukseen, että nuorten terveys- ja käyttäytymisongelmia voidaan vähentää tunnistamalla riskitekijöitä ja suojaavia tekijöitä ja valitsemalla tehokkaita varhaisen puuttumisen ohjelmia, joissa näitä tekijöitä käsitellään. Äskettäisessä järjestelmällisessä selvityksessä saatiin myönteistä näyttöä Communities That Care -lähestymistavan tehokkuudesta huumeiden ennaltaehkäisyssä yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa, vaikka sitä onkin vielä arvioitava eurooppalaisessa kontekstissa.

Haavoittuvuuden ja riskien käsittely

Haavoittuvia ryhmiä koskeva valikoiva ennaltaehkäisytyö toteutetaan Euroopan maissa toimenpiteillä, joissa otetaan huomioon yksilöiden käyttäytyminen ja sosiaalinen ympäristö. Paikallisella tasolla tällaisiin lähestymistapoihin voi liittyä eri palveluja ja sidosryhmiä (esim. sosiaalipalveluja, perhe, nuoret ja poliisi), ja ne ovat yleisiä Pohjoismaissa ja Irlannissa sekä osissa Espanjaa ja Italiaa. Useimmiten nämä kohdistuvat nuoriin rikosentekijöihin, koululaisiin, joilla on koulunkäyntiin liittyviä ja sosiaalisia ongelmia, sekä hoitolaitoksissa oleviin nuoriin. Näiden ennaltaehkäisystrategioiden sisällöstä tiedetään vain vähän, ja niiden arviointi on rajallista. Asiantuntijoiden lausunnoista käy kuitenkin ilmi, että useimmissa yleisesti käytetyissä valikoivissa ennaltaehkäisymenetelmissä keskitytään tiedottamiseen.

Suuren riskin asuinalueisiin kohdistuvia ennalta ehkäiseviä lähestymistapoja on toteutettu joissakin maissa, ja niissä on hyödynnetty uusia menetelmiä, kuten kaupunkialueiden uudelleensuunnittelua ja riskikarttoja, joiden avulla voidaan priorisoida toimenpiteitä. Tämän tyyppisiä toimenpiteitä tarjotaan eniten Pohjois- ja Länsi-Euroopassa (ks. kuva 3.2), ja lähestymistapoja, joiden tehokkuudesta on saatu näyttöä (normatiivista ja ympäristöön liittyvää), toteutetaan yli neljännesosassa maista.

Kohdennettu ennaltaehkäisytyö keskittyy riskiryhmiin. Tämän tyyppisiä toimia tarjotaan vain vähän Euroopassa, ja ainoastaan neljä maata ilmoitti, että kohdennettuja ennaltaehkäisyohjelmia on tarjolla suurimmalle osalle apua tarvitsevista.

Lyhytkestoiset toimenpiteet

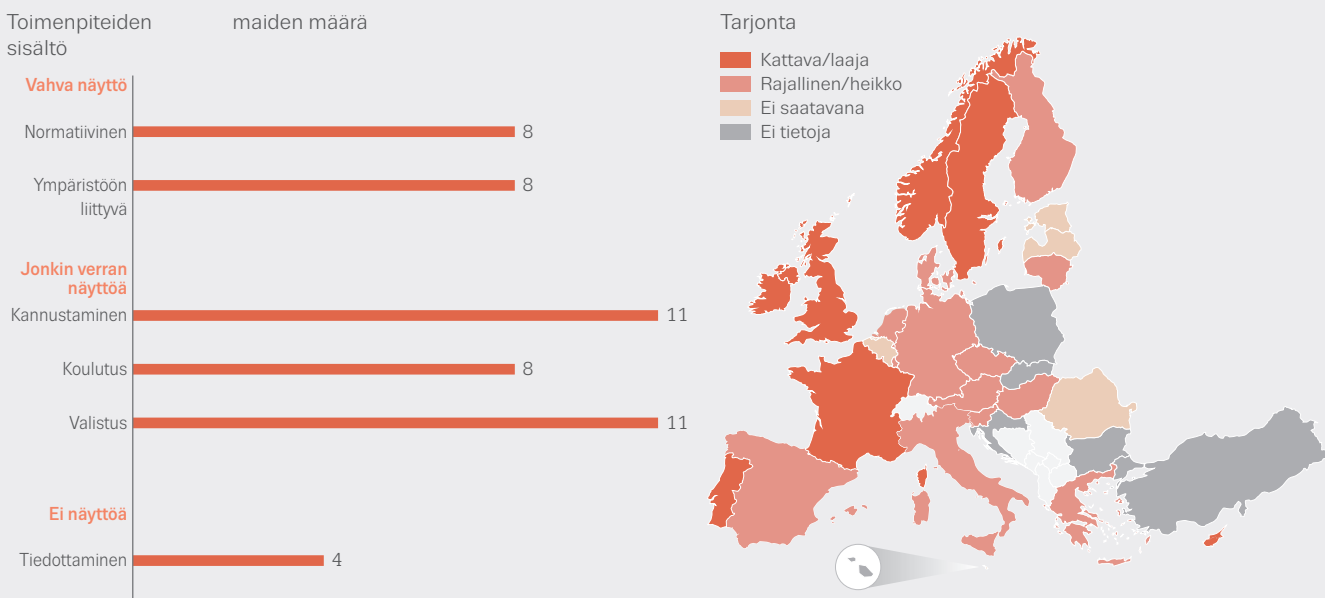
Lyhytkestoisilla toimenpiteillä pyritään ehkäisemään tai viivästyttämään aineiden käyttöä, vähentämään sen määrää tai ehkäisemään käytön kehittymistä ongelmakäytöksi. Näitä määräaikaista toimenpiteitä toteutetaan ennaltaehkäisyn ja hoidon välisellä harmaalla alueella, ja ne kohdistuvat yleensä nuoriin tai henkilöihin, jotka ovat alttiita päihdeongelmille. Eri terveys- ja sosiaalialan ammattilaiset, myös yleislääkärit, neuvonantajat, nuorisotyöntekijät ja poliisit, voivat toteuttaa näitä toimenpiteitä, ja niihin yhdistetään usein motivoivaan haastatteluun liittyviä tekijöitä.

Nykyisten tietojen mukaan lyhytaikaisia toimenpiteitä ei toteuteta laajalti Euroopassa. Kolme maata on ilmoittanut, että kouluissa tällaisten toimenpiteiden tarjonta on täydellistä ja laajaa, ja kahdessa maassa vastaava tarjonta koskee matalan kynnyksen palveluja.

Lyhytaikaisia toimenpiteitä on luonnehdittu suhteellisen edullisiksi, ja eri alojen ammattilaiset voivat tarjota niitä eri ympäristöissä lyhyen koulutuksen jälkeen. Esimerkkeinä lyhytaikaisista toimenpiteistä, joita on toteutettu useissa maissa, mainittakoon eSBIRT, jossa tarjotaan lyhytaikaisia toimenpiteitä ensiapuosastoilla (Belgia), ja Fred, joka on suunnattu nuoriin rikosprosessin varhaisessa vaiheessa (Saksa, Kypros, Puola, Romania ja Slovenia). EMCDDA:n tuoreessa selvityksessä todettiin kuitenkin, että vaikka tutkimus tukeekin lyhytkestoisten toimenpiteiden tehokkuutta, se on yhä epätäydellistä, ja tarvitaan enemmän tietoa täytäntöönpanon laajuudesta.

KUVA 3.2

Euroopan maissa toteutetut suuren riskin asuinalueisiin kohdistuvat ennalta ehkäisevät toimet: näyttö ja tarjonta



Huom. Perustuu asiantuntijoiden arvioihin.

Hoitoon ohjautuminen ja hoidon kesto

Huumehoito on ensisijainen toimintatapa henkilöille, joilla on huumeidenkäyttöön liittyviä ongelmia, myös riippuvuusongelma. Asianmukaisten hoitopalvelujen hyvän saatavuuden varmistaminen on keskeinen poliittinen tavoite. Hoidon tulosten seuraaminen on tärkeää, jotta asiakkaiden saamaa hoitoa voidaan parantaa ja jotta palveluja voidaan mukauttaa vastaamaan paremmin tarpeita.

Oma-aloitteinen hakeutuminen on edelleen yleisin hoitoonohjausreitti. Vuonna 2015 Euroopassa huumehoitoon tulleista asiakkaista noin puolet tuli hoitoon oma-aloitteisesti. Tähän sisältyy myös perheenjäsenten tai ystävien hoitoon ohjaamat asiakkaat. Lisäksi 25 prosenttia asiakkaista ohjautui hoitoon terveys- ja sosiaalipalvelujen kautta ja 15 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. Vuonna 2015 kannabisiasiakkaat ohjautuvat todennäköisimmin hoitoon rikosoikeusjärjestelmän kautta. Unkarissa noin 80 prosenttia kannabisiasiakkaista ohjautui hoitoon tämän järjestelmän kautta.

Asiakkaiden huumehoidoille on ominaista eri palvelujen käyttö, toistuvat hoitoon hakeutumiset ja hoidon vaihteleva kesto. Hoitotietoja on saatu seitsemässä Euroopan maassa vuonna 2015 tehdyn huumehoitotietoja koskevan analyysin tuloksista. Näissä maissa hoitoon tulleesta 400 000 asiakkaasta vähän alle 20 prosenttia oli tullut hoitoon ensimmäistä kertaa elämässään, noin 30 prosenttia oli tullut uudestaan hoitoon saatuaan hoitoa aikaisemmin ja noin 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 3 vuotta, ja heillä oli opioidien, erityisesti heroiinin, käyttöön liittyviä ongelmia.

Kannabiksen hoito: monenlaisia lähestymistapoja

Säännöllinen ja pitkäaikainen kannabiksen käyttö lisää eri fyysisten ja henkisten terveysongelmien riskiä, myös riippuvuuden riskiä. Monissa maissa ihmisille, joilla on kannabikseen liittyviä ongelmia, tarjotaan hoitoa yleisissä päihdeohjelmissa, ja noin puolessa maista tarjotaan kannabiksen käyttäjille suunnattua hoitoa. Kannabiksen käyttäjille tarjottava hoito voi olla monenlaista verkossa toteutettavista lyhytkestoisista toimenpiteistä pitkäkestoisiin terapiatoimenpiteisiin hoitoihin erikoistuneissa keskuksissa. Vaikka tälle ryhmälle tarjottava hoito tapahtuu yleisimmin yhteisössä tai avohoidossa, noin yhdellä viidestä laitoshoitoon hakeutuvista on ensisijaisesti kannabikseen liittyvä ongelma.

Kannabisongelmien hoito perustuu lähinnä psykososiaalisiin menetelmiin, ja perhepohjaisia toimenpiteitä käytetään usein nuorten hoidossa ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa aikuisten hoidossa. Saatavilla oleva näyttö tukee kognitiivisen käyttäytymisterapian, motivoivan haastattelun sekä palkitsemiseen ja rajoittamiseen perustuvien menetelmien yhdistelmän käyttöä. Jotkin tutkimukset tukevat myös moniulotteisen perheterapian käyttöä nuorten kannabiksenkäyttäjien hoidossa. Internetiä ja digitaalisia toimenpiteitä käytetään yhä enemmän kannabiksen käyttäjien saavuttamiseksi, ja tämäntyyppisten toimenpiteiden vaikutuksia mittavissa tutkimuksissa on saatu lupaavia alustavia tuloksia käytön vähentämisessä ja kasvotusten tapahtuvan hoitoon hakeutumisen (tarvittaessa) helpottamisessa.

Monissa tutkimuksissa tutkitaan farmakologisten toimenpiteiden käyttöä kannabikseen liittyviin ongelmiin. Tähän liittyy mahdollisuus käyttää THC:tä ja synteettistä THC:tä yhdessä muiden psykoaktiivisten lääkkeiden, myös masennuslääkkeiden, anksiolyyttien ja mielialalääkkeiden, kanssa. Tähän mennessä tulokset ovat olleet epä johdonmukaisia, eikä kannabisriippuvuuden hoidossa ole tunnistettu tehokkaita farmakologisia lähestymistapoja.

Huumehoitoa annetaan useimmiten yhteisöissä

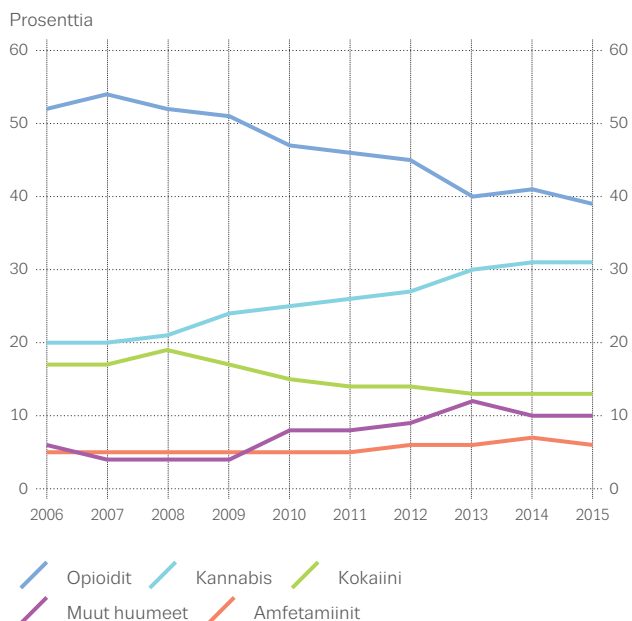
Euroopan unionissa arviolta 1,4 miljoonaa ihmistä sai hoitoa laittomien huumeiden käytön vuoksi vuonna 2015 (1,6 miljoonaa, kun Norjan ja Turkin tiedot otetaan huomioon). Opioidienkäyttäjät muodostavat suurimman huumeiden vuoksi hoitoon tulijoiden ryhmän, ja he kuluttavat suurimman osan saatavilla olevista hoitoresursseista, lähinnä korvaushoidon muodossa. Kannabiksen- ja kokaiininkäyttäjät muodostavat huumehoitoon tulijoiden toiseksi ja kolmanneksi suurimman ryhmän (kuva 3.3), ja psykososiaaliset toimenpiteet ovat näiden asiakkaiden tärkein hoitomuoto. Maiden väliset erot voivat kuitenkin olla erittäin suuria. Virossa opioidienkäyttäjien osuus hoitoon tulijoista on yli 90 prosenttia ja Unkarissa alle 5 prosenttia.

Suurin osa huumeidosta Euroopassa annetaan avohoitona, ja avohoitoon erikoistuneet keskuksset tarjoavat eniten hoitoa huumeidenkäyttäjien määrän perusteella (kuva 3.4). Toiseksi eniten hoitoa antavat terveyskeskukset. Tähän ryhmään kuuluvat myös yleislääkäreiden vastaanotot, sillä joissakin suurissa maissa, kuten Saksassa ja Ranskassa, ne voivat määrätä opioidikorvaushoitoa. Muualla, esimerkiksi Sloveniassa, mielenterveyslaitoksilla on keskeinen rooli avohoidon tarjonnassa.

**Kannabiksen käyttäjille
tarjottava hoito voi olla
monenlaista**

KUVA 3.3

Huumeiden vuoksi hoitoon tulleiden asiakkaiden ensisijaisesti käyttämä huume: suuntaukset



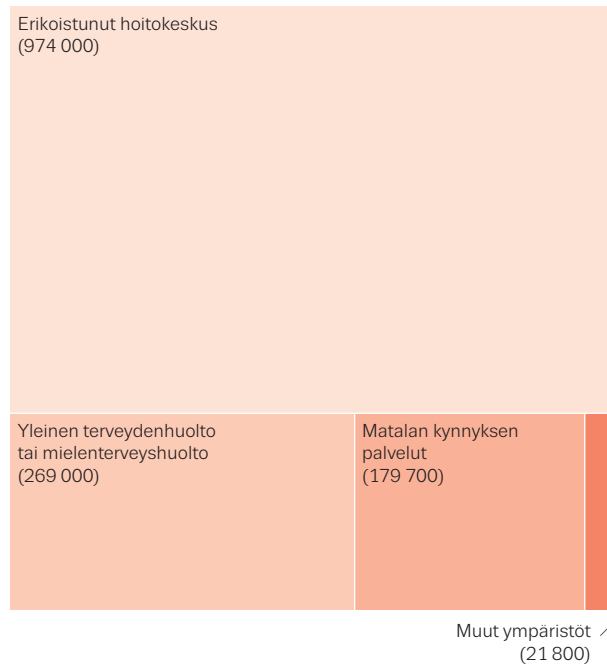
Pienempi osa Euroopassa huumeiden vuoksi annettavasta hoidosta tapahtuu laitospäristössä, kuten sairaaloiden yhteydessä toimivissa laitoksissa (esim. psykiatriset sairaalat), kuntoutushoitoyhteisöissä ja vieroitushoitokeskuksissa, joissa potilaat asuvat. Avohoidon ja laitoshoidon tarjonnan suhteellinen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

Verkossa on myös tarjolla entistä laajempi valikoima huumeiden hoitotoimenpiteitä. Internetpohjaisilla toimenpiteillä voidaan laajentaa hoito-ohjelmien saatavuutta ja maantieteellistä kattavuutta ja niiden avulla voidaan tavoittaa huumeongelmista kärsiviä ihmisiä, jotka eivät ehkä muuten saa huumehoitopalveluja.

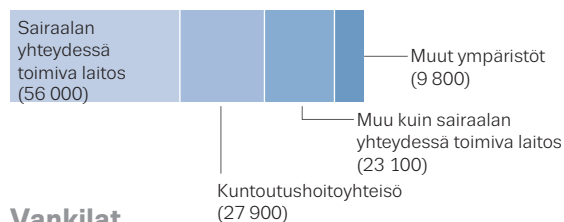
KUVA 3.4

Huumehoitoa saavien määrä Euroopassa vuonna 2015 ympäristön mukaan eriteltynä

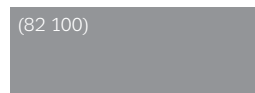
Avohoito



Laitohoito

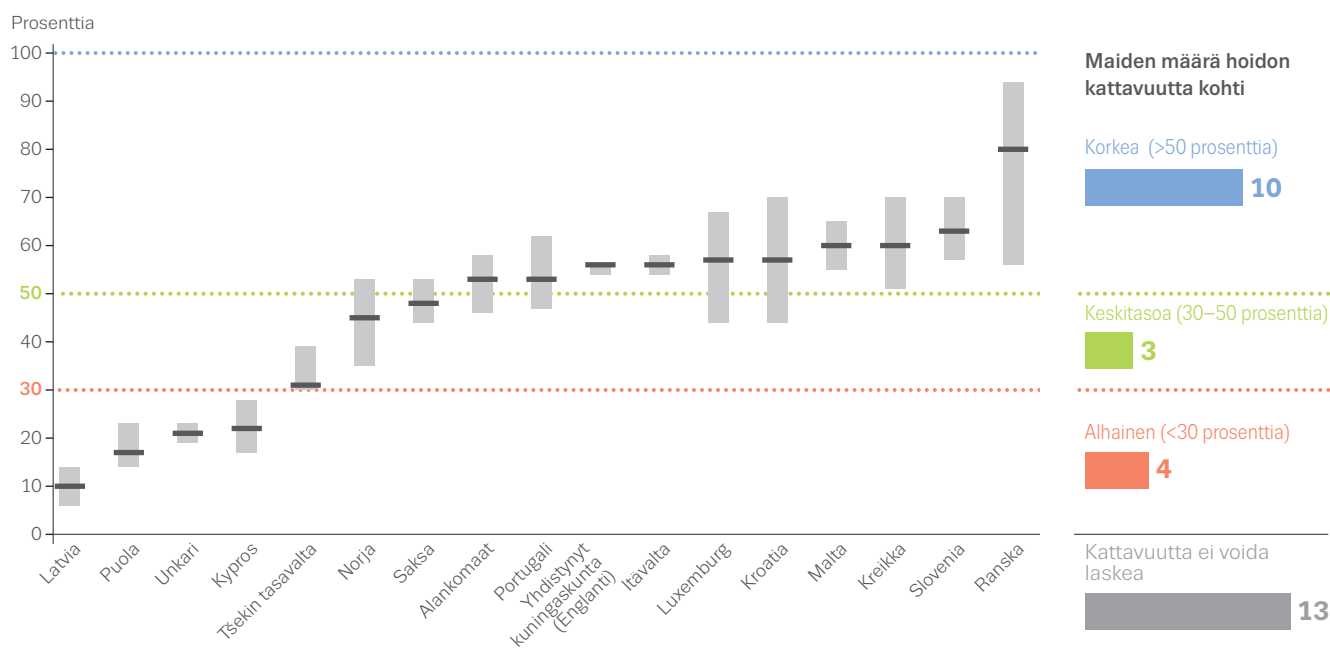


Vankilat



KUVA 3.5

Opioidikorvaushoidon kattavuus (niiden osuus arvioituista suuren riskin opioidienkäyttäjistä, joihin toimenpiteitä kohdistuu)



Huom. Tiedot esitetty piste-estimaatteina ja epävarmuusväleinä.

Opioidien korvaushoito

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.

Vuonna 2015 arviolta 630 000 opioidienkäyttäjää sai korvaushoitoa Euroopan unionissa (650 000, kun Norjan ja Turkin tiedot otetaan huomioon). Suuntaus osoittaa, että asiakkaiden määrä lisääntyi aina vuoden 2010 huippulukemaan, ja tämän jälkeen se väheni 6 prosentilla vuonna 2015. Vuosina 2010–2015 asiakkaiden määrä laski 12 maassa, ja Espanjassa, Unkarissa, 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 12 maata on ilmoittanut tarjonnan lisääntyneen vuosina 2010–2015. Näihin kuuluvat Latvia (157 prosenttia), Suomi (67 prosenttia) ja Kreikka (61 prosenttia).

Nämä kaksi suuntausta vahvistetaan tuoreimmissa tiedoissa (2014–2015), ja 12 maata on ilmoittanut korvaushoitoa saavien asiakkaiden kokonaismäärän lisääntyneen ja yhdeksän maata on ilmoittanut määrän vähentyneen.

Vertailuna suuren riskin opioidikäyttäjien määrää koskevat nykyiset arviot osoittavat, että puolet saa korvaushoitoa, mutta maiden välillä on eroja (kuva 3.5). Näiden tulosten tulkinnassa on kuitenkin oltava varovainen metodologisista syistä.

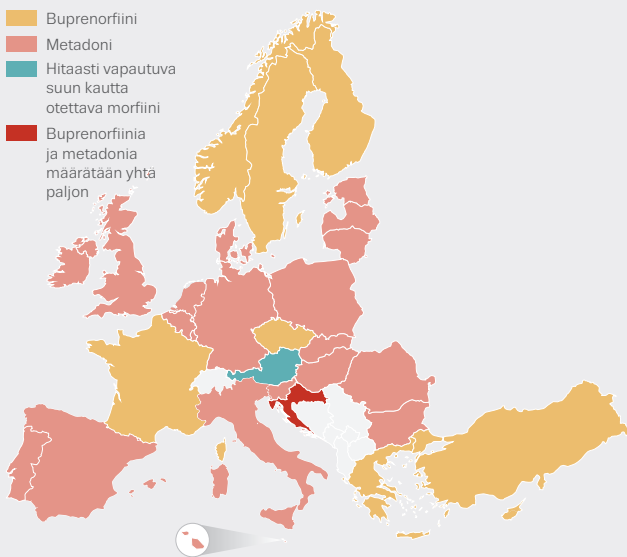
Metadoni on yleisimmin määrätty opioidin korvaushoitolääke, ja sitä saa noin kaksi kolmasosaa (63 prosenttia) korvaushoitoasiakkaista. Asiakkaista 35 prosentille määrätään buprenorfiinipohjaista lääkettä, joka on ensisijainen korvaushoitolääke kahdeksassa maassa (kuva 3.6). Muita aineita, kuten hitaasti vapautuvaa morfiinia tai diasetyylimorfiinia (heroiinia), joita määrätään harvemmin, saa arviolta 2 prosenttia korvaushoitoasiakkaista Euroopassa.

Metadoni on yleisimmin määrätty opioidin korvaushoitolääke

KUVA 3.6

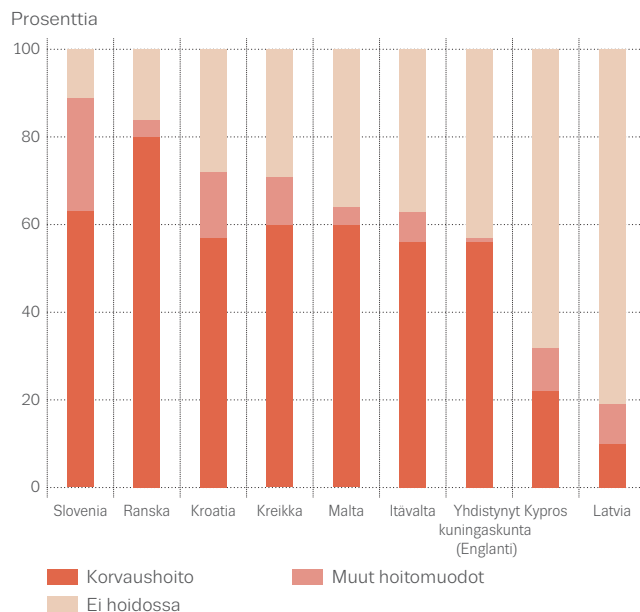
Ensisijainen opioidien korvaushoitolääke

- Buprenorfiini
- Metadoni
- Hitaasti vapautuva suun kautta otettava morfiini
- Buprenorfiinia ja metadonia määrätään yhtä paljon



KUVA 3.7

Huumehoitoa saavien suuren riskin opioidienkäyttäjien osuus (arvio)



Opioidienkäyttäjille on kaikissa Euroopan maissa tarjolla vaihtoehtoisia hoitoja, vaikka ne ovatkin harvinaisempia kuin korvaushoito. Yhdeksässä maassa, joissa tietoja on saatavilla, 1–26 prosenttia kaikista hoidossa olevista opioidienkäyttäjistä saa hoitoa, johon ei liity opioidikorvaushoitoa (kuva 3.7).

Vankilat: hepatiitti C:n hoidon alhainen saatavuus

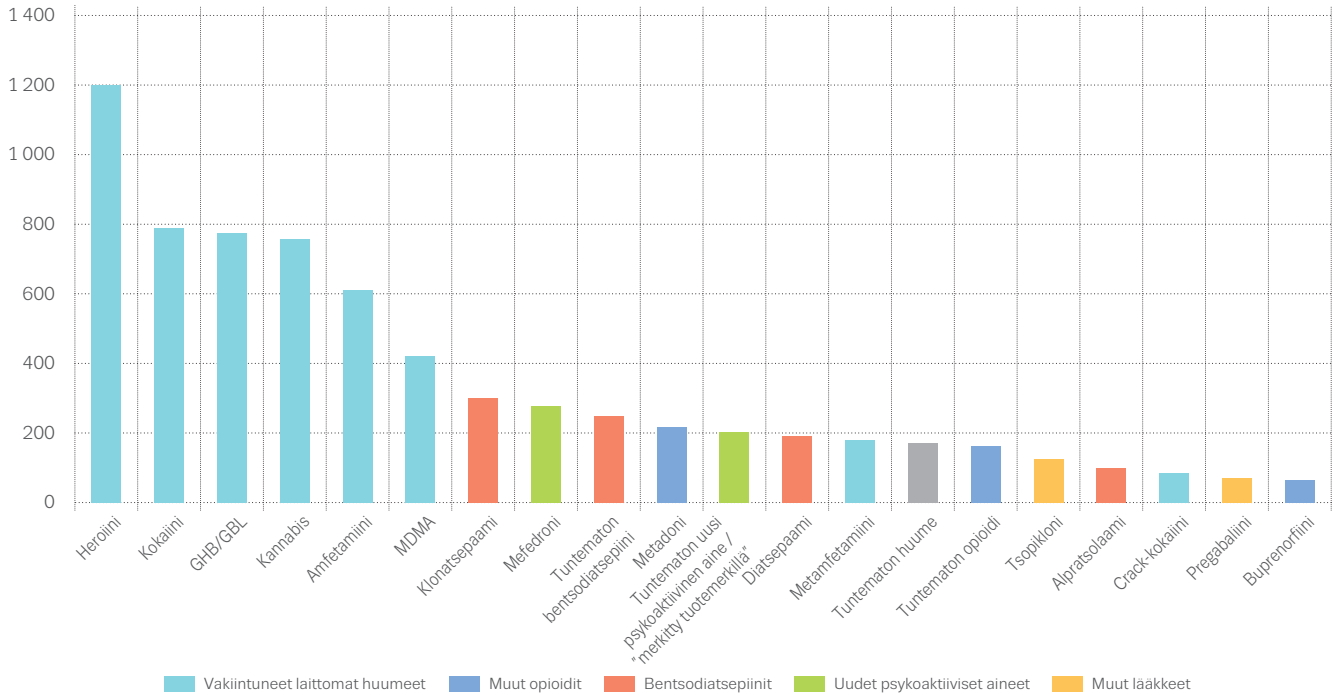
Ainakin kerran huumeita käyttäneiden määrä on suurempi vangeilla kuin kokonaisväestössä ja vankien huumeidenkäyttötavat (myös suonensisäinen käyttö) ovat myös haitallisempia. Vankiloissa on näin ollen myös tärkeää toteuttaa huumeisiin liittyviä toimenpiteitä. Monilla vangeilla on moninaisia terveydenhoitotarpeita,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

Kaksi tärkeää periaatetta, jotka koskevat terveysalan toimenpiteiden toteuttamista vankiloissa, ovat vastaavuus yhteisössä tarjottavien toimenpiteiden kanssa ja hoidon jatkuminen vangin vapautuessa. EMCDDA seuraa 30:tä maata, joista 28 maan vankiloissa on saatavana opioidikorvaushoitoa. Vieroitushoitoa, yksilö- ja ryhmäneuvontaa sekä kuntoutusohjelmia tai erityisiä sairaalaosastoja on saatavana useimmissa maissa. Monissa 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.

KUVA 3.8

Akuuttsairaaloiden ensiaputilanteissa 20 yleisimmin ilmoitettua huumetta vuonna 2015

Huumeita koskevat tiedot



Huom. Tulokset 5 054 ensiaputilanteesta 15 paikkakunnalla 9:ssä Euroopan maassa.

Lähde: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus).

Tarttuvien tautien testaus (HIV, HBV, HCV) on vankien saatavilla useimmissa maissa, vaikka hepatatiitti C:n hoitoa on harvoin tarjolla. Hepatiitti B:n rokotusohjelmia on käytössä 16 maassa. Puhtaiden injektiovälineiden tarjonta on harvinaisempaa: vain neljässä maassa on ruiskujen vaihto-ohjelmia tässä ympäristössä.

Vankilasta vapautumisen valmistelua, myös sosiaalista kuntoutusta, toteutetaan useimmissa maissa. Viidessä maassa on käytössä ohjelmia, joilla ehkäistään huumeiden yliannostusriskiä, joka on erityisen suuri opioidideja suonensisäisesti käytävillä vankilasta vapautumisen jälkeen. Ohjelmiin sisältyy koulutusta ja tiedottamista ja naloksonin tarjoamista vapauttamisen yhteydessä.

**Monilla vangeilla
on moninaisia
terveydenhoitotarpeita**

Ensiapukäynnit: syynä sekakäyttö

Sairaaloiden ensiaputiedoista voidaan saada tärkeää tietoa akuuteista huumeisiin liittyvistä haitoista. Tietoja on saatavilla European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) -verkostosta, joka seuraa huumeisiin liittyviä ensiaputilanteita 15 (akuutti)sairaalassa yhdeksässä Euroopan maassa. Vuonna 2015 raportoitiin 5 054 ensiaputilanteesta, joissa keski-ikä oli 31 vuotta. Useimmat näistä koskivat miehiä (77 prosenttia).

Keskimäärin 1,5 huumetta raportoitiin ensiaputilannetta (yhteensä 7 768) kohden (ks. kuva 3.8). Lähes kaksi kolmasosaa (65 prosenttia) tilanteista liittyi vakiintuneiden huumeiden käyttöön. Näistä yleisimmät olivat heroini, kokaiini, kannabis, GHB/GBL, amfetamiini ja MDMA. Yksi neljäsosa (24 prosenttia) liittyi reseptilääkkeiden tai reseptittä saatavien lääkkeiden (useimmiten opioidien ja bentsodiatsepiinien) väärinkäyttöön ja 9 prosenttia liittyi uusiin psykoaktiivisiin aineisiin (6 prosenttia vuonna 2014). Uusia psykoaktiivisia aineita koskevista tilanteista puoleen liittyi synteettinen katinoni ja 14 prosenttiin synteettinen kannabinoidi. Ensiaputilanteisiin liittyvät huumeet vaihtelivat paikkakunnittain, mikä näkyi paikallisissa käyttötavoissa. Esimerkiksi heroiinin liittyvät ensiaputilanteet olivat yleisimmät Dublinissa (Irlanti) ja Oslossa (Norja), kun taas GHB:hen/GBL:ään, kokaiiniin ja MDMA:han liittyvät ensiaputilanteet olivat yleisimmät Lontoossa (Yhdistynyt kuningaskunta).

Suurin osa (80 prosenttia) niistä, joilla oli akuutti huumeemyrkytys, kotoutettiin sairaalasta 12 tunnin kuluessa, ja pieni osa (6 prosenttia) sai vakavan myrkytyksen, joka edellytti tehohoitoa, ja 4 prosenttia pääsi psykiatriselle osastolle. Raportoidusta 17 kuolemantapauksesta noin puoleen (9) liittyi opioideja.

Vain harvalla maalla on käytössä valvontajärjestelmiä, joiden avulla voidaan kansallisella tasolla analysoida suuntauksia, jotka koskevat huumeisiin liittyviä akuutteja myrkytyksiä. Heroiiniin liittyvät akuutit hätätilanteet ovat lisääntyneet Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja vähentyneet Tšekin tasavallassa ja Tanskassa, joissa metadoniin liittyvät hätätilanteet ovat lisääntymässä. Liettuassa opioidiin liittyvät hätätilanteet melkein kaksinkertaistuivat vuosina 2013–2015. Espanjassa kokaiiniin liittyy noin puoleen raportoituuihin huumeisiin liittyviin hätätilanteisiin, ja suuntaus on tasaantumassa vähenemisen jälkeen, kun taas kannabikseen liittyvät hätätilanteet lisääntyvät edelleen. Sloveniassa kannabikseen liittyvät hätätilanteet ovat lisääntyneet. Alankomaissa puolet festivaalien ensiapupisteiden tapauksista (51 prosenttia) liittyi MDMA:han, ja sen osuus on laskussa. Tšekin tasavallan akuuttisairaaloitten ilmoittamat metamfetamiiniin liittyvät ensiaputilanteet lisääntyivät yli 50 prosentilla vuosina 2014–2015.

Uudet huumeet: erittäin voimakkaat ja niiden aiheuttamat haitat

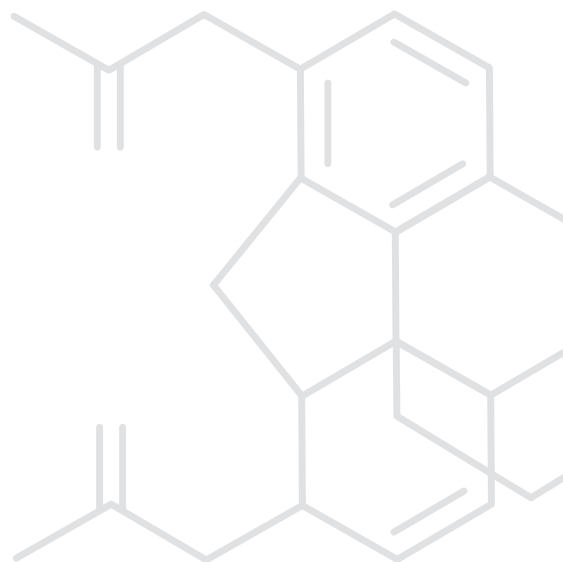
Uudet psykoaktiiviset aineet, myös uudet synteettiset opioidit, synteettiset kannabinoidit ja synteettiset katinonit, aiheuttavat monia vakavia haittoja Euroopassa.

Fentanyylit ovat erittäin voimakkaita opioideja, jotka aiheuttavat vakavan uhan ihmisten terveydelle ja kansanterveydelle, vaikka niiden merkitys onkin pieni Euroopan huumeemarkkinoilla. Tämä johtuu osittain käyttäjien kohonneesta vakavan ja kuolemaan johtavan myrkytyksen riskistä – joka usein ilmenee epidemioina – sillä fentanyylit aiheuttavat hengityselinten nopeaa ja vakavaa lamaantumista. Tämä johtuu myös vahingossa tapahtuvan altistumisen lisääntyneestä riskistä, joka johtaa muiden henkilöiden myrkytykseen: käyttäjän perhe ja ystävät, lainvalvontaviranomaiset, muu ensiapuhenkilöstö, hoitohenkilöstö ja laboratorioissa työskentelevät voivat olla vaarassa. Suojavarusteiden käyttö, jolla vähennetään vahingossa tapahtuvan altistumisen aiheuttamien haittojen riskiä, voi olla välttämätön joissakin ympäristöissä, kuten Euroopan rajoilla olevissa tullitoimipaikoissa, joissa voidaan käsitellä takavarikoitua irtotavarana olevaa fentanyylijauhetta. Lisäksi on olemassa näyttöä siitä, että fentanyylejä on myyty hyväuskoisille

käyttäjille vakiintuneina laittomina huumeina ja väärinnettynä kipulääkkeinä, mikä mahdollisesti lisää vakavan ja kuolemaan johtavan myrkytyksen riskiä joissakin käyttäjäryhmissä. Tällaisissa olosuhteissa on harkittava vastalääkkeen, naloksonin saatavuutta. Akuutin yliannostusriskin lisäksi fentanyylejä voidaan myös väärinkäyttää ja ne voivat aiheuttavat riippuvuutta, mikä voi lisätä kansanterveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia, jotka usein liitetään opioidien suuren riskin käyttöön.

Vuonna 2016 EMCDDA ja Europol käynnistivät akryloyylifentanyyliä ja furanyylifentanyyliä koskevat erityistutkimukset sen jälkeen, kun niistä havaittiin merkkejä EU:n varhaisvaroitusjärjestelmässä. Yli 50 kuolemantapausta kirjattiin, ja monet niistä johtuivat suoraan näistä aineista. EMCDDA antoi lisäksi viisi näihin ja muihin uusiin fentanyyleihin liittyvää hälytystä verkostoon eri puolilla Eurooppaa.

Uudet psykoaktiiviset aineet aiheuttavat monia vakavia haittoja Euroopassa



Synteettiset kannabinoidit ovat uusien aineiden toinen ryhmä, joka aiheutti edelleen ongelmia vuonna 2016. EMCDDA antoi hälytyksen kolmesta aineesta – MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA ja 5F-MDMB-PINACA – 45 vakavan haittatapahtuman perusteella, mukaan lukien 18 kuolemantapausta ja 27 myrkytystä, jotka eivät johtaneet kuolemaan. EMCDDA käynnisti myös menettelyn, joka johti MDMB-CHMICA:n riskinarviointiin. Tämä puolestaan johti siihen, että aineeseen kohdistettiin valvontatoimia koko Euroopassa (ks. laatikko).

Uudet huumeet: torjuntavalmiuksien kehittäminen

Uusiin aineisiin liitetyt haitat tuovat uusia haasteita etulinjassa työskenteleville toimijoille. EMCDDA:n tuoreessa analyysissä havaittiin, että eri ympäristöissä (hoito, ennaltaehkäisy ja haittojen torjunta) toimivat eurooppalaiset terveysalan ammattilaiset turvautuvat pääasiassa vakiintuneiden laittomien huumeiden torjuntatoimissa saatuun ammattikokemukseen ja siinä yhteydessä käytettyihin toimenpiteisiin. Näihin toimenpiteisiin sisältyy koulutusmateriaalin jakelu, steriilien injektiovälineiden tarjonta tai akuuttien hätätilanteiden symptomaattinen hallinta. Näyttöön perustuvia toimenpiteitä voidaan usein mukauttaa, jotta voidaan ottaa huomioon aineiden myrkyllisyys, riskiryhmien (esim. juhlijoiden, homoseksuaalisten miesten) sosiokulttuuriset ominaisuudet tai uusiin psykoaktiivisiin aineisiin liittyvä tietty riskikäyttäytyminen (esim. ruiskujen saatavuuden parantaminen vastaamaan tiheää suonensisäistä käyttöä). Analyysissä korostettiin myös ammatillisen koulutuksen, opastuksen ja valmiuksien kehittämistoimien tarvetta uusien huumeiden torjumisessa.

Eriyisen haastavaa on tarjota toimenpiteitä, jotka kohdistuvat vaikeasti tavoitettaviin huumeidenkäyttäjiin, kuten homoseksuaalisiin miehiin, kodittomiin ja vankeihin, joilla on uusiin psykoaktiivisiin aineisiin liittyviä merkittäviä haittoja. Joissakin maissa synteettisten kannabinoidien lisääntynyt käyttö vangeilla on aiheuttanut huolta sen vaikutuksesta henkiseen terveyteen, sen voimakkaista vieroitusoireista ja siihen liittyvästä lisääntyneestä väkivallasta. Monitieteelliset torjunta- ja yhteistyötoimet, joihin osallistuu monia eri terveydenhoitopalvelujen tarjoajia eri toimintaympäristöissä (esim. seksiin liittyvät terveysklinikat, vankilat ja huumehoitokeskukset), näyttävät olevan tärkeä osa uusiin psykoaktiivisiin aineisiin liittyvien terveyshaittojen torjuntaa Euroopassa.

MDMB-CHMICA:n riskinarviointi

Heinäkuussa 2016 MDMB-CHMICA:sta tuli ensimmäinen synteettinen kannabinoidi, jolle EMCDDA teki riskinarvioinnin. Unkari teki siitä ensimmäisen ilmoituksen EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään vuonna 2014, ja se havaittiin myöhemmin 23:ssa EU:n jäsenvaltiossa, Turkissa ja Norjassa. Aine liittyi yli 20 vakavaan myrkytykseen ja 28 kuolemantapaukseen.

MDMB-CHMICA:ta valmistetaan jauhemuotoisena irtotavarana Kiinassa ja tuodaan Eurooppaan, jossa se käsitellään ja pakataan ”polttaviksi yrttiseoksiksi”. Monien MDMB-CHMICA:n ja muiden synteettisten kannabinoidien aiheuttamien haittatapahtumien ajatellaan liittyvän näiden aineiden suureen voimakkuuteen ja huonoihin valmistuskäytäntöihin. On näyttöä siitä, että tuottajat arvaavat käytettävän aineen määrän, kun ne valmistavat ”poltettavia seoksia”. Lisäksi käytetyt karkeat valmistusmenetelmät eivät ehkä levitä ainetta tasaisesti tuotteisiin. Tämä voi johtaa siihen, että jotkin otokset sisältävät suuria määriä ainetta, mikä johtaa suuriin annoksiin ja lisääntyneeseen vakavaan myrkytykseen ja kuoleman riskiin.

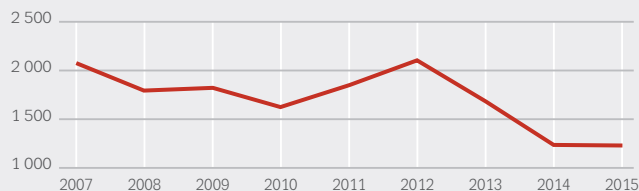
Krooniset huumeisiin liittyvät haitat: HIV-diagnoosit vähenevät, mutta paikallisia epidemioita esiintyy

Huumeiden käyttäjät, varsinkin huumeita suonensisäisesti käyttävät, ovat vaarassa saada tartuntatauteja käyttäessään yhteisiä välineitä ja harrastaessaan suojaamatonta seksiä. Huumeiden suonensisäinen käyttö on edelleen veren välityksellä leviävien infektioiden, kuten hepatiitti C:n (HCV) sekä joissakin maissa ihmisen immuuniviruksen (HIV), keskeinen leviämismekanismi. Vuonna 2015 Euroopan unionissa ilmoitettiin 1 233 uutta HIV-diagnoosia huumeita suonensisäisesti käyttävillä (kuva 3.9). Tämä vastaa 5:tä prosenttia 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 2007–2015 määrä on vähentynyt yhteensä 41 prosenttia. Huumeiden suonensisäinen käyttö on kuitenkin edelleen keskeinen leviämistapa joissakin maissa. Vuonna 2015 vähintään neljäsosa äskettäin diagnosoiduista uusista HIV-tapauksista johtui huumeiden suonensisäisestä käytöstä Liettuassa (34 prosenttia), Latviassa (32 prosenttia), Luxemburgissa (27 prosenttia) ja Virossa (25 prosenttia).

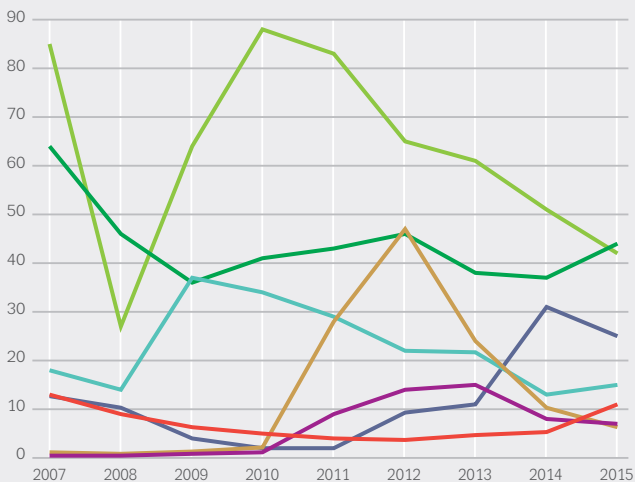
KUVA 3.9

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

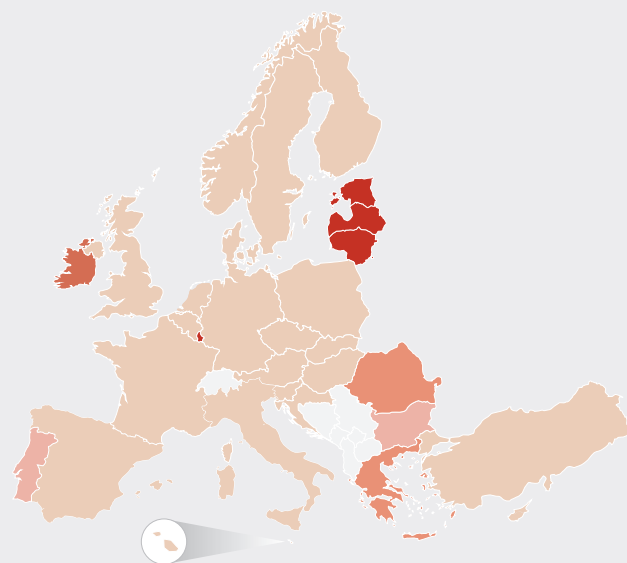
Tapaukset Euroopan unionissa



Tapausten määrä miljoonaa henkeä kohti



— Latvia — Viro — Luxemburg — Liettua
— Irlanti — Romania — Kreikka



Tapausten määrä miljoonaa henkeä kohti

■ <3 ■ 3,1–6 ■ 6,1–9 ■ 9,1–12 ■ >12

Huom. Vuoden 2015 tiedot (lähde: ECDC).

Vaikka suurin osa maista ilmoitti suonensisäiseen käyttöön liittyvien HIV-tapausten määrän laskusta vuosina 2014–2015, Saksa, Irlanti ja Yhdistynyt kuningaskunta ilmoittivat tapausten lisääntyneen tasolle, joita ei ole nähty seitsemään tai kahdeksaan vuoteen. Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa tämä johtui osittain uusien HIV-infektioiden paikallisista epidemioista huumeita suonensisäisesti käytävillä. Luxemburg ilmoitti myös epidemiasta vuonna 2014. Stimulanttien suonensisäinen käyttö sekä käyttäjien syrjäytymisen lisääntyminen ovat olleet yhteisiä tekijöitä näissä epidemioissa. Stimulanttien suonensisäinen käyttö seksuaalisen kanssakäymisen yhteydessä ("slamming") pienissä ryhmissä, joihin kuuluu homoseksuaalisia miehiä, on liitetty infektion leviämisen lisääntyneeseen riskiin.

Vuonna 2015 Euroopan unionissa ilmoitetuista uusista AIDS-tapauksista, joissa leviämisreitti tiedettiin, 14 prosenttia johtui huumeiden suonensisäisestä käytöstä. Suonensisäiseen käyttöön liittyvää 479 ilmoitusta on vähän yli neljäsosa kymmenen vuotta sitten ilmoitetusta määrästä. Moni näistä tapauksista ilmoitettiin Kreikassa, Latviassa ja Romaniassa, joissa HIV-testausta ja hoitotoimia on edelleen vahvistettava.

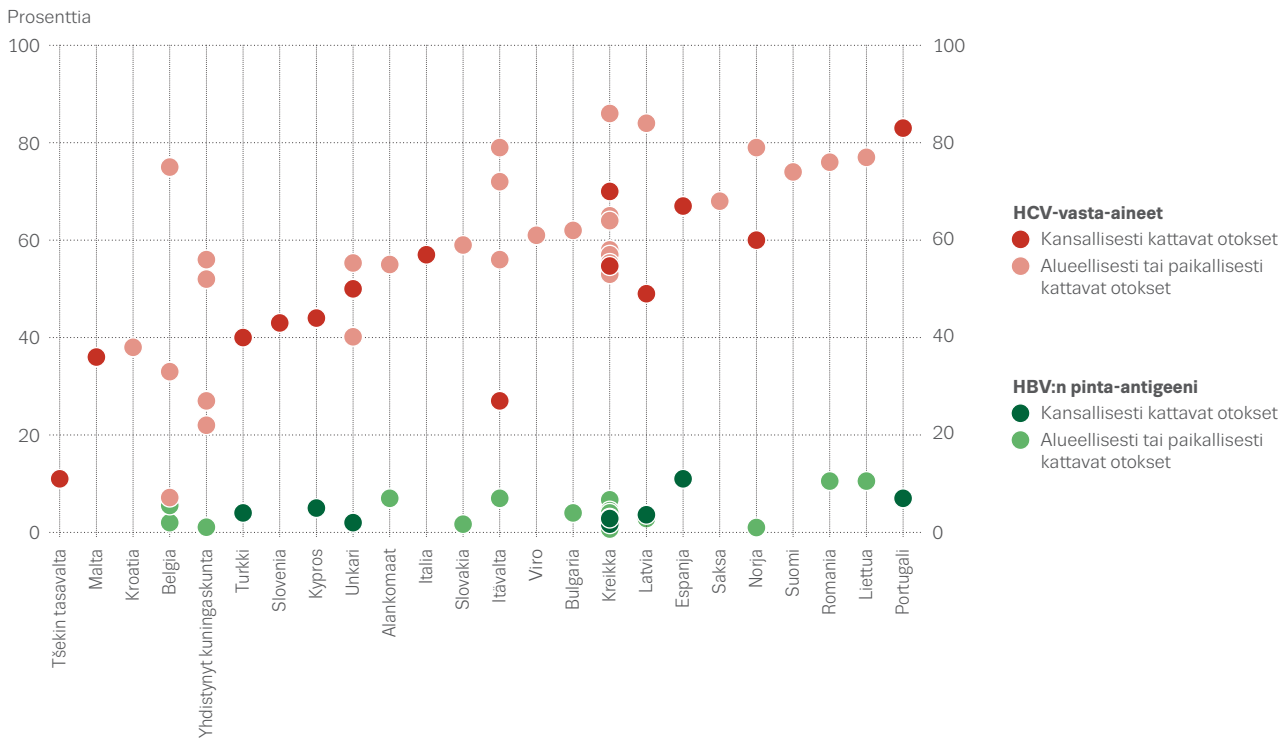
HCV:n esiintyvyys: kansallisia vaihteluita

Virushepatiitti, erityisesti C-hepatiittiviruksen (HCV) aiheuttama infektio, on hyvin yleinen huumeita suonensisäisesti käytävillä eri puolilla Eurooppaa. Jokaista 100:aa HCV:n saanutta henkilöä (jonka verestä löytyy vasta-aineita) 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 vakavaan maksasairauksiin, muun muassa kirroosiin ja syöpään.

**Huumeita suonensisäisesti
käyttävillä uusien
HIV-infektioiden määrä
on vähentynyt**

KUVA 3.10

HCV-vasta-aineiden ja HBV:n pinta-antigeenin esiintyvyyttä huumeita suonensisäisesti käyttävillä vuosina 2014–2015



HCV-vasta-aineet ovat merkki olemassa olevasta tai aiemmasta tartunnasta, ja niiden esiintyvyys kansallisissa huumeita suonensisäisesti käyttävien otoksissa vuosina 2014–2015 vaihteli 16 prosentista 84 prosenttiin, ja kansallisia tietoja toimittaneista 13 maasta viisi ilmoitti yli 50 prosentin määristä (kuva 3.10). Niistä maista, jotka toimittivat tietoja vuosien 2010–2015 kansallisista suuntauksista, HCV:n esiintyvyys huumeita suonensisäisesti käyttävillä väheni neljässä maassa mutta lisääntyi kolmessa.

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, huumeidenkäyttäjistä 1,7–11 prosenttia arvioitiin saaneen HBV-infektion.

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

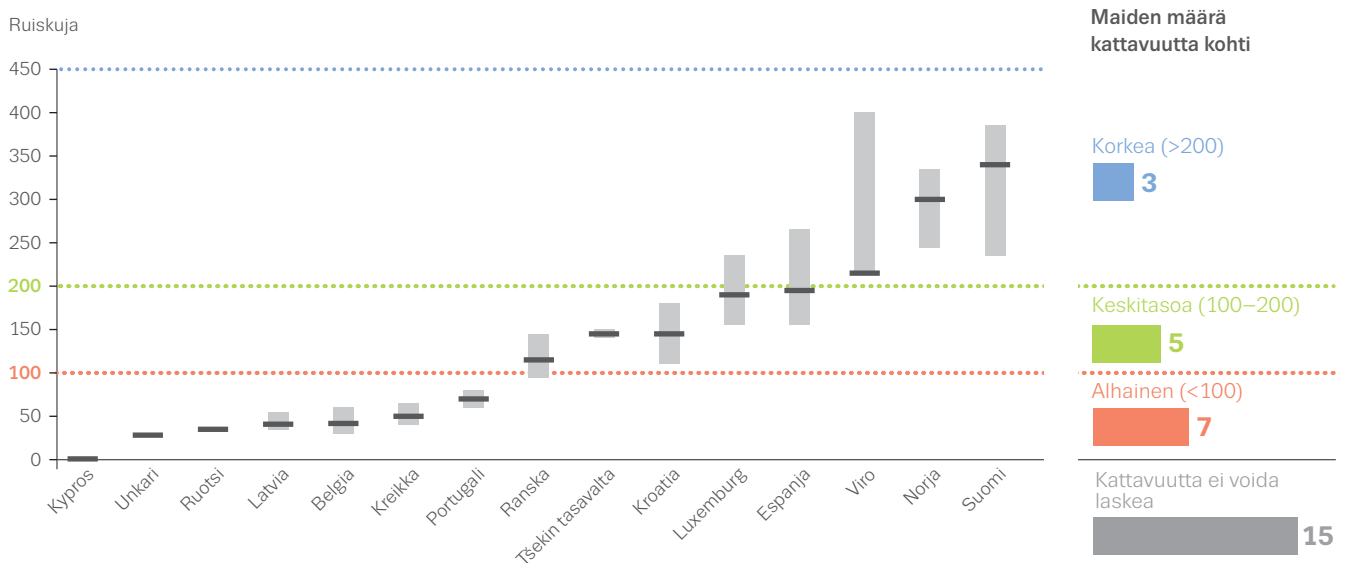
Tartuntataudit: ennaltaehkäisytoimet

Päämenetelmät huumeisiin liittyvien tartuntatautien vähentämiseksi huumeita suonensisäisesti käyttävillä ovat opioidikorvaushoidon tarjonta, steriilien injektiovälineiden tarjonta, suonensisäiseen käyttöön liittyvää riskikäyttäytymistä koskeva neuvonta, hepatiitti B:n rokotukset, tartuntatautien testaus, hepatiitin hoito ja HIV:n hoito.

Opioidia suonensisäisesti käyttävien osallistuminen korvaushoitoon 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 vähentää HIV:n leviämistä huumeita suonensisäisesti käyttävien keskuudessa. EMCDDA seuraa 30:tä maata, joissa kaikissa Turkkia lukuun ottamatta tarjotaan maksutta puhtaita injektiovälineitä jakamiseen erikoistuneista toimipisteistä. Ruiskujen jakelupisteiden maantieteellinen jakautuminen sekä se, missä määrin toimenpide kattaa kohdeväestön, vaihtelevat kuitenkin merkittävästi eri maissa (kuva 3.11). Erityisohjelmien kautta jaettavien ruiskujen tarjontaa koskevia tietoja on saatavilla 25 maasta, jotka ovat ilmoittaneet jakaneensa yhteensä noin 52 miljoonaa

KUVA 3.11

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



Huom. Tiedot esitetty piste-estimaatteina ja epävarmuusväleinä.

ruiskua vuosina 2014–2015. Tämä luku on arvioitu todellista lukua paljon pienemmäksi, sillä useat suuret maat, kuten Saksa, Italia ja Yhdistynyt kuningaskunta, eivät anna täydellisiä tietoja ruiskujen tarjonnasta.

Huumehoitopalvelujen ja seksiin liittyvien terveyspalvelujen tarjoajien välisten yhteyksien luominen voi olla erityisen tärkeää, jotta voidaan ratkaista tehokkaasti homoseksuaalisten miesten stimulanttien suonensisäiseen käyttöön liittyviä ongelmia. Tähän ryhmään kohdistuvia tärkeitä ennaltaehkäisytoimia ovat infektioiden testaus ja hoito, terveysvalistus sekä ennaltaehkäisyateriaalin, myös kondomien ja steriilien injektiovälineiden, jakelu. Sukupuoliyhteyden välityksellä tarttuvien HIV-infektioiden ehkäisemiseksi ennalta ehkäisevien lääkkeiden tarjoaminen on myös lisävaihtoehto suuren riskin väestöryhmille.

Varhaisten HIV-diagnoosien lisääntyminen: laajennetut testausmahdollisuudet

Myöhään tehty HIV-diagnosi – kun infektio on jo alkanut vahingoittaa immuunijärjestelmää – on erityinen ongelma huumeiden suonensisäisille käyttäjille. Vuonna 2015 äskettäin ilmoitetuista suonensisäiseen käyttöön liittyvistä tartunnoista 58 prosenttia diagnosoitiin myöhään. Tätä voidaan verrata myöhään tehtyjen diagnoosien EU:n keskiarvoon, joka on 47 prosenttia kaikkien tartuntareittien osalta. Myöhäinen HIV-diagnosi liittyy lisääntyneeseen sairastavuuteen ja kuolleisuuteen sekä antiretroviraalihoidon aloittamisen viivästymiseen. HIV:n osalta ”testaa ja hoida” -toimintatapa, jossa antiretroviraalihoito aloitetaan heti HIV-diagnoosin jälkeen, johtaa tartunnan vähenemiseen, ja se on erityisen tärkeä ryhmillä, joiden riskikäyttäytyminen on merkittävä, kuten huumeita suonensisäisesti käyttävillä. Varhaisen diagnoosin ja antiretroviraalihoidon aloittamisen ansiosta tartunnan saaneilla on normaali elinajanodote.

Monissa maissa yhteisöpohjaiset ja matalan kynnyksen huumehoitopalvelut tarjoavat HIV:n testausmahdollisuuksia ja laajentavat niiden saatavuutta. Tavoitteena on lisätä testausten tekemistä ja infektioiden varhaista havaitsemista. EU:n vähimmäislaatustandardit edistävät veren välityksellä leviävien tartuntatautiin vapaaehtoisista testauksista yhteisön toimipisteissä ja riskikäyttäytymiseen liittyvää neuvontaa sekä auttavat taudin hallinnassa. Huumeiden käyttäjiä koskevat mielikuvat ja heidän syrjäytymisensä ovat edelleen keskeisiä testauksen ja hoidon esteitä.

HCV:n hoito: tehokkaampia lääkkeitä

Koska HCV-infektiot ovat hyvin yleisiä huumeita suonensisäisesti käyttävillä, he ovat testauksen ja hoidon keskeisiä kohderyhmiä maksasairauksien etenemisen ja kuolemien estämiseksi. Infektiota mahdollisesti levittävien henkilöiden määrän vähentäminen HCV-hoitoa tarjoamalla on olennainen osa kattavaa ennaltaehkäisytyötä. Euroopan kliinisissä ohjeissa suositellaan, että kaikkien potilaiden, joilla on kroonisia maksasairauksia HCV-infektion takia, olisi voitava saada hoitoa. Ohjeissa suositellaan myös, että hoitoa olisi harkittava viipymättä, kun kyse on henkilöistä, jotka voivat tartuttaa virusta (myös huumeita suonensisäisesti aktiivisesti käyttävät), että HCV-hoitoa olisi tarjottava huumeiden käyttäjille tapauskohtaisesti ja sitä olisi annettava monitieteellisessä ympäristössä.

Vuodesta 2013 saatavilla olevista tehokkaista, siedetyimmistä suun kautta otettavista interferonivapaista lääkkeistä, joissa on antiviruseräineitä, on tulossa pääasiallinen lääke HCV-infektioiden hoitoon. Näiden lääkkeiden avulla huumehoitoa voidaan antaa yhteisössä, mikä voi lisätä hoitoon hakeutumista ja hoidon saatavuutta. Monet Euroopan maat hyväksyvät hepatiittivirusta koskevia uusia strategioita, päivittävät hoito-ohjeita ja parantavat HCV-testausta ja yhteyksiä hoitoon. Haasteita on kuitenkin edelleen, kuten testausten vähäinen määrä, epäselvät hoitonohtausmenetelmät ja hoitoreitit monissa maissa sekä uusien lääkkeiden korkeat kustannukset.

Yliannostuskuolemien viimeaikainen lisääntyminen

Huumeidenkäyttö on tunnustettu Euroopassa aikuisten vältettävissä olevaksi kuolinsyiksi. 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 huumeiden käyttäjien kuolemantapausten lisääntyminen.

Huumeiden yliannostus on edelleen huumeiden suuren riskin käyttäjien yleisin kuolinsyy Euroopassa. Yli kolme neljäsosaa yliannostuksen uhreista on miehiä (78 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.

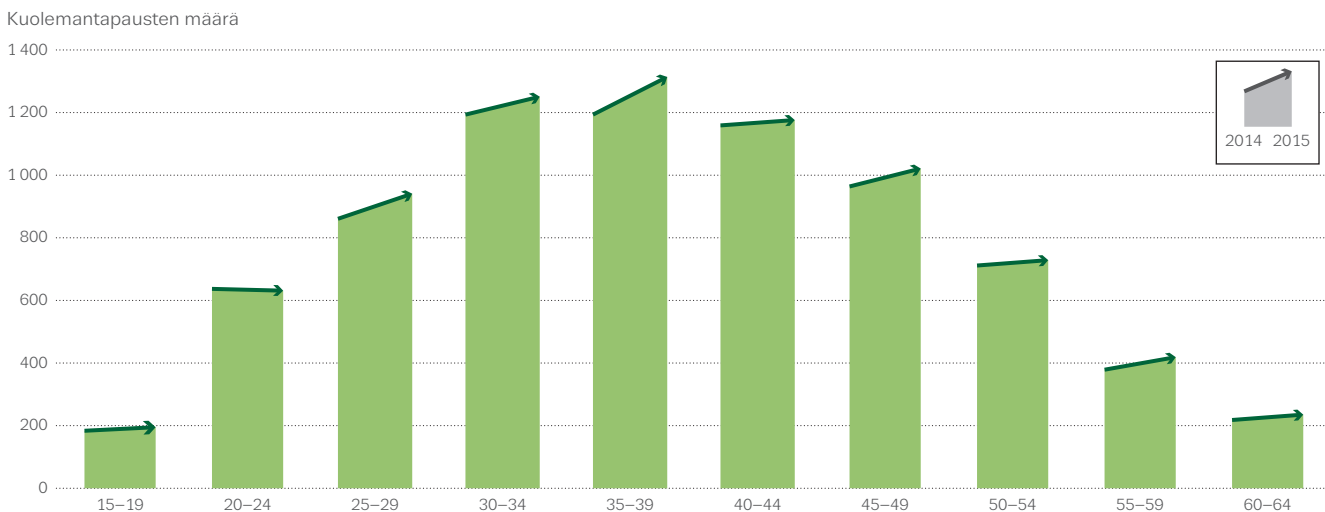
Arvioiden mukaan Euroopan unionissa tapahtui vuonna 2015 vähintään 7 585 yliannostuskuolemaa, jotka liittyivät vähintään yhteen laittomaan huumeeseen. Yliannostuskuolemien määrä nousee arviolta 8 441:een, jos Norjan ja Turkin tiedot otetaan huomioon. Tämä merkitsee 6 prosentin kasvua verrattuna vuoden 2014 tarkistettuun lukuun, joka on 7 950. Kasvua on havaittu melkein jokaisessa ikäryhmässä (kuva 3.12). Kuten aikaisempina vuosina, Yhdistyneen kuningaskunnan (31 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, vuoden 2014 tarkistetuissa tiedoissa vahvistetaan, että yliannostuskuolemien määrä on lisääntynyt Espanjassa, kun taas Liettuassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa vuonna 2014 havaittu yliannostuskuolemien määrän lisääntyminen on jatkunut vuonna 2015. Nousua on nyt havaittu myös Saksassa ja Alankomaissa. Ruotsissa on myös havaittu selvä nouseva suuntaus, vaikka tämä voi osittain johtua tutkimus-, koodaus- ja raportointikäytäntöjen muutosten yhteisvaikutuksista. Turkissa yliannostuskuolemat ovat edelleen lisääntyneet, mutta tämä näyttää lähinnä johtuvan tietojenkeruun ja raportoinnin parantumisesta.

Yliannostuskuolemien määrä nousi vanhemmissa ikäryhmissä, joilla on suurin yliannostuskuoleman riski, vuosina 2007–2015, mikä kuvaa Euroopan opioideja

**Huumeidenkäyttö
on tunnustettu Euroopassa
aikuisten vältettävissä
olevaksi kuolinsyiksi**

KUVA 3.12

Euroopassa vuosina 2014 ja 2015 ilmoitettujen huumekuolemien määrä ikäryhmittäin



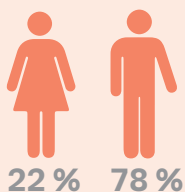
käyttävän väestön ikääntymistä, kun taas nuorissa ikäryhmissä yliannostuskuolemien määrä väheni. Yliannostustapauksista 10 prosenttia koskee kuitenkin nuorempia kuin 25-vuotiaita, ja yliannostuskuolemien määrä on viime aikoina hieman lisääntynyt alle 25-vuotiaiden keskuudessa useissa maissa, myös Ruotsissa ja Turkissa.

Opioideihin liittyvät kuolemantapaukset lisäävät kokonaiskasvua

Heroiini tai sen metaboliitit ovat osallisina useimmissa Euroopassa ilmoitetuissa kuolemaan johtaneissa yliannostustapauksissa. Usein niitä on käytetty yhdessä muiden aineiden kanssa. Tuoreimmat tiedot osoittavat, että heroiniin liittyvät kuolemantapaukset ovat lisääntyneet Euroopassa, erityisesti Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Englannissa ja Walesissa heroini tai morfiini mainittiin 1 200 kuolemantapauksessa vuonna 2015. Tämä merkitsee 26 prosentin kasvua edelliseen vuoteen verrattuna ja 57 prosentin kasvua vuoteen 2013 verrattuna. Heroiniin liittyvät kuolemantapaukset lisääntyivät myös Skotlannissa (Yhdistynyt kuningaskunta),

HUUMEKUOLEMAT

Ominaispiirteet



Vainajan keskimääräinen ikä

38

Kuolemat, joihin liittyi opioideja



Vainajan ikä

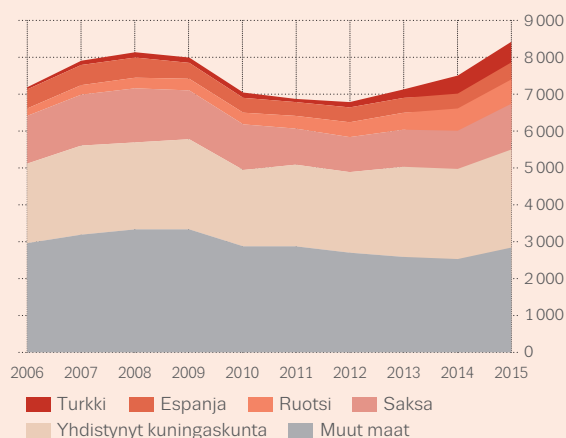


Kuolemantapausten määrä

7 585 EU

8 441 EU + 2

Yliannostuskuolemia koskevat suuntaukset



Huom. EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa.

Irlannissa ja Turkissa. Muita opioideja mainitaan myös säännöllisesti toksikologisissa raporteissa. Näiden aineiden, lähinnä metadonin ja buprenorfiinin, mutta myös fentanyyliin ja tramadoloin, on todettu aiheuttaneen huomattavan osan yliannostuskuolemista joissakin maissa. Tuoreimpien tietojen mukaan metadoniin liittyvien kuolemien määrä ylitti heroiiniin liittyvien kuolemien määrän Kroatiaassa, Tanskassa, Ranskassa ja Irlannissa.

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 320:een vuosina 2013–2015. Monia näistä pidettiin kuitenkin heroiiniyliannostuksina myös crackia käyttäneiden keskuudessa. Espanjassa, jossa kokaiiniin liittyvät kuolemantapaukset ovat pysyneet vakaina muutaman vuoden ajan, kokaiini oli toiseksi yleisin laiton huume yliannostuskuolemista vuonna 2014 (269 tapaus). Vuonna 2015 stimulantteihin liittyvissä kuolemantapauksissa Turkissa kokaiini mainittiin 56 tapauksessa, amfetamiini 206 tapauksessa ja MDMA 166 tapauksessa (joista 62 liittyi pelkästään MDMA:n käyttöön). Synteettiset kannabinoidit mainittiin Turkissa 137 tapauksessa, joista 63 liittyi pelkästään näiden aineiden käyttöön.

Korkeimmat kuolleisuusluvut Pohjois-Euroopassa

Arvioiden mukaan yliannostus aiheutti vuonna 2015 Euroopassa 20,3 kuolemaa miljoonaa 15–64-vuotiasta kohti. Miesten kuolleisuus (32,3 tapaus miljoonaa miestä kohti) on lähes neljä kertaa korkeampi kuin naisten (8,4 tapaus miljoonaa naista kohti). Yliannostuksiin liittyvät kuolleisuusluvut ovat korkeimmat 35–39-vuotiailla miehillä ja 30–34-vuotiailla naisilla. Yliannostukseen kuolleiden miesten keski-ikä on kuitenkin alhaisempi: 38 verrattuna naisten keski-ikään, joka on 41. Kansalliset kuolleisuusluvut ja suuntaukset vaihtelevat huomattavasti (kuva 3.13), ja niihin vaikuttavat esimerkiksi huumeiden käytön yleisyys ja käyttötavat, kansalliset raportointikäytännöt sekä tietojen ja

yliannostustapausten kirjaaminen kansallisiin kuolleisuustietokantoihin. Tuoreimpien saatavilla olevien tietojen mukaan kahdeksassa Pohjois-Euroopan maassa sattui yli 40 kuolemantapausta miljoonaa henkeä kohti. Eniten kuolemantapauksia sattui Virossa (103 tapaus miljoonaa kohti), Ruotsissa (100 tapaus miljoonaa kohti), Norjassa (76 tapaus miljoonaa kohti) ja Irlannissa (71 tapaus miljoonaa kohti) (kuva 3.13).

Yliannostusten ja huumekuolemien ennaltaehkäisy

Kuolemaan johtavien yliannostusten ja muiden huumausaineisiin liittyvien kuolemantapausten vähentäminen on edelleen Euroopassa tärkeä kansanterveydellinen haaste. Tämän alan toimissa keskitytään joko ehkäisemään yliannostuksia tai lisäämään todennäköisyyttä selviytyä yliannostuksesta.

Havaintotutkimusten meta-analyysi tukee metadonin korvaushoidon tehokkuutta kuolleisuuden vähentämisessä (yliannostus ja muut syyt) opioideista riippuvaisten käyttäjien keskuudessa. Metadonihoidossa olevien asiakkaiden kuolleisuus oli alle kolmasosa hoidon ulkopuolella olevien opioidienkäyttäjien odotetusta kuolleisuudesta. Kuolemanriskin arviointi hoidon eri vaiheissa viittaa siihen, että on tarpeen keskittyä hoidon alkuvaiheessa annettaviin toimenpiteisiin (neljän ensimmäisen viikon aikana, erityisesti metadonin osalta) ja hoidon päättymisen jälkeen annettaviin toimenpiteisiin. Hoidon päättymisen jälkeen neljään ensimmäiseen viikkoon liittyy suurempi yliannostuksen riski. Tämä osoittaa, että potilaat, jotka hakeutuvat usein hoitoon ja lähtevät usein hoidosta, ovat erityisen alttiita yliannostukselle.

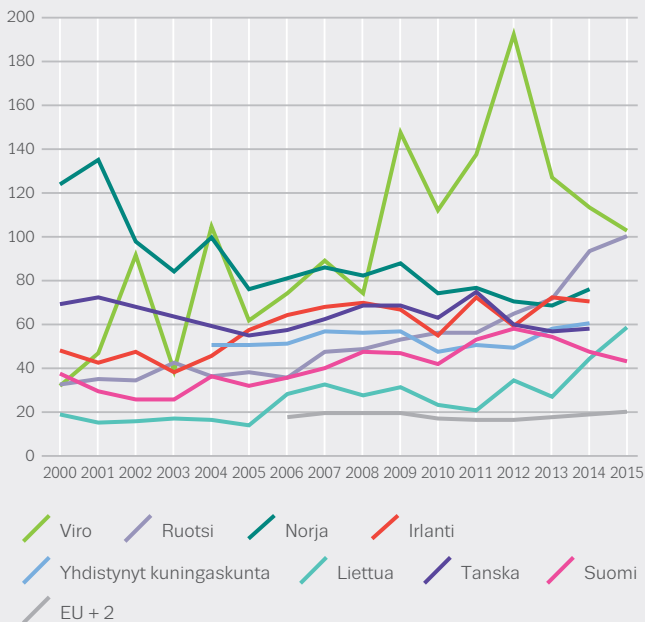
Valvottujen huumeidenkäyttölaitosten tarkoituksena on ehkäistä yliannostuksia ja varmistaa ammattiavun saatavuus yliannostustapauksissa. Kuudessa EU:n maassa ja Norjassa on jo tällaisia tiloja yhteensä 78. Vuonna 2016 Ranskassa avattiin kaksi huumeidenkäyttötillaa kuuden vuoden koeajaksi ja uusia tiloja perustettiin Tanskaan ja Norjaan.

**Potilaat, jotka hakeutuvat
usein hoitoon ja lähtevät
usein hoidosta, ovat erityisen
alttiita yliannostukselle**

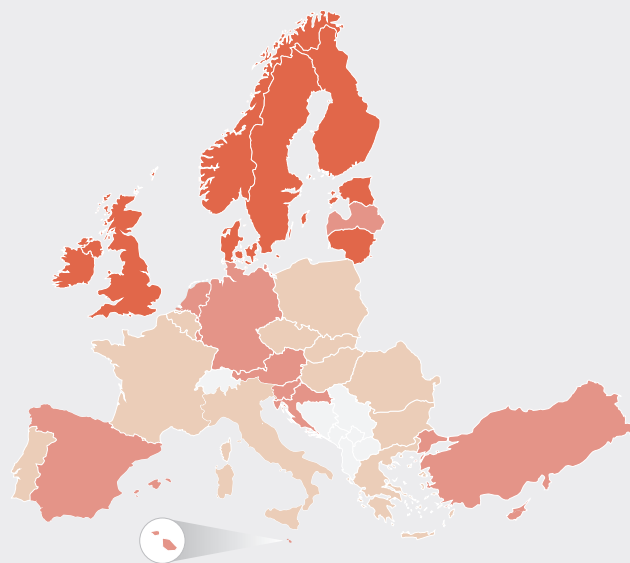
KUVA 3.13

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

Tapausten määrä miljoonaa henkeä kohti



Huom. Suuntaukset kahdeksassa maassa, jotka ilmoittivat suurimmat luvut vuonna 2015 tai 2014, ja yleinen eurooppalainen suuntaus. EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkkiä ja Norjaa.



Tapausten määrä miljoonaa henkeä kohti
 <10 10–40 >40

Naloksoni: uusia tuotteita kehitetään

Naloksoni on opioidiantagonisti, joka voi estää opioidiylännostuksen, ja sitä käytetään sairaaloiden ensiapuosastoilla ja ambulansseissa. Viime vuosina kotiin vietävän naloksonin jakaminen opioidienkäyttäjille, heidän kumppaneilleen, vertaisilleen ja perheilleen on lisääntynyt, kuten myös yliannostusten tunnistamista ja yliannostustilanteisiin reagoimista koskeva koulutus. Naloksonia on myös annettu huumeidenkäyttäjien kanssa säännöllisesti tekemisiin joutuvan henkilökunnan käyttöön. Kymmenessä Euroopan maassa naloksonia tarjotaan kotiin vietäväksi. Huumehoito- ja terveyspalvelut tarjoavat yleensä naloksonia esitötetyissä ruiskuissa, vaikka Norjassa ja Tanskassa naloksonia voidaan antaa myös nenän kautta adaptorin avulla. Ranskassa nenän kautta

annosteltavalle lääkkeelle on annettu väliaikainen käyttöluupa. Sen jälkeen, kun tarjonta on lisääntynyt yhteisössä vuodesta 2013, kotiin vietävän naloksonin tarjontaa laajennettiin Virossa vankiloihin vuonna 2015. Äskettäisessä kotiin vietävän naloksonin 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. Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Skotlannissa) tehdyssä kansallista naloksoniohjelmaa koskevassa arvioinnissa havaittiin, että kuukauden aikana vankilasta vapautumisen jälkeen tapahtuvien opioideihin liittyvien kuolemantapausten määrä väheni merkittävästi naloksoniohjelman avulla.

LISÄTIETOJA

EMCDDA:n julkaisuja

2017

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

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

Country Drug Reports 2017.

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

2016

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

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

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

Health responses to new psychoactive substances.

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

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

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

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

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

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

EMCDDA:n ja ECDC:n yhteisiä julkaisuja

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.

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

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 osa EMCDDA:n **vuoden 2017 tilastotiedotetta (Statistical bulletin)**, josta ne ovat peräisin. Samasta tilastotiedotteesta on saatavissa kuvauksia ja metadataa. On mainittu, mitä vuotta tiedot koskevat.

TAULUKKO A1

OPIOIDIT

Maa	Arvio opioidien suuren riskin käytöstä		Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna						Korvaushoidossa olevat asiakkaat
			Opioidien käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista			Niiden asiakkaiden osuus (%), jotka käyttävät opioideja pääasiassa suonensisäisesti			
			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	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bulgaria	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
Tšekin tasavalta	2015	1,8–1,9	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Tanska	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Saksa	2014	2,7–3,3	32,9 (28 669)	13,3 (3 552)	41,4 (25 117)	32,6 (11 392)	29,4 (1 549)	33,2 (9 843)	77 200
Viro	–	–	93,3 (263)	87,3 (55)	95 (153)	70,7 (183)	67,3 (37)	82,2 (125)	1 166
Irlanti	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Kreikka	2015	2,1–2,8	69,8 (2 836)	52,9 (834)	80,8 (1 984)	32,4 (914)	26,6 (221)	34,9 (690)	10 082
Espanja	2014	1,6–2,6	24,6 (12 032)	10,5 (2 486)	42,9 (8 056)	13,7 (1 568)	7,4 (178)	15,2 (1 173)	61 859
Ranska	2013–14	4,4–7,4	28 (13 744)	15 (2 378)	48,9 (8 310)	18,5 (2 150)	12,3 (263)	21,1 (1 505)	168 840
Kroatia	2015	2,5–4,0	81,3 (6 124)	20,8 (176)	89,1 (5 917)	72,1 (4 377)	36,5 (62)	73,2 (4 299)	5 061
Italia	2015	4,6–5,9	53,3 (25 144)	38,8 (8 040)	64,6 (17 104)	50,8 (10 620)	39,5 (2 521)	55,8 (8 099)	60 047
Kypros	2015	1,9–3,2	25,7 (205)	11,5 (50)	44,2 (142)	48 (97)	46 (23)	48,9 (68)	252
Latvia	2014	3,4–7,5	53,5 (402)	32,7 (128)	76,1 (274)	92,3 (370)	82,8 (106)	96,7 (264)	609
Liettua	2007	2,3–2,4	89 (2 268)	66,1 (261)	94 (1 991)	87,2 (1 970)	89,3 (233)	87 (1 724)	596
Luxemburg	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Unkari	2010–11	0,4–0,5	3,6 (156)	1,6 (46)	8,4 (93)	53,5 (77)	48,9 (22)	56 (51)	669
Malta	2015	5,6–6,5	73,2 (1 296)	28,7 (66)	79,8 (1 230)	61,9 (760)	43,9 (25)	62,8 (735)	1 026
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	55,4 (2 016)	26,9 (351)	71,4 (1 665)	32,3 (516)	23 (73)	34,5 (443)	17 599
Puola	2014	0,4–0,7	16,3 (1 465)	4,8 (208)	27,6 (1 224)	62,1 (902)	40,8 (84)	65,6 (800)	2 564
Portugali	2012	4,2–5,5	49,2 (1 357)	28,9 (458)	76,8 (899)	16,6 (209)	9,9 (40)	19,8 (169)	17 011
Romania	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Slovenia	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Slovakia	2008	1,0–2,5	24,1 (602)	14,8 (179)	33,6 (414)	68,5 (402)	51,4 (91)	75,7 (305)	600
Suomi	2012	3,8–4,5	51,7 (339)	38,3 (106)	61,5 (233)	73,3 (247)	65,7 (69)	76,7 (178)	3 000
Ruotsi (¹)	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Yhdistynyt kuningaskunta	2010–11	7,9–8,4	49,7 (59 763)	21,7 (8 595)	63,5 (50 984)	31,8 (13 125)	17,5 (929)	34 (12 139)	142 085
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)	12 500
Norja (²)	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
Euroopan unioni	–	–	37,6 (181 918)	18,3 (32 921)	51,4 (143 189)	36,6 (55 311)	28,2 (7 550)	39 (46 856)	626 541
EU, Turkki ja Norja	–	–	38,2 (190 996)	19,8 (36 548)	52 (147 635)	36 (57 305)	26,7 (8 111)	38,8 (48 289)	646 539

Korvaushoidossa olevia asiakkaita koskevat tiedot ovat vuodelta 2015 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana: Tanskan, Suomen, Alankomaiden ja Espanjan osalta vuodelta 2014 ja Turkin osalta vuodelta 2011.

(¹) Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevia ja hoitoon uudelleen tulevia koskevat tiedot ovat saatavilla ainoastaan kahdesta kaikkiaan kolmesta Ruotsissa saatavana olevasta tietolähteestä eikä niitä voi näin ollen verrata kaikkia hoitoon tulevia koskeviin tietoihin.

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

TAULUKKO A2

KOKAIINI

Maa	Käyttöä koskevat arviot				Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna					
	Kokonaisväestö			Koululaiset	Kokaiinin käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista			Niiden asiakkaiden osuus (%), jotka käyttävät kokaiinia 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 ⁽¹⁾	2013	–	0,9	3	18,9 (2 207)	18,9 (756)	18,9 (1 401)	6,5 (125)	1,1 (7)	9,4 (116)
Bulgaria	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Tšekin tasavalta	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tanska	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)
Saksa ⁽²⁾	2015	3,8	1,2	3	6 (5 209)	5,6 (1 494)	6,1 (3 715)	17,1 (2 843)	8,8 (353)	19,7 (2 490)
Viro	2008	–	1,3	1	0,7 (2)	–	1,2 (2)	50 (1)	–	50 (1)
Irlanti	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)
Kreikka	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)
Espanja	2015	9,1	3,0	2	36,5 (17 864)	34,8 (8 234)	37 (6 954)	1,3 (224)	0,7 (56)	2,1 (141)
Ranska	2014	5,4	2,4	4	6,1 (3 013)	6,1 (963)	8,1 (1 369)	10,2 (269)	3,6 (32)	16,5 (198)
Kroatia	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)
Italia	2014	7,6	1,8	3	25,3 (11 935)	30,4 (6 296)	21,3 (5 639)	4,2 (479)	2,6 (159)	5,9 (320)
Kypros	2016	1,4	0,4	3	10 (80)	8,3 (36)	11,8 (38)	5,1 (4)	0 (0)	7,9 (3)
Latvia	2015	1,5	1,2	2	1,2 (9)	1,8 (7)	0,6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Liettua	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)
Luxemburg	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)
Unkari ⁽³⁾	2015	1,2	0,9	2	2,3 (99)	2,5 (75)	1,7 (19)	5,2 (5)	1,4 (1)	15,8 (3)
Malta	2013	0,5	–	3	15,9 (281)	39,6 (91)	12,3 (190)	17,6 (45)	8,1 (7)	22,4 (38)
Alankomaat	2015	5,1	3,6	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	0,4	2	7,1 (258)	9,6 (125)	5,7 (133)	6,3 (15)	0,8 (1)	11,6 (14)
Puola	2014	1,3	0,4	4	2,1 (189)	1,9 (83)	2,3 (101)	2,2 (4)	1,3 (1)	3 (3)
Portugali	2012	1,2	0,4	2	12 (331)	15,1 (239)	7,9 (92)	4,4 (13)	2,3 (5)	9,6 (8)
Romania	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovenia	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)
Slovakia	2015	0,7	0,3	2	0,8 (19)	0,7 (9)	0,7 (9)	5,9 (1)	–	12,5 (1)
Suomi	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Ruotsi ^(4,5)	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Yhdistynyt kuningaskunta ^(2,4)	2015	9,7	4,0	2	13,9 (16 673)	17,2 (6 830)	12,2 (9 806)	1,5 (168)	0,4 (18)	2,3 (146)
Turkki	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–
Norja ⁽⁴⁾	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–
Euroopan unioni	–	5,2	1,9	–	13 (62 949)	15,4 (27 688)	11,4 (31 759)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)
EU, Turkki ja Norja	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)

Koululaisten käyttöä koskevat arviot on saatu kansallisista koulututkimuksista tai ESPAD-hankeesta. Tiedonkeruun menetelmien epävarmuuden vuoksi Latvian tiedot eivät ehkä ole vertailukelpoisia.

⁽¹⁾ Kokonaisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat ainoastaan Flanderia.

⁽²⁾ Kokonaisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat ainoastaan Englantia ja Walesia.

⁽³⁾ Kokonaisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 18–64-vuotiaat ja 18–34-vuotiaat.

⁽⁴⁾ Kokonaisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 16–64-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat.

⁽⁵⁾ Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevia ja hoitoon uudelleen tulevia koskevat tiedot ovat saatavilla ainoastaan kahdesta kaikkiaan kolmesta Ruotsissa saatavana olevasta tietolähteestä eikä niitä voi näin ollen verrata kaikkia hoitoon tulevia koskeviin tietoihin.

TAULUKKO A3

AMFETAMIINIT

Maa	Käyttöä koskevat arviot				Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna					
	Kokonaisväestö			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, 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 (1)	2013	–	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bulgaria	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Tšekin tasavalta	2015	4,4	2,2	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	2013	6,6	1,4	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Saksa (3,4)	2015	3,6	1,9	4	16,8 (14 646)	19,3 (5 134)	15,7 (9 512)	2,2 (719)	1,5 (168)	2,5 (551)
Viro	2008	–	2,5	2	2,1 (6)	3,2 (2)	2,5 (4)	66,7 (4)	100 (2)	50 (2)
Irlanti	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Kreikka	–	–	–	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Espanja	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
Ranska	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Kroatia	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	–	–	–
Italia	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Kypros	2016	0,5	0,1	3	4,9 (39)	3,9 (17)	5,6 (18)	2,6 (1)	5,9 (1)	0 (0)
Latvia	2015	1,9	0,7	3	16,2 (122)	21,5 (84)	10,6 (38)	67,5 (81)	62,2 (51)	78,9 (30)
Liettua	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Luxemburg	–	–	–	–	0,3 (1)	–	0,5 (1)	–	–	–
Unkari (4)	2015	1,7	1,4	3	11,4 (489)	12 (354)	8,9 (98)	9,6 (46)	5,7 (20)	23,7 (23)
Malta	2013	0,3	–	2	0,3 (5)	0,4 (1)	0,3 (4)	20 (1)	–	25 (1)
Alankomaat	2015	4,7	3,1	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	4,8 (174)	5,7 (75)	4,2 (99)	3,8 (6)	2,9 (2)	4,3 (4)
Puola	2014	1,7	0,4	4	24,3 (2 194)	25,4 (1 091)	23,8 (1 056)	3,7 (80)	1,7 (18)	5,8 (60)
Portugali	2012	0,5	0,1	1	0,1 (4)	0,3 (4)	–	0 (0)	0 (0)	–
Romania	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovakia	2015	1,4	0,8	1	45,2 (1 132)	44,7 (539)	45,4 (559)	28,7 (315)	24,3 (129)	34 (183)
Suomi	2014	3,4	2,4	1	15,2 (100)	16,2 (45)	14,5 (55)	77,6 (76)	62,8 (27)	89,1 (49)
Ruotsi (3,5,6)	2013	–	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	–	–	–
Yhdistynyt kuningaskunta (2,5)	2015	10,3	0,9	1	2,8 (3 332)	3,6 (1 414)	2,4 (1 913)	18,9 (382)	11 (89)	24,3 (293)
Turkki	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norja (3,5)	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	–	–	–	–	–
Euroopan unioni	–	3,8	1,1	–	7,4 (35 562)	8,4 (15 092)	7,2 (20 011)	15,1 (7 357)	16,8 (3 128)	14,1 (4 217)
EU, Turkki ja Norja	–	–	–	–	7,3 (36 581)	8,2 (15 225)	7,1 (20 074)	15 (7 358)	16,6 (3 129)	14,1 (4 217)

Koululaisten käyttöä koskevat arviot on saatu kansallisista koulututkimuksista tai ESPAD-hankkeesta. Tiedonkeruun menetelmien epävarmuuden vuoksi Latvian tiedot eivät ehkä ole vertailukelpoisia.

(1) Kokonaisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat ainoastaan Flanderia.

(2) Kokonaisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat ainoastaan Englantia ja Walesia.

(3) Hoitoon tulevilla tarkoitetaan asiakkaita, jotka käyttävät muita stimulantteja kuin kokaiinia, ei pelkästään amfetamiineja.

(4) Kokonaisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 18–64-vuotiaat ja 18–34-vuotiaat.

(5) Kokonaisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 16–64-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat.

(6) Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevia ja hoitoon uudelleen tulevia koskevat tiedot ovat saatavilla ainoastaan kahdesta kaikkiaan kolmesta Ruotsissa saatavana olevasta tietolähteestä eikä niitä voi näin ollen verrata kaikkia hoitoon tulevia koskeviin tietoihin.

TAULUKKO A4

MDMA

Maa	Tutkimusvuosi	Käyttöä koskevat arviot			Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna		
		Kokonaisväestö		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 ⁽¹⁾	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bulgaria	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Tšekin tasavalta	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Tanska	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Saksa ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Viro	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irlanti	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Kreikka	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
Espanja	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
Ranska	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Kroatia	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Italia	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Kypros	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Latvia	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Liettua	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–
Unkari ⁽³⁾	2015	4,0	2,1	2	2 (85)	1,8 (54)	1,9 (21)
Malta	2013	0,7	–	2	0,9 (16)	1,7 (4)	0,8 (12)
Alankomaat	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Itävalta	2015	2,9	1,1	2	0,5 (20)	1,1 (14)	0,3 (6)
Puola	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (14)	0,2 (9)
Portugali	2012	1,3	0,6	2	0,3 (8)	0,4 (7)	0,1 (1)
Romania	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Slovakia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (3)	0,1 (1)	0,2 (2)
Suomi	2014	3,0	2,5	1	0,5 (3)	1,1 (3)	0 (0)
Ruotsi ⁽⁴⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Yhdistynyt kuningaskunta ^(2,4)	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Turkki	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norja ⁽⁴⁾	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
Euroopan unioni	–	4,2	1,8	–	0,3 (1 295)	0,4 (804)	0,1 (402)
EU, Turkki ja Norja	–	–	–	–	0,3 (1 401)	0,5 (881)	0,2 (431)

Koululaisten käyttöä koskevat arviot on saatu kansallisista koulututkimuksista tai ESPAD-hankeesta. Tiedonkeruun menetelmien epävarmuuden vuoksi Latvian tiedot eivät ehkä ole vertailukelpoisia.

⁽¹⁾ Kokonaisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat ainoastaan Flanderia.

⁽²⁾ Kokonaisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat ainoastaan Englantia ja Walesia.

⁽³⁾ Kokonaisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 18–64-vuotiaat ja 18–34-vuotiaat.

⁽⁴⁾ Kokonaisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 16–64-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat.

TAULUKKO A5

KANNABIS

Maa	Käyttöä koskevat arviot				Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna		
	Tutkimusvuosi	Kokonaisväestö		Koululaiset	Kannabiksen 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 ⁽¹⁾	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bulgaria	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Tšekin tasavalta	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Tanska	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Saksa ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,1 (34 108)	56,9 (15 168)	31,2 (18 940)
Viro	2008	–	13,6	25	3,5 (10)	7,9 (5)	1,2 (2)
Irlanti	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Kreikka	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
Espanja	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
Ranska	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Kroatia	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Italia	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Kypros	2016	12,1	4,3	7	58,8 (469)	75,9 (330)	38 (122)
Latvia	2015	9,8	10,0	17	23,3 (175)	35,5 (139)	10 (36)
Liettua	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Luxemburg	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Unkari ⁽³⁾	2015	7,4	3,5	13	56,2 (2 420)	62,7 (1 854)	41,4 (458)
Malta	2013	4,3	–	13	8,9 (158)	29,1 (67)	5,9 (91)
Alankomaat	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Itävalta	2015	23,6	14,1	20	29,2 (1 063)	54,4 (711)	15,1 (352)
Puola	2014	16,2	9,8	24	28 (2 525)	36,3 (1 558)	20,3 (901)
Portugali	2012	9,4	5,1	15	33,9 (934)	50,8 (806)	10,9 (128)
Romania	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Slovenia	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Slovakia	2015	15,8	9,3	26	24,6 (616)	35,7 (430)	13,7 (169)
Suomi	2014	21,7	13,5	8	20,7 (136)	35,7 (99)	9,8 (37)
Ruotsi ^(4,5)	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Yhdistynyt kuningaskunta ^(2,4)	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Turkki	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norja ⁽⁴⁾	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
Euroopan unioni	–	26,3	13,9	–	31,5 (152 431)	46,2 (82 942)	19,9 (55 354)
EU, Turkki ja Norja	–	–	–	–	30,9 (154 693)	45,1 (83 358)	19,6 (55 591)

Koululaisten käyttöä koskevat arviot on saatu kansallisista koulututkimuksista tai ESPAD-hankkeesta. Tiedonkeruun menetelmien epävarmuuden vuoksi Latvian tiedot eivät ehkä ole vertailukelpoisia.

(1) Kokonaisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat ainoastaan Flanderia.

(2) Kokonaisväestön käyttöä koskevat arviot koskevat ainoastaan Englantia ja Walesia.

(3) Kokonaisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 18–64-vuotiaat ja 18–34-vuotiaat.

(4) Kokonaisväestön käyttöä koskevien arvioiden ikäryhmät: 16–64-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat.

(5) Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevia ja hoitoon uudelleen tulevia koskevat tiedot ovat saatavilla ainoastaan kahdesta kaikkiaan kolmesta Ruotsissa saatavana olevasta tietolähteestä eikä niitä voi näin ollen verrata kaikkia hoitoon tulevia koskeviin tietoihin.

TAULUKKO A6

MUUT INDIKAATTORIT

Maa	Huumekuolemat (15–64-vuotiaat)	Humeita suonensisäisesti käyttävien HIV-diagnoosit (ECDC)	Arvio huumeiden suonensisäisestä käytöstä		Erityisohjelmien kautta jaettujen ruiskujen määrä
	Tapauksia miljoonaa henkeä kohti (määrä)	Tapauksia miljoonaa henkeä kohti (määrä)	Arviointivuosi	Tapauksia tuhatta henkeä kohti	määrä
Belgia	9 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bulgaria	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
Tšekin tasavalta	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Tanska	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Saksa	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Viro	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Irlanti (¹)	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Kreikka	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
Espanja (¹)	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
Ranska (¹)	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Kroatia	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Italia	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Kypros	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Latvia	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Liettua	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Luxemburg	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Unkari	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Malta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Alankomaat	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Itävalta	26 (152)	2,6 (22)	–	–	5 953 919
Puola	9 (249)	1 (37)	–	–	10 142
Portugali	6 (39)	4,2 (44)	2012	1,9–2,5	1 004 706
Romania	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Slovenia	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Slovakia	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Suomi	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Ruotsi	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Yhdistynyt kuningaskunta (²)	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Turkki	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Norja	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
Euroopan unioni	21,3 (7 109)	2,4 (1 233)	–	–	–
EU, Turkki ja Norja	20,3 (7 899)	2,1 (1 254)	–	–	–

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

(¹) Erityisohjelmien kautta vuonna 2014 jaetut ruiskut.

(²) Ruiskuja koskevat tiedot Yhdistyneen kuningaskunnan osalta: Englannin osalta ei tietoja, Skotlanti 4 376 456, Wales 3 398 314 (molemmat vuodelta 2015) ja Pohjois-Irlanti 292 390 (2014).

TAULUKKO A7

TAKAVARIKOT

Maa	Heroiini		Kokaiini		Amfetamiinit		MDMA	
	Takavarikoitu määrä kg	Takavarikojen määrä määrä	Takavarikoitu määrä kg	Takavarikojen määrä määrä	Takavarikoitu määrä kg	Takavarikojen määrä määrä	Takavarikoitu määrä tablettia (kg)	Takavarikojen määrä määrä
Belgia	121	2 375	17 487	4 330	73	3 260	59 696 (9)	1 739
Bulgaria	265	–	9	–	73	–	17 284 (<0,01)	–
Tšekin tasavalta	2	76	120	113	127	1 125	3 110 (0,4)	133
Tanska	29	571	548	3 470	193	2 626	70 244 (10)	1 005
Saksa	210	3 061	3 114	3 592	1 423	13 680	967 410 (0)	4 015
Viro	<0,01	2	4	60	119	391	41 549 (13)	239
Irlanti	–	758	–	364	–	63	– (0)	204
Kreikka	567	2 957	102	575	3	118	300 (0)	56
Espanja	256	7 755	21 621	38 273	360	4 500	135 110 (0)	2 958
Ranska	818	4 692	10 869	9 483	486	1 027	1 325 305 (0)	1 592
Kroatia	145	154	12	359	15	597	– (7)	747
Italia	768	2 230	4 035	5 403	26	278	17 573 (11)	406
Kypros	<0,01	8	107	95	1,68	55	173 (1)	50
Latvia	3	142	4	62	36	763	238 (3)	154
Liettua	2	368	533	16	62	205	(1)	11
Luxemburg	8	208	11	190	0,27	13	543 (0)	14
Unkari	12	48	31	153	34	706	56 420 (7)	287
Malta	4	35	21	156	<0,01	2	1 404 (0,01)	46
Alankomaat	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Itävalta	70	605	120	1 190	70	1 088	10 148 (3)	512
Puola	4	–	219	–	747	–	120 886 (78)	–
Portugali	97	763	6 029	1 079	2	111	35 484 (2)	180
Romania	334	335	71	119	0,4	55	13 852 (0,1)	280
Slovenia	6	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovakia	3	63	2	42	5	819	1 460 (0)	40
Suomi	0,4	–	9	–	300	–	23 660 (0)	–
Ruotsi	8	483	114	2 086	546	5 398	95 421 (35)	2 095
Yhdistynyt kuningaskunta	806	8 083	4 228	15 588	491	4 517	812 127 (2)	3 030
Turkki	8 294	12 271	511	941	4 057	2 336	5 673 901 (0)	5 012
Norja	62	1 178	85	1 332	628	7 304	116 353 (27)	1 241
Euroopan unioni	4 537	36 045	69 421	86 976	5 196	41 397	3 812 305 (212)	19 793
EU, Turkki ja Norja	12 893	49 494	70 017	89 249	9 880	51 037	9 602 559 (185)	26 046

Amfetamiineilla tarkoitetaan amfetamiinia ja metamfetamiinia.

Kaikki tiedot ovat vuodelta 2015. Skotlantia (Yhdistynyt kuningaskunta) koskevia tietoja ei ole saatavilla.

TAULUKKO A7

TAKAVARIKOT (jatkuu)

Maa	Kannabishartsit		Kannabisruoho		Kannabiskasvit	
	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä
	kg	määrä	kg	määrä	kasveja (kg)	määrä
Belgia	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bulgaria	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
Tšekin tasavalta	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Tanska	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Saksa	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Viro	812	21	60	597	0 (12)	44
Irlanti	–	192	–	1 049	– (–)	182
Kreikka	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
Espanja	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
Ranska	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Kroatia	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Italia	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Kypros	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Latvia	1 272	63	71	712	– (20)	17
Liettua	591	32	143	456	– (–)	–
Luxemburg	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Unkari	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Malta	70	132	4	106	28 (0)	8
Alankomaat	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Itävalta	287	2 038	851	11 426	– (687)	379
Puola	843	–	1 830	–	103 339 (0)	–
Portugali	2 412	4 180	224	582	6 102 (0)	298
Romania	5	178	180	1 987	– (293)	90
Slovenia	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Slovakia	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Suomi	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Ruotsi	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Yhdistynyt kuningaskunta	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Turkki	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Norja	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
Euroopan unioni	536 293	287 792	88 649	404 362	11 441 789 (39 376)	18 823
EU, Turkki ja Norja	546 163	302 936	134 719	438 425	11 441 789 (39 445)	21 633

Kaikki tiedot ovat vuodelta 2015. Skotlantia (Yhdistynyt kuningaskunta) koskevia tietoja ei ole saatavilla.

MISTÄ EU:N JULKAISUJA SAA?

Maksuttomat julkaisut:

yksi kappale:

EU Bookshopista (<http://bookshop.europa.eu>)

enemmän kuin yksi kappale tai julisteet/kartat:

Euroopan unionin edustustoista

(http://ec.europa.eu/represent_fi.htm),

muissa kuin EU-maissa sijaitsevista lähetystöistä

(http://eeas.europa.eu/delegations/index_fi.htm),

ottamalla yhteyttä Europe Direct -palveluun

(http://europa.eu/europedirect/index_fi.htm) tai

soittamalla 00 800 6 7 8 9 10 11

(maksuton numero koko EU:n alueella) (*).

(*). Saat pyytämäsi tiedot maksutta. Myös useimmat puhelut ovat maksuttomia, joskin jotkin operaattorit, puhelin kioskit tai hotellit voivat periä puheluista maksun.

Maksulliset julkaisut:

EU Bookshopista (<http://bookshop.europa.eu>).



Tietoa tästä raportista

Suuntauksia ja muutoksia -raportissa esitetään analyysi Euroopan huumausainetilanteesta. Se käsittää huumausaineiden tarjonnan ja käytön, kansanterveydelliset ongelmat sekä huumausainepolitiikan ja huumeidenvastaiset toimet. Yhdessä verkkojulkaisujen [Statistical Bulletin](#) ja 30:n [Country Drug Reports](#) -raportin kanssa se muodostaa [Euroopan huumeraportiksi 2017](#) kutsutun 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.

