



Euroopan huumeaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

FI

ISSN 2314-9213

Euroopan huume- raportti

Suuntauksia ja muutoksia

2019



Euroopan huumaussaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

Euroopan huume- raportti

Suuntauksia ja muutoksia

2019

Oikeudellinen huomautus

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

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

Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto, 2019

Print	ISBN 978-92-9497-428-0	ISSN 1977-9992	doi:10.2810/426680	TD-AT-19-001-FI-C
PDF	ISBN 978-92-9497-401-3	ISSN 2314-9213	doi:10.2810/161436	TD-AT-19-001-FI-N

© Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2019
Jäljentäminen on sallittua, jos lähde mainitaan.

Suosittelua viittaustapa: Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (2019), *Euroopan huumeraportti 2019: Suuntauksia ja muutoksia*, Euroopan unionin julkaisutoimisto, Luxemburg.



Euroopan huumausaineiden ja
niiden väärinkäytön seurantakeskus

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

Puh. +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Sisällys

- 5 Esipuhe
- 9 Alkuhuomautukset ja kiitokset
- 11 | YLEISKATSAUS
Euroopan vuoden 2019 huumausainetilanteen ymmärtäminen
- 19 | LUKU 1
Huumausaineiden tarjonta ja markkinat
- 41 | LUKU 2
Huumeidenkäytön yleisyys ja suuntaukset
- 63 | LUKU 3
Huumehaitat ja ehkäisevät toimet
- 87 | LIITE
Kansalliset tiedot taulukkoina

Esipuhe

Meillä on ilo esitellä Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen (EMCDDA) tärkein julkaisu, Euroopan huumeraportin 2019: Suuntauksia ja muutoksia. Tässä raportissa on analyyseja viimeisimmistä tiedoista, jotka koskevat huumetilannetta ja siihen liittyviä toimia kaikista Euroopan unionin maista sekä Norjasta ja Turkista. Raportin tietoja tukevat muut verkon tietolähteet, kuten EMCDDAn tilastotiedote Statistical Bulletin, joka sisältää lähdetietoja. Euroopan huumeraportin paketissa on myös 30 maakohtaista raporttia (Country Drug Reports), joissa on yleiskatsaus kaikkien EU:n huumetietoverkoston osallistujamaiden tämänhetkiseen tilanteeseen.

EUROOPAN HUUMERAPORTIN PAKETTI 2019

Linkitetyt osat mahdollistavat pääsyn saatavissa oleviin tietoihin ja analyyseihin, joita huumausaineongelmista on Euroopassa ja kansainvälisellä tasolla



EMCDDAn tavoitteena on parantaa terveyttä ja turvallisuutta Euroopassa. Tähän pyritään tarjoamalla parasta saatavilla olevaa näyttöä, joka tukee huumausaineisiin liittyvien tietoon perustuvien ja kohdennettujen toimintalinjojen ja toimien kehittämistä. Tärkein julkaisumme antaa sidosryhmille ajantasaisen yleiskatsauksen huumetilanteeseen. Tämä on välttämätöntä tehokkaiden toimien kehittämiseksi tämänhetkisiin ongelmiin. Lisäksi raportissa eritellään uusia uhkia, mikä mahdollistaa valmistautumisen tulevaisuuden haasteisiin tällä nopeasti muuttuvalla ja monimutkaisella toiminnan alalla.

Tämänvuotinen raportti julkaistaan huume politiikan kehityssuuntien pohdinnan kannalta kriittisellä hetkellä, etenkin kun otetaan huomioon kansainvälinen keskustelu Yhdistyneiden kansakuntien maailman huumeongelmaa vuonna 2016 käsitelleen erityisistunnon asianmukaisista jatkotoimista. Ensi vuonna tehdään meneillään olevan EU:n huumausainestrategian (2013–2020) loppuarvio. Tänä aikana Euroopassa on nähty joitakin dramaattisia muutoksia huumausaineisiin liittyvissä haasteissa, kuten useampien valvomattomien aineiden ilmaantuminen. Huumausainemarkkinoilla ja huumeiden käytössä on tapahtunut merkittäviä muutoksia; ymmärrämme myös paremmin sitä, mistä tehokkaat vastatoimet muodostuvat. Eurooppaan tuotavat kasvipohjaiset aineet ovat hallinneet markkinoita, mutta synteettisten huumeiden ja Euroopassa tapahtuvan tuotannon merkitys on kasvanut. Globalisaatio ja tekninen kehitys ovat muokanneet uudelleen strategiset kysymykset, joita eurooppalaisten päättäjien täytyy pohtia. EMCDDA on ylpeä kansainvälisestä maineestaan pysyä muutosten tahdissa ja roolistaan tietojen

tarjoajana auttaakseen tukemaan EU:n huumausainestrategiassa visioitua yhteistyötä ja koordinointia.

Euroopan unioni ja sen jäsenvaltiot ovat sitoutuneet saavuttamaan tavoitteet, jotka on hyväksytty Yhdistyneiden kansakuntien kestäväen kehityksen toimintaohjelmassa Agenda 2030. Näiden tavoitteiden monet näkökohdat liittyvät suoraan ja välillisesti huumeongelmiin. Esimerkiksi huumeiden tuotannosta ja kaupasta voi olla huomattavaa vahinkoa fyysiselle ympäristölle, institutionaalisille rakenteille ja kansalaisten saavutettavissa olevalle elämänlaadulle maissa, joita asia koskee. Tavoitteissa 3.3 ja 3.5 keskitytään infektiosairauksien epidemioiden poistamiseen sekä huumeidenkäyttöongelmien ehkäisemisen ja käsittelyn parantamiseen. Tässä yhteydessä Eurooppa on sitoutunut tavoitteeseen, jonka mukaan virushepatiitti on poistettu suonensisäisten huumeiden käyttäjiltä tulevan vuosikymmenen aikana. Hepatiitti C -virus on hyvin yleinen tässä ryhmässä, ja viimeaikainen kehitys infektion lääkehoidossa on tehnyt mahdolliseksi poistaa viruksen. Näin ollen tämänvuotisessa Euroopan huumeraportissa korostetaan erityisesti tarvetta lisätä ennaltaehkäisyn, testauksen ja hoidon tarjontaa. Tämä on ratkaiseva tavoite tämän keskeisen kansanterveydellisen päämäärän saavuttamiseksi.

Lopuksi haluamme kiittää kansallisia virkaveljiämme Reitoxin kansallisten yhteyspisteiden verkostossa, muita kansallisia ja kansainvälisiä yhteistyökumppaneita sekä EMCDDAn tieteellistä komiteaa, joita ilman raporttia ei olisi syntynyt. Olemme myös kiitollisia kumppaneillemme Euroopan unionissa, erityisesti Euroopan komissiolle, Europolille, Euroopan tartuntatautivirastolle ja Euroopan lääkevirastolle. Lisäksi kiitämme kanssamme yhteistyötä tehneitä erityisverkostoja, joilta saadut korkeatasoiset ja innovatiiviset tiedot ovat rikastuttaneet raporttia.

Laura d'Arrigo

puheenjohtaja, EMCDDAn hallintoneuvosto

Alexis Goosdeel

johtaja, EMCDDA



Alkuhuomautukset ja kiitokset

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

Tämän raportin tarkoituksena on esittää yleiskatsaus ja tiivistelmä Euroopan huumausainetilanteesta ja siihen liittyvistä toimista. Raportissa esitetyt tilastotiedot koskevat vuotta 2017 (tai viimeisintä vuotta, jolta tietoja on saatavana). Suuntauksia koskevat analyysit perustuvat ainoastaan niihin maihin, jotka ovat toimittaneet kyseiseltä ajanjaksolta riittävästi tietoja muutosten kuvaamiseksi. Lukijan on myös hyvä tietää, että huumeiden käytön kaltaisen piilevän ja leimaavan käyttäytymisen mallien ja suuntauksien seuranta on käytännössä ja metodologisesti haastavaa. Tästä syystä tämän raportin analyysissä käytetään monia eri tietolähteitä. Vaikka voidaan havaita merkittäviä parannuksia sekä kansallisella tasolla että sen osalta, mitä on mahdollista saavuttaa Euroopan tason analyysissä, tätä alaa koskevat metodologiset vaikeudet on myönnettävä. Tulkinnassa on näin ollen oltava varovainen erityisesti, kun valtioita verrataan mihin tahansa yksittäiseen toimenpiteeseen nähden. Tietoihin liittyvät varaumat 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.

Kaikkien tämän raportin graafisten esitysten, analyysien ja tietojen viiteajanjakso on huumausainetilanne vuoden 2018 loppuun mennessä. Siten kaikki ryhmittelyt, kokonaisuudet ja merkinnät kuvastavat tilannetta vuonna 2018 Euroopan unionin ja EMCDDA raportointiin osallistuneiden maiden kokoonpanon osalta. Tietojen keruun ja toimittamisen vaatiman ajan vuoksi monet tähän sisältyvistä vuotuisista tietokokonaisuuksista ovat viitevuodelta 2017 (tammikuu–joulukuu).

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), Euro-DEN-Plus-verkosto (European Drug Emergencies Network), ESCAPE-verkosto (European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise network), TEDI-verkosto (Trans-European Drug Information network) ja European Web Survey on Drugs -ryhmä
- Euroopan unionin elinten käänöskeskus ja Euroopan unionin julkaisutoimisto.

Reitoxin kansalliset yhteyspisteet

Reitox on huumeiden ja huumeriippuvuuden alan eurooppalainen tietoverkosto. 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

**Vuoden 2019 Euroopan
huumeraportissa on katsaus
Euroopan huumausainetilanteeseen**

Euroopan vuoden 2019 huumausainetilanteen ymmärtäminen

EMCDDA:n uusimmasta Euroopan huumausainetilannetta koskevasta analyysistä ilmenee, että markkinat ovat monimuotoiset ja että niissä heijastuvat maailmanlaajuiset suuntaukset.

Vakiintuneisiin ja uudempiin laittomiin huumeisiin liittyy edelleen terveys- ja turvallisuusongelmia, jotka luovat haastavan poliittisen ympäristön tehokkaiden toimien määrittelylle ja täytäntöönpanolle. Vuoden 2019 Euroopan huumeraportissa esitetään katsaus Euroopan huumausainetilanteesta tuoreimpien saatavilla olevien tietojen pohjalta. Tässä johdanto-osassa esitetään lyhyt analyttinen yleiskatsaus joihinkin Euroopan huume politiikkaa koskevan keskustelun ajankohtaisiin tärkeisiin kysymyksiin.

Opioidit: tarvitaan yhä toimia kehittyvän ongelman ratkaisemiseksi

Euroopan huumeongelma liittyi aiemmin heroiinin suonensisäiseen käyttöön. Nykyisin heroiinin käyttäjien uusien hoitopyyntöjen määrä on historiallisen alhainen, suonensisäinen käyttö on vähentynyt ja suonensisäisestä käytöstä johtuvien uusien HIV-tartuntojen määrä on vähentynyt noin 40 prosenttia vuosittain viime vuosikymmenen aikana. Nämä ovat hyviä uutisia. Euroopan maita voidaan kiittää siitä, että ne ovat toimineet käytännönläheisesti haittojen vähentämiseksi ja saaneet hoitotoimenpiteillä näitä onnistumisia aikaan. Sitä vastoin muualla opioidiongelmat ovat lisääntyneet entisestään ja nostaneet julkisen terveydenhuollon kustannuksia sekä Pohjois-Amerikassa että joissakin Euroopan unionin naapurimaissa. Vaikka Euroopassa onkin saatu aikaan parannuksia, merkittävä osuus huumeiden käytön terveys- ja sosiaalikulunnuksista johtuu edelleen opioidien käytöstä, ja tämän huumeluokan aiheuttamat uhat voivat olla jopa kasvussa.

Opioidiongelmiin ratkaisemiseksi käytettävissä olevien toimien analyysi osoittaa, että monissa maissa, erityisesti Euroopan itäosissa, tehokkaat haittojen vähentämistoimet ja hoitotoimet ovat yhä riittämättömiä. On myös merkkejä siitä, että joissakin maissa, joissa palvelujen kattavuus on perinteisesti ollut hyvä, tilanne on huonontunut. Samanaikaisesti ikääntyvien ja usein entistä haavoittuvampien pitkäaikaisten opioidienkäyttäjien tarpeet kasvavat. Tämä ilmenee yliannostuskuolemista, joiden uhrit ovat nyt keskimäärin 39-vuotiaita, sekä fyysisten ja

psykkisten terveysongelmien suuresta määrästä tässä ryhmässä. Lisäksi huumekuolemien kokonaismäärän on havaittu lisääntyneen viiden viime vuoden aikana, ja jokaisessa yli 30-vuotiaiden ikäryhmässä huumekuolemien määrä on lisääntynyt. Tarjonnan indikaattorit viittaavat siihen, että uhka saattaa kasvaa. Takavarikoidun heroiinin määrä on lisääntynyt, ja heroiinin puhtaus on edelleen suhteellisen korkea ja hinta suhteellisen alhainen. Tämä viittaa siihen, että huumetta saa hyvin eri puolilla Eurooppaa. Viime aikoina on myös havaittu heroiinilaboratorioita joissakin EU-maissa, mikä on huolestuttavaa kehitystä.

Virushepatiitin torjunta

Eurooppa on sitoutunut kansainväliseen kestäväan kehityksen toimintaohjelmaan Agenda 2030:een. Tähän maailmanlaajuiseen poliittiseen toimintakehykseen sisältyy virushepatiitin torjunta. Euroopan unionissa tämä on erittäin tärkeää huumeita suonensisäisesti käyttäville, koska heillä on eniten sairauksia ja suurin tartuntariski. Virushepatiitin terveysvaikutusten lieventäminen vuoteen 2030 mennessä riippuu näin ollen ehkäisytoimenpiteiden kattavuudesta ja tämän ryhmän mahdollisuudesta päästä hepatiitti B:n ja C:n testaukseen ja hoitoon.

Hepatiittistrategiat on nyt otettu käyttöön 17 EU-maassa ja Norjassa, ja yhä useammassa maassa suoraan vaikuttavia, siedetympiä ja tehokkaampia viruslääkkeitä on saatavilla rajattomasti. Tästä huolimatta tarvitaan lisätoimia. Tehokkaaseen hepatiittihoittoon pääsyn kannalta HCV-seulonta on ratkaisevan tärkeää ja auttaa ehkäisemään lisätartuntoja. Yhteisöpohjaisilla huumepalveluilla voi olla tärkeä rooli tässä yhteydessä. Monissa maissa ei kuitenkaan ole käytössä tehokkaita testauspolitiikkoja ja asianmukaisia hoitoonohjausmenetelmiä. Ammattilaiset voivat myös vastustaa huumeiden käyttäjien hoitoa, eikä aina tunnusteta hyötyjä, joita investointi hoitoon tuottaa sekä yksilöille että laajemmalle yhteisölle. EMCDDA kehittää työvälineitä, joilla tuetaan virushepatiitin hoidon toteutusta huumeiden hoitoympäristöissä. Niitä ovat esimerkiksi tarkistuslista, jonka avulla tunnistetaan C-hepatiittiviruksen testauksen ja hoidon hyödyntämisen esteitä, kysely palveluhenkilöstölle ja kuvailevat tapaustutkimukset, jotka osoittavat, miten innovatiiviset yhteisöpohjaiset testaamisen lähestymistavat voivat myötävaikuttaa merkittävästi tämän sairauden ehkäisemiseen.

Synteettisillä opioideilla on nyt yhä suurempi merkitys

Yhdysvalloissa ja Kanadassa tämänhetkinen opioidiepidemia johtuu synteettisten opioidien, erityisesti

fentanyylijohdannaisten, käytöstä. Näin ei ole Euroopassa, mutta tällä alalla on huolenaiheita. Noin 50 uutta synteettistä opioidia on ilmoitettu uusia psykoaktiivisia aineita koskevaan EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään. Monet näistä aineista on yhdistetty vakaviin myrkytys- ja kuolemantapauksiin. Jotkin, kuten karfentaniili, ovat erittäin voimakkaita, jolloin niitä voidaan salakuljettaa erittäin pieninä määrinä, joita on vaikea havaita mutta joista voi saada tuhansia käyttäjäannoksia. Lisäksi näyttää siltä, että synteettisillä opioideilla, joita käytetään yleensä lääkkeenä, on yhä suurempi merkitys huumeongelmissa eri puolilla Eurooppaa. Näihin kuuluvat huumeet, joita käytetään korvaushoidossa ja kivunlievityksessä. Opioidiongelman takia hoitoon hakeutuneista yksi viidestä ilmoittaa heroiinin sijasta synteettisen opioidin ensisijaiseksi huumeekseen; näitä huumeita havaitaan yhä useammin huumeiden yliannostustapauksissa. Tästä uhasta huolimatta nykyiset valmiudet havaita ja ilmoittaa synteettisten opioidien saatavuudesta, käytöstä ja vaikutuksista ovat edelleen vähäiset. Tämän alan tietoresurssien tarkkuuden parantaminen on siksi asetettava etusijalle.

Toksikologiset ja rikostekniset tietolähteet

Huumeiden yliannostuskuolemat johtuvat harvoin pelkästään yhden huumeen käytöstä. Nykyiset huumeidenkäyttötavat ovat erittäin dynaamisia, ja markkinoille tulee yhä useampia huumeita. Kuluttajat käyttävät yleensä – joko tietoisesti tai tietämättään – useita eri aineita. Tämä tarkoittaa, että ilman hyviä rikosteknisiä ja toksikologisia tietoja uudet terveysriskit saattavat jäädä huomaamatta. Siksi on olemassa riski, että fentanyylijohdannaisten kaltaisten voimakkaiden uusien psykoaktiivisten aineiden osuutta yliannostuskuolemissa ei ehkä havaita erityisesti silloin, kun niitä käytetään heroiinin kaltaisten vakiintuneempien huumeiden kanssa. Jotkin EU:n jäsenvaltiot, erityisesti Pohjois-Euroopassa, ovat investoineet toksikologisten tietojen saatavuuden ja tarkkuuden parantamiseen, minkä johdosta huumeidenkäytön suuntauksia ja terveysuhkia voidaan nyt paremmin ymmärtää. Ruotsissa esimerkiksi kattavan seulonnan käyttöönotto ja testaustarkkuuden parantaminen johtivat siihen, että havaittujen fentanyylitapausten määrä kaksinkertaistui tutkituissa huumekuolemien otoksissa. Tuoreessa EMCDDA:n

Eurooppa on sitoutunut kansainväliseen kestäväan kehityksen toimintaohjelmaan Agenda 2030:een

KUVA 1

Uudet indikaattorit nykyisten tietolähteiden täydentämiseksi



tutkimuksessa osoitetaan kuitenkin, ettei kaikilla laboratorioilla ole valmiuksia havaita harvinaisempia aineita. Rikosteknisen ja toksikologisen tutkimuksen osalta vertailustandardien saatavuus on erittäin tärkeää. Uusista psykoaktiivisista aineista näitä ei kuitenkaan ole usein saatavilla monissa laboratorioissa. Lisäksi huumekuolemien tutkimukseen liittyvien rikosteknistä toksikologiaa koskevien eurooppalaisten suuntaviivojen puute estää seurannan ja käytännön parantamista tällä alalla. Yleisemmin tarvitaan lisäinvestointeja toksikologisiin ja rikosteknisiin tietolähteisiin, koska kaikkentyyppisten synteettisten huumeiden merkitys todennäköisesti kasvaa edelleen.

Innovatiivisilla seurantavälineillä saadaan tietoa tulevista suuntauksista

Tämän vuoden Euroopan huumeraportti perustuu uusimpiin kohdennettuihin tietolähteisiin. Nämä "uusimmat" indikaattorit eivät edusta koko väestöä, ja niillä on muita rajoitteita. Ne antavat kuitenkin hyödyllistä, ajantasaista ja täydentävää tietoa, joka antaa hyödyllisen yleiskuvan huumeiden käytöstä Euroopassa (ks. kuva 1) Esimerkiksi jätevesianalyyseissä esitetään katsaus yhteisötasolla Euroopan eri kaupungeissa käytettyjen huumeiden määrästä. Yksi tämän tietolähteen eduista on se, että tiedot voidaan ilmoittaa nopeasti, ja siten voidaan saada varhainen varoitus huumeidenkäytön muutoksista. Tämä käy ilmi SCORE-ryhmän ja EMCDDA:n äskettäin julkaisemista vuoden 2018 uusista tiedoista, joista ilmenee se, että yleisesti käytettyjen stimulanttien maantieteellinen levinneisyys on laajentunut ja käyttö on lisääntynyt.

Tämän raportin muihin uusiin tietolähteisiin kuuluu eurooppalainen verkkokysely huumeista (European Web Survey on Drugs). Tämän verkossa vastanneiden huumeidenkäyttäjien otokseen perustuvan tutkimuksen tuloksissa esitetään tietoa yleisesti käytettyjen laittomien huumeiden käyttötavoista ja ostoista.

Huumeidentarkistuspalvelujen avulla käyttäjät voivat analysoida huumeusaineensa ja saada tietoa niiden sisällöstä. Näistä palveluista saatuja tietoja tarkastellaan myös tässä, jotta saataisiin käsitys huumeiden käytöstä viihdeympäristössä.

Akuuteista huumeisiin liittyvistä haitoista koskevista sairaaloiden ensiaputiedoista voidaan saada lisää tietoa huumeiden käytön vaikutuksesta kansanterveyteen Euroopassa. European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) -verkosto seuraa huumeisiin liittyviä akuutteja myrkytystilanteita valituissa sairaaloissa 18:ssa Euroopan maassa. Tämän vuoden analyysin tuloksista käy ilmi, miten ensiaputilanteisiin liittyvät huumeet voivat

vaihdella eri puolilla Eurooppaa. Stimulantit liittyivät esimerkiksi moniin ensiaputilanteisiin, mutta amfetamiineihin liittyvät tilanteet olivat yleisimmät Pohjois- ja Itä-Euroopassa, kun taas kokaiini oli yleisin stimulantti Etelä- ja Länsi-Euroopan maissa.

Uudessa pilottitutkimuksessa osoitetaan myös, minkälainen merkitys stimulanteilla voi olla huumeiden suonensisäisessä käytössä. Tutkimuksessa analysoitiin viiden Euroopan kaupungin ruiskunvaihtopaikassa kerättyjen käytettyjen ruiskujen huumejäämät. Kaikissa paikoissa yhtä lukuun ottamatta stimulantit olivat yleisin havaittu aine. Puolet analysoiduista ruiskuista sisälsi jälkiä vähintään kahdesta huumeesta, ja yleisin yhdistelmä oli stimulantin ja opioidin sekoitus. Näillä uusilla tietolähteillä voidaan vahvistaa ja täydentää nykyisiä tietolähteitä sekä lisätä tietämystä huumeiden vähemmän tunnetuista käyttötavoista.

Euroopan kokaiinimarkkinat kasvavat jatkuvasti

Kokaiinia koskevat nykyiset tiedot osoittavat, että sekä kokaiinin takavarikkoja että takavarikoitua kokaiinia on ennätysmäärä. Kokaiini saapuu Eurooppaan lukuisia reittejä ja lukuisin eri tavoin, mutta erityisesti on lisääntynyt suurten kokaiinimäärien salakuljetus konteissa suurten satamien kautta. Näyttää myös siltä, että huumeen saatavuus on lisääntynyt, sillä vähittäismarkkinoilla myytävän kokaiinin puhtauden on arvioitu olevan

korkeimmillaan vuosikymmeneen. Kokaiinin toimitusketjun ja siihen osallistuvien toimijoiden uudelleenorganisointi on nähtävissä keski- ja vähittäistasolla, kun hajanaisia, väljempää ja laaja-alaisempia organisaatorakenteita syntyy. Pienet ryhmät ovat päässeet markkinoille käyttämällä monenlaista tietotekniikkaa, kuten salausta, anonyymien verkkojen markkinapaikkoja, sosiaalista mediaa kaupankäynnissä ja kryptovaluuttoja. Innovatiiviset jakelustrategiat, kuten yksinomaan kokaiinia myyvät puhelinpalvelukeskukset, viittaavat selvästi yrittäjyyteen kilpailuilla kokaiinimarkkinoilla. Näyttää siltä, että näissä uusissa menetelmissä näkyvät jossain määrin muilla aloilla havaitut häiriöt, joita älypuhelinien yleinen käyttö edistää – kokaiinikaupan mahdollinen ”überisaatio” – kilpailulle avoimet markkinat, joissa myyjät kilpailevat tarjoamalla lisäpalveluita, kuten nopeita ja joustavia toimitusvaihtoehtoja.

Kokaiinin terveyshaitat yhä ilmeisempiä

Kokaiinin ongelmakäytön yleisyyttä on erityisen vaikea arvioida, sillä kokaiinia on vaikea havaita vakiintuneilla indikaattoreilla, joissa keskitytään yleensä enemmän opioidiongelmien. Tästä huolimatta on olemassa merkkejä siitä, että kokaiinin lisääntynyt saatavuus johtaa terveyteen liittyvien kustannusten nousuun. Vuodesta 2014 kokaiiniongelmien vuoksi hoitoon tulevien uusien asiakkaiden määrä on kasvanut yli 35 prosenttia, vaikka määrä onkin yhä suhteellisen alhainen, ja noin kahdessa kolmasosassa maista on havaittu kasvua. Joissakin maissa kokaiini on liitetty huumekuolemien viimeaikaiseen lisääntymiseen. Kokaiinia on usein havaittu opioidien lisäksi yliannostuskuolemista Euroopan niissä osissa, joissa se on yleisin stimulantti. Lisäksi kokaiinin osuutta sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvissä kuolemantapauksissa ei ehkä ilmoiteta. Saatavilla olevista tiedoista ilmenee kokaiiniin liittyvien ensiaputilanteiden lisääntyneen, ja kokaiini on yleisimmin ilmoitettu laiton aine 18 maan Euro-DEN-tutkimuksessa. Kokaiinia on myös havaittu vähintään neljäsosassa ruiskuista, jotka testattiin kolmessa kaupungissa viidestä. Nämä kaupungit osallistuivat pilottihankkeeseen, jossa tutkittiin, miten ruiskujen jäämien analysointia voidaan käyttää huumeiden suonensisäisen käytön kartoittamisessa. Saatavilla olevien uusien tietojen mukaan crack-kokaiinin käyttö on ehkä leviämässä. Crack-kokaiini on kokaiinin poltettava muoto, joka liittyy erityisesti ongelmakäyttöön. Hoitoon tulevien crack-kokaiinia käyttävien asiakkaiden määrä on lisääntynyt vuodesta 2014 Belgiassa, Irlannissa, Ranskassa, Italiassa, Portugalissa sekä Yhdistyneessä kuningaskunnassa, johon Euroopan maista crackin käyttö useimmiten liitetään.

Saatavilla oleva näyttö, jolla tuetaan kokaiininkäyttäjille sopivia tehokkaita palveluja, on yhä suhteellisen heikkoa, ja kokaiininkäyttäjille suunnattuja ohjelmia on tällä hetkellä vain vähän Euroopassa. Tämä tilanne on muuttumassa, ja jotkin maat ottavat nyt käyttöön erityisiä haittojen vähentämiseen tähtäviä toimenpiteitä. Kaiken kaikkiaan, koska tämän alan tarpeet näyttävät lisääntyvän, tarvitaan kiireesti investointeja kaikenlaisien toimenpiteiden ja erityisesti tehokkaiden hoitomallien kehittämiseen ja arviointiin, jotta tämä asiakasryhmä voidaan paremmin tavoittaa palveluiden avulla.

Euroopan kansainvälinen rooli synteettisten huumeiden tuotannossa

Näyttää siltä, että synteettisten huumeiden tuotanto Euroopassa, vaikka sitä on vaikea seurata, lisääntyy, monipuolistuu ja tulee innovatiivisemmaksi. Tämä laajeneminen voidaan havaita tuoreimmista tiedoista, joiden mukaan lähtökemikaalien takavarikot ovat lisääntyneet. EMCDDA:n ja Europolin Euroopan huumeiden markkinaraportissa (European Drug Markets Report), joka julkaistaan vuoden 2019 lopussa, esitetään perusteellinen analyysi näistä kehityssuunnista. Tuotantolaboratorioiden havaitseminen, kaatopaikat ja Euroopan markkinoilla saatavien synteettisten huumeiden voimakkuus ja moninaisuus ovat keskeisiä tämän alan huolenaiheita.

Nyt on myös havaittu yhä enemmän merkkejä Euroopan tärkeistä synteettisten huumeiden maailmanlaajuisilla markkinoilla. Näihin kuuluvat merkittävät eri aineiden takavarikot EU:n rajalla; se, että enemmän MDMA:ta takavarikoidaan nyt Turkissa kuin Euroopan unionissa sekä havainnot metamfetamiinin ja muiden vientiin tarkoitettujen synteettisten huumeiden tuotantolaitoksista Euroopassa. Infrastruktuuria, jolla mahdollistetaan tavaroiden nopea kuljetus maiden välillä, on käytetty yhä enemmän helpottamaan valvottujen huumeiden, uusien psykoaktiivisten aineiden, lähtökemikaalien ja muiden huumeiden tuotannossa välttämättömien kemikaalien salakuljetusta Euroopan unioniin. Samaa infrastruktuuria käytetään joskus myös synteettisten huumeiden – erityisesti MDMA:n mutta myös muiden aineiden – salakuljettamiseen EU:n ulkopuolisiin maihin.

Kokaiinin ongelmakäytön yleisyyttä on erityisen vaikea arvioida

PIKAKATSAUS — ARVIOITA HUUMEIDENKÄYTÖSTÄ EUROOPAN UNIONISSA

Kannabis



Aikuiset (15–64-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **24,7 miljoonaa** **7,4 %** Käyttänyt ainakin kerran elämässä **91,2 miljoonaa** **27,4 %**



Nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **17,5 miljoonaa** **14,4 %** Kansalliset arviot viime vuonna käyttäneistä



Alhaisin **3,5 %** Korkein **21,8 %**

Kokaiini



Aikuiset (15–64-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **3,9 miljoonaa** **1,2 %** Käyttänyt ainakin kerran elämässä **18 miljoonaa** **5,4 %**



Nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **2,6 miljoonaa** **2,1 %** Kansalliset arviot viime vuonna käyttäneistä



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

MDMA



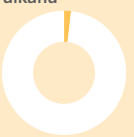
Aikuiset (15–64-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **2,6 miljoonaa** **0,8 %** Käyttänyt ainakin kerran elämässä **13,7 miljoonaa** **4,1 %**



Nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **2,1 miljoonaa** **1,7 %** Kansalliset arviot viime vuonna käyttäneistä



Alhaisin **0,2 %** Korkein **7,1 %**

Amfetamiinit



Aikuiset (15–64-vuotiaat)

Käyttänyt viime vuoden aikana **1,7 miljoonaa** **0,5 %** Käyttänyt ainakin kerran elämässä **12,4 miljoonaa** **3,7 %**



Nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)

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



Alhaisin **0 %** Korkein **3,9 %**

Opioidit



Suuren riskin opioidienkäyttäjät

1,3 miljoonaa

654 000

Vuonna 2017 korvaushoitoa annettiin 654 000 opioidienkäyttäjälle.

Hoitopyynnöt

Opioidit ovat ensisijainen huume noin **35 prosentissa** kaikista hoitoonhakeutumisista Euroopan unionissa



Kuolemaan johtaneet yliannostukset

85 %

Opioideja tavataan **85 prosentissa** kuolemaan johtaneista yliannostuksista



Synteettisten huumeiden tuotanto näyttää myös edistävän metamfetamiinin käytön leviämistä uusiin maihin Euroopan unionissa. Maailmanlaajuisesti metamfetamiini on suurin haaste synteettisten huumeiden alalla. Euroopassa metamfetamiinin käyttö on keskittynyt muutamiin maihin, joissa on pitkäaikaisia ongelmia. Tämä pitää yhä paikkansa tänä päivänä, mutta vaikka muita stimulantteja on laajalti saatavilla, jätevesien huumejäämien analyysi osoittaa, että metamfetamiinin käyttö on leviämässä uusiin maihin. Laboratoriohavainnot osoittavat myös, että tuotanto on kasvanut jossain määrin ja että huumetta tuotetaan EU:n ulkopuolisille markkinoille.

Kannabis: Euroopan vakiintuneimman huumeen uudet kehityssuunnat

Kannabis on yksi Euroopan vakiintuneimmista huumeista. Se on yleisimmin käytetty laiton huume, ja lähes 20 prosenttia 15–24-vuotiaista on ilmoittanut käyttäneensä kannabista viime vuonna. Maailmalla ja Euroopassa kannabiksen käyttö on edelleen aihe, joka herättää merkittävää poliittista ja yleistä kiinnostusta, koska uudet kehityssuunnat käynnistävät keskustelun siitä, miten yhteiskunnan pitäisi reagoida tähän aineeseen.

Parhaillaan käydään keskustelua kannabiksen, kannabisvalmisteiden ja kannabiskasvista valmistettujen lääkkeiden terapeuttisesta arvosta. Jotkin maat ovat laillistaneet kannabiksen, mikä on saanut kiinnittämään huomiota eri sääntely- ja valvontavaihtoehtojen kustannuksiin ja hyötyihin. Tämä on monimutkainen aihe. Kannabiksen valvontaan käytetään Euroopassa huomattavasti valvonnan resursseja. Yli puolet vuonna 2017 ilmoitetusta 1,2 miljoonasta henkilökohtaiseen käyttöön liittyvästä käyttö- tai hallussapitorikoksesta koski kannabista. Toimet kannabismarkkinoilla voivat myös johtaa nuorisorikollisuuteen ja olla merkittävä tulonlähde järjestäytyneelle rikollisuudelle. Lisäksi ymmärrämme paremmin kannabiksen käytön mahdollisia terveysriskejä, erityisesti nuorisolle. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvat ilmoittavat useimmiten kannabiksen hoitoon hakeutumisen pääsyyksi. Tämä on huolestuttavaa, koska EMCDDA:n kokonaisarvion mukaan kannabissuuntauksukset ovat viime vuosina pysyneet melko vakaina. Nyt kuitenkin uudet tiedot kyseenalaistavat tämän, sillä useat maat raportoivat käytön lisääntyneen nuorten ikäryhmissä.

Lisäksi viime vuosina on kehitetty uusia kannabiksen muotoja viljely-, uuttamis- ja tuotantotekniikan kehittymisen seurauksena. Useamman lajikkeen hybridikasvit, joista saadaan voimakkaampaa kannabista, ovat alkaneet syrjäyttää vakiintuneita kasvimuotoja sekä Euroopassa että Marokossa, josta suuri osa Euroopassa

käytetystä hasiksesta on peräisin. Tuoreessa EMCDDA:n tukemassa tutkimuksessa osoitetaan, että sekä hasiksen että marihuanan voimakkuus on kasvanut viime vuosikymmenen aikana. Kannabiksen lainmukaiset viihdekäyttömarkkinat, joissa huumausaine on laillistettu, edistävät myös innovointia, ja uusia kannabistuotteita, kuten syötäviä tuotteita, e-nesteitä ja tiivisteitä, on kehitetty. Jotkin näistä tulevat nyt Euroopan markkinoille, joilla ne muodostavat uuden haasteen niiden havaitsemiselle ja huumevalvonnalle.

EMCDDA tunnustaa, että kannabispoliittikka on nykyisin luonteeltaan dynaamista ja monimutkaista, ja se on käynnistänyt uuden julkaisusarjan, jossa tarkastellaan näyttöä ja esitetään tämän alan analyysejä. Näihin kuuluvat katsaus lääkekannabiksen tarjonnan kehitykseen Euroopan unionissa. Lääkekannabiksen yhteisen käsitteellisen ymmärryksen puute estää tietoon perustuvaa keskustelua alalla. Tätä monimutkaistaa saatavilla olevien tuotteiden monipuolisuus. Tuotteet voivat vaihdella lääketuotteista, jotka sisältävät kannabiskasvin ainesosia, kannabiksen raakavalmisteisiin.

Alhaisen THC-pitoisuuden kannabistuotteet herättävät sääntelyyn liittyviä kysymyksiä

Toinen esimerkki kannabikseen liittyvästä nopeasta kehityksestä on ollut miedon marihuanan ja kannabisöljyjen tuleminen myyntiin terveyselintarvikekaupoissa tai erikoisliikkeissä kahden viime vuoden aikana muutamissa EU:n maissa. Myyntiä harjoitetaan sillä perusteella, että näillä tuotteilla ei ole päihdyttävää vaikutusta tai se on vähäinen, ja siksi niitä ei säännellä huumausainelainsäädännössä. Kannabis sisältää monia eri kemikaaleja, mutta kaksi kannabinoidia, tetrahydrokannabinoli (THC) ja kannabidioli (CBD), herättävät eniten huomiota. THC on kannabiksen pääaine, joka aiheuttaa kannabiksen psykoaktiiviset vaikutukset. CBD:tä sisältäviä tuotteita markkinoidaan yhä useammin väitteillä niiden hyödyllisistä vaikutuksista. Tuoreessa EMCDDA:n julkaisussa on käsitelty monimutkaista ja kehittyvää kirjallisuutta, jossa tarkastellaan näyttöä THC:n ja CBD:n käytöstä lääkkeenä. Uusien tuotteiden väitetään sisältävän alle 0,2 prosenttia tai 0,3 prosenttia THC:tä, ja ne kuuluvat lähinnä kahteen tuoteluokkaan. Toinen on tarkoitettu kannabiksen käyttäjille polttamista varten ja toinen – öljyjen ja voiteiden kaltaiset seokset – on tarkoitettu ihmisille, jotka ovat kiinnostuneita tuotteiden käytöstä mahdolliseen terveydenhoitoon. Jotkin EU:n jäsenvaltiot pitävät alhaisen THC-pitoisuuden tuotteita kannabistuotteina, joihin sovelletaan rikosoikeudellisia seuraamuksia, toiset pitävät niitä lääkkeinä, joita ei voida myydä ilman lupaa, ja muutamat jäsenvaltiot luokittelevat

ne tuotteiksi, jotka eivät aiheuta uhkaa kansanterveydelle, eivätkä siksi edellytä toimilupaa. Tämä kehitys aiheuttaa sääntelyyn liittyviä ongelmia sekä EU:n että kansallisella tasolla.

Digitalisaation valjastaminen terveyden hyväksi

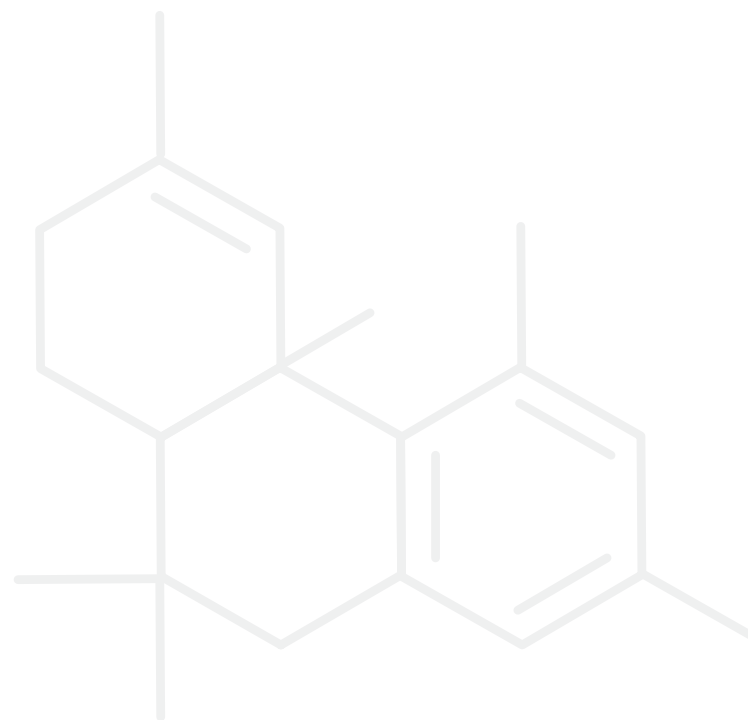
Nuoret ovat tärkeä kohderyhmä monille huumeiden hoitotoimenpiteille. Nuoret ovat todennäköisesti se väestöryhmä, joka on parhaiten perehtynyt tieto- ja viestintätekniikan käyttöön eri elämäntilanteissa ja suhtautuu siihen avoimesti. He ovat todennäköisesti myös kaikkein halukkaimpia hyväksymään tämän tekniikan käytön sekä hyötymään siitä huumeiden ennaltaehkäisytoimien, hoitotoimenpiteiden ja haittojen vähentämistoimien tarjonnassa. Tämän vuoden Euroopan huumeraportissa tarkastellaan joitakin matkapuhelinalan tai terveydenhuollon mobiilisovellusten (m-health) uusia kehityssuuntauksia, joissa pyritään käsittelemään monenlaisia kysymyksiä. Nämä vaihtelevat palvelujen saatavuudesta koulutuksen tarjoamiseen huumeiden alalla työskenteleville. Alan kehityksessä hyödynnetään verkkoressursseja ja mobiilisovelluksia, ja joissakin tuoreissa innovatiivisissa lähestymistavoissa tutkitaan, miten virtuaalitodellisuutta voidaan käyttää esimerkiksi huumehoidossa, auttamaan potilaita kehittämään kykyä vastustaa huumeisiin liittyviä ehdotuksia tai vähentämään haluja. Tässä yhteydessä on kuitenkin kehoitettava varovaisuuteen, koska tämän alan uusiin sovelluksiin ei ole aina liitetty vankkoja laatustandardeja, tietosuojasääntöjä eikä näyttöä arvioinnista. Kuten kaikilla muilla terveydenhoidon aloilla, nämä ovat olennaisia tekijöitä, jos uuden tekniikan mahdolliset hyödyt huumeiden hoitotoimenpiteissä aiotaan saavuttaa.

EU:n varhaisvaroitusjärjestelmän ja uusien psykoaktiivisten aineiden riskinarvioinnin vahvistaminen

Vuonna 2018 uusia psykoaktiivisia aineita koskevaan EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoitettiin noin yksi psykoaktiivinen aine viikossa. Vuonna 2018 havaittujen uusien huumeiden määrä (55) vastaa vuonna 2017 havaittua määrää mutta on paljon alhaisempi kuin vuosina 2013 ja 2014. Vaikka tämä voi tarkoittaa, että alan innovointi vähenee, on syytä todeta, että suuri määrä aineita, joista on jo ilmoitettu, ilmaantuu jatkuvasti Euroopan huumemarkkinoille vuosittain. Tällöin voidaan olettaa, että aineet pysyvät markkinoilla pitkään. Muutoksia on myös havaittujen aineiden tyypeissä, mikä voi tarkoittaa, että uusia psykoaktiivisia aineita kohdennetaan yhä enemmän pitkäaikaisille huumeiden käyttäjille sekä

ongelmakäyttäjille. Vaikka esimerkiksi uusia psykoaktiivisia aineita koskevaan EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoitetaan edelleen monenlaisia aineita, synteettisiä opioideja ja bentsodiatsepiineja ilmaantuu yhä enemmän.

Varhaisvaroitusjärjestelmä ja riskinarviointi ovat olennainen osa niitä toimia, joilla Eurooppa vastaa uusien psykoaktiivisten aineiden alan kehitykseen. Vuonna 2018 Euroopan järjestelmää uudistettiin niin, että vahvistettiin ja tehostettiin EU:n valmiuksia havaita, arvioida ja vastata uusien huumeiden aiheuttamiin kansanterveydellisiin ja sosiaalisiin uhkisiin. Näin saadaan varhainen varoitus koko Euroopassa, ja riskinarviointi ja aineiden seuranta onnistuvat nopeammin Euroopan tasolla. Muutokset vahvistavat myös verkostoa, joka tukee EMCDDA:ta ja Europolia tässä työssä, ja viralliset työskentelysopimukset on nyt otettu käyttöön EMCDDA:n ja Euroopan lääkeviraston (EMA), Euroopan elintarviketurvallisuusviranomaisen (EFSA), Euroopan tautien ehkäisy- ja -valvontakeskuksen (ECDC) sekä Euroopan kemikaaliviraston (ECHA) kanssa.



Nuoret ovat tärkeä kohderyhmä monille huumeiden hoitotoimenpiteille

1

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

Huumausaineiden tarjonta ja markkinat

Maailmanlaajuisesti Eurooppa on tärkeä huumeiden markkina-alue, jonne tulee huumeita sekä eurooppalaisesta tuotannosta että salakuljetettuina muualta maailmasta. Suuri osa Eurooppaan tulevista laittomista huumeista on peräisin Etelä-Amerikasta, Länsi-Aasiasta ja Pohjois-Afrikasta, kun taas suuri osa uusista psykoaktiivisista aineista on peräisin Kiinasta. Lisäksi 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.

Huumausaineiden markkinoiden, tarjonnan ja lainsäädännön seuranta

Tässä luvussa esitetty analyysi perustuu tietoihin ilmoitetuista huumausainetakavarikoista, huumeiden lähtökemikaalien 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. Uusia psykoaktiivisia aineita koskevaa varhaisvaroitusjärjestelmää kuvataan kattavasti EMCDDA:n [verkkosivuilla](#).

KUVA 1.1

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

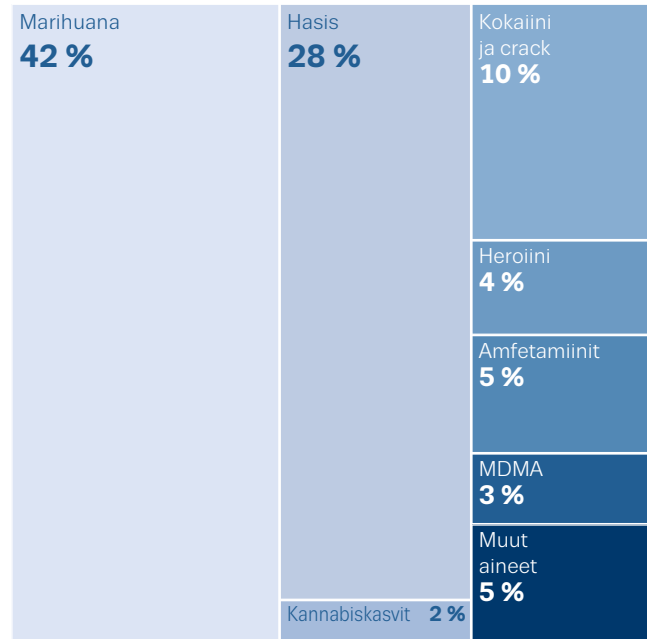
Laittomien huumeiden monimutkaiset ja monitasoiset markkinat Euroopassa

Laittomiin huumemarkkinoihin sisältyy monimutkaisia toisiinsa liittyviä toimintoja, muun muassa tuotanto, salakuljetus, jakelu ja myynti loppukäyttäjälle. Ne ulottuvat maantieteellisesti laajalle. Eri toimijat voivat olla osallisina eri vaiheissa, mutta järjestäytyneillä rikollisuusryhmillä on merkittävä rooli laittomien huumeiden kaupassa, jonka arvo on miljardeja euroja vuosittain.

Vähittäistasolla huumeiden myynti tapahtuu yhä pääasiassa toimittajien ja käyttäjien välisten suorien yhteyksien kautta. Huumeita myyvät verkostot käyttävät kuitenkin yhä enemmän mobiilitekniikkaa ja salausta. Laittomia huumeita myyvien verkkofoorumien merkitys on kasvanut viime vuosina, vaikka niiden osuus kokonaismarkkinoista on yhä suhteellisen pieni. Verkkomarkkinat toimivat näkyvässä verkossa – verkon indeksoitu osa tai osa, jolla voidaan tehdä hakuja – myös verkkokaupoissa ja sosiaalisen median foorumeilla, tai anonyymissä verkossa – salattu verkko, johon pääsy edellyttää erityisiä välineitä – jossa myyjät ja ostajat voivat salata henkilöllisyytensä.

Anonyymit verkkomarkkinat ilmaantuivat vuonna 2010, ja sen jälkeen on eri ajankohtina ollut yli 100 anonyymin verkon markkinapaikkaa. Heinäkuussa 2017 AlphaBay, joka on suurin markkinapaikka tähän mennessä, suljettiin kansainvälisessä poliisioperaatiossa. Tällöin suljettiin myös toinen suuri markkinapaikka, Hansa-markkinat. Tämän lainvalvontaoperaation seurauksena kuluttajien luottamus näiden markkinapaikkojen turvallisuuteen on ehkä heikentynyt. Tästä huolimatta EMCDDA:n ja Europolin analyysissä osoitetaan, että anonyymissä verkossa tapahtuvaan huumeiden myyntiin liittyvät tulot ja kaupan volyyymi olivat vuotta myöhemmin palautuneet valvontaa edeltävälle tasolle.

Ilmoitettujen takavarikoiden määrä vuonna 2017, jakauma huumeittain



Yli miljoona laittomien huumeiden takavarikkoa

Lainvalvontaviranomaisten tekemät huumetakavarikat ovat tärkeä indikaattori huumemarkkinoista. Vuonna 2017 Euroopassa tehtiin ilmoitusten mukaan yli 1,1 miljoonaa laittomien huumausaineiden takavarikkoa. Useimmissa tapauksissa huumeita takavarikoidaan käyttäjiltä pieniä määriä. Suurin osa takavarikoitujen huumeiden kokonaismäärästä muodostuu kuitenkin joistakin monen kilon eristä. Kolmen eniten takavarikoitujen huumeiden maan osuus kaikista Euroopan unionin huumetakavarikoista oli yli kaksi kolmasosaa. Nämä maat ovat Espanja, Yhdistynyt kuningaskunta ja Ranska. Alankomaista ei kuitenkaan ole saatavilla tietoja takavarikoiden määrästä, ja uusimmat tiedot Saksasta ja Sloveniasta ovat vuodelta 2015, mikä lisää analyysin epävarmuutta. Cannabis on yleisin takavarikoitu huume, ja Euroopassa tehdyistä takavarikoista lähes kolme neljäsosaa on kannabistakavarikkoa (kuva 1.1).

Kannabiksen takavarikkomäärät ja voimakkuus kasvavat, hinta pysyy vakaana

Euroopan huumemarkkinoilla tavattavat kaksi keskeistä kannabistuotetta ovat kannabisruoho (marihuana) ja kannabisharts (hasis). Kannabisöljy on suhteellisen harvinainen, vaikka viiden viime vuoden aikana on ilmoitettu joistakin suurista takavarikkomääristä. Euroopassa käytetään pääasiassa Euroopassa kasvatettua marihuanaa, mutta joitakin määriä salakuljetetaan myös ulkomailta. Euroopassa tuotettua marihuanaa kasvatetaan pääasiassa sisätiloissa. Hasista tuodaan pääasiassa Marokosta, ja Libyasta on tullut tärkeä keskus hasiksen salakuljetukselle. Raporttien mukaan hasista tuotetaan jonkin verran Euroopan unionissa, kun taas ”nederhasista” on havaittu useana vuonna Alankomaissa. Lisäksi Länsi-Balkan on sekä marihuanan että hiljattain kannabisöljyn lähde.

Vuonna 2017 EU:n jäsenvaltiot ilmoittivat 782 kannabistuotteiden takavarikkoa (440 000 marihuanaa, 311 000 hasistakavarikkoa ja 22 700 kannabiskasvitakavarikkoa).

Marihuanaa takavarikkojen määrä ohitti vuonna 2009 hasistakavarikkojen määrän. Takavarikoidun hasiksen määrä (466 tonnia) on kuitenkin yli kaksi kertaa suurempi kuin takavarikoidun marihuanan määrä (209 tonnia). Tämä johtuu osittain siitä, että hasista salakuljetetaan suurina määrinä kansallisten rajojen yli, minkä vuoksi se päättyy todennäköisemmin takavarikoitavaksi. Tarkasteltaessa takavarikoidun hasiksen määrää Espanja on erityisen tärkeä, koska se sijaitsee lähellä Marokkoa, ja sen osuus Euroopan unionissa vuonna 2017 takavarikoidun hasiksen kokonaismäärästä on lähes kolme neljäsosaa (72 prosenttia) (kuva 1.2).

KANNABIS



HASIS

Takavarikot

Määrä

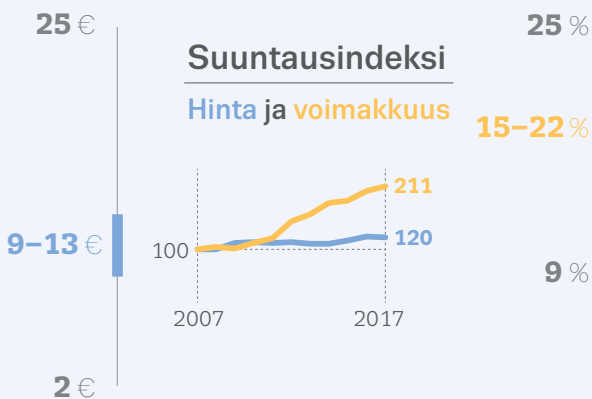
311 000 EU  **329 000** EU + 2

Määrä

466 EU  **550** EU + 2

Hinta

(EUR/g)



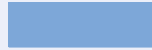
Voimakkuus

(THC-pitoisuus, %)

MARIHUANA

Takavarikot

Määrä

440 000 EU  **486 000** EU + 2

Määrä

209 EU  **304** EU + 2

Hinta

(EUR/g)



Voimakkuus

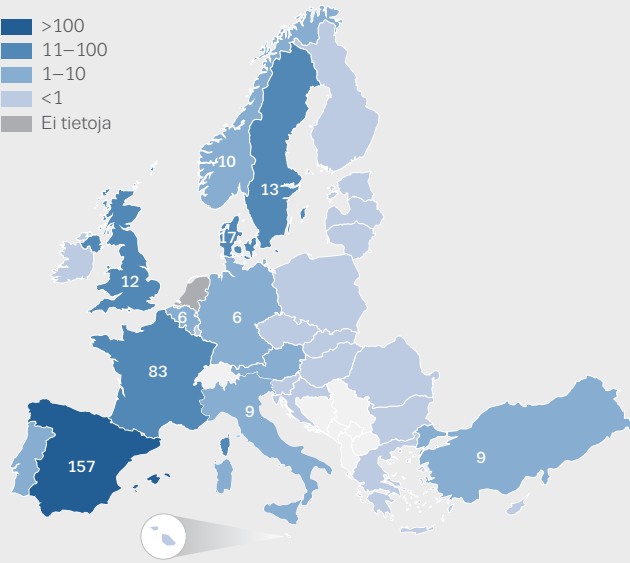
(THC-pitoisuus, %)

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

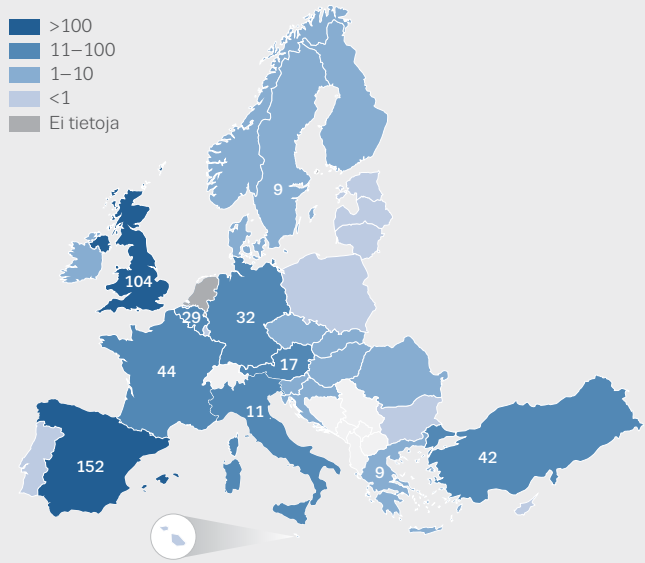
KUVA 1.2

Hasiksen ja marihuanan takavarikot, vuosi 2017 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

Hasiksen takavarikkojen määrä (tuhatta)

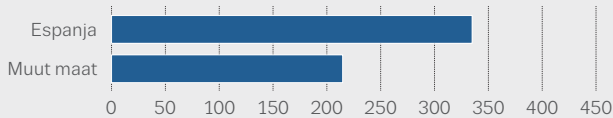


Marihuanan takavarikkojen määrä (tuhatta)

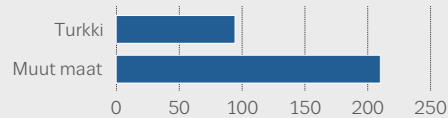


Huomautus: takavarikkojen määrät ilmoitetaan niiden kymmenen maan osalta, joiden luvut ovat suurimmat.

Takavarikoidun hasiksen määrä (tonnia)



Takavarikoidun marihuanan määrä (tonnia)



Euroopan unionissa ilmoitettujen kannabistakavarikkojen määrä, sekä hartsin että marihuanan, on ollut suhteellisen vakaa vuodesta 2012 lähtien (kuva 1.3). Vuoden 2015 laskun jälkeen takavarikoidun marihuanan määrä on kasvanut monissa maissa. Kokonaismäärän kasvu vuosina 2016 ja 2017 johtuu lähinnä ilmoitusten huomattavasta lisääntymisestä Kreikassa, Espanjassa ja erityisesti Italiassa. Vuodesta 2009 lähtien Turkki on vuosittain takavarikoinut enemmän kannabista kuin mikään muu EU:n maa, mutta vuonna 2017 Italiassa takavarikoidun kannabiksen määrä vastasi lähes Turkissa takavarikoitua määrää. Lisäksi monessa maassa, joissa takavarikoidaan yleensä pieniä marihuanamääriä, takavarikoiduissa määrissä havaittiin suurta kasvua vuonna 2017. Esimerkkinä mainittakoon Unkari, jossa takavarikoitu määrä oli seitsemän kertaa suurempi kuin edellisen vuoden määrä (yli 3,5 tonnia vuonna 2017 ja 0,5 tonnia vuonna 2016).

Kannabiskasvien takavarikotietojen voidaan katsoa toimivan indikaattorina huumeen maassa tapahtuvasta kasvatuksesta. Koska maiden lainvalvonnan painopisteissä ja raportointikäytännöissä on eroja, tietoja on tulkittava varovasti. Euroopassa takavarikoitujen kasvien määrä oli suurimmillaan 7 miljoonaa vuonna 2012 Italiassa

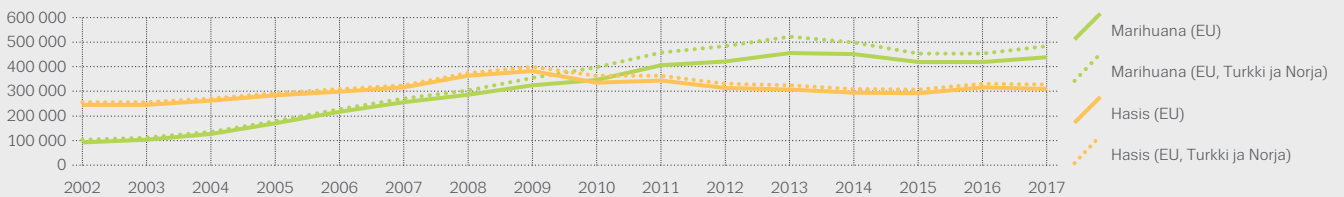
kyseisenä vuonna käyttöön otetun laajan kiellon vuoksi. Vuonna 2015 määrä putosi 2,5 miljoonaan kasviin, ja vuonna 2017 se nousi 3,4 miljoonaan kasviin. Vuonna 2017 Euroopan maat ilmoittivat 490 kannabisöljyn takavarikkoa. Takavarikoidut määrät olivat suurimmat Turkissa (50 litraa kolmessa takavarikossa) ja Kreikassa (12 kg 37 takavarikossa).

Hinta- ja voimakkuustietoja säännöllisesti raportoivien maiden suuntausindeksien analyysi osoittaa, että marihuanan ja hasiksen voimakkuus on kasvanut merkittävästi vuodesta 2007. Hasiksen voimakkuus on kasvanut jatkuvasti vuodesta 2009. Hasiksen voimakkuuden kasvuun vaikuttavia tekijöitä ovat todennäköisesti voimakkaiden kasvien ja uusien tuotantotekniikoiden käyttöönotto Marokossa ja jossain määrin se, että hasiksen uuttamistekniikoita käytetään enemmän Euroopassa, jolloin saadaan voimakkaampia tuotteita. Marihuanan keskimääräinen voimakkuus kasvoi vuonna 2017 vuosien 2013–2016 vakaan jakson jälkeen. Nähtäväksi kuitenkin jää, onko viimeaikainen voimakkuuden kasvu uuden suuntauksen alku. Tietojen mukaan hasiksen ja marihuanan vähittäismyyntihinnat grammalta ovat samat ja hinnat ovat pysyneet vakaina keskimäärin vuodesta 2009 lähtien.

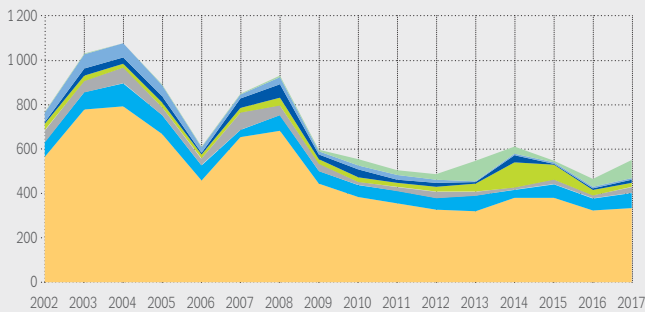
KUVA 1.3

Suuntaukset kannabistakavarikkojen määrässä ja takavarikoidun kannabiksen määrässä: hasis ja marihuana

Takavarikkojen määrä

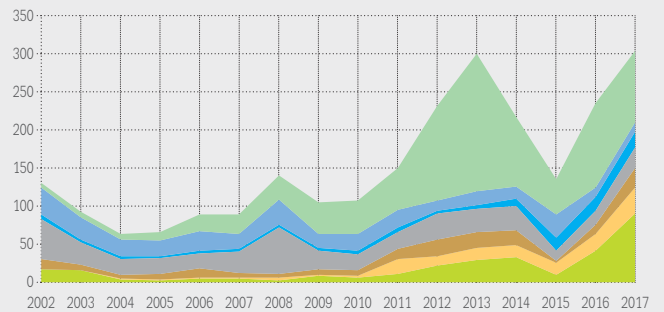


Hasis (tonnia)



Turkki Yhdistynyt kuningaskunta Portugal Italia
Muut maat Ranska Espanja

Marihuana (tonnia)



Turkki Yhdistynyt kuningaskunta Ranska
Muut maat Kreikka Espanja Italia

Alhaisen THC-pitoisuuden kannabistuotteiden saatavuus

Vuodesta 2017 marihuanaa ja kannabisöljyä on myyty avoimesti terveyselintarvikekaupoissa ja erikoisliikkeissä useissa EU-maissa. Myyntiä on harjoitettu sillä perusteella, että näillä tuotteilla ei ole päihdyttävää vaikutusta tai se on vähäinen, ja siksi niitä ei säännellä huumausainelainsäädännössä.

Marihuana ja sen uutteet tunnetaan kahdesta kannabinoidista, tetrahydrokannabinolista (THC) ja kannabidiolista (CBD). THC:llä voi olla päihdyttävä vaikutus, kun taas CBD:hen on liitetty terveysvaikutuksia, vaikka tällä hetkellä on vain vähän näyttöä useimmista tutkituista vaikutuksista. Kummankin osuus voi vaihdella suuresti kannabiskasveissa. EU:n yhteisellä maatalouspolitiikalla tuetaan kannabiskasvien tiettyjen lajikkeiden viljelyä teollisuuskäyttöön, mikäli niiden THC-pitoisuus ei ylitä 0,2:ta prosenttia (raja-arvon tarkoituksena oli alun perin erottaa eri kasvityypit eikä varmistaa ihmisravinnoksi tarkoitettujen kasvien turvallisuus). Kansalliset raja-arvot ovat 0 ja 0,3 prosentin välillä.

Uusien tuotteiden THC-pitoisuuden väitetään olevan alle 0,2 prosenttia tai 0,3 prosenttia, ja näyttää siltä, että ne sopivat yleisesti ottaen kahteen ryhmään, jotka saattavat olla päällekkäisiä. Ensimmäistä markkinoidaan nykyisille

laittoman kannabiksen käyttäjille "laillisena" kannabiksena, joka on usein poltettavassa muodossa. Toista tuoteryhmää markkinoidaan usein öljynä tai voiteena "terveyteen" ja "hyvinvointiin" liittyvillä miellelyhtymillä ja korostetaan sen CBD-pitoisuutta. Näiden tuotteiden myyntipisteiden tyyppi ja sisustus kuvastavat myös näitä ryhmiä. Koska näitä tuotteita varten ei ole sovitteja testausstandardeja, THC- ja CBD-pitoisuus voi olla eri kuin tuotteen merkinnöissä tai "testituloksissa" on mainittu.

Takavarikoidun heroinin määrä kasvaa

Heroiini on yleisin opioidi EU:n huumeraportin alueilla. Tuontiheroiinia on perinteisesti ollut saatavana Euroopassa kahdessa muodossa. Näistä yleisempi on (kemiallisessa perusmuodossaan oleva) ruskea heroini. Sitä tuotetaan pääasiassa morfiinista, jota uutetaan Afganistanissa kasvatetuista unikoista. Huomattavasti harvinaisempi on valkoinen heroini (suola), jota on aikaisemmin tuotu Kaakkois-Aasiasta mutta jota saatetaan nykyisin tuottaa myös Afganistanissa tai sen naapurimaissa. Muita Euroopan laittomilla markkinoilla saatavilla olevia opioideja ovat oopiumi, lääkemorfiini, metadoni, buprenorfiini, tramadoli ja erilaiset fentanyylijohtannaiset. Joitakin näistä opioideja voidaan saada laillisista lääkevalmisteista, kun taas joitakin valmistetaan laittomasti.

Afganistan on edelleen maailman suurin laiton oopiumintuottaja. Arvioiden mukaan Euroopassa tavatusta heroininista suurin osa valmistetaan Afganistanissa tai sen naapurimaissa Iranissa ja Pakistanissa. Laittomien opioidien tuotanto Euroopassa on viime aikoihin asti rajoittunut kotitekoisten unikkotuotteiden tuotantoon joissakin Itä-Euroopan maissa. Viime vuosien havainnot laboratorioista, jotka valmistavat heroinia morfiinista käyttämällä etikkahapponhydroidiä, Bulgariassa, Tšekissä, Espanjassa ja Alankomaissa sekä morfiini- ja oopiumitakavarikkojen kasvu osoittavat, että pieniä määriä heroinia valmistetaan nyt lähempänä kuluttajamarkkinoita Euroopassa. Tämä muutos voi johtua siitä, että toimittajat yrittävät vähentää kustannuksia toteuttamalla heroinin tuotannon viimeiset vaiheet Euroopassa, jossa etikkahapponhydroidin kaltaiset lähtöaineet ovat

halvempia kuin oopiumia tuottavissa maissa. Huuhausaineen valmistamisella lähellä kuluttajamarkkinoita voidaan myös pyrkiä vähentämään kieltoriskejä.

Heroiini saapuu Eurooppaan neljää eri pääreitillä. Kaksi tärkeintä ovat "Balkanin reitti" ja "eteläinen reitti". Ensimmäinen ja merkittävin 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" Afganistanista Keski-Aasian kautta Venäjälle ja Etelä-Kaukasian ja Mustanmeren kautta kulkeva reitti.

Useissa Euroopan maissa havaittiin, että heroinin saatavuus väheni vuosina 2010–2011, jolloin sekä takavarikkojen määrä että takavarikoidun heroinin määrä väheni. Sen jälkeen takavarikot Euroopan unionissa ovat pitkälti vakiintuneet. Vuonna 2017 tehtiin 37 000 takavarikkoa, joissa otettiin talteen 5,4 tonnia heroinia. Turkissa takavarikoitaan edelleen enemmän heroinia kuin kaikissa muissa Euroopan maissa (kuva 1.4). Vuosina 2014–2016 takavarikoidun heroinin määrä laski 12,8 tonnista 5,6 tonniin. Vuonna 2017 Turkki takavarikoi heroinia 17,4 tonnia, joka on suurin määrä vuosikymmeneen.

Hinta- ja puhtaustietoja säännöllisesti raportoivien maiden suuntausindeksit osoittavat, että vuosina 2009–2011

HEROIINI

Takavarikot

Määrä

37 000 EU  **50 000** EU + 2

Määrä

5,4 EU  **22,9** EU + 2

Hinta

(EUR/g)

140 €
28–58 €
15 €

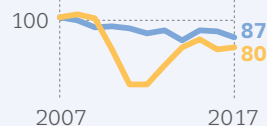
Puhtaus

(%)

51 %
15–31 %
9 %

Suuntausindeksi

Hinta ja puhtaus

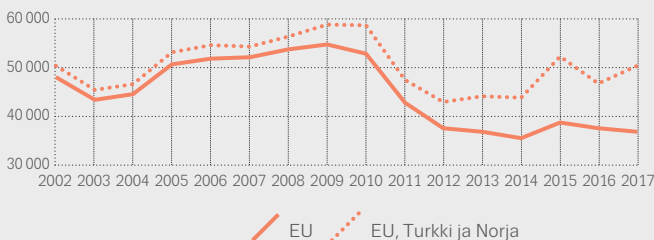


EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa. Ruskean heroinin hinta ja puhtaus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan.

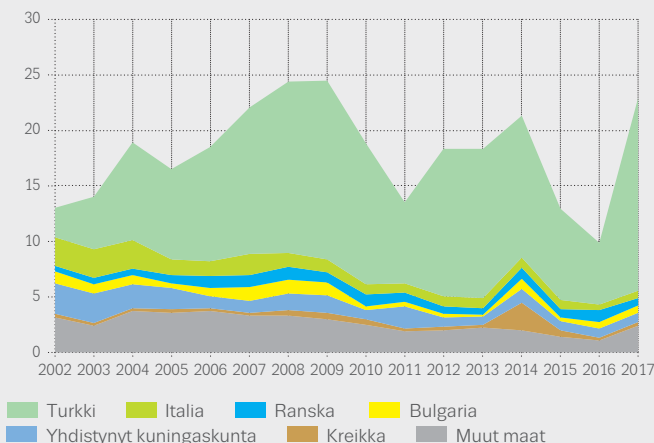
KUVA 1.4

Heroinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun heroinin määrä: suuntaukset ja vuosi 2017 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

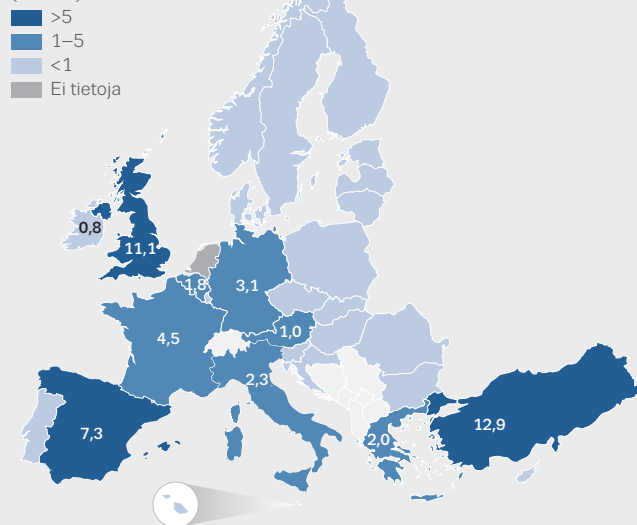
Takavarikkojen määrä



Tonnia

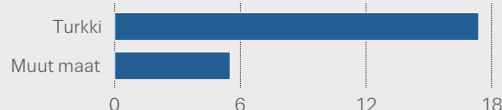


Heroinitakavarikkojen määrä (tuhatta)



Huomautus: takavarikkojen määrät ilmoitetaan (tuhausina) niiden kymmenen maan osalta, joiden luvut ovat suurimmat.

Takavarikoidun heroinin määrä (tonnia)



heroiinin puhtaus väheni nopeasti, minkä jälkeen se lisääntyi nopeasti. Viime vuosina puhtaus on vakiintunut mutta ei kuitenkaan yllä vuoden 2007 tasoille. Sen sijaan heroinin vähittäismyyntihinta laski hieman viime vuosikymmenen aikana ja myös vuonna 2017.

Euroopan maissa takavarikoidaan heroinin lisäksi muita opioidituotteita. Vaikka niiden osuus on pieni

opioiditakavarikkojen kokonaismäärästä, niiden määrä lisääntyi merkittävästi vuonna 2017. Muita yleisimmin takavarikoituja opioideja ovat lääkeopioidit tramadoli, buprenorfiini ja metadoni (ks. taulukko 1.1) Vuonna 2017 takavarikoidun tramadolien ja fentanyylijohdannaisten määrä kasvoi jo toisena peräkkäisenä vuonna. Lisäksi takavarikoidun oopiumin ja morfiinin määrä oli myös paljon suurempi vuonna 2017 kuin edellisenä vuonna.

TAULUKKO 1.1

Muiden opioidien kuin heroinin takavarikot vuonna 2017

Opioidi	Määrä	Määrä				Maiden määrä
		Kilogrammaa	Litraa	Tablettia	Huumelappua	
Metadoni	1 428	17,2	26,4	30 381		18
Buprenorfiini	2 649	0,5	0,01	58 682		17
Tramadoli	4 290	13,8	0,1	118 935 898		11
Fentanyylijohdannaiset	940	14,3	1,9	10 551	2 291	13
Morfiini	358	246,0	1,3	9 337		13
Oopiumi	1 837	2 177,9				17
Kodeiini	522	0,1		18 475		8
Dihydrokodeiini	21			1 436		4
Oksikodoni	560	0,0001		18 035		8

Euroopan stimulanttimarkkinoilla alueellisia eroja

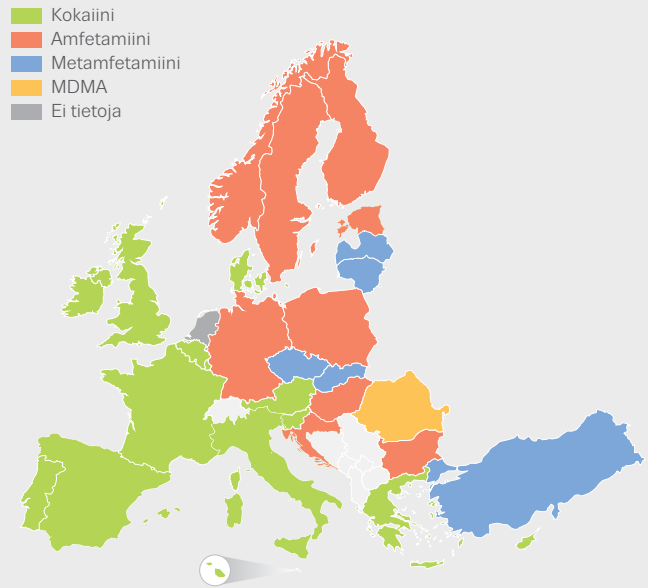
Kokaiini, amfetamiini, metamfetamiini ja MDMA ovat yleisimmät Euroopassa saatavilla olevat laittomat stimulantit. Suuria alueellisia eroja esiintyy siinä, mikä stimulantti on yleisimmin takavarikoitu (kuva 1.5). Tähän vaikuttavat saapumissatamien ja salakuljetusreittien sijainnit, suuret tuotantokeskukset ja suuret kuluttajamarkkinat. Kokaiini on useimmin takavarikoitu stimulantti monissa Länsi- ja Etelä-Euroopan maissa, kun taas amfetamiini- ja MDMA-takavarikkoja on eniten Pohjois- ja Keski-Euroopassa.

Kokaiinimarkkinat: ennätysellinen määrä takavarikkoja

Euroopassa on saatavana kokaiinia kahdessa muodossa, joista jauhemainen kokaiini (suola) on yleisin. Crack-kokaiini on kokaiinin poltettava muoto (vapaa kokaiiniemäs), ja sen saatavuus on ei ole yhtä yleistä. Kokaiinia valmistetaan kokapensaasta lehdistä. Sitä tuotetaan lähinnä Kolumbiassa, Boliviassa ja Perussa. Kokaiinia kuljetetaan eri lähtöpisteistä Etelä- ja Keski-Amerikasta Eurooppaan eri tavoin. Näihin kuuluvat matkustajalennot, lentorahdit, yksityiset lentokoneet, huvialukset ja muut pienet alukset. Näyttää kuitenkin siltä, että suurimmat määrät salakuljetetaan merirahtina, erityisesti konteissa. Karibia sekä Länsi- ja Pohjois-Afrikka ovat tärkeitä kauttakulkualueita Eurooppaan tulevalle kokaiinille.

KUVA 1.5

Yleisin takavarikoitu stimulantti Euroopassa, 2017 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana



Vuonna 2017 kokaiinitakavarikkojen ja takavarikoidun kokaiinin määrä Euroopan unionissa oli ennätysellinen, yli 104 000 kokaiinitakavarikkoa, joiden määrä oli 140,4 tonnia. Takavarikoidun kokaiinin määrä oli yli 20 tonnia suurempi kuin vuoden 2006 ennätysluku ja kaksinkertainen vuoteen 2016 nähden (ks. kuva 1.6). Belgiassa (45 tonnia) ja Espanjassa (41 tonnia) takavarikoitiin yhteensä noin 86 tonnia, joka on 61 prosenttia koko EU:n arvioidusta määrästä vuonna 2017. Suurista takavarikkomääristä ilmoittivat myös Ranska (17,5 tonnia) ja Alankomaat (14,6 tonnia). Lisäksi

KOKAIINI

Takavarikot

Määrä

104 000 EU  **109 000** EU + 2

Määrä

140,4 EU  **142,0** EU + 2

Hinta

(EUR/g)

135 €

55–82 €

38 €

Puhtaus

(%)

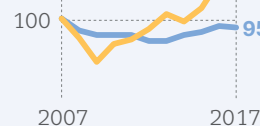
88 %

49–71 %

27 %

Suuntausindeksi

Hinta ja puhtaus

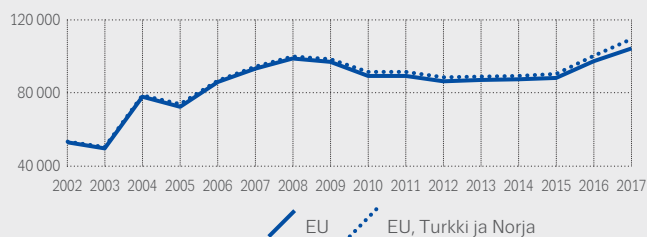


EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa. Kokaiinin hinta ja puhtaus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljännespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan.

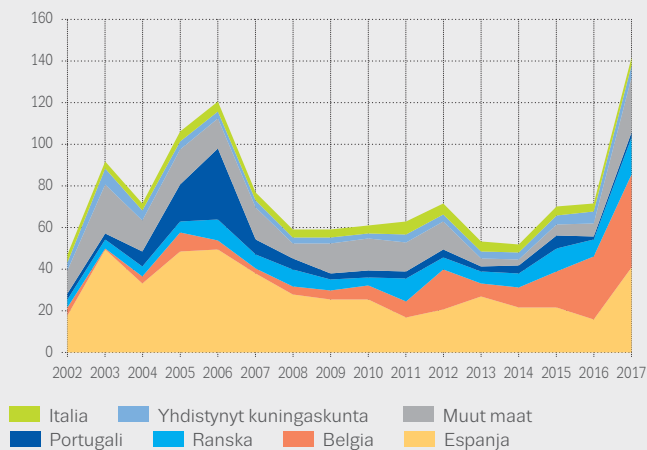
KUVA 1.6

Jauhemaisen kokaiinin takavarikoiden määrä ja takavarikoidun jauhemaisen kokaiinin määrä: suuntaukset ja vuosi 2017 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

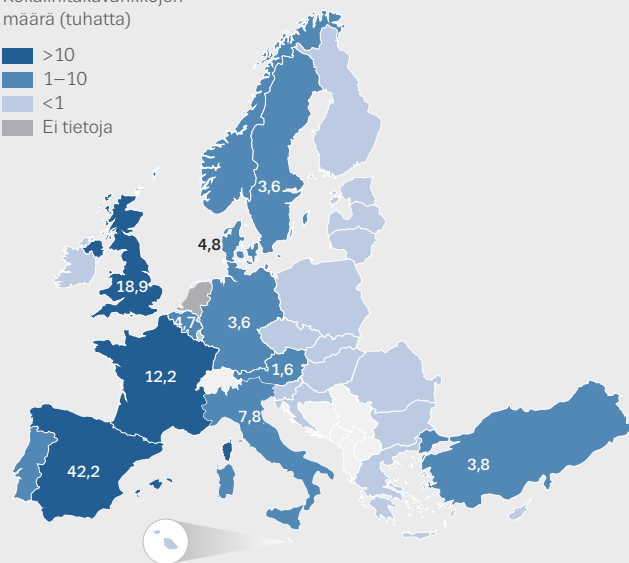
Takavarikkojen määrä



Tonnia

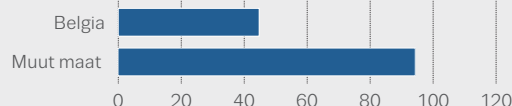


Kokaiinitakavarikkojen määrä (tuhatta)



Huomautus: takavarikkojen määrät ilmoitetaan (tuhansina) niiden kymmenen maan osalta, joiden luvut ovat suurimmat.

Takavarikoidun kokaiinin määrä (tonnia)



kokaiinin puhtaus vähittäismarkkinoilla on lisääntynyt vuodesta 2010 lähtien, erityisesti vuosina 2016 ja 2017, jolloin se oli puhtaimmillaan kymmeneen vuoteen. Kokaiinin vähittäismyyntihinta on pysynyt vakaana. Yhdessä nämä indikaattorit osoittavat, että kokaiinin saatavuus on suurimmillaan.

Crack-kokaiinin takavarikkoja on vähän, ja niiden määrä on pysynyt vakaana niistä ilmoittaneissa maissa. Tämä selittyy osittain sillä, että crackia valmistetaan Euroopassa lähellä kuluttajamarkkinoita, eikä sitä kuljeteta rajojen yli, jolloin useat takavarikot yleensä tehdään.

Kokapensaan lehtien takavarikkojen määrä ja takavarikoitu määrä on ollut nousussa. Vuonna 2017 takavarikoitiin yhteensä 204 kilogrammaa kokapensaan lehtiä ja vähäinen määrä kokatahnaa. Tämä voi kertoa joidenkin rikollisjärjestöjen tuotantotaktiikan monipuolistumisesta, koska aiemmin kokaiinilaboratoriot Euroopassa ovat yleensä olleet "jatkouttamislaboratorioita", joissa kokaiinia kerätään materiaaleista, joihin sitä on sisällytetty (esim. viineistä, vaatteista, muovista), eivätkä kokapensaan lehtiä käsitteleviä laboratorioita.

**Indikaattorit osoittavat,
että kokaiinin saatavuus
on suurimmillaan**

Huumeiden tuotanto: lähtöaineiden kemiallinen kehitys

Huumeiden lähtöaineet ovat välttämättömiä kemikaaleja, joita tarvitaan laittomien huumeiden valmistuksessa. Euroopassa eniten huolta ovat yleensä aiheuttaneet lähtökemikaalit, joista tuotetaan amfetamiinin, metamfetamiinin ja MDMA:n kaltaisia synteettisiä huumeita. Heroiinilaboratorioiden ilmaantumisen myötä EU:ssa on kuitenkin kiinnitetty enemmän huomiota etikkahappoanhydridin kulkeutumiseen laittomille markkinoille. Etikkahappoanhydridi on lähtöaine, jota käytetään, kun morfiini muunnetaan heroiiniksi. Koska monilla lähtökemikaaleilla on laillisia käyttötapoja, niitä ei ole kielletty, vaan niiden kauppaa seurataan ja valvotaan EU:n säädöksillä, joissa luetellaan tiettyjä kemikaaleja. Huumeiden tuotannossa välttämättömien lähtöaineiden ja muiden kemikaalien saatavuudella on suuri vaikutus huumemarkkinoihin sekä laittomissa laboratorioissa käytettyihin tuotantomenetelmiin. Tuotantotekniikat kehittyvät jatkuvasti havaitsemisen, valvonnan tai seuraamusten kiertämiseksi. Muutoksiin kuuluu tavallisesti vaihtoehtoisten aineiden käyttö synteettisten huumausaineiden tai niiden lähtöaineiden tuottamiseksi, ja tästä tulee tämän jälkeen suosituin tuotantomenetelmä. Näiden vaihtoehtoisten aineiden käyttöön liittyvään lisälajostukseen ja monimutkaisempiin synteeseireitteihin voidaan tarvita enemmän kemikaaleja, jolloin jätettä syntyy enemmän. Tämä voi puolestaan aiheuttaa suurempia

ympäristövahinkoja, jos jätteitä käsitellään epäasianmukaisesti.

Huumeiden lähtöaineiden takavarikkoja ja pysäytettyjä toimituksia koskevissa tiedoissa vahvistetaan, että säännellyt ja sääntelemättömiä aineita käytetään Euroopan unionissa laittomien huumeiden, erityisesti amfetamiinien ja MDMA:n, tuotannossa (taulukko 1.2). Bentsyyylimetyyliketonin (BMK:n) lähtöaineen alfa-fenyyliaasetonitriilin (APAAN) sisällyttämisellä ohjelmaan vuoden 2013 lopussa on edelleen vaikutusta, koska takavarikot ovat vähentyneet 48 tonnista vuonna 2013 noin 5 tonniin vuonna 2017. Vaihtoehtoisen kemikaalin APAA:n (alfafenyyliaasetamidin) takavarikot lisääntyivät jyrkästi vuonna 2016 ja uudestaan vuonna 2017. Helposti BMK:ksi muunnettavien BMK:n glysidijohdannaisten takavarikoista ilmoitettiin ensimmäisen kerran vuonna 2015. Takavarikoitujen aineiden määrä kasvoi jyrkästi noin kolmeen tonniin vuonna 2016 ja vielä lähes kuuteen tonniin vuonna 2017.

PMK:n (piperonyylimetyyliketonin) ja MDMA:n valmistuksessa käytettävien luetteloon kuulumattomien kemikaalien takavarikot lisääntyivät selvästi vuonna 2017. PMK:n kaikki takavarikot ja PMK:n glysidijohdannaisten useimmat takavarikot vuonna 2017 tehtiin Alankomaissa. Lisäksi suuria määriä 2-bromo-4-metyylipropiofenonia, synteettisten katinonien lähtöainetta, sekä suuria määriä BMK:ta (ja BMK:n glysidijohdannaisia) takavarikoitiin

TAULUKKO 1.2

Yhteenveto EU:n luetteloon kuuluvien ja kuulumattomien tiettyjen huumeiden lähtöaineiden takavarikoista ja pysäytetyistä toimituksista Euroopan unionissa vuonna 2017

Luetteloon kuuluvat/kuulumattomat	Takavarikot		Pysäytetyt toimitukset		YHTEENSÄ	
	Määrä	Määrä	Määrä	Määrä	Määrä	Määrä
MDMA tai sitä muistuttavat aineet						
PMK (litraa)	10	5 397	0	0	10	5 397
Safroli (litraa)	5	2 969	0	0	5	2 969
Piperonaali (kg)	3	37	4	6 384	7	6 421
PMK:n glysidijohdannaiset (kg)	20	17 774	0	0	20	17 774
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	25	0	0	1	25
Amfetamiini ja metamfetamiini						
BMK (litraa)	29	3 506	0	0	29	3 506
Efedriini, irtotavarana (kg)	14	25	0	0	14	25
Pseudoefedriini, irtotavarana (kg)	23	13	0	0	23	13
APAAN (kg)	9	5 065	0	0	9	5 065
PAA, fenyylieikkahappo (kg)	0	0	4	300	4	300
APAA (kg)	90	10 830	0	0	90	10 830
BMK:n glysidijohdannaiset (kg)	5	5 725	0	0	5	5 725
Muut						
Etikkahappoanhydridi (litraa)	24	81 289	55	243 011	79	324 300
2-bromo-4-metyylipropiofenoni (kg)	4	1 211	0	0	4	1 211
N-fenetyyli-4-piperidoni (kg)	2	4,5	0	0	2	4,5

Alankomaissa, mikä vahvisti maan keskeistä roolia synteettisten huumeiden tuotannossa Euroopan unionissa.

Vuonna 2017 yli 81 tonnia etikkahapponanhydridiä takavarikoitiin ja lisäksi 243 tonnia pysäytettiin ennen toimitusta. Määrä kasvoi näin ollen huomattavasti edellisiin vuosiin verrattuna. Lisäksi on syytä todeta, että suuri määrä *N*-fenetyyli-4-piperidonia, fentanyylijohdannaisten valmistuksessa käytettyä lähtöainetta, on takavarikoitu Virossa.

Amfetamiinin ja metamfetamiinin takavarikot: merkkejä asteittaisesta kasvusta

Amfetamiini ja metamfetamiini ovat synteettisiä stimulantteja, joista voidaan käyttää yleisnimitystä "amfetamiinit" joissakin tietosarjoissa. Takavarikot osoittavat, että metamfetamiinin saatavuus on viime vuosikymmenen aikana lisääntynyt hitaasti ja laajenee

maantieteellisesti, mutta sen saatavuus on yhä paljon alhaisempi kuin amfetamiinin.

Molempia huumeita valmistetaan Euroopassa eurooppalaisille markkinoille. Saatavilla olevat tiedot osoittavat, että amfetamiinia tuotetaan lähinnä Belgiassa, Alankomaissa ja Puolassa ja pienemmässä määrin Baltian maissa ja Saksassa. Kaikki amfetamiinin tuotantovaiheet toteutetaan yleensä samassa paikassa. Amfetamiiniöljyn takavarikot joissakin jäsenvaltioissa osoittavat kuitenkin, että tätä tuotetta voidaan salakuljettaa maiden välillä, ja tuotannon loppuvaihe tapahtuu tuotteen suunnittelussa määräraikassa tai lähellä sitä.

Joitakin amfetamiineja valmistetaan myös Euroopan unionissa vientiin, erityisesti Lähi-itään. Turkissa tehtyjen amfetamiinitablettien (joissa on captagon-logo) isojen takavarikoiden on ilmoitettu liittyvän Syyriaan.

AMFETAMIINIT



AMFETAMIINI

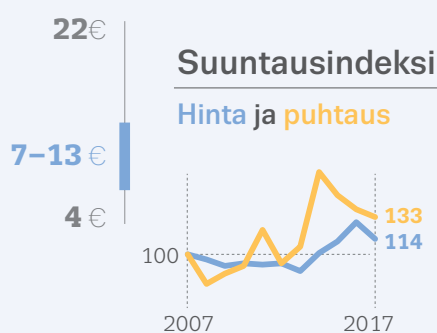
Takavarikot

Määrä
35 000 EU  **40 000** EU + 2

Määrä
6,4 EU  **13,4** EU + 2

Hinta

(EUR/g)



Puhtaus

(%)

50 %
17-29 %
13 %

METAMFETAMIINI

Takavarikot

Määrä
9 000 EU  **19 000** EU + 2

Määrä
0,7 EU  **1,4** EU + 2

Hinta

(EUR/g)

130 €
12-83 €
10 €

Puhtaus

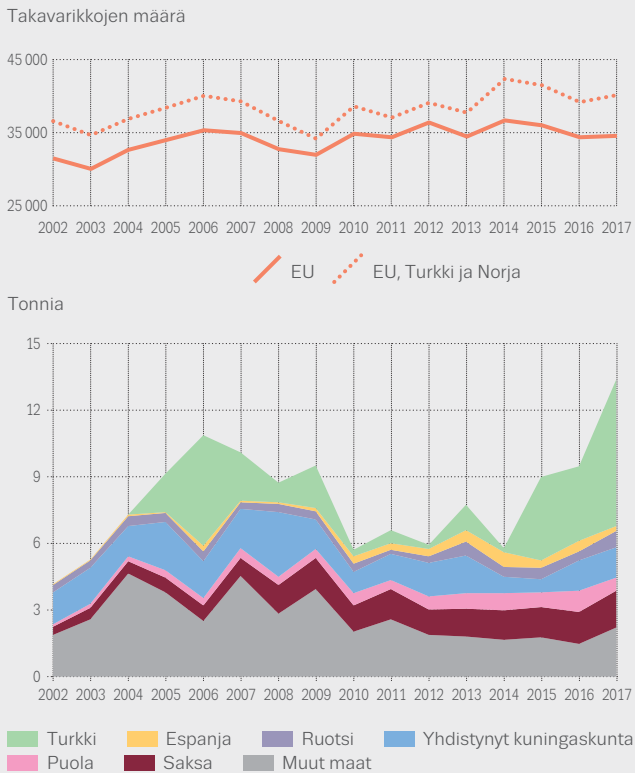
(%)

90 %
21-72 %
12 %

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

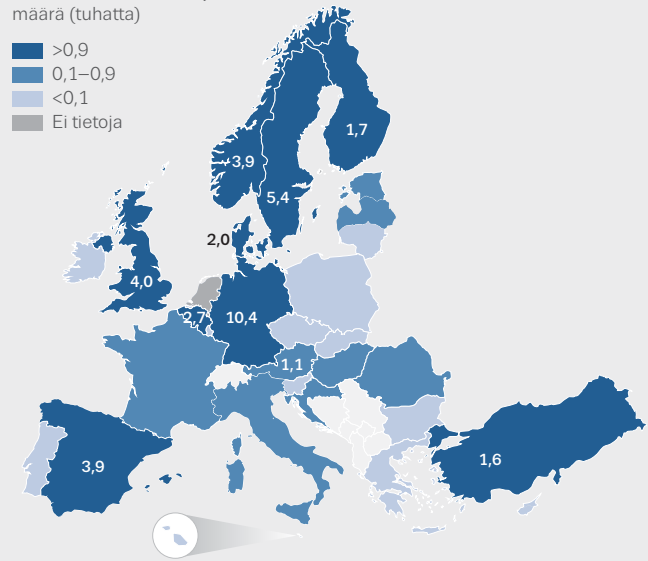
KUVA 1.7

Amfetamiinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun amfetamiinin määrä: suuntauksiset ja vuosi 2017 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana



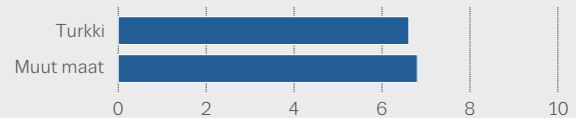
Amfetamiinitakavarikkojen määrä (tuhatta)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Ei tietoja



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

Takavarikoidun amfetamiinin määrä (tonnia)



Euroopassa takavarikoitu metamfetamiini tuotetaan pääasiassa Tšekissä ja naapurimaiden raja-alueilla. Joitain laittomia metamfetamiinilaboratorioita havaitaan joka vuosi Alankomaissa, ja joskus nämä ovat melko suuria laitoksia, joissa ainetta tuotetaan lähinnä Kaukoidän ja Oseanian markkinoille. Tšekissä metamfetamiinin tuotannossa käytetään lähinnä pseudoefedriiniä, jota uutetaan lääketuotteista. Vuonna 2017 Euroopan unionissa ilmoitetusta 298 laittomasta metamfetamiinilaboratoriosta 264 sijaitti Tšekissä. Yleisimpiä ovat kotimaan markkinoille ainetta toimittavat pienet laboratoriot, joissa paikalliset käyttäjät/huumekauppiat pyrittävät toimintaa. Viime vuosina on kuitenkin ilmestynyt suuria tuotantolaitoja, joissa muut kuin tšekkiläiset järjestäytyneet rikollisryhmät valmistavat metamfetamiinia muille Euroopan maille.

Vuonna 2017 EU:n jäsenvaltiot tekivät 35 000 amfetamiinitakavarikkoa, joissa otettiin talteen 6,4 tonnia amfetamiinia. Euroopan unionissa takavarikoidun amfetamiinin arvioitu määrä on yleensä vaihdellut 5–6 tonnin välillä joka vuosi vuodesta 2010 lähtien. Se on kuitenkin noussut kahden viime vuoden aikana (kuva 1.7). Saksassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa takavarikoidaan yleensä eniten, usein yli tonni kummassakin. Metamfetamiinitakavarikkojen määrä on paljon pienempi. Vuonna 2017 Euroopan unionissa tehtiin

9 000 takavarikkoa, joissa otettiin talteen 0,7 tonnia metamfetamiinia. Ranskassa (122 kg), Saksassa (114 kg) ja Tšekissä (93 kg) takavarikoitiin eniten metamfetamiinia (kuva 1.8). Metamfetamiinitakavarikkojen määrä on ollut nousussa vuodesta 2002, mutta viime vuosina on ollut vakiintumisen merkkejä. Takavarikoitu määrä on ollut nousussa vuodesta 2009, vaikka se onkin vaihdellut jonkin verran.

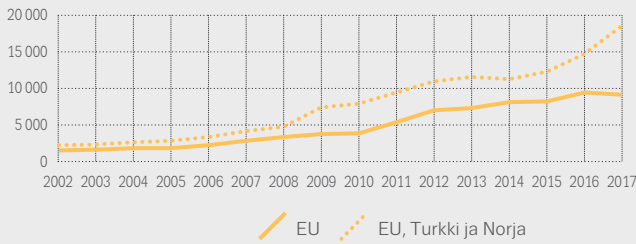
Vuonna 2017 Turkki takavarikoi enemmän amfetamiinia (6,6 tonnia) kuin kaikki EU:n jäsenvaltiot yhteensä (6,4 tonnia). Lähes kaikki Turkissa takavarikoitu amfetamiini oli tabletteina (26,3 miljoonaa tablettia – yli 99,5 prosenttia takavarikoidun amfetamiinin arvioidusta kokonaismäärästä), joihin sisältyi myös suuria määriä Captagon-tabletteja, jotka sisälsivät amfetamiinia. Turkki takavarikoi myös poikkeuksellisen paljon metamfetamiinia vuonna 2017 (658 kg). Tämä määrä vastasi Euroopan unionin takavarikoimaa määrää (662 kg).

Verrattuna tilanteeseen kymmenen vuotta sitten, amfetamiinin hinta ja puhtaus Euroopassa olivat korkeampia vuonna 2017, vaikka ne hieman laskivat edelliseen vuoteen verrattuna. Metamfetamiinin ilmoitettu keskimääräinen puhtaus ja hinta ovat yleensä korkeammat kuin amfetamiiniotosten.

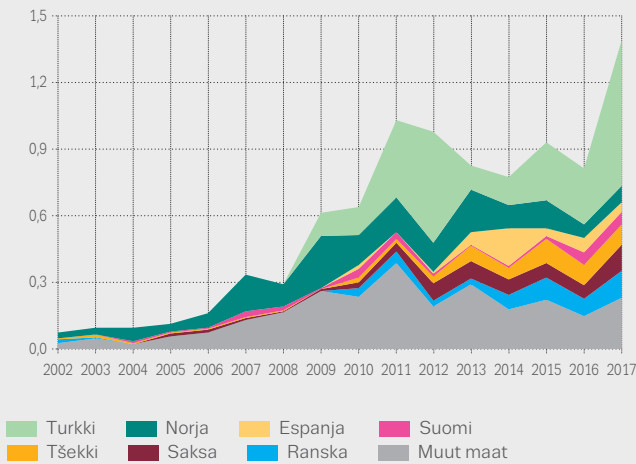
KUVA 1.8

Metamfetamiinitakavarikkojen määrä ja takavarikoidun metamfetamiinin määrä: suuntaukset ja vuosi 2017 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

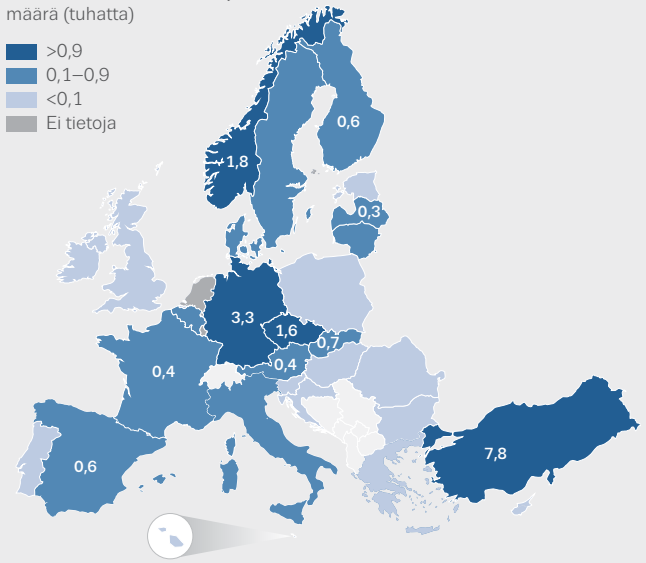
Takavarikkojen määrä



Tonnia

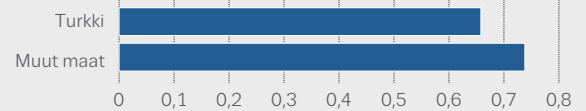


Metamfetamiinitakavarikkojen määrä (tuhatta)



Huomaus: takavarikkojen määrät ilmoitetaan (tuhansina) niiden kymmenen maan osalta, joiden luvut ovat suurimmat.

Takavarikoidun metamfetamiinin määrä (tonnia)



MDMA:n tuotanto ja takavarikot kasvussa

MDMA (3,4-metyleenidioksimetamfetamiini) on syntetttinen aine, joka muistuttaa kemiallisesti amfetamiinia, mutta sen vaikutus on erilainen. MDMA:ta käytetään tabletteina, joita kutsutaan usein ekstaasiksi, ja

myös jauheena tai kiteenä. Huumeiden lähtöaineiden – laittomien huumeiden tuotannossa välttämättömien kemikaalien – kansainväliset valvontatoimet aiheuttivat häiriötä MDMA-markkinoilla 1900-luvun lopussa. Hiljattain MDMA-markkinat ovat elpyneet, koska tuottajat ovat löytäneet vaihtoehtoisia, valvomattomia kemikaaleja, joita

MDMA



Takavarikot

Määrä

23 000 EU 31 000 EU + 2

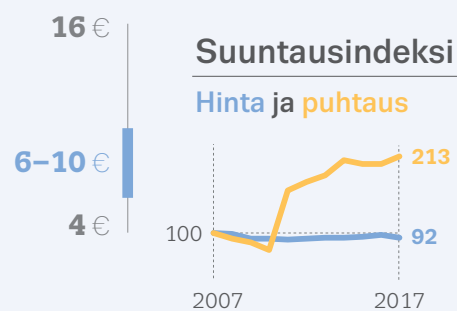
Määrä

6,6 EU MILJOONAA TABLETTIA 15,2 EU + 2

1,7 EU TONNIA 1,7 EU + 2

Hinta

(EUR/tabletti)



Puhtaus

(mg MDMA:ta / tabletti)

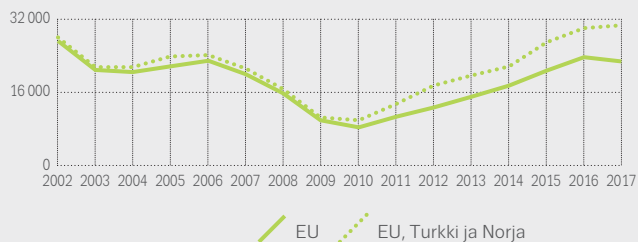


EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa. MDMA:n hinta ja puhtaus: kansalliset keskiarvot – minimi, maksimi ja neljannespisteiden vaihteluväli. Mukaan luetut maat vaihtelevat indikaattorin mukaan.

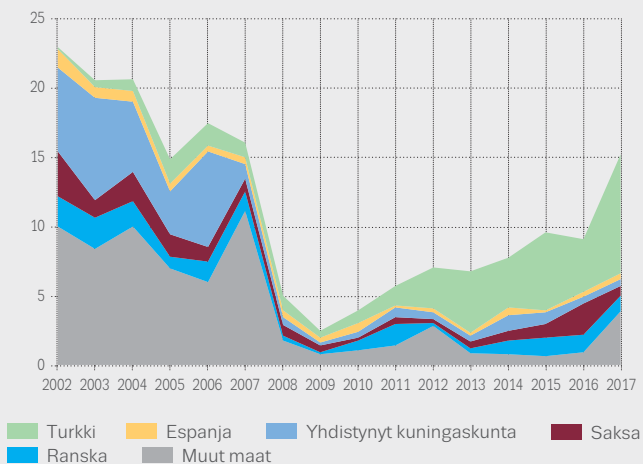
KUVA 1.9

MDMA-takavarikkojen (kaikki muodot) määrä ja takavarikoitujen tablettien määrä: suuntauksukset ja vuosi 2017 tai viimeisin vuosi, jolta tietoja on saatavana

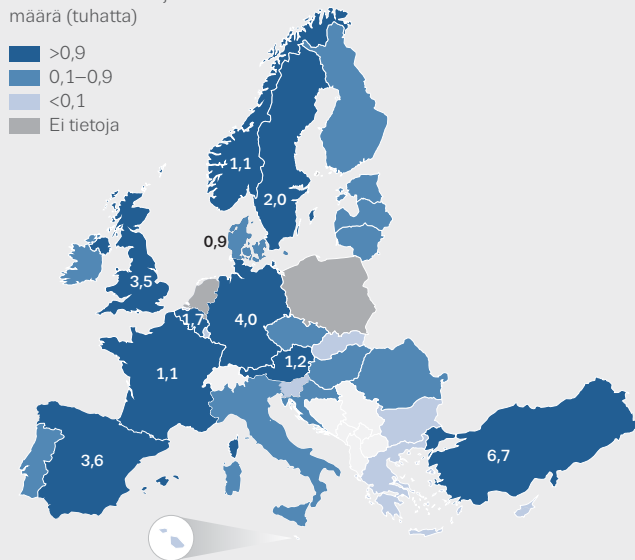
Takavarikkojen määrä



Tablettia (miljoonaa)

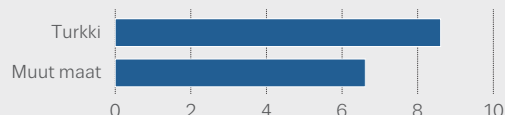


MDMA-takavarikkojen määrä (tuhatta)



Huomautus: takavarikkojen määrät ilmoitetaan (tuhansina) niiden kymmenen maan osalta, joiden luvut ovat suurimmat.

Takavarikoitu MDMA-tablettia (miljoonaa)



voidaan käyttää huumeen valmistuksessa. Tämä näky tablettien MDMA-pitoisuudessa niissä maissa, jotka raportoivat säännöllisesti. Pitoisuus on noussut vuodesta 2010 lähtien ja oli vuonna 2017 korkein kymmenen viime vuoden aikana. Markkinoinnilla näyttää olevan vaikutusta myyntiin, ja uusia erivärisiä ja -muotoisia tabletteja, joissa on eri tuotelogoja, tuodaan jatkuvasti markkinoille.

Euroopassa MDMA:n tuotanto on keskittynyt pääasiassa Alankomaihin ja Belgiaan. Euroopan unionissa purettiin yhteensä 21 toimivaa MDMA-laboratoriota vuonna 2017, eli vuoden 2016 luku on lähes kaksinkertaistunut. Nämä kaikki sijaitsivat Alankomaissa. Belgiassa, vaikka MDMA:n tuotantolaitoksia ei havaittu vuonna 2017, raportit MDMA:n tuotannon kemikaalijätteen hävittämisestä osoittavat, että huumetta valmistetaan edelleen siellä.

Euroopan ulkopuolelta tehdyt takavarikkoilmoitukset, jotka tunnistetaan seuraamalla avoimen lähteen tietoja, ja anonyymien verkkojen markkinatietojen analysointi osoittavat Euroopan tuottajien merkittävän roolin MDMA:n maailmanlaajuisessa tarjonnassa. Esimerkiksi anonyymien verkkojen markkinoiden seurantatiedot osoittavat, että kyseiset markkinat helpottavat suoramyyntiä kuluttajille ja

että huumekauppiat ympäri maailmaa käyttävät niitä Euroopassa tuotetun MDMA:n ostamiseen. Analyysi osoittaa, että markkinoiden keskitasolla myydyistä MDMA-tableteista saadut tulot ovat yli kaksinkertaiset verrattuna vähittäistasolla myydyistä määristä saatuihin tuloihin. Sen sijaan anonyymien verkkojen kannabis- ja kokaiinikauppa tapahtuu valtaosin vähittäistasolla.

MDMA-takavarikkojen määrä Euroopan unionissa on ollut nousussa vuodesta 2010. MDMA:n takavarikoitu määrä ilmoitetaan useammin tablettien määränä kuin painona. Vuonna 2017 takavarikoitiin arviolta 6,6 miljoonaa MDMA-tablettia, joka on korkein luku Euroopan unionissa vuodesta 2007 lähtien. Euroopan unionissa vuosittain takavarikoitujen MDMA-tablettien määrä vaihtelee pitkällä aikavälillä, mikä johtuu osittain suurista yksittäisistä takavarikoista. Muutamat maat ovat myös ilmoittaneet MDMA-jauheen takavarikoista. MDMA-jauheen takavarikot lisääntyivät Euroopan unionissa 0,3 tonnista vuonna 2010 1,7 tonniin vuonna 2017. Tämä kasvu johtuu lähinnä Alankomaissa tehdyistä takavarikoista – maa, joka pystyy nyt antamaan tietoja takavarikoitun MDMA:n määrästä ensimmäistä kertaa viiden viime vuoden aikana. Tämä helpottaa kattavamman analyysin tekemistä tällä alalla.

KUVA 1.10

Turkissa takavarikoitiin suuria määriä MDMA-tabletteja vuonna 2017, yhteensä 8,6 miljoonaa tablettia, joka on yli kaksi kertaa enemmän kuin viime vuonna. Tämä on enemmän kuin Euroopan unionissa takavarikoitiin yhteensä (kuva 1.9).

LSD:n, GHB:n ja ketamiinin takavarikot

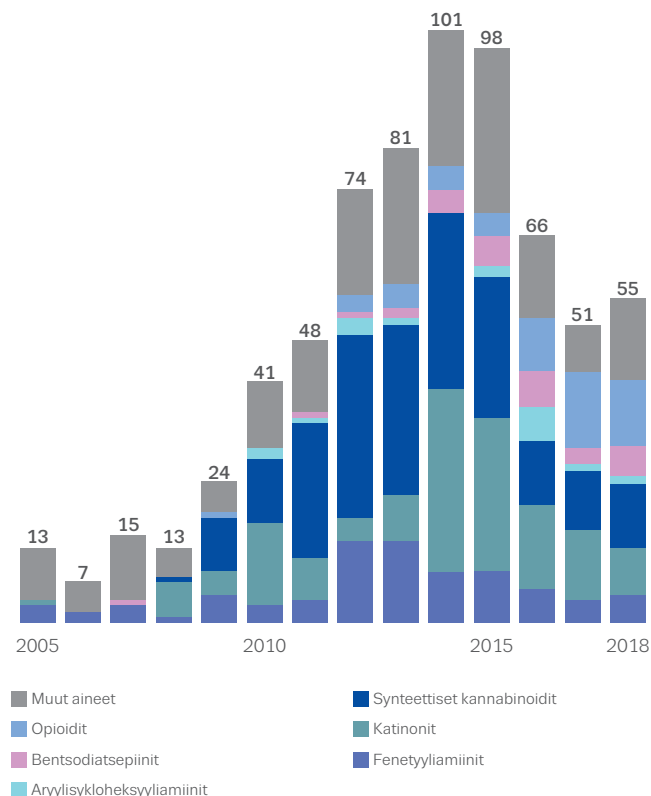
Euroopan unionissa ilmoitettiin myös muiden laittomien huumeiden takavarikoista. Vuonna 2017 tehtiin muun muassa yli 2 000 LSD:n (lysergihapon dietyyliamidin) takavarikkoa, joissa otettiin talteen yhteensä 74 000 yksikköä. LSD-takavarikkojen kokonaismäärä on yli kaksinkertaistunut vuodesta 2010, vaikka takavarikoitu määrä on vaihdellut. Kuusitoista EU-maata ilmoitti noin 2 000 ketamiinitakavarikosta, joista otettiin talteen noin 194 kilogrammaa ja 5 litraa huumetta. Suurin osa näistä takavarikoista tehtiin Belgiassa, Ranskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Myös Norja ilmoitti joistakin ketamiinitakavarikoista – 42 takavarikkoa, joiden määrä oli 0,1 kilogrammaa. Vuonna 2017 GHB:n (gammahydroksivoihapon) tai GBL:n (gammabutyrolaktonin) takavarikoista ilmoittivat 14 EU-maata, Norja ja Turkki. Norjan osuus takavarikkojen kokonaismäärästä oli yli neljäsosa. Yhteensä 1 600 arvioidun takavarikon määrä oli lähes 127 kilogrammaa ja 1 300 litraa huumetta. Belgia takavarikoi lähes puolet kokonaismäärästä, lähinnä GBL:ää.

Uusien psykoaktiivisten aineiden monimutkaiset markkinat

Vuoden 2018 loppuun mennessä EMCDDA:n seurannassa oli yli 730 uutta psykoaktiivista ainetta, joista 55 havaittiin ensimmäistä kertaa Euroopassa vuonna 2018. Näihin aineisiin kuuluvat monenlaiset huumeet, kuten synteettiset kannabinoidit, stimulantit, opioidit ja bentsodiatsepiinit.

Useimmissa tapauksissa Kiinassa sijaitsevat kemikaali- ja lääkeyritykset tuottavat suuria määriä uusia psykoaktiivisia aineita. Sieltä ne kuljetetaan Eurooppaan, jossa ne valmistetaan tuotteiksi, pakataan ja myydään. Joskus niitä myydään avoimesti liikkeissä. Vaikka rajoituksilla on rajoitettu näiden tuotteiden avointa myyntiä joissakin maissa, niitä voi yhä olla peiteltysti saatavilla. Niitä voidaan myydä myös verkkokaupoissa, anonymisissä verkossa tai laittomilla huumemarkkinoilla. Tällaisissa tapauksissa niitä voidaan myydä niiden omalla nimellä tai muina huumeina, kuten heroiinina, kokaiinina, MDMA:na tai psykoaktiivisina lääkkeinä, tai niihin sekoitettuna.

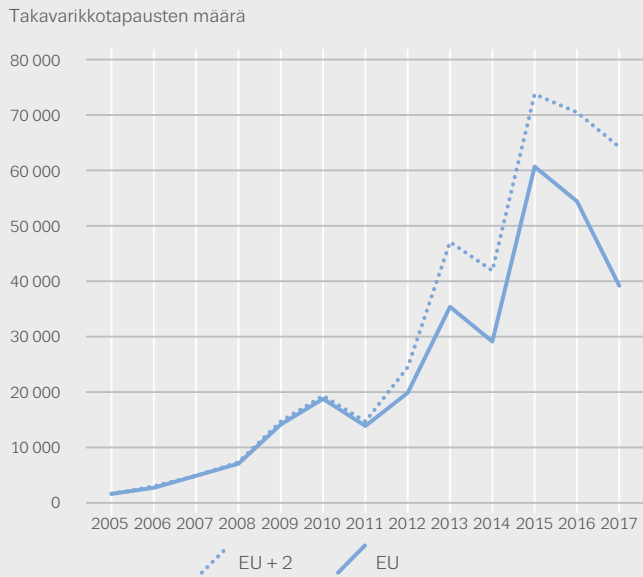
EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ensimmäistä kertaa ilmoitettujen uusien psykoaktiivisten aineiden määrä ja ryhmät vuosina 2005–2018



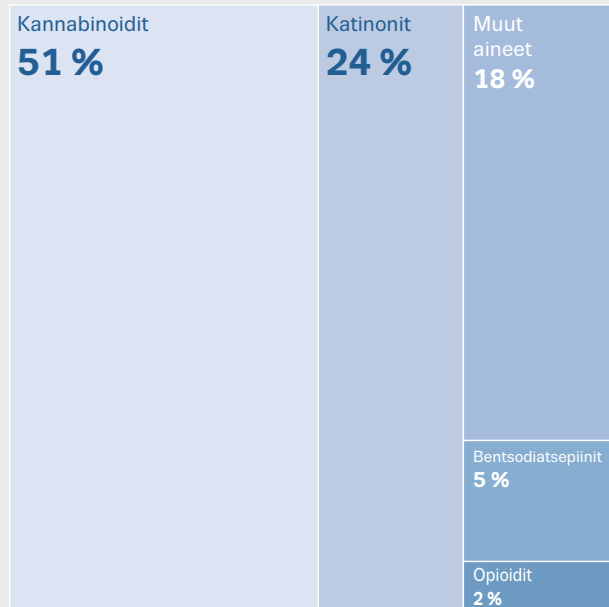
Vuosittain ensimmäistä kertaa havaittujen uusien aineiden määrä oli suurimmillaan vuosina 2014–2015, mutta on sen jälkeen vakiintunut vuoden 2011–2012 tasolle (kuva 1.10). Tämän syyt ovat epäselvät, mutta ne voivat olla seurausta Euroopassa toteutetuista uusien aineiden jatkuvista valvontatoimista sekä Kiinan lainsäädäntöaloitteista.

KUVA 1.11

EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään ilmoitetut takavarikot: takavarikkojen määriä koskevat suuntauksukset ja takavarikoitu määrä ryhmien mukaan vuonna 2017



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



Vuosittain ensimmäistä kertaa havaittujen uusien aineiden määrä on vain yksi keino, jota EMCDDA käyttää ymmärtääkseen kokonaismarkkinoita. Esimerkiksi vuonna 2017 Euroopassa havaittiin 390 ainetta, joka on noin puolet uusista aineista, joita EU:n varhaisvaroitusjärjestelmässä seurataan, ja jotkin niistä ilmaantuivat ensimmäistä kertaa yli 10 vuotta sitten. Tämä kuvaa huumemarkkinoiden tämän osan dynaamista luonnetta: aineet voivat ilmaantua ja sen jälkeen kadota nopeasti, mutta markkinoilla olevien aineiden määrä pysyy korkeana.

Uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikot

Vuonna 2017 lainvalvontaviranomaiset eri puolilla Eurooppaa ilmoittivat lähes 64 160 uuden psykoaktiivisen aineen takavarikkoa EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään. EU:n 28 jäsenvaltiota ilmoitti näistä 39 115 (kuva 1.11).

Vuonna 2017 uusista psykoaktiivisista aineista ilmoitettiin useimmiten jauheena, joiden määrä oli 2,8 tonnia, kaikissa luokissa. Tämä vastaa laajalti aiempien vuosien lukuja. Lisäksi ilmoitettiin vähän alle 240 kilogrammaa kasvimateriaalia, josta kaksi kolmasosaa oli poltettavana seoksena, joka sisälsi synteettisiä kannabinoideja. Uusia aineita havaittiin myös tableteissa (6 769 tapausta, 2,8 miljoonaa yksikköä), imupapereissa (980 tapausta, 23 000 yksikköä) ja nesteissä (1 430 tapausta, 490 litraa). Jotkin näistä nesteistä myytiin käyttövalmiina

nenäsuihkeina sekä sähkösavukkeissa käytettävänä e-nesteenä.

Euroopassa uusien psykoaktiivisten aineiden takavarikoista synteettisten kannabinoideiden ja katinonien osuus on yleensä suurin. Viime vuosina tilanne on kuitenkin monipuolistunut ja muut aineryhmät ovat yleistyneet. Näyttää siltä, että esimerkiksi opioidien ja bentsodiatsepiinien takavarikot ovat lisääntyneet.

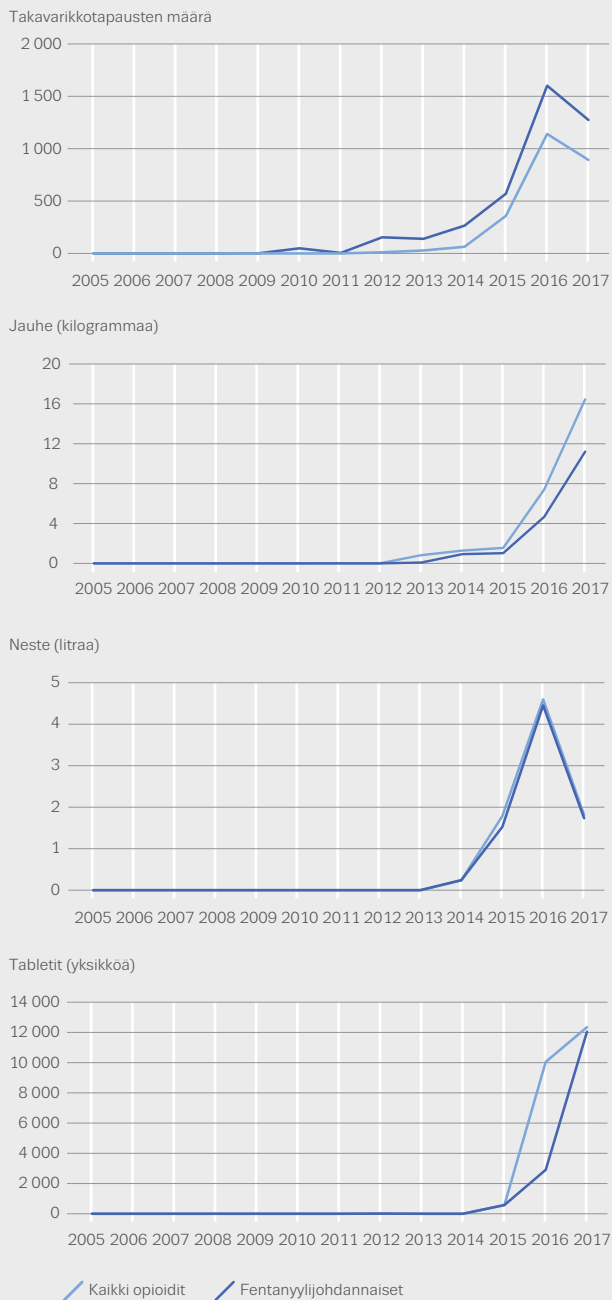
Uudet synteettiset opioidit

Euroopan huumemarkkinoilla on havaittu 49 uutta synteettistä opioidia vuodesta 2009. Näistä 11 havaittiin ensimmäistä kertaa vuonna 2018. Tähän kokonaismäärään kuuluu 34 fentanyylijohtannaista, joista kuusi ilmoitettiin ensimmäistä kertaa vuonna 2018. Monet uudet opioidit (erityisesti fentanyyleihin kuuluvat) ovat erittäin voimakkaita aineita, jotka aiheuttavat vakavan uhan ihmisten terveydelle ja kansanterveydelle, vaikka niiden merkitys onkin tällä hetkellä pieni Euroopan huumemarkkinoilla.

Vuonna 2017 lainvalvontaviranomaiset ilmoittivat noin 1 300 uusien opioidien takavarikkoa EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään. Suurin osa näistä tapauksista (70 prosenttia) oli fentanyylijohtannaisten takavarikoita (kuva 1.12), mutta monien muiden opioidien (kuten U-47,700 ja U-51,754) takavarikoista ilmoitettiin

KUVA 1.12

EU:n varhaisvaroitussjärjestelmään ilmoitetut synteettisten opioidien takavarikot: takavarikkojen määrää ja takavarikoitua määrää koskevat suuntaukset



Huomautus: EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa koskevat tiedot. Tramadolitakavarikkoja koskevat tiedot eivät ole mukana.

myös. Opioidijauheen ja -tablettien ilmoitettu kokonaismäärä on jatkuvasti kasvanut vuodesta 2012 (kuva 1.12). Kaiken kaikkiaan uusia opioideja takavarikoitiin vuonna 2017 keskimäärin 17 kilogrammaa jauheena, 1,8 litraa nesteenä ja yli 29 000 tablettina. Uusia opioideja on myös havaittu, vaikka harvemmin, imupapereissa ja poltettavissa kasviseoksissa. Näissä tapauksissa ei ehkä ole merkkejä siitä, että ne sisältävät

voimakkaita opioideja, jotka saattavat aiheuttaa myrkytysriskin niitä käyttäville ihmisille erityisesti, jos he eivät siedä opioideja.

Erityistä huolta ovat aiheuttaneet karfentaniiliin takavarikot Euroopassa. Karfentaniili on voimakkaimpia tunnettuja opioideja. Ilmoitusten mukaan Euroopassa tehtiin yli 300 karfentaniilitakavarikkoa vuonna 2017. Näissä takavarikoissa otettiin talteen keskimäärin 4 kilogrammaa jauhetta ja 250 millilitraa nestettä. Jotkin jauheista myytiin heroiniina tai niitä on sekoitettu heroiniin.

Uudet bentsodiatsepiinit

Näyttää siltä, että viime vuosien aikana bentsodiatsepiineihin kuuluvien uusien psykoaktiivisten aineiden määrä, tyyppi ja saatavuus ovat lisääntyneet eikä niitä valvota kansainvälisen huumevalvontalainsäädännön nojalla. Jotkin näistä myydään yleisesti määrättyjen ahdistuslääkkeiden, kuten alpratsolaamin (Xanax) ja diatsepaamin, väärennöksinä hyödyntämällä laittomien huumausainemarkkinoiden olemassa olevia jakeluverkkoja. Joitakin myydään verkossa, joskus niiden omalla nimellä, ja markkinoidaan hyväksytyjen lääkkeiden "laillisina" versioina.

EMCDDA:n seurannassa on tällä hetkellä 28 uutta bentsodiatsepiinia, joista 23 on havaittu ensimmäistä kertaa Euroopassa viiden viime vuoden aikana. Vuonna 2017 lähes 3 500 uusien bentsodiatsepiinien takavarikkoa ilmoitettiin EU:n varhaisvaroitussjärjestelmään. Useimmiten takavarikoitiin tabletteja, yhteensä yli 2,4 miljoonaa yksikköä. Niiden määrä nousi merkittävästi verrattuna vuonna 2016 ilmoitettuun noin puoleen miljoonaan tablettiin. Tämä kasvu voi johtua siitä, että etitsolaamia – joka ilmoitettiin varhaisvaroitussjärjestelmään ensimmäistä kertaa vuonna 2011 – takavarikoitiin paljon yhdessä maassa. Lisäksi ilmoitusten mukaan vuonna 2017 takavarikoitiin noin 27 kilogrammaa jauhetta, 1,4 litraa nestettä ja 2 400 imupaperia, jotka sisälsivät uusia bentsodiatsepiineja.

KUVA 1.13

Uudet nopeutetut EU:n menettelyt Euroopan unioniin ilmaantuvien uusien psykoaktiivisten aineiden tunnistamiseksi ja niihin reagoimiseksi

Uusi lainsäädäntöpaketti

Asetus

Asetuksella (EU) 2017/2101 muutetaan asetusta (EY) N:o 1920/2006 ja säädetään uusia psykoaktiivisia aineita koskevista tiedonvaihdosta, varhaisen varoituksen järjestelmästä ja riskinarviointimenettelystä

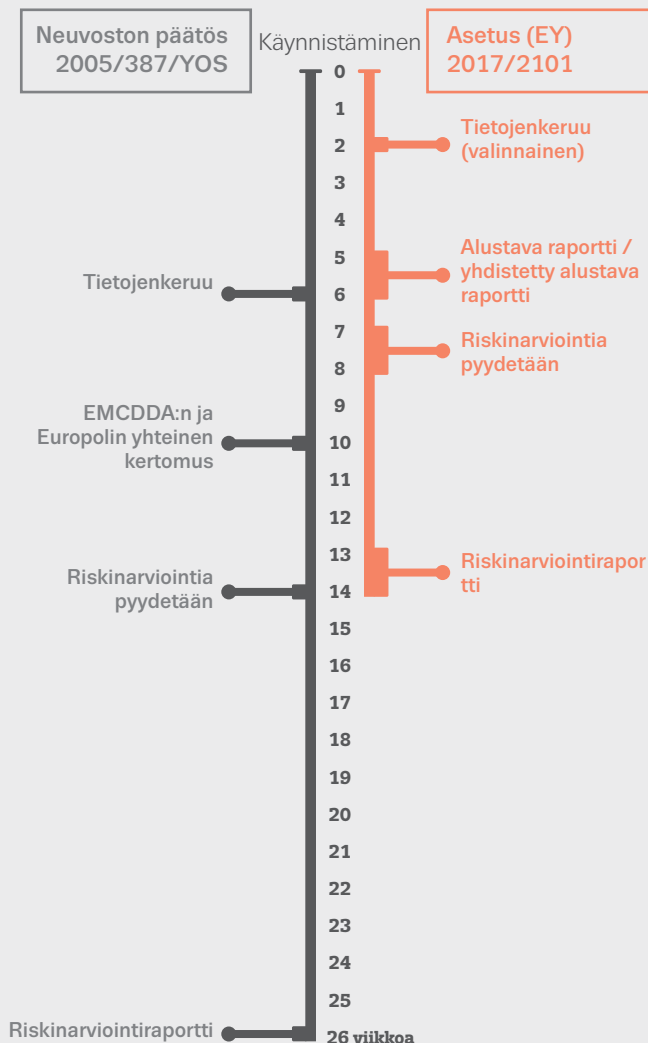
Direktiivi

Direktiivillä (EU) 2017/2103 muutetaan neuvoston puitepäästöstä 2004/757/JHA uusien psykoaktiivisten aineiden sisällyttämiseksi huumausaineen määritelmään ja kumotaan neuvoston päätös 2005/387/JHA

Muuttumaton kolmivaiheinen lähestymistapa



Lyhyemmät määräajat



Uudet psykoaktiiviset aineet: uudet oikeudelliset huumeidenvastaiset toimet

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

Kansallisella tasolla on otettu käyttöön monenlaisia toimenpiteitä uusien aineiden valvomiseksi, ja oikeudelliset ratkaisut voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin. Monissa Euroopan maissa käytettiin ensin kuluttajansuojalainsäädäntöä ja myöhemmin voimassa

olevaa huumeilainsäädäntöä laajennettiin tai muutettiin siten, että uudet psykoaktiiviset aineet sisällytettiin siihen. Yhä useammissa maissa on annettu uutta huumeilainsäädäntöä tämän ilmiön ratkaisemiseksi.

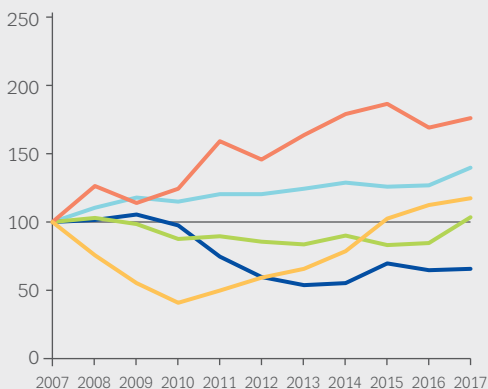
Monien vuosien ajan useimmissa Euroopan maissa vain luettiin yksittäin valvotut aineet. Euroopassa havaittujen uusien aineiden määrän kasvaessa monissa maissa on kuitenkin pyritty valvomaan aineryhmiä. Useimmissa maissa ryhmät on määritetty kemiallisen rakenteen mukaan (generiset ryhmät), mutta muutamassa ryhmät on määritetty niiden vaikutuksen mukaan. Useimmissa generisen lähestymistavan omaksuneissa maissa ryhmien määritelmät on lisätty voimassa olevaan huumeilainsäädäntöön, mutta joissakin kyseiset ryhmät on vain sisällytetty nimenomaiseen uusia psykoaktiivisia aineita koskevaan lainsäädäntöön.

KUVA 1.14

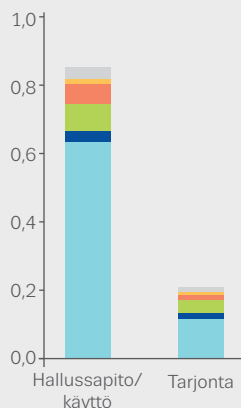
Euroopan unionin huumausainerikokset liittyvät huumeiden käyttöön tai hallussapitoon käyttöä varten tai huumeiden tarjontaan: suuntausindeksi ja ilmoitetut rikokset vuonna 2017

Hallussapito-/käyttörikokset

Suuntausindeksi

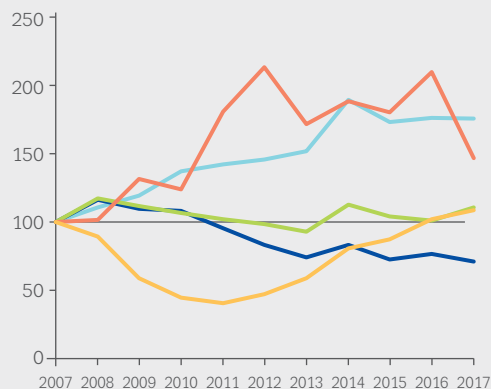


Rikosten määrä (miljoonaa)



Tarjontarikokset

Suuntausindeksi



Heroini Kokaiini MDMA Kannabis Amfetamiinit Muut aineet

Huomautus: tiedot rikoksista, joissa rikokseen liittyvä huume on ilmoitettu.

EU:n tasolla on tarkistettu vuodelta 2005 peräisin oleva oikeudellinen kehys, joka koskee uusien psykoaktiivisten aineiden aiheuttamiin kansanterveydelliseen ja sosiaaliin uuhin vastaamista. Sen tarkoituksena on saada aikaan entistä joustavampi ja tehokkaampi järjestelmä (kuva 1.13). Uudessa lainsäädännössä säilytetään uusien psykoaktiivisten aineiden käsittelyä koskeva kolmivaiheinen lähestymistapa – varhaisvaroitus, riskinarviointi ja valvontatoimenpiteet – ja vahvistetaan samalla nykyisiä prosesseja tehostamalla ja nopeuttamalla tietojen keräämis- ja arviointiprosesseja ja ottamalla käyttöön aiempaa lyhyemmät määräajat. Riskinarvioinnin jälkeen komissio voi sitten ehdottaa valvontatoimenpiteiden soveltamista aineeseen. Euroopan parlamentilla ja neuvostolla on oikeus vastustaa komission ehdotusta kahden kuukauden kuluessa ja tietyin ehdoin. Kansallisilla viranomaisilla on päätöksen voimaantulosta kuusi kuukautta (12 kuukauden sijasta) aikaa asettaa aine alueellaan valvontaan. Uutta lainsäädäntöä sovelletaan koko Euroopassa 23. marraskuuta 2018 lähtien.

Huumausainerikoksista suurin osa liittyy kannabikseen

Säädösten täytäntöönpanoa valvotaan ilmoitettuja huumerikoksia koskevien tietojen avulla. Ilmoitetuissa määrissä näkyvät kansallisten lainsäädäntöjen erot ja painopisteet ja myös eri tavat, joilla säädöksiä sovelletaan ja pannaan täytäntöön.

Euroopan unionissa ilmoitettiin vuonna 2017 arviolta 1,5 miljoonaa huumausainerikosta. Niitä oli noin viidesosa (20 prosenttia) enemmän kuin vuonna 2007. Suurin osa (79 prosenttia) liittyi käyttöön tai hallussapitoon. Rikosten kokonaismäärä oli 1,2 miljoona. Siinä on 27 prosentin kasvu verrattuna kymmenen vuotta sitten vallinneeseen tilanteeseen. Kannabikseen liittyvien huumeiden käyttö- tai hallussapitorikosten määrä nousi edelleen. Kolme neljäsosaa (75 prosenttia) käyttö- ja hallussapitorikoksista liittyi kannabikseen, vaikka tämä luku laski kaksi prosenttiyksikköä vuoteen 2016 verrattuna. MDMA:n käyttö- tai hallussapitorikosten nouseva suuntaus jatkui vuonna 2017, vaikka niiden osuus onkin vielä vain kaksi prosenttia käyttöön liittyvistä rikoksista (kuva 1.14).

Kaiken kaikkiaan huumeiden tarjontarikosten määrä Euroopan unionissa lisääntyi 22 prosenttia vuodesta 2007: vuonna 2017 tapauksia oli arviolta 230 000 enemmän. Useimmissa tarjontarikoksissa kyse oli jälleen kannabiksesta (57 prosenttia). Ilmoitukset MDMA:n tarjontarikoksista ovat lisääntyneet vuodesta 2011 (kuva 1.14). Heroinin tarjontaan liittyvät rikokset ovat puolestaan hieman vähentyneet, kun taas kokaiinin osalta tilanne on suhteellisen vakaa samalla ajanjaksolla.

LISÄTIETOJA

EMCDDA:n julkaisuja

2019

Country Drug Reports 2019.

2018

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

Captagon: understanding today's illicit market, EMCDDA Papers.

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

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

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

2015

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

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

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2014

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

EMCDDA:n ja Europolin yhteisiä julkaisuja

2018

Improved drug supply indicators for Europe: progress report, joint publication.

EMCDDA–Europol 2017 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, implementation reports.

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

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

2017

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

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

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 käytettävien huumeiden valikoima on nyt entistä suurempi. Huumeidenkäyttäjillä huumeiden sekakäyttö on yleistä ja yksilölliset käyttötavat vaihtelevat kokeilukäytöstä säännölliseen käyttöön ja riippuvuuskäyttöön. Kannabis on yleisimmin käytetty huume. Sen 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. Stimulanttien käytön laajuus ja yleisimmät tyypit vaihtelevat maittain, ja yhä enemmän on näyttöä stimulanttien suonensisäisestä käytön mahdollisesta lisääntymisestä. Yleisesti huumeiden käyttö on yleisempää miehillä kuin naisilla, ja eroa korostavat usein myös runsaampi tai säännöllisempi käyttö.

Huumeidenkäytön seuranta

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

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

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

Käytössä on myös muita kohdennetumpia tietolähteitä. Nämä ”uusimmat” indikaattorit antavat tietoa huumeidenkäytön muuttuvista käyttötavoista ja käytettävien huumeiden tyypeistä. Vaikka nämä lähteet eivät edusta koko väestöä, ne tuottavat ajantasaista ja täydentävää tietoa. Kaikilla huumeiden käyttöä koskevilla lähteillä on vahvuuksia ja heikkouksia, ja tietojen saatavuus ja laatu voivat vaihdella maittain. Tämän vuoksi EMCDDA noudattaa varovaista ja moneen eri indikaattoriin perustuvaa lähestymistapaa kuvatessaan Euroopan huumausainetilannetta.

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

Noiin 96 miljoonaa aikuista on käyttänyt laittomia huumeita

Noiin 29 prosenttia Euroopan unionin aikuisista (15–64-vuotiaista) eli noin 96 miljoonaa aikuista on kokeillut jossakin vaiheessa elämäänsä jotakin laitonta huumausainetta. Huumeiden kokeilu oli miehillä (57,8 miljoonaa) yleisempää kuin naisilla (38,3 miljoonaa). Yleisimmin kokeiltu huume on kannabis (55,4 miljoonaa miestä ja 36,1 miljoonaa naista), kun taas muita aineita ainakin kerran kokeilleita on paljon vähemmän (kokaiini: 12,4 miljoonaa miestä ja 5,7 miljoonaa naista; MDMA: 9,3 miljoonaa miestä ja 4,6 miljoonaa naista; amfetamiini: 8,3 miljoonaa miestä ja 4,1 miljoonaa naista). Kannabista ainakin kerran käyttäneiden määrä vaihtelee suuresti eri maissa. Maltalla tähän ryhmään kuuluu noin neljä prosenttia aikuisista ja Ranskassa 45 prosenttia aikuisista.

Huumeidenkäyttö viime vuoden aikana toimii viimeaikaisen huumeidenkäytön mittarina, ja huumeita käyttävät lähinnä nuoret aikuiset. Viime vuonna arviolta 19,1 miljoonaa nuorta aikuista (15–34-vuotiaat) käytti huumeita (16 prosenttia), ja siitä ilmoittaneiden miesten (20 prosenttia) määrä oli kaksinkertainen naiseen (11 prosenttia) verrattuna.

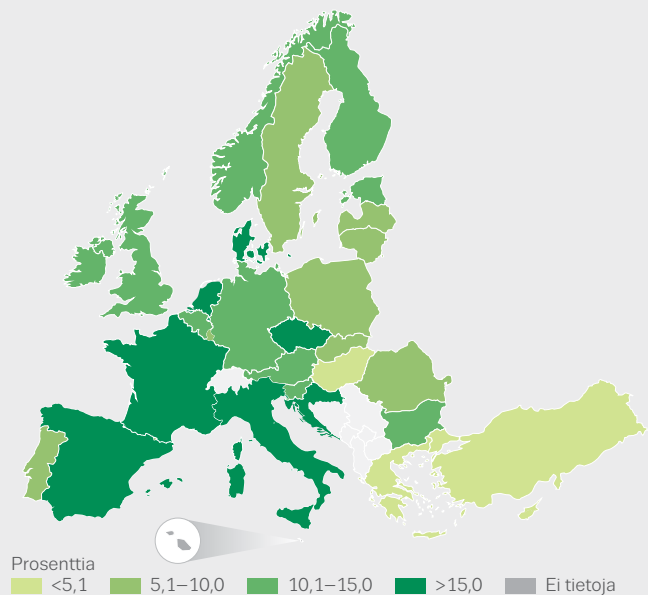
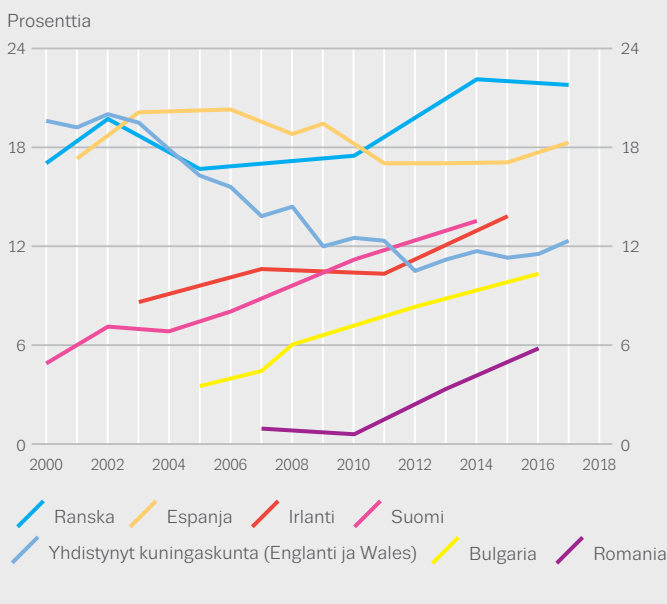
Nuorten kannabiksen käyttö

Kaikissa ikäryhmissä yleisimmin käytetty laiton huume on kannabis. Kannabista käytetään yleensä polttamalla ja usein tupakkaan sekoitettuna Euroopassa. Kannabiksen käyttötavat vaihtelevat satunnaisesta käytöstä säännölliseen käyttöön ja riippuvuuskäyttöön.

Arvioiden mukaan 91,2 miljoonaa aikuista Euroopan unionissa (15–64-vuotiaista) eli 27,4 prosenttia tästä ikäryhmästä on jossakin vaiheessa elämäänsä kokeillut kannabista. Heistä kannabista käytti viime vuonna arviolta 17,5 miljoonaa nuorta (15–34-vuotiaista) aikuista eli 14,4 prosenttia tästä ikäryhmästä. Viime vuonna kannabiksen käyttö nuorilla aikuisilla vaihteli Unkarin 3,5 prosentista Ranskan 21,8 prosenttiin. Kannabista viime vuonna käyttäneiden nuorten keskuudessa miesten ja naisten välinen suhde oli 2:1. Kun tarkastellaan ainoastaan 15–24-vuotiaita, kannabiksen käyttö on yleisempää. Heistä 18 prosenttia (10,1 miljoonaa) käytti viime vuonna kannabista ja 9,3 prosenttia viime kuukauden aikana (5,2 miljoonaa).

KUVA 2.1

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



Huomautus: muita ikäryhmiä kuin 15–34-vuotiaita koskevia tietoja ilmoittivat Tanska, Yhdistynyt kuningaskunta ja Norja (16–34-vuotiaat), Ruotsi (17–34-vuotiaat), Saksa, Ranska, Kreikka ja Unkari (18–34-vuotiaat).

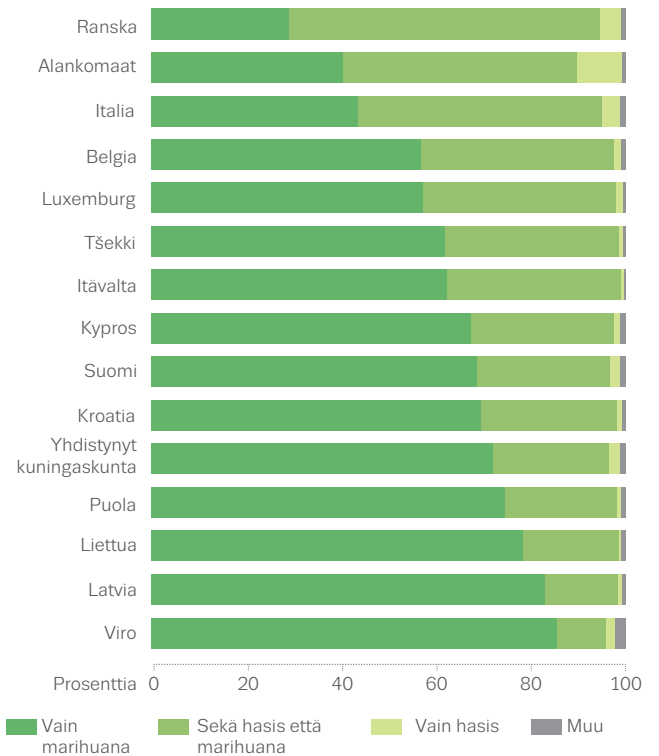
KUVA 2.2

Useimmissa maissa tuoreet tutkimustulokset osoittavat, että nuorten aikuisten viime vuoden kannabiksen käyttö on joko pysynyt ennallaan tai lisääntynyt. Niistä maista, joissa on tehty tutkimuksia vuoden 2016 jälkeen ja ilmoitettu luottamusvälit, viisi ilmoitti korkeampia arvioita, kuusi ilmoitti käytön tasaantuneen ja yksi ilmoitti käytön laskeneen edelliseen vastaavaan tutkimukseen verrattuna. Näistä maista kymmenessä kannabiksen käyttö on lisääntynyt 15–24-vuotiailla tuoreimman tutkimuksen mukaan.

Vain joillakin mailla on riittävästi tutkimusaineistoa, jonka pohjalta voidaan analysoida tilastollisesti nuorten aikuisten (15–34-vuotiaiden) kannabiksen käytössä viime vuoden aikana ilmenneitä pitkän aikavälin suuntauksia. Näistä Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (Englanti ja Wales) aiemmin havaitut laskevat suuntaukset ovat vakiintuneet tuoreimpien tietojen mukaan, vaikka Yhdistyneessä kuningaskunnassa käyttö on noussut 12,3 prosenttiin viimeisimmän vuoden aikana (kuva 2.1) Vuodesta 2000 nuorten aikuisten kannabiksen käytössä viime vuoden aikana on monissa maissa havaittu nousevia suuntauksia. Näitä maita ovat muun muassa Irlanti ja Suomi, joissa uusimpien tietojen mukaan tasot lähestyvät EU:n keskiarvoa, joka on 14,4 prosenttia, sekä Bulgaria ja Romania, joissa tasot ovat kuitenkin matalampia. Ranskassa tuoreen tutkimuksen mukaan käyttö on pysynyt tasaisen korkeana 22 prosentissa. Vuoden 2017 tutkimuksen mukaan Tanskassa käyttö laski 15,4 prosenttiin vuoden 2013 arvioidusta 17,6 prosentista.

Verkkotutkimuksista saatavilla tiedoilla voidaan täydentää yleisten väestötutkimuksien tietoja ja saada tarkempi kuva huumeiden käytöstä Euroopassa. Vaikka tutkimukset eivät edusta väestöä yleensä, niillä voidaan tavoittaa suuri joukko ihmisiä, jotka käyttävät huumeita. Eurooppalaisessa verkkokyselyssä huumeista (European Web Survey on Drugs) kerättiin tietoa yleisimmin käytettyjen laittomien huumeiden käyttötavoista ja ostoista 40 000 ihmiseltä, jotka käyttävät huumeita ja jotka osallistuivat kyselyyn lähinnä sosiaalisen median kautta. Tulokset osoittavat, että marihuanan käyttö oli yleisempää kuin hasiksen. Monet vastaajat kuitenkin ilmoittivat käyttävänsä molempia, erityisesti Ranskassa, Italiassa ja Alankomaissa. Ilmoitusten mukaan pelkästään hasiksen käyttö oli harvinaisempaa (kuva 2.2).

Verkkokyselyyn osallistuneiden käyttäjien viime vuonna käyttämän kannabiksen muodot



Huomautus: kysely toteutettiin kahdessa vaiheessa, toinen vuonna 2016 (Tšekki, Ranska, Kroatia, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta) ja toinen vuosina 2017–2018 (muut kymmenen EU-maata).
Lähde: European Web Survey on Drugs.

**Kannabis on yleisimmin
käytetty laiton huume**

Suuren riskin kannabiksen käytössä merkkejä vakiintumisesta

Koko väestöä koskevan tutkimuksen perusteella on arvioitu, että lähes prosentti aikuisista Euroopan unionissa käyttää kannabista päivittäin tai lähes päivittäin – tosin sanoen he ovat käyttäneet kannabista vähintään 20 päivänä viime kuussa. Noin 60 prosenttia heistä on alle 35-vuotiaita, ja noin kolme neljäsosaa on miehiä.

Kannabisongelmien vuoksi hoitoon hakeutuvia koskevista tiedoista, kun niitä tarkastellaan yhdessä muiden indikaattoreiden kanssa, voidaan saada tietoa suuren riskin kannabiksenkäytön luonteesta ja laajuudesta Euroopassa. Vuonna 2017 noin 155 000 ihmistä hakeutui kannabisongelmien vuoksi hoitoon Euroopassa. Heistä noin 83 000 hakeutui hoitoon ensimmäistä kertaa elämässään. Niissä 24 maassa, joista oli tietoa saatavilla, kannabisongelmien vuoksi ensimmäistä kertaa hoitoon tulevien kokonaismäärä kasvoi 76 prosenttia vuosina 2006–2017.

Kaiken kaikkiaan 47 prosenttia ensisijaisesti kannabista käyttävistä ensimmäistä kertaa vuonna 2017 hoitoon hakeutuneista ilmoitti käyttäneensä huumausainetta päivittäin edellisen kuukauden aikana. Päivittäin käyttävien määrä vaihtelee Latvian, Unkarin ja Romanian enintään 10 prosentista Espanjan, Alankomaiden ja Turkin vähintään 68 prosenttiin.

Kokaiinin käytön lisääntymisestä joitakin merkkejä

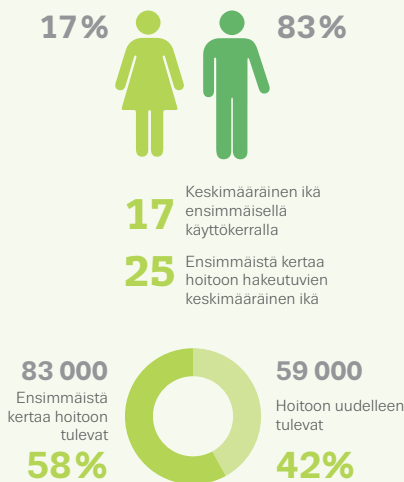
Kokaiini on Euroopassa eniten käytetty laiton stimulantti. Sen käyttö on yleisempää Etelä- ja Länsi-Euroopan maissa. Viime vuosina tämän huumeen käyttö on lisääntynyt Euroopassa. Tutkimus- ja seurantarokoitusta varten kokaiininkäyttäjät voidaan luokitella eri tavoin ympäristön, käytetyn tuotteen tai käytön vaikuttimien mukaan. Kokaiinia säännöllisesti käyttävät henkilöt voidaan jakaa karkeasti käyttäjiin, jotka yleensä ovat integroituneet yhteiskuntaan ja käyttävät jauhemaista kokaiinia (kokaiinihydrokloridi) nuuskaamalla, sekä syrjäytyneempiin käyttäjiin, jotka käyttävät kokaiinia (kokaiiniemäs) suonensisäisesti tai polttavat crackia, joskus opioidien käytön lisäksi. Monissa tietosarjoissa ei ole mahdollista erottaa toisistaan kokaiinin kahta muotoa (kokaiinijauhe ja crack), joten käsite kokaiinin käyttö koskee molempia muotoja.

Arvioiden mukaan 18,0 miljoonaa aikuista Euroopan unionissa (15–64-vuotiasta) eli 5,4 prosenttia tästä ikäryhmästä on jossakin vaiheessa elämäänsä kokeillut kokaiinia. Näihin kuuluvat arviolta 2,6 miljoonaa nuorta 15–34-vuotiasta aikuista (eli 2,1 prosenttia tästä ikäryhmästä), jotka käyttivät kokaiinia viime vuonna.

Kuusi maata eli Tanska, Irlanti, Espanja, Ranska, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta ovat ilmoittaneet, että viime vuonna kokaiinia käytti yli 2,5 prosenttia nuorista aikuisista (kuva 2.3). Niistä maista, joissa on tehty tutkimuksia vuoden 2016 jälkeen ja ilmoitettu

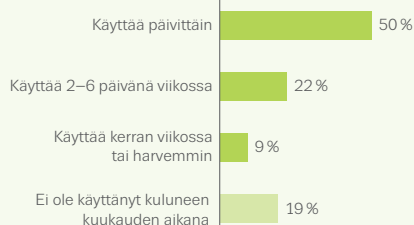
HOITOON TULEVAT KANNABIKSENKÄYTTÄJÄT

Ominaispiirteet

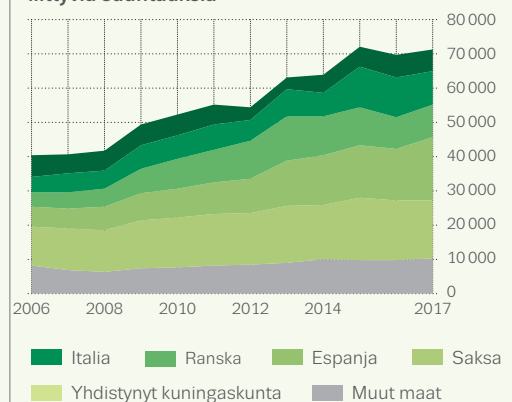


Käyttöiheys kuluneen kuukauden aikana

Käyttää keskimäärin **5,3** päivänä viikossa



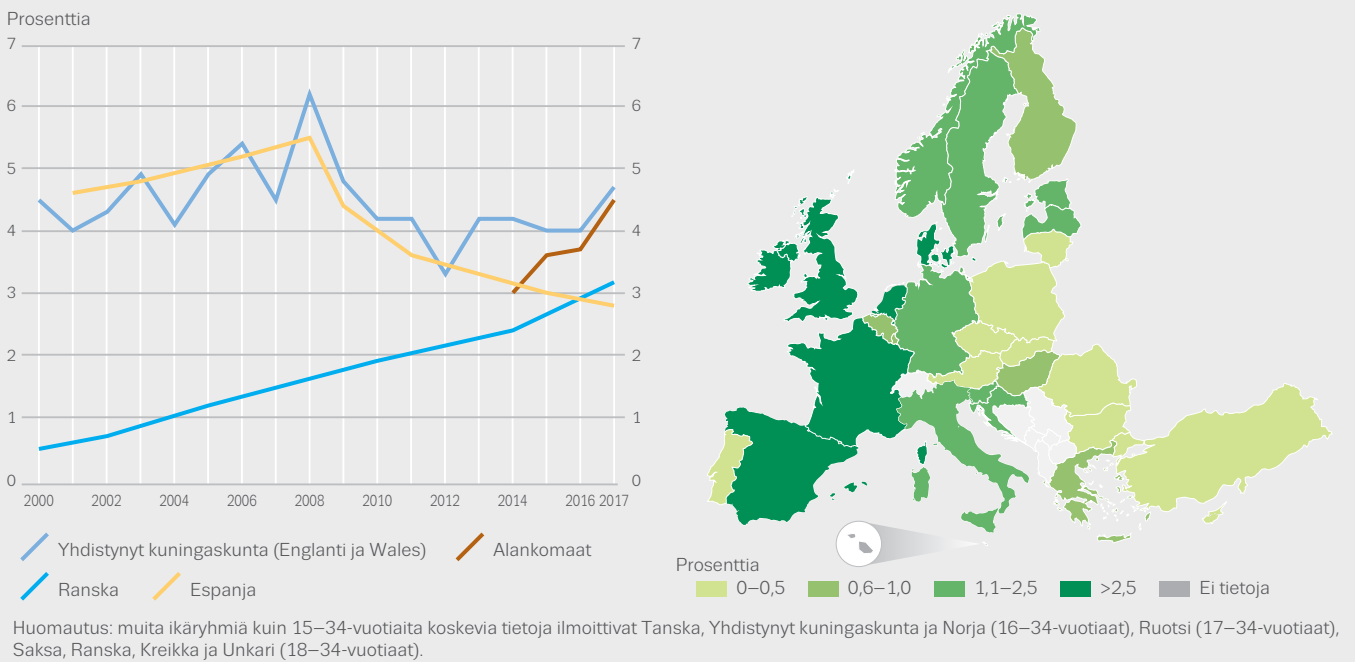
Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuviin liittyviä suuntauksia



Huomautus: suuntauksia lukuun ottamatta tiedot koskevat kaikkia niitä hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti kannabista. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvia koskevat suuntauksukset perustuvat 24 maan tietoihin. Suuntauksista tehdyssä kaaviossa on tiedot vain maista, joista on tietoja vähintään 11–12 vuodelta. Puuttuvat arvot interpoloidaan lähivuosiin. Kansallisessa tiedonkulussa tapahtuneiden muutosten vuoksi Italiasta vuodesta 2014 lähtien saadut tiedot eivät ole vertailukelpoisia aikaisempien vuosien tietojen kanssa. Muutosten vuoksi raportointijärjestelmässä Saksan vuoden 2017 tiedot ovat arvioita, jotka perustuvat vuoden 2016 tietoihin.

KUVA 2.3

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



luottamusvälit, kolme ilmoitti korkeampia arvioita ja yhdeksän ilmoitti käytön tasaantuneen edelliseen vastaavaan tutkimukseen verrattuna.

Vain muutamalla maalla on mahdollista analysoida tilastollisesti nuorten aikuisten kokaiinin käytössä viime vuonna ilmenneitä pitkän aikavälin suuntauksia. Näissä maissa on jonkin verran näyttöä lisääntyneestä käytöstä. Yhdistyneessä kuningaskunnassa tehdyssä vuotuisessa tutkimuksessa havaittiin käytön nousseen 4,7 prosenttiin suhteellisen vakaan jakson jälkeen. Alankomaissa tehdyssä neljännessä vastaavassa vuotuisessa tutkimuksessa vahvistettiin nouseva suuntaus, kun käyttö nousi 4,5 prosenttiin. Ranskassa nouseva suuntaus jatkui, kun käyttö nousi ensimmäistä kertaa yli 3 prosentin. Sen sijaan Espanja ilmoitti jälleen vähentyneestä käytöstä, joka laski 2,8 prosenttiin (kuva 2.3).

EMCDDA:n vuoden 2018 Trendspotter-tutkimuksessa, jossa analysoitiin monia eri tietolähteitä, todettiin, että erittäin puhtaan kokaiinin saatavuuden lisääntyminen Euroopan huumemarkkinoilla voi johtaa huumeiden käytön uuteen nousuun joissakin maissa. Tutkimuksessa korostettiin myös merkkejä siitä, että kokaiini laajenee uusille markkinoille Itä-Euroopassa, jossa huumeiden käyttö oli aiemmin vähäistä.

Monta kaupunkia kattanut yhdyskuntajätevesien kokaiinijäämiä koskeva tutkimus täydentää väestötutkimusten tuloksia. Puhtaiden aineiden kollektiivista käyttöä yhteisössä koskevia

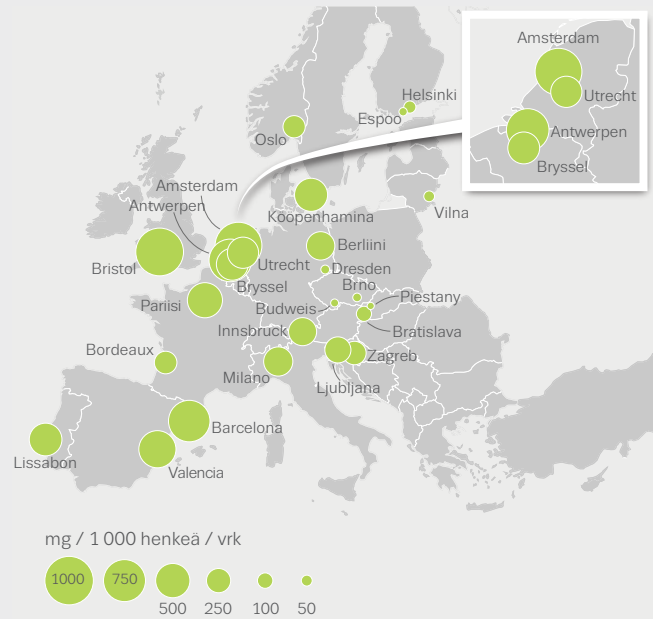
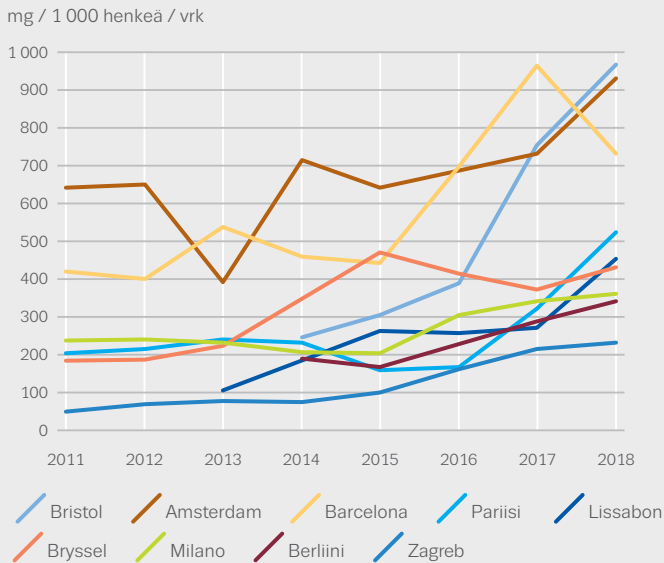
jätevesianalyyseraportteja ja niiden tuloksia ei voida suoraan verrata kansallisissa väestötutkimuksissa esitettyihin käyttöä koskeviin arvioihin. Jätevesianalyyseraporttien tuloksissa esitetään huumejäämien määrät (pitoisuudet) 1000:ta asukasta kohti päivässä. Vaikka niissä voikin olla tietoa kokaiinin käyttömääristä tietyssä paikassa, niistä ei voida suoraan päätellä käyttäjien määrää.

Vuoden 2018 analyysissä suurimmat bentsoyyliekgoniinin – kokaiinin tärkein metaboliitti – pitoisuudet havaittiin Belgiassa, Espanjassa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa sijaitseissa kaupungeissa. Erittäin pienet pitoisuudet havaittiin useimmissa Itä-Euroopan kaupungeissa (ks. kuva 2.4), mutta tuoreimmat tiedot osoittavat merkkejä kasvusta. Vertailu edellisen vuoden tietoihin osoittaa, että käyttö näyttää lisääntyvän yleisesti. Niistä 38 kaupungista, joilla on tietoja vuosilta 2017 ja 2018, 22 ilmoitti käytön lisääntyneen, viisi ilmoitti käytön laskeneen ja 11 ilmoitti käytön pysyneen vakaana. Useimmat niistä 13 kaupungista, joilla oli tietoja vuosilta 2011 ja 2018, ilmoittivat käytön lisääntyneen pitkällä aikavälillä.

**Kokaiini on eniten käytetty
laiton stimulantti**

KUVA 2.4

Kokaiinijäämät valikoitujen Euroopan kaupunkien jätevesissä: suuntauksiset ja tuoreimmat tiedot



Huomautus: bentsoyliiekogoniinin keskimääräinen päivittäinen käyttö milligrammoina tuhatta asukasta kohti. Näytteet otettiin valituissa Euroopan kaupungeissa yhden viikon aikana vuosittain vuosina 2011–2018.
Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

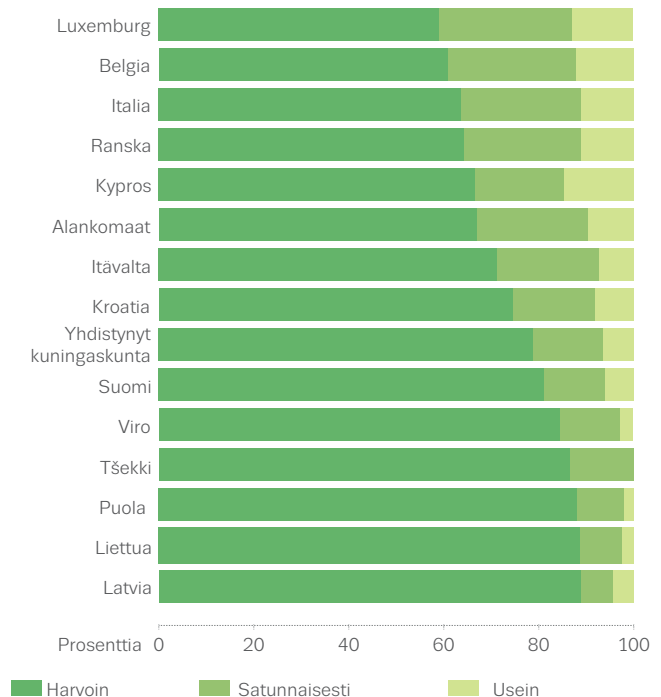
Eurooppalaisesta huumeita koskevasta verkkokyselystä (European Web Survey on Drugs) saaduissa tiedoissa kuvataan kokaiinin käyttötapoja eri ryhmissä ja sitä, miten käyttö voi vaihdella maittain. Kun verrataan käyttömääriä eri maissa, on tärkeää huomata, että markkinoilla olevan kokaiinin hinta ja puhtaus vaihtelevat maittain, ja tämä voi vaikuttaa käyttömääriin. Vastaajista, jotka ilmoittivat käyttävänsä kokaiinia, niiden osuus, jotka ilmoittivat käyttävänsä huumetta usein (yli 50 päivää viime vuonna), vaihteli Tšekin nollasta Belgian, Kyproksen, Ranskan, Italian ja Luxemburgin yli 10 prosenttiin (kuva 2.5). Kokaiinin käyttö vaihteli maittain Itävallan, Belgian ja Ranskan 1,3 grammasta päivässä Kyproksen 3,5 grammaan. Yleisesti ottaen huumetta usein käyttävät käyttivät suurempia määriä päivittäin verrattuna harvemmin käyttäviin.

Suuren riskin kokaiinin käyttö: hoidon kysyntä on viime aikoina kasvanut monissa maissa

Suuren riskin kokaiininkäytön yleisyyttä aikuisten keskuudessa Euroopassa on vaikea arvioida, sillä vain viidessä maassa on tuoreita arvioita. Lisäksi arviot eivät ole suoraan verrattavissa, koska ne on laadittu käyttämällä erilaisia määritelmiä ja menetelmiä. Espanjassa uudessa yleisessä väestötutkimuksessa arvioitiin käyttötiheyden perusteella, että 0,3 prosenttia 15–64-vuotiaista käytti kokaiinia erittäin riskialttiilla tavalla vuosina 2017–2018. Vuonna 2015 riippuvuuden vaikeusasteikko (severity of

KUVA 2.5

Kokaiinin käyttötiheys verkkokyselyyn osallistuneilla, jotka ilmoittivat käyttäneensä huumetta viime vuonna



Huomautus: kysely toteutettiin kahdessa vaiheessa, toinen vuonna 2016 (Tšekki, Ranska, Kroatia, Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta) ja toinen vuosina 2017–2018 (muut kymmenen EU-maata). Käyttö viime vuonna: usein, yli 50 päivää; satunnaisesti, 11–50 päivää; harvoin, 1–10 päivää
Lähde: European Web Survey on Drugs.

dependence scale) koskevien kysymysten perusteella Saksa arvioi, että 0,2 prosenttia aikuisväestöstä käytti kokaiinia erittäin riskialttiilla tavalla. Vuonna 2017 Italiassa arvioitiin hoito- ja rikosoikeustietojen perusteella, että 0,69 prosenttia aikuisväestöstä voitiin luokitella suuren riskin kokaiininkäyttäjiksi. Ranskassa vuoden 2017 capture-recapture-tutkimuksessa arvioitiin, että suuren riskin crack-kokaiinin käytön yleisyys oli 0,07 prosenttia.

Kaikista kokaiinin vuoksi hoitoon tulevista käyttäjistä Euroopassa lähes kolme neljäsosaa (73 prosenttia) hakeutui hoitoon Espanjassa, Italiassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Vuonna 2017 hoitoon tulleista asiakkaista noin 73 000 käyttäjää mainitsi kokaiinin ensisijaiseksi huumeekseen ja ensimmäistä kertaa hoitoon tulleista yli 33 000 käyttäjää.

Käytön vähentymisen jälkeen kokaiinin vuoksi hoitoon ensimmäistä kertaa tulevien kokonaismäärä on noussut 37 prosenttia vuosina 2014–2017. Italian ja Yhdistyneen kuningaskunnan osuudet tässä nousussa ovat suuria, mutta 19 maasta raportoitii noususta samalla jaksolla. Tuoreimpien eurooppalaisten tietojen mukaan kokaiinin vuoksi ensimmäistä kertaa hoitoon hakeudutaan keskimäärin 34-vuotiaana, 11 vuoden kuluttua siitä, kun kokaiinia käytettiin ensimmäistä kertaa, keskimäärin 23-vuotiaana.

Suurin osa kokaiiniin liittyvien ongelmien vuoksi hoitoon tulevista käyttää kokaiinia ensisijaisesti jauheena (55 000

eli 14 prosenttia kaikista huumeiasiakkaista vuonna 2017). Useimmat kokaiinia ensisijaisesti käyttävistä asiakkaista hakeutuivat hoitoon pelkästään kokaiinin käytön (46 prosenttia kaikista kokaiinia jauheena käyttävistä) tai sen ja kannabiksen (20 prosenttia), alkoholin (23 prosenttia) tai muiden aineiden (10 prosenttia) vuoksi. Tämän ryhmän raportoidaan yleisesti olevan sosiaalisesti hyvässä asemassa, sen elinolot ovat vakaat ja työsuhde vakituinen verrattuna ryhmään, joka hakeutuu hoitoon opioidiongelmien vuoksi. Tämä ei kuitenkaan päde syrjäytyneempiin käyttäjiin, jotka hakeutuvat hoitoon ensisijaisesti crack-kokaiinin käytön vuoksi (11 000 asiakasta eli 3 prosenttia kaikista huumeiden käyttäjistä vuonna 2017). Yhdistyneestä kuningaskunnasta on raportoitu eniten crackin vuoksi hoitoon hakeutuvia käyttäjiä (65 prosenttia). Monet ensisijaisesti crack-kokaiinia käyttävät asiakkaat ilmoittavat heroiinin toissijaiseksi ongelmahuumeekseen. Belgiasta, Irlannista, Ranskasta, Italiasta, Portugalista ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta on vuodesta 2014 raportoitu noususta crack-kokaiinin vuoksi hoitoon hakeutuvien käyttäjien määrässä.

Euroopassa vuonna 2017 huumehoitoon hakeutuneista käyttäjistä 56 000 ilmoitti käyttäneensä kokaiinia yhdessä heroiinin tai muiden opioidien kanssa. Tämä määrä on 16 prosenttia kaikista hoitoon hakeutuneista, joista on saatavilla tiedot sekä ensisijaisesta että toissijaisesta huumeesta.

HOITOON TULEVAT KOKAIININKÄYTTÄJÄT

Ominaispiirteet

15% 85%



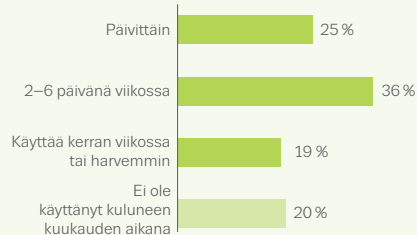
23 Keskimääräinen ikä ensimmäisellä käyttökerralla
34 Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien keskimääräinen ikä

33 500 Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat
48%
36 800 Hoitoon uudelleen tulevat
52%

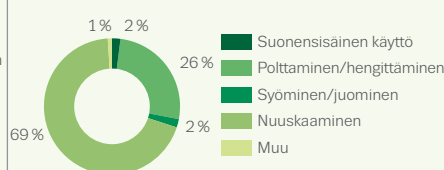


Käyttötiheys kuluneen kuukauden aikana

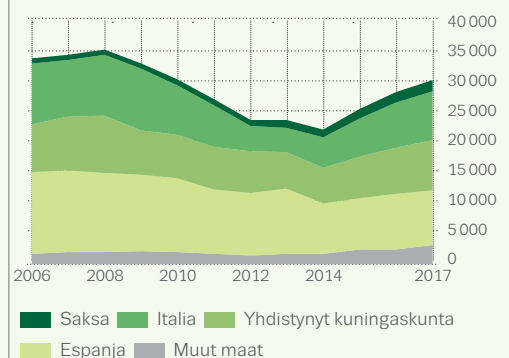
Käyttää keskimäärin 4 päivänä viikossa



Käyttötapa



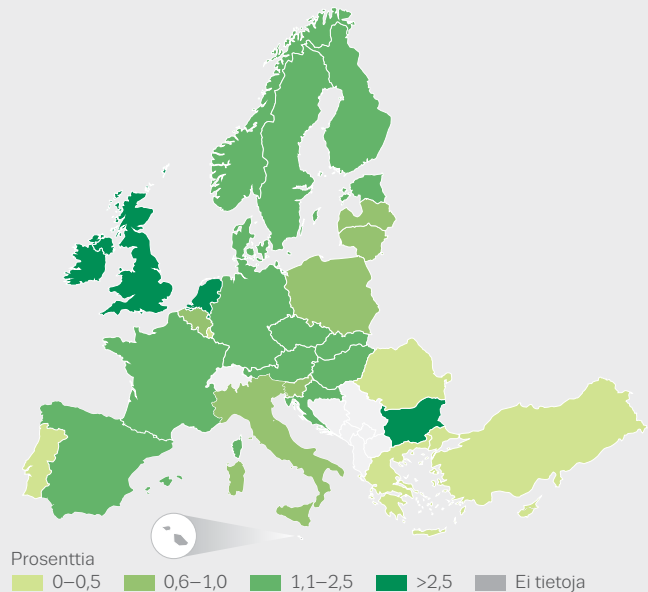
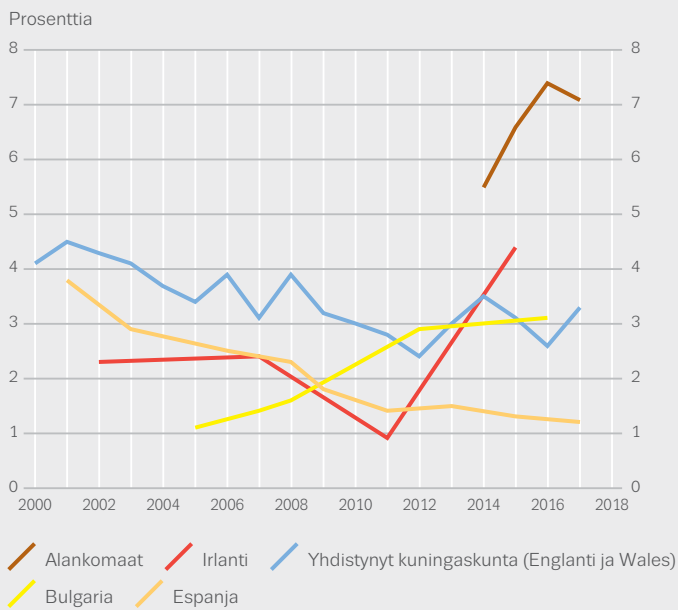
Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuviin liittyviä suuntauksia



Huomautus: Suuntauksia lukuun ottamatta tiedot koskevat kaikkia niitä hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti kokaiinia. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuviin liittyvät suuntauksukset perustuvat tietoihin 24 maasta. Suuntauksista tehdyssä kaaviossa on tiedot vain maista, joista on tietoja vähintään 11–12 vuodelta. Puuttuvat arvot interpoloidaan lähivuosiin. Kansallisessa tiedonkulussa tapahtuneiden muutosten vuoksi Italiasta vuodesta 2014 lähtien saadut tiedot eivät ole vertailukelpoisia aikaisempien vuosien tietojen kanssa. Muutosten vuoksi raportointijärjestelmässä Saksan vuoden 2017 tiedot ovat arvioita, jotka perustuvat vuoden 2016 tietoihin.

KUVA 2.6

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



Huomautus: muita ikäryhmiä kuin 15–34-vuotiaita koskevia tietoja ilmoittivat Tanska, Yhdistynyt kuningaskunta ja Norja (16–34-vuotiaat), Ruotsi (17–34-vuotiaat), Saksa, Ranska, Kreikka ja Unkari (18–34-vuotiaat).

MDMA:n käyttö kirjavaa

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

Arvioiden mukaan 13,7 miljoonaa aikuista Euroopan unionissa (15–64-vuotiaista) eli 4,1 prosenttia tästä ikäryhmästä on jossakin vaiheessa elämäänsä kokeillut MDMA:ta/ekstaasia. Nuorilla aikuisilla käyttöä koskevat tuoreimmat luvut osoittavat, että 2,1 miljoonaa nuorta aikuista (15–34-vuotiaista) käytti MDMA:ta viime vuonna (1,7 prosenttia tästä ikäryhmästä). Kansalliset arviot vaihtelevat Portugalin ja Romanian 0,2 prosentista Alankomaiden 7,1 prosenttiin (kuva 2.6). Käyttöä koskevat arviot 15–24-vuotiailla ovat korkeammat. Arvion mukaan 2,3 prosenttia heistä (1,3 miljoonaa) käytti MDMA:ta viime vuonna.

Viime aikoihin asti MDMA:n käyttö oli vähentynyt monissa maissa 2000-luvun alun ja puolivälin ennätyslukuista. Viime vuosina valvontalähteet ovat kuitenkin antaneet kirjavan kuvan eikä selkeitä suuntauksia ole ilmennyt. Niistä maista, joissa on tehty uusia tutkimuksia vuoden 2016 jälkeen ja ilmoitettu luottamusväli, neljä maata ilmoitti korkeampia arvioita, kuusi ilmoitti käytön tasaantuneen ja kaksi ilmoitti alemman arvion edellisestä vastaavaan tutkimukseen verrattuna.

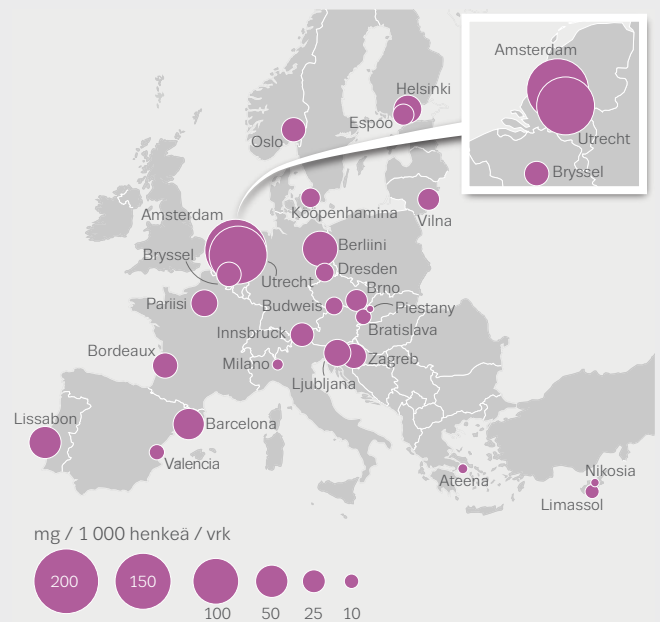
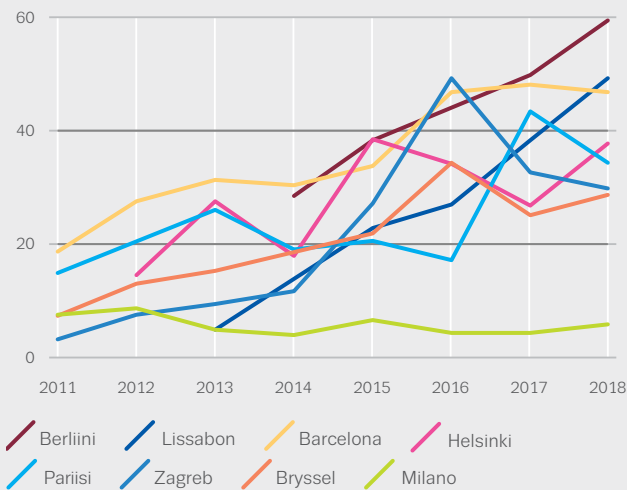
Mikäli saatavilla on riittävästi tietoja, joiden avulla voidaan analysoida tilastollisesti nuorten aikuisten MDMA:n käytössä viime vuonna ilmenneitä suuntauksia, tuoreimmat tiedot antavat kirjavan kuvan (kuva 2.6). Yhdistyneessä kuningaskunnassa tuoreimmat tiedot osoittavat, että käyttö on taas lisääntynyt vuosien 2015 ja 2016 laskun jälkeen, joka puolestaan käänsi vuosien 2012–2014 nousun. Espanjassa pitkän aikavälin suuntaus on laskeva, vaikka uusimmat arvot ovat vakaita. Tuoreimmat tiedot osoittavat noususuuntauksen jatkuvan Bulgariassa. Vuoden 2017 tiedot Alankomaista vahvistavat edellisessä kolmessa vuotuisessa tutkimuksessa ilmoitetut korkeat tasot.



KUVA 2.7

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

mg / 1 000 henkeä / vrk



Huomaus: MDMA:n keskimääräinen päivittäinen käyttö milligrammoina tuhatta asukasta kohti. Näytteet otettiin valituissa Euroopan kaupungeissa yhden viikon aikana vuosittain vuosina 2011–2018.

Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Vuonna 2018 tehdyssä monia kaupunkia kattaneessa analysissä Belgiassa, Saksassa ja Alankomaissa sijaitsevien kaupunkien jätevesissä havaittiin korkeimmat MDMA-pitoisuudet (kuva 2.7). Niistä 37 maasta, joilla on tietoja vuosilta 2017 ja 2018, 21 ilmoitti käytön lisääntyneen, yhdeksän ilmoitti käytön pysyneen vakaana ja seitsemän ilmoitti käytön laskeneen. Kun tarkastellaan pitemmän aikavälin suuntauksia, useimmissa kaupungeissa, joilla on tietoja sekä vuodelta 2011 että vuodelta 2018 (10 kaupunkia), jätevesien MDMA-pitoisuudet olivat korkeammat vuonna 2018 kuin vuonna 2011. Vuosina 2011–2016 havaitut jyrkät nousut näyttivät kuitenkin olevan tasaantumassa vuonna 2017. Tuoreimmat tiedot vuodelta 2018 osoittavat kuitenkin nousua useimmissa kaupungeissa.

MDMA:ta käytetään usein yhdessä muiden aineiden, myös alkoholin, kanssa. Nykyiset merkit osoittavat, että maissa, joissa MDMA:n käyttö on yleistä, se ei enää ole erikoishuume tai alakulttuuriin liittyvä huume. Sitä ei käytetä vain tanssiklubeissa ja juhlissa, vaan monet nuoret käyttävät sitä yöelämässä, myös baareissa ja kutsuilla. Eurooppalaisessa huumeita koskevassa verkkokyselyssä (European Web Survey on Drugs) havaittiin, että ihmisistä, jotka olivat käyttäneet MDMA:ta edellisenä vuonna, niiden osuus, jotka ilmoittivat käyttäneensä ainetta usein (yli 50 päivää viime vuonna), vaihteli Kyproksen nollassa Itävallan ja Kroatian 8 prosenttiin.

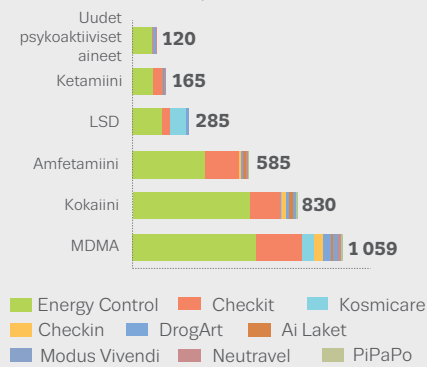
Huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuvat ilmoittavat harvoin syyksi MDMA:n. Vuonna 2017 alle prosentti (noin 1 700 tapausta) hoitoon tulleista Euroopassa ilmoitti MDMA:n syyksi, ja Ranskan, Unkarin, Yhdistyneen kuningaskunnan ja Turkin osuus näistä oli 68 prosenttia.

MDMA:ta käytetään usein yhdessä muiden aineiden, myös alkoholin, kanssa

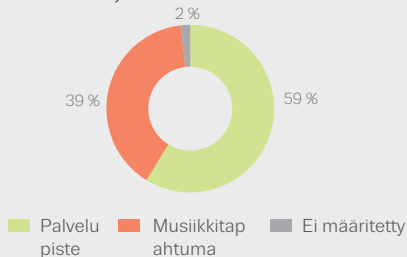
KUVA 2.8

Huumeidentarkistuspalvelujen testaamat näytteet tammikuun ja heinäkuun 2018 välisenä aikana

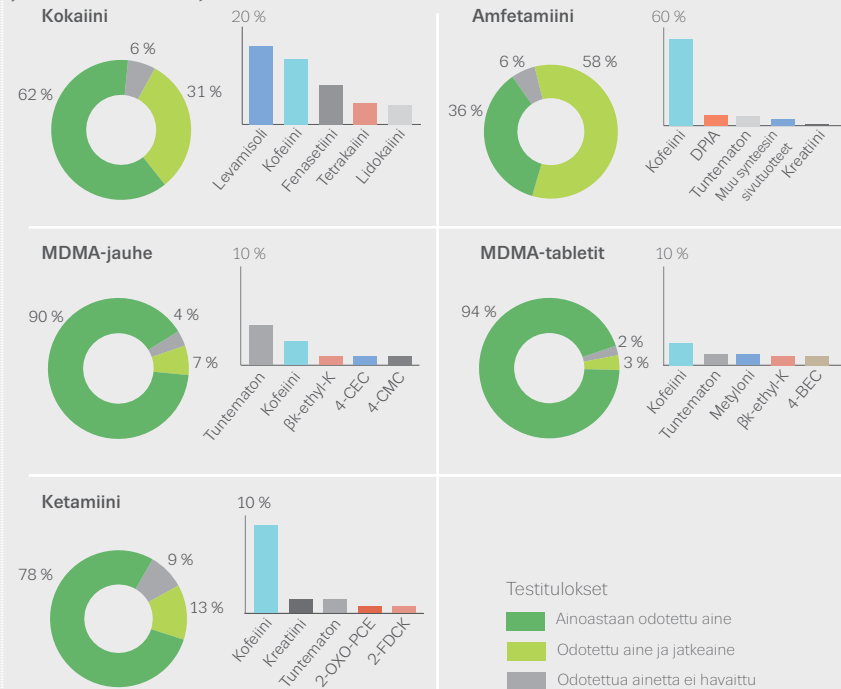
Testattavaksi annettujen aineiden määrä



Testattavaksi annetut aineet ympäristön mukaan eriteltynä



Havaitut aineet ja yleisimmät jatkeaineet (prosenttia kaikista näytteistä, jotka testattiin jatkeaineiden varalta)



Huomautus: jatkeaineilla tarkoitetaan ainoastaan aineita, joilla on aktiivisia farmakologisia ominaisuuksia. Inaktiivisia yhdisteitä ei pidetä jatkeaineina. Lähde: Tiedot on saatu huumeidentarkistuspalveluista Itävallassa (Checkit), Belgiassa (Modus Vivendi), Italiassa (Neutravel), Luxemburgissa (PiPaPo), Portugalissa (Kosmicare ja Checkin), Sloveniassa (DrogArt) ja Espanjassa (Energy Control ja Ai Laket).

Huumeiden viihdekäytön seurantaan innovatiivisia menetelmiä

Tutkimuksissa todetaan jatkuvasti, että huumeiden käytöstä ilmoitetaan yleisemmin tutkimuksissa, jotka toteutetaan yöelämässä (kuten klubeissa, baareissa tai musiikifestivaaleilla) kuin väestössä yleensä. On ilmaantunut uusia tapoja seurata huumeiden viihdekäyttöä. Käyttäjien ilmoittamien tietojen lisäksi käytetään useista eri lähteistä peräisin olevien näytteiden kemiallista analyysiä. Näitä ovat biologiset näytteet, kuten hengitys-, virtsa ja hiustenäytteet, huumelaatikoiden (drug amnesty bins) sisältö ja huumeidentarkistuslaitokselle luovutetut huumeet.

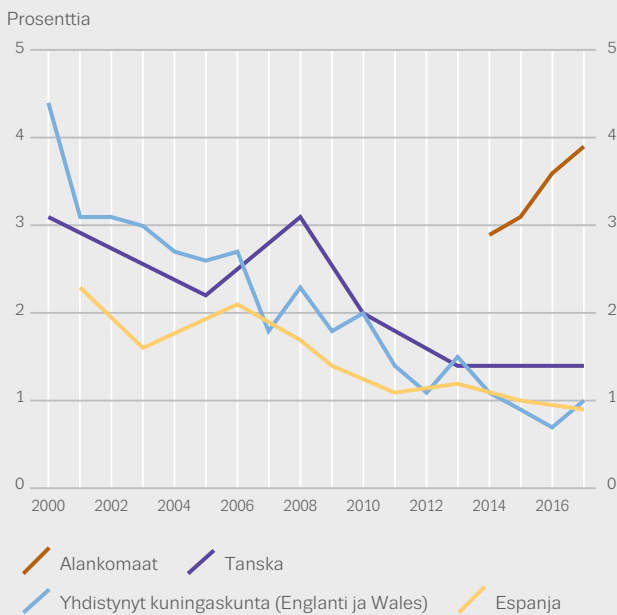
Tuloksia on saatu 3 044 huumenäytteen analyysistä. Käyttäjät luovuttivat huumenäytteitä seitsemässä EU:n jäsenvaltiossa toimivalle yhdeksälle huumeidentarkistuspalvelulle. Trans-European Drug Information network (TEDI) -verkoston keräämät näytteet analysoitiin tammikuun ja heinäkuun 2018 välisenä aikana. Noin puolet näytteistä testattiin musiikkitapahtumissa ja puolet palvelupisteissä. Palvelupisteissä luovutettiin kaksi kertaa enemmän kokaiininäytteitä, lähinnä Espanjassa, kuin musiikkitapahtumissa.

Kaiken kaikkiaan MDMA (tabletteina ja jauheena), kokaiini ja amfetamiini olivat yleisimmät testaukseen annetut huumeet, vaikka maiden välillä oli eroja. Belgiassa ja Portugalissa amfetamiinia annettiin harvoin testattavaksi, kun taas Italiassa ja Itävallassa amfetamiinin osuus oli yli 25 prosenttia luovutetuista näytteistä. Uusien psykoaktiivisten aineiden, lähinnä synteettisten kationien, osuus oli ainoastaan 3 prosenttia kaikista testattavaksi luovutetuista huumeista, vaikka joitakin, kuten 4-CMC:tä ja 4-CEC:tä (synteettisiä kationoneja) havaittiin toisinaan jatkeaineena MDMA:na luovutetuissa näytteissä (kuva 2.8).

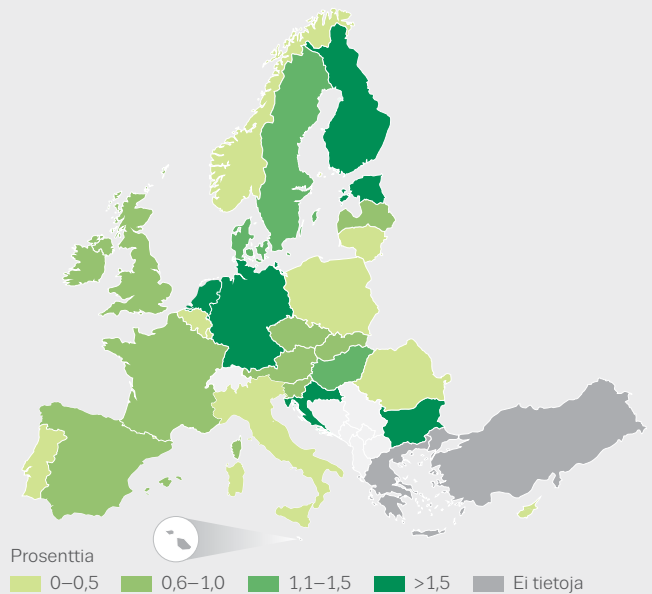
Kahdeksasta huumeidentarkistuspalvelusta saatujen huumeiden puhtautta koskevat tiedot vahvistavat viimeaikaiset raportit erittäin puhtaan MDMA:n ja kokaiinin saatavuuden lisääntymisestä Länsi-Euroopan huumemarkkinoilla. Huumeidentarkistuspalveluissa testatuissa tableteissa suurin keskimääräinen MDMA-annos havaittiin Belgiassa (182 milligrammaa). Viisi palvelua ilmoitti yksittäisiä tabletteja, jotka sisälsivät suurimääräistä MDMA:ta (yli 250 milligrammaa). Kaiken kaikkiaan palveluille MDMA:na luovutetut näytteet eivät todennäköisesti sisällä odottamattomia aktiivisia ainesosia, ja jatkettua MDMA-jauheen tai jatkettujen MDMA-tablettien osuus oli alle 10 prosenttia kaikista testatuista MDMA-näytteistä. Kofeiini oli yleisin jatkeaine

KUVA 2.9

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



Huomautus: muita ikäryhmiä kuin 15–34-vuotiaita koskevia tietoja ilmoittivat Tanska, Yhdistynyt kuningaskunta ja Norja (16–34-vuotiaat), Ruotsi (17–34-vuotiaat), Saksa, Ranska, Kreikka ja Unkari (18–34-vuotiaat).



näissä näytteissä. Kokaiinin korkeasta keskimääräisestä puhtaudesta (73 prosenttia) huolimatta esitettyihin kokaiininäytteisiin oli usein sekoitettu mahdollisesti haitallisia aineita, kuten levamisolia ja fenasetiinia, sekä paikallisanesteetteja, kuten lidokaiinia ja tetrakaiinia. Kaikista huumeidentarkistuspalveluissa testatuista aineista amfetamiinina annettuja näytteitä oli useimmiten jatkettu. Niiden keskimääräinen puhtaus oli 34 prosenttia, ja ne sisälsivät usein suuria määriä kofeiinia.

Amfetamiinien käytössä vaihtelua mutta suuntaukset vakaita

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

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

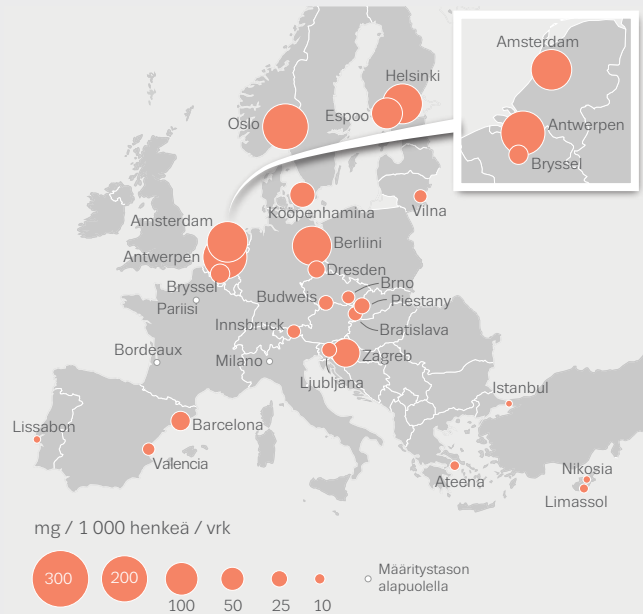
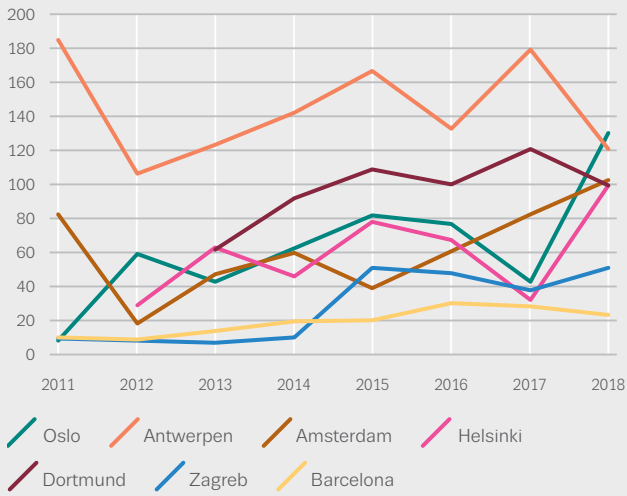
Arvioiden mukaan 12,4 miljoonaa aikuista Euroopan unionissa (15–64-vuotiaasta) eli 3,7 prosenttia tästä ikäryhmästä on jossakin vaiheessa elämänsä kokeillut amfetamiinia. Tuoreimmat luvut osoittavat, että 1,3 miljoonaa nuorta aikuista (15–34-vuotiaasta) käytti amfetamiineja viime vuonna (1 prosentti tästä ikäryhmästä). Tuoreimmat kansalliset arviot vaihtelevat Portugalin nollassa Alankomaiden 3,9 prosenttiin (kuva 2.9). Saatavilla olevat tiedot osoittavat, että useimmissa Euroopan maissa amfetamiinin käyttö on ollut suhteellisen vakaata 2000-luvun alusta asti. Niistä maista, joissa on tehty uusia tutkimuksia vuoden 2016 jälkeen ja ilmoitettu luottamusväli, yksikään ei ilmoittanut korkeampia arvioita, kahdeksan ilmoitti käytön tasaantuneen ja kolme ilmoitti alhaisempia arvioita edelliseen vastaavaan tutkimukseen verrattuna.

Vain muutamalla maalla on mahdollista analysoida tilastollisesti nuorten aikuisten amfetamiinien käytössä viime vuonna ilmenneitä suuntauksia. Tanskassa, Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on havaittu pitkän aikavälin laskeva suuntaus (kuva 2.9). Neljännessä vastaavassa tutkimuksessa Alankomaissa osoitetaan nouseva suuntaus.

KUVA 2.10

Amfetamiinijäämät valikoitujen Euroopan kaupunkien jätevesissä: suuntauksia ja tuoreimmat tiedot

mg / 1 000 henkeä / vrk



Huomaus: amfetamiinin keskimääräinen päivittäinen käyttö milligrammoina tuhatta asukasta kohti. Näytteet otettiin valituissa Euroopan kaupungeissa yhden viikon aikana vuosittain vuosina 2011–2018.

Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Vuonna 2018 tehdyssä yhdyskuntajätevesien analysoinnissa havaittiin, että amfetamiinipitoisuudet vaihtelivat merkittävästi Euroopassa ja korkeimmat pitoisuudet havaittiin Pohjois- ja Itä-Euroopan kaupungeissa (ks. kuva 2.10). Amfetamiinia havaittiin paljon alhaisempina pitoisuuksina Etelä-Euroopan kaupungeissa.

Niistä 38 kaupungista, joilla on tietoja vuosilta 2017 ja 2018, 21 ilmoitti pitoisuuden nousseen, seitsemän ilmoitti pitoisuuden pysyneen vakaana ja kymmenen ilmoitti pitoisuuden laskeneen. Sellaisten kaupunkien tiedoista, joilta on tietoja vuosilta 2011–2018, sai yleisesti moninaisen kuvan, mutta amfetamiinia koskevat suuntauksia olivat useimmissa kaupungeissa melko vakaita.

Näyttää siltä, että metamfetamiinia, jota käytetään yleensä vähän ja perinteisesti lähinnä Tšekissä ja Slovakiassa, käytetään nyt myös Kyproksessa, Saksan itäosassa, Espanjassa ja Pohjois-Euroopassa (kuva 2.11). Vuosina 2017 ja 2018 niistä 40 kaupungista, joilla on tietoa jätevesien metamfetamiinista, viisi ilmoitti pitoisuuden nousseen, 20 ilmoitti pitoisuuden pysyneen vakaana ja 15 ilmoitti pitoisuuden vähentyneen.

Amfetamiinien suuren riskin käyttö: hoidon kysyntä suuri

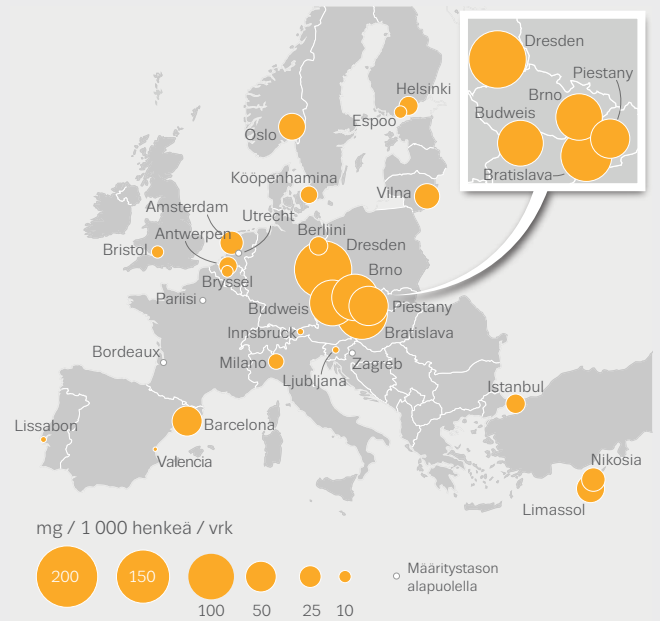
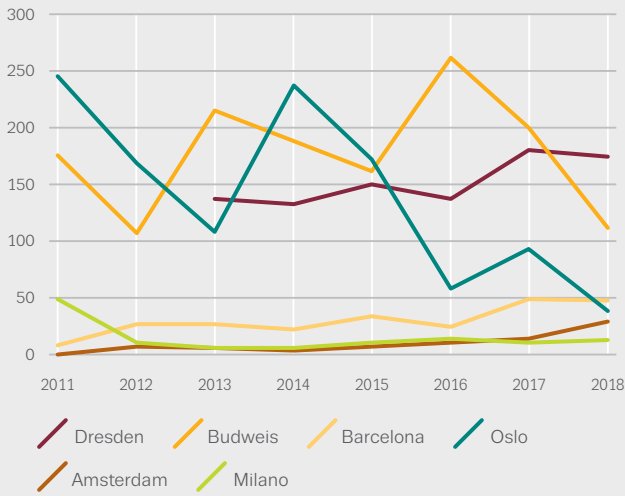
Pitkäaikaiseen, krooniseen ja suonensisäiseen amfetamiinin käyttöön liittyviä ongelmia on perinteisesti ollut lähinnä Pohjois-Euroopan maissa. Sitä vastoin metamfetamiiniongelmia on selvästi havaittavissa Tšekissä ja Slovakiassa. Vuoden 2015 arvion mukaan Saksassa suuren riskin amfetamiinien käyttäjiä on 0,19 prosenttia aikuisista eli 102 000 aikuista. Amfetamiinien käyttäjien osuus on todennäköisesti suurin Latvian vuonna 2017 ilmoittamasta arvioidusta 2 234:stä (0,18 prosenttia) suuren riskin stimulanttien käyttäjästä. Määrä on laskenut vuonna 2010 ilmoitetusta 6 540 käyttäjästä (0,46 prosenttia). Tšekissä metamfetamiinin suuren riskin käytön arvioitiin olevan aikuisväestössä (15–64-vuotiaista) noin 0,50 prosenttia vuonna 2017 (eli 34 700 käyttäjää). Tässä on lisäystä 20 900 käyttäjästä vuonna 2007, vaikka viime vuosina määrät ovatkin olleet melko vakaita. Kyproksen osalta arvio oli 0,03 prosenttia eli 176 käyttäjää vuonna 2017.

Euroopassa vuonna 2017 huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneista asiakkaista noin 30 000 ilmoitti amfetamiinit ensisijaiseksi huumeekseen, ja näistä noin 12 000 hakeutui hoitoon ensimmäistä kertaa elämässään. Saksassa, Latviassa, Puolassa ja Suomessa ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvista asiakkaista 15 prosenttia käyttää ensisijaisesti amfetamiinia. Saksassa on havaittu

KUVA 2.11

Metamfetamiinijäämät valittujen Euroopan kaupunkien jätevesissä: suuntaukset ja tuoreimmat tiedot

mg / 1 000 henkeä / vrk



Huomautus: metamfetamiinin keskimääräinen päivittäinen käyttö milligrammoina tuhatta asukasta kohti. Näytteet otettiin valituissa Euroopan kaupungeissa yhden viikon aikana vuosittain vuosina 2011–2018.

Lähde: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

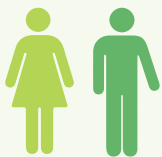
nouseva suuntaus vuodesta 2009. Ensisijaisesti metamfetamiinia käyttäviä hoitoon hakeutuvia asiakkaita on lähinnä Tšekissä, Slovakiassa, Puolassa ja Turkissa. Näiden osuus on yhteensä lähes 88 prosenttia Euroopassa hoitoon hakeutuneista 5 000 metamfetamiiniasiakkaasta. Sukupuolten välinen ero on pienin amfetamiineissa, vaikka

naisten osuus amfetamiiniasiakkaista on yhä vain yksi neljännes (26 prosenttia). Käyttötapojen osalta 14 prosenttia kaikista hoitoon hakeutuneista ilmoitti käyttävänsä amfetamiineja suun kautta, 65 prosenttia ilmoitti nuuskaavansa ja 9 prosenttia ilmoitti suonensisäisestä käytöstä.

HOITOON TULEVAT AMFETAMIININKÄYTTÄJÄT

Ominaispiirteet

26% 74%



20

30

Keskimääräinen ika ensimmäisellä käyttökerralla

Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien keskimääräinen ika

12 200

Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat

42%



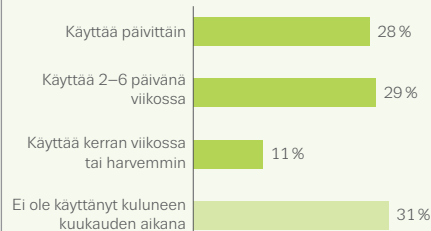
17 100

Hoitoon uudelleen tulevat

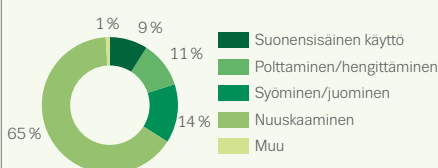
58%

Käyttötiheys kuluneen kuukauden aikana

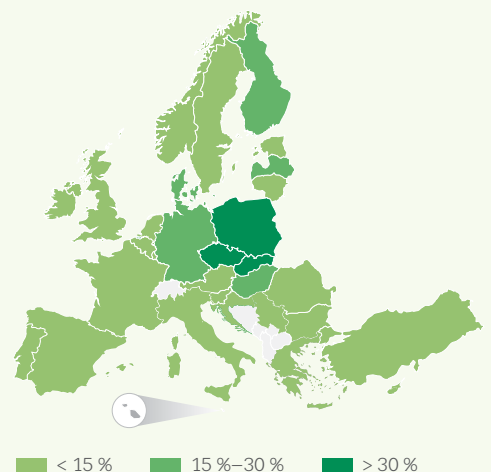
Käyttää keskimäärin **4,3** päivänä viikossa



Käyttötapa



Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevien osuus kaikkien huumeiden osalta (%)



Huomautus: karttaa lukuun ottamatta tiedot koskevat kaikkia niitä hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti amfetamiineja. Saksan, Ruotsin ja Norjan tiedot koskevat käyttäjiä, jotka ilmoittavat käyttävänsä ensisijaisesti muuta stimulanttia kuin kokaiinia.

Ketamiinin, GHB:n ja hallusinogeenien käyttö edelleen vähäistä

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

Ketamiinin ja GHB:n (myös sen lähtökemikaalin GBL:n, gammabutyrolaktonin) viihdekäytöstä tietyissä huumeidenkäyttäjien alaryhmissä on raportoitu Euroopassa kahden viime vuosikymmenen aikana. Kansallisten arvioiden mukaan, sikäli kuin niitä on tehty, GHB:n ja ketamiinin käyttö on edelleen vähäistä aikuisten ja koululaisten keskuudessa. Vuonna 2017 tehdyn tutkimuksen mukaan Norjassa GHB:tä käytti viime vuonna 0,1 prosenttia aikuisista (16–64-vuotiaista). Vuonna 2017 Tanskassa arvioitiin, että ketamiinia käytti kuluneen vuoden aikana 0,6 prosenttia nuorista aikuisista (16–34-vuotiaista). Yhdistyneessä kuningaskunnassa arvio oli 1,7 prosenttia.

LSD:n ja hallusinogeenisten sienten yleinen kulutus on ollut Euroopassa kokonaisuudessaan vähäistä, ja se on pysynyt vakaana monen vuoden ajan. Kansallisissa raporteissa arvioidaan, että viime vuonna alle yksi prosentti nuorista aikuisista (15–34-vuotiaista) käytti LSD:tä ja hallusinogeenisia sieniä vuonna 2017 tai tuoreimpana tutkimusvuonna. Poikkeuksena ovat hallusinogeenisten sienten osalta Suomi (1,9 prosenttia) ja Alankomaat (1,6 prosenttia) ja LSD:n osalta Norja (1,1 prosenttia) ja Suomi (1,3 prosenttia).

Uusien psykoaktiivisten aineiden käyttö vähäistä ja hoidon kysyntä laskussa

Vuodesta 2011 lähtien yli puolet Euroopan maista on ilmoittanut kansallisia arvioita uusien psykoaktiivisten aineiden käytöstä (ei kuitenkaan ketamiinin ja GHB:n) yleisissä väestötutkimuksissa, vaikka käytettyjen menetelmien ja kysymysten erot rajoittavat eri maiden tulosten vertailtavuutta. Viime vuoden aikana näiden aineiden käyttö nuorilla aikuisilla (15–34-vuotiaat) vaihteli Norjan 0,1 prosentista Alankomaiden vuonna 2016 tehdystä tuoreimmista tutkimuksista havaittuun 3,2 prosenttiin. Yleisin käytetty huume oli 4-fluoroamfetamiini (4FA). Yhdistynyttä kuningaskuntaa (Englanti ja Wales) koskevia tutkimustietoja on saatavilla mefedronin käytöstä. Tuoreimmassa tutkimuksessa (2017) arvioitiin, että viime vuonna mefedronia käytti 0,2 prosenttia 16–34-vuotiaista. Määrä on laskenut verrattuna vuosiin 2014–2015 (1,1 prosenttia).

Tuoreimmista tutkimuksissa arvioitiin, että 15–34-vuotiaiden synteettisten kannabinoidien käyttö edellisen vuoden aikana vaihteli Alankomaiden 0,1 prosentista Latvian 1,5 prosenttiin.

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

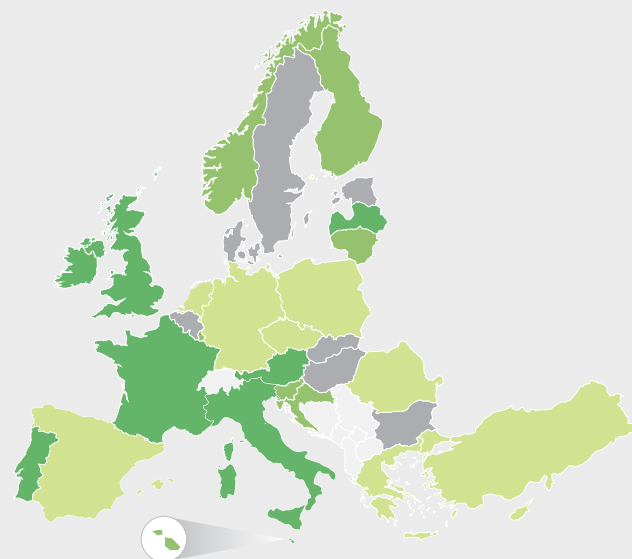
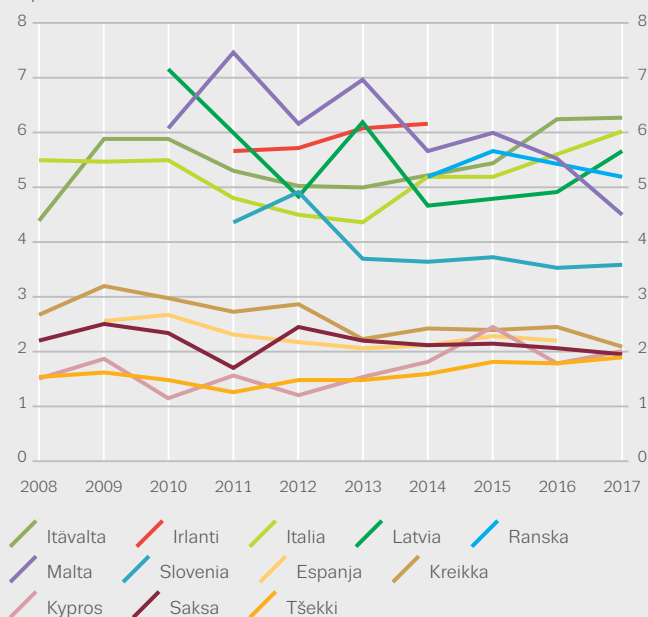
Tällä hetkellä harvat ihmiset hakeutuvat yleisesti ottaen Euroopassa hoitoon uusien psykoaktiivisten aineiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi. Joissakin maissa näitä aineita on kuitenkin huomattavasti. Tuoreimpien tietojen mukaan 19 prosenttia asiakkaista Turkissa ja kuusi prosenttia Unkarissa ilmoitti synteettisten kannabinoidien käytön huumehoitoon hakeutumisen pääsyyksi. Yhdistyneessä kuningaskunnassa 0,2 prosenttia hoitoon hakeutuneista ilmoitti syyksi ongelmat, jotka liittyivät synteettisten katinonien käyttöön ensisijaisena huumausaineena. Kaikki kolme maata ovat ilmoittaneet tuoreimmista tiedoista uusien psykoaktiivisten aineiden vuoksi hoitoon tulevien määrän vähentyneen hiljattain.



KUVA 2.12

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

Tapauksia tuhatta henkeä kohti



Tapauksia tuhatta henkeä kohti

0–2,5 2,51–5,0 >5,0 Ei tietoja

Suuren riskin opioidien käyttö: heroiinin vuoksi ensimmäistä kertaa hoitoon tulevien määrä vähenee useimmissa maissa

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

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

Opioidien suuren riskin käytön esiintyvyys EU:n aikuisväestössä (15–64-vuotiaat) on arviolta 0,4 prosenttia. Toisin sanoen EU:ssa oli vuonna 2017 noin 1,3 miljoonaa suuren riskin opioidien käyttäjää. Kansallisesti opioidien suuren riskin käytön yleisyyttä koskevat arviot vaihtelevat alle yhdestä yli kahdeksaan tapaukseen tuhatta 15–64-vuotiasta kohti. Suuren riskin opioidienkäyttäjistä Euroopan unionissa noin kolme neljäsosaa (77 prosenttia) tulee viidestä Euroopan unionin tiheimmin asutusta maasta, joissa on 62 prosenttia sen väestöstä (Saksa, Espanja, Ranska, Italia ja Yhdistynyt kuningaskunta). Niistä 12 maasta, joissa tehtiin

säännöllisiä arvioita opioidien suuren riskin käytöstä vuosina 2008–2017, Kreikassa, Maltalla, Sloveniassa ja Espanjassa arviot osoittavat tilastollisesti merkitsevää laskua ja Tšekissä ja Irlannissa (vuoteen 2014 asti) tilastollisesti merkittävää kasvua (kuva 2.12).

Vuonna 2017 opioidien käytön ilmoitti pääsyyksi huumehoitoon hakeutumiseksi 171 000 asiakasta eli 35 prosenttia kaikista Euroopassa huumehoitoon hakeutuneista. Näistä 32 000 tuli hoitoon ensimmäistä kertaa. Ensisijaisesti heroiniä käyttävien osuus oli 78 prosenttia (25 000 asiakasta) ensimmäistä kertaa hoitoon tulevista opioideja käyttävistä asiakkaista. Tämä oli 4 700 asiakasta eli 17 prosenttia vähemmän kuin edellisellä vuonna.

Suuntauksista saatavilla olevien tietojen mukaan ensimmäistä kertaa hoitoon tulevien heroiniasiakkaiden määrä yli puolittui huippuvuodesta 2007. Määrä oli alimmillaan vuonna 2013, jonka jälkeen se on viime vuosina tasoittunut. Vuosina 2016–2017 ensisijaisesti heroiniin vuoksi ensimmäistä kertaa hoitoon tulevien määrä laski 16 maassa niistä 27:stä, joissa tietoja oli käytettävissä.

Synteettiset opioidit: erilaisia aineita havaittu ympäri Eurooppaa

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

käyttävänsä muun muassa seuraavia muita opioideja kuin heroiniä väärin: metadoni, buprenorfiini, fentanyyli, kodeiini, morfiini, tramadoli ja oksikodoni. Näiden opioidien osuus on nyt 22 prosenttia kaikista ensisijaisesti opioideja käyttävistä asiakkaista. Joissakin maissa muut opioidit kuin heroini ovat tavallisimmin käytettyjä opioideja huumehoitoon tulleiden keskuudessa. Vuonna 2017 kaikkiaan 19 Euroopan maata ilmoitti, että yli kymmenen prosenttia kaikista hoitoon tulleista opioideja käyttävistä asiakkaista sai hoitoa muihin opioideihin kuin heroiniin liittyviin ongelmiin (kuva 2.13). Virossa suurin osa hoitoon tulleista, jotka ilmoittivat opioidit ensisijaiseksi huumeekseen, käytti fentanyyliä, kun taas Suomessa buprenorfiini oli hoitoon hakeutuneiden yleisin ensisijainen opioidi. Tšekissä buprenorfiinin väärinkäytöstä ilmoitti noin 22 prosenttia opioidien käyttäjistä. Saksassa metadonin väärinkäytöstä ilmoitti noin 33 prosenttia ja Tanskassa 19 prosenttia opioidien käyttäjistä. Kyproksessa ja Puolassa 20–50 prosenttia opioidien käyttäjistä tuli hoitoon muiden opioidien, kuten oksikodonin (Kypros) ja ”kompotin” eli unikon oljesta valmistetun heroiniin (Puola) käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi. Lisäksi käyttäjistä, jotka hakeutuvat hoitoon sellaisiin uusiin psykoaktiivisiin aineisiin, joilla on opioidien kaltaisia vaikutuksia, liittyvien ongelmien vuoksi, voidaan raportoida opioideja koskevassa yleisessä osassa.

HOITOON TULEVAT HEROINIINKÄYTTÄJÄT

Ominaispiirteet

20% 80%



24 Keskimääräinen ikä ensimmäisellä käyttökerralla
35 Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvien keskimääräinen ikä

23 500 Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat
17%



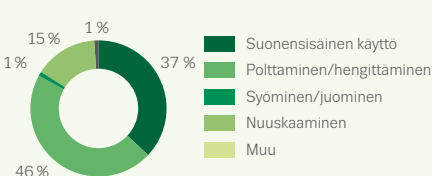
115 000 Hoitoon uudelleen tulevat
83%

Käyttötiheys kuluneen kuukauden aikana

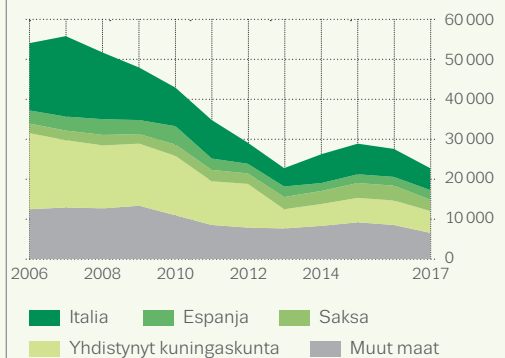
Käyttää keskimäärin 5,9 päivänä viikossa



Käyttötapa



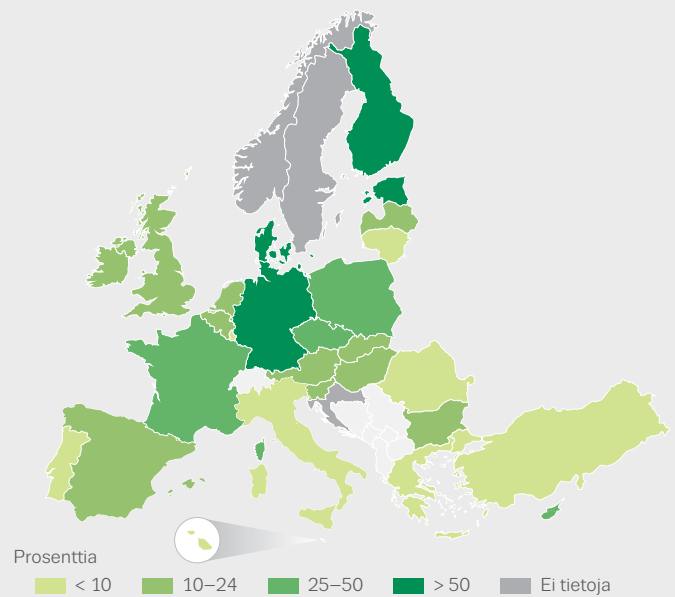
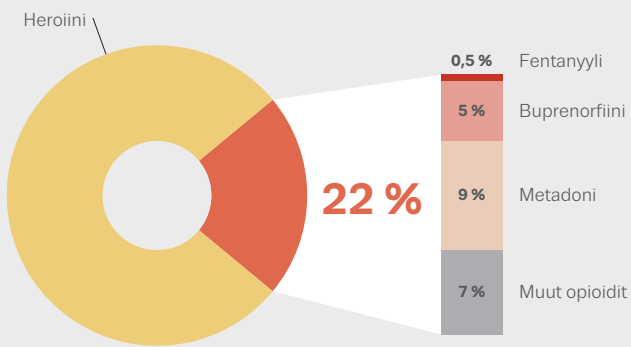
Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuviin liittyviä suuntauksia



Huomautus: suuntauksia lukuun ottamatta tiedot koskevat kaikkia niitä hoitoon hakeutuvia, jotka käyttävät ensisijaisesti heroiniä. Saksan tiedot koskevat niitä hoitoon tulevia, jotka käyttävät ensisijaisesti opioideja. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuviin liittyvät suuntauksukset perustuvat tietoihin 24 maasta. Suuntauksista tehdyssä kaaviossa on tiedot vain maista, joista on tietoja vähintään 11–12 vuodelta. Puuttuvat arvot interpoloidaan lähivuosiin. Kansallisessa tiedonkulussa tapahtuneiden muutosten vuoksi Italiasta vuodesta 2014 lähtien saadut tiedot eivät ole vertailukelpoisia aikaisempien vuosien tietojen kanssa. Muutosten vuoksi raportointijärjestelmässä Saksan vuoden 2017 tiedot ovat arvioita, jotka perustuvat vuoden 2016 tietoihin.

KUVA 2.13

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



Huumeiden suonensisäinen käyttö vähenee edelleen uusilla heroiniasiakkailta

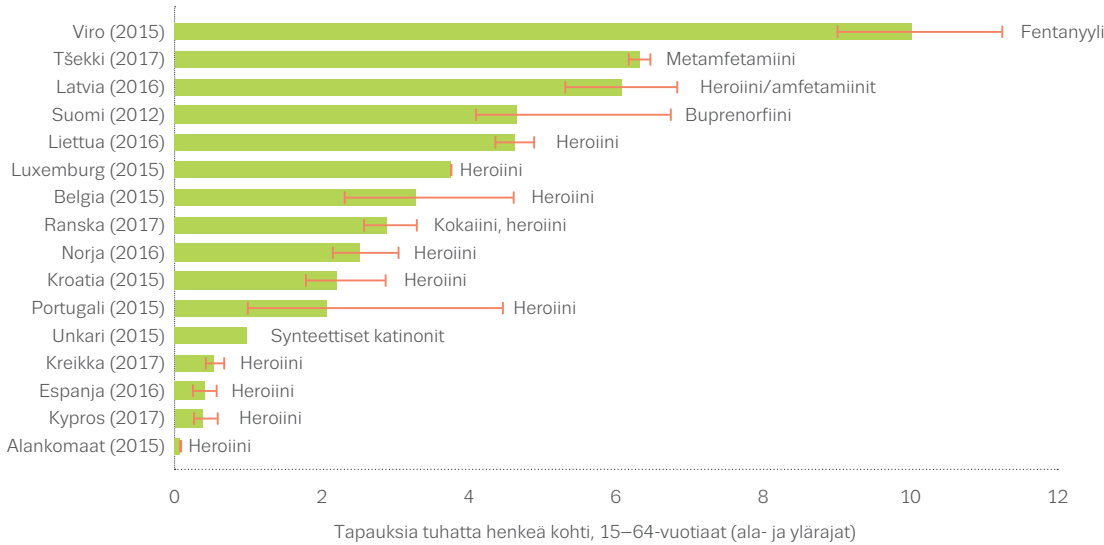
Suonensisäinen käyttö liitetään useimmiten opioideihin, mutta muutamassa maassa amfetamiinien tai kokaiinin kaltaisten stimulanttien suonensisäinen käyttö on myös yleistä.

Ainoastaan 16 maata on arvioinut huumeiden suonensisäistä käyttöä vuodesta 2012, ja käyttö vaihtelee alle yhdestä yli kymmeneen tapaukseen tuhatta 15–64-vuotiasta kohden. Useimmissa näistä maista tärkein suonensisäisesti käytettävä huumausaine voidaan määrittää selkeästi, mutta joissakin maissa kahdella huumausaineella on samanlaiset korkeat käyttötasot. Opioidit ilmoitetaan tärkeimmäksi suonensisäisesti käytettäväksi huumausaineeksi useimmissa (14) maissa (ks. kuva 2.14). Heroini mainitaan näistä maista 12:ssa, ja buprenorfiini mainitaan Suomessa ja fentanyyli Virossa. Stimulantit ilmoitetaan tärkeimmäksi suonensisäisesti käytettäväksi aineeksi neljässä maassa, joissa käytettäviä aineita ovat synteettiset katinonit (Unkari), kokaiini (Ranska), amfetamiini (Latvia) ja metamfetamiini (Tšekki).

Suonensisäinen käyttö liitetään useimmiten opioideihin

KUVA 2.14

Huumeiden suonensisäinen käyttö: tuoreimmat arviot huumeiden suonensisäisen käytön yleisyydestä viime vuonna ja ensisijainen suonensisäisesti käytettävä huumausaine



Heroiinin ensisijaiseksi huumeekseen vuonna 2017 ilmoittaneilla ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneilla henkilöillä suonensisäinen käyttö ensisijaisena käyttötavaksi väheni 43 prosentista (vuonna 2006) 25 prosenttiin. Tässä ryhmässä suonensisäinen käyttö vaihtelee maittain Espanjan 8 prosentista Latvian vähintään 90 prosenttiin. Suonensisäisen käytön ensisijaiseksi käyttötavaksi ilmoittaa alle yksi prosentti ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvista kokaiinin käyttäjistä ja 9 prosenttia ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuvista amfetamiinia ensisijaisesti käyttävistä. Amfetamiinia koskevaan yleiskuvaan vaikuttaa kuitenkin huomattavasti Tšekki, jonka osuus on yli 50 prosenttia amfetamiinia suonensisäisesti käyttävistä uusista asiakkaita Euroopassa. Kun otetaan huomioon kolme ensisijaisesti suonensisäisesti käytettyä huumetta, suonensisäisen käytön ensisijaiseksi käyttötavakseen ilmoittaneiden Euroopassa ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneiden määrä on vähentynyt 26 prosentista (vuonna 2006) 11 prosenttiin (vuonna 2017) (kuva 2.15).

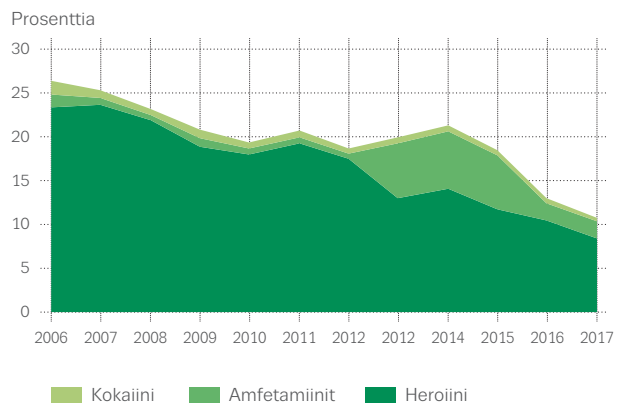
Vaikka synteettisten katinonien suonensisäistä käyttöä ei tapahdukaan laajalti, sitä on havaittu joissakin maissa tiettyjen ryhmien, kuten opioideja suonensisäisesti käyttävien ja huumeihoidossa olevien asiakkaiden, keskuudessa ja Unkarissa neuloja vaihtavien asiakkaiden keskuudessa. Tuoreen EMCDDA:n tutkimuksen mukaan kymmenen maata ilmoitti, että synteettisiä katinoneja käytetään suonensisäisesti – usein muiden stimulanttien kanssa. Tällaista on useimmiten havaittu seksijuhlissa homoseksuaalisten miesten keskuudessa.

Ruiskujen jäämien tiedoista tehdyt päätelmät: stimulantteja havaittu usein

Huumeihoidosta saatuja tietoja ja suuren riskin huumeidenkäyttöä koskevia arvioita voidaan täydentää European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE) network -verkoston tuloksilla. Kyseinen verkosto kokoaa tietoa suonensisäisesti käytettävistä aineista analysoimalla käytettyjen ruiskujen jäämäsisältöä. Ruiskut kerättiin kaduilla olevien

KUVA 2.15

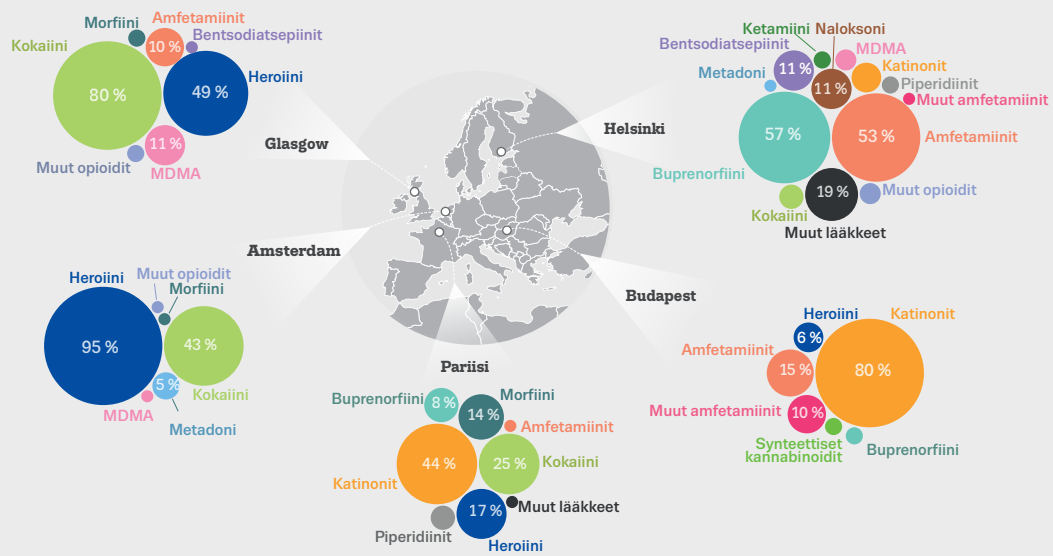
Suonensisäinen käyttö niillä, jotka hakeutuvat ensimmäistä kertaa hoitoon ja käyttävät ensisijaisesti heroiniin, kokaiiniin tai amfetamiinia: suonensisäisen käytön ensisijaiseksi käyttötavaksi ilmoittavien prosentiosuus



Huomautus: suuntauksiset perustuvat 21 maahan, joista on tietoa vähintään 9–11 vuodelta.

KUVA 2.16

Huumejäämät käytetyissä ruiskuissa valituissa Euroopan kaupungeissa



Huomautus: ympyrän pinta-ala on suhteutettu ruiskujen prosenttiosuuteen kussakin paikassa, jossa ainetta havaittiin. Yhdessä ruiskussa voi olla useampaa ainetta. Tutkimus tehtiin vuonna 2017.

Lähde: European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE) network.

injektiovälineiden jakeluautomaattien säilöistä ja viiden EU:n kaupungin muodostaman verkoston haittojen vähentämispalveluista vuonna 2017. Nämä kaupungit olivat Amsterdam, Budapest, Glasgow, Helsinki ja Pariisi. Viidessä laboratorioissa testattiin 1 288 käytetyn ruiskun sisältö.

Tuloksista voidaan päätellä, että suonensisäisesti käytettävät aineet vaihtelevat kaupungeittain ja kaupunkien sisällä (kuva 2.16) Suuri osa ruiskuista jokaisessa viidessä kaupungissa sisälsi stimulantteja, ja useimmiten havaittiin kokaiinia, amfetamiineja ja synteettisiä katinoneja. Puolet testatuista ruiskuista sisälsi jälkiä vähintään kahdesta huumeesta, ja yleisin yhdistelmä oli stimulantin ja opioidin sekoitus. Jos bentsodiatsepiineja havaittiin, ne olivat usein ruiskuissa opioidien kanssa.

**Puolet testatuista
ruiskuista
sisälsi vähintään
kahta huumetta**

LISÄTIETOJA

EMCDDA:n julkaisuja

2019

Country Drug Reports 2019.

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

Drugs in syringes from six European cities: results from the ESCAPE project, Rapid communications.

2018

Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends, Manuals.

Cannabis and driving: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Monitoring drug use in recreational settings across Europe: conceptual challenges and methodological innovations, Technical reports.

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

2017

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

2016

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

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

2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

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

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.

Huumeisiin liittyvien haittojen ja ehkäisevän työn seuranta

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

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

Huumeongelmien tehokkaiden näyttöön perustuvien ehkäisytöiden suunnittelu ja toteutus on keskeinen prioriteetti Euroopan huumausainepolitiikassa, 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 sekä ruiskun- ja neulanvaihto-ohjelmien kaltaisia keskeisiä toimenpiteitä kehitettiin osittain opioidien suonensisäisen käytön ja siihen liittyvien ongelmien, erityisesti tartuntatautien leviämisen ja yliannostuskuolemien, estämiseksi. Koska huumeongelmat muuttuvat, uusia lähestymistapoja on kehitettävä ja arvioitava. Joitakin näistä on tarkasteltu jäljempänä.

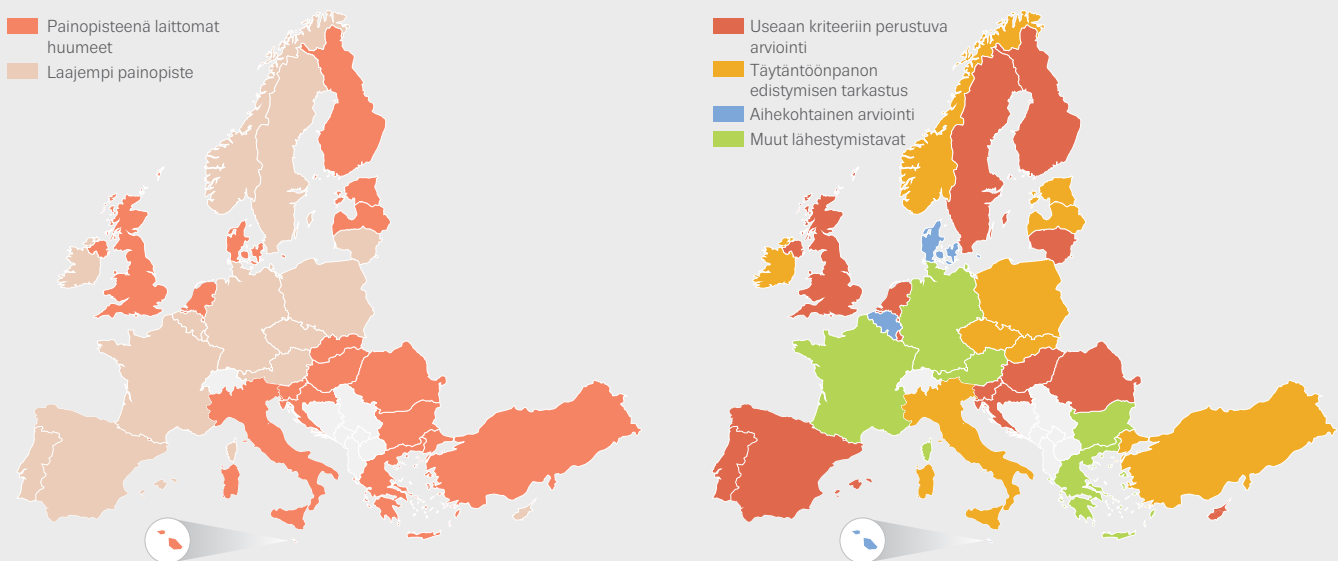
Huumestrategiat: arviointimenetelmät

Lähes puolella EMCDDA:n seuraamasta 30 maasta on nyt käytössä kansallisia huumestrategioita, joissa käsitellään erilaisia aineita ja riippuvuuksia koskevien kysymysten yhdistelmiä laittomien huumeiden ohella. Valtiot laativat

näiden suunnittelutyökalujen avulla yleisen toimintamallinsa ja nimenomaiset ehkäisytöidensä huumeongelmien erilaisiin terveydellisiin, sosiaalisiin ja turvallisuutta koskeviin ulottuvuuksiin. Tanskan kansallinen huumausainepolitiikka on esitetty strategisissa asiakirjoissa, lainsäädännössä ja konkreettisissa toimissa, kun taas muilla mailla on käytössä kansallinen huumausainestrategia. Poliitiikan painopiste on laajempi 14 maassa, ja tällöin voidaan kiinnittää enemmän huomiota muihin riippuvuutta aiheuttaviin aineisiin ja päihderiippuvuuteen (ks. kuva 3.1). Yhdistyneessä kuningaskunnassa Skotlannin, Walesin ja Pohjois-Irlannin aluehallinnoilla on kuitenkin käytössä kattavat strategia-asiakirjat. Kun nämä kolme asiakirjaa otetaan huomioon, kattavien laittomia huumeita koskevien strategioiden määrä nousee 17:een. Näissä asiakirjoissa keskitytään yleensä laittomiin huumeisiin, ja siinä, miten muita aineita ja riippuvuuksia käsitellään, on eroja. Kaikissa asiakirjoissa käsitellään alkoholia, kymmenessä käsitellään tupakkaa, yhdeksässä lääkkeitä ja kahdeksassa myös muita riippuvuuksia, kuten uhkapelejä. Painopisteestä riippumatta kaikissa kansallisissa huumausainestrategioissa tuetaan nimenomaisesti tasapainoista lähestymistapaa huumausainepolitiikkaan,

KUVA 3.1

Painopisteet kansallisissa huumestrategia-asiakirjoissa (vasen) ja arviointimenetelmissä (oikea) vuonna 2018



Huomautus: strategioihin, joissa on laajempi painopiste, voivat kuulua esimerkiksi lailliset huumeet ja muut riippuvuudet. Vaikka Yhdistyneellä kuningaskunnalla onkin laittomiin huumeisiin keskittyvä strategia, Skotlannilla, Walesilla ja Pohjois-Irlannilla on laajat strategia-asiakirjat, jotka koskevat myös alkoholia.

joka esitetään EU:n huumausainestrategiassa (2013–2020) ja toimintasuunnitelmassa (2017–2020). Näissä molemmissa painotetaan sekä huumeiden kysynnän että huumeiden tarjonnan vähentämisen merkitystä. Tämän laajennetun strategian soveltamisalan ansiosta voidaan saada aikaan kattavampi kansanterveydellinen lähestymistapa, mutta se on myös haastavaa toteuttamisen, seurannan ja arvioinnin koordinoinnin kannalta.

Kaikki Euroopan maat arvioivat kansalliset huumestrategiansa, joskin sen tekemiseen käytetään monia erilaisia lähestymistapoja. Arvioinneilla pyritään yleensä arvioimaan strategian täytäntöönpanoa ja yleisessä huumausainetilanteessa aikaa myöten tapahtuneita muutoksia. Vuonna 2018 ilmoitettiin, että äskettäin oli tehty 13 moneen eri kriteeriin perustuvaa arviointia, yhdeksän täytäntöönpanon edistymisen tarkastelua ja kolme aihekohtaista arviointia, kun taas viisi maata käytti muita lähestymistapoja, kuten eri tekijöihin perustuvia arvioita ja tutkimushankkeita (ks. kuva 3.1). Suuntaus laajemman painopisteen strategioiden käyttöön alkaa vähitellen näkyä vastaavasti laajemman painopisteen arviointien käyttämisessä. Tällä hetkellä Ranska, Luxemburg, Ruotsi ja Norja ovat julkaisseet arvioinnit laajemman painopisteen strategioista.

Aineiden käytön ennaltaehkäisy: ympäristöön liittyvät lähestymistavat

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

”Islannin malli”, jossa erilaisia tehokkaita ennalta ehkäiseviä periaatteita sovelletaan johdonmukaisesti väestötasolla, on hiljattain saanut paljon kansainvälistä huomiota. Tässä lähestymistavassa tarjotaan ohjattua vapaa-ajan toimintaa koulun jälkeen ja kaikille nuorille tarjotaan mahdollisuus osallistua urheilu- ja kulttuuritoimintaan, korostetaan vanhempien valvontaa ja asetetaan kotiintuloajat alle 18-vuotiaille. Euroopassa Islannin malli on otettu käyttöön joissakin kunnissa Espanjassa, Alankomaissa ja Romaniassa. Tarvitaan lisätutkimusta sen selvittämiseksi, liittyykö Islannissa kymmenen viime vuoden aikana havaittu huumausaineiden käytön merkittävä lasku, joka vastaa

aikuisten aineiden käytön vähenemistä joissakin Euroopan maissa, pääasiassa maan ehkäisystrategiaan ja sen alkoholipolitiikkaan vai ovatko muut tekijät merkittäviä.

Islannin malli perustuu ympäristöön liittyvään ennalta ehkäisevään lähestymistapaan, jossa lähtökohtana on, että on mahdollista muuttaa ei-toivottua käyttäytymistä muuttamalla fyysisiä, taloudellisia ja sääntelyyn liittyviä näkökohtia ympäristössä, jossa annetaan tai vähennetään mahdollisuuksia kyseiseen käyttäytymiseen. Tämä voi puolestaan johtaa käyttäytymisen hyväksyttävyyden, normaaliuden ja näkyvyyden vähenemiseen. Toimenpiteisiin voivat kuulua aineiden saatavuuden ja hinnan sääntely, alkoholin annoskokojen pienentäminen ja myyntipisteiden tiheyden vähentäminen.

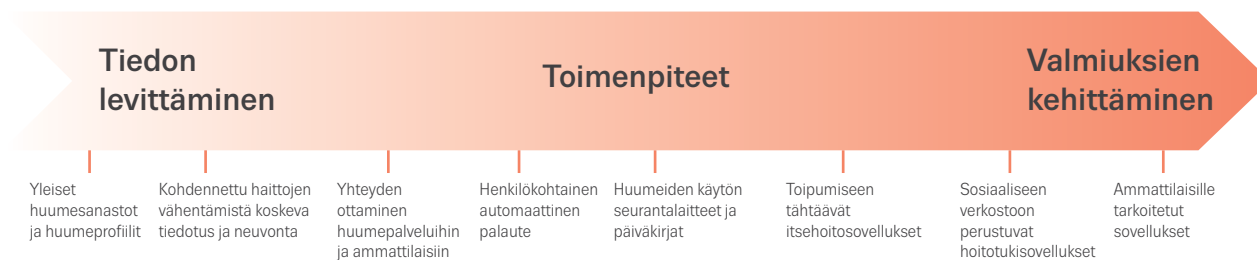
Ympäristöön liittyvät ennalta ehkäisevät periaatteet ovat myös keskeisiä Good Behaviour Game -pelissä. Tämä on ala-asteikäisille lapsille tarkoitettu ohjekirjaan perustuva ohjelma, jolla on joissakin tutkimuksissa osoitettu olevan hyödyllisiä vaikutuksia. Sen tarkoituksena on vähentää riskikäyttäytymistä käyttämällä käyttäytymiskannustimia ryhmätasolla myönteisten normien ja sääntöjen vahvistamiseen. Laajemmalla tasolla tupakoinnin aseman muuttuminen ja tupakoinnin vähentyminen monissa EU:n maissa on käytännön esimerkki ympäristöön liittyvästä ennalta ehkäisevästä lähestymistavasta.

Ammatillinen koulutus näyttää olevan olennaisen tärkeää ennalta ehkäisevien lähestymistapojen käyttöönotossa. Äskettäisessä aloitteessa otettiin käyttöön näyttöön ja kansainvälisiin vaatimuksiin perustuva yleisen ehkäisevän päihdetyön opinto-ohjelma (European Universal Prevention Curriculum), joka on tarkoitettu alueellisille ja paikallisille päätöksentekijöille ja mielipidevaikuttajille. Vuonna 2018 opinto-ohjelmaa toteutettiin jollakin tasolla kolmasosassa EU:n jäsenvaltioita.

Kaikki Euroopan maat arvioivat kansalliset huumestrategiansa

KUVA 3.2

Terveydenhuollon mobiilisovellukset niiden päätavoitteiden perusteella



Huumeiden käytön ehkäiseminen: uudet tekniikat

Huumeiden ehkäisy- ja hoitotoimet kehittyvät jatkuvasti, ja uusien digitaalisten ratkaisujen, myös tietokonepohjaisten teknikoiden, käyttö lisääntyy. Digitaalisissa toimenpiteissä (sovelluksissa) voidaan käyttää monenlaisia laitteita, pöytäkoneista mobiililaitteisiin, ja yhä useammin älypuhelimia. Näitä terveydenhuollon mobiilisovelluksia käytetään moniin eri tarkoituksiin, muun muassa huumeiden ennaltaehkäisyyn, haittojen vähentämiseen, digitaaliseen etsivään työhön sosiaalisen median alustoilla, potilaiden seurantaan ja valvontaan ja hoitoon (kuva 3.2). Jotkin sovellukset tarjoavat käytännön apua, muun muassa huumesanastoja, tietoa ja neuvoa. Innovatiivinen esimerkki on geopaikannus, joka auttaa huumeita suonensisäisesti käyttäviä löytämään neulojen ja ruiskujen vaihtopisteitä. Jotkin perustuvat tehokkaisiin ennaltaehkäisytekniikoihin, kuten sosiaalisten normien menetelmiin ja huumeiden vertaiskäyttöön liittyvien väärinkäsitysten estämiseen. Vaikka yleisön saatavilla onkin nyt monia terveydenhuollon mobiilisovelluksia, tuoreessa EMCDDA:n tutkimuksessa havaittiin, että vain joitakin on arvioitu tieteellisesti, laatustandardit puuttuivat ja tietosuojaan liittyviä ongelmia esiintyi.

Virtuaaliodellisuustekniikan soveltamista tutkittiin myös keinona tarjota altistumisterapiaa. Virtuaaliodellisuuden kuulokkeita käyttämällä luodaan realistiset ja monitasoiset huumeisiin liittyvät ympäristöt, jotka aiheuttavat haluja, ja potilaita koulutetaan käyttämään tekniikoita näiden halujen käsittelemiseksi.

Huumehoidosta suurin osa avohoitopalveluja

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

Suurin osa huumeidosta Euroopassa annetaan avohoitona, ja hoitoon erikoistuneet keskuskeskukset tarjoavat eniten hoitoa huumeidenkäyttäjien määrän perusteella (kuva 3.3). Matalan kynnyksen palvelut ovat toiseksi suurimpia hoidon tarjoajia, ja sen jälkeen tulevat perusterveydenhuollon keskuskeskukset ja yleiset mielenterveyslaitokset. Tähän ryhmään kuuluvat myös yleislääkäreiden vastaanotot, sillä joissakin suurissa maissa, kuten Ranskassa ja Saksassa, ne voivat määrätä opioidikorvaushoitoa. Muualla, esimerkiksi Puolassa ja Sloveniassa, avohoidon mielenterveyslaitoksilla on keskeinen rooli hoidon tarjonnassa.

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

Huumehoiton pääsy: oma-aloitteinen hakeutuminen on yleisintä

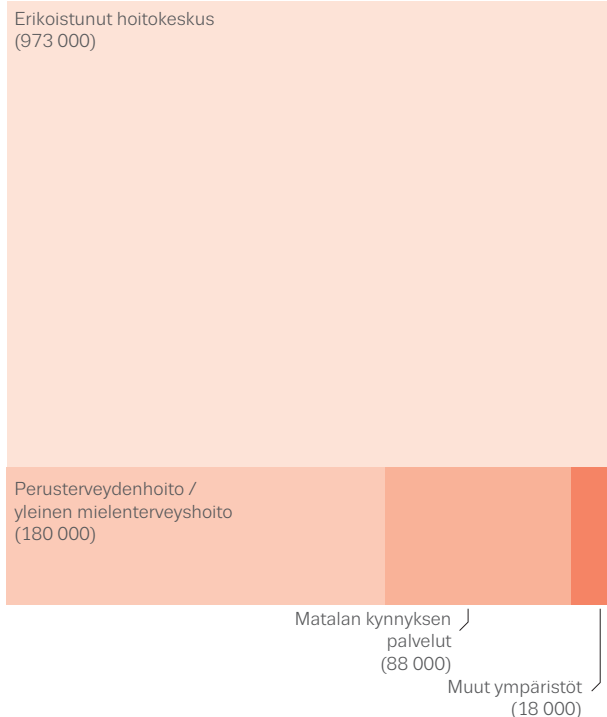
Euroopan unionissa arviolta 1,2 miljoonaa ihmistä sai hoitoa laittomien huumeiden käytön vuoksi vuonna 2017 (1,5 miljoonaa, kun Norjan ja Turkin tiedot otetaan huomioon). Oma-aloitteinen hakeutuminen on edelleen yleisin hoitoonohjausreitti. Vuonna 2017 Euroopassa huumehoitoon tulleista asiakkaista yli puolet

**Suurin osa huumeidosta
Euroopassa annetaan
avohoitona**

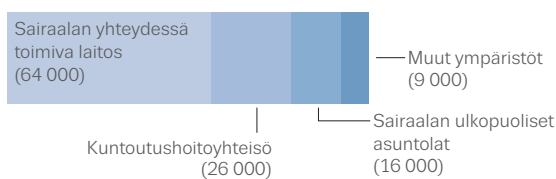
KUVA 3.3

Huumehoitoa saavien määrä Euroopassa vuonna 2017 ympäristön mukaan eriteltynä

Avohoito



Laitushoito



Vankilat

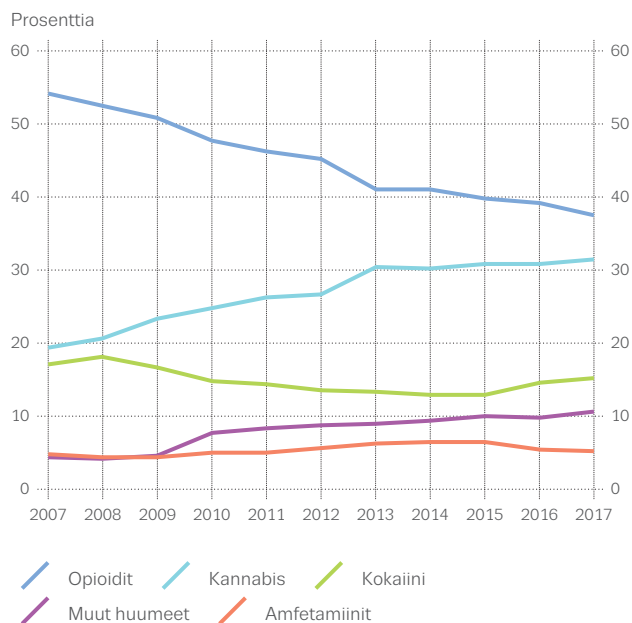


(54 prosenttia) tuli hoitoon oma-aloitteisesti. Tähän voi sisältyä myös perheenjäsenten tai ystävien hoitoon ohjaamat asiakkaat. Noin 17 prosenttia asiakkaista ohjautui hoitoon rikosoikeusjärjestelmän kautta ja 15 prosenttia terveys-, koulutus- ja sosiaalipalvelujen kautta, muun muassa huumehoitokeskuksista. 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.

Vuonna 2017 niissä maissa, joissa yli sata henkilöä ohjattiin hoitoon rikosoikeusjärjestelmän kautta, tätä reittiä hoitoon tulleiden asiakkaiden osuus vaihteli Tšekin,

KUVA 3.4

Suuntaukset hoitoon tulleiden asiakkaiden prosenttiosuuksissa ensisijaisesti käytetyn huumeen mukaan

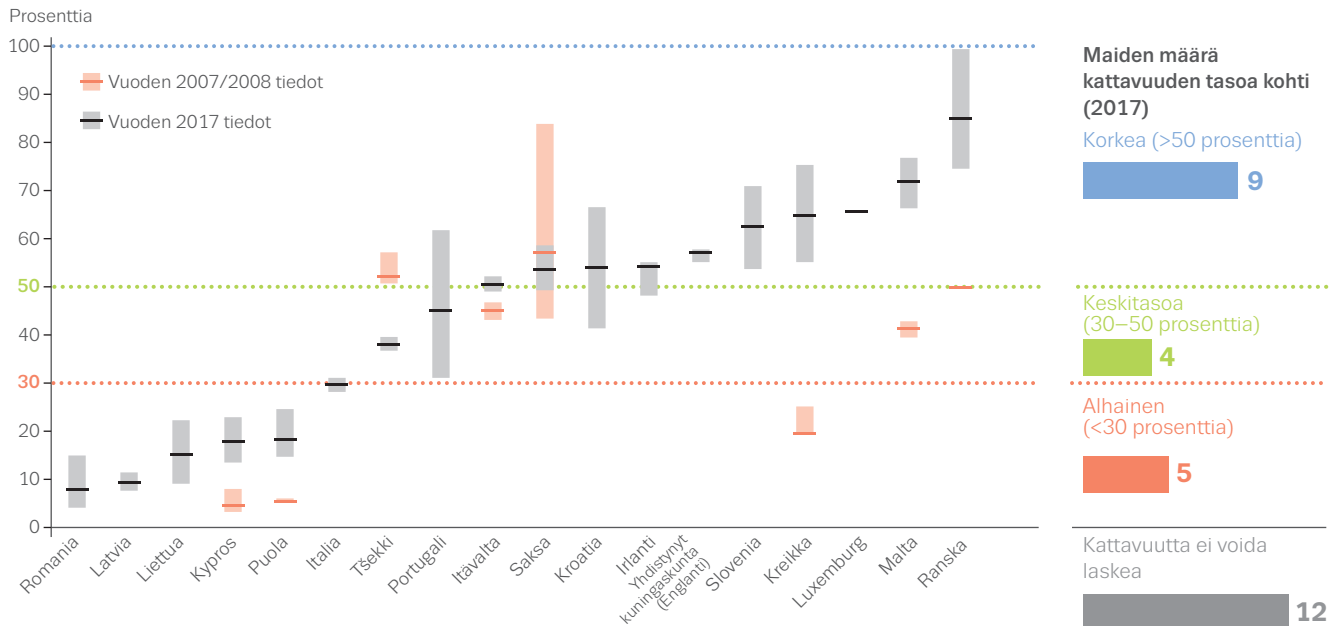


Kreikan, Alankomaiden ja Puolan alle viidestä prosentista Unkarin 70 prosenttiin. Yleisesti rikosoikeusjärjestelmän kautta hoitoon ohjataan todennäköisimmin ensisijaisesti kannabista käyttävät ja vähiten todennäköisesti opioidienkäyttäjät.

Asiakkaiden huumehoitoille on ominaista eri palvelujen käyttö, toistuvat hoitoon hakeutumiset ja hoidon vaihteleva kesto. Opioidien käyttäjät ovat suurin huumeiden vuoksi hoitoon tulevien ryhmä, ja he käyttävät suurimman osan saatavilla olevista hoitoresursseista, lähinnä korvaushoidosta. Kannabiksen käyttäjät ovat toiseksi ja kokaiinin käyttäjät kolmanneksi suurin hoitopalveluihin hakeutuva ryhmä (kuva 3.4). Näille asiakkaille tarjotut palvelut ovat usein monimuotoisempia, mutta ne perustuvat usein jonkinlaisiin psykososiaalisiin toimenpiteisiin. Hoitotietoja on saatu kymmenessä Euroopan maassa vuosina 2014–2017 analysoitujen huumehoitotietojen perusteella. Näissä maissa hoitoon tulleista 300 000 asiakkaasta yli puolet oli ollut jatkuvassa hoidossa yli vuoden, ja monilla heistä oli opioidien, erityisesti heroiinin, käyttöön liittyviä ongelmia. Loput tulivat hoitoon kyseisenä vuonna. Näistä 16 prosenttia tuli hoitoon ensimmäistä kertaa elämässään ja 28 prosenttia tuli uudestaan hoitoon saatuaan hoitoa aikaisemmin. Näistä tiedoista ilmenee monien huumeisiin liittyvien häiriöiden toistuvuus ja pitkäaikaisuus.

KUVA 3.5

Opioidikorvaushoidon kattavuus (hoitoa saavien suuren riskin opioidienkäyttäjäksi arvioitujen osuus) vuonna 2017 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana, ja vuonna 2007/2008



Huomautus: tiedot esitetty piste-estimaatteina ja epävarmuusväleinä.

Opioidien korvaushoidon kattavuus vaihtelee

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.

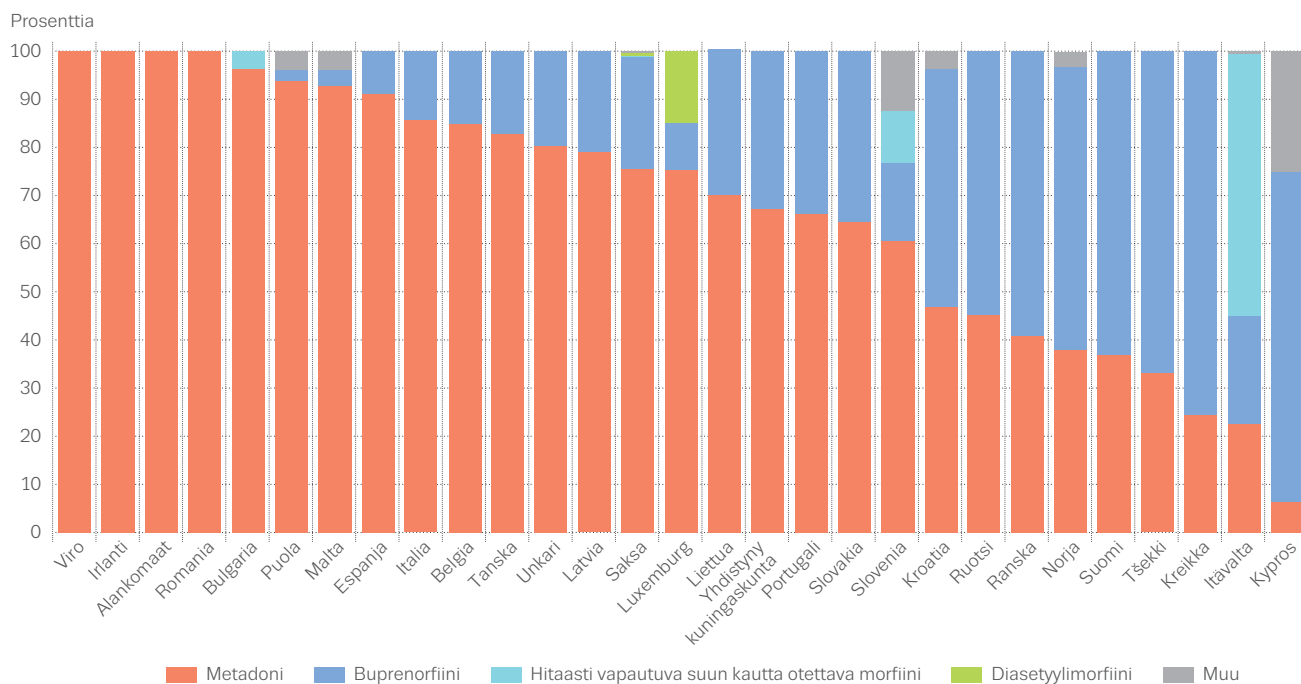
Vuonna 2017 arviolta 654 000 opioidienkäyttäjää sai korvaushoitoa Euroopan unionissa (662 000, kun Norjan tiedot otetaan huomioon). Vuosien 2010–2015 jatkuvan laskun jälkeen vuonna 2017 asiakkaiden kokonaismäärä nousi EU:ssa 4 prosenttia edelliseen vuoteen nähden. Vuosina 2015–2017 havaittiin kasvua 17 maassa, muun muassa Ruotsissa (21 prosenttia), Romaniassa (21 prosenttia) ja Italiassa (16 prosenttia), kun taas yhdeksässä maassa määrä on viime aikoina vähentynyt, muun muassa Liettussa (18 prosenttia) ja Kyproksessa (17 prosenttia).

Vertailussa suuren riskin opioidienkäyttäjien määrää koskevat nykyiset arviot Euroopassa osoittavat, että kaiken kaikkiaan noin puolet saa korvaushoitoa, mutta maiden välillä on eroja (kuva 3.5). Joissakin maissa kattavuus on alle suositellun tason. Tarkasteltaessa kaikkia niitä maita, joista vertailua varten on tietoja vuodelta 2007 tai 2008, kattavuus oli yleisesti nousussa.

Metadoni on yleisimmin määrätty opioidin korvaushoitolääke, ja sitä saa Euroopassa lähes kaksi kolmasosaa (63 prosenttia) korvaushoitoasiakkaista. Asiakkaista 34 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 3 prosenttia korvaushoitoasiakkaista Euroopassa. Euroopan korvaushoitoa saavat asiakkaat ikääntyvät. Suurin osa asiakkaista on nyt yli 40-vuotiaita, ja he ovat yleensä saaneet hoitoa yli kaksi vuotta. Opioidienkäyttäjille on kaikissa Euroopan maissa tarjolla vaihtoehtoisia hoitoja, mutta niitä käytetään harvemmin. 11 maassa, joista tietoja on saatavilla, 2–17 prosenttia kaikista hoidossa olevista opioidienkäyttäjistä saa hoitoa, johon ei liity opioidikorvaushoitoa.

KUVA 3.6

Euroopan maissa lääkärin määräämiä eri opioidikorvauslääkkeitä saavien käyttäjien osuus



Huomautus: Alankomaissa noin 10 prosentille asiakkaita, jotka saavat metadonia, määrätään myös diasetyylimorfiinia. Suomessa lääkkeenä käytetään buprenorfiinia joko yksinään tai naloksonin kanssa. Yhdistyneen kuningaskunnan tiedot koskevat pelkästään Walesia.

OPIOIDIKORVAUSHOIDOSSA OLEVAT ASIAKKAAT

Väestö

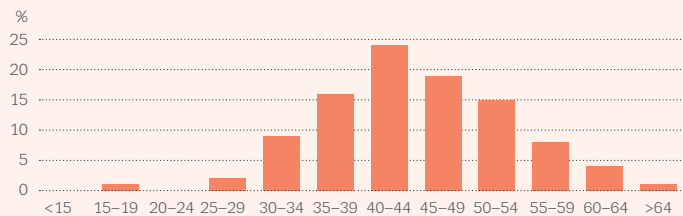
654 000 EU

662 000 EU ja Norja

25% 75%



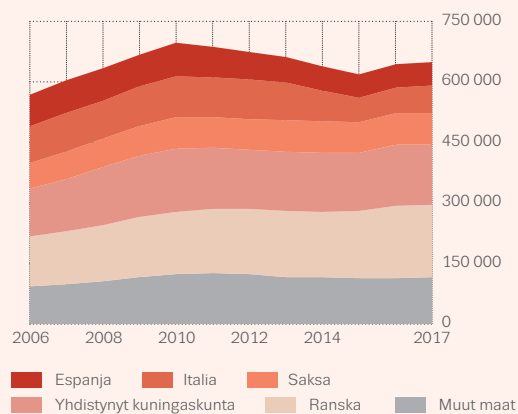
Ikäjakautuma



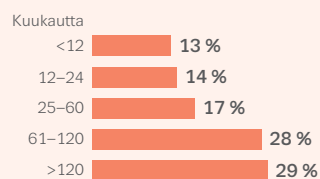
Lääkinnän tyyppi



Suuntaukset korvaushoidon määrässä



Hoidon kesto



Huomautus: suuntauksista tehdyssä kaaviossa on tiedot vain maista, joista on tietoja vähintään 8–11 vuodelta. Puuttuvat arvot interpoloidaan lähivuosiin.

KUVA 3.7

Huumeongelmien hoitoon liittyvät menot ja täytäntöönpanomekanismit

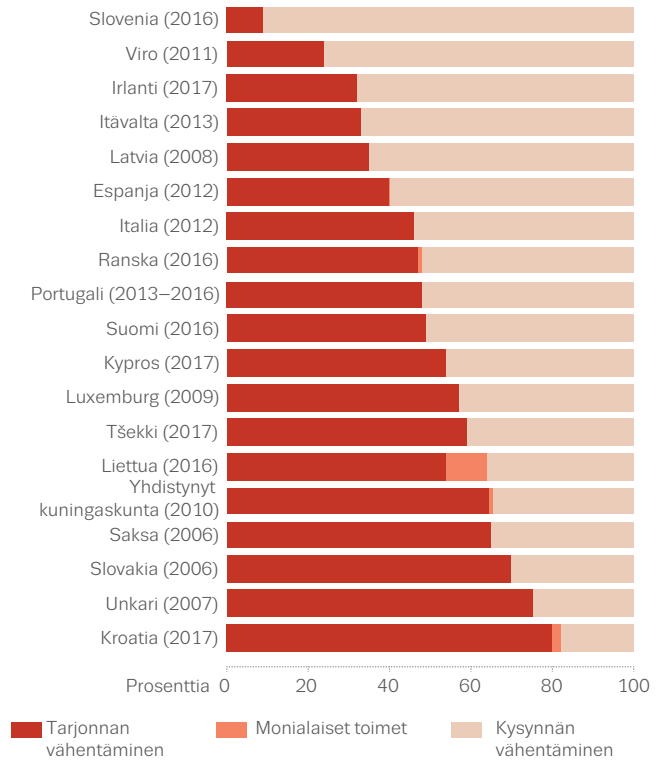
Huumeisiin liittyvien toimien kustannusten ymmärtäminen on tärkeä politiikan kehittämiseen ja arviointiin liittyvä näkökohta. Huumeisiin liittyvistä julkisista menoista on kuitenkin saatavilla vain vähän tietoja Euroopassa sekä paikallisella että kansallisella tasolla, ja tiedot ovat heterogeenisiä. Viime vuosikymmenellä 26 maata on laatinut arviot huumeisiin liittyvistä julkisista menoista. Niiden levinneisyyden ja määrän on arvioitu olevan 0,01–0,5 prosenttia bruttokansantuotteesta (bkt). Noin puolet arvioista osuu 0,05–0,2 prosenttiin bkt:stä.

Vuosina 2006–2017 kaikkiaan 19 maata arvioi kysynnän vähentämistoimiin liittyviä menoja osana huumausaineisiin liittyviä kokonaismenoja. Nämä vaihtelevat huomattavasti maittain ja olivat 8–80 prosenttia kokonaismenoista (kuva 3.7). Huumehoitokustannukset, jos ne ovat tiedossa, aiheuttavat suuren osan arvioituista kysynnän vähentämistä koskevista menoista.

Ohjelmien onnistunut täytäntöönpano edellyttää, että keskitytään muun muassa kustannuksiin, standardeihin ja koulutukseen. Huumehoitotoimenpiteiden kustannustehokkuuden analysointi voi auttaa optimoimaan rahoitusvarojen jakoa. Opioidiriippuvuuden lääkehoitoon liittyvien avohoidon ja lääkemääräysten kustannuksista huolimatta sen terveyteen liittyvät kokonaiskustannukset ovat alhaisemmat. Tämä johtuu siitä, että henkilöt, jotka saavat tätä hoitoa, käyttävät harvemmin palveluja, joiden kustannukset ovat suuret, kuten ensiapuhoitoa ja laitoshoidoa.

Tuoreessa EMCDDA:n tutkimuksessa havaittiin, että vähintään 80 prosenttia tietoja toimittaneista maista julkaisi jonkinlaisia ohjeita, joilla tuetaan kysynnän vähentämistoimien täytäntöönpanoa, ja 60 prosenttia ilmoitti käyttävänsä laatustandardeja. Maista 70 prosenttia ilmoitti akkreditointijärjestelmistä, joissa julkisten rahoituksen piiriin kuuluvien palvelujen tarjontaan liittyvien lupien edellytyksenä on laatustandardien täytäntöönpano. Lisäksi useimmat maat (80 prosenttia) ilmoittivat, että ammattilaisille on tarjolla koulutusta. Harvemmin ilmoitetaan näyttöön perustuvista rekistereistä tai luetteloista tai hyvien käytäntöjen ohjelmista, mutta neljännesosassa maista näitä on käytössä. Myönteistä on, että edelliseen vuoteen verrattuna niiden maiden osuus on noussut huomattavasti, jotka ovat nyt ilmoittaneet julkaisseensa toimenpiteitä koskevia ohjeita ja standardeja ja ottaneensa käyttöön jonkinlaisia palvelujen tarjontaan liittyviä akkreditointijärjestelmiä. Kaiken kaikkiaan näyttää siltä, että huumealalla työskentelevien ammattilaisten

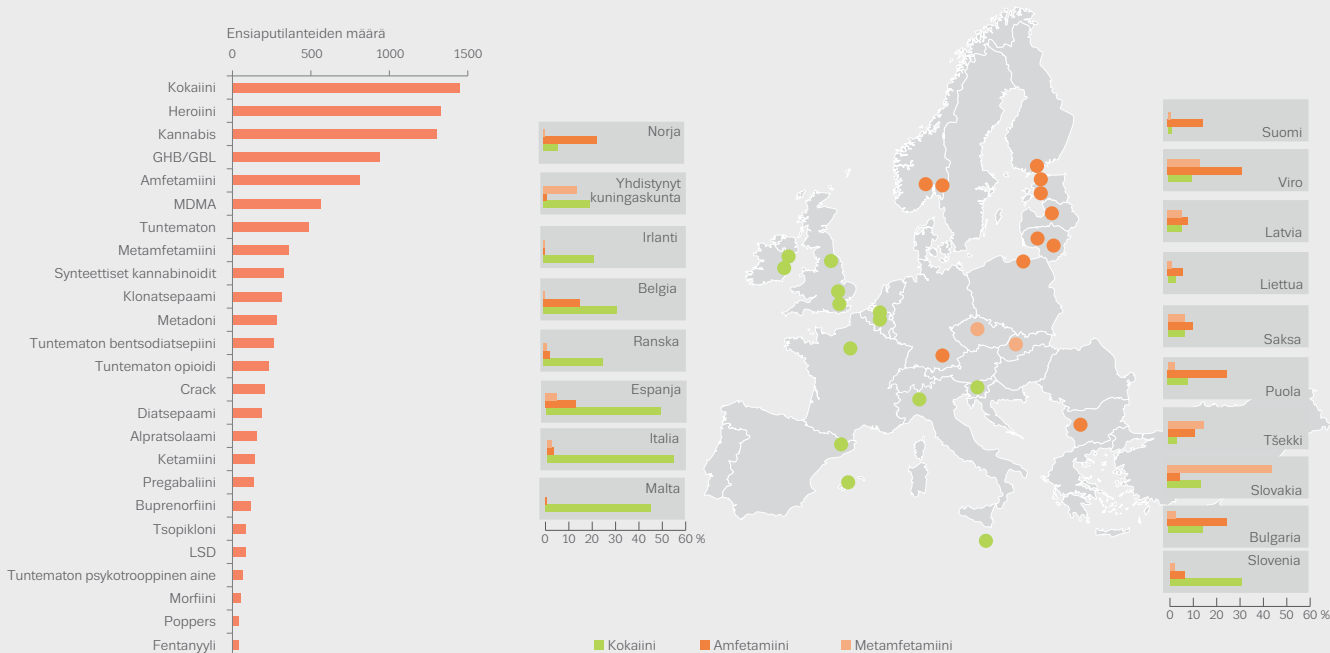
Huumeisiin liittyvät julkiset menot: arvioitu jakautuminen kysynnän vähentämisen ja tarjonnan vähentämisen kesken



koulutusmahdollisuudet lisääntyvät, ja yleisesti tunnustetaan, että tällä alalla lisäinvestoinneista voisi olla hyötyä.

KUVA 3.8

Seurantasairaaloiden ensiaputilanteissa 25 yleisimmin ilmoitettua huumetta vuonna 2017 (vasen) ja kokaiiniin ja amfetamiineihin liittyvien tapausten yleisyys (prosenttiosuus tapauksista) maittain (oikea)



Huomautus: tulokset 7 267 ensiaputilanteesta 26 seurattavassa Euro-Den Plus -sairaalassa 18:ssa Euroopan maassa. Lähde: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus).

Akuutit huumeisiin liittyvät haitat: kokaiiniin liittyvät lisääntyvät ja heroiiniin liittyvät vähenevät

Sairaaloiden ensiaputiedoista voidaan saada tietoa akuuteista huumeisiin liittyvistä haitoista sekä huumeiden käytön vaikutuksesta kansanterveyteen Euroopassa. European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) -verkosto seuraa huumeisiin liittyviä akuutteja myrkytystilanteita 26 seurattavassa sairaalassa 18:ssa Euroopan maassa. Vuonna 2017 sairaalat raportoivat 7 267 tilanteesta, joista useimmat koskivat miehiä (76 prosenttia). Lähes kolme neljäsosaa tapauksista tuotiin sairaalaan ambulanssilla. Suurin osa (78 prosenttia) kotoutettiin sairaalasta 12 tunnin kuluessa. Pieni osa otettiin tehohoitoon (kuusi prosenttia) tai psykiatriselle osastolle (neljä prosenttia). Otoksessa raportoidusta 30 sairaalakuolemasta 17:een liittyi opioideja.

Vuonna 2017 ensiaputilanteisiin liittyi useimmiten kokaiini, jonka jälkeen tulivat heroiini ja kannabis (kuva 3.8). Lähes neljäsosa tapauksista liittyi reseptilääkkeiden tai reseptittä saatavien lääkkeiden (useimmiten bentsodiatsepiinien ja opioidien) väärinkäyttöön, yli kymmenen prosenttia liittyi GHB:hen/GBL:ään ja 4 prosenttia liittyi uusiin psykoaktiivisiin aineisiin.

Alueelliset erot ensiaputilanteisiin liittyvissä huumeissa näyttävät johtuvan erilaisista sairaaloiden vaikutusalueista

ja paikallisista käyttömalleista. Esimerkiksi amfetamiiniin liittyvät ensiaputilanteet olivat yleisimmät Pohjois- ja Itä-Euroopassa, kun taas kokaiiniin liittyvät tapaukset olivat yleisimmät Etelä- ja Länsi-Euroopassa.

KUVA 3.9

Tietoja vuosina 2014–2017 toimittaneen 15 keskuksen yleinen suuntaus osoittaa heroiniin liittyvien tapausten määrän laskevan ja kokaiinijauheen ja crack-kokaiiniin liittyvien tapausten kasvavan (kuva 3.9). Samalla ajanjaksolla synteettisiin katinoneihin liittyvien tapausten määrä laskee ja synteettisiin kannabinoideihin liittyvä määrä nousee.

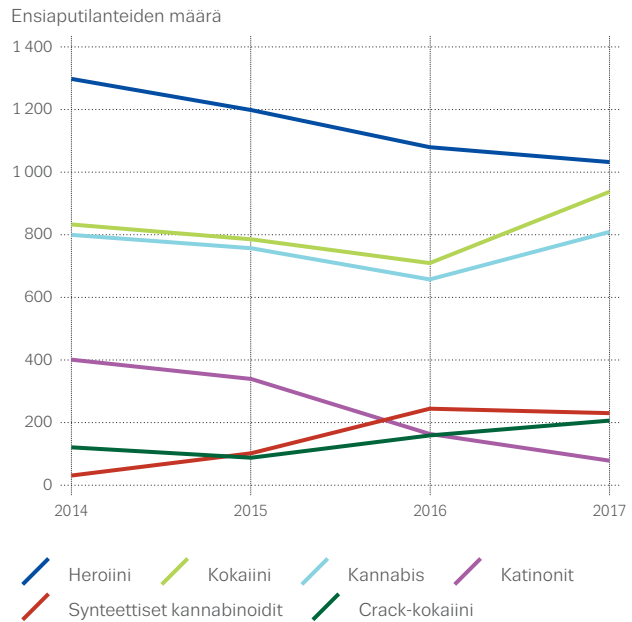
Vain harvat maat seuraavat huumeisiin liittyvää akuuttia ensiapua kansallisella tasolla. Niistä Tšekki, Tanska, Liettua ja Slovenia ilmoittivat laskevista suuntauksista heroiniin vuoksi annetussa ensiavussa. Vuosina 2013–2017 Tanska ilmoitti muihin opioideihin kuin heroiniin ja metadoniin liittyvien myrkytystapausten kasvusta ja kokaiiniin liittyvien myrkytystapausten määrän kaksinkertaistumisesta. Espanjassa kokaiini liittyi lähes puoleen huumeisiin liittyvistä hätätilanteista vuonna 2016, kun taas Alankomaiden seuranta-alueilta ilmoitettiin MDMA:han ja stimulanttiin 4-fluoroamfetaniini (4-FA) liittyvien ensiaputapausten määrän laskusta ensiapupisteissä vuosina 2016–2017. Alankomaissa lähes kolmannes huumeisiin liittyvistä ambulanssikäynneistä liittyi GHB:n käyttöön.

Kokaiini ja crack-kokaiini: terveysalan toimet

Hoitotoimenpiteitä on saatavilla kokaiinin ja crackin käyttäjille. Euroopassa näissä toimenpiteissä keskitytään yleensä psykososiaalisiin toimenpiteisiin mutta myös kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, motivoivaan haastatteluun, lyhytkestoisiin toimenpiteisiin, palkitsemiseen ja rajoittamiseen perustuviin menetelmiin ja oireenmukaiseen lääkehoitoon. Muita parhaillaan tutkittavia hoitovaihtoehtoja ovat stimulanttien, kuten modafiniinin ja lisdeksa-amfetamiinin, käyttö halujen ja vieroitusoireiden vähentämiseen sekä kokaiinirokotus kokaiinin euforisen ja palkitsevan vaikutuksen vähentämiseen.

Tällä hetkellä näyttö siitä, mitä voidaan pitää kokaiiniin liittyvien ongelmien tehokkaana hoitovaihtoehtona, on suhteellisen heikko, ja tällä alalla tarvitaan enemmän tutkimusta ja kehitystä. Vastaavasti nimenomaan kokaiinin käyttäjille Euroopassa suunnattujen erityisohjelmien saatavuus on heikkoa. Vastauksena kokaiiniin liittyvien ongelmien vuoksi hoitoon hakeutuvien määrän kasvuun jotkin maat ovat kuitenkin ilmoittaneet räätälöityjen toimenpiteiden kehittämistä. Näihin kuuluvat ohjelmat, joissa yhteisön vahvistamiseen liittyvät menetelmät yhdistetään palkitsemiseen ja rajoittamiseen liittyviin menetelmiin (Belgia) ja mukautetaan aukioloaikoja kokaiiniasiakkaiden tarpeiden mukaan (Luxemburg ja Itävalta).

Tiettyjä huumeita koskevien ensiaputilanteiden määrä seurantasairaaloissa: suuntauksset



Huomautus: tiedot 15 seurattavasta Euro-Den Plus -sairaalaista, jotka ovat raportoineet vuosittain vuosina 2014–2017.
Lähde: Euro-Den Plus.

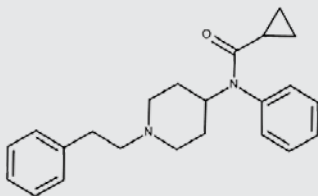
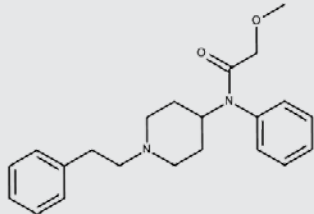
Joissakin maissa on myös saatavilla kokaiinin ja crackin käyttäjiin kohdistuvia haittojen vähentämistoimia, joilla pyritään vähentämään kokaiinin suonenensisäiseen käyttöön tai crackin polttamiseen ja seksuaalisen riskikäyttäytymisen liittyviä terveysriskejä. Näihin kuuluvat valvotut huumeidenkäyttötilat Tanskassa, Saksassa, Ranskassa, Luxemburgissa ja Alankomaissa sekä crack-kokaiinivälineiden tarjoaminen (piiput ja suodattimet Ranskassa ja Portugalissa). Huumeidentarkistuspalveluja on joissakin EU-maissa, ja niiden tarkoituksena on vähentää erittäin puhtaaseen tai jatkettuun kokaiiniin liittyviä riskejä.

Yhteiset tutkimukset ja riskinarviointi

Vuonna 2017 EMCDDA:n tieteellinen komitea teki virallisen riskiarvioinnin yhdeksästä uudesta psykoaktiivisesta aineesta, mukaan lukien viisi fentanyylijohdannaista (akryloyylifentanyyli, furaanyylifentanyyli, 4-fluoroisobutryylifentanyyli, tetrahydrofuraanyylifentanyyli ja karfentaniili). Siitä lähtien niitä on valvottu kansainvälisellä tasolla vuoden 1961 YK:n yleissopimuksen mukaan.

Vuonna 2017 EMCDDA ja Europol käynnistivät yhteisen tutkimuksen syklopropyylifentanyylistä ja metoksisetyylifentanyylistä. Tämän jälkeen EMCDDA teki näistä kahdesta fentanyylijohdannaisesta – jotka ovat liittyneet yli 90 kuolemantapaukseen – virallisen riskinarvioinnin vuonna 2018 (taulukko 1). Riskinarviointiraporttien tulosten perusteella ja Euroopan komission aloitteesta Euroopan unionin neuvosto ja Euroopan parlamentti päättivät ottaa nämä kaksi ainetta valvontatoimien kohteeksi koko Euroopassa.

Taulukko 1. Vuonna 2018 tehtyjen kahden fentanyylijohdannaisen riskinarviointien tärkeimmät havainnot

Yleisnimi	Syklopropyylifentanyyli	Metoksisetyylifentanyyli
Kemiallinen nimi	<i>N</i> -fenyyl- <i>N</i> -[1-(2-fenylyletyyli)piperidin-4-yyli]syklopropanikarboksamidi	2-metoksi- <i>N</i> -fenyyl- <i>N</i> -[1-(2-fenylyletyyli)piperidin-4-yyli]asetamidi
Kemiallinen rakenne		
Virallinen ilmoitus EU:n varhaisvaroitusjärjestelmään	4. elokuuta 2017	9. joulukuuta 2016
Ilmoitukset käyttöön liittyvistä kuolemantapauksista	78	13
Niiden maiden määrä, joissa kuolemat tapahtuivat	3	4
Lainvalvontaan liittyvien takavarikkojen määrä	144	48
Niiden maiden määrä, joissa takavarikkoja on tehty (EU, Turkki ja Norja)	6	10
Takavarikoitu kokonaismäärä	1,76 kg jauhetta, 772 ml nestettä, 329 tablettia	180 g jauhetta, 352 ml nestettä, 119 tablettia

Uudet huumeet: erittäin voimakkaat synteettiset opioidit

Uusiin psykoaktiivisiin aineisiin, myös synteettisiin opioideihin, synteettisiin kannabinoideihin ja synteettisiin katinoneihin, liitetään edelleen kuolemantapauksia ja akuutteja myrkytyksiä Euroopassa. Vaikka tällä alalla on otettu käyttöön monia uusia toimenpiteitä, ne haastavat edelleen nykyiset huumeepoliittikkaa koskevat mallit.

Uudet opioidit aiheuttavat vakavan uhan ihmisten terveydelle ja kansanterveydelle, vaikka niiden merkitys onkin pieni Euroopan huumemarkkinoilla. Erityisen huolestuttavia ovat fentanyylijohdannaiset, joita on enemmistö EMCDDA:lle ilmoitetuista uusista opioideista.

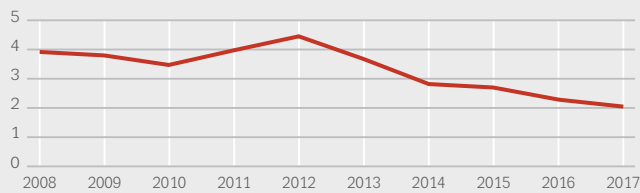
Nämä aineet voivat olla erittäin voimakkaita, ja hyvin pienet määrät voivat aiheuttaa hengenvaarallisen myrkytyksen, koska hengitys heikkenee nopeasti ja rajusti. Ilmoitettuihin yliannostustapauksiin kuuluvat myös henkilöt, jotka luulivat ostavansa heroiniä, muita laittomia huumeita tai kipulääkkeitä. Fentanyylijohdannaiset voivat aiheuttaa akuutin yliannostusriskin, jolloin voidaan tarvita naloksonia. Niitä voidaan myös väärinkäyttää, ja ne voivat aiheuttaa riippuvuutta.

Uudet opioidit aiheuttavat vakavan uhan ihmisten terveydelle ja kansanterveydelle

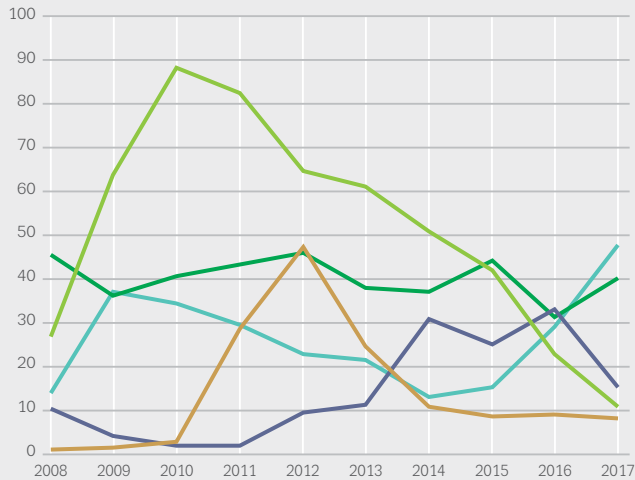
KUVA 3.10

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

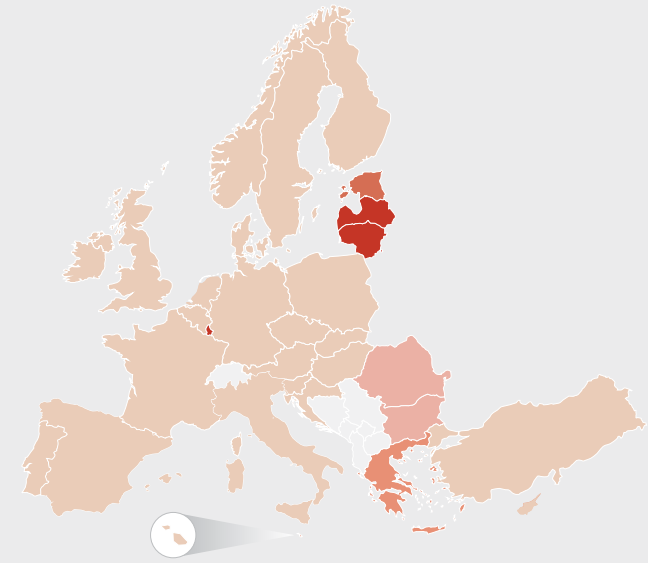
Tapauksia miljoonaa henkeä kohti (Euroopan unioni)



Tapausten määrä miljoonaa henkeä kohti



Liettua Latvia Luxemburg Viro
Kreikka



Tapausten määrä miljoonaa henkeä kohti

<3 3,1–6 6,1–9 9,1–12 > 12

Lähde: ECDC. Tiedot vuodelta 2017.

Krooniset huumeisiin liittyvät haitat: paikalliset HIV-epidemiat, myöhäiset diagnoosit

Suojaamattoman seksin aiheuttamien riskien lisäksi huumeita suonensisäisesti käyttävät ovat vaarassa saada tartuntatauteja, kuten hepatiitti C:n (HCV) ja ihmisen immuunikatoviruksen (HIV), käyttäessään yhteisiä välineitä. Vastaavasti huumeita suonensisäisesti käyttävillä HIV:n esiintyvyys on korkeampi kuin väestöllä yleensä.

Vuonna 2017 Euroopan unionissa ilmoitettiin noin 1 046 uutta HIV-diagnoosia huumeita suonensisäisesti käyttävillä. Näistä 83 prosenttia oli miehiä, lähinnä yli 35-vuotiaita. Tämä vastaa viittä prosenttia kaikista HIV-diagnooseista, joissa leviämisreitti tiedetään. Tämä osuus on pysynyt vähäisenä ja vakaana kymmenen viime vuoden aikana. Ilmoitukset huumeita suonensisäisesti käyttävien uusista HIV-diagnooseista ovat vähentyneet useimmissa Euroopan maissa vuosina 2008–2017 (kuva 3.10). Huumeiden suonensisäinen käyttö on kuitenkin edelleen tärkeä leviämistapa joissakin maissa. Vuonna 2017 Euroopan tautien ehkäisy- ja -valvontakeskukseen ilmoitettujen tietojen mukaan 62 prosenttia äskettäin diagnosoiduista uusista HIV-tapauksista liittyi huumeiden suonensisäiseen käyttöön Liettuassa ja 33 prosenttia

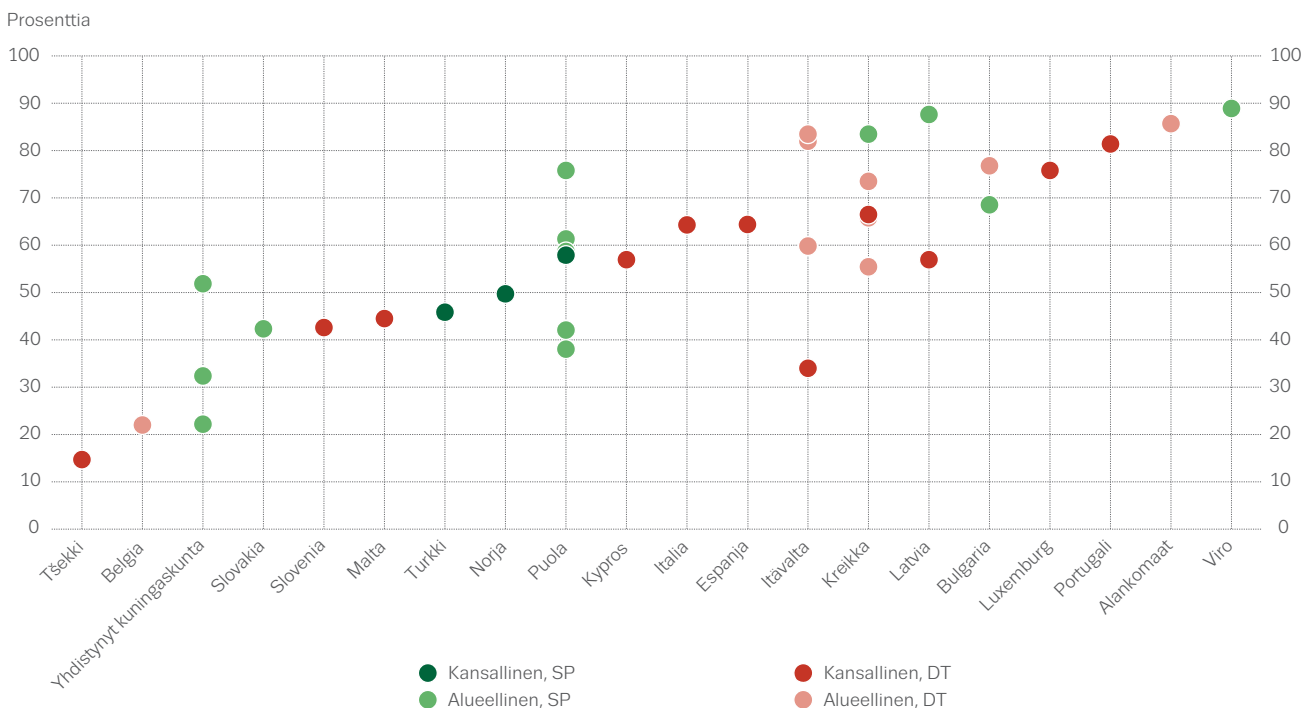
Latviassa. Virossa, Latviassa ja Puolassa vuosina 2016–2017 tehdyissä seropositiivisuustutkimuksissa, jotka perustuvat huumeita suonensisäisesti käyttävien verinäytteisiin, havaittiin, että yli 10 prosenttia testatuista oli HIV-positiivisia.

Syrjäytyneissä väestöryhmissä, joissa huumeita käytetään suonensisäisesti, on havaittu paikallisia HIV-epidemioita Dublinissa (2014–2015), Luxemburgissa (2014–2016), Münchenissä (2015–2016) ja Glasgow'ssa (2015–2018). Kaikki neljä epidemiaa on liitetty stimulanttien suonensisäiseen käyttöön.

Kun tietoja oli saatavilla, puolet huumeiden suonensisäisestä käytöstä johtuvista uusista HIV-tartunnoista Euroopan unionissa vuonna 2017 diagnosoitiin myöhään eli silloin, kun virus oli jo alkanut vahingoittaa immuunijärjestelmää. Myöhäinen HIV-diagnoosi johtaa viipeisiin antiretroviraalihoidon aloittamisessa ja lisää sairastavuutta ja kuolleisuutta. HIV:n osalta "testaa ja hoida" -toimintatapa, jossa antiretroviraalioho aloitetaan heti HIV-diagnoosin jälkeen, voi vähentää tartuntoja, ja se on erityisen tärkeä ryhmillä, joiden riskikäyttäytyminen on merkittävä, kuten huumeita suonensisäisesti käyttävillä. Varhaisen diagnoosin ja

KUVA 3.11

HCV-vasta-aineiden esiintyvyys huumeita suonensisäisesti käyttävillä: seropositiivisuustutkimukset (SP) ja diagnostisten testien tulokset (DT), kansallinen ja alueellinen kattavuus, 2016–2017



antiretroviraalihoidon aloittamisen ansiosta tartunnan saaneilla on normaali elinajanodote.

Vuonna 2017 Euroopan unionissa ilmoitetuista uusista AIDS-tapauksista, joissa leviämisreitti tiedettiin, 14 prosenttia johtui huumeiden suonensisäisestä käytöstä. Suonensisäiseen käyttöön liittyvät 379 ilmoitusta on alle neljäsosa kymmenen vuotta sitten ilmoitetusta määrästä.

HCV:n esiintyvyys: kansalliset suuntaukset vaihtelevat

Virushepatiitti, erityisesti hepatiitti C -viruksen (HCV) aiheuttama infektio, on hyvin yleinen huumeita suonensisäisesti käyttävillä eri puolilla Eurooppaa. Jokaista sataa HCV:n saanutta henkilöä kohden 75–80 saa kroonisen infektion. Tällä on tärkeitä pitkän aikavälin seurauksia, sillä krooninen HCV-infektio, jota runsas alkoholinkäyttö usein pahentaa, johtaa ikääntyvien suuren riskin huumeidenkäyttäjien lisääntyneisiin kuolemantapauksiin sekä vakaviin maksasairauksiin, muun muassa kirroosiin ja syöpään.

HCV-vasta-aineet huumeita suonensisäisesti käyttävillä on merkki olemassa olevasta tai aiemmasta tartunnasta, ja ne tutkitaan seropositiivisuustutkimuksissa tai rutiinimaisissa diagnostisissa testeissä, joita tarjotaan huumehoitopalveluissa. HCV-vasta-aineiden määrä

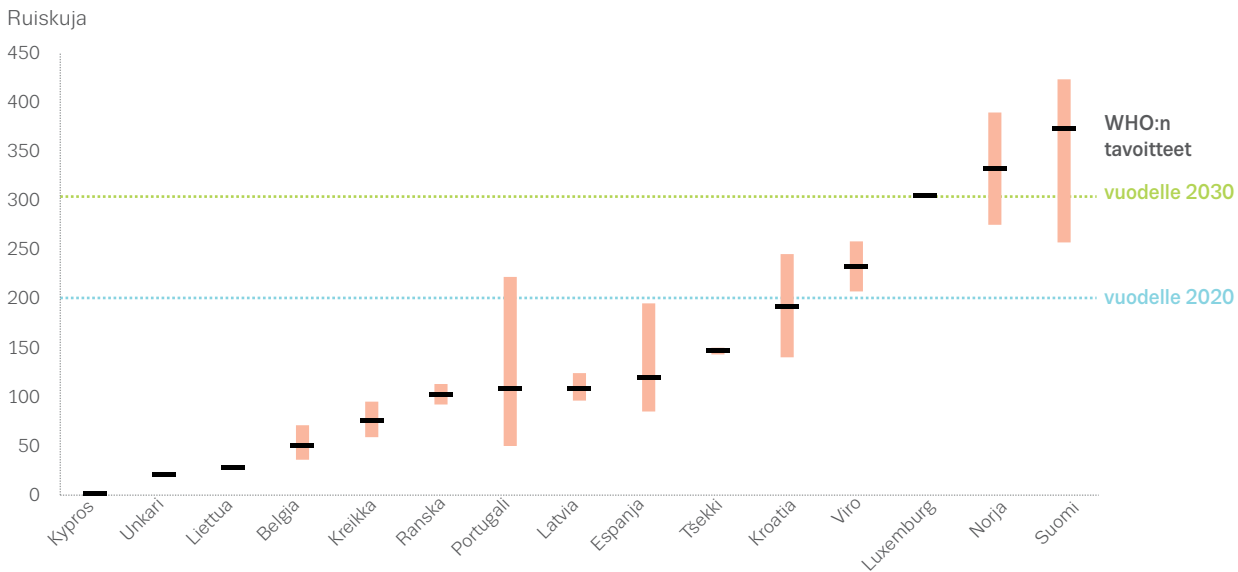
kansallisissa suonensisäisten huumeiden käyttäjien otoksissa vuosina 2016–2017 vaihteli 15 prosentista 82 prosenttiin. Kansallisia tietoja toimittaneista 14 maasta kahdeksan ilmoitti yli 50 prosentin määrästä (kuva 3.11). Niistä maista, jotka toimittivat tietoja vuosien 2011–2017 kansallisista suuntauksista, HCV:n esiintyvyys huumeita suonensisäisesti käyttävillä väheni kuudessa maassa mutta lisääntyi kolmessa.

Huumeita suonensisäisesti käyttävillä B-hepatiittivirus (HBV) on harvinaisempi kuin HCV-infektio mutta yleisempi kuin väestössä yleensä, vaikka tehokas rokote on saatavilla. HBV:n pinta-antigeenin esiintyvyys tarkoittaa olemassa olevaa infektiota, joka voi olla akuutti tai krooninen. Niissä seitsemässä maassa, jotka toimittivat kansallisia tietoja vuosina 2016–2017, suonensisäisesti huumeita käyttävistä 1–9 prosentin arvioitiin saaneen HBV-infektion.

Huumeiden suonensisäinen käyttö altistaa myös muille tartuntataudeille, ja huumeisiin liittyvistä A-hepatiittitapauksista ilmoitettiin Tšekissä ja Saksassa vuonna 2016. Yhdistyneessä kuningaskunnassa ilmoitettujen huumeiden suonensisäiseen käyttöön liittyvien A-ryhmän streptokokkitapausten määrä on lisääntynyt vuodesta 2013, ja haavabotulismitapauksista raportoidaan edelleen Euroopassa.

KUVA 3.12

Ruiskuja koskevien erityisohjelmien kattavuus: jaettujen ruiskujen määrä arvioitua suonensisäistä huumeidenkäyttäjää kohti (arvio)



Huomaus: tiedot esitetty piste-estimaatteina ja epävarmuusväleinä. Tavoitteet on määritelty hepatiittiviruksen torjuntaa vuosina 2016–2021 koskevassa WHO:n terveydenhuoltoalan kokonaisvaltaisessa strategiassa.

Tartuntatautiennaltaehkäisy: tehokkaita toimia vaihtelevasti saatavilla

Monenlaisia toimenpiteitä suositellaan huumeisiin liittyvien tartuntatautiennaltaehkäisyksi huumeita suonensisäisesti käyttävillä. Näihin kuuluvat opioidikorvaushoidon tarjonta, steriilien ruiskujen, neulojen ja muiden injektiovälineiden jakelu, rokottaminen, virushepatiitin ja HIV:n testaus ja hoito sekä suonensisäisen käytön ja seksuaalisen riskikäyttäytymisen vähentämiseen keskittyvät terveydenedistämistoimenpiteet.

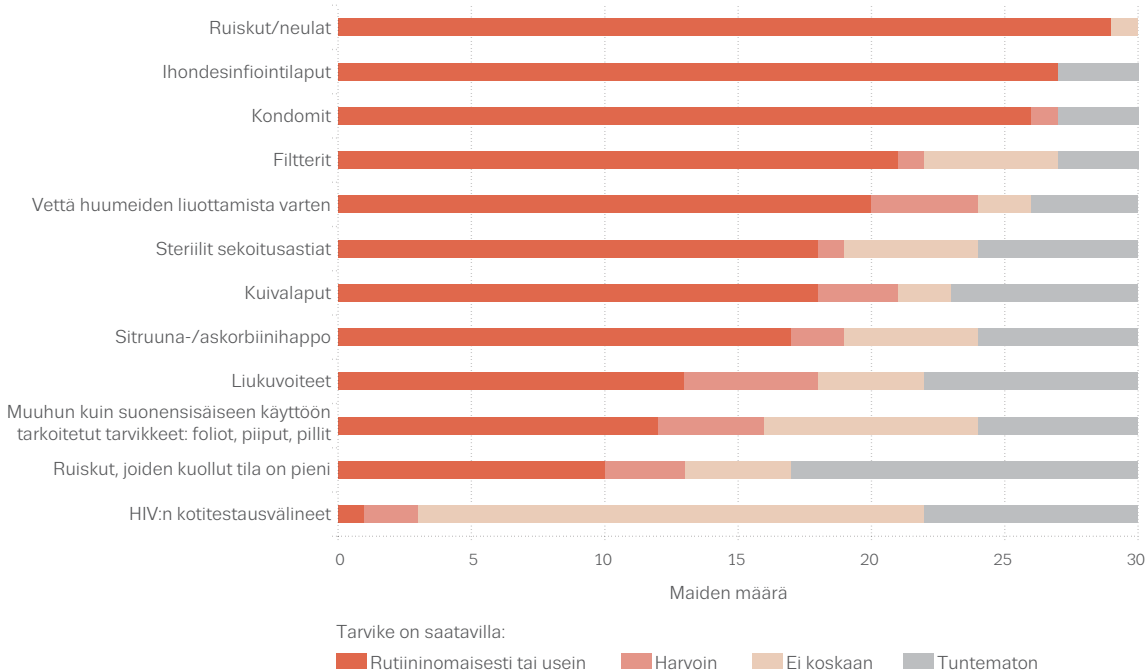
Opioidia suonensisäisesti käyttävien osallistuminen korvaushoitoon vähentää merkittävästi infektioriskiä, ja joissakin analyyseissä on havaittu, että suojaava vaikutus kasvaa, kun kattavaan hoitoon yhdistetään myös ruiskujen runsas tarjonta. Näyttö osoittaa, että ruiskun- ja neulanvaihto-ohjelmien avulla voidaan vähentää tehokkaasti HIV:n leviämistä huumeita suonensisäisesti käyttävien keskuudessa. EMCDDA seuraa 30:tä maata, joissa kaikissa Turkia lukuun ottamatta tarjotaan maksutta puhtaita injektiovälineitä jakamiseen erikoistuneista toimipisteistä. Erityisohjelmien kautta jaettavien ruiskujen tarjontaa koskevia tietoja on saatavilla 25 maasta, jotka ovat ilmoittaneet jakaneensa yhteensä 53 miljoonaa ruiskua viimeisimpänä vuonna, jolloin tietoja oli saatavilla (2015–2017). Tämä luku on arvioitu todellista lukua paljon pienemmäksi, sillä useat suuret maat, kuten Saksa, Italia ja Yhdistynyt kuningaskunta, eivät anna täydellisiä tietoja ruiskujen tarjonnasta. Lisäksi joissakin maissa ruiskuja voi

ostaa apteekeista. Näyttää kuitenkin siltä, että ruiskujen jakelujärjestelmien kattavuudessa on suuria vaihteluita niissä 15 maassa, joista tietoja on saatavilla, jotta voidaan verrata tuoreita arvioita huumeita suonensisäisesti käyttävien määrästä (kuva 3.12).

Steriilien ruiskujen ja neulojen lisäksi monien maiden haittojen vähentämispalvelut jakavat rutiininomaisesti tai usein ihon desinfiointiin tarkoitettuja lappuja, vettä huumeiden liuottamista varten ja puhtaita sekoitusastioita (kuva 3.13). Muiden kuin huumeiden suonensisäiseen käyttöön liittyvien tarvikkeiden, kuten folioiden ja piippujen, jakelu on harvinaisempaa. HIV:n kotitestausvälineet voivat auttaa huumeita suonensisäisesti käyttäviä diagnosoimaan infektioita varhain. Välineitä voidaan ostaa apteekeista yhä useammassa Euroopan maassa, ja joissakin maissa haittojen vähentämispalvelut jakavat niitä.

KUVA 3.13

Turvallisempien käyttö-/seksivälineiden saatavuus 30:ssa Euroopan maassa



Huomautus: perustuu asiantuntija-arvioon.

HCV:n poistaminen: testaukseen ja hoitoon pääsyn parantaminen

Euroopan tavoitteena on poistaa virushepatiitti, joka uhkaa kansanterveyttä, kansainvälisen kestävä kehityksen toimintaohjelman Agenda 2030:n mukaisesti. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi on keskeistä, että huumeita suonensisäisesti käyttäville tarjotaan enemmän mahdollisuuksia saada ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä sekä päästä HBV:n ja HCV:n testaukseen ja hoitoon. Vuonna 2018 hepatiittia koskevat kansalliset strategiat tai toimintasuunnitelmat on otettu käyttöön 17 EU-maassa ja Norjassa.

HCV-seulonta on tärkeää hepatiittihoitoon pääsyn ja testattujen tehokkaan hoidon kannalta, ja sillä on keskeinen merkitys tartuntojen ehkäisemisessä. Testauksen ja hoitoon pääsyn esteitä on olemassa järjestelmän, palveluntarjoajan ja asiakkaan tasolla. Näitä ovat muun muassa taloudelliset rajoitteet, vähäiset tiedot HCV-hoidosta sekä huumeidenkäyttäjiä koskevat mielikuvat ja heidän syrjäytymisensä. Näiden haasteiden ratkaisemiseksi tarvitaan innovatiivisia menetelmiä, ja yhteisöpohjaisilla huume palveluilla on tärkeä rooli huumeita suonensisäisesti käyttävien ohjaamisessa testaukseen ja hoitoon.

Eurooppalaisten asiantuntijoiden ohjeissa suositellaan aloittamaan HCV-hoito viipymättä ihmisillä, joilla on suuri

viruksen levittämisen riski. Heihin kuuluvat vangit ja aktiivisesti huumeita suonensisäisesti käyttävät. Uudet suun kautta otettavat lääkkeet, joissa on suoraan vaikuttavia antiviruseräineitä, voivat parantaa 95 prosenttia tapauksista 8–12 viikossa. Kun näiden lääkkeiden hinnat ovat laskeneet, niiden Euroopan maiden määrä on kasvanut, joissa suoraan vaikuttavia viruslääkkeitä on rajattomasti saatavilla kaikille asiakasryhmille ja kaikille viruksen genotyypeille tartuntavaiheesta riippumatta.

Vankilassa toteutettavien toimenpiteiden saatavuudessa kansallisia eroja

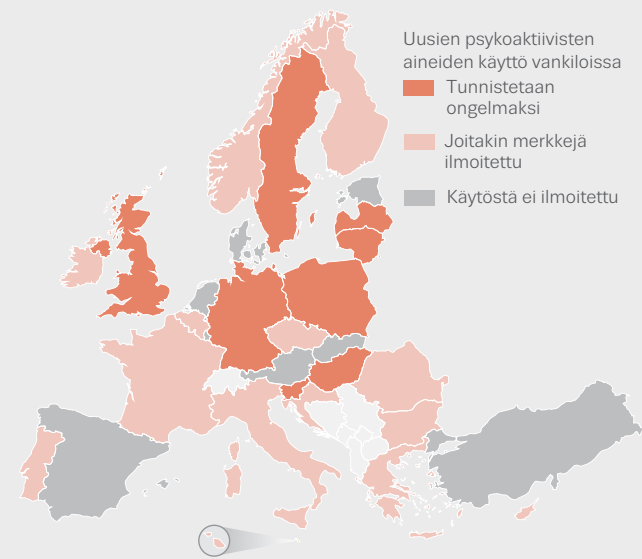
Ainakin kerran huumeita käyttäneitä on enemmän vangeissa kuin väestössä yleensä, ja vankien huumeidenkäyttötavat (mukaan lukien suonensisäinen käyttö) ovat myös vahingollisempia. Vankiloissa on näin ollen myös tärkeää toteuttaa huumeisiin liittyviä toimenpiteitä. Tuoreessa EMCDDA-tutkimuksessa todettiin, että uusia psykoaktiivisia aineita käytetään vankiloissa 22 maassa (kuva 3.14), ja synteettiset kannabinoidit ovat haastavimpia. Uudet psykoaktiiviset aineet liitettiin monenlaisiin fyysisiin ja psyykkisiin terveysongelmiin joko akuutin myrkytyksen tai kroonisen käytön seurauksena. Latviassa uusien synteettisten opioidien käyttö vankiloissa on liitetty yliannostusten lisääntymiseen sekä huumeiden suonensisäiseen käyttöön ja neulojen yhteiseen käyttöön.

Useimmissa maissa tartuntatauteja (HIV, HBV, HCV ja tuberkuloosi) testataan vankiloissa, mutta rajoittuen ehkä vain testaukseen vankilaan tullessa tai jos henkilöllä on oireita. Hepatiitti C:hen annetaan ilmoitusten mukaan hoitoa 24 maassa, mutta ainoastaan viidessä hoitoa saa yli 60 prosenttia hoitoa tarvitsevista. Hepatiitti B:n rokotusohjelmia on käytössä 16 maassa. Puhtaiden injektiovälineiden antaminen ei ole niin yleistä. Kolme maata ilmoitti, että ruiskuohjelmia on pantu vankiloissa täytäntöön. Analyysi HIV:n ja HCV:n esiintyvyydestä huumeita suonensisäisesti käyttävillä 17 maassa vuosina 2006–2017 osoitti, että HIV- ja HCV-tartuntoja esiintyy huomattavasti enemmän ihmisillä, jotka ovat olleet vankilassa.

Vangeille tarjottavat toimenpiteet vaihtelevat huomattavasti maittain. Näihin kuuluvat vieroitushoito, yksilö- ja ryhmäneuvonta sekä hoito kuntoutushoitoyhteisöissä ja erityisillä sairaalaosastoilla. Joissakin Euroopan maissa vankiloiden terveydenhuolto ja muun yhteiskunnan terveydenhuolto tekevät nykyisin keskenään vakiintunutta yhteistyötä. Näin helpotetaan terveysvalistuksen ja hoidon tarjontaa vankiloissa ja varmistetaan hoidon jatkuminen vangin tullessa vankilaan ja vapautuessa sieltä. Vankilasta vapautumisen valmistelusta, myös sosiaalisesta kuntoutuksesta, raportoidaan kaikissa maissa. Viidessä maassa on käytössä ohjelmia, joilla ehkäistään huumeiden yliannostusriskiä, joka on erityisen suuri opioideja suonensisäisesti käyttävillä vankilasta vapautumisen jälkeen. Vankeja koulutetaan tunnistamaan yliannostuksia ja reagoimaan yliannostustilanteissa, ja he saavat naloksonia vapautuessaan vankilasta.

KUVA 3.14

Uusien psykoaktiivisten aineiden käyttö vangeilla



Huomautus: perustuu kansallisten asiantuntijoiden raporteihin.

Vuonna 2017 opioidikorvaushoidon antaminen vankilassa on mahdollista 28 maassa, mutta sen tarjonta on usein vähäistä. Opioidikorvaushoito voidaan aloittaa vankilassa 24 maassa, ja viidessä maassa sitä voidaan jatkaa ainoastaan, jos hoito aloitettiin yhteisössä.

Ainakin kerran huumeita käyttäneitä on vangeissa enemmän kuin väestössä yleensä, ja vankien huumeidenkäyttötavat ovat myös vahingollisempia

Yliannostus on huumeiden suuren riskin käyttäjien yleisin kuolinsyy

Huumeidenkäyttö on tunnustettu Euroopassa aikuisten vältettävissä olevaksi kuolinsyyksi. Kaiken kaikkiaan opioideja käyttävien kuolleisuus on Euroopassa 5–10 kertaa korkeampi kuin muun samanikäisen ja samaa sukupuolta edustavan väestön. Opioidienkäyttäjien yliannostukseen liittyvien kuolemien vähentämisen merkitys tunnustetaan laajalti. Muut huumeiden käyttöön välillisesti liittyvät kuolinsyyt, kuten infektiot, onnettomuudet, väkivalta, henkirikokset ja itsemurhat, ovat kuitenkin myös merkityksellisiä tässä ryhmässä. Krooniset keuhkovaivat ja maksasairaudet sekä sydän- ja verisuoniongelmat ovat yleisiä, ja yhä suurempi osa ikääntyneiden ja kroonisten huumeidenkäyttäjien kuolemantapauksista johtuu nyt niistä.

Yliannostustietojen, erityisesti EU:n kokonaismäärän, tulkinnassa on oltava varovainen. Tämä johtuu muun muassa siitä, että joissakin maissa ilmoitetaan järjestelmällisesti todellisuutta pienempiä määriä, eroista toksikologisten tutkimusten suorittamistavoissa sekä rekisteröintimenettelyistä, jotka voivat aiheuttaa raportointiviiveitä. Vuotuiset arviot ovat näin ollen alustavia vähimmäisarvioita.

Arvioiden mukaan Euroopan unionissa tapahtui vuonna 2017 ainakin 8 238 yliannostuskuolemaa, jotka liittyivät vähintään yhteen laittomaan huumeeseen.

Yliannostuskuolemien määrä nousee arviolta 9 461:een, jos Norjan ja Turkin tiedot otetaan huomioon. Tämä merkitsee, että tilanne on pysynyt vakaana verrattuna vuoden 2016 tarkistettuun lukuun, joka on arviolta 9 397. EU:n kokonaismäärä on myös yleisesti vakaa verrattuna vuoteen 2016. Kuten aikaisempina vuosina, Yhdistyneen kuningaskunnan (34 prosenttia) ja Saksan (13 prosenttia) yhteenlaskettu osuus on lähes puolet ilmoitetusta yliannostuskuolemien määrästä EU:ssa, Norjassa ja Turkissa. Tätä lukua on tulkittava ottaen huomioon riskialttiin väestönosan suuruus näissä maissa, mutta myös se, että jotkin maat ilmoittavat todellisuutta pienempiä määriä. Yli kolme neljäsosaa yliannostukseen kuolleista oli miehiä (78 prosenttia).

Yliannostukseen kuolleiden keski-ikä jatkoi nousuaan ja on 39,4 vuotta vuonna 2017. Miehet kuolevat kaksi vuotta nuorempina kuin naiset. Tämä kuvaa Euroopan opioideja käyttävän väestön, jolla on suurin yliannostuskuoleman riski, ikääntymistä. Joissakin maissa osa opioiditapauksista voi liittyä kuolemiin, joissa opioideja käytetään pitkäkestoisen kivun hallintaan.

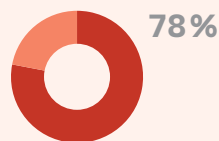
HUUMEKUOLEMAT

Ominaispiirteet

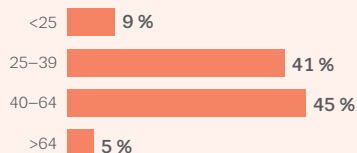


Vainajan keskimääräinen ikä **39** vuotta

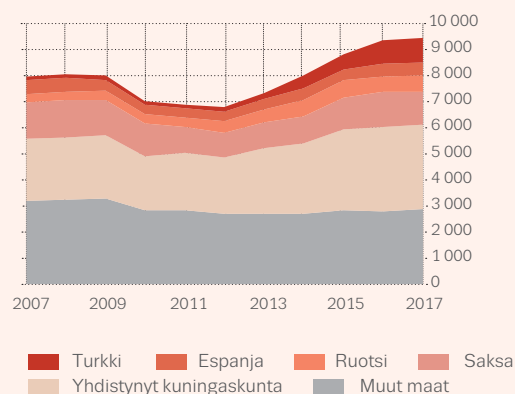
Kuolemat, joihin liittyi opioideja



Ikä kuolinhetkellä



Yliannostuskuolemia koskevat suuntaukset



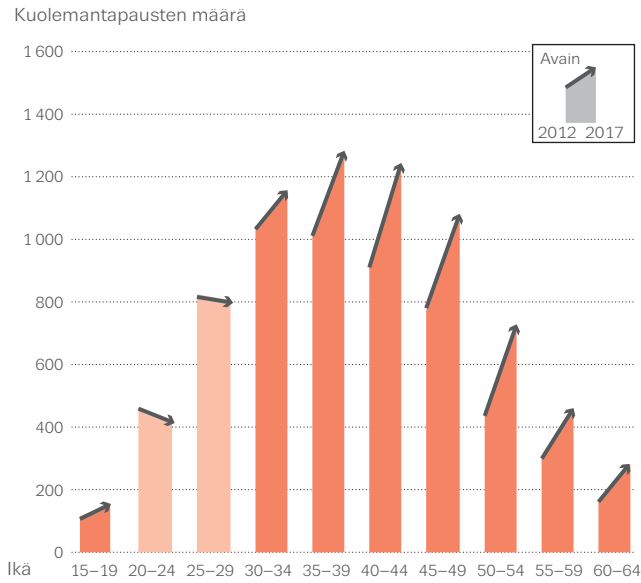
Kuolemantapausten määrä

8 238 EU  9 461 EU + 2

Huomautus: tiedot koskevat EU:n jäsenvaltioita, Turkia ja Norjaa (EU + 2).

KUVA 3.15

Euroopan unionissa vuosina 2012 ja 2017 tai viimeisimmältä vuodelta, josta on tietoja saatavana, ilmoitettujen huumekuolemien määrä ikäryhmittäin



Vuosina 2012–2017 yliannostuskuolemat Euroopan unionissa lisääntyivät kaikissa ikäryhmissä yli 30-vuotiaista alkaen (kuva 3.15). Yli 50-vuotiaiden ikäryhmässä kuolemat lisääntyivät yleisesti yli 62 prosenttia, kun taas nuoremmissa ikäryhmissä kuolemien määrät ovat pysyneet

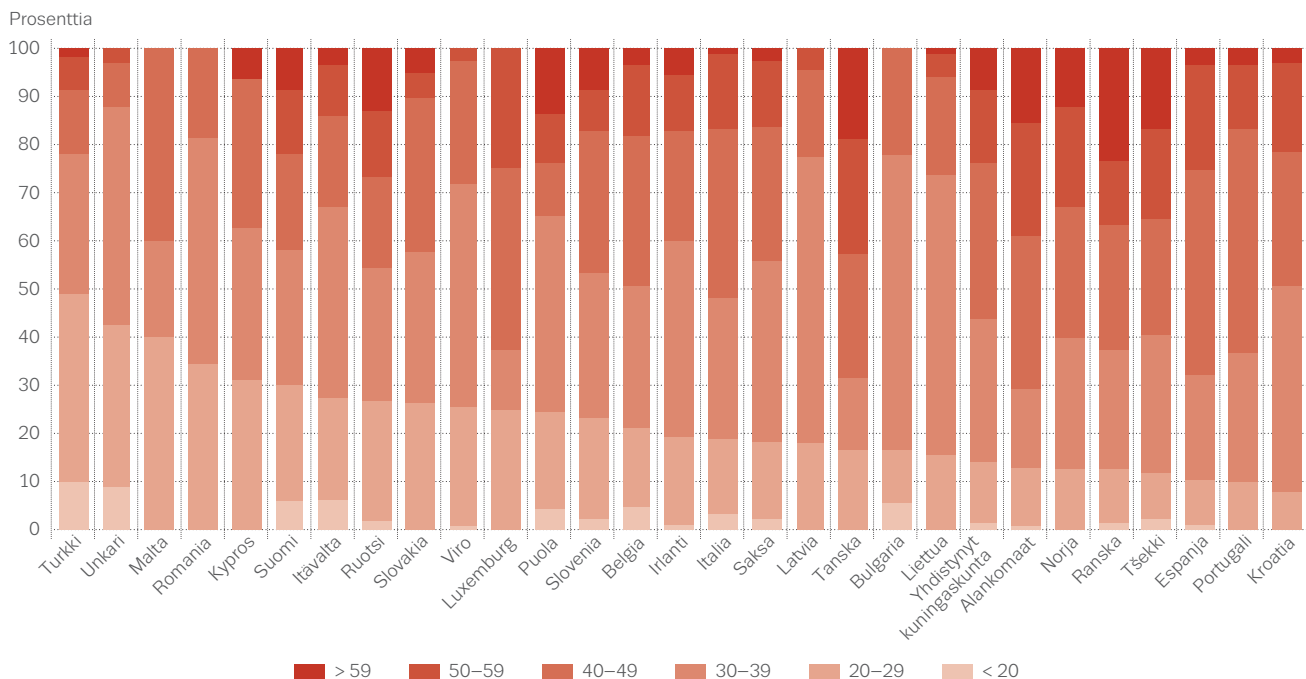
yleisesti vakaina. Turkissa vuonna 2017 kuolemaan johtaneista yliannostuksista tehty analyysi osoittaa, että siellä profiili on nuorempi kuin Euroopan unionissa keskimäärin. Keski-ikä oli 32 vuotta (kuva 3.16).

Huumekuolemia ilmoitettu keskimääräistä enemmän Pohjois-Euroopassa

Arvioiden mukaan yliannostus aiheutti vuonna 2017 Euroopassa 22,6 kuolemaa miljoonaa 15–64-vuotiasta kohti. Miesten kuolleisuus (35,8 tapausta miljoonaa miestä kohti) on lähes neljä kertaa korkeampi kuin naisten (9,3 tapausta miljoonaa naista kohti). Kansalliset kuolleisuusluvut ja suuntauksat vaihtelevat huomattavasti (kuva 3.17), ja niihin vaikuttavat esimerkiksi huumeiden käytön yleisyys ja käyttötavat, erityisesti opioidien suonensisäinen käyttö, riskitekijät ja suojaavat tekijät, kuten hoidon saatavuus, ja kansalliset raportointikäytännöt sekä tietojen ja yliannostustapausten kirjaaminen kansallisiin kuolleisuustietokantoihin, sekä aliraportoinnin eri tasot. Tuoreimpien saatavilla olevien tietojen mukaan kahdeksassa Pohjois-Euroopan maassa sattui yli 40 kuolemantapausta miljoonaa henkeä kohti. Eniten kuolemantapauksia sattui Virossa (130 tapausta miljoonaa kohti) ja Ruotsissa (92 tapausta miljoonaa kohti) (kuva 3.17).

KUVA 3.16

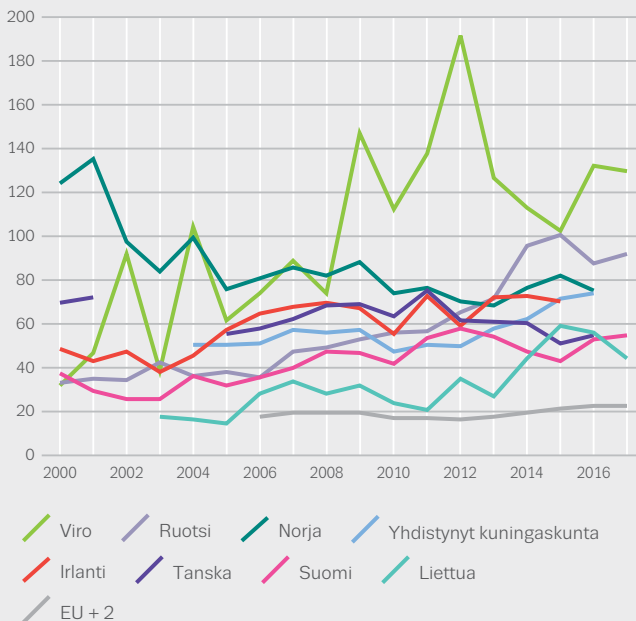
Euroopan unionissa vuonna 2017 tai viimeisimmältä vuodelta, josta on tietoja saatavana, ilmoitettujen huumekuolemien jakautuminen 10 vuoden ikävällein



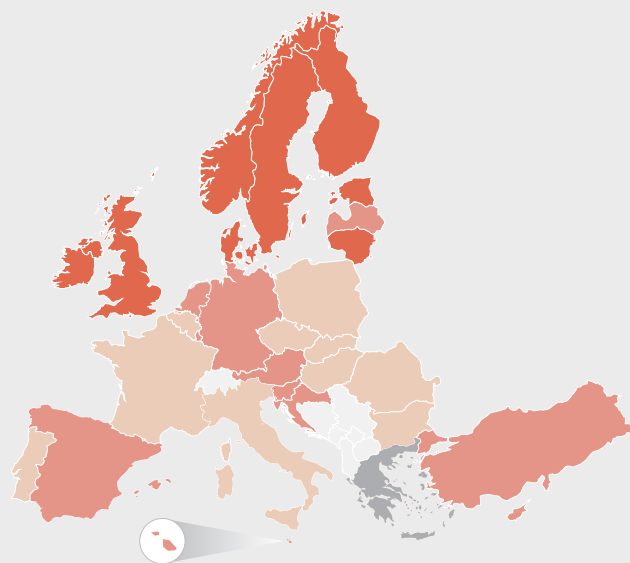
KUVA 3.17

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

Tapausten määrä miljoonaa henkeä kohti



Huomautus: suuntaukset kahdeksassa maassa, joista ilmoitettu suurimmat luvut vuonna 2017 tai 2016, ja yleinen eurooppalainen suuntaus. EU + 2 tarkoittaa EU:n jäsenvaltioita sekä Turkia ja Norjaa.



Tapausten määrä miljoonaa henkeä kohti

<10 10–40 >40 Ei tietoja

Kuolemaan johtaneet yliannostukset liittyivät useimmiten opioideihin

Opioidit, lähinnä heroiini tai sen metaboliitit, ovat osallisina useimmissa Euroopassa ilmoitetuissa kuolemaan johtaneissa yliannostustapauksissa. Usein niitä on käytetty yhdessä muiden aineiden kanssa. Tuoreimmat tiedot osoittavat, että opioideihin liittyvät kuolemantapaukset ovat lisääntyneet joissakin Euroopan maissa, muun muassa Yhdistyneessä kuningaskunnassa, jossa yhdeksään kymmenestä kuolemantapauksesta (89 prosenttia) liittyi opioidi jossakin muodossa.

Ranskassa heroiini oli mukana 26 prosentissa vuonna 2016 tapahtuneista yliannostuskuolemista. Vuonna 2012 osuus oli 15 prosenttia. Metadoni oli puolestaan mukana yli kolmannesosassa (36 prosenttia) kuolemantapauksista. Muita opioideja mainitaan myös säännöllisesti toksikologisissa raporteissa. Näiden aineiden, lähinnä metadonin mutta myös buprenorfiinin (Suomi), fentanyylin ja sen johdannaisen (erityisesti Virossa) ja tramadolin, on todettu aiheuttaneen huomattavan osan yliannostuskuolemista joissakin maissa. Tšekissä ilmoitettujen yliannostuskuolemien määrän lisääntyminen vuonna 2017 johtui lähinnä fentanyylin kaltaisten aineiden, morfiiniin ja kodeiiniin liittyvien tapausten kasvusta. Slovakiassa ilmoitettujen kuolemien määrän kasvu liittyi lähinnä tramadoliin.

Kokaiinin, amfetamiinien, MDMA:n ja katinonien kaltaiset stimulantit ovat aiheuttaneet muutamia yliannostuskuolemia Euroopassa, vaikka niiden merkitys vaihtelee maittain. Ranskassa viidesosa kuolemista liittyi kokaiiniin, ja puolet näistä liittyi myös opioideihin. Sloveniassa, jossa useimmat kuolemantapaukset liittyivät heroiiniin, kokaiinia havaittiin noin kolmasosassa tapauksista. Vuonna 2017 Turkki ilmoitti 185 MDMA:han liittyvää kuolemantapausta. Tässä on laskua vuoteen 2016 verrattuna.

Turkista raportoitiin myös huomattavasta kasvusta synteettisiin kannabinoideihin liittyvien kuolemantapausten määrässä: vuoden 2015 137:stä vuoden 2017 563:een. Synteettisiä kannabinoideja havaittiin 60 prosentissa kaikissa maassa ilmoitetuissa huumeisiin liittyvissä kuolemantapauksissa, ja suurin osa tapauksista koski nuoria 20-vuotiaita miehiä. Yli neljäsosassa näistä tapauksista löydettiin myös kannabista. Yhdistyneessä kuningaskunnassa, erityisesti Skotlannissa, bentsodiatsepiineihin liittyvistä uusista psykoaktiivisista aineista johtuvien kuolemantapausten määrä on kasvanut.

KUVA 3.18

Tärkeimmät lähestymistavat opioidikuolemien vähentämiseksi

Yliannostuskuolemien vähentäminen

Yliannostusriskin vähentäminen

Haavoittuvuuden vähentäminen



Yliannostusten ja huumeikuolemien ennaltaehkäisy: keskeiset lähestymistavat

Yliannostuksiin liittyvän sairastavuuden ja kuolleisuuden vähentäminen on Euroopassa tärkeä kansanterveydellinen haaste. Tämän alan laajoilla kansanterveydellisillä toimenpiteillä pyritään vähentämään huumeidenkäyttäjien haavoittuvuutta erityisesti poistamalla palveluilta esteitä ja lisäämällä niiden saavutettavuutta sekä vähentämällä huumeidenkäyttäjien riskialttiutta (kuva 3.18). Huumeidenkäyttäjien yliannostusriskin arvioiminen ja yliannostuksesta valistaminen yhdessä tehokkaan huumeidenhoidon tarjoamisen kanssa auttavat ehkäisemään yliannostuksia. Tiedossa oleva kohonnut riski, kuten vapautuminen vankilasta ja hoidon lopettaminen tai keskeyttäminen, edellyttävät erityistä huomiota. Valvottujen huumeidenkäyttötilojen ja kotiin vietävää naloksonia koskevien ohjelmien kaltaiset toimenpiteet ovat kohdennettuja vastauksia, joilla pyritään parantamaan todennäköisyyttä yliannostuksesta selviämiseen. Opioidikorvaushoidon merkitys kuolemien vähentämisessä käy ilmi vuonna 2018 tehdyssä tämän alan tutkimusten meta-analysissä.

Valvottu huumeidenkäyttöhuoneet ovat tiloja, joissa huumeidenkäyttäjät voivat käyttää huumeita hygieenisissä ja turvallisemmissa oloissa. Tämän toimenpiteen tarkoituksena on sekä ehkäistä yliannostuksia että varmistaa ammattiavun saatavuus yliannostustapauksissa. Niissä on myös mahdollisuus tavoittaa usein syrjäytyneitä ja vaikeasti saavutettavissa olevia käyttäjäryhmiä sekä antaa huumeisiin liittyvää ja yleistä terveysneuvontaa ja tukea. Huumeidenkäyttöhuoneissa tarjotaan yleensä myös

pääsyä ja ohjausta muihin lääkintä- ja sosiaalipalveluihin, myös huumehoitopalveluihin. On myös väitetty, että vähentämällä huumeiden julkista käyttöä, huoneet parantavat sosiaalista ympäristöä alueilla, joissa tätä tapahtuu, esimerkiksi kaupunkien huumemarkkinoilla.

Yksittäisissä tiloissa voidaan valvoa laajaa käyttöä, joka muuten tapahtuisi kaduilla tai muissa riskialttiissa olosuhteissa. Suurimmissa tiloissa on ilmoitettu 80 000 käyttötapausta vuodessa. Ensimmäisen sukupolven huumeidenkäyttötiloissa 1980-luvulla ja 1990-luvulla keskityttiin lähinnä valvomaan huumeiden suonensisäistä käyttöä. Nykyisin näissä tiloissa valvotaan myös ihmisiä, jotka nuuskaavat, polttavat tai hengittävät huumeita. Euroopan unionissa ja Norjassa valvottuja huumeidenkäyttötiloja on 51 kaupungissa. Yhteensä toiminnassa on 72 tällaista tilaa.

Opioidiylionnoston estäminen: kotiin vietävä naloksoni

Naloksoni on opioidiantagonisti, jota käytetään sairaaloiden ensiapuosastoilla ja ambulansseissa opioidiylionnostusten estämiseen. Viime vuosina kotiin vietävää naloksonia koskevia ohjelmia on laajennettu. Ohjelmissa tarjotaan yliionnoston liittyvää koulutusta ja annetaan lääkkeitä sellaisten henkilöiden käyttöön, jotka todennäköisesti joutuvat tekemisiin yliionnostusten kanssa.

Kotiin vietävää naloksonia koskevien ohjelmien tehokkuutta koskevissa tuoreissa järjestelmällisissä selvityksissä on havaittu todisteita siitä, että naloksonin tarjonta ja koulutustoimenpiteet vähentävät yliionnostuskuolemia.

Vuonna 2018 yhteisöpohjaisia kotiin vietävää naloksonia koskevia ohjelmia oli käytössä kymmenessä Euroopan maassa. Näistä ohjelmista vastaavat yleensä huume- ja terveyspalvelut, lukuun ottamatta Italiaa, jossa naloksoni on reseptittä saatava lääke. Vangit ovat myös kotiin vietävää naloksonia koskevien ohjelmien kohderyhmä Virossa, Ranskassa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Norjassa.

**Yliionnoston liittyvän
sairastavuuden ja kuolleisuuden
vähentäminen on Euroopassa
tärkeä kansanterveydellinen
haaste**

LISÄTIETOJA

EMCDDA:n julkaisuja

2019

Country Drug Reports 2019.

Drug prevention: exploring a systems perspective, Technical reports.

An analysis of practices of post-mortem toxicology practices in drug-related deaths cases in Europe, Technical reports.

2018

Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study, Rapid communications.

m-Health applications for responding to drug use and associated harms, EMCDDA Papers.

New psychoactive substances in prison, Rapid communications.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical reports.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Report on the risk assessment of CUMYL-4CN-BINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of ADB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of THF-F, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4F-iBF, Risk assessments.

Report on the risk assessment of AB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5F-MDMB-PINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of carfentanil, Risk assessments.

Report on the risk assessment of cyclopropylfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of methoxyacetylfentanyl, Risk assessments.

2017

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

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

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

New developments in national drug strategies in Europe, EMCDDA Papers.

2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

EMCDDA:n ja ECDC:n yhteisiä julkaisuja

2018

Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings.

Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Systematic review on the prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Guidance in brief: prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

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 2019 tilastotiedotetta (Statistical bulletin)**, josta ne ovat peräisin. Samasta tilastotiedotteesta on saatavissa kuvauksia ja metadataa. Vuodet, joita tiedot koskevat, on mainittu.

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	–	–	22,5 (2 493)	8,2 (345)	32 (2 048)	14,1 (309)	9 (28)	15,2 (272)	16 546
Bulgaria	–	–	67,8 (1 136)	55,9 (100)	89,7 (600)	64,4 (437)	53,8 (50)	66,7 (377)	3 247
Tšekki	2017	1,8-2,0	19,1 (799)	10,9 (192)	25,6 (565)	63,9 (470)	57,4 (101)	66,1 (347)	5 000
Tanska	–	–	12 (587)	7,5 (170)	16,5 (399)	17,5 (94)	5,6 (9)	22 (80)	7 050
Saksa (†)	2016-17	0,9-3,0	29,9 (–)	9,6 (–)	–	20,1 (–)	17,9 (–)	–	78 800
Viro	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 186
Irlanti	2014	6,1-7,0	44,9 (3 837)	24,8 (807)	58,8 (2 860)	31,7 (1 180)	23 (184)	33,6 (930)	10 316
Kreikka	2017	1,8-2,5	60,9 (2 593)	38,9 (652)	74,8 (1 892)	28,7 (733)	22,2 (143)	31 (581)	9 388
Espanja	2016	1,5-2,9	26,8 (12 235)	13,3 (3 043)	42,6 (8 573)	14,9 (1 796)	7 (212)	17,2 (1 454)	58 749
Ranska	2017	4,5-5,9	27,3 (12 899)	13,7 (1 813)	44 (8 039)	16,4 (1 842)	10,4 (174)	19,3 (1 360)	178 665
Kroatia	2015	2,5-4,0	–	21,2 (203)	–	–	30,9 (56)	–	4 792
Italia	2017	5,7-6,4	43,1 (20 095)	28,3 (5 921)	55,3 (14 174)	40,9 (7 137)	28,4 (1 395)	45,8 (5 742)	69 642
Kypros	2017	1,6-2,6	25,2 (212)	13,8 (58)	41,8 (137)	50,5 (104)	40,4 (23)	56 (75)	209
Latvia	2017	4,7-7,0	49,4 (399)	28,7 (123)	72,8 (276)	82,8 (323)	73,8 (90)	86,9 (233)	669
Liettua	2016	2,7-6,5	85,3 (1 448)	57 (138)	91,1 (1 298)	85,5 (1 236)	86,9 (119)	85,4 (1 108)	1 136
Luxemburg	2015	4,5	60,9 (109)	60,4 (29)	59,5 (47)	41,7 (43)	50 (14)	41,9 (18)	1 142
Unkari	2010-11	0,4-0,5	4 (192)	1,8 (61)	9,4 (104)	40,5 (66)	36,2 (21)	43,9 (43)	669
Malta	2017	4,2-4,9	69,7 (1 274)	32,8 (76)	75,1 (1 198)	55,2 (690)	21,1 (16)	57,5 (674)	1 025
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)	5 241
Itävalta	2017	6,1-6,5	48,7 (1 793)	27,8 (432)	63,8 (1 361)	37,7 (529)	21,8 (70)	42,5 (459)	18 632
Puola	2014	0,4-0,7	15,8 (1 122)	5,9 (211)	26,2 (898)	57,4 (636)	37,4 (79)	62,2 (550)	2 685
Portugali	2015	3,8-7,6	41,4 (1 247)	23 (376)	63,3 (871)	13,1 (155)	9,3 (33)	14,7 (122)	16 888
Romania	2017	0,8-2,9	25,7 (918)	14,1 (359)	56,9 (551)	84,7 (729)	83,3 (295)	85,8 (429)	1 530
Slovenia	2017	3,2-4,2	86,5 (211)	67,7 (42)	93,4 (169)	44,1 (93)	21,4 (9)	49,7 (84)	3 042
Slovakia	–	–	26,3 (760)	12 (154)	39,5 (601)	70,7 (525)	53,6 (81)	75,2 (442)	620
Suomi	2012	3,8-4,5	51,1 (363)	36,5 (92)	59,2 (271)	76 (275)	66,3 (61)	79,3 (214)	3 329
Ruotsi (‡)	–	–	24,2 (9 387)	15,5 (2 140)	29 (7 247)	–	–	–	4 468
Yhdistynyt kuningaskunta (‡)	2014-15	8,3-8,7	49,8 (57 430)	21,8 (8 051)	63,1 (49 252)	31,8 (12 407)	16,5 (746)	33,9 (11 633)	149 420
Turkki	2011	0,2-0,5	58,6 (6 817)	43,4 (2 451)	72,9 (4 366)	27,3 (1 858)	17,8 (437)	32,5 (1 421)	–
Norja (‡)	2013	2,0-4,2	17 (973)	11,2 (302)	22,1 (672)	–	–	–	7 622
Euroopan unioni	–	–	35,1 (163 557)	16,6 (28 845)	47,9 (129 944)	29,1 (38 450)	20,8 (4 988)	31,3 (32 839)	654 086
EU, Turkki ja Norja	–	–	35,4 (171 347)	17,4 (31 598)	48,2 (134 982)	29,0 (40 308)	20,5 (5 425)	31,4 (34 260)	661 708

Hoitoon tulevia asiakkaita koskevat tiedot ovat vuodelta 2017 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana: Viro ja Espanja, 2016; Alankomaat, 2015. Korvaushoidossa olevia asiakkaita koskevat tiedot ovat vuodelta 2017 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana: Espanja ja Slovenia, 2016; Tanska, Unkari, Alankomaat ja Suomi, 2015. Ruotsin luku ei edusta kaikkia käyttäjiä.

(†) Hoitoon tulemisen raportointijärjestelmään tehtyjen muutosten takia vain osuudet esitetään.

(‡) Tiedot hoitoon tulevista käyttäjistä koskevat sairaalahoitoa ja erikoistunutta avohoitoa. Esitetyt tiedot eivät täysin vastaa kansallista tilannetta.

(§) Pohjois-Irlanti ei ole mukana opioidien suuren riskin käyttöä koskevassa arvioissa. Korvaushoitoa saavat asiakkaat koskevat Englantia ja Walesia.

(*) Opioidiongelmiin vuoksi hoitoon tulevien asiakkaiden osuus on vähimmäismäärä, joka ei sisällä sekakäyttäjiksi luokiteltuja opioidiasiakkaita.

TAULUKKO A2

KOKAIINI

Maa	Käyttöä koskevat arviot				Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna					
	Väestö yleensä			Koululaiset	Kokaiinin käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista			Niiden asiakkaiden osuus (%), jotka käyttävät kokaiinia pääasiassa suonensisäisesti		
	Tutki- mus- vuosi	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, aikuiset (15–64- vuotiaat)	Käyttänyt 12 viime kuukauden aikana, nuoret aikuiset (15–34- vuotiaat)	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, koululaiset (15–16- vuotiaat)	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäis- tä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat	Kaikki asiakkaat	Ensimmäis- tä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat
	%	%	%	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)
Belgia	2013	–	0,9	1	24,3 (2 690)	23,9 (1 007)	24,2 (1 552)	6,2 (124)	1,4 (11)	8,6 (97)
Bulgaria	2016	0,9	0,5	2	2,7 (46)	3,9 (7)	1,6 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tšekki	2017	2,4	0,2	1	0,7 (28)	0,7 (12)	0,7 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tanska	2017	6,4	3,9	2	15,9 (776)	17,9 (407)	14 (338)	2,1 (15)	0,3 (1)	4,1 (13)
Saksa (*)	2015	3,8	1,2	3	4,8 (–)	6,4 (–)	–	1,5 (–)	0,8 (–)	–
Viro	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irlanti	2015	7,8	2,9	3	16,8 (1 431)	23 (748)	12,8 (623)	1,3 (18)	0 (0)	2,6 (16)
Kreikka	2015	1,3	0,6	1	8,1 (345)	10,3 (172)	6,8 (172)	9,9 (34)	4,7 (8)	15,2 (26)
Espanja	2017	10,3	2,8	3	39,2 (17 889)	39,7 (9 052)	38,2 (7 678)	0,8 (134)	0,4 (33)	1,3 (98)
Ranska	2017	5,6	3,2	4	8,4 (3 988)	7,8 (1 035)	9,8 (1 801)	8,8 (324)	3,8 (37)	13,6 (229)
Kroatia	2015	2,7	1,6	2	–	3,2 (31)	–	–	3,2 (1)	–
Italia	2017	6,9	1,7	2	33 (15 394)	38,1 (7 993)	28,9 (7 401)	2 (299)	1,1 (86)	3 (213)
Kypros	2016	1,4	0,4	3	14,7 (124)	12,1 (51)	19,8 (65)	5 (6)	2 (1)	7,9 (5)
Latvia	2015	1,5	1,2	2	0,5 (4)	0,7 (3)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Liettua	2016	0,7	0,3	2	0,8 (13)	2,1 (5)	0,5 (7)	11,1 (1)	33,3 (1)	0 (0)
Luxemburg	2014	2,5	0,6	2	21,8 (39)	14,6 (7)	25,3 (20)	40,5 (15)	57,1 (4)	42,1 (8)
Unkari	2015	1,2	0,9	2	3,5 (167)	3,9 (132)	2,4 (26)	2,5 (4)	2,3 (3)	4 (1)
Malta	2013	0,5	–	3	18,6 (340)	41,8 (97)	15,2 (243)	13,4 (43)	4,1 (4)	17,5 (39)
Alankomaat	2017	6,2	4,5	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Itävalta	2015	3,0	0,4	2	9,2 (339)	10,1 (156)	8,6 (183)	9,3 (30)	5,4 (8)	12,6 (22)
Puola	2014	1,3	0,4	4	2,3 (163)	2,5 (88)	2,1 (72)	2,5 (4)	1,2 (1)	2,9 (2)
Portugali	2016	1,2	0,3	2	17,3 (522)	20,8 (341)	13,2 (181)	2,6 (13)	0,6 (2)	6,3 (11)
Romania	2016	0,7	0,2	3	1,2 (44)	1,4 (36)	0,6 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	1,2	2	4,5 (11)	6,5 (4)	3,9 (7)	45,5 (5)	25 (1)	57,1 (4)
Slovakia	2015	0,7	0,3	2	1,1 (31)	1,9 (24)	0,3 (5)	3,3 (1)	–	25 (1)
Suomi	2014	1,9	1,0	1	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ruotsi (*)	2017	–	2,5	1	1,4 (552)	2,7 (371)	0,7 (181)	–	–	–
Yhdistynyt kuningaskunta	2017	10,7	4,7	3	17,6 (20 290)	22,1 (8 185)	15,4 (12 054)	1,9 (259)	0,5 (31)	2,9 (226)
Turkki	2017	0,2	0,1	–	3,9 (456)	4,4 (247)	3,5 (209)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norja	2017	5,1	2,1	1	1,8 (102)	2,7 (72)	1 (30)	–	–	–
Euroopan unioni	–	5,4	2,1	–	15,5 (72 424)	19,1 (33 178)	16,5 (36 594)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)
EU, Turkki ja Norja	–	–	–	–	15,1 (72 982)	18,4 (33 497)	15,9 (36 833)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)

Arviot käytön esiintyvyydestä koululaisilla on otettu vuoden 2015 ESPAD-tutkimuksesta lukuun ottamatta Belgiaa (2017, vain Flanderi), Bulgariaa (2017), Saksaa (2011), Italiaa (2017), Luxemburgia (2014, 15-vuotiaat), Espanjaa (2016), Ruotsia (2017) ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa (2016, vain Englanti, 15-vuotiaat).

Tiedonkeruumenetelmien epävarmuuden vuoksi Latvian tiedot eivät ehkä ole vertailukelpoisia.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa arviot käytön esiintyvyydestä väestössä yleensä koskevat ainoastaan Englantia ja Walesia. Käytön esiintyvyyden ikäryhmät väestössä yleensä: Ranska, Saksa, Kreikka ja Unkari 18–64-vuotiaat ja 18–34-vuotiaat; Tanska ja Norja 16–64-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat; Malta 18–65-vuotiaat; Ruotsi 17–34-vuotiaat; Yhdistynyt kuningaskunta 16–59-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat.

Hoitoon tulevia asiakkaita koskevat tiedot ovat vuodelta 2017 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana: Viro ja Espanja, 2016; Alankomaat, 2015.

(*) Hoitoon tulemisen raportointijärjestelmään tehtyjen muutosten takia vain osuudet esitetään.

(?) Tiedot hoitoon tulevista käyttäjistä koskevat sairaalahoitoa ja erikoistunutta avohoitoa. Esitetyt tiedot eivät täysin vastaa kansallista tilannetta.

TAULUKKO A3

AMFETAMIINIT

Maa	Käyttöä koskevat arviot				Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna					
	Väestö yleensä			Koululaiset	Amfetamiinien käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista			Niiden asiakkaiden osuus (%), jotka käyttävät amfetamiineja pääasiassa suonensisäisesti		
	Tutkimusvuosi	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, aikuiset (15–64-vuotiaat)	Käyttänyt 12 viime kuukauden aikana, nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, koululaiset (15–16-vuotiaat)	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat
	%	%	%	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)
Belgia	2013	–	0,5	1	9,1 (1 011)	7,5 (315)	10,6 (681)	11,8 (96)	6,2 (16)	14,6 (80)
Bulgaria	2016	1,5	1,8	3	12,6 (211)	12,8 (23)	2,7 (18)	4,9 (2)	0 (0)	11,8 (2)
Tšekki	2017	3,3	0,7	1	49,6 (2 078)	52,8 (933)	47,2 (1 041)	62,8 (1 256)	57,6 (520)	67,2 (683)
Tanska	2017	7,0	1,4	1	6,2 (303)	5,4 (122)	7 (170)	1,8 (5)	0,9 (1)	2,5 (4)
Saksa (¹)	2015	3,6	1,9	4	14,5 (–)	15,3 (–)	–	2,1 (–)	1,9 (–)	–
Viro	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irlanti	2015	4,1	0,6	3	0,4 (38)	0,6 (19)	0,3 (17)	–	–	–
Kreikka	–	–	–	2	0,8 (33)	1,3 (22)	0,4 (11)	18,2 (6)	22,7 (5)	9,1 (1)
Espanja	2017	4	0,9	2	1,7 (754)	1,9 (431)	1,4 (291)	0,9 (7)	0,9 (4)	1 (3)
Ranska	2017	2,2	0,6	2	0,4 (212)	0,5 (63)	0,5 (91)	9,7 (18)	8,5 (5)	10,8 (9)
Kroatia	2015	3,5	2,3	3	–	3,4 (33)	–	–	0 (0)	–
Italia	2017	2,4	0,3	2	0,2 (93)	0,3 (55)	0,1 (38)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Kypros	2016	0,5	0,1	3	6,8 (57)	6,2 (26)	9,5 (31)	9,1 (5)	4 (1)	13,3 (4)
Latvia	2015	1,9	0,7	3	17,5 (141)	22,9 (98)	11,3 (43)	64,1 (84)	54,9 (50)	85 (34)
Liettua	2016	1,2	0,5	1	3,5 (59)	9,9 (24)	2 (29)	29,6 (16)	13,6 (3)	48,1 (13)
Luxemburg	2014	1,6	0,1	1	–	–	–	–	–	–
Unkari	2015	1,7	1,4	3	11,1 (534)	11,2 (378)	11,3 (124)	9,7 (51)	4,8 (18)	27 (33)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (3)	0,4 (1)	0,1 (2)	66,7 (2)	100 (1)	50 (1)
Alankomaat	2017	5,4	3,9	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Itävalta	2015	2,2	0,9	3	5,5 (203)	7,2 (111)	4,3 (92)	2,2 (4)	1 (1)	3,6 (3)
Puola	2014	1,7	0,4	4	29,4 (2 085)	31,6 (1 126)	26,9 (924)	2,7 (55)	1,3 (15)	4,3 (39)
Portugali	2016	0,4	0,0	1	0,1 (3)	0,1 (2)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Romania	2016	0,3	0,1	1	0,8 (30)	1 (26)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	0,9	0,8	1	0,8 (2)	3,2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovakia	2015	1,4	0,8	1	40,8 (1 182)	44 (566)	38,1 (580)	30,9 (350)	26,8 (148)	34,9 (192)
Suomi	2014	3,4	2,4	1	18,9 (134)	20,2 (51)	18,1 (83)	71,2 (94)	52 (26)	82,9 (68)
Ruotsi (²)	2017	–	1,2	1	5,3 (2 076)	7,3 (1 007)	4,3 (1 069)	–	–	–
Yhdistynyt kuningaskunta	2017	9,9	1,0	1	2,1 (2 476)	2,7 (1 015)	1,9 (1 450)	18,9 (295)	11,7 (70)	23,6 (225)
Turkki	2017	0,0	–	–	6,5 (751)	9,7 (549)	3,4 (202)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norja	2017	3,9	0,8	1	13 (744)	10,3 (277)	15,4 (467)	–	–	–
Euroopan unioni	–	3,7	1,0	–	6,1 (28 291)	6,6 (11 393)	5,9 (16 465)	9,4 (2 871)	8,8 (1 015)	9,3 (1 714)
EU, Turkki ja Norja	–	–	–	–	6,2 (29 786)	6,7 (12 219)	6,0 (17 134)	9,2 (2 871)	8,4 (1 015)	9,2 (1 714)

Arviot käytön esiintyvyydestä koululaisilla on otettu vuoden 2015 ESPAD-tutkimuksesta lukuun ottamatta Belgiaa (2017, vain Flanderi), Bulgariaa (2017), Saksaa (2011), Italiaa (2017), Luxemburgia (2014, 15-vuotiaat), Espanjaa (2016), Ruotsia (2017) ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa (2016, vain Englanti, 15-vuotiaat). Tiedonkeruumenetelmien epävarmuuden vuoksi Latvian tiedot eivät ehkä ole vertailukelpoisia.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa arviot käytön esiintyvyydestä väestössä yleensä koskevat ainoastaan Englantia ja Walesia. Käytön esiintyvyyden ikäryhmät väestössä yleensä: Ranska, Saksa ja Unkari 18–64-vuotiaat ja 18–34-vuotiaat; Tanska ja Norja 16–64-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat; Malta 18–65-vuotiaat; Ruotsi 17–34-vuotiaat; Yhdistynyt kuningaskunta 16–59-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat.

Hoitoon tulevia asiakkaita koskevat tiedot ovat vuodelta 2017 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana: Viro ja Espanja, 2016; Alankomaat, 2015. Saksan, Ruotsin ja Norjan tiedot tarkoittavat "muiden stimulanttien kuin kokaiinin" käyttäjiä.

(¹) Hoitoon tulemisen raportointijärjestelmään tehtyjen muutosten takia vain osuudet esitetään.

(²) Tiedot hoitoon tulevista käyttäjistä koskevat sairaalahoitoa ja erikoistunutta avohoitoa. Esitetyt tiedot eivät täysin vastaa kansallista tilannetta.

TAULUKKO A4

MDMA

Maa	Tutkimusvuosi	Käyttöä koskevat arviot			Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna		
		Väestö yleensä		Koululaiset	MDMA:n käyttäjien osuus (%) hoitoon tulevista		
		Käyttänyt joskus elämänsä aikana, aikuiset (15–64-vuotiaat)	Käyttänyt 12 viime kuukauden aikana, nuoret aikuiset (15–34-vuotiaat)	Käyttänyt joskus elämänsä aikana, koululaiset (15–16-vuotiaat)	Kaikki hoitoon tulevat	Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat	Hoitoon uudelleen tulevat
	%	%	%	% (määrä)	% (määrä)	% (määrä)	
Belgia	2013	–	0,8	2	0,5 (53)	0,8 (32)	0,3 (19)
Bulgaria	2016	2,1	3,1	2	1,7 (29)	1,1 (2)	0 (0)
Tšekki	2017	5,8	2,1	3	0,6 (27)	1 (17)	0,4 (9)
Tanska	2017	3,2	1,5	1	0,3 (16)	0,6 (14)	0,1 (2)
Saksa	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Viro	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irlanti	2015	9,2	4,4	4	0,5 (42)	0,9 (29)	0,3 (13)
Kreikka	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Espanja	2017	3,6	1,2	2	0,2 (89)	0,3 (66)	0,1 (16)
Ranska	2017	3,9	1,3	2	0,4 (168)	0,4 (54)	0,3 (56)
Kroatia	2015	3,0	1,4	2	–	0,8 (8)	–
Italia	2017	2,7	0,8	1	0,1 (59)	0,2 (34)	0,1 (25)
Kypros	2016	1,1	0,3	3	0,1 (1)	–	–
Latvia	2015	2,4	0,8	3	0,4 (3)	0,2 (1)	0,5 (2)
Liettua	2016	1,7	1,0	2	0,1 (2)	0 (0)	0,1 (2)
Luxemburg	2014	1,9	0,4	1	0,6 (1)	2,1 (1)	–
Unkari	2015	4,0	2,1	2	2,3 (111)	1,7 (57)	3,7 (41)
Malta	2013	0,7	–	2	0,7 (12)	0,9 (2)	0,6 (10)
Alankomaat	2017	9,4	7,1	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Itävalta	2015	2,9	1,1	2	0,9 (32)	1,2 (19)	0,6 (13)
Puola	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (12)	0,3 (9)
Portugali	2016	0,7	0,2	2	0,2 (7)	0,2 (3)	0,3 (4)
Romania	2016	0,5	0,2	2	0,9 (33)	1,2 (30)	0,2 (2)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovakia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (2)
Suomi	2014	3,0	2,5	1	0,1 (1)	0,4 (1)	0 (0)
Ruotsi	2017	–	2,0	1	–	–	–
Yhdistynyt kuningaskunta	2017	10,0	3,3	4	0,5 (616)	1,1 (415)	0,3 (200)
Turkki	2017	0,4	0,2	–	2 (230)	2,9 (161)	1,2 (69)
Norja	2017	4,1	2,2	1	–	–	–
Euroopan unioni	–	4,1	1,7	–	0,3 (1 428)	0,5 (872)	0,2 (442)
EU, Turkki ja Norja	–	–	–	–	0,3 (1 658)	0,6 (1 033)	0,2 (511)

Arviot käytön esiintyvyydestä koululaisilla on otettu vuoden 2015 ESPAD-tutkimuksesta lukuun ottamatta Belgiaa (2017, vain Flanderi), Bulgariaa (2017), Saksaa (2011), Italiaa (2017), Luxemburgia (2014, 15-vuotiaat), Espanjaa (2016), Ruotsia (2017) ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa (2016, vain Englanti, 15-vuotiaat). Tiedonkeruumenetelmien epävarmuuden vuoksi Latvian tiedot eivät ehkä ole vertailukelpoisia.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa arviot käytön esiintyvyydestä väestössä yleensä koskevat ainoastaan Englantia ja Walesia. Käytön esiintyvyyden ikäryhmät väestössä yleensä: Ranska, Saksa, Kreikka ja Unkari 18–64-vuotiaat ja 18–34-vuotiaat; Tanska ja Norja 16–64-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat; Malta 18–65-vuotiaat; Ruotsi 17–34-vuotiaat; Yhdistynyt kuningaskunta 16–59-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat.

Hoitoon tulevia asiakkaita koskevat tiedot ovat vuodelta 2017 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana: Viro ja Espanja, 2016; Alankomaat, 2015.

TAULUKKO A5

KANNABIS

Maa	Käyttöä koskevat arviot				Hoitoon tulevien määrä kyseisenä vuonna		
	Tutkimusvuosi	Väestö yleensä		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	2013	15,0	10,1	18	34,2 (3 786)	50,7 (2 132)	23,2 (1 487)
Bulgaria	2016	8,3	10,3	20	9,9 (166)	5 (9)	2,5 (17)
Tšekki	2017	28,6	19,3	37	23,6 (988)	28,4 (501)	19,6 (433)
Tanska	2017	38,4	15,4	12	62,7 (3 069)	65,9 (1 501)	59,5 (1 435)
Saksa (¹)	2015	27,2	13,3	19	43,1 (–)	64,1 (–)	–
Viro	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irlanti	2015	27,9	13,8	19	24,6 (2 102)	39 (1 270)	14,6 (712)
Kreikka	2015	11,0	4,5	9	26,9 (1 148)	46,1 (773)	14,7 (373)
Espanja	2017	35,2	18,3	31	29,2 (13 304)	40,7 (9 278)	15,9 (3 208)
Ranska	2017	44,8	21,8	31	59,6 (28 205)	74,4 (9 828)	41,1 (7 517)
Kroatia	2015	19,4	16,0	21	–	62,9 (602)	–
Italia	2017	32,7	20,9	19	21,8 (10 155)	30,9 (6 483)	14,3 (3 672)
Kypros	2016	12,1	4,3	7	52,7 (444)	67,5 (284)	28,4 (93)
Latvia	2015	9,8	10,0	17	24 (194)	36 (154)	10,6 (40)
Liettua	2016	10,8	6,0	18	6,5 (110)	22,7 (55)	3,5 (50)
Luxemburg	2014	23,3	9,8	20	16,2 (29)	22,9 (11)	13,9 (11)
Unkari	2015	7,4	3,5	13	63 (3 031)	68,2 (2 310)	49,2 (542)
Malta	2013	4,3	–	13	9,1 (167)	19 (44)	7,7 (123)
Alankomaat	2017	26,6	17,5	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Itävalta	2015	23,6	14,1	20	33,2 (1 222)	51,7 (802)	19,7 (420)
Puola	2014	16,2	9,8	24	31,2 (2 209)	39 (1 390)	23,2 (796)
Portugali	2016	11,0	8,0	15	37,2 (1 120)	51,8 (848)	19,8 (272)
Romania	2016	5,8	5,8	8	49,3 (1 764)	62,4 (1 585)	15,8 (153)
Slovenia	2012	15,8	10,3	25	6,1 (15)	19,4 (12)	1,7 (3)
Slovakia	2015	15,8	9,3	26	25,7 (743)	38,5 (495)	14,3 (218)
Suomi	2014	21,7	13,5	8	18 (128)	31,3 (79)	10,7 (49)
Ruotsi (²)	2017	–	9,6	6	10 (3 878)	15,4 (2 125)	7 (1 753)
Yhdistynyt kuningaskunta	2017	30	12,3	19	24,2 (27 920)	45,3 (16 733)	14,2 (11 114)
Turkki	2017	2,7	1,9	–	6,4 (745)	9,2 (520)	3,8 (225)
Norja	2017	24,5	10,1	7	28,8 (1 651)	36,8 (989)	21,8 (662)
Euroopan unioni	–	27,4	14,4	–	32,7 (152 373)	47,0 (81 566)	17,5 (58 103)
EU, Turkki ja Norja	–	–	–	–	32,0 (154 769)	45,7 (83 075)	17,2 (58 990)

Arviot käytön esiintyvyydestä koululaisilla on otettu vuoden 2015 ESPAD-tutkimuksesta lukuun ottamatta Belgiaa (2017, vain Flanderi), Bulgariaa (2017), Saksaa (2011), Italiaa (2017), Luxemburgia (2014, 15-vuotiaat), Espanjaa (2016), Ruotsia (2017) ja Yhdistynyttä kuningaskuntaa (2016, vain Englanti, 15-vuotiaat). Tiedonkeruumenetelmien epävarmuuden vuoksi Latvian tiedot eivät ehkä ole vertailukelpoisia.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa arviot käytön esiintyvyydestä väestössä yleensä koskevat ainoastaan Englantia ja Walesia. Käytön esiintyvyyden ikäryhmät väestössä yleensä: Ranska, Saksa, Kreikka ja Unkari 18–64-vuotiaat ja 18–34-vuotiaat; Tanska ja Norja 16–64-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat; Malta 18–65-vuotiaat; Ruotsi 17–34-vuotiaat; Yhdistynyt kuningaskunta 16–59-vuotiaat ja 16–34-vuotiaat.

Hoitoon tulevia asiakkaita koskevat tiedot ovat vuodelta 2017 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana: Viro ja Espanja, 2016; Alankomaat, 2015.

(¹) Hoitoon tulemisen raportointijärjestelmään tehtyjen muutosten takia vain osuudet esitetään.

(²) Tiedot hoitoon tulevista käyttäjistä koskevat sairaalahoitoa ja erikoistunutta avohoitoa. Esitetyt tiedot eivät täysin vastaa kansallista tilannetta.

TAULUKKO A6

MUUT INDIKAATTORIT

Maa	Huumekuolemat			Huumeiden suonensisäiseen käyttöön liittyvät HIV-diagnoosit (ECDC)	Arvio huumeiden suonensisäisestä käytöstä		Erityisohjelmien kautta jaettujen ruiskujen määrä
	Vuosi	Kaikenikäiset	15–64-vuotiaat		Arviointivuosi	Tapauksia tuhatta henkeä kohti	
		määrä	Tapauksia miljoonaa henkeä kohti (määrä)	Tapauksia miljoonaa henkeä kohti (määrä)			määrä
Belgia	2014	61	8 (60)	0,6 (7)	2015	2,32-4,61	1 203 077
Bulgaria	2017	18	4 (18)	4,4 (31)	–	–	52 927
Tšekki	2017	42	5 (35)	0,5 (5)	2017	6,18-6,47	6 409 862
Tanska (¹)	2016	237	55 (202)	1 (6)	–	–	–
Saksa (¹) (²)	2017	1 272	21 (1 120)	1,5 (127)	–	–	–
Viro	2017	110	130 (110)	10,6 (14)	2015	9,01-11,25	1 997 158
Irlanti	2015	224	69 (215)	2,9 (14)	–	–	519 578
Kreikka	2017	62	– (–)	8 (86)	2017	0,43-0,68	278 415
Espanja (³)	2016	483	16 (482)	2,3 (105)	2016	0,25-0,57	1 503 111
Ranska (⁴)	2015	373	7 (299)	0,6 (43)	2017	2,58-3,29	11 907 416
Kroatia	2017	65	23 (64)	0 (0)	2015	1,79-2,87	244 299
Italia	2017	294	8 (293)	1,6 (94)	–	–	–
Kypros	2017	16	26 (15)	0 (0)	2017	0,38-0,59	245
Latvia	2017	22	17 (22)	40 (78)	2016	5,31-6,83	833 817
Liettua	2017	83	44 (83)	47,8 (136)	2016	4,37-4,89	251 370
Luxemburg	2017	8	19 (8)	15,2 (9)	2015	3,77	447 681
Unkari	2017	33	5 (33)	0,1 (1)	2015	0,98	137 580
Malta	2017	5	16 (5)	0 (0)	–	–	315 541
Alankomaat	2017	262	22 (243)	0,1 (2)	2015	0,07-0,09	–
Itävalta	2017	154	26 (151)	1,4 (12)	–	–	6 293 593
Puola (¹)	2016	204	7 (181)	0,7 (27)	–	–	59 958
Portugali	2016	30	4 (30)	1,7 (18)	2015	1,00-4,46	1 421 666
Romania (⁵)	2017	32	2 (32)	4,4 (86)	–	–	1 095 284
Slovenia	2017	47	32 (44)	0 (0)	–	–	578 926
Slovakia	2017	19	5 (18)	0 (0)	–	–	395 877
Suomi	2017	200	55 (189)	1,8 (10)	2012	4,1-6,7	5 824 467
Ruotsi	2017	626	92 (574)	2 (20)	–	–	517 381
Yhdistynyt kuningaskunta (⁶)	2016	3 256	74 (3 108)	1,7 (115)	2004-11	2,87-3,22	–
Turkki (¹)	2017	941	17 (907)	0,2 (14)	–	–	–
Norja	2016	282	75 (258)	1,3 (7)	2016	2,15-3,04	2 884 230
Euroopan unioni	–	8 238	23 (7 634)	2,0 (1 046)	–	–	–
EU, Turkki ja Norja	–	9 461	22,6 (8 799)	1,8 (1 067)	–	–	–

(¹) Joissakin tapauksissa ikäryhmää ei ole määritely, ja näitä tapauksia ei ole otettu huomioon kuolleisuusluvuissa: Saksa (147), Tanska (5), Puola (1) ja Turkki (22).

(²) Saksan HIV-tiedot ovat vuodelta 2016.

(³) Erityisohjelmien kautta vuonna 2016 jaetut ruiskut.

(⁴) Erityisohjelmien kautta vuonna 2015 jaetut ruiskut.

(⁵) Huumeikuolemat: alueellinen kattavuus.

(⁶) Ruiskuja koskevat tiedot Yhdistyneestä kuningaskunnasta: Englannin osalta ei tietoa, Skotlantia 4 401 387 ja Wales 2 630 382 (molemmat vuodelta 2017):

Pohjois-Irlanti 310 005 (2016).

TAULUKKO A7

TAKAVARIKOT

Maa	Heroini		Kokaiini		Amfetamiinit		MDMA, MDA, MDEA	
	Takavari-koitu määrä	Takavari-koitujen määrä	Takavari-koitu määrä	Takavari-koitujen määrä	Takavari-koitu määrä	Takavari-koitujen määrä	Takavari-koitu määrä	Takavari-koitujen määrä
	kg	määrä	kg	määrä	kg	määrä	tablettia (kg)	määrä
Belgia	53	1 790	44 752	4 695	163	2 855	491 183 (–)	1 692
Bulgaria	698	32	42	30	406	80	2 335 (322)	41
Tšekki	19	90	27	227	95	1 703	15 279 (5)	387
Tanska	16	561	151	4 786	322	2 244	2 731 476 (34)	933
Saksa	298	–	8 166	–	1 784	–	693 668 (–)	–
Viro	<0,1	3	17	154	33	454	– (6)	310
Irlanti	–	765	–	792	–	91	– (–)	344
Kreikka	359	1 952	234	596	164	16	589 (6)	83
Espanja	524	7 283	40 960	42 206	272	4 505	363 138 (–)	3 569
Ranska	658	4 544	17 500	12 214	405	773	1 130 839 (–)	1 073
Kroatia	27	140	466	418	38	775	– (9)	743
Italia	610	2 296	4 084	7 812	72	271	10 844 (8)	267
Kypros	0,4	4	8	118	1	73	159 (3)	13
Latvia	0,2	66	2	61	21	502	3 660 (28)	169
Liettua	4	173	623	98	28	278	– (22)	140
Luxemburg	1	69	3	222	0,2	26	956 (<0,1)	25
Unkari	21	34	6	276	25	973	51 836 (1)	650
Malta	13	25	0,3	232	<0,1	1	405 (<0,1)	99
Alankomaat (*)	1 110	–	14 629	–	146	–	– (1 250)	–
Itävalta	70	967	71	1 571	55	1 488	446 465 (4)	1 183
Puola	2	2	69	9	608	33	– (–)	–
Portugali	29	492	2 734	816	1	51	1 598 (2)	282
Romania	4	222	8	169	2	115	18 810 (0,9)	477
Slovenia	11	286	12	277	6	242	1 537 (1)	63
Slovakia	0,6	41	3	42	4	661	2 448 (<0,1)	74
Suomi	0,4	138	7	383	259	2 263	66 420 (–)	695
Ruotsi	45	675	162	3 640	770	5 524	34 919 (24)	1 993
Yhdistynyt kuningaskunta	844	11 075	5 697	18 912	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turkki	17 385	12 932	1 476	3 829	7 268	9 405	8 606 765 (–)	6 663
Norja	99	628	80	1 185	503	5 734	33 657 (12)	1 122
Euroopan unioni	5 418	36 786	140 435	104 348	7 037	43 720	6 581 823 (1 727)	22 803
EU, Turkki ja Norja	22 902	50 346	141 990	109 362	14 808	58 859	15 222 245 (1 739)	30 588

Amfetamiinilla tarkoitetaan amfetamiinia ja metamfetamiinia.

Huomautus: Kaikki tiedot ovat vuodelta 2017 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana.

(*) Takavarikkojen määrää ja takavarikoitua määrää koskeviin tietoihin eivät kuulu kaikkien asianomaisten lainvalvontayksiköiden tiedot, ja niitä on pidettävä osittaisina, vähimmäislukuina. Suuret takavarikot ovat enimmäkseen kokaiinitakavarikkoja.

TAULUKKO A7

TAKAVARIKOT (jatkuu)

Maa	Hasis		Marihuana		Kannabiskasvit	
	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä	Takavarikoitu määrä	Takavarikkojen määrä
	kg	määrä	kg	määrä	kasveja (kg)	määrä
Belgia	947	6 133	946	28 519	416 576 (-)	1 234
Bulgaria	0,2	9	1 580	57	16 087 (33 822)	102
Tšekki	9	173	1 095	5 369	54 392 (-)	502
Tanska	6 637	16 678	293	1 803	38 859 (236)	380
Saksa	1 295	-	7 731	-	101 598 (-)	-
Viro	80	54	54	823	- (24)	35
Irlanti	-	257	-	1 546	- (-)	280
Kreikka	6 251	257	24 940	8 866	46 907 (-)	742
Espanja	334 919	157 346	34 517	151 968	1 124 674 (-)	3 038
Ranska	67 300	82 797	20 200	44 301	137 074 (-)	395
Kroatia	8	351	2 410	7 057	7 405 (-)	213
Italia	18 755	8 922	90 097	11 253	265 635 (-)	1 545
Kypros	1	8	151	826	161 (-)	23
Latvia	202	36	43	848	- (102)	55
Liettua	2 089	53	124	924	- (-)	-
Luxemburg	19	348	113	935	74 (-)	13
Unkari	114	153	3 674	3 751	5 287 (-)	156
Malta	591	109	0,2	175	11 (-)	5
Alankomaat (*)	942	-	3 104	-	722 618 (-)	-
Itävalta	100	1 841	1 557	16 969	31 102 (-)	533
Puola	1 237	18	1 043	93	448 (-)	8
Portugali	14 790	3 647	410	437	22 910 (-)	158
Romania	6	185	276	2 861	6 780 (1 540)	179
Slovenia	20	126	838	3 768	13 594 (-)	218
Slovakia	1	26	144	1 115	2 299 (-)	31
Suomi	693	252	322	1 158	15 200 (-)	1 150
Ruotsi	2 809	13 140	1 125	8 825	- (-)	-
Yhdistynyt kuningaskunta	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turkki	81 429	8 718	94 379	41 929	- (-)	3 143
Norja	2 035	9 533	385	3 473	- (43)	167
Euroopan unioni	466 097	311 071	209 401	440 295	3 370 222 (35 725)	22 745
EU, Turkki ja Norja	549 561	329 322	304 165	485 697	3 370 222 (35 768)	26 055

Huomautus: Kaikki tiedot ovat vuodelta 2017 tai viimeisimmältä vuodelta, jolta tietoja on saatavana.

(*) Takavarikkojen määrää ja takavarikoitua määrää koskeviin tietoihin eivät kuulu kaikkien asianomaisten lainvalvontayksikköjen tiedot, ja niitä on pidettävä osittaisina, vähimmäislukuina.

Yhteydenotot EU:hun

Käynti tiedotuspisteessä

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

Yhteydenotot puhelimitse tai sähköpostitse

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

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

Tietoa EU:sta

Verkkosivut

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

EU:n julkaisut

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

EU:n lainsäädäntö ja siihen liittyvät asiakirjat

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

EU:n avoin data

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

Tietoa tästä raportista

Suuntauksia ja muutoksia -raportissa esitetään ensiluokkainen katsaus Euroopan huumeilmiöön. Siinä käsitellään huumausaineiden tarjontaa ja käyttöä, kansanterveydellisiä ongelmia sekä huumausainepolitiikkaa ja huumeidenvastaisia toimia. Yhdessä verkkojulkaisujen [Statistical Bulletin](#) ja 30:n [Country Drug Reports](#) -raportin kanssa se muodostaa [Euroopan huumeraportti 2019](#) -paketin.

Tietoa EMCDDA:sta

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

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

