



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



tiedosta hyvinvointia

**HUUMEVUOSIRAPORTTI EMCDDA:lle**  
**Kansallinen huumausaineiden seurantakeskus**

**HUUMETILANNE SUOMESSA 2004**  
**Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja**  
**erityisteemat huumeista**

**REITOX**

## ESIPUHE

Huumausainetilanne Suomessa 2004 - kansallinen huumausainevuosiraportti EMCDDA:lle on yksi Euroopan huumausaineiden seurantakeskuksen (EMCDDA) koordinoiman kansallisten seurantakeskusten verkoston (REITOX) tuottamia kansallisia vuosiraportteja. Näiden perusteella valmistetaan vuosiraportti huumeongelmasta Euroopan unionissa ja Norjassa.. Kansalliset raportit kootaan EMCDDA:n antaman viitekehyksen mukaan.

Poiketen edellisvuosista, nykyinen raportti painottuu entistä enemmän juuri viimeaikaisen huumetilanteen kuvaukseen. Ensin tarkastellaan lyhyesti pitkän aikavälin kehitystä, sitten laajasti kaikkein uusinta kehitystä (osa A) ja lopulta raportissa käsitellään kolmea huumeita koskevaa erityisteemaa (osa B). Pitkän aikavälin tarkastelu jakautuu kahteen osaan, joista toisessa käsitellään huumetilannetta kokonaisuudessaan ja toisessa yleisesti huumeiden vastaisia toimia. Osa A käsittelee huumetilannetta toisessa järjestyksessä. Siinä viimeisen vuoden aikaista huumetilannetta eri ulottuvuuksilla kuvaaviin kappaleisiin (kokeilukäyttö, ongelmakäyttö, terveyshaitat, sosiaaliset haitat, huumetarjonta) liitetään aina näihin ilmiöihin kohdistuvat yhteiskunnalliset vastatoimet (ehkäisevä työ, hoito, haittojen vähentäminen, sosiaalinen kuntoutus, kontrolli). Viimeisessä osassa B käsitellyt erillisteemat ovat buprenorfiinihoito ja ongelmakäyttö, vankilan vaihtoehdot huumeita käyttäville lainrikojille sekä huumeet ja yleinen järjestys.

Huumevuosiraportin alussa on tarpeen muistuttaa, että suomalaisessa päihdekulttuurissa alkoholilla on pitkään ollut keskeinen asema. Siksi Suomessa korostetaan edelleen, että (huumaus)aineiden sijaan tarkastelun tulisi koskea päihdekäyttäytymistä kokonaisvaltaisesti. Tästä huomiosta huolimatta tämä raportti keskittyy huumeiden käyttöön ja huumeista johtuviin haittailmiöihin sekä moniainekäyttöön - näkökulmiin, jossa alkoholilla ei ole erityisen merkittävää roolia. Tämä on perusteltua, koska Euroopassa huumausaineita käsitellään erillään laillisten huumeiden väärinkäytöstä sekä alkoholin ongelmakäytöstä Tämä rajoitus koskee myös REITOX-tiedontuotantoa. Lisäksi Suomessa huumausaineiden kokeilu-, käyttö- ja haittataso ei ole ilmiön lyhyen kehityshistoriansa vuoksi vielä vakiintunut. Kehityksen seurauksena nopeasti muuttuvaan ilmiöön onkin 1990-luvun lopusta lähtien pyritty vastaamaan erityisen huumausainepolitiikan luomisen, huumeisiin liittyvien vastatoimien sekä huumausainetutkimuksen ja -tilastoinnin kehittämisen avulla.

Suomen huumausaineraportin on koonnut Stakesiin sijoitettu Suomen kansallinen huumausaineiden seurantakeskus. Raportin valmistelussa on hyödynnetty tutkimustietoja ja kommentteja huumausainekysymyksen eri alojen asiantuntijoilta. Kiitokset kaikille heistä ja jokaiselle heistä erikseen. Eriytiskiitokset professori Mikko Salaspurolle (Helsingin yliopisto) ja erikoissuunnittelija Airi Partaselle (Stakes), neuvotteleva virkamies Olavi Kaukoselle (Oikeusministeriö) sekä neuvotteleva virkamies Arne Kinnuselle (Oikeusministeriö). Mainitut henkilöt ovat kirjoittaneet raportin erityisteemat yllä esitetyn B-osan teemojen mukaisessa järjestyksessä. Koko raportin koostamisesta vastaa kansallisen huumausaineiden seurantakeskuksen erikoissuunnittelija Ari Virtanen.

Stakes  
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus  
Ari Virtanen, erikoissuunnittelija  
PL 220, 00531 Helsinki, Suomi  
puh. 09-3967 2378  
fax. 09-3967 2497  
E-mail ari.virtanen@stakes.fi  
Http://www.stakes.fi/verkkojulk/

## KUVAILULEHTI

### Julkaisun päivämäärä

24.1.2005

<b>Tekijät</b> Ari Virtanen (toim.) Mikko Salaspuro, Airi Partanen, Olavi Kaukonen, Aarne Kinnunen	<b>Julkaisija</b> Stakes	
	<b>Kustantaja</b> Stakes	
<b>Julkaisun nimi</b> Huumausainetilanne Suomessa 2004 - kansallinen huumausainevuosiraportti EMCDDA:lle		
<b>Julkaisun sarja ja numero</b> Tilastoraportteja 1/2005		
<b>Tiivistelmä</b> <p>Vuosina 1995 - 2001 huumetilanne näytti pahenevan lähes kaikkien mittarin (kokeilut, ongelmakäyttö, terveyshaitat, sairaudet, kuolemat, rikollisuus, takavarikot) mukaan. Sen sijaan kehitys vuosina 2001 - 2003 osoittaa selviä kehityksen hidastumisen merkkejä lähes kaikilla tätä ajanjaksoa kuvaavilla mittareilla. Poikkeuksen on ongelmakäyttö, joka on lisääntynyt jonkin verran vuosien 2001 - 2002 välillä. 1990-luvun lopulla kokeilujen ja haittojen lisääntyminen on kohdentunut erityisesti nuorimpaan ikäluokkaan (15 - 24 -vuotiaisiin). Tultaessa 2000-luvulle myös nuorten ikäluokassa näkyy tasaantumiskehitystä. Vielä on kuitenkin epäselvää muutoksen laatu ja pysyvyys. Huumeiden vastaisessa työssä keskeisiä toimia ovat olleet ehkäisevän päihdetyön verkostojen luominen, koulujen opetussuunnitelmiin lisätyt ehkäisevän huumetyön osiot, matalakynnyksisten hoitopalvelujen kehittäminen, terveysneuvontapisteisiin sekä nuorten työpajoihin panostaminen, vankiloiden huumehoitoon kehittäminen sekä valvonnan uusien keinojen käyttöön otto.</p> <p>Viimeisimmän tiedon mukaan vuoden aikana huumeita käyttäneiden osuus on noin 3 % ja ongelmakäyttäjien noin 0,5 % aikuisväestöstä (15 - 64 -vuotiaat). Koululaisten (15 - 16 -vuotiaiden) osalta viimeisen vuoden käyttöluvut ovat noin 7 %. Ikäluokassa 15 - 24 -vuotiaat sekä käyttötaso (12 %) että ongelmakäyttötaso (0,9 - 1,3 %) ovat korkeimmat. Haittojen osalta (huumesairaudet, -kuolemat tai huumehoitoon asiakkaat) sama ikäluokka on myös kärjessä, tosin pieniä tasaantumisen merkkejä näkyy kaikkein alhaisimman ikäluokan osuuksissa (alle 20 -vuotiaat). Huumeiden vastaisessa työssä vuoden aikana on korostettu varhaista puuttumista syrjäytymisvaarassa olevien nuorten tilanteeseen, korvaushoidon ja terveysneuvonnan toimipisteiden alueellisen kattavuuden lisäämistä, huumausaineen käyttörikos -tuomioihin liittyvää hoitoon ohjausta ja vankilasta vapautuneiden hoitoketjuja sekä katutason valvonnan ja sosiaalityön verkostoyhteistyötä.</p> <p>Suomessa oli vuonna 2003 noin 600 korvaushoidossa olevaa potilasta, joista noin 450 sai buprenorfiinilääkehoitoa. Eriyisesti pääkaupunkiseudulla on joutunut jonottamaan buprenorfiinihoitoon. Buprenorfiinilääkehoito on Suomessa tarkasti säädeltyä ja lääkehoidossa käytetyn buprenorfiinin ei arvioida ohjautuvan laittomille markkinoille. Kuitenkin buprenorfiini on laajimmin katukäytössä pistämällä käytetty opiaatti. Vuonna 2003 buprenorfiinin vuoksi huumehoitoon hakeutuneiden osuus oli 24 % hoitoon hakeutuneista ja lisäksi todettiin yli 40 buprenorfiinin käyttöön liittyviä kuolemaa.</p> <p>Suomalaisessa oikeusajattelussa ja kriminaalipolitiikassa on 1960-luvun lopulta alkaen pyritty erottamaan hoito ja rangaistus toisistaan. Erityispreventiivisiä toimia on alettu ottaa käyttöön vasta huumerikollisuuden käännyttyä nopeaan nousuun 1990-luvulla. Kuntouttavia toimenpiteitä on alettu enenevästi käyttää osana seuraamusjärjestelmää vuodesta 2000 alkaen. Yhdyskuntaseuraamuksista osa on mahdollista suorittaa päihdekuntoutuksena ja myös vankiloiden päihdeettömiä osastoja on tuntuvasti lisätty. Valmisteltavana on lisäksi laki sopimushoidosta, jonka perusteella päihdeongelmainen lainrikkoja voidaan tuomita tehostettuun huumehoitoon vankilan ulkopuolisessa laitoksessa</p> <p>Suomessa julkiset järjestyshäiriöt ovat perinteisesti liittyneet alkoholin käyttöön ja huumeisiin kytkeytyvät häiriöt ovat olleet suhteellisen harvinaisia. Suomalaiselle huumerikollisuudelle on tyypillistä niiden verhottu luonne. Huumerikollisuudet ovat piiloutuneet yksityisasuntoihin. Säilönotot, väkivalta, ja ryöstörikollisuus kytkeytyvät lähinnä alkoholin käyttöön. Laittomien huumausainekäyttö on kielletty rikoslain, jonka perusteella siihen voidaan aina puuttua, riippumatta siitä, onko kyse yleisellä paikalla tai yksityisissä tiloissa tapahtuvasta käytöstä. Rikoslain säännöksiä huumausainekäyttöön liittyvistä rikoksista pannaan täytäntöön myös suhteellisen ankarasti.</p>		
<b>Avainsanat</b> huumausaine, huume, huume politiikka, huumetilanne, hoito, ehkäisy, valvonta, buprenorfiini, vankila, järjestyshäiriö.		
<b>Muut tiedot</b> (verkkójulkaisun osoite) <a href="http://www.stakes.fi/verkkojulk/">http://www.stakes.fi/verkkojulk/</a>		
<b>ISSN</b> 1455-7460	<b>ISBN</b> 951-33-1163-5	
<b>Kokonaissivumäärä</b> 110	<b>Kieli</b> Suomi	<b>Hinta</b> mk (sis. alv)
<b>Jakaja ja myyjä</b> Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, puh. (09) 3967 2190 tai automaatti (09) 3967 2308, faksi (09) 3967 2450		

## SISÄLLYS

ESIPUHE .....	2
KUVAILULEHTI .....	3
SISÄLLYS .....	4
HUUMETILANTEEN JA HUUMEIDEN VASTAISTEN TOIMIEN KEHITYSPERUSTA .....	6
HUUMETILANNE .....	6
Huumeiden kokeilu ja käyttö .....	6
Huumeiden ongelmakäyttö .....	7
Huumeisiin liittyvät terveyshaitat .....	8
Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat .....	10
Huumemarkkinat .....	11
HUUMEIDEN VASTAISET TOIMET .....	12
Huumausainelainsäädäntö .....	13
Huumausainepolitiikka .....	13
Huumeiden vastainen ehkäisevä työ .....	14
Huumehoito .....	15
Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen .....	16
Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen .....	17
Huumausaineisiin liittyvä laillisuusvalvonta .....	18
Huumekustannukset .....	19
OSA A UUDET KEHITYSSUUNTAUKSET .....	20
1. Huumausainepolitiikka ja -lainsäädäntö .....	20
1.1 Huumepolitiikka .....	22
1.1.1 Huumeiden vastainen ehkäisevä työ .....	22
1.1.2 Huumehoito .....	22
1.1.3 Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen .....	23
1.1.4 Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen .....	24
1.1.5 Huumeisiin liittyvä laillisuusvalvonta .....	25
1.2. Huumausainelainsäädäntö .....	27
1.2.1. Huumausainelaki .....	27
1.2.2. Huumausaineisiin liittyvä muu lainsäädäntö .....	27
1.2.2.1 Huumeisiin liittyvä ehkäisevä työ .....	27
1.2.2.2 Huumehoito .....	29
1.2.2.3 Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen .....	29
1.2.2.4 Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen .....	30
1.2.2.5. Huumeisiin liittyvä laillisuusvalvonta ja huumetarjonnan rajoittaminen .....	30
1.3 Huumekustannukset .....	31
1.4 Mielipiteet huumeista .....	33
2. Huumeiden kokeilu ja käyttö .....	34
2.1. Huumeiden käyttö koko väestössä .....	35
2.2 Koululaisten huumeiden käyttö .....	36
2.3 Huumeiden käyttö väestön erityisryhmissä .....	37
2.4 Asenteet huumeisiin ja huumeiden käyttäjiin .....	37
3. Huumeiden vastainen ehkäisevä työ .....	39
3.1 Yleinen ehkäisevä huumetyö .....	40
3.2 Kohdennettu ehkäisevä huumetyö .....	42
4. Huumeiden ongelmakäyttö .....	43
4.1 Ongelmakäyttäjien määrän arviot .....	44

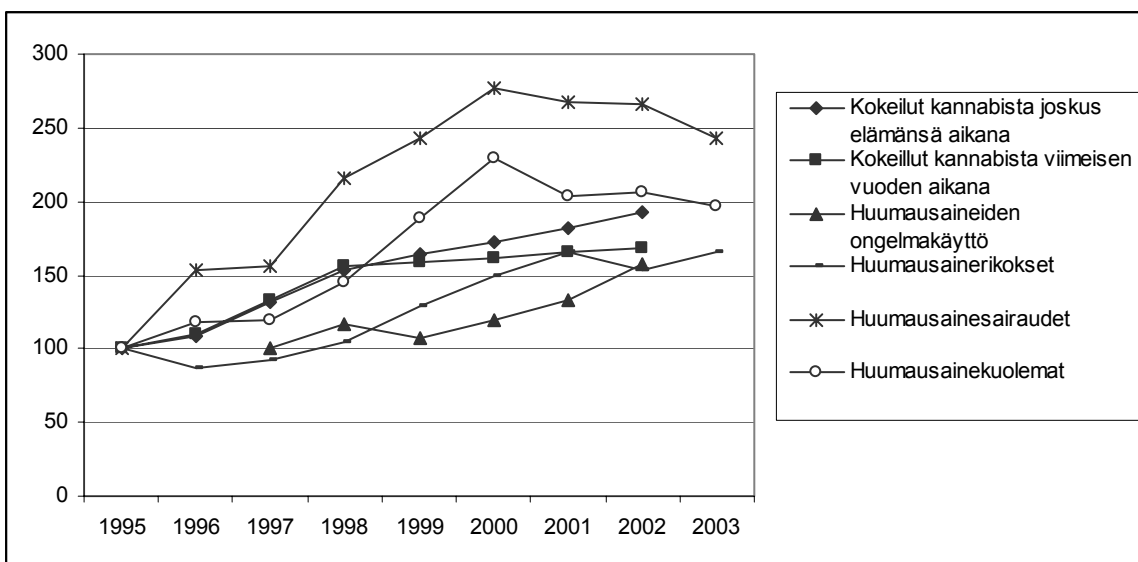
4.2 Huumehoidon asiakaskunta.....	46
4.3 Huumeiden ongelmakäyttö ja -käyttäjät muiden tutkimusten mukaan .....	49
5. Huumehoito .....	50
5.1 Huumehoidon hoitojärjestelmät .....	51
5.2 Huumehoito yleensä - erityisesti lääkkeetön huumehoito .....	54
5.3 Korvaus- ja ylläpitohoito.....	55
6. Huumeisiin liittyvät terveyshaitat.....	56
6.1. Huumekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus.....	57
6.2 Huumeisiin liittyvät tartuntataudit.....	57
6.3 Huumeisiin liittyvät oheissairaudet .....	59
6.4 Muut huumeisiin liittyvät terveyshaitat ja niiden seuraukset .....	60
7. Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen.....	60
7.1 Huumekuolemien ehkäisy.....	61
7.2 Huumeisiin liittyvien tartuntatautiin ehkäisy ja hoito.....	61
7.3 Huumeisiin liittyvän monihäiriöisyyden ehkäisy ja hoito.....	63
7.4 Muiden terveyshaittojen ehkäisy ja hoito .....	63
8. Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat.....	63
8.1 Sosiaalinen syrjäytyminen .....	64
8.2 Huumeisiin liittyvä rikollisuus.....	64
8.3 Huumeiden käyttö vankiloissa .....	66
8.4 Huumeiden aiheuttamat yhteiskunnalliset kustannukset .....	67
9. Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen.....	67
9.1 Sosiaalinen kuntoutus.....	68
9.2 Huumerikollisuuden ehkäisy .....	69
10. Huumemarkkinat.....	73
10.1 Huumeiden saatavuus ja tarjonta .....	73
10.2 Huumausainetakavarikat .....	75
10.3 Huumausaineiden hinta ja laatu .....	76
11. Huumeisiin liittyvä laillisuusvalvonta .....	76
11.1 Huumevalvontajärjestelmä .....	77
11.2 Oikeusjärjestelmän toiminta.....	77
11.3 Valvontamenetelmät ja tekniset apuvälineet.....	78
11.4 Tiedustelu ja tietojärjestelmät .....	78
B VUODEN 2004 HUUMEVUOSIRAPORTIN ERITYISTEEMA-ARTIKKELIT .....	80
12. BUPRENORFIINILÄÄKEHOITO JA BUPRENORFIININ ONGELMAKÄYTTÖ.....	80
12.1. Buprenorfiinilääkehoito.....	80
12.2. Buprenorfiinin ongelmakäyttö.....	83
13. VANKILAN VAIHTOEHDOT HUUMEITA KÄYTTÄVILLE LAINRIKKOJILLE.....	87
13.1 Poliittiset ja rakenteelliset reunaehdot .....	87
13.2. Lainsäädäntö .....	88
13.3 Rikosten seuraamukset .....	90
13.4 Kuntoutus osana rangaistusten täytäntöönpanojärjestelmää .....	91
13.5 Arviointia ja kehittämistarpeita .....	92
14. HUUMEET JA YLEINEN JÄRJESTYS .....	94
14.1 Määritelmät.....	94
14.2. Toimenpiteet huumeisiin liittyvien häiriöiden vähentämiseksi.....	98
14.3. Huumeiden aiheuttamien häiriöiden vastaisen työn mittarit.....	100
15. LÄHDELUETTELO .....	102
16. KUVIOT JA TAULUKOT .....	113

# HUUMETILANTEEN JA HUUMEIDEN VASTAISTEN TOIMIEN KEHITYSPERUSTA

## HUUMETILANNE<sup>1</sup>

Huumetilanteen kehitystä kuvaa seuraava aikasarja, jonka mukaan siirryttäessä 2000-luvulle huumausainekysynnän, -tarjonnan ja muiden haittojen indikaattorien koko 1990-luvun jatkunut kasvutrendi näyttäisi ensimmäisiä tasaantumisen merkkejä.

**Kuvio 1. Huumeiden käytön ja huumehaittojen kehityssuuntaukset 1995-2003 (1995 = 100)**

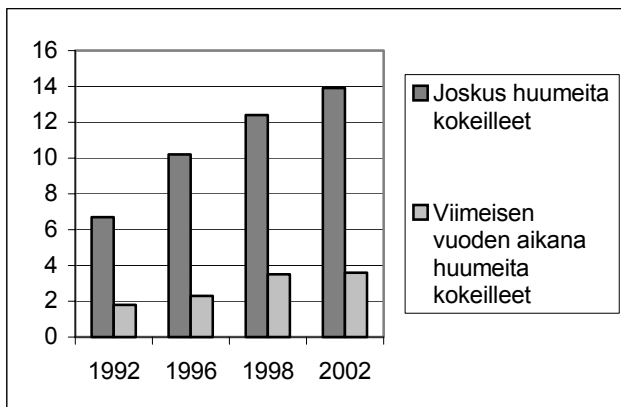


## Huumeiden kokeilu ja käyttö

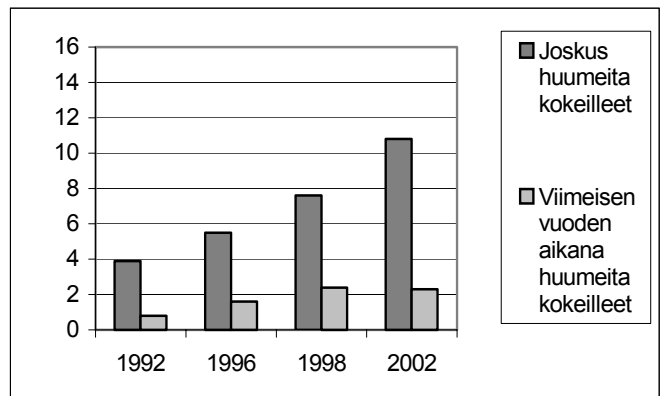
Tutkimusten mukaan 1990-luvun huumetrendi lähti voimakkaammin liikkeelle miesten keskuudessa kun taas naisilla kasvuvauhti kiihtyi vasta vuosikymmenen puolen välin jälkeen. Vuoden aikana käyttäneiden osuus kasvoi vuoteen 1990-luvun loppuun asti, minkä jälkeen kasvukäyrässä on näkyvissä selvä tasoittuminen.

<sup>1</sup> Ks. Virtanen 2004, Osa II, luvut 2-5. Uusimmat tiedot tämän julkaisun osassa A, "uudet kehityssuunnat". Luvun kuvioiden ja taulukkojen lähteistä tarkemmin, ks. luku 16, "kuvat ja taulukot".

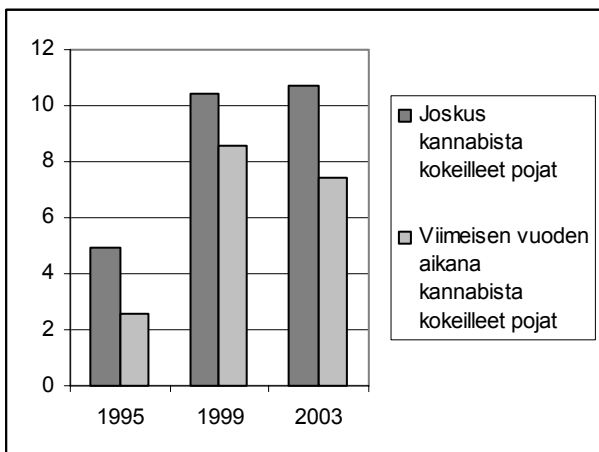
**Kuvio 2a** Joskus tai vuoden aikana huumetta kokeilleiden miesten (15-69 -v.) osuus (%)



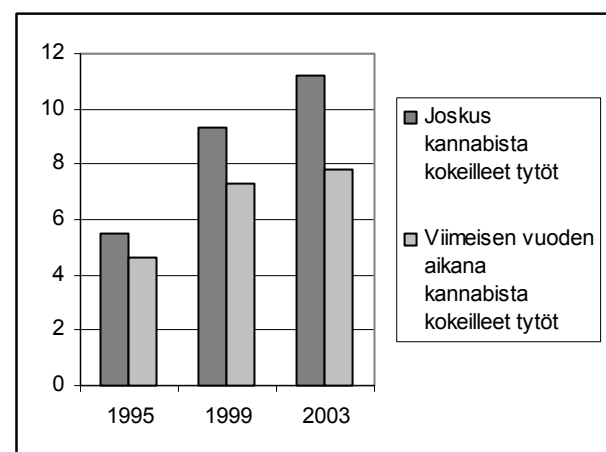
**Kuvio 2b** Joskus tai vuoden aikana huumetta kokeilleiden naisten (15-69 -v.) osuus (%)



**Kuvio 3a** Joskus tai viimeisen vuoden aikana kannabista kokeilleiden poikien (15-16 -v.) osuus (%)



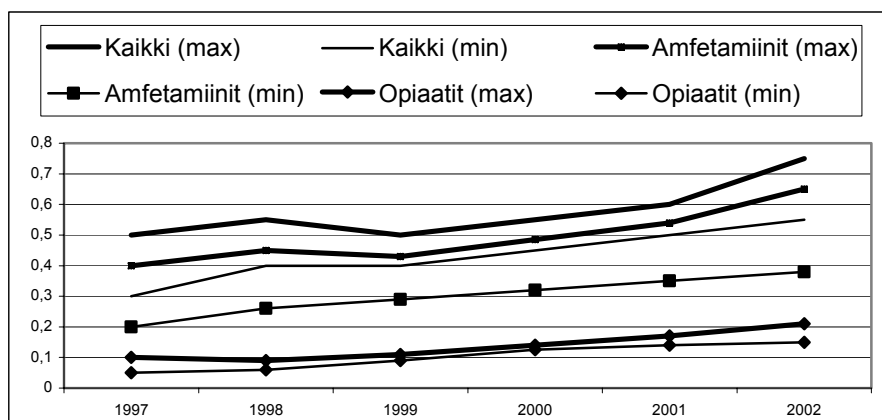
**Kuvio 3b** Joskus tai viimeisen vuoden aikana kannabista kokeilleiden tyttöjen (15-16 -v.) osuus (%)



## Huumeiden ongelmakäyttö

Ongelmakäyttöön johtava haittojen kasaantuminen samoille henkilöille ilmenee esimerkiksi hoitoon hakeutumisessa 3 - 5 -vuoden viiveellä ongelmapäihteen käytön aloituksesta. Ongelmakäyttäjien määrän kasvu 2000-luvun alussa näyttäisi seuraavan viimeaikaista arviota huumeiden käytön kehityksen viiveellä tapahtuvista vaikutuksista huumeiden ongelmakäyttöön

**Kuvio 4. Ongelmakäyttäjien (amfetamiinien ja opiaattien) käyttäjien osuus 15-55-vuotiailla (%) 1997 - 2002**



Päihdehuollon erityispalveluyksiköistä kerättyjen huumehoitotietojen perusteella voidaan puolestaan päätellä ongelmakäyttäjien profiilin kehittymistä, missä merkittävimpänä muutoksena tulee esiin buprenorfiinin ongelmakäyttö, joka muutaman vuoden sisällä on syrjäyttänyt heroisiin lähes kokonaan.

**Taulukko 1. Huumausaineiden ja lääkeaineiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden päihteiden käyttö (% -osuus asiakaskunnasta) vuosina 2000 - 2003**

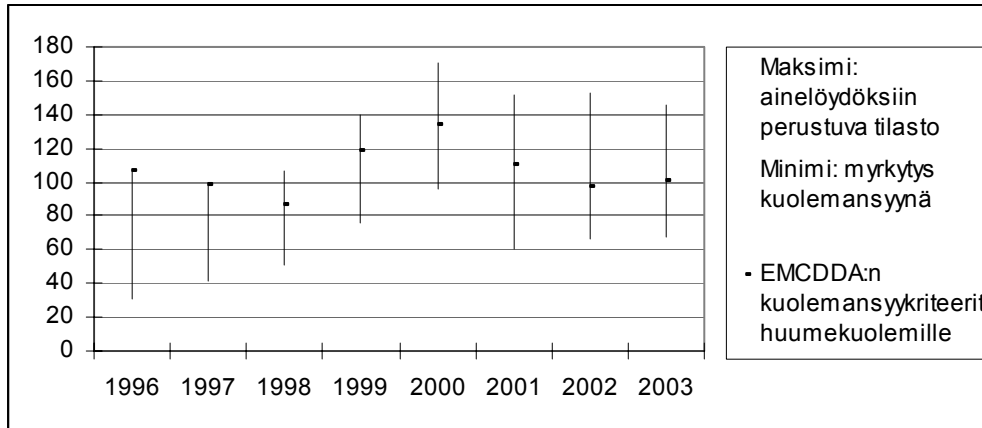
Päihderyhmä	1. Ongelmapäihteenä				1.-3. Ongelmapäihteenä			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
<b>Opiaatit</b>	29	28	28	31	38	40	39	43
- heroini	20	13	6	3				
- buprenorfiini	7	12	20	24				
<b>Stimulantit</b>	28	26	28	28	56	55	58	57
<b>Kannabis</b>	17	20	18	16	59	62	60	58
<b>Alkoholi (+ huume)</b>	18	19	20	19	37	41	42	40
<b>Rauhoittavat lääkkeet</b>	5	6	5	6	27	30	32	36

## Huumeisiin liittyvät terveyshaitat

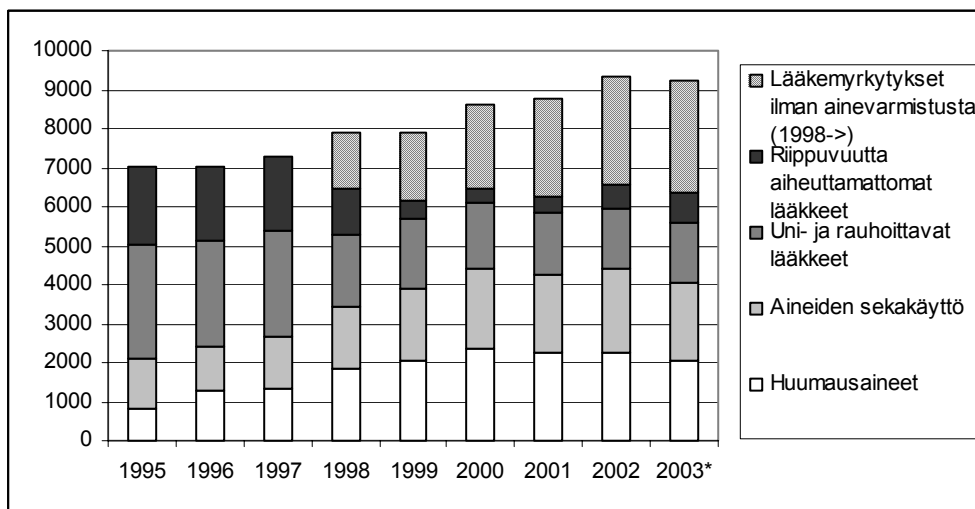
Huumausaineiden terveyshaitoista kuolemien osalta näkyy myös käyttölukujen nousun viive. Kuolemien osalta kuitenkin keskeinen kuolemansyy ovat myrkytyskuolemat, jotka reagoivat hyvin nopeasti esimerkiksi markkinoille tulleisiin uusiin aine-eriin tai nopeisiin muutoksiin käyttötavoissa (pistoskäytön yleistymisen). Sen sijaan sairaaloiden hoitajaksoissa pidempiaikainen kehitystrendi tulee selvästi esiin, vaikka luvuista ei voikaan arvioida ongelmakäyttäjien määrää, sillä ongelmakäyttäjien

hoito tapahtuu yhä laajemmin päihdehuollon erityispalveluyksiköissä. Viime aikoina esiin ovat nousseet yhä laajemmin myös huumeiden ongelmakäyttöön liittyvät mielenterveysongelmat.

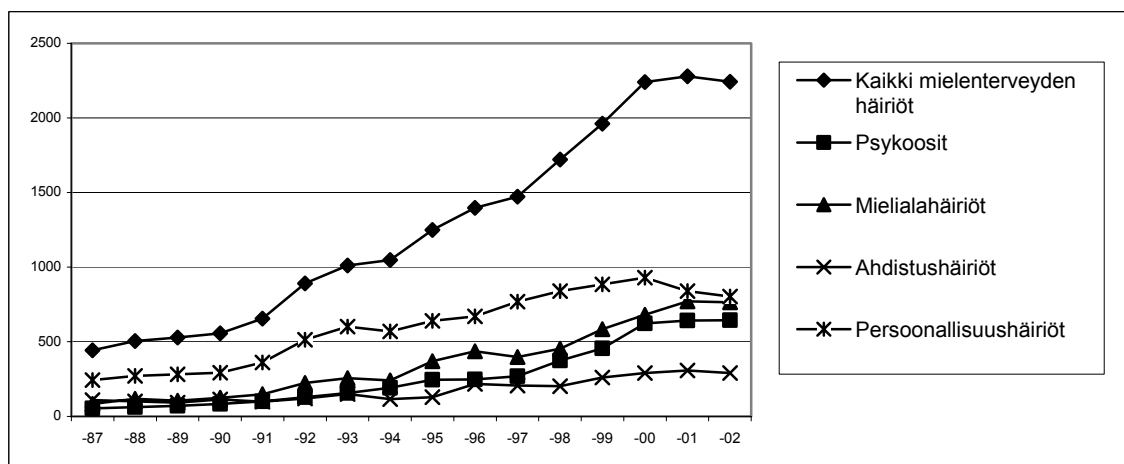
**Kuvio 5. Huumausainekuolemat kuolemansyiden ja ainelöydösten perusteella 1995 - 2003**



**Kuvio 6. Huumausaine- ja lääkeaine-ehtoiset sairaalahoitojaksot aineittain 1995-2003**



**Kuvio 7. Huumausainediagnoosien kanssa yhdessä esiintyvät mielenterveyden häiriöiden diagnoosit sairaaloiden hoitoilmoitusten mukaan vuosina 1987 - 2002**



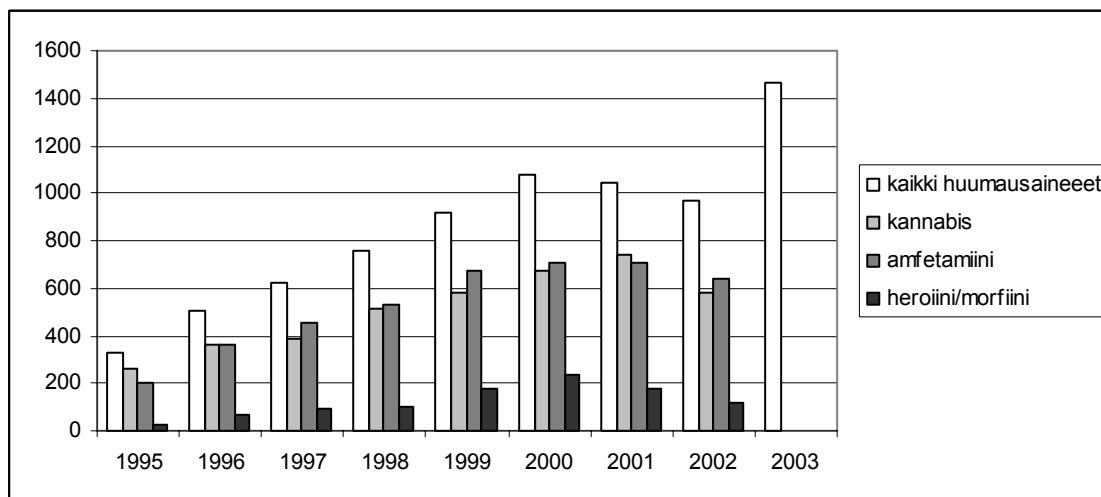
## Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat

Huumausaineisiin liittyvistä sosiaalisista haitoista keskeisin on syrjäytyminen eri ilmenemismuodoissaan. Huumeiden ongelmakäyttäjät ovat selvästi huono-osaisempia koulutuksen, työllisyyden ja asunnottomuuden osalta. Keskeinen sosiaalista syrjäytymistä kuvaava muuttuja on myös huumeisiin liittyvä rikollisuus joko suoraan huumerikosten tai välillisesti muiden rikosten (rattijuopumus) osalta. Suomessa huumausaineiden käyttö on rangaistava teko ja monet rikoksista liittyvät juuri tähän rikostyyppiin ja samalla kertovat epäsuorasti käytön laajuuden trendeistä. Syrjäytymistä paremmin kuvaava trendi saadaan varsinaisista tai törkeistä huumausainerikoksista, sillä ne liittyvät sekä toistuvaan huumeiden (ongelma)käyttöön että huumetarjontaan, salakuljetuksen ja levityksen muodossa. Jälkimmäistä sivuaa myös huumausainerikoksista vankilaan tuomittujen määrän kehitys. Kaikkien edellä mainittujen mittarien osalta on nähtävissä huumeiden kokeilukäyttöä (ja monia muita huumehaittoja) vastaava kasvutrendi 1990-luvun lopulla ja tasaantumiskehitys 2000-luvun alussa.

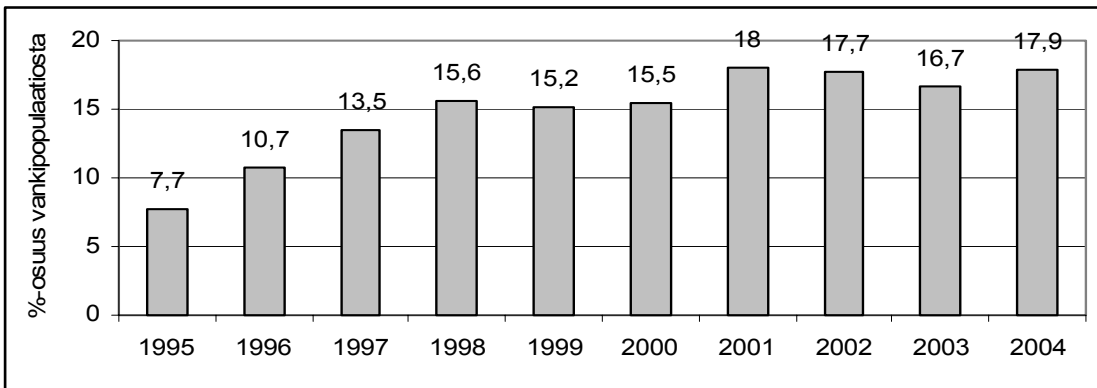
**Taulukko 2. Poliisin ja tullin tietoon tulleet huumausainerikosilmoitukset vuosina 1995 - 2003**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003*
Huumausainerikokset yhteensä	9052	7868	8323	9461	11647	13445	14869	13857	15058
Huumausainerikos	8654	7132	7781	8910	10701	12687	12092	5821	5202
Huumausaineiden käyttörikos							1899	7240	9084
Törkeä huumausainerikos	390	728	529	539	958	741	859	760	742
Huumausainerikoksen valmistelu ja edistäminen	8	8	13	12	15	17	19	36	30

**Kuvio 8. Huumausainelöydökset tieliikenteessä huumaantuneina ajamisesta epäillyiltä 1995-2003**



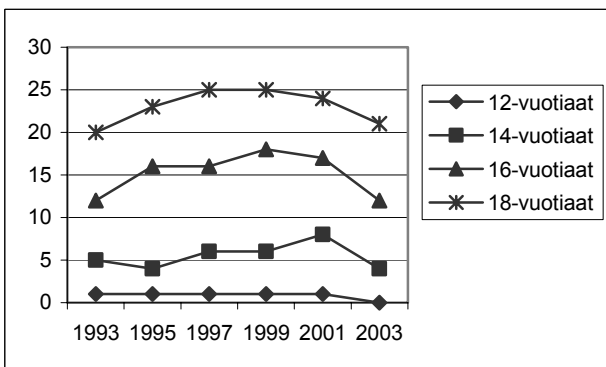
**Kuvio 9. Huumausainerikos päärikoksena istuvien vankien osuus vankilaskennassa vuosittain 1995-2003**



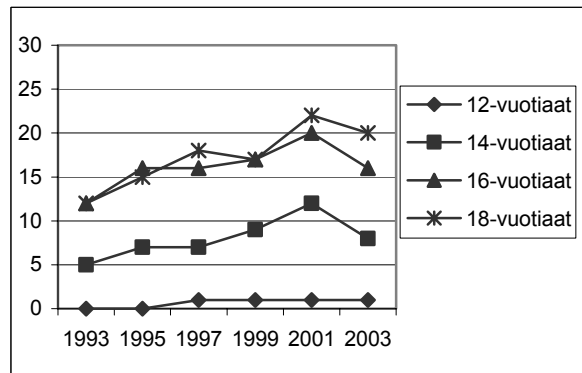
### Huumemarkkinat

Yksi syy huumekekeiluihin, käyttöön ja ongelmakäyttöön on huumemarkkinoiden tila, joka tulee esiin henkilökohtaisesti kohdatun huumetarjonnan ja huumetakavarikkojen avulla. Myös näiden mittarien osalta oli nähtävissä lisääntymistrendi 1990-luvun lopulla ja tarjonnan tasaantuminen 2000-luvun alussa.

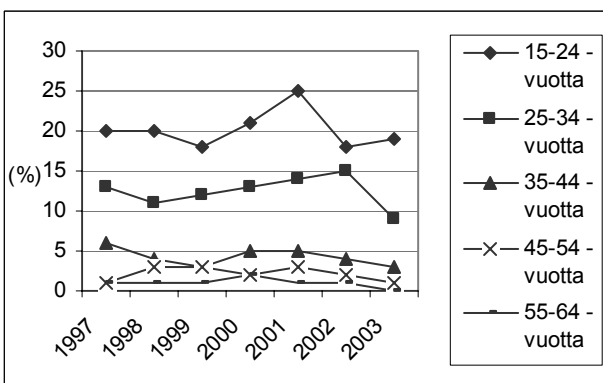
**Kuvio 10a Huumeiden tarjonta (%) pojille vuoden aikana**



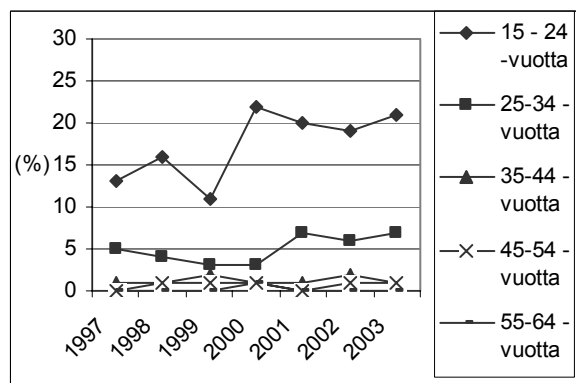
**Kuvio 10b Huumeiden tarjonta (%) tytöille vuoden aikana**



**Kuvio 11a Huumeiden tarjonta (%) miehille vuoden aikana**



**Kuvio 11b. Huumeiden tarjonta (%) naisille vuoden aikana**



**Taulukko 3. Poliisin ja tullin vuosina 1995 - 2003 takavarikoiduiksi kirjaamat huumausaineerät**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hasis	147,51	99,44	197,66	160,97	492,32	196,54	589,6	482,3	423
Marihuana	4,27	3,51	12,15	8,01	18,17	13,82	16,1	32	45
Amfetamiinit	20,12	22,14	22,2	24,78	71,26	79,56	137,3	129,2	114,6
Kokaiini	0,07	0,07	0,12	1,99	1,7	38,58	6,5	0,4	1,1
Khat*	68,11	264,5	249,01	103,94	374,1	348,41	664,5	1039,4	1879
Heroiini	16,12	6,45	2,4	1,97	2,88	6,03	7,5	3,1	1,6
Subutex (pillereitä)	-	-	223	1175	2898	12951	38200	18 700	37284
Ekstaasi (pillereitä)	3750	1011	3062	3320	17665	87393	81228	45 065	35216
LSD (pillereitä)	500	41	323	301	50	2355	1026	4679	1460

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

**Taulukko 4. Poliisin ja tullin kirjaamien huumausainetakavarikkojen lukumäärät vuosina 1995-2003**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hasis	1235	1312	1686	1997	2259	2482	4011	3012	2796
Marihuana	-	-	385	382	463	663	1223	1275	1712
Amfetamiinit	696	972	1352	1641	1956	2369	3778	3399	3687
Kokaiini	-	15	16	24	49	40	55	45	49
Heroiini	82	145	153	210	342	437	558	145	90
Subutex	-	-	-	-	-	-	727	741	1008
Ekstaasi	-	52	74	57	159	393	465	329	316
LSD	-	14	14	-	15	34	14	10	20

## HUUMEIDEN VASTAISET TOIMET <sup>2</sup>

Huumausaineiden vastainen toiminta perustuu suurelta osin pitkän aikavälin toimenpidevalintoihin sekä näitä valintoja ohjaaviin rakenteisiin. Keskeiset huumetyön rakenteet määräytyvät huumausainelainsäädännössä ja huumausainepolitiikkaa ohjaavissa strategioissa sekä toimintaohjelmissa.

Huumeiden vastaisten toimien (ehkäisevä työ, hoito, haittojen vähentäminen, huumevalvonta) painopisteet konkretisoituvat edellä mainittuihin rakenteisiin liittyvien tehtävien toimeenpanossa. Merkittävän reunaehdon toiminnalle antavat myös toimenpidekokonaisuuteen liittyvät resurssit.

<sup>2</sup> Vrt. Virtanen 2004. Osat I ja III, luvut 9-12 ja 16. Uusimpien tietojen osalta katso luku A. "uudet kehityssuuntaukset"

## Huumausainelainsäädäntö

Huumausainelaisissa (1289/1993) säädetään kansainvälisiin sopimuksiin perustuvista huumausainevalvonnan pääperiaatteista. Huumausainelakiin liittyvässä huumausaineasetuksessa (1603/1993) säädetään yksityiskohtaisemmin huumausaineiden laillisesta viennistä sekä tuonnista. Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä (1709/1993) määrätään huumausaineista ja huumausaineiden valmistuksessa käytettävistä aineista. Myöhemmin lainsäädäntöä on tarkistettu siten, että se vastaa EU:ssa voimassa olevia huumausaineiden lähtöaineiden valvontasäännöksiä sekä YK:n huumausainelistoissa tehtyjä muutoksia. Huumausainerikoksista määrätään rikoslaisissa (1303/1993), jonka mukaan huumausainerikokset jaetaan huumausainerikokseen, sen valmisteluun tai sen edistämiseen (maksimirangaistus 2 vuotta vankeutta) sekä törkeään huumausainerikokseen (vankeustuomiot 1 - 10 vuotta). Vuonna 2001 tehtiin rikoslain muutos (654/2001), jonka mukaan määriteltiin huumausaineen käyttörikos (maksimirangaistus ½ vuotta vankeutta).

Opioidiriippuvaisten korvaus- ja ylläpitohoidosta annettiin sosiaali- ja terveysministeriön määräys vuonna 1997, minkä jälkeen lainsäädäntöä on muutettu siten, että nykyisin voimassa on korvaus- ja ylläpitohoitoa koskeva asetus 289/2002. Lisäksi huumausaineista säädetään mm. laeissa rahanpesusta, rattijuopumuksesta, rangaistuksen täytäntöönpanosta, pakkokeinolaissa, poliisilaissa, raittiustyölaissa, päihdehuoltolaissa, lastensuojelulaissa sekä kansanterveyslaissa.

## Huumausainepolitiikka

Valtioneuvosto teki 5.10.2000 periaatepäätöksen huumausainepolitiikan tehostamisesta Suomen vuoden 1997 ensimmäisen huumausainestrategian pohjalta. Päätöksessä esitetyillä toimenpiteillä pyrittiin vähentämään sekä huumausaineiden kysyntää että tarjontaa. Pyrkimyksenä oli pysäyttää huumausaineiden käytön ja huumausainerikollisuuden kasvu. Kansallisen huumausainepoliittisen ohjelman koordinoitua, toimeenpanoa ja seuranta varten valtioneuvosto asetti huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän, joka koostui keskeisten ministeriöiden sekä näiden alaisten virastojen edustajista. Koordinaatioryhmälle annettiin lisätehtäväksi valmistella toimenpideohjelma huumausainepolitiikan tehostamiseksi vuosiksi 2001 - 2003.

Huumestrategiaan liittyen vuonna 2000 valmistui nuorten huumeiden käytön ehkäisytoimikunnan mietintö ja vuonna 2001 huumehoitotyöryhmän mietintö. Lisäksi poliisi on tuottanut huumausai-

neiden vastaisen strategiansa (2002) vuosiksi 2003 - 2006 ja vankeinhoitolaitos (2002) päihdestrategiansa (osat I - III), joiden keskeisenä osana on valvonnan ohella kysynnän vähentäminen. Myös tullin on tuottanut huumausainestrategian vuosille 2002 - 2005 ja lisäksi on tuotettu poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen yhteinen PTR-huumausainestrategia

Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelmassa (2003) huumeiden osalta esitetään seuraavaa: (1) Hallitus valmistelee huumausainepoliittisen toimenpideohjelman vuosille 2004 - 2007, (2) ennalta ehkäisevää päihde- ja huumetyötä vahvistetaan, (3) huumausaineiden täyskieltoon pohjautuvaa huumausainepolitiikkaa tehostetaan tavoitteena huumausaineiden käytön ja leviämisen ehkäiseminen sekä huumausainerikosten ja huumausaineisiin liittyvän muun rikollisuuden vähentäminen, ja (4) kansalaisten turvallisuuden lisäämiseksi laaditaan kattava, sektorirajat ylittävä sisäistä turvallisuutta käsittelevä ohjelma. Toimenpideohjelma valmistui vuoden 2004 alussa.

## **Huumeiden vastainen ehkäisevä työ**

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

Koulujen opetussuunnitelmauudistus tukee terveys- ja laillisuuskasvatuksen laadun kehittämistä sekä yhteistyömallien luomista kodin ja koulun sekä muiden keskeisten toimijoiden välille. Eduskunta on säätänyt lain, jonka mukaan perusopetukseen tuli mukaan uusi oppiaine "terveystieto" (453/2001). Vastaavasti terveystieto on lakimuutoksella erotettu omaksi oppiaineeksi sekä lukiossa että ammatillisissa oppilaitoksissa. Päihteiden ehkäisyyn liittyvät kysymykset ovat keskeisiä terveystiedossa opetettavia sisältöalueita. Huumeiden osalta vuonna 2001 käynnistettiin koko maan kattava, laaja opettajien täydennyskoulutusohjelma Koulutusohjelma toteutetaan tiiviissä yhteistyössä paikallistasolla päihteiden ehkäisystä vastaavien viranomaisten ja eri yhteistyöjärjestöjen kanssa.

Nuorten varhaisen puuttumisen toimintamallina ja mahdollisen syrjäytymiskehityksen katkaisemiseksi niille, jotka ovat vaarassa jäädä ilman jatkokoulutusta, on kehitetty nuorten työpajatoimintaa.

Pyrkimyksenä on tukea nuorten ammatillisia valmiuksia rakentamalla siltaa koulutuksen ja työelämän välille. Sosiaalisten taitojen opettelu ja itsenäistymisen hahmottaminen ovat pajojen tavoitteita ja niitä pidetään myös nuorisotyön ja muun yhteiskuntatyön osana, esimerkiksi ammattikoulutuksen keskeyttäneille.

Ehkäisevässä työssä painopisteenä ovat olleet nuoret, joita on lähestytty painottamalla oman elämän hallinnan taitojen kehittämistä, nuorten omaehtoista osallistumista sekä uusien medioiden käyttöä huumeiden vastaisessa työssä. Erityisesti nuorille on kehitetty huumeiden telemaattisia palveluja: huumeetietopalveluja, keskustelufoorumia sekä oman päihdetilanteen anonyymejä testauspalveluja. Vuosina 2001 - 2003 toteutettiin ensimmäinen valtakunnallinen huumeetiedotuksen kampanja. Kampanjaan liittyi myös laaja seuranta tutkimus.

## Huumehoito

Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava päihdehuollon järjestämisestä siten, että palvelut vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa esiintyvää tarvetta. Päätehtävänä pidetään kaikkia päihtymistarkoituksessa käytettäviä aineita: alkoholia, korvikkeita, lääkkeitä ja huumeita. Sosiaali- ja terveydenhuollon on kehitettävä yleisiä palveluja niin, että ne kykenevät vastaamaan päihdehuollon tarpeisiin, ja annettava tarvittaessa erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Päihdehuollon erityis- palvelujärjestelmä koostuu avohoidollisista vastaanotoista (A-klinikat, nuorisoasemat), lyhytaikaisesta laitoshoidosta (katkaisuhoidon asemat), kuntoutusyksiköistä ja tukipalveluista (päiväkeskukset ja tukiasunnot) sekä vertaistukitoiminnasta. Kehittämistyötä varten on luotu päihdehuollon palvelujen laatusuosituksen. Päihdehuollon erityis- palvelujen ohella entistä enemmän päihdeongelmista hoidetaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa, joita ovat sosiaalitoimistot ja lastensuojelu, mielenterveys- toimistot, terveyskeskusten vastaanotot ja vuodeosastot, sairaalat ja psykiatriset sairaalat.

Hoitolinjassa on painottunut matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen ja tähän liittyvä koulutus. Tarkoituksena on saada mahdollisimman aikaisessa vaiheessa huumeongelmaiset hoitojärjestelmän piiriin. Suomalaisessa järjestelmässä korostetaan edelleen, että pelkät hoitotoimet eivät ole useinkaan riittäviä, vaan päihdeongelmaista tulee tarvittaessa auttaa ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia. Varsinaisessa huume- hoidossa on käytetty sekä perinteisiä lääkkeettömiä hoitoja että suomalaisen järjestelmään uusia, korvaus- ja ylläpito- hoitoja. Erityisesti jälkimmäisten hoitokäytäntöjen kehittämisen on selkeästi panostettu uuden asiasta annetun lainsä-

dännön myötä. Vuosien 2002 - 2003 valtioneuvosto toteutti 15 miljoonan euron suuruisen panostuksen huumehoitojärjestelmän alueelliseksi kehittämiseksi asiaa tarkastelleen työryhmän ehdotusten pohjalta.

## **Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen**

Huumeista aiheutuvien terveyshaittojen ehkäisyssä keskeinen toimintakeino on etsivä päihdetyö, jossa työ ulotetaan arkiseen toimintaympäristöön, ja ongelmakäyttöön sekä siihen liittyviin haittoihin pyritään tarttumaan siellä missä ne ilmenevät. Suomessa toiminnan kohde on perinteisesti ollut suppea, lähinnä nuoret suurkaupungeissa perjantai-iltana.

Huumeiden käyttäjien keskuudessa vuonna 1998 alkanut HIV-epidemia nosti julkisuuteen huumeiden pistoskäytön välityksellä leviävien tartuntatauti-ehkäisyn tärkeyden. Vuonna 1997 koeluontoisena Helsingissä alkaneesta huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteiden toimintamallista saatiin hyvä pohja toiminnan laajentamiselle myös muualla Suomessa. Terveysneuvontapisteissä huumeiden käyttäjät voivat vaihtaa käytetyt ruiskut ja neulat puhtaisiin. Keskeinen osa toimintaa on myös terveysneuvonta huumeiden käyttöön liittyvistä tartuntataudeista ja muista vakavista käyttöön liittyvistä riskeistä, kuten yliannostuksista sekä seksiteitse leviävistä tartuntataudeista. Terveysneuvontapisteiden toiminta on niiden palveluja käyttäville maksutonta ja asiointi tapahtuu nimettömänä.

Huumeiden käyttöön liittyvät psykiatriset oheissairaudet ovat lisääntyneet 1990-luvun alusta nelinkertaisesti. Huumausainepoliittisia tai hoitojärjestelmän kehittämistä koskevia selontekoja ja kannanottoja on toimitettu erityisesti 1990-luvun loppupuolella, mutta nämä ovat keskittyneet ensisijassa huumausaineongelmien ehkäisyyn tai huumeriippuvuuden lääkkeelliseen hoitoon, eikä muiden mielenterveyden häiriöiden myötä moniongelmaisen potilasryhmän ongelmiin. Pohdinnan kohteena on, pitäisikö huumausaineriippuvuuden ja muiden psykiatristen häiriöiden myötä hoitoa tarvitsevien hoitoon keskittää erityisosaamista omiin yksiköihinsä. Muita huumeiden aiheuttamia terveyshaittoja (kuolemia, tapaturmia) on pyritty ehkäisemään erityisesti liikenneturvallisuuskampanjoiden yhteydessä..

## Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen

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

Poliisin huumausaineiden vastaisessa strategiassa 2003 - 2006 (2002) korostetaan, että poliisin valvonta- ja tutkintatoiminnan yhteydessä tapaamalle huumausaineiden käyttäjälle annetaan aina hoitoonohjausta ja että asianmukainen hoito tulee olla huumausaineiden ongelmakäyttäjän rangaistusseuraamuksen todellinen vaihtoehto.

Vankeinhoollossa on valmistettu monipuolisesti erilaisia päihdetyön palvelutuotteita vankilassa oleville ja sieltä vapautuville huumeiden käyttäjille yhteistyössä alan keskeisten järjestöjen kanssa. Vankiloiden päihdeohjelmista voidaan rakentaa yksilöllinen kuntoutusjatkumo aina kuntoutustarpeen arvioinnista vangin vapauteen integrointiin. Nykyään päihdeettömyyttä tukevia päihdekuntoutusohjelmia ja sopimusosastoja on lähes kaikissa laitoksissa. Päihdekuntoutusohjelmia järjestetään myös avolaitoksissa. Jos vangille on aloitettu opioaattilääkehoito (metadoni tai buprenorfiini) ennen vankilaan tuloa, hoitoa voidaan jatkaa myös vankilassa yhteistyössä hoidon aloittaneen yksikön kanssa.

Lisäksi on tehty esitykset nuorisorangaistuksen käyttämisestä nuorten hoitoonohjauksen välineenä. Nuorisorangaistus koostuu nuorisopalvelusta (työskentelyohjelmat ja palkaton työ) ja valvonnasta. Aikuisille vaihtoehtoisena seuraamuksena on käytössä yhdyskuntapalvelu. Päihdeongelmaisia ei kuitenkaan yleensä voi tuomita yhdyskuntapalveluun, koska he eivät välttämättä kykene suoriutu- maan siitä. Tämän vuoksi on ehdotettu uutta päihdehoitona suoritettavaa sopimushoidoksi kutsutta-

vaa rangaistusta päihdeongelmallisille rikoksenteijöille, mikä tekisi mahdolliseksi tuomita rikoksesta rangaistuksena hoitoa. Sopimushoitorangaistus olisi tarkoitettu henkilöille, joilla alkoholin tai huumausaineiden ongelmakäyttö on huomattavasti vaikuttanut rikosten tekemiseen.

## **Huumausaineisiin liittyvä laillisuusvalvonta**

Huumeisiin liittyvän valvonnan keskeiset toimijat ovat poliisi, tullilaitos ja lääkelaitos. Poliisin toiminta-alueessa painottuu kaksi osa-aluetta. Paikallisella tasolla keskitytään ensikertalaisten ja erityisesti nuorten rikoksenteijöiden rikolliseksi rekrytoitumisen estämiseen, valtakunnallisella tasolla laajemman ja vakavan rikollisuuden sekä ammattimaisesti toimivien rikoksenteijöiden ja heidän toimintaedellytystensä vähentämiseen. Tullilaitoksen tehtävänä on huumausaineiden laittoman maahantuonnin estäminen ja huumausaineiden laillisen maahantuonnin valvominen. Lääkelaitoksen valvonta-välineitä ovat aineiden laillisen valmistuksen, kaupan, maahantuonnin ja -viennin lupavalvonta. Terveystieteiden tutkimuskeskus valvoo lääkkeinä käytettävien huumausaineiden määräämiskäytäntöjä.

Vuodesta 1999 alkaen toteutettu kansallinen rikostorjuntaohjelma on luonut valtaosaan Suomen kunnista paikallisia yhteistyöverkostoja ja turvallisuussuunnitelmia. Ohjelma on tiivistänyt poliisin ja kunnan viranomaisten sekä elinkeinoelämän, kirkon ja muiden tahojen yhteistyötä rikosten ehkäisemiseksi. Kunnissa yhtenä turvattuun aiheuttavana tekijänä on tuotu esiin nuorten aiheuttamat häiriöt sekä päihteiden käyttö, ja samalla ehdotettu rikostorjuntaohjelman yhdistämistä muihin kuntien (päihde)ohjelmiin.

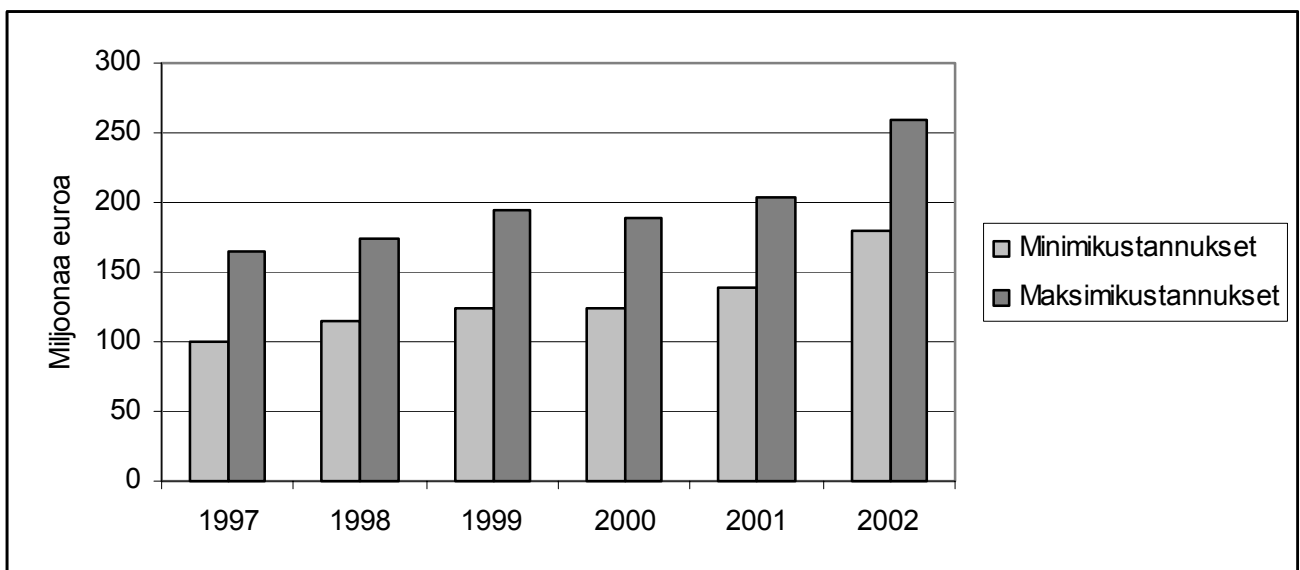
Järjestäytyneen ja ammattimaisen huumerikollisuuden vastaisen toiminnan keskeinen osa ovat ne lainsäädännön kehittämistoimet, joilla valvontavaltuuksia ja -keinoja pyritään lisäämään. Poliisi sai vuoden 2001 alussa uusia, entistä laajempia toimivaltuuksia, joiden perusteella poliisi voi ryhtyä valeostojen tekemiseen sekä ns. peitetoimintaan. Telekuuntelun ja -valvonnan valtuudet lisääntyvät vuoden 2004 alusta. Tullilaitos on saanut osan vastaavista toimivaltuuksista tullilakiin ja myös vankilaviranomaisten toimivaltuuksia huumausainevalvonnassa on lisätty. Nykyään vankilaoloissa vangille voidaan tietyin edellytyksin suorittaa asuintila- ja henkilöntarkastus. Myös yhteistyötä elinkeinoelämän kanssa on pyritty kehittämään sekä rahanpesun (pankki- ja rahoituslaitokset) että lähtöainevalvonnan (kemian yritykset yms.) osalta. Rahanpesun liittyen pankit ja rahoituslaitokset joutuvat raportoimaan epätavallisista rahoitusliikkeistä.

Laajeneva osallistuminen kansainväliseen yhteistyöhön (esimerkiksi lähialueilla) sekä uudet eurooppalaiset Schengenin ja tullin tietojärjestelmät ovat myös tuoneet viranomaisten käyttöön, esimerkiksi huumerikollisuuden ja rahanpesun valvomiseksi uusia yhteyksiä ja tietoja kansainvälisesti organisoidun ammattimaisen huumausainerikollisuuden hallitsemiseksi.

## Huumekustannukset

Huumekustannukset koostuvat huumausaineiden ja lääkeaineiden väärinkäyttöön ja haittoihin liittyvistä kustannuksista terveydelle (sairaalat ym.), sosiaaliselle hyvinvoinnille (päihdehuolto ym.), ja rikollisuuskontrollille (poliisi, vankilat ym.) sekä ehkäisevän työn ja tutkimuksen resursseista. Kustannukset ovat nousseet selvästi 1990-luvun puolesta välistä lähtien huumeiden käytön ja ongelmakäytön lisääntymisen myötä, mutta verrattuna alkoholin aiheuttamiin kustannuksiin ne ovat vielä huomattavasti alhaisemmat (Päihdetilastollinen vuosikirja 2004)

*Kuvio 12. Huumeisiin liittyvät haittakustannukset (minimi-maksimi) Suomessa 1997 - 2002*



## OSA A UUDET KEHITYSSUUNTAUKSET

### 1. Huumausainepolitiikka ja -lainsäädäntö<sup>3</sup>

Huumepolitiikan reunaehdoja ovat kansalliset huumausainepoliittiset strategiat ja toimintaohjelmat, huumausaineisiin liittyvä lainsäädäntö, kansalliset resurssit huumepolitiikan tehostamiseksi sekä julkiset mielipiteet huumepolitiikasta. Tässä luvussa näitä asioita tarkastellaan viiden teeman sisällä. Poliitikka voi kohdentua huumeisiin liittyvään ehkäisevään työhön, hoitotyöhön, terveyshaittojen ehkäisyyn, sosiaalihaittojen ehkäisyyn sekä kontrollitoimiin.

Huumausainepoliittisessa toimintaohjelmassa vuosille 2004 - 2007 (2004) esitetään tavoitteina:

1. Vakiinnutetaan kansallisen huumausainepolitiikan koordinointi
2. Tehostetaan huumausaineiden lähtöaineisiin liittyvää viranomaisyhteistyötä
3. Nuorten huumeiden käyttäjien syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja huumeongelmaisten hoitoon ohjaamiseksi lisätään paikallista sosiaali- ja terveystoimen, opetusviranomaisten, nuorisotoimien, poliisin ja syyttäjän yhteistyötä.
4. Lisätään poliisin, tullin, rajavartiolaitoksen ja syyttäjän sekä yksityisen turvallisuusalan yhteistoimintaa huumausaineiden tarjonnan vähentämiseksi.
5. Varmistetaan asianmukaisten huumehoitopalvelujen saatavuus.
6. Tehostetaan hoitotoimenpiteiden käyttöä rikosoikeudellisten seuraamusten yhteydessä.
7. Kehitetään huumeongelmien ehkäisyä ja hoitoa koskevaa osaamista
8. Vahvistetaan moniammatillista yhteistyötä sekä huumausaineiden ja muiden päihteiden käytön ehkäisyä oppilas- ja opiskelijahuollossa.
9. Kehitetään uusia ehkäisevän päihdetyön menetelmiä ja vahvistetaan paikallistason viranomaisyhteistyötä ehkäisevässä huumetyössä.
10. Tuetaan kansalaisjärjestöjen roolin vahvistumista ehkäisevässä huumetyössä
11. Tarkistetaan Suomen huumausainelainsäädäntöä huomioiden yhteisöläinsäädännön muutokset ja synteettisten, huumausainekontrollin ulkopuolella olevien aineiden nopeutunut markkinoille tulo.

---

<sup>3</sup> Vrt. Virtanen 2004. Luvut 1, 8, 15 ja 19.

12. Edistetään huumausaineiden käyttöä ja levittämistä ehkäiseviä kansainvälisiä toimia, tehostetaan kansainvälisen huumausaineysteistyön koordinaatiota ja varaudutaan EU:n laajenemiseen.
13. Jatketaan huumausaineiden vastaisen työn tukemista lähialue- ja kehitysalueyhteistyössä.
14. Kehitetään huumausaineisiin liittyvää tietopohjaa ja tutkimusta.

Huumausainelainsäädännössä viimeisen vuoden aikaiset muutokset koskevat:

- (1) lakia yksityisyyden suojasta työelämässä, mukaan lukien huumeiden käyttöä työelämässä koskevat rajoitukset, joiden mukaan testauksen tulisi perustua työpaikoilla yhteistyössä laadittuun huumeiden vastaiseen ohjelmaan ja joiden perusteella työnhakija tai -tekijä toimittaa itse työnantajalle todistuksen testistä, jos työntekijä toimii tehtävissä, joissa huumeet voisivat vaarantaa terveyttä tai tuottaa vahinkoa tai jos työntekijän epäillä olevan huumeiden vaikutuksen alaisena työssä.
- (2) tartuntatautiasetuksen muutosta, jolla terveyskeskuksen tartuntatautilääkärille annetaan lisää vastuuta suonensisäisesti huumeita käyttävien terveysneuvonnassa ja käyttövälineiden vaihdossa
- (3) pakkokeinolain ja tullilain muutoksia, jolla viranomaisille annetaan lisää toimivaltaa tekniseen kuunteluun ja televiestien valvontaan.

Vuoden 2004 - 2007 huumausainepoliittisen toimintaohjelman aiheuttamat erilliskustannukset vuodelle 2004 vastaavat vuosien 2001 - 2003 ohjelman viimeisen vuoden kustannuksia. Suurimmat muutokset koskevat hoitoa, josta poistuu määräaikainen 7,5 miljoonan euron erityismääräraha ja tänä aikana käynnistettyjen hoitotoimien rahoituksen oletetaan siirtyvän kuntien normaalirahoitukseen. Lisäksi ulkoasiainministeriön panostusta lähialueilla tapahtuvaan huumeiden vastaiseen toimintaan lisätään 0,4 miljoonalla eurolla.

Eduskunnassa käydyn huume keskustelun laajuus on ollut kahtena viimeisenä vuotena kutakuinkin saman laajuista. Sen sijaan edeltäviin kolmeen vuoteen nähden aktiivisuudessa on laskua. Tämä ilmentää huumeilmiön jonkinlaista normalisoitumista suomalaisessa yhteiskunnassa. Keskustelussa kontrolliin painottuvat puheenvuorot korostuvat jonkin verran, mutta ne ovat melko hyvässä tasapainossa ehkäisevän työn ja hoidon osalta käytettyjen puheenvuorojen kanssa. Erityisesti esiin tulleina teemoina olivat huume poliittisen puheenvuorot, jotka koskivat huumeilmiötä laajemmin osana kansainvälistä yhteistyötä tai suomalaista päihdepolitiikkaa. Koko väestön huumeiden torjuntatoimia koskevia mielipiteitä kysyttäessä kontrollitoimet ja ehkäisevä työ nousivat keskeiseen asemaan, sen sijaan ankarien rangaistusten ja huume hoidon asema oli kansalaisten mukaan huomattavasti vähäisempi.

## 1.1 Huume politiikka<sup>4</sup>

### 1.1.1 Huumeiden vastainen ehkäisevä työ

#### Huumausainepoliittiset toimenpiteet vuonna 2004

Noudatetaan huumausainepoliittisen toimintaohjelman 2004 - 2007 (2004) yleisiä periaatteita, min-  
kä lisäksi toteutetaan seuraavat erityishankkeet

- kuntien nimeämien päihdehuollon yhdyshenkilöiden muodostama verkosto eritytetään yleiseksi tiedotusverkostoksi sekä erityiseksi kehittäjäverkostoksi kulloisenkin kehittämistehtävän mukaan
- päihdepolitiikan päättäjiä, asiantuntijoita sekä alasta muuten kiinnostuneita varten perustettu Neuvoa-antavat -portaali pyritään vakiinnuttamaan ja siihen liitetään uusi verkko-oppimisympäristö
- perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet ja niihin kuuluvat periaatteet (mm. tupakoinnin ja päihteiden käytön ehkäisy) valmistuvat vuoden alussa ja ne otetaan käyttöön opetuksessa osittain jo syksyllä
- jatketaan ehkäisevän huumetyön kehittäminen nuorten työpajoilla -hanketta
- työpajojen yhteisövalmentajien verkosto aloittaa valtakunnallisen koulutuksen työpajoilla
- huumeviestintäkampanjaa jatketaan vuoden 2001-2003 tulosarvioinnin perusteella

Tutkimuksen ja seurannan osalta

- Valtakunnallisen huumeviestintäkampanjan arviointiraportti julkistetaan
- ESPAD-tutkimuksen tulokset julkaistaan
- vuoden 2004 kouluterveyskyselyn tulokset julkistetaan

### 1.1.2 Huumehoito

#### Huumausainepoliittiset toimenpiteet vuonna 2004

Noudatetaan huumausainepoliittisen toimintaohjelman 2004 - 2007 (2004) yleisiä periaatteita, min-  
kä lisäksi toteutetaan seuraavat erityishankkeet

- päihdepalvelujen laatusuosituksen pohjalta julkaistaan laadunarviointilomake kuntien käyttöön

---

<sup>4</sup> Ks. myös <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

- hoitopaikkatietokantaa uudistetaan vastaamaan paremmin päihdepalvelujen laatusuosituksia
- Sosiaali- ja terveysministeriön erityisrahoituksella kehitetään muun muassa huumausaineiden käyttöön liittyvien tartuntatautien torjuntaa, huumehoidon tieto- ja tukipalveluja, opiaattiriippuvaisien hoitoon osallistuvan henkilöstön koulutusta sekä erityisesti vieroitus, korvaus ja ylläpitohoitoa toteuttavan henkilöstön koulutusta.

Tutkimuksen ja seurannan osalta

- tehdään selvitys vuosina 2002 - 2003 huumeiden ongelmakäyttäjien hoitoon osoitettujen 15,1 miljoonan euron käytöstä
- toteutetaan kirjallisuuskatsaus tutkimusnäyttöön perustuvista hoitomenetelmistä ja selvitetään näiden pohjalta hoidon vaikuttavuutta
- raportoidaan ongelmakäyttäjien määrän arviointi vuodelta 2002
- raportoidaan vuoden 2003 päihdetapauslaskennan tulokset

### **1.1.3 Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen**

#### **Huumausainepoliittiset toimenpiteet vuonna 2004**

Noudatetaan huumausainepoliittisen toimintaohjelman 2004 - 2007 (2004) yleisiä periaatteita, min-  
kä lisäksi toteutetaan seuraavat erityishankkeet

- järjestetään kansainvälinen päihdelääketieteen kongressi Helsingissä
- uuden tartuntatautiasetuksen mukaan pyritään torjumaan huumeiden käyttöön liittyvien tartunta-  
tautien riskejä

Tutkimuksen ja seurannan osalta

- tuotetaan väliselvitys suomenensisäisesti huumeita käyttävien riskikäyttäytymistä koskevasta tutki-  
muksesta

#### **Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001)**

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta linjaa kansallista  
terveyspolitiikkaa 15 vuoden tähtäimellä. Ohjelma on eri hallintosektoreiden yli ulottuva yhteis-  
työohjelma, jonka pääpaino on terveyden edistämisessä, ei niinkään terveystalouden kehittä-  
misessä.

hittämisessä. Strategian taustana on Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelma. Ohjelmassa kansanterveys määräytyy osin terveydenhuollon ulkopuolisista asioista: elämäntavoista, elinympäristöstä, tuotteiden laadusta, yhteisön terveyttä tukevista ja vaarantavista tekijöistä. Strategiassa esitetään kahdeksan kansanterveyttä koskevaa tavoitetta ja lisäksi tehdään 36 toimintaa linjaavaa kannanottoa. Monet tavoitteet koskevat välillisesti huumeiden käyttöä ja niistä seuraavia ongelmia, mutta suoraan huumeisiin viitataan kahdessa tavoitteessa:

- Tavoitteena on, että nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät terveysongelmat kyetään hoitamaan asiantuntevasti eivätkä ne ole yleisempiä kuin 1990-luvun alussa.
- Kunnissa kehitetään yhteistyötä eri viranomaisten, järjestöjen, koulujen, elinkeinoelämän, vanhempien ja nuorten itsensä kanssa alkoholin käytön ja huumeekokeilujen vähentämiseksi sekä alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvien sosiaalisten ja terveysongelmien asiantuntevaksi käsittelemiseksi kaikkialla maassa.

#### **1.1.4 Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen**

##### **Huumausainepoliittisen toimenpiteet vuonna 2004**

Noudatetaan huumausainepoliittisen toimintaohjelman 2004 - 2007 (2004) yleisiä periaatteita, min-  
kä lisäksi toteutetaan seuraavat erityishankkeet

- poliisi lisää huumeisiin liittyvän tietouden jakamista avainvaikuttajille
- poliisin valvonta- ja tutkintatoiminnan yhteydessä tapaamalla huumausaineiden käyttäjälle annetaan aina hoitoonohjausta ja tarvittaessa toimitetaan hoitoon kihlakunnittain sovittujen toimintatapojen mukaan.
- valmistellaan ehdotus asianmukaisen hoidon määräämiseksi rangaistusseuraamuksella todelliseksi vaihtoehdoksi huumausaineiden ongelmakäyttäjän kaikissa rangaistustyypeissä
- vankeinhoidon päihdetyön yhteydet ja jatkumo siviilikuntoutukseen turvataan yhteistyössä kriminaalihuoltolaitoksen, vangin kotikunnan ja muiden yhteistyötahojen kanssa
- tuomiotaan aloittavan terveystarkastuksen yhteydessä arvioidaan vangin päihdeiden käyttö ja tarvittaessa aloitetaan vieroitushoito ja arvioidaan päihdehuollon palvelujen tarve
- vankiloissa tehostetaan huumeita käyttävien terveysneuvontaa alentamalla HIV-testauksen ja neuvontaan hakeutumisen kynnystä.
- hallituksen esitys sopimushoidon kokeilemisesta ja siihen liittyvästä lainsäädännöstä pyritään antamaan eduskunnalle

- nuorisorangaistuksen käyttöönottoa vakinaiseksi rangaistukseksi vuoden 2005 alusta valmistellaan

Tutkimuksen ja seurannan osalta

- Liikennejuopumuksen nollatoleranssia koskevan lain toteutumista seurataan
- Helsingin vankilan päihdeettömän osaston arviointi- ja kehittämistutkimus valmistuu

### **Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastainen kansallinen toimintasuunnitelma 2003 - 2005 (2003)**

Kansallinen toimintasuunnitelma vuosiksi 2003 - 2005 tehtiin Nizzan Eurooppa-neuvostossa joulukuussa 2000 tehdyn kansallisia toimintasuunnitelmia koskevan päätöksen nojalla osana Euroopan unionin jäsenvaltioiden poliittista yhteistyötä sosiaalisen suojelun alalla. Ohjelmassa todetaan huumeiden osalta

- hallitus valmistelelee huumausainepoliittisen toimenpideohjelman vuosille 2004 – 2007.
- huumeiden vastaista toimintaa tuetaan ministeriöiden omat tavoite- ja toimintaohjelmilla.
- opettajille lisätään sekä perus- että täydennyskoulutusta huumeasioissa
- perusnuorisotyön voimavarat turvataan ja ennaltaehkäisevää päihde- ja huumetyötä vahvistetaan
- järjestetään huumeiden käyttäjille riittävä hoito.
- haittoja vähentäviä toimenpiteitä laajennetaan.
- valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan huumausaineiden levittämisen ja käytön kokonaiskieltoon perustuvaa huumausainekontrollia tehostetaan
- kansalaisten turvallisuuden lisäämiseksi sekä erityisesti huumausaine- ym. rikollisuuden vähentämiseksi laaditaan kattava sektorirajat ylittävä sisäistä turvallisuutta käsittelevä ohjelma

#### **1.1.5 Huumeisiin liittyvä laillisuusvalvonta**

##### **Huumausainepoliittisen toimenpiteet vuonna 2004**

Noudatetaan huumausainepoliittisen toimintaohjelman 2004 - 2007 (2004) yleisiä periaatteita, mikä lisäksi toteutetaan seuraavat erityishankkeet

- sosiaali- ja terveysministeriö asettaa vastuuviranomaisista koostuvan huumausaineiden lähtöainetyöryhmän vuosiksi 2004 - 2007 huumausaineiden valmistuksessa käytettyjen aineiden valvonnan tehostamiseksi
- aloitetaan alueellisten rikostiedustelu- ja analyysiyksikköjen muodostaminen

- takavarikoidun huumausaineen profiloinnilla pyritään tunnistamaan ne maat, jossa huumausainetta valmistetaan tai josta sitä tuodaan Suomeen
- poliisilaitoksiin koulutettuja huumausaineiden katutason valvontaan erikoistuneita kenttäkouluttajia käytetään valvontatehtäviä ja perustutkintaa suorittavien poliisimiesten koulutukseen
- valmistellaan ehdotukset (1) toisen vakavan rikoksen selvittämisen edesauttamisen muuttamiseksi rangaistuksen lieventämisperusteeksi ja (2) todistajan ja asianosaisen suojelun tehostamisesta rikosprosessissa
- selvitetään mahdollisuudet: (1) muuttaa törkeän huumausainerikoksen maksimirangaistus 10 vuodesta 12 vuoteen, (2) säätää rangaistuksen ankaroittamisperusteeksi järjestäytyneen rikollisryhmän johtajana toimiminen sekä (3) säätää vihjepalkkio verottomaksi
- ammattimaisen ja järjestäytyneen rikollisuuden torjunnan tehostamiseksi annettu esitutkinta- ja pakkokeinolain muutos tulee voimaan vuoden alusta
- piilotettujen varojen ja rikoksilla saadun hyödyn perintää tehostetaan 1.3.2004 voimaan tulevalla ulosottolain muutoksella
- vuoden aikana ratifioidaan esitys YK:n järjestäytyneen rikollisuuden vastaisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta
- vuoden aikana tehdään esitykset EU:n rikosasioissa annattavaa keskinäistä oikeusapua koskevan yleissopimuksen, omaisuuden ja todistusaineiston jäädyttämistä koskevan puitepäättöksen voimaansaattamisesta, ja saatetaan voimaan eurooppalaista pidätysmääräystä koskeva puitepäättös sekä ratifioidaan tulliyhteistyötä käsittelevä Napoli II yleissopimus.
- Viron ja Suomen välisen yhteistyön avulla pyritään edesauttamaan oikeusprosessin sujuvaa toteutumista esitutkinnasta tuomioiden täytäntöönpanoon.
- tullit lisää huumekoirien käyttöä vilkkaimmilla liikennepaikoilla ja muilla riskipaikoilla
- tullissa selvitetään yhden uuden yhdysmiehen sijoittamista huumausainerikollisuuden kannalta merkittävälle alueelle
- tullit valmistelee valtiovarainministeriön kanssa esitykset, joilla varmistetaan tullin toimivaltuuksien riittävyys vakavan huumausainerikollisuuden torjunnassa.

#### Tutkimuksen ja seurannan osalta

- poliisiasiain tietojärjestelmää (Patja) kehitetään huumerikosten keskeisten tunnuslukujen tuottamiseksi
- huumausaineiden käyttörikostuomion vaikutusta koskeva erillistutkimus on jatkuu edelleen

## **1.2. Huumausainelainsäädäntö<sup>5</sup>**

Huumausainelainsäädäntö pitää sisällään sekä varsinaisen huumausainelain ja asetuksen, siinä suoraan viitattut lait (esimerkiksi huumausainerikoksia koskevat lait) sekä muu huumausaineita koskeva lainsäädäntö

### **1.2.1. Huumausainelaki**

Vuonna 2003 annettiin asetus huumausaineista ja huumausaineen valmistuksessa käytettävistä aineista annetun sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen (1707/1993) 2§:n, siinä muodossa kun se esiintyy asetuksessa 201/2001, muutoksesta (1231/2003), jonka mukaan huumausaineiden ja psyko-  
trooppisten aineiden laitonta kauppaa vastaan tehdyn sopimuksen luettelosta II luetteloon I siirrettiin seuraavat aineet: etikkahappoanhydridi ja kaliumpermanganaatti.

Huumausainepoliittisen toimintaohjelman 2004 - 2007 (2004) mukaan sosiaali- ja terveysministeriö asettaa huumausainelainsäädännön muuttamistyöryhmän, jonka tarkoituksena on tuottaa esitys Suomen huumausainelainsäädännön muokkaamiseksi yhteisö-lainsäädäntöä vastaavaksi vuoden loppuun mennessä.

### **1.2.2. Huumausaineisiin liittyvä muu lainsäädäntö**

#### **1.2.2.1 Huumeisiin liittyvä ehkäisevä työ**

Perusopetuslain muutoksella (477/2003) säädettiin opetussuunnitelmista ja oppilashuollosta. Sen mukaan opetussuunnitelma tulee laatia yhteistyössä kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä hoitavien viranomaisten kanssa. Opetuksen järjestäjän tulee määrätä myös kodin ja koulun yhteistyön sekä opetussuunnitelman perusteiden mukaisen oppilashuollon järjestämistavasta. Lisäksi oppilaalla on oikeus saada maksutta opetukseen osallistumisen edellyttämä tarvittava oppilashuolto. Oppilashuollolla tarkoitetaan oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyk-

---

<sup>5</sup> Ks. myös <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>, ja EMCDDA:n huumelakitietokanta <http://eldd.emcdda.eu.int/>

siä lisäävää toimintaa. Oppilashuoltoon sisältyvät opetuksen järjestäjän hyväksymän opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto sekä oppilashuollon palvelut, jotka ovat kansanterveyslaissa (66/1972) tarkoitettu kouluterveydenhuolto sekä lastensuojelulaissa (683/1983) tarkoitettu kasvatuksen tukeminen. Vastaavantyyppiset muutokset on säädetty lukiolakiin (478/2003), lakiin ammatillisesta koulutuksesta (479/2003) ja lakiin ammatillisesta aikuiskoulutuksesta (480/2003).

Yksityisyyden suojaa työelämässä koskevassa laissa (759/2004) ja siihen liittyvässä muussa lainsäädännössä määritellään ehdot huumausainetestaukselle työelämässä. Lain lähtökohtana on, että työnhakija tai työntekijä itse toimittaa työnantajalle todistuksen testistä.

Työnhakuvaiheessa työnantaja voi pyytää todistusta huumausainetestistä vain tehtävään valitulta henkilöltä. Työnantajalla on oikeus käsitellä todistukseen merkittävät tiedot, jos työtehtävät edellyttävät tarkkuutta, luotettavuutta, itsenäistä harkintakykyä tai hyvää reagoitukykyä. Lisäksi edellytetään, että työntekijä toimii tehtävissä, joiden suorittaminen huumeiden vaikutuksen alaisena tai huumeista riippuvaisena joko vaarantaisi henkeä tai terveyttä tai voisi aiheuttaa muuta vähäistä suurempaa vahinkoa. Suojeltavia intressejä ovat henki, terveys, työturvallisuus, liikenneturvallisuus, tietoturvallisuus ja valtion turvallisuus, ympäristö, liike- ja ammattisalaisuudet sekä työnantajan omaisuus.

Työsuhteen aikana työntekijä on velvollinen esittämään todistuksen huumausainetestistä, kun on perusteltua aihetta epäillä, että työntekijä on huumeiden vaikutuksen alaisena työssä tai jos työnantajalla on perusteltu epäily, että työntekijällä on riippuvuus huumeista. Lisäksi edellytetään, että testaaminen on välttämätöntä työ- tai toimintakyvyn selvittämiseksi ja työntekijä toimii työtehtävissä, joita on eritelty tarkemmin työhönottoa koskevassa osassa. Suojeltavina ovat samat intressit kuin työhönottotilanteessakin, mutta kriteerit ovat selvästi ankarammat. Työnantaja voi myös asettaa työntekijälle kohtuullisen määräajan, jonka kuluessa todistus on esitettävä.

Työpaikalla tulee määritellä yhteistoimintamenettelyssä ne työtehtävät, joissa todistusta huumausainetestistä pyydetään tai edellytetään. Lisäksi työnantajalla on velvollisuus laatia yhteistyössä henkilöstön kanssa työpaikan huumeiden vastainen ohjelma, joka sisältää työpaikan yleiset tavoitteet ja noudatettavat käytännöt huumausaineiden käytön ehkäisemiseksi sekä tietoja käytettävissä olevista huumeongelmaisten hoitopaikoista tai hoitomuodosta

### **1.2.2.2 Huumehoito**

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella lääkkeiden määräämisestä (726/2003) määrätään, että lääkkeen määrääjä saa määrätä varsinaista huumausainetta vain vahvistetulla huumausainelääkemääräyslomakkeella. Potilaan henkilöllisyyden toteamisesta on tehtävä merkintä lääkemääräykseen. Vuoden 1961 huumausaineyleissopimuksen luetteloon IV ja psykotrooppisia aineita koskevan yleissopimuksen luetteloon I kuuluvia huumausaineita ei saa määrätä. Huumausainelääkemääräyslomakkeet on säilytettävä työpisteittäin lukitussa tilassa. Laitoksessa tulee kirjata työpisteittäin lääkemääräyslomakkeen numero, potilaan nimi ja henkilötunnus sekä lääkemääräyksen antajan nimi. Lääkkeen määrääjän tulee lisäksi pitää erillistä kirjanpitoa huumausainelääkemääräyksistä. Hammaslääkäreillä on oikeus määrätä varsinaisiksi huumausaineiksi lueteltavia lääkevalmisteita kerrallaan enintään kymmenen jakeluyksikköä. Sosiaali- ja terveysministeriön kokeilussa sähköisen lääkemääräyksestä (771/2003) rajataan huumausaineet sähköisesti määrättävien lääkeaineiden ulkopuolelle.

### **1.2.2.3 Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen**

Valtioneuvoston asetuksessa tartuntatautiasetuksen muuttamisesta (1383/2003) esitetään, että tartuntatautien vastustamistyöstä vastaavan kunnallisen toimielimen ja sen alaisena terveyskeskuksen tartuntataudeista vastaavan lääkärin tulee tartuntatautilaissa tarkoitettujen tehtävien lisäksi huolehtia terveyskeskuksen toimialueella tartuntatautien vastustamistyöstä, johon sisältyy myös suonensisäisesti huumeita käyttävien terveysneuvonta ja tartuntatautien torjunnan edellyttämän tarpeen mukaan käyttövälineiden vaihtaminen.

Tieliikennelain muutoksessa (113/2004) säädetään lääkärin ilmoitusvelvollisuudesta ajo-oikeusasiassa toimivaltaiselle poliisille ajoterveysasioissa. Sosiaali- ja terveysministeriön sovelusohjeissa esitetään, että lääkärin ilmoituksessa voidaan antaa tieto ainoastaan siitä, että ilmoituksen kohteena oleva henkilö ei täytä ajokorttiluvalle asetettuja terveysvaatimuksia ja mitä lisätoimenpiteitä lääkäri ehdottaa terveydentilan tai siitä ajokykyyn aiheutuvien vaikutusten tarkemmaksi selvittämiseksi. Ennen ilmoituksen tekemistä potilaalle on kerrottava velvollisuudesta ilmoituksen tekemiseen ja terveydentilan vaikutuksista ajokykyyn. Ajokorttia ei saa antaa eikä uudistaa hakijalle tai kuljettajalle, joka on riippuvainen psyykeen vaikuttavista aineista tai joka, olematta riippuvainen

tällaisesta aineesta, käyttää niitä säännöllisesti väärin (väärinkäyttö). Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut lääkärin ilmoitusvelvollisuutta koskevat soveltamisohjeet 26.8.2004.

#### **1.2.2.4 Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen**

Vuoden aikana ei tällä alalla tuotettu uutta huumausaineita koskevaa lainsäädäntöä

#### **1.2.2.5. Huumeisiin liittyvä laillisuusvalvonta ja huumetarjonnan rajoittaminen**

Rikoslain muutoksella (650/2004) rikoksista oikeudenkäyttöä vastaan voidaan tuomita törkeän rikoksen ilmoittamatta jättämisestä sakkoon tai vankeuteen enintään kuudeksi kuukaudeksi se, joka tietää törkeän huumausainerikoksen olevan hankkeilla eikä ajoissa, kun rikos olisi vielä estettävissä, anna siitä tietoa viranomaiselle tai sille, jota vaara uhkaa, jos rikos tai sen rangaistava yritys tapahtuu.

Pakkokeinolain muutoksella (651/2004) annettiin rikoksen esitutkintaa toimittavalle viranomaiselle lupa kuunnella ja tallentaa televiestejä, kun henkilöä on syytä epäillä huumausainerikoksesta ja jos saatavilla tiedoilla voidaan olettaa olevan erittäin tärkeä merkitys rikoksen selvittämiseksi. Samalla voidaan antaa lupa kohdistaa teknistä kuuntelua myös sellaiseen vakituiseen asumiseen tarkoitettuun tilaan, jossa epäilty todennäköisesti oleskelee, jos rikoksen selvittäminen olisi olennaisesti vaikeampaa käyttämällä vähemmän oikeuksiin puuttuvia pakkokeinoja.

Rikoksen johdosta tapahtuvasta luovuttamisesta Suomen ja muiden Euroopan unionin jäsenvaltioiden välillä säädetyn lain (1286/2003) mukaan syytetoimia tai vapausrangaistuksen täytäntöönpanoa varten voidaan luovuttaa henkilö Suomesta toiseen EU-jäsenvaltioon tai päinvastoin, jos pyynnön perusteena olevasta teosta pyynnön esittäneen jäsenvaltion laissa säädetty ankaran rangaistus on vähintään neljän kuukauden vapausrangaistus ja jos teko olisi Suomessa vastaavissa olosuhteissa tehtynä Suomen lain mukaan rikos. Riippumatta siitä, onko pyynnön perusteena oleva teko Suomen lain mukaan rikos, luovuttamiseen suostutaan, jos teko on pyynnön esittäneen jäsenvaltion lain mukaan huumausaineiden tai psykotrooppisten aineiden kauppaa koskeva teko ja kyseisen jäsenvaltion laissa säädetty ankaran rangaistus teosta on vähintään kolmen vuoden vapausrangaistus. Laissa säädetään myös luovuttamisesta vapausrangaistuksen yhteydessä.

Tullilain muuttamista koskevassa laissa (774/2003) esitetään teknisen kuuntelun edellytyksiksi sen, että henkilön käyttäytymisen tai muutoin voidaan perustellusti olettaa hänen syyllistyvän tullirikokseen, josta säädetty ankarin rangaistus on vähintään neljä vuotta vankeutta, tai tullirikoksena pidettävään huumausainerikokseen. Lisäksi tullimiehellä on oikeus kohdistaa televalvontaa henkilön käytössä olevaan teleliittymään tai tilapäisesti sulkea tällainen liittymä, jos henkilön käyttäytymisen tai muuten voidaan perustellusti olettaa hänen syyllistyvän tullirikokseen, josta ei ole säädetty lievempää rangaistusta kuin neljä kuukautta vankeutta tai tullirikoksena pidettävään huumausainerikokseen.

Laissa henkilötietojen käsittelyä poliisitoimessa (761/2003) määrätään, että epäiltyjen tietojärjestelmä voi sisältää tietoja henkilöistä, joiden on syytä epäillä syyllistyvän tai syyllistyneen rikokseen, josta saattaa seurata vankeutta, tai myötävaikuttavaan rikokseen, josta saattaa seurata enemmän kuin kuusi kuukautta vankeutta tai erityisesti huumausaineiden käyttörikokseen, josta vankeustuomio on maksimissaan kuusi kuukautta.

### **1.3 Huumekustannukset**

Huumausaineet ja lääkeaineiden väärinkäyttö aiheuttaa yhteiskunnalle vuosittain noin 160 - 220 miljardin Euron haittakustannukset, mukaan lukien poliisi- ja pelastustoimen, oikeus- ja vankeinhoidon, omaisuusvahinkojen, sosiaalihuollon, terveydenhuollon, eläkkeiden sekä tutkimuksen ja ehkäisevän työn kustannukset. Kustannuksiin liittyvien yleisten toiminta- ja käyttömäärärahojen osalta voidaan eritellä hallinnonaloittain vuodelle 2004 varattuja projektimäärärahoja edellisen, vuosille 2001 - 2003 tehdyn huumeiden vastaisen toimintaohjelman kustannuksiin.

Vuoden 2004 - 2007 huumausainepoliittisen toimintaohjelman aiheuttamat erilliskustannukset vastaavat vuoden 2004 budjettiesityksen mukaan edellisen huumausainepoliittisen ohjelma viimeisen vuoden 2003 kustannuksia. Suurimmat muutokset koskevat hoitoa, josta poistuu vuosiksi 2002 - 2003 osoitetun 7,5 miljoonan euron erityismääräraha ja tänä aikana käynnistettyjen hoito toimien rahoituksen oletetaan siirtyvän kuntien normaalibudjettiraameihin. Lisäksi ulkoasiainministeriön panostusta lähialueilla tapahtuvaan huumeiden vastaiseen toimintaan lisätään 0,4 miljoonalla eurola. Poliisitoimen ja tullin esittämät toimintamenot kuvaavat entisen toimintaohjelman kuvaamien lisäresurssien sijasta huumeiden torjuntaan käytettyjä kokonaismenoja, joten luvut eivät ole vertailukelpoisia edellisten vuosien lukuihin.

**Taulukko 5. Huumeausainepolitiikan tehostamisohjelmien 2001-2003, 2004-2007 arvioidut resurssit (miljoonaa euroa)**

	2001	2002	2003	2004
<b>Sosiaali- ja terveys-ministeriön hallinnonala</b>				
- terveyden edistäminen	1,01	1,01	1,01	1,01
- valtionavustus kunnille huumehoitoon		7,57	7,57	
- valtionavustus kunnille sos.&terv.huollon kustannuksiin		8,55		
- Rahapeliyhteisön tuotoista myönnettävät avustukset		8,8	9,0	10,2
- alaiset laitokset		0,23	0,64	0,58
<b>Opetusministeriön hallinnonala</b>				
- henkilökoulutus ja muut toimintamenot	0,67	0,84	0,84	
- ennalta ehkäisevä huumetyö		0,84	0,84	0,84
<b>Sisäasiainministeriön hallinnonala</b>				
- poliisitoimen toimintamenot	1,68	1,68	1,68	(9,5?)
- lisämäärärahaesitys vakavan huumerikollisuuden torjuntaan		(3,2)	(3,2)	(25,5?)
<b>Oikeusministeriön hallinnonala</b>				
-toimintamenot rikosentorjuntahankkeeseen		0,03	0,03	0,03
- rangaistuksen täytäntöönpano	0,67	1,35	1,35	1,35
- syyttäjä- ja ulosottolaitoksen toimintamenot	0,42	0,42	0,42	0,42
- oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen toimintamenot		0,07	0,07	0,07
<b>Valtiovarainministeriön toimintamenot</b>				
- tullilaitoksen toimintamenojen lisämäärärahaesitys (2002)	0,5	(1,01)	(1,5)	(5,3?)
<b>Ulkoasianministeriö</b>				
- Vapaaehtoinen avustus UNDCP:lle	0,33	0,02	0,02	0,1
- Avustus/ Tuki UNDCP:lle				0,7
- - Afganistanin tilanteen seurantaan		0,05		
- - huumeidenviljelyn vastaiselle hankkeelle Afganistanissa		0,5		
- - Uzbekistanin Hayretonin raja-aseman kehittämiseen		0,2	0,2	
- - esitys muille Keski-Aasian hankkeille			(0,3)	
- - suomalaisen apulaisasiantuntijan toiminnalle Moskovassa		0,08		
- Hanketuki huumeiden vastaiselle toiminnalle lähialueilla				0,4

## 1.4 Mielipiteet huumeista

Vuoden 2003 aikana eduskunnan täysistunnoissa pidetyissä puheenvuoroissa mainittiin huume 145 kertaa kaikista lähes 9 000 täysistuntopuheenvuorosta. Huumepuheenvuorot jakautuivat melko tasan erilaisten huumeainepoliittisten toimien, ehkäisevän työn, hoidon, rikollisuuskontrollin sekä yleisen huume politiikan osalle. Eniten puheenvuoroja käytettiin huumerikollisuudesta (49 puheenvuoroa), joista keskeiset teemat olivat poliisien resurssit, poliisiin ja tullin toimivalta, turvallisuusohjelmat ja tullin huume koirat. Ehkäisevästä työstä pidettyjä puheenvuoroja esitettiin yleisellä tasolla (9), huume testien osalta (9) sekä nuorten ja lapsiperheiden osalta (12). Huume ongelmia koskevia puheenvuoroja pidettiin hoidosta (8), nuorten hoidosta ja mielenterveysongelmista (10), vankiloiden huume hoidosta ja jatkohoidosta (9) sekä sosiaalisista ongelmista (9). Lisäksi yleisiä puheenvuoroja pidettiin alkoholipoliittisten toimien ja huume poliittisten toimien välisestä suhteesta (9), huume poliittisesta ohjelmasta (10) ja huumeisiin liittyvästä kansainvälisestä yhteistyöstä (11). Eduskunnan puheenvuorot heijastavat painopisteiltään hallituksen esittelemiä ohjelmia sekä lakiehdotuksia, kuten budjettia ja muutosesityksiä pakkokeinolakiin, tullilakiin, lakiin yksityisyyden suojasta työelämässä (huume testit) sekä alkoholijuomien verotuksen alentamiseen.

Eduskunnan huume puheenvuorojen lukumäärä on ajanjaksosta 1.7.2002 -1.7.2003 ja ajanjaksoon 1.7.2003 - 1.7.2004 verraten pienentynyt noin 6 prosenttia, joten teemasta käydyin keskustelun laajuus ei ole juurikaan muuttunut kahden viime vuoden aikana. Sen sijaan aiheesta käytettyjen puheenvuorojen lukumäärä on vain puolet puheenvuorojen määrästä, joita huumeista käytettiin eduskunnassa vastaavana ajankohtana vuosina 1999 - 2000, 2000 - 2001 ja 2001 - 2002. Tämän voidaan ilmentävän huume ilmiön jonkinlaista normalisoitumista suomalaisessa yhteiskunnassa ja myös sen lainsäädännöllisen aktiivisuuden vähenemistä, jota tarvittiin kun pyrittiin nopeasti kehittämään huumeiden vastaisia toimia yhteiskunnallisesti uuden ilmiön hallitsemiseksi suomalaisessa yhteiskunnassa.

Vuoden 2003 aikuisväestön terveyteen vaikuttavien elintapojen seuranta tutkimuksessa mitattiin väestön käsitystä erilaisien huume poliittisten toimien painoarvoista (Jallinoja, P. 2003). Nuorten 15-24 -vuotiaiden osalta mielipiteet eroavat eniten koko väestön mielipiteistä. Kyselyn mukaan hyvin tärkeinä toimina huumeiden vastaisessa työssä pidettiin ehkäisevää lapsi- ja nuorisotyötä (89 % vastanneista 15 - 64-vuotiaista / 69 % vastanneista nuorista), tullin rajakontrollia (81 % / 72 %), huume valistusta (80 % / 63 %), poliisin toimintaa (77 % / 68 %), huumeiden käyttäjien hoitoa (61

% / 60 %), ja ankaria rangaistuksia (60 % / 65 %). Etenkin nuorten 15-24 -vuotiaiden miesten asenteet huumeiden vastaiseen työhön korostavat kontrollitoimia ehkäisevän työn sekä varsinkin hoidon (45 %) kustannuksella.

Vuoden 2002 huumeita koskevan väestökyselyn tulokset olivat lähes samat aikuisväestön terveyskäyttäytymistä koskevan kyselyn tulosten kanssa sillä poikkeuksella, että huumeikyselyssä ankaria rangaistuksia hyvin tärkeinä pitävien osuus oli huomattavasti alhaisempi (46 %). Uusista huumeiden vastaisista toimista yksimielisimmin hyväksyttiin poliisin uudet oikeudet (oikeus puhelinkuunteluun, soluttautumiseen rikollisjoukkoihin sekä valeosto-oikeus) ja huumetestienkin osalta täysin hyväksyvien osuus oli selkeästi osittain hyväksyvien osuutta suurempi. Selkeä enemmistö hyväksyi myös terveysneuvonnan ja korvaushoidon, mutta näiden toimien osalta epävarmuus oli laajempaa, sillä toimet osittain hyväksyvien osuudet olivat selvästi suuremmat kuin toimet täysin hyväksyvien osuudet. Tutkijat tulkitsivat asiaa siten, että julkisuudessa periaatteellista yksityisyydensuojaa ja oikeusturvaa koskevat kysymykset eivät koskettaneet samalla tavalla väestöä kuin perinteisistä toimintatavoista poikkeavat konkreettiset ongelmat, esimerkiksi lasten päivähoidon läheisyydessä tapahtuva terveysneuvontatyö ruiskujen ja neulojen vaihdosta syntyneine oheishaittoineen. (Hakkarainen ym. 2004)

## **2. Huumeiden kokeilu ja käyttö<sup>6</sup>**

Vuoden 2002 tutkimuksen mukaan kannabista oli aikuisista kokeillut elinaikanaan noin 12 % ja viimeisen vuoden aikana noin 3 %. Elinaikaiskäyttö lisääntyi vuodesta 1998 mutta vuoden aikainen käyttö on pysynyt ennallaan. Koululaistutkimusten mukaan 15 - 16 -vuotiaista 11 % oli joskus elämänsä aikana kokeillut jotain laitonta huumetta, viimeisen vuoden aikana 7,5 %. 1990-luvun lopulla koulu-  
laisten kokeilut lähes kaksinkertaistuvat, mutta sen jälkeen kokeilutasossa ei ole näkyvissä enää suurta kasvua. Näin kokeilukäytön trendi näyttäisi olevan sekä aikuisilla että koululaisilla samanlainen.

Asenteiden osalta huumeet nähdään koko väestössä varsin yksimielisesti valtakunnallisesti merkittäväksi ongelmaksi. Verrattuna 1990-luvun tilanteeseen yleinen huolestuneisuus huumeiden osalta on lisääntynyt, mutta kannabiskokeiluihin liittyvien riskien arviot ovat vähentyneet samaan aikaan kun arviot humalajuomiseen sekä tupakoimiseen liittyvistä riskeistä ovat kasvaneet.

---

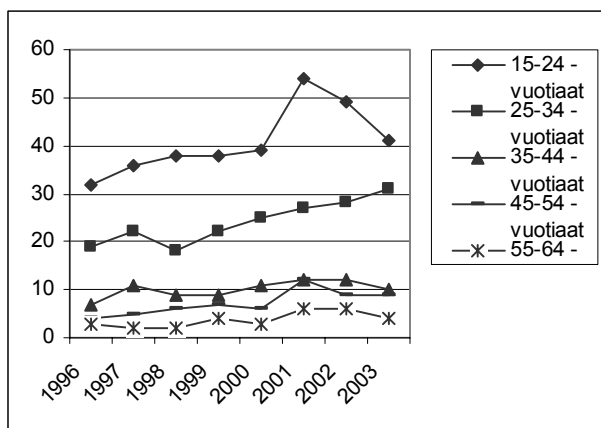
<sup>6</sup> Vrt. Virtanen 2004, luku 2.1 ja 2.2.

## 2.1. Huumeiden käyttö koko väestössä<sup>7</sup>

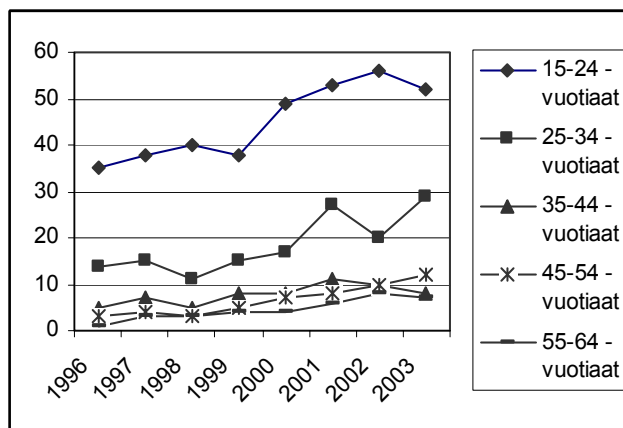
Huumeiden kokeilujen levinneisyyden trendiä, altistumista sosiaalisesti huumeille, on vuonna 2003 arvioitu epäsuorasti nuorten ja aikuisten terveystutkimuskyselyjen vastauksilla kysymykseen siitä, tuntee henkilö ystäväpiirissään jonkun huumeiden kokeilun vuodelle henkilöä.

Huumeiden käyttäjiä tunnettiin selkeästi enemmän kaupungeissa ja ikäluokassa 15 - 24 -vuotiaat. Tässä ikäluokassa naisten ystäväpiirissä miesten ystäväpiiriä oli useammin huumeiden kokeilijoita. Alueellisesti erot eivät olleet kovin suuret (16 - 22 %). Iän vuoksi erityisesti opiskelijat tunsivat huumeiden kokeilijoita, mutta tuntemus oli keskimääräistä suurempi myös työttömien tai muuten poissa työelämästä olleiden joukossa. (Jallinoja P. 2004)<sup>8</sup>

**Kuvio 13a. Huumeiden kokeilijoita tuttavina (%) 15-64 -vuotiaat miehet 1996 -2003**



**Kuvio 13b. Huumeiden kokeilijoita tuttavina (%) 15-64 -vuotiaat naiset 1996 - 2003**



<sup>7</sup> Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

<sup>8</sup> **Aikuisväestön terveystutkimuksessa** tutkimusaineistoksi poimittiin 5000 henkilön satunnaisotos 15 – 64 –vuotiaista suomalaisista. Kyselyn vastausprosentti oli 67 % (65% vuonna 2002) , miehillä 60 % ( 58 %) ja naisilla 73 % (72%). " (Helakorpi ym, 2003; Jallinoja ym. 2003, 2004).

## 2.2 Koululaisten huumeiden käyttö<sup>9</sup>

Nuorten huumeiden kokeilujen ja käytön trendejä arvioidaan joka neljäs vuosi tehtävien, valtakunnallisten koululaiskyselyjen (ESPAD, HBSC) avulla, jotka ovat samalla osa vastaavia eurooppalaisia vertailututkimuksia<sup>10</sup>, sekä osana alueellisia, kahden vuoden välein tehtäviä kouluterveystutkimuksia.<sup>11</sup>

ESPAD-tutkimuksen (Ahlström, S. ym. 2003) mukaan 15 - 16 -vuotiaista 11 % oli joskus elämänsä aikana kokeillut jotain laitonta huumetta, kun luku vuonna 1999 oli 10 %. Vuodesta 1995 vuoteen 1999 kokeilut lähes kaksinkertaistuvat, mutta sen jälkeen kokeilutasossa ei ole näkyvissä enää suurta kasvua. Laittomien huumeiden kokeilut olivat yleensä kannabiskokeiluja ja vain muutama tyttö eri puolella Suomea oli kokeillut ekstaasia. Viimeisen vuoden aikana jotain laitonta huumeita kokeilleiden määrä oli 7,5 % ja 2,5 % viimeisen kuukauden aikana. Lähes samat tulokset saatiin WHO:n vuoden 2002 koululaistutkimuksesta (HBSC, 2003), jonka mukaan 15 - vuotiaista 10 % oli kokeillut kannabista joskus elämänsä aikana ja 7,5 % viimeisen vuoden aikana. Säännöllisiä käyttäjiä oli 2,5 % ja raskaasti huumeita käyttäviä 0,5 %.

Kouluterveyskyselyjen (Luopa ym. 2003, 2004) perusteella joskus elämänsä aikana huumeita käyttäneiden määrä olisi kahtena viimeisenä vuotena joko pysynyt entisellään tai jopa laskenut. Kyselyssä nousua näkyy vain Itä-Suomessa niiden maakuntien osalta (mukaan lukien Etelä-Suomen itäisin maakunta, Etelä-Karjala) osalta, joissa kokeilutaso on aiemmin ollut melko matala ja joissa on keskiuuri, 50 000 - 100 000 asukkaan kaupunki. Korkeimmat kokeilutasot (11 - 14 %) ovat Etelä-Suomessa ja Lapin läänissä. Viimeksi mainitussa turismi lienee kuitenkin suurin kokeilutasoon vaikuttava syy. Matalimmat kokeilutasot löytyvät Pohjanmaalta ja Kainuusta (4 %).

---

<sup>9</sup> Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fin/home-fi.html>

<sup>10</sup> Viimeisin näistä kyselyistä on vuonna toteutettu 2003 ESPAD-kysely, johon osallistui 200 koulua ja 3 321 oppilaista peruskoulun 8. - 9. luokalta. Tietoja kerättiin samalla tiedonkeruumenetelmällä kuin vuosien 1995 ja 1999 kyselyissä. Vastausprosentti oli 92 % vuonna 2003. (Ahlström ym. 2003). Ks. myös EMCDDA:n Annual Report 2004 -Internetsivuilla, Standard Table 2. WHO-terveyskäyttötutkimuskysely (HBSC) tehtiin Suomessa 2002. Otos 15-vuotiaista oli 1745 koululaista (ks. HBSC 2003).

<sup>11</sup> Kouluterveyskysely täytettiin 8. ja 9. luokassa niissä kunnissa (ja niiden kuntien kouluissa), jotka halusivat vapaaehtoisesti osallistua kyselyyn. Kyselyt suoritetaan joka toinen vuosi Länsi-Suomen ja Oulun lääneissä (viimeksi 2003) sekä joka toinen vuosi muissa lääneissä, so. Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin läänissä (viimeksi 2002). Aineistojen vertailuun otettiin mukaan niiden kuntien aineistot, joissa osallistuttiin molempina vuosina kyselyyn. Vastauksia saatiin 47 054 (2003) ja 53 524 (2002) kaikista vastaavien alueiden 8 - 9. luokkien 57 546 (2003) ja 67 698 (2002) oppilaasta (Luopa 2003, 2004)

## 2.3 Huumeiden käyttö väestön erityisryhmissä

Alaikäisten huumehoidossa olevien nuorten itseään koskevien käsitysten keskeisin tekijä on tutkimuksen mukaan huumeiden käyttö tai käyttämättömyys.<sup>12</sup> Nuoret voivat nähdä itsensä esimerkiksi käyttäjinä, entisinä käyttäjinä, huumeista eroon haluavina tai kykenemättöminä lopettamaan käyttöönsä. Huumeettomuuden he näkevät osana normaalia, tavanomaista elämää. Nuorten kertomuksille oli tyypillistä omaan elämään ja päihteiden käyttöön liittyvien asioiden jäsentäminen selkeiden rajojen avulla. Rajat muodostuivat tavanomaisen elämän ja sen ulkopuolisen, erilaisen huume-elämän erottelusta. Hoidossa olevat nuoret liikkuvat kertomuksissaan rajan molemmilla puolilla kiinnittymättä pysyvästi kummallekaan puolelle. Yhtenä syynä voi olla se, että alaikäisten hoito on käynnistynyt riippumatta siitä, millaiseksi nuori itse määrittelee oman tahtonsa. Vapaaehtoisesti hoitoon hakeutuneiden käyttäjien on korostettava enemmän haluaan raitistumiseen hoitoon päästäkseen, jolloin liikkuminen rajan molemmin puolin ei ole yhtä vapaata.

## 2.4 Asenteet huumeisiin ja huumeiden käyttäjiin

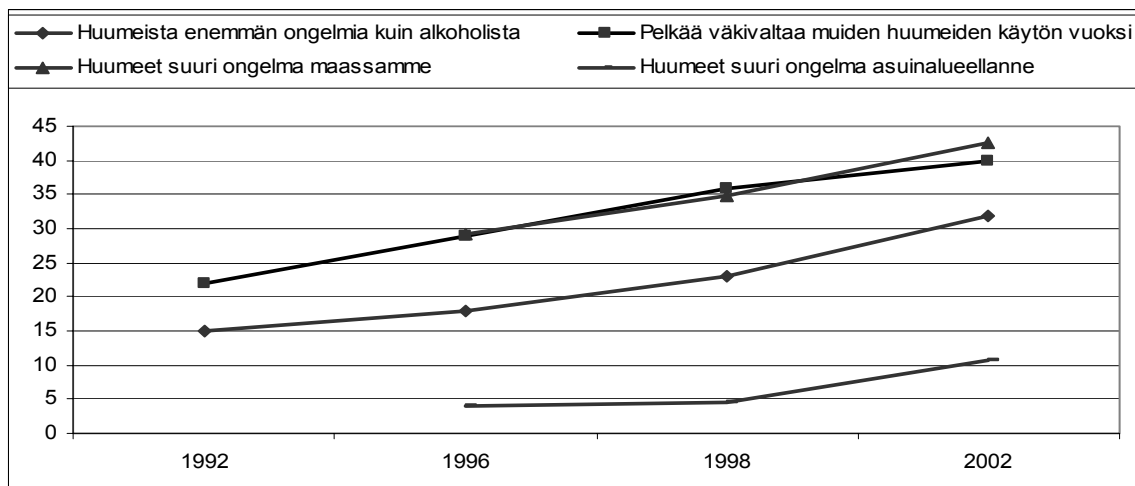
Väestön osalta huumeet nähdään varsin yksimielisesti valtakunnallisesti merkittäväksi ongelmaksi. Vain joka kymmenes piti huumeongelmaa vähäisenä tai olemattomana. Sen sijaan vastaajien omaa kokemuskenttää lähempänä olevan huumetilanteen arviot olivat selvästi maltillisempia: noin puolet vastaajista piti oman asuinalueensa huumeongelmaan vähäisenä tai olemattomana. Maaseudun asutuskeskuksissa ja taajamissa sekä muualla maaseudulla koettiin selvästi vähemmän huumeongelmia kuin kaupungeissa. Tilanne on kuitenkin päinvastainen kun kysyttiin mielipiteitä huumeainetilanteen ongelmallisuudesta valtakunnallisesti.

---

<sup>12</sup> Tutkimus käsittelee 17 alaikäisten huumehoitoyksikössä hoidettavana olevien nuorten jäsenyyksiä elämästään ja päihteidenkäytöstään. Analyysimetodina on diskurssianalyysi, ja tarkastelun kohteena on, millaisia merkityksiä huumeiden käyttö nuorten puheessa saa ja minkälaisia minäkuvia haastatteluissa muodostuu. (Virokannas 2004)

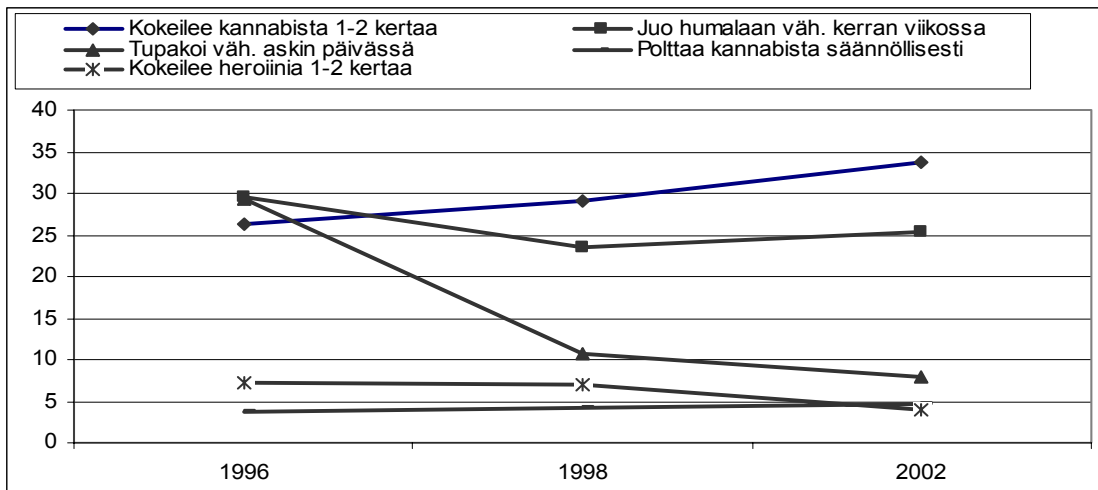
Naiset näyttävät olevan hieman huolestuneempia huumeongelmasta ja huoli kasvaa iän myötä. Vastausten mukaan merkittävä osa suomalaisista (40 %) tuntee sosiaalista turvattomuutta huumeiden käytön vuoksi, kuitenkin eniten pääkaupunkiseudulla ja muissa kaupungeissa, so. siellä missä huumeongelmat koettiin koskettavan myös omaa asuinalueetta. (Hakkarainen ym. 2004)

**Kuvio 14. Käsitukset huumeongelmasta**



Eri huumeiden riskejä arvioitaessa kannabis erotetaan väestön riskikäsitöksissä selvästi muista huumeaineista. Kyselyn mukaan kolmannes väestöstä oli sitä mieltä, että kannabiksen kokeilemisesta aiheutuu enintään vähäinen riski, kun vastaava osuus ekstaasin osalta oli 11 %, amfetamiinin osalta 8 % ja heroinin osalta 4 %. Iän myötä riskikäsitukset tiukkenevat selvästi. Nuorimmassa ikäluokassa yli puolet kokee kannabiksen riskit enintään vähäiseksi. Huumeiden käyttäjiä henkilökohtaisesti tuntevista vastaajista 40 % piti kannabiksen kokeilemisesta aiheutuvia riskejä enintään vähäisinä. Kannabisriskejä vähäisenä pitävien osuus oli puolet edellisestä huumeiden käyttäjiä tuntemattomien osalta. Kielteisemmin kuin kannabiskokeiluihin suhtaudutaan vähintään askin päivässä tapahtuvaan tupakointiin (enintään vähäinen riski 8 %) tai viikoittaiseen humalajuomiseen (25 %). Kuitenkin kannabiksen säännöllistä käyttöä enintään vähäisenä pitävien osuus on edellä olevia vielä vähäisempi (5 %).

Kuvio 15. Niiden osuus (%) joiden mukaan on vähäinen riski, jos ...



Verrattuna vuoden 2002 tilannetta aikaisempaan tilanteeseen huolestuneisuus huumeista on lisääntynyt väestön käsityksissä huumeiden ongelmallisuudesta, huumeisiin liittyvästä sosiaalisesta turvattomuudesta, huumeiden aiheuttamista alueellisista ongelmista sekä huumeongelman laajuudesta suhteessa alkoholiongelmaan. Sama koskee säännöllisen kannabiksen polton riskejä ja heroiniä kokeiluja. Sen sijaan kannabiskokeilujen riski on laskenut verrattuna 1990-lukuun samaan aikaan kun arviot humalajuomiseen sekä tupakoimiseen liittyvistä riskeistä ovat kasvaneet. Tutkijat selittävät kannabisasenteiden muutosta sukupolvi-ilmiöllä.

### 3. Huumeiden vastainen ehkäisevä työ<sup>13</sup>

Perusopetus- ja lukiolakia sekä lakia ammatillisesta koulutuksesta ja ammatillisesta aikuiskoulutuksesta on muutettu siten, että oppilaan tai opiskelijan oikeutta oppilas- ja opiskelijahuoltoon on korostettu ja samalla on lisätty oppilaitoksen velvoitteita järjestää opetussuunnitelma, jonka perusteisiin tulee kirjata toimenpiteet esimerkiksi kriisien, koulukiusaamisen ja päihteiden käytön ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.

Mahdollisimman varhaista puuttumista syrjäytymisvaarassa olevien, vielä kouluikäisten nuorten osalta korostetaan, sillä esimerkiksi peruskouluikäiset ovat vielä koulun ”silmien alla” ja alaikäisyytensä vuoksi hyvin tavoitettavissa. Koulun luonnollinen yhteydenpito koteihin ja toisin päin on monessa tilanteessa parasta varhaista puuttumista nuorten asioissa. Monihallinnollisen paikallisen yh-

<sup>13</sup> Vrt. Virtanen 2004, luku 9.

teistyön luomisella olisi myös mahdollisuus varmistaa, että syrjäytymisvaarassa oleva nuori saa tarvitsemansa tuen ja palvelut varhaisessa vaiheessa ja riittävän laaja-alaisesti.

### 3.1 Yleinen ehkäisevä huumeetö<sup>14</sup>

Perusopetus- ja lukiolakia sekä lakia ammatillisesta koulutuksesta ja ammatillisesta aikuiskoulutuksesta sekä niihin liittyviä asetuksia on muutettu.<sup>15</sup> Keskeiset lain muutokset koskevat opetuksen järjestämistä perusopetuksessa sekä oppilaan/opiskelijan oikeutta oppilas/opiskelijahuoltoon ja valtuuksia sekä velvoitteita järjestää opetussuunnitelmien perusteisiin tavoitteet kodin ja koulun /oppilaitosten yhteistyön ja oppilas/opiskelijahuollon kehittämiseksi sekä turvallisuussuunnitelman laatimiseksi yhteistyössä opetus- sekä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten kanssa.

Opetushallitus on päättänyt uusista opetussuunnitelman perusteista vuosiluokille 1-9 sekä lukioille. Uuden opetussuunnitelman tulee olla käytössä kaikissa peruskouluissa viimeistään 1.8.2006. Oppilashuolto sekä kodin ja koulun yhteistyö on kirjattu ensimmäistä kertaa opetussuunnitelmaan. Oppilashuollossa korostuu varhainen puuttuminen ongelmiin. Koululaisen hyvinvoinnista huolehtiminen edellyttää lisäksi koulutoimen yhteistyötä eri hallinnonalojen kanssa. Paikalliseen opetussuunnitelmaan tulee kirjata toimenpiteet esimerkiksi kriisien, koulukiusaamisen ja päihteiden käytön ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.

Hallinnonalojen välisen syrjäytymistyöryhmän loppuraportissa (2003) todetaan huumeiden käytön näkyvän yhä selvemmin erilaisissa hättätalustoissa ja hoitopalveluissa. Ongelman ennalta ehkäisemiseksi opettajien koulutusta on tarkoitus uudistaa siten, että se mahdollistaa paremmin oppilaiden vaikeuksien ja mm huumeiden käytön tunnistamisen. Seuraavana askeleena ovat laajat ohjelma- ja toimenpidekokonaisuudet. Näitä toteuttavat esimerkiksi nuorten työpajat. Kansalaistoiminnan tukeminen, kuten valtakunnallisten nuorisojärjestöjen, nuorisotyötä tekevien järjestöjen ja nuorison palvelujärjestöjen tukeminen on myös luettavissa ehkäisevän toiminnan perustaksi. Päihteiden käytön rajoittamisen tavoitteeseen pyritään lisäksi helpottamalla hoitoon hakeutumista ja lisäämällä ammatillista osaamista huumeongelmien hoitotyössä.

---

<sup>14</sup> Ks.myös: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

<sup>15</sup> Ks. luku 1.2.2.1.

Vuonna 2003 julkaistiin selvitys, joka koski nykypäivän ehkäisevän huumetyön argumentaatiota kolmen huumeidenvastaiseksi tunnustautuvan kansalaisjärjestön osalta.<sup>16</sup> Järjestöjen valistusteksteistä hahmottuu kolme keskeistä argumentaatiotapaa. Rationalisoivan valistustavan perusviesti perustuu järjenkäyttöön: huumeita "ei kannata" käyttää. Periaatteessa tämäntyyppisen argumentaation tulisi pohjautua huumeidenkäytön hyötyjen ja haittojen faktapohjaiseen erittelyyn. Rationaaliset perustelut huumeidenkäytön haitallisista seurauksista eivät kuitenkaan aina ole riittäviä vastaperusteluja niille elämyksellisille syille, joiden vuoksi huumeita käytetään. Moralisoivan argumentaation perusviesti on, että huumeidenkäyttö on yhteisön arvojen vastaista ja siten väärin. Vastakkain asettuvat huumeiden käyttäjät ja "lakia noudattavat ihmiset". Ongelmia aiheuttaa se, että valistus perustuu tiettyyn arvomaailmaan, jota sen yleisö ei välttämättä jaa. Universaaleista oikeudenmukaisuuden periaatteeseen vetoavan valistuksen keskeinen viesti on, että huumeidenkäyttö on eettisesti kestäväntöntä toimintaa, sillä se vahingoittaa muita. Huumeidenkäyttäjiä ei kuitenkaan haluta sulkea yhteiskunnan ulkopuolelle. Ongelmana on, että valistus kohtaa rajansa tilanteessa, jossa huumeidenkäyttäjä ei itse koe aiheuttavansa muille haittoja.

Tutkijan mukaan herää kysymys, haluavatko järjestöt keskittyä vain ensikokeilujen ehkäisyyn. Huumeidenkäytön yleistyessä pitäytyminen huumeidenkäytön haittoja korostavassa ongelmakehyksessä voi luoda valistukselle uskottavuusongelmia myös ensikokeilujen ehkäisemisen kannalta. Päihtymisestä tavoiteltavan nautinnon sekä käyttökotekstien merkityksen pohdinnan nostaminen huumeidenkäytön terveysvaikutusten tarkastelun rinnalle ovat keinoja kehittää huumevalistusta yleisönsä tietopohjaa ja ajattelukykyä kunnioittavalle tasolle.

Helsingissä toteutettavasta ehkäisevän päihdetyön KLAARI-projektin tarkoituksena luoda nuorille turvaverkkoja, joiden avulla heidän hyvinvointinsa lisääntyisi ja päihteiden käyttönsä vähenisi. Turvaverkkoja luodaan kehittämällä kaupungin seitsemän alueellisen sosiaali- ja terveydenhuollon suurpiirin ehkäisevän päihdetyön moniammatillisia ja hallinnonalojen välisiä yhteistyöverkostoja nuorten ehkäisevässä päihdetyössä. Yhteistyöverkostoihin mukaan luetaan myös alan järjestöt ja nuorten vanhemmat. Toiminta painottaa asiantuntijuutta, mutta työntekijähaastatteluihin perustuvassa arviossa projektin toteuttamisen ongelmina nähtiin käytettyjen järjestöjen ja asiantuntijoiden eripainotteiset, jopa osittain ristiriitaiset näkemykset ehkäisevästä päihdetyöstä.<sup>17</sup> Projekti on tör-

---

<sup>16</sup> Tutkimuksen aineisto koostuu Elämä On Parasta Huumetta ry:n, Irti Huumeista ry:n sekä Youth Against Drugs ry:n (YAD). Tekstit koostuivat vuosien 2001 ja 2002 aikana julkaisemasta tai niiden oman arvion mukaan kyseisenä ajanjaksona aktiivisessa käytössä olleesta julkisesta valistusmateriaalista, 228 huumeaiheisesta tekstistä. (Majava 2003; 2004)

<sup>17</sup> Tutkimuksessa haastateltiin kansallisen huumeainepolitiikan keskeisiä virkamiehiä (2), hakekoordinaattoreita (11) sekä yhteistyöverkostojen työntekijöitä.

männyt myös ristiriitaan moniammatillisen yhteistyön toivottavien yhteisten ja käytännön yhteistyössä esiintyvien erilaisten päämäärien välillä. Joustava toiminnan hajauttaminen ja kumppanuushankkeet eivät myöskään välttämättä takaa hankkeiden laatua. Käytännössä on osin jouduttu turvautumaan ratkaisuun, jossa kaikkia "relevantteja" toimijoita on tuettu tietämättä kuitenkaan tarkkaan, miten toimijoiden eri hankkeet ovat saavuttaneet päämääränsä. Hankkeen jatkamisen ehdoksi esitetäänkin hankekoordinaation tehostamista sekä toiminnan tutkimustietoon perustuvan (poliittisen) ohjeistuksen lisäämistä toiminnan suuntaviivojen selkeyttämiseksi. (vrt. Rantala 2004a)

Huumeita ja muita päihteitä koskevan, Suomen laaja-alaisimman Internet-keskustelufoorumin, Saunan aineistosta<sup>18</sup> valmistui selvitys vuonna 2003 (Roine 2004a, 2004b). Keskustelun eri teemoista ja viestiketjuista löytyi viisi keskeistä puhetapaa: (1) huumeidenkäyttö nähdään joko äärimmäisen hyväksi tai pahaksi kokemukseksi, (2) huumeiden käytön itsekontrolloitavuudesta muodostuu ihanne, (3) huumeiden käyttö näyttäytyy yksilön omana valintana, (4) huumeiden käytön hyväksyttävyyttä perustellaan esimerkiksi alkoholin käyttötapoihin vertaamalla, tai (5) keskustelijat osoittavat täsmälliseen tutkimukselliseen kokemukseensa vedoten olevansa alan asiantuntijoita ja päteviä myös toisten neuvomiseen. Saunan keskustelijoiden omaksuman puhetavan mukaan äärimmäisiä päihdekokemuksia voidaan kyllä hakea, mutta kokonaisuudessaan hallitulla tavalla. Keskustelijat pitävät tiukasti yllä rajaa itsensä ja narkomaaneiksi luokittelemiensa käyttäjien välillä. Rajoittavaan huumausainepolitiikkaan tukeutuva valistus, jonka tavoitteena on saada käyttäjä luopumaan huumausaineista kokonaan, ei tavoita näitä keskustelijoita, koska he eivät itse koe huumeidenkäytön aiheuttavan heille erityisiä ongelmia. Valistus, joka kohtaisi Saunan keskusteluun osallistuvat nuoret, olisi tutkielman tulosten perusteella sellaista, joka tarjoaisi neutraalia tietoa ja samalla ohjaisi hallittuun ja mahdollisimman turvalliseen huumeidenkäyttöön. (Roine 2004a)

### **3.2 Kondennettu ehkäisevä huumetyö<sup>19</sup>**

Aktiivinen sosiaalipolitiikka -työryhmä esitti vuoden 1999 muistiossaan syrjäytymisvaarassa olevien nuorten kuntoutuskokeilun toteuttamista. Valtakunnalliseen nuorten kuntoutuskokeiluun osallistui 18 projektia eri puolilta Suomea vuosina 2001–2003. Projekteihin valittiin nuoria, jotka ovat

---

<sup>18</sup> Selvitys koski 426 Saunaan tammi-maaliskuussa 2002 lähetettyä viestiä, jotka valittiin 27 eri viestiketjusta lähtien viimeksi alkaneista teemoista

<sup>19</sup> Ks. myös <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

keskeyttäneet tai jotka ovat vaarassa keskeyttää peruskoulun, lukion tai ammatilliset opintonsa.<sup>20</sup> Koulunkäynti- ja opiskeluvaikeuksien lisäksi nuorilla saattoi olla myös muita syrjäytymisen uhkaa lisääviä tekijöitä, kuten alkoholi- tai huumeongelmia, mutta hanke kohdistui niihin vain epäsuorasti. (Suikkanen ym. 2004; Linnakangas ym. 2004)

Projektin tulosten mukaan kaksi kolmesta nuoresta oli sellaisia, joiden kohdalla ongelmiin puuttuminen oli saanut aikaan merkittävää elämäntilanteen selkiytymistä. Puuttuminen oli mahdollista, koska peruskouluikäiset ovat vielä koulun ”silmiä alla” ja alaikäisyytensä vuoksi hyvin tavoitettavissa. Koulun luonnollinen yhteydenpito koteihin ja toisin päin on monessa tilanteessa parasta varhaisista puuttumisista nuorten asioissa. Kodin ja koulun ”kumppanuuden” ohella tärkeää on sektorien rajat ylittävä yhteistoiminta syrjäytymisvaarassa olevien nuorten tukemiseksi. Moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseksi tarvitaan eri sidosryhmien toimintaa yhdistävää ohjeistusta ja yhteistyötä koordinoivaa henkilöä eri palvelujen välillä. Keskeisenä lähtökohtana tulisi olla se, että jokaisessa kunnassa toimisi yhteistyöryhmä, jossa olisi mukana sellaisia henkilöitä, jotka omassa työssään ovat joko tekemisissä nuorten kanssa tai tuntevat kuntoutusasioita. Yhteistyössä käsiteltäisiin nuorten asioita mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja ryhmän tehtävänä olisi varmistaa, että syrjäytymisvaarassa oleva nuori saa tarvitsemansa tuen ja palvelut.

#### **4. Huumeiden ongelmakäyttö<sup>21</sup>**

Tilastollisen arvion mukaan Suomessa vuonna 2002 amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjät muodostivat 0,6 - 0,7 % maan 15–55-vuotiaasta väestöstä: amfetamiinien käyttäjät 0,4 - 0,6 % ja opiaattien käyttäjät 0,1 - 0,2 %. Vaikka väestökyselyjen mukaan vuosittaisen kokeilukäytön yleisyys on tasaantumassa, ongelmakäyttäjien, etenkin opiaattien käyttäjien määrä on lisääntynyt selvästi vuoden 1999 jälkeen.

Päihdehuollon lääke- tai huumeasaine-asiakkaiden päähuumeena olivat vuonna 2003 opiaatit (31 % tapauksista, joista buprenorfiinin osuus 24 %), amfetamiinit ja muut stimulantit (28 %), alkoholin ja huumeiden sekakäyttö (19 %), kannabis (16 %) sekä uni- ja rauhoittavat lääkkeet (6 %). Erityisesti buprenorfiinin osuus on kasvanut kolmena viime vuonna. Lähes kolme neljästä päihdehuollon lää-

---

<sup>20</sup> Hankkeissa oli mukana lähes 576 ikäluokkaan 15-17 -vuotiaat kuuluvaa nuorta, joille oli tehty kuntoutussuunnitelma. Projektin keskeytti noin 8 % nuorista

<sup>21</sup> Vrt. Virtanen 2004, luvut 2.3 ja 3.1..

ke- tai huumausaineasiakkaasta oli käyttänyt huumeita joskus pistämällä. HIV-positiivisia oli testatuista kaksi prosenttia, C-hepatiittiposiitivisia 55 % ja B-hepatiitti-positiivisia 11 %.

#### 4.1 Ongelmakäyttäjien määrän arviot<sup>22</sup>

Huumeiden ongelmakäytön laajuuden tilastollisia arvioita on esitetty valtakunnallisesti vuodesta 1997 ja alueellisesti vuodesta 1998 lähtien huumehaittoja kuvaavien viranomaisrekisteritietojen avulla. Ongelmakäyttö on tällöin määritelty amfetamiinien ja opiaattien tai niiden johdannaisen käytöksi siinä muodossa kuin ne tulevat ilmi eri rekistereissä.

Neljän rekisterin perusteella tehdyn tilastollisen arvion<sup>23</sup> mukaan koko maassa oli vuonna 2002 noin 16 000 - 21 000 amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjää, joiden arvioidaan muodostavan 0,6 - 0,7 % maan 15–55-vuotiaasta väestöstä. Ongelmakäyttäjien, etenkin opiaattien käyttäjien määrä on lisääntynyt selvästi vuoden 1999 jälkeen, vaikka rekistereissä havaitut tapaukset vähenivätkin vuodesta 2001 vuoteen 2002

*Taulukko 6. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrän kehitys 1997 - 2002*

	1997	1998	1999	2001	2002
Kokonaisarvio	9400-14700 *	11500-16400	11100-14000	13700-17500	16100-21100
Opiaattien käyttäjät*	1500-3300	1800-2700	2500-3300	3900-4900	4200-5900
Amfetam. käyttäjät*	6800-11600	7600-13000	8300-12400	10100-15400	10900-18500
Rekisterihavainnot	2138	3206	3865	4515	4097

\* = tulos perustuu kolmen rekisterin tietoihin

Ongelmakäyttäjien selvän enemmistön, 70 - 75 % muodostivat amfetamiinien ongelmakäyttäjät, joita vuonna 2002 oli noin 0,4 - 0,6 % Suomen 15–55-vuotiaasta väestöstä. Opiaattien ongelmakäyttäjiiä oli arvion mukaan 0,15 - 0,20 % väestöstä. Tutkimuksen mukaan miehiä oli noin 80 - 85

<sup>22</sup> Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

<sup>23</sup> Ongelmakäyttäjien määrän arviointi perustuu tilastolliseen merkintä-takaisinpyynti -menetelmään (capture-recapture), jossa samasta kohdejoukosta otettujen otosten perusteella voidaan arvioida tilastollisesti kohdejoukon kokoa. Otokset määriteltiin yhteiskunnan kohdejoukkoon (amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjät) kohdistuneiden interventioiden avulla. Järjestelmän interventiot olivat henkilön hoito sairaalassa amfetamiini- tai opiaattidiagnoosin perusteella, henkilöön kohdistuneet rikosoikeudelliset toimet amfetamiinin tai opiaatin käyttö- tai hallussapitorikoksen vuoksi, henkilön joutuminen kiinni ajaessaan amfetamiinin tai opiaattien aiheuttamassa päihtymystilassa autoa sekä tartuntatautirekisteristä suonensisäisen huumeiden käytön vuoksi kirjatut C-hepatiittitapaukset. Tuloksena esitetyt arvot perustuvat 95 -prosentin luottamusväliin. Osaryhmiin on sovellettu erilaisia log-lineaarisia malleja, joten niiden summa ei ole sama kuin kokonaisarvio . (Partanen P. ym. 1999, 2000, 2001, 2004).

% amfetamiinien ja 75 % opiaattien ongelmakäyttäjistä. Sukupuolijakauma on pysynyt suurin piirtein samana vuodesta 1999. Vuonna 2002 kummassakin aineryhmässä 40 - 45 % käyttäjistä oli 15–25-vuotiaita nuoria. Nuorimpien ongelmakäyttäjien osuus on vaihdellut 40 ja 50 prosentin välillä vuodesta 1999 lähtien. Vuonna 1999 ongelmakäyttäjistä loput jakautuivat molempien aineiden osalta tasaisesti kahteen muuhun tutkittuun ikäluokkaan 26 - 35-vuotiaat ja 36–55-vuotiaat. Vuoden 1999 jälkeen opiaattien ongelmakäyttäjien ikärakenteessa ei ole tapahtunut suurta muutosta. Sen sijaan amfetamiinien ongelmakäyttäjien osalta kasvua on ollut erityisesti ikäluokassa 26 - 35-vuotiaat, joiden osuus oli vuonna 2002 jo yhtä suuri kuin nuorimman ikäluokan osuus (45 %).

**Taulukko 7. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien väestöosuuksien (%) kehittyminen vuosina 1998 - 2002.**

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

Vuoden 2002 väestökyselyssä 15 – 55 -vuotiaasta aikuisväestöstä 0,6 %, miehistä 0,9 % ilmoitti käyttäneensä amfetamiinia viimeksi kuluneen vuoden aikana ja 15 - 24 -vuotiaista osuus oli 2,1 % Opiaattien osalta väestökyselyn tulos 15 - 55-vuotiaan väestön vuoden aikana tapahtuneesta käytöstä oli 0.1 %, miehistä 0,2 %, ja 15 - 24 -vuotiaista 0,2 % (Partanen P. ym. 2004)

Väestökysely ja rekisteritietoihin perustuva ongelmakäyttäjien määrän arviointi antavat tilanteesta yllättävän samanlaisen kuvan. Eroja tuloksissa on lähinnä nuorten kohdalla. Amfetamiinien käytössä rekisteripohjaiset estimaatit todennäköisesti tavoittavat väestökyselyä huonommin nuorten juhlimiseen liittyvää satunnaista, muuten kuin pistämällä tapahtuvaa kokeilua ja käyttöä, mikä ei helposti tule valvontaviranomaisten tietoon. (Salasuo 2004). Opiaattien kohdalla taas rekisteripohjainen arviointi näyttäisi tavoittavan kohdejoukon väestökyselyä laajemmin, mikä on odotettua, koska moni-ongelmaiset huumeiden käyttäjät, joita opiaattien käyttäjät usein ovat, jäävät väestötannassa helposti aliedustetuiksi (Hakkarainen & Metso 2003).

Kaikista ongelmakäyttäjistä noin 60 - 70 % oli Etelä-Suomesta ja 30 - 40 % pääkaupunkiseudulta. Pääkaupunkiseudulla ongelmakäyttäjien joukko oli jonkin verran vanhempaa kuin muualla maassa. Ongelmakäyttäjien määrällinen kasvu näyttäisi olleen nopeinta ikäluokassa 26 - 35-vuotiaat ja pääkaupunkiseudun ulkopuolella. Lisäksi suhteellisesti suurin kasvukehitys näyttäisi kohdentuneen opiaattien käyttöön.

**Taulukko 8. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön väestöosuuden (%) kehitys alueittain 1998 - 2002**

	1998	1999	2001	2002
Koko maa	0,4 - 0,55	0,4 - 0,5	0,5 - 0,6	0,55 - 0,75
Pääkaupunkiseutu	0,75 - 1,05	0,7 - 0,95	0,85 - 1,15	0,9 - 1,35
Etelä-Suomi	0,5 - 0,85	0,55 - 0,7	0,7 - 0,9	0,85 - 1,25
Länsi-Suomi	0,25 - 0,4	0,2 - 0,3	0,4 - 0,55	0,4 - 0,6
Itä- ja Pohjois-Suomi	0,1 - 0,2	0,2 - 0,4	0,2 - 0,3	0,3 - 0,5

\* = Pienen tapausmäärän vuoksi Itä- ja Pohjois-Suomessa arvioita tarkasteltiin kokonaisuutena

## 4.2 Huumehoidon asiakaskunta<sup>24</sup>

Vuonna 2003 tehtiin kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon yksikköihin yhden päivän aikana ns. päihdetapauslaskenta, jossa selvitettiin yksikön päihde-ehdoisia asiakkuuksia kyseisen päivän aikana. Tulosten mukaan päihdehuollon erityispalveluissa käyneistä lääkkeiden tai huumeaineiden käytöstä oli tietoa avohoidossa 44 prosentilla ja laitoshoidossa 47 prosentilla asiakkaista (huumeaineiden osalta osuudet ovat 35 % ja 39 %). Tulokset ovat muuttuneet huomattavasti vuoden 1999 tiedoista, joiden mukaan huumeaineasiakkaiden osuus päihdehuollon avohoidossa olleista oli vajaat 20 % ja laitoshoidon asiakkaista vajaat 30 %. (Metso 2004)

Keväällä 2004 tehdyssä huumehoidon tietojärjestelmän kattavuusselvityksessä<sup>25</sup>, jossa arvioitiin huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneiden määrää, huumeiden käyttäjien osuudet olivat noin puolet

<sup>24</sup> Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

<sup>25</sup> Huumehoidon tiedonkeruun kattavuusselvityksessä kaikille päihdehuollon 551 yksiköille lähetettiin kysely yksikköjen alkoholi- ja huumeasiakkaita. Yksiköistä 324 vastasi ja 260 kertoi antavansa hoitoa erityisesti huumeasiakkaille. Kaikista huumehoidon tiedonkeruuseen osallistuneista 164 yksiköstä 122 vastasi kattavuusselvitykseen. Kaikkiaan yksiköt, päihdehuollon yksikköjen lisäksi myös terveydenhuollon ja vankiloiden päihdehoitoyksiköt, raportoivat 75 000 alkoholi- ja huumeasiakkaasta, joista huumeasiakkaita oli 17 850, siis lähes neljännes. (Vismanen 2004)

edellisestä, päihdehuollon avohoidossa 18 % ja laitoshoidossa 27 %. Jälkimmäinen arvio kuvaa kuitenkin päihdetapauslaskentaa tarkemmin aineiden päihdeongelmaan liittyvää ongelmallista huumeiden käyttöä. Päihdehuollon vuosittaisten tilastojen luvuista (joista ei ole saatavissa ainekohtaista erittelyä) voidaan huumeasiakkaiden määräksi arvioida kattavuuskyselyn prosentti-osuuksilla 12 000. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2003; Vismanen 2004) Tilastoarvio on lähellä kattavuusselvityksessä tavoitettujen päihdehuollon huumeasiakkaiden määrää (11 200).

Hoitopalvelujen käyttäjien määriä arviotaessa on lisäksi huomioitava, että terveydenhuollon vuodeosastoilla hoidetaan vuosittain huumausaine- tai lääkeainediagnooseilla noin 6 500 potilasta. Lisäksi terveydenhuollon avohoidossa (sairaaloiden, psykiatristen sairaaloiden, terveyskeskusten ja mielenterveystoimistojen poliklinikoilla) asioineiden lääke- tai huumausaineasiakkaiden määrä on vuorokaudessa päihdetapauslaskennan mukaan noin puolet päihdehuollon avohoidossa vastaavana aikana asioineiden lääke- ja huumausaineasiakkaiden määrästä. Huumausaineasiakkaiden osuus oli saman tutkimuksen mukaan 23 % terveydenhuollon avopalvelujen alkoholi- ja huumeasiakkaista.

Päihdehoitoyksiköille vapaaehtoisella ja anonyymillä huumehoidon tietojärjestelmällä kerätään tietoja lääkkeiden ja huumeiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneista asiakkaista. Vuoden 2003 tulokset perustuvat 165 yksiköstä ja 5 754 päihdehuollon huumeasiakkaasta saatuihin tietoihin. (Partanen A. 2004) Koska huumehoidon tietojärjestelmästä tehdyllä kattavuuskyselyllä tavoitettiin päihdehuollon yksiköissä noin 11 200 huumeasiakasta, tietojärjestelmän voidaan arvioida tavoittavan karkeasti noin puolet kaikista huumeasiakkaista päihdehuollossa. Kattavuusselvityksen mukaan huumehoidon tiedonkeruun tietojen peittävyys on pienintä Etelä-Suomessa (49 %), josta 44 % Helsingissä, Länsi-Suomessa 67 %, Itä-Suomessa 71 % ja Pohjois-Suomessa 79 %.

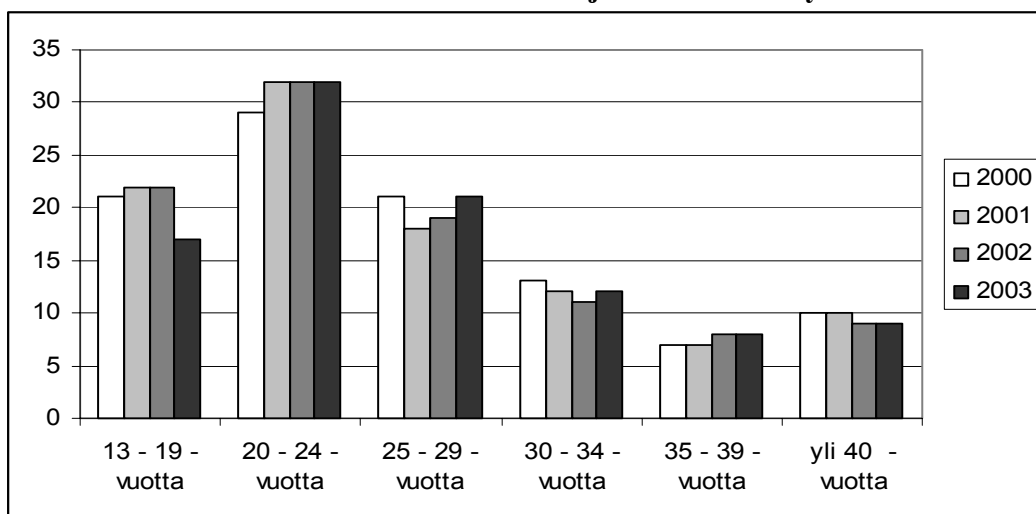
Huumehoidon tietojärjestelmän ja päihdetapauslaskennan huumeasiakkaiden profiilit vastaavat melko hyvin toisiaan päihdehuollon yksikköjen osalta. Toisaalta päihdetapauslaskennassa päihdehuollon yksikköjen asiakkaiden ja vastaavien päihdehuollon yksikköjen tilastoidun asiakaskunnan profiilit vastaavat toisiaan niiltä osin kuin tietoja molemmista on saatavilla. (Vismanen 2004) Näin huumehoitotiedonkeruun tulosten voidaan arvioida heijastavan melko hyvin päihdehuollon koko huumeasiakaskuntaa: huumeasiakkaista on enemmän nuoria, yksinäisiä, työttömiä ja asunnottomia niin päihdetapauslaskennassa kuin huumehoitotiedonkeruussa verrattuna päihdetapauslaskennan asiakkaisiin keskimäärin.

Kuitenkin poikkeuksiakin on näiden tiedonkeruumallien välillä. Huumehoidon tietojärjestelmän avo- ja laitoshoidon huumeasiakkaat ovat systemaattisesti viisi vuotta päihdetapauslaskennan huumeasiakkaita nuorempia. Eroa selittää se, että huumehoidon tietojärjestelmässä painottuvat nuori-soasemien asiakkaat. Päihdetapauslaskennan perusteella voidaan arvioida myös, että keskimäärin hieman vanhemmat lääkkeiden väärinkäyttäjät ovat aliedustettuina huumehoidon tietojärjestelmässä. Ero on kuitenkin vain 4-6 prosentin suuruusluokkaa. Päihdetapauslaskennassa huumeasiakkaat ovat keskimäärin 8 vuotta nuorempia kuin päihdetapauslaskennan asiakaskunta kokonaisuudessaan. (Metso 2004).

Huumehoidon vuoden 2003 tietojärjestelmän mukaan päihdehuollon huumeasiakkaat muistuttivat taustaltaan ja elämäntilanteeltaan edellisen vuoden asiakaskuntaa. Päihdehuollon huumeasiakkaat olivat pääosin miehiä (71 %), nuoria aikuisia (keski-ikä 26,8 vuotta) ja perhesuhteiltaan yksin eläviä. Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys (60 %) yleistä. Joka yhdeksäs (11 %) oli asunnoton.. Suurin osa päihdehuollon huumeasiakkaista oli ollut jo aiemmin päihdehoidossa, viidesosa (19 %) oli hakeutunut päihdehoitoon ensimmäistä kertaa.(Partanen A. 2004)

Tiedonkeruuseen osallistuneiden ikäkeskiarvo oli 26,8 vuotta. Miehet olivat keskimäärin 1,8 vuotta naisia vanhempia. Huumehoitoon erikoistuneissa laitos-hoitoyksiköissä (6,6 % asiakaskunnasta) asiakkaat olivat nuorimpia, keski-ikä 23,0 vuotta. Päihdehuollon avohoitoyksiköiden asiakkaiden (43,9 %) keski-ikä oli 26,0 vuotta, huumehoitoon erikoistuneissa avohoitoyksiköissä (19,7 %) 26,8 vuotta, päihdehuollon laitoshoidossa (27,6 %) 28,6 ja vankiloiden terveydenhuollossa (2,0 %) 30,5 vuotta.

**Kuvio 16. Huumehoidon asiakaskunnan ikäjakauman kehitys 2000 - 2003**



Opiaattien vuoksi hoitoon hakeutuneiden osuus oli kasvanut vuodesta 2003. Opiaatit (31 %) olivat vuonna 2003 päihdehoitoon hakeutumiseen johtaneina ensisijaisina ongelmapäihteinä nyt useammin kuin stimulantit (28 %). Opiaattiryhmän sisällä buprenorfiinin ongelmakäytön (24 %) vuoksi hoitoon hakeutuneita oli edellistä vuotta enemmän. Muina ensisijaisina päihdehoitoon johtaneina ongelmapäihteinä olivat alkoholin käyttöön liittyvä huumeiden sekakäyttö (19 %) ja kannabis (16%). Rauhoittavat lääkkeet (6 %) tai muut huumeet olivat harvoin ensisijaisiksi mainittuina ongelmapäihteinä. Sekakäyttö oli yleistä, lähes kahdella kolmesta oli mainittu ainakin kolme ongelmapäihdettä. Kun lasketaan mukaan kolme käytetyintä päihdettä huumehoidossa, päädytään lähes samaan ainekohtaiseen tulokseen kuin päihdetapauslaskennassa - paitsi heroiniin osalta, joka saa päihdetapauslaskennassa kolme kertaa suuremman arvion kuin huumehoidon tietojärjestelmässä.

Ensimmäistä kertaa huumeiden käytön vuoksi hoitoon hakeutuneiden (1 064) hoitoon hakeutumiseen johtanut ensisijainen päihde oli kannabis (29 %), vaikkakin stimulanttien (26 %) ja opiaattien (15 %) tai alkoholin ja huumeiden sekakäytön (23 %) käytön vuoksi hoitoon hakeutuminen oli myös yleistä. Opiaattiryhmään kuuluvan buprenorfiinin käytön vuoksi ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneita oli 13 prosentti. Rauhoittavat lääkkeet (5 %) tai muut huumeaineet (1 %) johtivat harvoin ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutumiseen.

Lähes kolme neljästä (74 %) päihdehuollon huumeasiakkaasta oli käyttänyt huumeita joskus pistämällä. Viimeisen kuukauden aikana pistämällä tapahtunutta käyttöä oli ollut lähes kahdella kolmesta (60 %) pistämällä huumeita joskus käyttäneistä. Opiaattien tavallisimpana käyttötapana oli pistäminen (87 %). Pistäminen oli buprenorfiinin käyttötapana (90 %) lähes yhtä yleistä kuin heroiniin pistäminen (94 %). Myös stimulanttien käyttäjistä 79 prosenttia käytti niitä pistämällä.

#### **4.3 Huumeiden ongelmakäyttö ja -käyttäjät muiden tutkimusten mukaan**

Suomessa aloitettiin 1990-luvulla ensimmäiset opiaattiriippuvaisille suunnatut vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidot, joissa lääkkeenä käytetään buprenorfiinia tai metadonia. Käytännön ongelmana hoitojen toteuttamisessa on ollut hoidossa olevien potilaiden buprenorfiinin oheiskäyttö ja pistäminen. Vaikka muiden opiaattien käyttö saataisiin loppumaan, pistokäyttöä esiintyy edelleen jopa vuosia hoidon alkamisesta.

Tutkimuksen<sup>26</sup> mukaan aktiivisessa käyttövaiheessa olevat käyttäjät perustelevat pistokäyttöään usein sillä, että pistokäyttö on tehokkaampaa ja edullisempaa kuin aineiden käyttö muilla tavoin. Lääkityksen ollessa kohdallaan potilaalla ei farmakologiselta perustalta ole tarvetta käyttää ylimääräisiä annoksia. Uskomukset aineen vaikuttavuudesta ovatkin keskeisiä piikkikoukkuilmiössä. Käyttäjillä nämä uskomukset juontavat aktiivisen käytön aikoihin, käytön ja erityisesti pistämisen aiheuttamaan nopeaan mielihyvän tunteeseen. Pistämistapahtuman ympärille syntyi rituaaleja, jotka säätelivät esim. sitä, mitä tehtiin ennen pistämistä, millaista musiikkia kuunneltiin pistämisen aikana ja kuinka pistovälineiden kanssa toimittiin pistämisen jälkeen. Pistäminen on myös sosiaalista toimintaa. Pistäminen on keino osoittaa olevansa yhteisön jäsen. Pistämisestä eroon pääseminen voi olla korvaushoitopotilaalle vaikeaa, jos hänen seuransa koostuu edelleen aktiivisesti huumeita käyttävistä tai pistämistä harjoittavista käyttäjistä.

Tutkimuksessa korostettiin, että pistäminen on eräs riippuvuuden muoto. Pistäminen voidaan nähdä toiminnalliseksi oheisriippuvuudeksi. Sitä ei voi esiintyä ilman, että henkilö on tai on ollut riippuvainen jostain fyysistä riippuvuutta aiheuttavasta aineesta, jota on käyttänyt pistämällä. Pistämisestä eroon pääsemisen avain näyttääkin olevan sellaisen sosiaalisen verkoston syntyminen, johon ei kuulu muita käyttäjiä.

## 5. Huumehoito<sup>27</sup>

Valtion kertaluontoisena erillismäärärahana huumehoitoon myöntämän määrärahan käytön seurannassa ilmeni, että avustuksella on laajennettu hoitoyksiköiden toimintaa, perustettu uusia yksiköitä ja luotu uusia työtapoja, mutta on epävarmaa, jatkavatko kunnat määrärahan turvin aloitettua kehittämistoimintaa ja sen rahoitusta kun kertaluontoinen kehittämismääräraha loppuu.

Päihdehuollon palvelujärjestelmä on Helsingissä tehdyn selvityksen mukaan pirstaleinen ja rakentunut alkoholiongelmiaisten hoidon tarpeisiin. Pullonkauloja ovat mielenterveysongelmista kärsivien päihdeongelmiaisten hoito, lasten ja nuorten kokonaisvaltaisen hoidon aikaansaaminen sekä opiaattiriippuvaisten hoidon järjestäminen. Opiaattiriippuvaisten buprenorfiini-korvaushoitoon pääsyä voi

---

<sup>26</sup> Huumeiden käyttäjien kokemuksia pistämisestä ja sen pakonomaisuudesta (Harju 2004) selvittävän tutkimuksen aineisto koostui 12 henkilön haastattelusta. Haastateltavat olivat kahden helsinkiläisen avokorvaushoitoyksikön potilaita. Aineisto analysointiin grounded theory -menetelmällä.

<sup>27</sup> Vrt. Virtanen 2004, luku 11.

Helsingissä pahimmillaan odottaa 2 vuotta. Vaikka hoitojonossa oleville järjestetään jononaikainen päihdehoitokontakti, keskeisin ongelma on, että korvaushoidon aloituspaikkoja ei vapaudu tarpeeksi. Muualla maassa jonotustilanne ei kuitenkaan ole yhtä vaikea.

## 5.1 Huumehoidon hoitojärjestelmät<sup>28</sup>

### Hoitojärjestelmät ja niiden arviointi

Valtio myönsi vuosien 2002 ja 2003 talousarvioissa erillisen määrärahan huumehoidon kehittämiseen. Määrärahaa jaettiin molempina vuosina 7 570 000 euroa. Avustus jaettiin lääninhallitusten toimesta kuntien ja kuntayhtymien huumehoidon kehittämishankkeisiin. Avustuksen tarkoituksena oli toimia hankkeiden käynnistysrahana, jonka jälkeen kunnat itse lähtisivät jatkamaan aloitettua toimintaa.

Vuonna 2004 julkaistiin selvitys, jossa tarkasteltiin vuoden 2002 valtionavustuksen käyttöä (Villikka 2003). Selvityksen mukaan avustuksella on sekä laajennettu jo olemassa olevien hoitoyksiköiden toimintaa että perustettu täysin uusia yksiköitä. Useissa hankkeissa luotiin myös uusia hoidollisia toiminta- ja työtapoja. Keskeisimpiä kehittämiskohteita olivat hoidon ja kuntoutuksen tehostaminen, palveluohjauksen järjestäminen sekä opioidiriippuvaisten hoitojen lisääminen. Suurin osa hankkeista kohdistui vaikeasti huumeongelmaisten hoidon tehostamiseen. Osassa hankkeita lisättiin myös nuorten, päihdeäitien ja päihdeperheiden sekä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa.

Palvelujärjestelmän kokonaisuutta ja hoidon jatkuvuutta kehitettiin eri toimijatahojen verkostoitumisen avulla ja koulutuksella lisättiin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan valmiuksia kohdata ja hoitaa huumeongelmaisia. Keskeisimpänä avustukseen liittyvänä ongelmana pidettiin määrärahan kertaluonteisuutta. Selvityksen mukaan oli epävarmaa, toteutuuko erillismäärärahaan liitetty toivomus, jonka mukaan kuntien tulisi itse jatkaa kehittämistoiminnalla aloitettua toimintaa ja sen rahoitusta. (Villikka 2004)

Helsingissä arvioitiin paikallisen päihdehuollon järjestelmän organisaation ja palvelujen kohdentuvuutta ja vaikuttavuutta.<sup>29</sup> Arvioinneissa esiin nostettiin seuraavia huomioita ja kehittämistehtäviä:

---

<sup>28</sup> Ks. myös: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

- päihdehuollon palvelujärjestelmä on rakentunut alkoholiongelmiaisten hoidon tarpeisiin'
- palvelujärjestelmä on pirstaleinen
- päihdehuollon organisoinnissa on ongelmia erilaisissa toimintakäytännöissä, kaupungin omien ja ostopalveluyksikköjen työnjaossa ja koordinaattiossa sekä jo olemassa olevien palvelujen käytössä.
- huumeongelmiaisten hoito vaatii pitkiä laitoshoidojaksoja, mikä vähentää alkoholiongelmiaisten hoitoihin varattuja resursseja
- huumeiden käyttäjät tarvitsevat erityisesti matalan kynnyksen palveluja
- päihdehuollon tilastointijärjestelmä vaatii muutosta, jolla olisi mahdollista arvioida hoitojatkumoa, hoidon tarvetta sekä päihdehuollon voimavarojen kohdennusta ja hoidon porrastusta
- hoito vaatii yhä eriytyneempää osaamista ja yhä enemmän terveydenhuollon osaamista
- pullonkauloja Helsingissä ovat lisäksi mielenterveysongelmista kärsivien päihdeongelmiaisten hoito, lasten ja nuorten kokonaisvaltaisen hoidon aikaansaaminen, nuorten aikuisten hoitoonohjaus huumeiden käyttäjien katkaisuhoidon pääsy sekä opiaattiriippuvaisten hoidon saattaminen tarpeita vastaavaksi.

Tampereella on arvioitu vuonna 2002 käynnistetyn matalakynnyksisen, läpi vuorokauden palveluja tuottavan yksikön (Matala) palvelua osana paikallista palvelujärjestelmää.<sup>30</sup> Yksikön ensisijainen tehtävä oli motivoida ja ohjata asiakkaita hoitoon. Lisäksi yksikön toivottiin kehittävän hoitokäytäntöjä asiakkaille, jotka eivät pidä mahdollisena huumeiden käytön lopettamista, mutta tarvitsevat silti palveluja. Ajatuksena myös oli, että huumeasiakkaiden keskittyminen yhteen paikkaan selkeyttäisi asiakkaiden hoitoketjuja ja vähentäisi hoitonoja.

Arvioinnin mukaan yksikkö onnistui tavoittamaan 18 - 25 -vuotiaita huume- ja sekakäyttäjiä, joiden ainoa asiakassuhde oli aikaisemmin rajoittunut terveysneuvontaan ja sosiaalitoimistoon. Arvioinnin perustella kysytyimpiä palveluja olivat terveydenhuollon ja lääkärin palvelut. Matala kokosi suuren

---

<sup>29</sup> Helsingin hankkeessa asiakaspalauteaineisto kerättiin palveluyksiköistä, jotka on tarkoitettu mahdollisimman eri tyyppisistä, eri asiakasryhmille sekä toimintatavoiltaan erilaisia alueita edustavista yksiköistä. 1.11.2002 - 31.12.2002. Päihdehuollon avopalveluista tavoitettiin 107 ja laitospalveluista 177 asiakaskasta. Lisäksi tutkimuksessa haastateltiin päihdehuollon 25 asiantuntijaa ja yhteistyökumppania syksyllä 2002 ja keväällä 2003. Helsingin kaupungin A-klinikkojen 7 johtajaa ja noin kolmannes johtavista sosiaalityöntekijöistä vastasivat myös hoitojärjestelmää koskeviin kysymyksiin. (Törmä ym. 2004)

<sup>30</sup> Tampereen matalakynnyksisen hoitoyksikön arviointi tehtiin kyselyillä henkilökunnalle (koko henkilökunta ennen toiminnan aloittamista ja vajaan vuoden toiminnan jälkeen) sekä asiakaskunnalle (86 vastausta kaikista 572 asiakkaasta) sidosryhmille (kysely osoitettiin 52 sidosryhmän edustajalle, vastausprosentti oli 60 %) vajaan vuoden kuluttua toiminnan aloittamisesta.

määrän tuki- ja hoitopalveluita haluavia huumeiden käyttäjiä yhteen paikkaan ja lisäsi omalta osaltaan katkaisu- ja kuntoutushoitopaikkojen palveluiden kysyntää. Matalan vaikutuksesta uusien asiakkaiden tavoittaminen ja motivointi parantui, hoidon tarpeen arvioinnit keskittyivät yhteen paikkaan ja hoitojatkumoiden rakentuminen kehittyi. Sidosryhmien mielestä hoitoketjut selkiytyivät toiminnan vakiintuessa mutta hoitojonot eivät vähentyneet, sillä asiakkaat tarvitsivat myös muita rinnakkaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Erityisesti asiakaskunnan laajuus johti toiminnan tehokkuuden ja palvelujen laadun vähenemiseen. Henkilökunnan valmiudet kohdata asiakkaiden mielenterveysongelmia todettiin myös puutteellisiksi. Suuremmalla henkilökunnalla, vähemmällä asiakaskunnalla ja runsaampien muiden päihdehuollon palvelujen turvin yksikön toiminta olisi saattanut olla vieläkin parempi. (Kekki 2004)

### **Huumehoidon koulutusjärjestelmä**

Päihdetyön koulutusta antavat lukuisat eri tahot ja kilpailu koulutukseen aloituspaikoista ja osallistujamääristä on lisääntynyt. Haasteena on koulutuksen koordinointi ja sisältöjen, menetelmien sekä laadun varmentaminen. A-klinikkasäätiön koordinoimassa EU:n Leonardo da Vinci -ohjelman tuella toteutetusta Transdrug -projektista (2001-2003) valmistui koulutuskirja "Koulutajan työkalupakki" (Montomen (toim.) 2003). Hankkeeseen liittyen suomalaisten yhteistyötahojen kokemuksia kirjattiin artikkelikokoelmaan "Näkökulmia päihdekoulutukseen" (Montonen ym. 2003). Vuoden aikana valmistui lisäksi lääketieteellisen ja sosiaalialan piirissä työskenteleville päivitetty painos kirjasta Päihdelääketiede (Salaspuro ym. (toim.) 2003).

### **Hoitojärjestelmät erityisryhmille**

Palveluja on esimerkiksi maahanmuuttajille vielä rajoitetusti, mutta osittain palvelujen tarpeessa on ollut havaittavista tasaantumista. Esimerkiksi venäläisten maahanmuuttajien kielitaito on lisääntynyt ja sitä myötä sosiaaliset verkostot laajentuneet. Näin suomenkieliset palvelut ovat paremmin maahanmuuttajien saavutettavissa.

Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä käsittelevä kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma vuosiksi 2004 - 2007 (2004) mainitsee huumeiden osalta tavoitteekseen nuorten huumeiden käytön vähentämisen sekä erityisesti alkoholia ja huumeita käyttävien äitien ja heidän lastensa hoidon ja seurannan järjestämisen eri toimijoiden yhteistyönä.

Paikallisessa hankkeessa Riihimäellä hoito- ja yhteistyökäytäntöohjelmassa huumeita käyttävälle, raskaana olevalle naisille kerrotaan mahdollisuudesta saada apua ja tukea syntyvän lapsen suojelemiseksi. Samalla häntä motivoidaan osallistumaan hoito-ohjelmaan huumeiden käytön lopettamiseksi. Hoito-ohjelmassa pyritään siihen, että äiti kohtaa toimipisteessä asioidessaan aina saman terveydenhoitajan, lääkärin, päihdehuollon työntekijän ja sosiaalityöntekijän. Tarvittavat laboratorio- ja äitiyspoliklinikkakäynnit ohjelmoidaan tihennettyjen neuvolakäyntien tueksi. Mikäli äiti kieltäytyy yhteyden otoa, tehdään lain mukaan lastensuojeluilmoitus lapsen synnyttyä. Sairaalahoidossa lasta tarkkaillaan viikon verran mahdollisten vieroitusoireiden vuoksi ja samalla saadaan käsitys vanhempien suhtautumisesta ja kiinnostuksesta lapseen. Kotiutuksen jälkeen äitiysneuvolan työntekijä tekee perheeseen kotikäynnin. Perhe käy lastenneuvolassa alkuun tiheästi ja jatko määräytyy lapsen voinnin ja kehityksen sekä perheen tilanteen mukaan (Koskivuori ym. 2004)

## **5.2 Huumehoito yleensä - erityisesti lääkkeetön huumehoito<sup>31</sup>**

Lääkkeettömässä huumehoidossa ovat käytössä samat hoitomallit kuin alkoholistien hoidossa, esimerkiksi kongnitiivinen käyttäytymisterapia, ryhmäterapia, perhe- ja verkostoterapia, ns. Minnesota-malli, muut yhteisömallit sekä erilaiset yksittäiset toimenpiteet, kuten akupunktio jne. Kansainvälisten alkoholiriippuvuuden hoitomenetelmiä koskevan meta-analyysien perusteella on voitu osoittaa, että monilla spesifeillä selkeään rakenteeseen perustuvilla psykososiaalisilla hoitomuodoilla on positiivinen vaikutus hoitotulokseen. Tieteellistä näyttöä ei kuitenkaan ole siitä, että jokin erityinen hoitomuoto sopisi tietyille potilasryhmälle paremmin kuin toiselle. Varhaisvaiheessa mikä tahansa hoito näyttää tuottavan samanlaisen tuloksen kuin laaja hoito. Sen sijaan pidemmälle edenneen ongelman hoidossa, mihin liittyy muitakin sosiaalisia ongelmia (asunnottomuus, psyykkiset ongelmat), asiakkaat hyötyvät laajasta ja monialaisesta hoidosta. (Salaspuro 2003)

Huumeiden käyttäjäperheisiin kohdistettua ns. yhdistettyä hoitoa arvioitiin kuluvana vuonna. Hoidolla tarkoitetaan tällöin hoitoprosessia huumeidenkäyttäjäperheille, jossa käydään läpi ensi päihdekuntoutusvaihe (3-6 kk), sitten perhekuntoutusvaihe (3-10 kk), avokuntoutusvaihe (3-6 kk) ja lopuksi noin puolen vuoden jälkeen intervallijakso. Perheen yhdistetyssä hoidossa sovelletaan yh-

---

<sup>31</sup> Ks. myös <http://annualreport.emcdda.eu.int/fin/home-fi.html>

teisöllistä, systeemistä ja ratkaisukeskeistä näkemystä sekä päihde- että perhehoidosta.<sup>32</sup> Seurannan tulosten mukaan asetetut päihdeettömyyden, vanhemmuuden ja elämäntaitojen opettelun tavoitteet ovat toteutuneet erityisesti niiden osalta, joilla suurten elämänongelmien ohella on vahva hoitomotivaatio. Heillä hoito on onnistunut vahvistamaan asiakkaan itsetuntoa vanhempana juuri yhteisöllisyyden ja sen sisäisten sääntöjen opettelun avulla. Sen sijaan vanhemmat havaitsivat usein vasta jälkikäteen, että lapsen asemaan olisi tullut kiinnittää enemmän huomiota hoidon aikana (Rask ym. 2003)

### 5.3 Korvaus- ja ylläpitohoito<sup>33</sup>

Vuonna 2003 arvioitiin, että lääkkeellisessä korvaus- ja ylläpito-hoidossa oli kaikkiaan 600 henkilöä, joista 428 buprenorfiinihoidossa (Buprenorfiini - lääkehoito tänään 2004:1)

Sosiaali- ja terveysministeriölle tehdyssä kartoituksessa selvitettiin opioidiriippuvaisten hoitoon pääsyn tilannetta pääkaupunkiseudulla sekä kolmessa muussa Suomen suurimmassa kaupungissa. Tarkastelun kohteena ovat etenkin opioidiriippuvaisten buprenorfiinin ja metadonin avulla toteutetussa hoidossa esiintyvät jonot<sup>34</sup>. Kartoituksen tuloksena havaittiin, että pääkaupunkiseudulla opioidiriippuvaisten korvaushoitoon pääsyä voi pahimmillaan joutua odottamaan lähes kaksi vuotta, vaikka jonottavien asiakkaiden lukumäärä ei ole kovin suuri. Kesäkuussa 2003 hoitojonossa oli yhteensä 41 potilasta. Näistä ensimmäinen helsinkiläinen oli kuitenkin jonottanut lokakuusta 2001. Pääkaupunkiseudulla hoitojonot koskevat pääasiassa buprenorfiinihoitoa. Hoitojonossa oleville järjestetään jonoaikainen hoitokontakti, joten ilman päihdepalveluita asiakkaat eivät jääneet jonotuksen ajaksikaan. Hoitojonoja esiintyi myös pääkaupunkiseudun ulkopuolella. Tampereella elokuussa 2003 hoitojonossa oli 15 henkeä, Oulussa puolestaan 6. Ainoastaan Turussa korvaushoitoon ei tällä hetkellä ole juuri jonoja.

Pääkaupunkiseudulla keskeisin hoitojonoihin liittyvä ongelma näyttäisi olevan se, että uusia korvaushoidon aloituspaikkoja ei vapaudu tarpeeksi nopeasti. Jotta hoitojonoja saataisiin purettua, tulisi

---

<sup>32</sup> Seurannan yhteydessä Pääkaupunkiseudulla haastateltiin 13, ennen lokakuuta 2002 hoidon läpikäynyttä henkilöä, joista yksi oli keskeyttänyt hoidon. Lisäksi keväällä 2003 lähetettiin postikysely hoitoon ohjanneille tahoille, joista 12 vastasi kyselyyn, ja lisäksi laitoksen henkilökuntaa haastateltiin sekä yksittäin että ryhmässä.

<sup>33</sup> Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

<sup>34</sup> Kartoitusta varten haastateltiin 11 henkilöä pääkaupunkiseudulla ja 7 henkilöä puhelimitse Oulusta, Tampereelta ja Turusta aikavälillä 2.6-22.8.2003. Haastateltavat koostuivat päihdehuollon eri toimijatahoista ja aineistona on lisäksi käytetty haastateltavilta tahoilta ja Etelä-Suomen lääninhallituksesta saatuja päihdepalveluihin liittyviä dokumentteja. (Villikka 2003)

avohoitopaikkoja päihdehuollon ja perusterveydenhuollon yksiköihin luoda lisää. Vuoden 2003 huumehoitoon suunnatun valtioavustuksen turvin hoitopaikkoja voitiin Vantaalla lisätä noin 15-20 paikalla ja Helsingissä parhaimmillaan jopa 50 paikalla. Pääkaupunkiseudulta Espoo sen sijaan ei saanut kyseistä avustusta, minkä johdosta hoitopaikkojen määrää ei pystytty suunnitelmien mukaisella tavalla kasvattamaan. Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan, että uusien hoitopaikkojen luominen ei kuitenkaan helpota tilannetta pidemmän päälle ellei hoitojen porrastamisessa onnistuta paremmin ja jo hoidossa olleita pystytään siirtämään nopeammin erityispalveluista jatkohoitoon peruspalveluiden puolelle.

Toisen tutkimuksen mukaan tilanne on sama myös Kuopion yliopistollisen sairaalan huume- ja lääkeriippuvuuspoliklinikalla. Korvaushoitojen toteuttaminen erikoispoliklinikalla täyttää koko poliklinikan hoitokapasiteetin ja aiheuttaa pitkiä hoitonojoja uusien potilaiden tutkimukseen ja hoitoon pääsulle, siksi vakiintuneet hoidot tulisikin siirtää perusterveydenhuoltoon. Poliklinikalle 1.2.2001 - 1.2.2002 tulleiden 55 potilaan seurantatutkimuksessa todettiin, että omaehtoisesti hoidon lopettaneiden määrä oli suuri (25 %), mikä kuvastaa päihdepotilaiden vaikeutta kiinnittäytyä pitkäjänteiseen hoitoon mutta myös sitä, että ensimmäinen hoitovuosi kuluu usein kaoottisen tilanteen selvitelyssä ja hoidon käynnistämisessä. Toiminnan tuloksellisuutta kuvaa kuitenkin se, että vuoden hoidon jälkeen pistoskäyttäjien määrä oli vähentynyt yli puolella. (Aira ym. 2004)

## **6. Huumeisiin liittyvät terveyshaitat<sup>35</sup>**

Vuonna 2003 huumeaineisiin liittyviä kuolemantapauksia oli Suomessa oikeuslääketieteellisten ainelöydösten ennakkotietojen mukaan 146 tapausta. Erityistä Suomen tilanteessa on vuosien 2002 - 2003 osalta se, että heroiinikuolemien määrä pysynyt matalana vuodesta 2001, kun taas buprenorfiini on nykyään yleisin opiaattilöydös kuolemantapauksissa, mikä heijastavaa myös hoitotiedoissa esiin nousutta buprenorfiinin väärinkäytön voimakasta lisääntymistä.

Mielenterveysongelmat ovat yleisiä pistämällä huumeita käyttävien keskuudessa. Pistoskäyttöön liittyviä ongelmia esiintyy myös paljon. Vuonna 2003 huumeiden pistoskäytöstä aiheutuvien HIV-tartuntojen määrä laski neljättä vuotta peräkkäin. ja myös hepatiittitartuntojen lukumäärät laskivat.

---

<sup>35</sup> Ks. myös Virtanen 2004, luku 3.2 - 3.4 ja 21.

## 6.1. Huumekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus<sup>36</sup>

Vuonna 2003 huumausaineisiin liittyviä kuolemantapauksia oli Suomessa oikeustieteellisissä tutkimuksissa todettujen ruumiinavauksien ainelöydösten ennakkotietojen perusteella 146 ja EMCDDA:n erityisrekistereille (Suomessa oikeuslääketieteen laitoksen rekisterille) antamien huumekuolemien määrittelyohjeiden (peruskuolemansyynä myrkytyskuolema) perusteella 67 (Vuori 2004). Nämä eri tavalla määritellyt huumekuolemantapausten määräarviot antavat raja-arvot Suomessa vuoden aikana huumeisiin kuolleiden määrälle. Kansainvälisiin vertailuihin tulevaisuudessa käytettävien EMCDDA:n yleisille kuolemansyyrekistereille antamien kriteerien perusteella laskettu huumausainekuolemien määrä (101) asettuu edellä esitettyjen raja-arvojen väliin (Huohvanainen 2004). Rekisterien mukaan 15-24-vuotiaiden osuus kuolemantapauksista vaihtelee määritelmän mukaan 25 prosentista 40 prosenttiin.

Ainelöydöksiin liittyvien tapausten luokittelu opiaattien osalta ei ole verrannollinen aikaisempiin vuosiin, koska voimakkaasti opiaattilöydösten joukossa yleistynyt buprenorfiini ei tule esiin tehtäessä opiaattien seulontatestiä. Sen sijaan amfetamiini- ja kannbislöydösten määrät ovat vertailukelpoisia aikaisempien vuosien tilastoihin: amfetamiinia löydettiin 51 tapauksessa, kannbislöydöksiä oli 82 tapausta ja opiaatteja vielä hyvin alustavien tietojen mukaan 61 tapausta. Vuosien 2002 - 2003 aikana opiaattilöydöksiin liittyvien heroini-kuolemien määrä on edelleen pysynyt matalana (4 tapausta vuonna 2003), mikä on jatkoa vuonna 2001 alkaneesta heroini-kuolemien määrän voimakkaasta laskusta. Sen sijaan väärinkäyttöön liittyvissä kuolemantapauksissa buprenorfiinilöydökset (vielä hyvin alustavien tietojen mukaan 44 tapausta) ovat lisääntyneet nopeasti ja buprenorfiini (yleensä yhdessä bensodiatsepiinien, rauhoittavien lääkkeiden tai alkoholin kanssa) olikin oikeuslääketieteellisissä ruumiinavauksissa yleisimmin todettu opiaatti. (Vuori 2004)

## 6.2 Huumeisiin liittyvät tartuntataudit<sup>37</sup>

### HIV

Vuonna 2003 ilmoitettuja HIV-tartuntoja oli 132 tapausta (131 tapausta vuonna 2002). Tapauksista, jossa tartuntatapa on tiedossa, huumeiden pistoskäytöstä aiheutuvien tartuntojen osuus oli 21 % (23

<sup>36</sup> Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fin/home-fi.html>. Määrittelyistä ks. <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>

<sup>37</sup> Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fin/home-fi.html>

tapausta) ja osuus laski neljättä vuotta peräkkäin. Näin huumeiden pistoskäytöstä aiheutuvien HIV-tartuntojen määrä oli samalla tasolla kuin vuoden 1999 ruiskuhuumeista aiheutunutta HIV-epidemiaa edeltävänä vuonna. Noin puolet tapauksista kuuluu ikäluokkaan 20 - 34 -vuotiaat. Kuitenkin vuoden 1999 epidemian seurauksena puolet HIV-tartunnan saaneiden kuolemista vuonna 2003 (yhteensä 10) liittyi alun perin huumeiden pistoskäytön välityksellä saatuihin tartuntoihin. (Tartuntataudit Suomessa 2003). Huumehoitotiedonkeruun vuoden 2003 tietojen mukaan päihdehuollon testatuista huumeiasiakkaasta noin 2 % oli HIV-positiivisia. Vastaava osuus pistämällä huumeita käyttäneistä oli 3 %.<sup>38</sup> (Partanen A. 2004)

### **C-hepatiitti**

Vuonna 2003 todettiin kaikkiaan 1262 C-hepatiittitapausta, joista noin puolessa tartuntatapa oli ilmoitettu. Näistä 90 % arvioidaan johtuvan huumeiden pistoskäytöstä. C-hepatiittitapausten määrässä oli vähennystä edelliseen vuoteen noin 10 %. Selvintä lasku on ollut 15-19 -vuotiaiden osalta, jossa tapausten määrä on vähentynyt 30 %. Tartunnan saaneista 55 % kuului ikäluokkaan 20 - 34 -vuotiaat. (Tartuntataudit Suomessa 2003). Huumehoitotiedonkeruun mukaan C-hepatiittiposiitivisia huumehoidon asiakaskunnasta oli vuonna 2003 testatuista 55 %. Pistämällä huumeita käyttäneiden osalta huumehoidon testattujen asiakkaiden joukossa C-hepatiittiposiitivisten osuus oli 62 %.. (Partanen A. 2004)

### **B-Hepatiitti**

Vuonna 2003 todettiin 369 B-hepatiittitapausta, missä oli vähennystä edellisvuoteen 10 %. Eniten tapauksia todettiin ikäluokassa 25-34 -vuotiaat. Huumehoitotiedonkeruun mukaan vuonna 2003 B-hepatiittiposiitivisia oli 11 % kaikista testatuista huumehoidon asiakkaista. Pistämällä joskus huumeita käyttäneistä asiakkaista melkein kaksi kolmesta oli saanut ainakin yhden B-hepatiittirokotusannoksen ja lähes puolet kaikki kolme rokoteannosta. Tämä osin selittää B-hepatiittiposiitivisten alhaista osuutta huumehoidon asiakaskunnasta. (Partanen A. 2004)

---

<sup>38</sup> Runsas kolme neljästä huumeiasiakkaasta on käynyt HIV-, hepatiitti B- ja hepatiitti C-testeissä sekä noin kaksi kolmesta hepatiitti A-testeissä. Puuttuvien tartuntatautitietojen määrä on kuitenkin noin viidennes, mikä saattaa hieman vääristää tulosta. (Partanen A. 2004)

## A-Hepatiitti

Vuonna 2002 pääkaupunkiseudulta huumeiden pistoskäyttäjien joukossa alkaneen hepatiitti A-epidemian aiheuttama A-hepatiittitapausten ilmaantuvuuden nopea nousu laski selvästi vuonna 2003, jolloin tapausten lukumäärä oli 242. Korkeimmat luvut olivat ikäluokassa 20 - 29 -vuotiaat (40 % tapauksista), mikä selittyi epidemian jatkumisella huumeiden pistoskäyttäjillä. Suomessa A-hepatiittirokotusta on suositeltu ruiskuhuumeiden käyttäjille, mutta rokotus ei ole kuulunut kansalliseen rokotusohjelmaan. Vuoden 2005 alusta käytäntö muuttuu ja A-hepatiittirokotus kuuluu huumeiden pistoskäyttäjien rokotusohjelmaan samoin kuin jo nykyään B-hepatiittirokotus. Huumehoitotiedonkeruun mukaan vuonna 2003 A-hepatiittipositiivisia oli asiakaskunnasta 6 %.

### 6.3 Huumeisiin liittyvät oheissairaudet<sup>39</sup>

Vuoden 2003 tutkimuksen mukaan vuosina 1987 - 2002 samanaikaisesti huumeriippuvuudesta ja muusta mielenterveyshäiriöstä kärsivien potilaiden sairaalahoitokerrat ovat viisinkertaistuneet. Samanaikaisesti psykiatrisia laitoshoitopaikkoja on vähennetty jyrkästi. Näin huumeasiakkaiden hoitajaksojen suhteellinen osuus on lisääntynyt huomattavasti psykiatristen hoitojen kokonaismäärästä (Pirkola ym. 2004)

Huumeiden riskikäyttäytymistä koskevassa tutkimuksessa<sup>40</sup> kartoitettiin huumeisiin liittyvien muiden sairauksien esiintyvyyttä huumeongelmaisilla. Puolen vuoden aikana ennen tutkimushaastatteluja 41 % haastatelluista oli kärsinyt mielenterveysongelmista ja 29 % kertoi kokeneensa psykoosin. Pistämiseen liittyviä ongelmia oli ollut myös monella: horkka (43 %), tuntohäiriöt (43 %), suonitulehdukset (23 %) ja paiseet (16 %). Lisäksi lähes puolella oli huonokuntoiset hampaat, kolmanneksella hengenahdistusta, ja rintakipuja näin neljänneksellä. Lähes joka kymmenennellä oli ollut ongelmia liittyen huumeiden yliannostuksiin. (Partanen, A. ym. 2004b)

---

<sup>39</sup> Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fin/home-fi.html>

<sup>40</sup> Tutkimuksessa tehtiin alkuhaastatteluja 12.9.2000 - 31.5.2002 yhteensä 494 kolmessa pistosvälineiden vaihtoa harjoittavassa terveysneuvontapisteessä (Helsinki, Tampere, Turku) ja yhdessä läpi vuorokauden avoimessa huumeepoliklinikassa (Helsingin Kurvi). Näistä 354 ilmoittautui seurantaryhmään. Seurantahaastattelut jatkuivat vuoden 2003 loppuun, mutta niistä ei ole vielä raportoitu.

## 6.4 Muut huumeisiin liittyvät terveyshaitat ja niiden seuraukset

Vuonna 2003 lääkkeitä ja huumausaineita todettiin 2577 liikennejuopumustapauksissa (1663 tapauksessa vuonna 2002). Näistä huumausainelöydöksiä tehtiin 1467 tapauksessa (1266). Helmikuussa 2003 rattijuopumussäännöksiä muutettiin siten, että huumausaineille säädettiin ns. nollaraja. Osaksi tästä johtuen liikenteen huumeainetapaukset lisääntyivät yli 50 %. Toisaalta lainsäädäntömuutos myötävaikutti siihen, että poliisin oli aikaisempaa helpompaa käynnistää esitutkinta epäiltäessä huumeiden käyttöä tieliikenteessä. Vuoden 2003 aineiston mukaan löydöksistä kannabiksen osuus oli 25,5 % (edellisenä vuonna 60 %), amfetamiinien 81,8 % (66,7 %) ja heroinin 2 % (12 %). Nollaraja selittää osin muutokset ainekohtaisissa osuuksissa: uuden lain mukaan tuomioon riittää vain yhden huumausaineen tilastointi, joten esimerkiksi sekakäyttöön liittyviä muita aineita ei enää analysoida, jos jokin muu huumausainelöydös on tehty (esimerkiksi lääkeaineisiin luettavaa buprenorfiinia etsitään vain jos varsinaisia huumausainelöydöstä ei tehdä). Lisäksi aineita analysoidaan enää vain verikokeiden perusteella, mikä puolestaan vähentää kannabishavaintoja, sillä cannabis on havaittavissa vain lyhyen aikaa veressä sen sijaan virtsassa paljon pidemmän ajan.

## 7. Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen<sup>41</sup>

Veriteitse tarttuvat tartuntataudit ovat keskeinen huumeiden pistoskäytön aiheuttama terveysongelma. Siksi huumehoidon yksi keskeinen ulottuvuus on tartuntatautien ehkäisy ja hoito. Tartuntatautien ehkäisemiseksi pistosvälineitä vaihtavia terveysneuvontapisteitä oli 21 paikkakunnalla vuonna 2003 - suurimmaksi osaksi yli 50 000 asukkaan kaupungeissa. Terveysneuvontapisteiden asiakaskunnassa ja vaihdettujen ruiskujen ja neulojen määrässä on kahdessa vuodessa ollut kasvua yli puolet. Vastaavana aikana apteekeissa ruiskujen ja neulojen myyntimäärät ovat nousseet yli 10 prosenttia. Tehtävä on siirtymässä myös perusterveydenhuoltoon tartuntatautiasetuksen muutoksen myötä.

Toinen keskeinen huumeiden aiheuttama terveysongelma ovat huumeiden käyttöön liittyvät mielen-terveysongelmat. Näiden hoito on Suomessa vielä puutteellista, sillä hoidon jälkeinen asiakkaan tukiverkosto ja jatkohoito ovat kehittymättömiä. Myös alan koulutus koetaan puutteelliseksi.

---

<sup>41</sup> Vrt. Virtanen 2004, luku 10.

## 7.1 Huumekuolemien ehkäisy<sup>42</sup>

Huumekuolemiin liittyvää koulutusta on jonkin verran osana sosiaali- ja terveydenalan peruskoulutusta. Erityishakkeita alueella ei ole käynnissä. Huumekuolemien ehkäisyyn liittyvää työtä tehdään myös osana tapaturmiin ja liikenneturvallisuuteen liittyvässä työssä.

## 7.2 Huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisy ja hoito<sup>43</sup>

Huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisyä toteutetaan

1. sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalveluissa
2. päihdepalveluissa - erityisesti terveysneuvontapisteissä (pistosvälineiden vaihtona)
3. apteekkien neulojen ja ruiskujen myynnin välityksellä
4. uuden tartuntatautiasetuksen mukaan terveydenhuollon peruspalveluissa<sup>44</sup>

HIV-tartunnan saaneiden hoidosta vastaavat yliopistolliset sairaalat alueensa muiden keskus-, alue- ja psykiatristen sairaaloiden kanssa. Sairaaloissa HIV-infektion hoito on keskitetty sisätautien yksikköön. Suurimmissa sairaaloissa on erikoistuttu myös infektio- ja tartuntatautien hoitoon. HIV-infektion toteamiseksi, tutkimiseksi ja hoitamiseksi tehdyt käynnit sekä sairastuneen hoitaminen terveydenhuollon toimintayksiköissä ovat maksuttomia. Sairastuneen hoitoon määrätyt lääkkeet ovat myös maksuttomia. (HIV-käsikirja)

B-hepatiittirokotusten osalta Suomessa noudatetaan valikoivaa rokotuspolitiikkaa. Äitiysneuvoloissa seulotaan kaikki raskaana olevat hepatiitin varalta ja B-virusta kantavien äitien vastasyntyneet lapset suojataan heti syntymän jälkeen rokottamalla. Riskiammateissa toimiville hoito- ja sosiaalityöntekijöille sekä poliiseille suositellaan rokotusta työnantajan kustannuksella. Lisäksi B-hepatiitin kantajien sukupuolikumppanit ja perheenjäsenet saavat rokotuksen yhteiskunnan kustannuksella, samoin kuin suonesisäisesti huumeita käyttävät ja prostituoidut. (Karvonen 2003)

Kroonisten B- ja C-hepatiittitapausten hoidon lääkkeillä on runsaasti sivuvaikutuksia, jonka takia potilaan hoitomotivaation on oltava hyvä. Ennen hoitoon ryhtymistä entisiltä päihteiden väärinkäyttäjiltä vaaditaankin yleensä vähintään vuoden näyttö raitistumisesta koskien kaikkia huumeita ja

---

<sup>42</sup> Ks. myös: <http://annualreport.emecdda.eu.int/fi/home-fi.html>

<sup>43</sup> Ks. myös: <http://annualreport.emecdda.eu.int/fi/home-fi.html>

<sup>44</sup> Ks. luku 1.2.2.

alkoholia. Kuitenkin C-hepatiittihoitoa voidaan antaa yhteistyössä huumevieroituslaitoksen kanssa jo huumevieroituksen aikana, jos sen on todettu sujuvan moitteettomasti.

Pistosvälineitä vaihtavia terveysneuvontapisteitä oli 21 paikkakunnalla vuonna 2003 - suurimmaksi osaksi yli 50 000 asukkaan kaupungeissa. Terveysneuvontapisteiden asiakaskunnan määrä (9586) on suurin piirtein samalla tasolla kuin edellisenä vuonna ja yli 10 % suurempi kuin vuonna 2001. Sen sijaan käyntikertojen (94 000) sekä vaihdettujen ruiskujen ja neulojen määrässä (1 430 000) on edellisvuodesta kasvua lähes 30 % ja vuodesta 2001 yli puolet. (Partanen A. 2004b) Vuonna 2003 apteekeista 86 % ilmoitti olevansa valmis myymään ruiskuja ja neuloja huumeiden käyttäjille. Tässä luvussa oli nousua 14 % -yksikköä vuodesta 2001, jolloin tutkimus viimeksi tehtiin. Eniten nousua oli pienissä kunnissa - joissa ei ollut terveysneuvontapisteitä. Apteeekeissa ruiskujen ja neulojen myyntimäärät (486 000) ovat nousseet vuodesta 2001 noin 14 prosentilla. Vuoden 2003 tietojen mukaan pistosvälineitä vastaanottaa noin puolet niitä myyvistä apteekeista, vaikka suurin osa apteekeista kannattaakin vastaanoton siirtoa terveysneuvontapisteisiin. Apteekkiverkoston tuki pistoskäyttäjien terveysneuvontaan on erityisen tärkeä niille käyttäjille, joilla ei ole mahdollisuutta asioida terveysneuvontapisteissä. (Partanen A, 2004b)

Uuden tartuntatautiasetuksen mukaan terveyskeskusten uudeksi tehtäväksi on tullut tartuntatautien ehkäisy, mukaan lukien huumeita käyttävien terveysneuvonta ja tarpeen tullen pistosvälineiden vaihto. Uutta asetusta koskeva koulutuskierrös huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisystä on käynnistymässä sairaanhoitopiireittäin syksyllä 2004.

Suomi on osapuolena 27.10.2003 perustetussa Pohjoisen ulottuvuuden sosiaali- ja terveysalan kumppanuusohjelmassa. Kumppanuusohjelman keskeinen tavoite on kestävä kehityksen edistäminen ja väestön terveydellisten sekä sosiaalisten olojen parantaminen Pohjoisen ulottuvuuden alueella. Ohjelmalla halutaan ehkäistä alueen yhteisiä keskeisiä kansanterveysongelmia, joita ovat muun muassa tarttuvat taudit, kuten HIV, tuberkuloosi ja sukupuolitaudit, sekä huumeiden käyttö. Sosiaali- ja terveysalan kumppanuusohjelma on siirretty EU:n uuteen Pohjoisen ulottuvuuden toimintaohjelmaan vuosiksi 2004 - 2006. Suomi rahoittaa myös lähialuevaroin yhteistyöhankkeita Venäjällä, esimerkiksi Pietarissa, tartuntatautien, kuten HIV:n ja tuberkuloosin torjumiseksi. (STM:n lehdistötiedote 311/2003)

### **7.3 Huumeisiin liittyvän monihäiriöisyyden ehkäisy ja hoito<sup>45</sup>**

Huumeisiin liittyvät mielenterveysongelmat ovat yleisiä kaikkien huumehoitoa koskevien seuranta- tutkimusten mukaan. Huume- ja mielenterveysongelmien hoitoa toteutetaan käytännössä päihde- huollon toiminnan yhteydessä tai palveluohjaajien kautta. Päihdehuollon työntekijät pitävät kuitenkin alan koulutusta osaltaan puutteellisena. Kaksoisdiagnooseihin keskittynyttä hoitojärjestelmää ei toistaiseksi Suomessa ole olemassa.

### **7.4 Muiden terveyshaittojen ehkäisy ja hoito**

Muiden terveyshaittojen ehkäisytoiminta liittyy muun muassa liikenneturvallisuus- ja tapaturma- kampanjointiin. Uusi lainsäädäntömuutos lääkärin ilmoitusvelvoitteesta ajo-oikeusasioissa poliisil- le voidaan nähdä myös tapaturmaisten päihdekuolemien ehkäisytoimena.<sup>46</sup>

## **8. Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat<sup>47</sup>**

Huumausaineiden ongelmakäyttäjät ovat ryhmänä sosiaalisesti erityisen syrjäytyneitä: Vuoden 2003 huumehoitotiedonkeruun mukaan asiakaskunnasta 60 % oli työttömiä, kaksi kolmesta oli suorittanut vain peruskoulun ja 11 % voitiin luetella asunnottomaksi. Koska huumausaineiden käyttö rangaistaan rikosoikeudessa, monet heistä ovat myös rikos- ja vankilakierteessä.

Vuodesta 2003 rekisteröityjen huumausainerikosten määrä kasvoi 8 %. Kasvu on tapahtunut huumausaineen käyttörikoksien määrässä, kun taas törkeiden huumausainerikosten määrä on pysynyt jokseenkin ennallaan. Sairauden asteinen huumausaineiden käyttö tai huumeriippuvuus oli vangeis- ta 46 prosentilla. Kolmen viime vuoden aikana vankeusvangeista on vuosittain noin 18 % ollut van- kilassa huumausainerikoksen vuoksi.

---

<sup>45</sup> Ks. myös: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

<sup>46</sup> Ks. luku 1.1.7 sekä liikenneturvallisuudesta: <http://www.health.fi/index.php?page=kampanjat>; [http://www.health.fi/index\\_en.php](http://www.health.fi/index_en.php)

<sup>47</sup> Vrt. Virtanen 2004, luku 4.

## 8.1 Sosiaalinen syrjäytyminen

Vuoden 2003 huumehoidon tiedonkeruu kertoo samat tulokset kuin edeltävät huumeiden käyttäjien riskikäyttäytymistä, pistoskäyttöä sekä HIV-tartunnan saaneita huumeiden käyttäjiä koskevat tutkimukset: huumeiden käyttäjät ovat poikkeuksellisen syrjäytyneitä. Huumehoidon asiakaskunnasta 60 % oli työttömiä. Kaksi kolmesta oli suorittanut vain peruskoulun ja peruskoulu oli kesken lähes joka kymmenennellä. Joka neljännes oli suorittanut keskiasteen tutkinnon. Noin 11 % asiakkaista voitiin luetella asunnottomaksi. Noin viidennes oli avo- tai avioliitossa, joka toisessa tapauksessa toisen päihdeongelmaisen kanssa. Joka neljännellä oli alle 18-vuotiaita lapsia, josta kaksi kolmesta asui muualla ja näistä neljänneksen osalta järjestelyihin liittyi lastensuojelullisia toimia. (Partanen A. 2004)

## 8.2 Huumeisiin liittyvä rikollisuus<sup>48</sup>

Vuonna 2003 poliisin tietoon tuli kaikkiaan 15 058 huumausainerikosilmoitusta. Näistä 60 % (n = 9084) liittyi huumausaineen käyttörikokseen, 5 % (742) törkeisiin huumausainerikoksiin ja 35 % (5202) huumausainerikoksiin ja 0,3 % (30) huumausainerikosten valmisteluun tai edistämiseen. Vuodesta 2002 rekisteröityjen huumausainerikosten määrä kasvoi 8 %. Kasvu on tapahtunut huumausaineen käyttörikoksissa ja törkeiden huumausainerikosten määrä on pysynyt jokseenkin ennallaan. Voimakkaimmin huumausainerikosten määrä on kasvanut Etelä-Suomen läänissä, jossa myös törkeitä huumausainerikoksia on kirjattu edellisvuotta enemmän. Myös Oulun läänissä huumausainerikokset ovat lisääntyneet merkittävästi.

Vuonna 2003 alioikeuksissa annettiin 7 130 huumausainerikostuomiota (8 581 vuonna 2002). Näistä huumausainerikos päätuomiona annettiin 3 309 tuomiota (4 284). Sakko oli rangaistuksena 62 prosentissa tuomioista, lisäksi ilman tuomioistuinkäsittelyä syyttäjä määräsi 4 151 sakkoa (3 103 vuonna 2002) huumausaineen käyttörikoksesta. Kaikkiaan huumausainerikoksista rangaistujen määrä oli lähes sama kuin edellisvuonna. Vuonna 2002 huumausainerikoksista päär rikoksena tuomittujen määrässä oli vähennystä vuoteen 2001 lähes 30 % ja suunta jatkuin vuonna 2003. Vähennys johtui kuitenkin suurelta osin huumausaineen käyttörikoksesta rangaistusmääräyksellä annetuista sakoista, jotka siis asianosaisen suostumuksella jätetään syyttäjän päätettäväksi eikä rikoksia viedä lainkaan alioikeuksiin käsiteltäväksi. (Niskanen 2004). Lisäksi vuonna 2002 alioikeuksissa an-

---

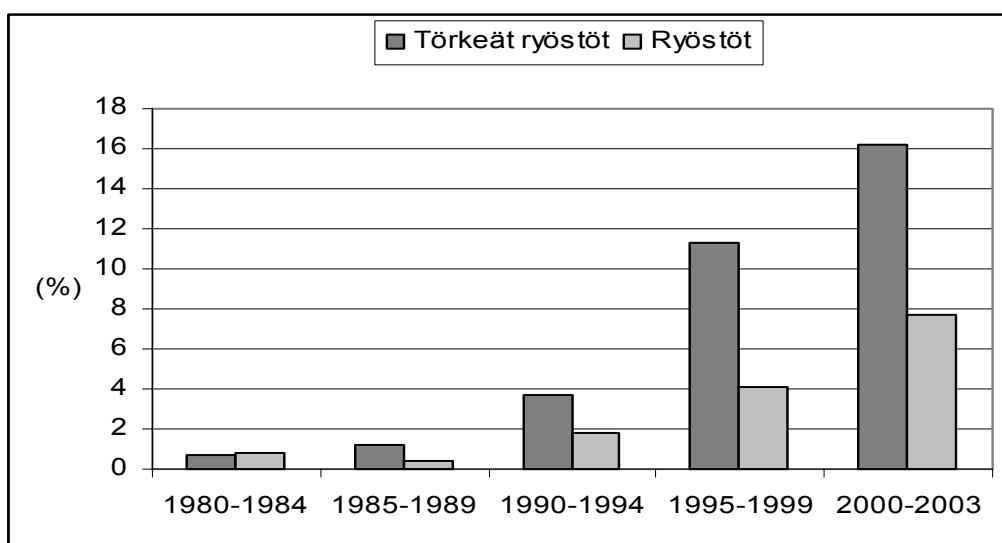
<sup>48</sup> Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>.

nettiin tuomio myös 1 232 huumausaineen käyttörikoksesta, syyttäjä teki noin 900 tapauksessa päätöksen syyttämättä jättämisestä, ja käräjäoikeudessa jätettiin hieman yli sata henkilöä tuomitsematta rangaistukseen. (Kainulainen 2004) Alustavien tietojen mukaan vuonna 2003 käyttörikoksesta annettiin 655 tuomiota.

Huumausainerikoksista päärikoksina annetut seuraamukset ovat jakaantuneet vuosina 1993 - 2002 siten, että sakkoa on tuomittu keskimäärin 70 % tapauksista, ehdottomia vankeusrangaistuksia 18 % tapauksista ja ehdollisia 10 % tapauksista. Vuonna 2002 törkeästä huumausainerikoksesta keskituomio oli 3 vuotta 3 kuukautta, ehdollisessa vankeusrangaistuksessa 1 vuosi 4 kuukautta ja myös huumausainerikoksista tuomittiin muutama ehdollinen vankeusrangaistus, joiden keskipituus oli noin 4 kuukautta. Kaikkiaan päärikoksena huumausainerikos olevia rangaistusvankeja oli vuonna 2002 noin 18 % koko vankiluvusta. (Kainulainen 2004)

Alkoholin tai muun päihteen (lähinnä huumausaineiden tai lääkeaineiden) vaikutuksen alaisena tekohetkellä jaksolla 2000–2003 tehdyistä henkirikoksista 64 % ja pahoinpitelyrikoksista 71 % tehtiin alkoholin vaikutuksen alaisena. Henkirikoksista noin 6 prosenttia ja pahoinpitelyrikoksista noin 2 prosenttia tehtiin huumausaineiden vaikutuksen alaisena. Huumausaineiden vaikutuksen alaisena tehtyjen tekojen määrä ja osuus kaikista tilastoiduista väkivaltarikoksista on lisääntynyt 1990-luvun alusta lähtien, erityisesti ryöstörikollisuudessa. Siitä huolimatta alkoholin läsnäolo ryöstörikoksista on edelleen monin verroin yleisempää (43 %) kuin huumeiden (9 %). (Lehti ym. 2004)

**Kuvio 17. Huumeiden vaikutuksen alaisena tekohetkellä olleiden osuus (%) kaikista selvitettyihin ryöstörikoksiin syylliseksi epäillyistä 1980 - 2003**



Rikosten uusimista koskevassa tutkimuksessa tarkasteltiin vuosien 1998 - 2001 vankila-aineistoja päärikosten osalta vuosittaisten vankirakennekartoitusten perusteella.<sup>49</sup> Tulosten mukaan huumausainerikoksesta vankilaan joutuneista joutuu takaisin vankilaan vuoden aikana 25,5 % (kaikkien rikosten osalta 26 %), kahden vuoden aikana 38 % (42 %) ja kolmen vuoden aikana 41,5 % (47 %). Uudelleen vankilaan joutumisen syy ei kuitenkaan ole välttämättä huumausainerikos. Rikosten uusijoiden osuus huumausainerikosten osalta vähenee iän myötä: 18-20 -vuotiasta vankilaan joutuu uudestaan vuoden aikana 50 % (kolmen vuoden aikana 75 %), 21-29-vuotiasta 30 %, (51 %) , 30-39 -vuotiasta 23 % (36 %), ja 40-49 -vuotiaista 13 % (29 %). Kaikista henkirikoksista päärikoksenaan tuomituista noin joka viides sai kolmen vuoden seuranta-aikana uuden ehdottoman tuomion, kun taas varkausrikoksista päärikoksena tuomituista 60 % sai uuden tuomion vastaavana ajanjaksona.(Hypen 2004)

### 8.3 Huumeiden käyttö vankiloissa<sup>50</sup>

Vankien terveydenhuollon kehittämistarpeita tarkastelleen työryhmän (2002) mukaan sairauden asteinen huumausaineiden käyttö tai huumeriippuvuus oli vangeista 46 prosentilla. Vuonna 2004 vankeusvangeista 17,9 % oli vankilassa huumausainerikoksen vuoksi ja vastaava luku tutkintovankien osalta oli noin 23 %. Vankeinhoillon avolaitokset<sup>51</sup> ovat huumevapaita ja niihin sijoitettujen on osallistuttava päihdetesteihin. Vuonna 2003 huumeiden vuoksi testattiin lähes 90 % kaikista avolaitosten vangeista. Varmistetut positiiviset testitulokset saatiin 10,7 % kaikista testatuista vangeista. Tulosten mukaan kaikkiaan avovankiloiden testatuista vangeista 1,6 % käytti amfetamiinia, 0,9 % kannabista, 0,8 % buprenorfiinia ja 0,3 % heroiinia. Muut löydökset koskivat bentsodiatsepiineja (4,5 %) tai muita huumaavia lääkeaineita (2,4 %). Buprenorfiinilöydöksistä osa voi kuitenkin liittyä käynnissä olevaan korvaushoitoon. (Muiluvuori 2004)

---

<sup>49</sup> Vankikartoitus tehdään joka vuosi 1.5. kaikissa vankiloissa ja päärikoksena on se rikos, josta annettu tuomio on pisin.

<sup>50</sup> Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

<sup>51</sup> Vuonna 2003 vankiloisen avolaitoksissa (yhteensä 18) oli kaikkiaan 2920 henkilöä, kun kaikkiaan vankiloissa (avolaitosten lisäksi 30 vankilaa, 16 suljettua laitosta ja 2 sairaalaysikköä) oli samana vuonna 10 070 henkilöä

## 8.4 Huumeiden aiheuttamat yhteiskunnalliset kustannukset

Vuoden 2002 osalta huumeisiin välittömästi liittyvät arvioidut kustannukset jakautuivat siten, että valvonta- ja rikoskontrollin kustannukset olivat 54 - 67 miljoonaa euroa (41 - 54 Meuroa vuonna 2001), omaisuusvahinkojen 28 - 65 miljoonaa euroa (19 - 42 Meuroa), sosiaalihuollon 53 - 58 miljoonaa euroa (45 - 50 Meuroa), terveys- ja eläkemenojen 24 - 48 miljoonaa euroa (22 - 44 Meuroa) sekä tutkimuksen tai ehkäisevän työn kustannukset 21 miljoonaa euroa (12 - 15 Meuroa). Kaikkiaan kustannukset nousivat 138 - 204 miljoonasta eurosta vuonna 2001 vuoden 2002 osalta 181 - 260 miljoonaan Euroon. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2004)

## 9. Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen<sup>52</sup>

Huumausaineen käyttörikokseen liittyvä lain mukaan nuorten osalta velvoite moniammatillisesta puhuttelutilaisuudesta sekä hoitoon ohjauksesta syrjäytymiskehityksen ehkäisemiseksi. Hoitoon ohjautuminen on kuitenkin ollut rajallista, koska hoitoon meno ei ole tarpeeksi houkutteleva vaihtoehto käyttörikoksesta yleensä määrättävän sakon rinnalla. Yhteistyön esteitä on myös erilaisissa ammatillisissa toimintakulttuureissa: poliisit näkivät käyttäjät rikollisina, jotka olivat itse vastuussa omasta tilanteestaan, kun taas sosiaalityöntekijät korostivat, että huumeiden käyttö johtuu monista sosiaalisista ongelmista ja on usein käyttäjien kontrolloimattomissa.

Vankeinhoidossa korostetaan vankilassa tehtävän päihdetyön yhteyttä muun yhteiskunnan toimijoiden kanssa ja vangin jatkohoidon turvaamista vapautumisen jälkeen uusintarikollisuuden ehkäisemiseksi. Vapauduttuaan vankilakierteessä olevien työmarkkina-kelpoisuus ja terveys on huono eikä vain paikallistason verkostotyöllä voida aina ratkaista suurimpia ongelmia. Keskeiset kysymykset ovat myös yleistä kriminaalipolitiikkaa sekä sosiaali- ja terveystalitiikkaa: kenen vastuulla syrjäytymisen ehkäisy ensisijassa on, ja miten ratkaistaan esimerkiksi hoito- ja kuntoutusohjelmista jatko- hoitoon siirtyminen, jottei huumeongelmasta kärsivä palaudu jälleen takaisin yhteiskunnallisten interventioiden piiriin.

---

<sup>52</sup> Vrt. Virtanen 2004, luku 12.

## 9.1 Sosiaalinen kuntoutus<sup>53</sup>

Kuntouttavasta työtoiminnasta annetun lain (189/2001) perusteella kuntouttava työtoiminta on tarkoitettu pitkään työttöminä olleille ja sen tarkoituksena on parantaa heidän työllistymismahdollisuuksiaan. Toinen kuntouttavan työtoiminnan tavoite on parantaa toimintaan osallistuvan asiakkaan elämänhallintakykyä. (Kuntouttavan työtoiminnan ohjaustyöryhmän muistio, 2004) Laki velvoittaa kunnat ja työvoimatoimistot järjestämään yhteistyössä kullekin asiakkaalle sopivan palvelukokonaisuuden. Akuutissa päihdeongelmassa ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista aloittaa kuntouttavaa työtoimintaa, vaan asiakas on ohjattava ensisijaisesti päihdehuollon palveluihin. Toisaalta päihdehuollon asiakkuus ei ole este aloittaa kuntouttavaa työtoimintaa. Kuntouttavassa työtoiminnassa mahdollisesti ilmaantuvaan päihdeiden käyttöön puututaan kuitenkin välittömästi ja etsitään ratkaisuja, joissa päihdehuollon palvelut ja kuntouttava työtoiminta tukevat tarkoituksenmukaisella tavalla toisiaan. Jos päihdeiden käyttö jatkuu, se merkitsee kuntouttavan työtoiminnan keskeytymistä.

Helsingin Diakonissalaitoksen "Palvelujen ulkopuolelle jääneiden huumeongelmaisten hoito (2003)" -projektissa asiakkuuden kriteeriksi määriteltiin huumeongelma ja vähintään yksi diagnosti-soitu psyykkinen ongelma tai selvästi elämää haittaava psyykkinen oireilu tai syrjäytyneisyys, joka ilmenee elämän hallinnan puutteena, sosiaalisen tilanteen ongelmallisuutena tai hoitopalveluihin kiinnittymättömyytenä. Projektiin osallistuvat valittiin Helsingin Kurvin läpi vuorokauden toimivan matalan kynnyksen huumeopoliiklinikalta<sup>54</sup>. Projektin asiakaskunta oli kohderyhmänä heterogeeninen, mutta kuului yhteiskunnallisesti huono-osaisimpaan joukkoon. Asiakaskunnassa HIV-infektioita oli 12 prosentilla kun perusjoukolla vastaava osuus oli 2 %, pääpäihde oli amfetamiini (43 %), asunnottomia oli 12 % ja itsemurhayritykset olivat yleisiä, sillä lähes puolet oli jossain vaiheessa ajautunut itsemurhayritykseen.

Projektin asiakaskunnasta jatkohoitoon, sekä avo- että laitoshoidon siirtyi 43 %. Hoito- ja kuntoutusprosessi ei kuitenkaan edennyt monenkaan asiakkaan kohdalla kovin pitkäkestoisesti, sillä useimmat palasivat jatkohoidosta Kurvin huumeopoliiklinikalle viikkojen tai muutaman kuukauden kuluttua. Näyttääkin siltä, että psykiatrisen laitoshoidon tai päihdehoidon jatkohoito on varsin kehittymätöntä, sillä usein asiakas jää yksin omilleen ilman minkäänlaista tukea ja hetken päästä hän hakeutuu jälleen hoitojärjestelmän erityispalvelujen piiriin. Asiakkaat kuitenkin tarvitsevat hoitoa ja hyötyvät siitä, koska he toistuvasti palaavat hoidon piiriin. Monet nykyiset hoitopaikat ovat osalle

---

<sup>53</sup> Ks. myös: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

<sup>54</sup> Vuonna 2003 Kurvissa asioi 1299 asiakasta, joista 93 täytti hankkeen kriteerit, jotka tarkastettiin hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä.

huumeiden käyttäjistä liian vaikeita paikkoja. Tutkimuksen johtopäätöksissä esitetään, että intensiivisen ja raskaan hoitokoneiston sijaan hoidon alussa riittäisi tiiviimpi hoito psyykkisen voinnin ja lääkityksen arvioimiseksi. Tämän jälkeen jatkohoitopaikkana voisi olla asiakkaiden fyysistä ja psykososiaalista selviytymistä tukevat asumispalvelut tai esimerkiksi kuntoutuskotityyppinen yksikkö, joka ei olisi ehdottoman päihteeton.

## 9.2 Huumerikollisuuden ehkäisy<sup>55</sup>

Poliisibarometrissa selvitetään joka toinen vuosi yli 15-vuotiaiden suomalaisten arvioita ja käsityksiä poliisin toimintaympäristöstä ja poliisitoiminnan laadusta.<sup>56</sup> Viimeisimmässä poliisibarometrissa (2004) huumausaineiden käyttäjien kontrollia poliisin tehtäväkenttään kuuluvana tehtävänä piti 60 % vastanneista. Barometrin mukaan yleistä järjestystä ja turvallisuutta parantavista toimenpiteistä tärkeimmälle sijalle asetetaan nuorten huumeiden käyttöä koskeviin asenteisiin vaikuttaminen. Poliisin keskeisistä tehtävistä toiseksi tärkeimpänä pidetään huumerikosten selvittämistä ja paljastamista. Huolestuttavimpana yhteiskunnallisena ilmiönä pidetään juuri huumeiden käyttöä ja myyntiä. Poliisi on barometrin mukaan onnistunut entistä paremmin huumerikosten selvittämisessä - erityisesti pääkaupunkiseudulla.

Kolmivuotinen Poliisin toimintaympäristö muutoksessa -hanke alkoi keväällä 2003 Länsi-Suomessa tavoitteenaan kehittää ennakointiohjelma, jonka avulla poliisin ja koko turvallisuusalan toimintaympäristön kehitystä ja muutosta voidaan seurata sekä luoda samalla kehitystä tukeva toimintamalli. Hankkeen esiselvityksessä turvattomuutta aiheuttavista tekijöistä kärkeen listattiin huumeiden ja päihteiden käyttö, syrjäytyminen, kansainvälisen rikollisuuden lisääntyminen, poliisin virkojen ja määrärahojen leikkaaminen sekä yhteisöllisyyden väheneminen. Turvatekijöiksi mainittiin hyvinvointivaltion säilyminen, työttömyyden torjuminen, ehkäisevä päihde- ja huume politiikka, yhteisöllisyys sekä vastuullinen lasten kasvatus. Ennalta ehkäisevää toimintaa ja sidosryhmäyhteistyötä pidettiin poliisille edullisempänä kuin pelkkää reaktiivista toimintaa. Se vähentää myös kansalaisten tarvetta hankkia yksityisten turvayritysten palveluja. (Kahila 2004)

---

<sup>55</sup> Ks. myös: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

<sup>56</sup> Poliisibarometrissa haastateltiin 31.11. - 4.12.2003 otannan perusteella noin 1000 suomalaista henkilöä heidän kohteissaan.

Vuonna 2001 otettiin käyttöön huumeen käyttörikostuomio, johon nuorten osalta liittyi mahdollisuus henkilökohtaiseen moniammatilliseen puhutteluun. Vuoden 2005 alusta otetaan käyttöön alle 18-vuotiaana tehdyissä rikoksissa nuorisorangaistus. Lisäksi Oikeusministeriö asetti jo lokakuussa 2003 työryhmän valmistelemaan nuorten koko seuraamusjärjestelmään liittyvän lainsäädännön uudistamista tarkoituksena tukea nuorten rikoksetonta elämää kytkemällä sosiaalihuollon toimet ja rikosoikeusjärjestelmä nykyistä tiiviimmin yhteen. (Oikeusministeriön tiedote 6.3.2003)

Tutkimuksessa Tampereen poliisilaitoksen ja sen yhteydessä toimivan sosiaaliasema Paussin yhteistoiminnasta huumerikoksista epäiltyjen parissa tarkasteltiin huumausaineen käyttörikosuudistukseen liittyvää ongelmakäyttäjien hoitoonohjausta ja alaikäisten moniammatillista puhuttelua käyttörikoksesta vaihtoehtoisesti annettavan sakkorangaistuksen sijaan.<sup>57</sup>

Tutkimuksen mukaan käyttörikoksista epäillyistä suurella osalla oli nähtävissä syrjäytymiskehitystä eli asunnottomuutta, työttömyyttä ja rikoskierrettä. Yli puolet huumausaineen käyttörikoksesta epäillyistä oli epäiltynä myös jostakin muusta rikoksesta. Myös Paussin työntekijöille asiakaskunta on tuttu myös vuosien varrelta lastensuojelun tai alaikäisinä tehtyjen rikosten kautta. Sosiaalityöntekijät kantoivat huolta lastensuojelun tukitoimenpiteiden määrän ja laadun parantamisesta ja toivoivat siksi pääsevänsä mukaan alaikäisten kuulusteluihin. Käytännössä poliisin tekemä hoitoon ohjaus tarkoitti sitä, että poliisi neuvoo tai tuo rikoksesta epäillyn Paussiin, jossa sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset huolehtivat hoitoon ohjauksesta. Poliisi oli myös kertonut epäilyille, että hoitoon hakeutumisella on vaikutusta syyteharkintaan. Hoitoon ohjautumisia on ollut silti hyvin rajallinen määrä, koska epäillyt eivät koe poliisia viranomaiseksi, jolle myönnettäisiin huumeriippuvuus tai hoidon tarve, hoitoon meno ei ole tarpeeksi houkutteleva vaihtoehto sakon rinnalla, poliisit eivät koe itseään uskottaviksi hoidon konsulteiksi ja koska nykyinen hoitopaikkatilanne ei mahdollista automaattisesti nopeaa hoitoon pääsyä.

Poliisien ja sosiaalityöntekijöiden yhteistyötä käsittelevän tutkimuksen mukaan ryhmien välillä on selviä eroja huumeiden käyttäjien profiloinnissa, mikä aiheuttaa yhteistoiminnassa monin paikoin vakavia puutteita.<sup>58</sup> Poliisit näkivät huumausaineet laittomina ja käyttäjät rikollisina, jotka olivat itse vastuussa omasta tilanteestaan. Poliisit korostivat huumausaineista aiheutuvia haittoja yhteis-

---

<sup>57</sup> Aineistona oli 255 esitutkintapöytäkirjaa, 12 poliisin, 5 sosiaalitoimen ja 1 syyttäjän haastattelut sekä 10 avohuollon asiakkaan käyttäjähaastattelut. Lisäksi poliisitoimeen lähetettiin 260 poliisille kysely, jonka vastausprosentti oli 60 %. (Kekki 2004b)

<sup>58</sup> Tutkimuksessa haastateltiin poliiseja ja sosiaalityöntekijöitä Helsingissä ja Turussa keväällä 2001. Haastattelut toteutettiin 9 ryhmähaastatteluna, joihin osallistui kaikkiaan 35 kenttätyöntekijää, jotka eivät olleet erikoistuneet huumetapauksiin (Andérsen 2003)

kunnalle ja muille kansalaisille, siksi he myös korostivat interventioita kiellettyyn käyttäytymiseen. Sen sijaan sosiaalityöntekijät korostivat, että huumeiden käyttö johtuu monista sosiaalisista ongelmista ja on usein käyttäjien kontrolloimattomissa. Huumeiden käyttäjät tarvitsevat apua ja tukea, jotta ongelma olisi ratkaistavissa. Molempien osapuolten kesken vallitsi yhteisymmärrys huumausaineiden kieltoon perustuvasta politiikasta. Viranomaisten välillä oli kuitenkin vähän kanssakäymistä ja haastateltavat toivoivat kanssakäymisen ja yhteistyön lisääntyvän. Sen esteenä todettiin käytännössä olevan tiukat hallinnonalojen väliset rajat ja toiminnan resurssien puute.

Vankien terveydenhuollon kehittämistarpeita (2003) kartoittavassa raportissa todettiin, että vankien terveydenhuollolliset tarpeet ovat kasvaneet johtuen vankien päihdeongelmista, heikosta terveydentilasta ja työkyvystä, mutta myös vankiluvun kasvusta. Tehdyn selvityksen mukaan 46 %:lla vangeista on todettu huumeriippuvuus tai huumeiden haitallinen käyttö. Lain mukaan vankiloiden terveydenhuolto on järjestettävä siten, että vangilla on muun väestön kanssa yhdenvertainen mahdollisuus terveytensä edistämiseen, sairauksien ehkäisyyn ja riittäviin terveydenhuollon palveluihin. Asian järjestämiseksi ehdotetaan päihdehuollon painopisteen siirtämistä tulovaiheeseen, jolloin erityisesti tutkintavankiloihin saapuvien, yhä vaikeammin päihdeongelmaisten vankien tilanteeseen voidaan puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Vankeinhoidon vuosien 2004 - 2006 päihdestrategiaesityksen mukaan yhteiskuntaan pyritään vaikuttamaan entistä voimakkaammin syrjäytymisen ehkäisemiseksi, sillä syrjäytymisen seurauksena myös rikollisuus ja sen myötä vankiluku todennäköisesti lisääntyy. Strategiaesityksessä korostetaan vankilassa tehtävän päihdetyön yhteyttä muun yhteiskunnan, erityisesti kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Vangin jatkohoito vapautumisen jälkeen pyritään turvaamaan entistä paremmin. Lääkkeellisessä hoidossa olevan sijoittamista vankilan päihdeettömään avolaitokseen, sopimusosastolle tai muihin toimintoihin halutaan helpottaa, ja kuntoutuksessa olevan vangin retkahtamiseen suhtaudutaan hoidollisesti. (Rikosseuraamusviraston tiedote 23.6.2004)

Vuonna 2003 päihdeettömyyttä tukevia päihdekuntoutusohjelmia ja sopimusosastoja oli lähes kaikissa vankeinhoidon laitoksissa. Kuntoutusohjelmat perustuvat useimmiten kognitiiviseen käyttäytymisteoriaan, erilaisiin ryhmäterapiamuotoihin ja yhteisohdollisiin malleihin. Kuntoutusohjelmiin osallistui 873 vankia sekä hoitoon motivointiin tai retkahdushoitoon 1646 vankia. Ohjelmaan ja/tai sopimusosastolle tulevan vangin on sitouduttava päihdetestin antamiseen pyydettyä. Lähes

kaikissa vankiloiden suljetuissa laitoksissa on sopimusosastoja, jotka ovat päihdeettömiä. Avolaitoksiin pääsyn ehtona on aina sitoutuminen päihdeettömyyteen.<sup>59</sup>

Kriminaalihuoltolaitos vastaa vapaudessa, esimerkiksi yhdyskuntapalvelun toimipaikoissa, suoritettavista seuraamuksista. Sen linjauksissa päihdeiden ongelmakäyttöä pidetään myös uusintarikollisuuteen vaikuttavana tekijänä ja rangaistusten täytäntöönpanon tavoitteena on uusintarikollisuuden vähentäminen. Siksi asiakkaan päihdeiden käyttö pyritään aina arvioimaan asiakassuhteen alussa. Päihtyneeksi havaittu asiakas poistetaan toimipaikan tiloista, mutta asiakassuhteen jatkumisesta kuitenkin huolehditaan. Varsinaiset päihdetyön toteuttajat haetaan toimipaikan alueen yhteistyöviranomaisista. (Rikosseuraamusviraston tiedote 7.9.2004)

Helsingin vankilan päihdeettömän osaston toimintaa ja hoito-ohjelmia on arvioitu vuoden 2002 marraskuusta huhtikuuhun 2003.<sup>60</sup> Arviointi osoitti päihdekuntoutuksen vaativuuden ja "haavoittuvuusherkkyyden" vankilan toimintaympäristössä. Työntekijöiden on vaikea keskittyä muiden töiden ohella yhden osaston toiminnan kehittämiseen ja vankien on vaikea irrottautua vankila- ja vankikulttuurin siteistä. Päihdekuntoutuksen näkökulmasta osaston luonne ja hoito-ohjelman sisältö eivät ole selkeästi rakentuneet eikä osaston resurssointi täytä kaikilta osin päihdepalvelujen laatusuosituksia. Ulkoiset puitteet ja ammatilliset taidot osaston kehittämiseen kognitiivisen yhteisohoidon suuntaan ovat olemassa, mutta se edellyttää työryhmältä sitoutumista pitkäjänteiseen työskentelyyn sekä vankilalta ja rikosseuraamusvirastolta sitoutumista toimintaedellytysten turvaamiseen. (Tourunen ym. 2004)

Yhteiskunnallisia toimia vankilasta vapautuvien kiinnittämiseksi yhteiskuntaan koskevan tutkimuksen<sup>61</sup> mukaan vankien huonokuntoisuus, lyhyet tuomiot ja vankien liian suuri määrä suhteessa vankipaikkoihin ovat merkittäviä esteitä yksilökohtaisen ja kuntouttavan työn toteuttamiselle. Toisaalta vapautuvat vangit jäävät peruspalvelujärjestelmän ulkopuolelle sekä puuttuvien resurssien että asenteellisuuden takia. Vankilakierteessä olevien työmarkkinakelpoisuus ja terveys on huono. Paikallistason verkostotyö vakavien sosiaalisten ongelmien ratkaisutapana pikemmin tukee yhteiskuntara-

---

<sup>59</sup> Ks. <http://www.vankeinhoito.fi/4829.htm>

<sup>60</sup> Tutkimukseen kuului yksi kuukauden mittainen osallistuvan havainnoinnin osuus, jonka kohteena olivat osaston työryhmä- ja yhteisökokoukset. Lisäksi toteutettiin kolme vankien ryhmähaastatteluja, tutkijoiden ja vankien palautekeskustelu sekä 11 vankien henkilöhaastattelua. Työryhmän päihdeohjaajat (2) ja osaston vartijat (2) haastateltiin henkilökohtaisesti. (Tourunen ym. 2004)

<sup>61</sup> Aineisto käsittää "yhteistyössä rikoksettomaan elämään" -hankkeen julkisia dokumentteja, Rikosseuraamusviraston Tampereella järjestämän verkostokoulutuksen ryhmätyöt, asiantuntijoiden, viranomaisten ja kolmannen sektorin haastattelut (25) sekä kahden kuntoutuksessa olevan rikostaustaisen miehen kertomukset tilanteestaan ja sen taustoista. (Rantala 2004b)

kenteissa olevia ongelmia kuin ratkoo niitä, koska suurimmat ongelmat eivät ole paikallistason verkostojen ratkaistavissa. Keskeiset kysymykset ovat kriminaalipolitiikkaa: kuka kuuluu vankilaan ylipäänsä, minkälaisin rangaistuksin ja mitä lainsäädännöllisiä uudistuksia tarvitaan vankimäärän pienentämiseksi. Haaste suuntautuu myös sosiaali- ja terveystoimelle, sillä mitä vähemmän he ponnostavat jo syrjäytyneisiin, sitä enemmän syrjäytyneet siirtyvät oikeus- ja lainvalvontaviranomaisen vastuulle. Rikostaustaisten henkilöiden elämänlaadun kohentamista voidaan perustella myös lisääntyvällä kansalaisten turvallisuudella ja kokonaistaloudellisilla säästöillä. Kyse on lisäksi ihmisoikeuksista.

## **10. Huumemarkkinat<sup>62</sup>**

Suomessa takavarikoidun hasiksen ja amfetamiinin määrä kasvoi selvästi 1990-luvun lopulla, mutta molemmissa havaitaan hieman vähentymistä vuodesta 2001. Sama koskee laajemmin ekstaasia. Heroiinin takavarikot ovat vähentyneet systemaattisesti vuodesta 2001, sen sijaan myös korvaushoidossa käytetyn buprenorfiini-valmisteen (Subutex®) takavarikkojen lukumäärät laittomilla huumemarkkinoilla ovat kasvaneet selvästi. Myös henkilökohtaisesti kohdatun huumausainetarjonnan laajuus väheni edellisvuodesta - erityisesti nuorten miesten osalta. Huumetarjonnan osalta erityisesti virolaisperäisillä järjestäytyneillä rikollisryhmillä on ollut merkittävä rooli lähes kaikkien huumeiden salakuljetuksessa Suomeen. Vuonna 2003 tämän roolin merkitys kuitenkin jonkin verran väheni huumausaineiden levittämisessä Suomessa.

### **10.1 Huumeiden saatavuus ja tarjonta<sup>63</sup>**

Koska huumausainerikollisuus on erittäin kansainvälistä, huumausainestrategioissa on otettu tavoitteeksi lainvalvontayhteistyön tehostaminen ja Suomeen tarkoitettujen huumausaineiden takavarikoiminen mahdollisimman suurelta osin jo Suomen rajojen ulkopuolella. Ulkomailla on vuoden 2003 aikana takavarikoitu arviolta saman suuruusluokan määrä Suomeen tulossa olleita huumausaineita (esimerkiksi ekstaasia Saksassa ja Ruotsissa) kuin aineita saatiin takavarikkoon Suomessa. Ulkomaiset takavarikot kohdistuvat useimmiten erittäin kansainvälisesti toimiviin rikollisryhmiin, eikä takavarikoidun erän määränpää ole aina kiistattomasti todettavissa. (Hietaniemi 2004)

---

<sup>62</sup> Vrt. Virtanen 2004, luku 5

<sup>63</sup> Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

Virolaisperäisillä järjestäytyneillä rikollisryhmillä on merkittävä rooli lähes kaikkien huumeiden salakuljetuksessa Suomeen. Törkeistä huumausainerikoksista epäiltyjen Viron ja Venäjän kansalaisten lukumäärät ovat kuitenkin vähentyneet edellisvuodesta samalla kun suomalaisten rikollisryhmien vastuu huumausaineitten levittämisestä Suomessa on kasvanut. Esimerkiksi Virossa, Venäjällä tai Neuvostoliitossa syntyneiden törkeistä huumausainerikoksista epäiltyjen osuus on noussut tuntuvasti 1990-luvun lopulta lähtien, mutta vuonna 2003 heidän osuutensa laski edellisvuodesta yli puolella, 11 prosenttiin.(Hietaniemi 2004)

Vastaavasti suomalaisten rikollisryhmien vastuu kasvaa, mikä voi tiivistää Suomessa tyypillisesti löyhärakenteista ja vakiintumatonta ammattirikollistraditiota sekä lisätä kovenevan kansallisen kilpailun myötä organisoitua rikollisuuteen liittyvää väkivaltaa, mikä näkyy jo nyt rikollisryhmien hallusta tavatuista aseista ja sotilasräjähdeistä. Myös taloudellisen rikollisuuden merkitys tärkeänä rahoitustoimintona organisoidussa rikollisuudessa vahvistuu. (Hietaniemi 2004)

Salakuljetusta tapahtuu suoran Viron ja Suomen välisen meriyhteyden lisäksi Virossa erityisesti Ruotsin ja Ahvenanmaan mutta myös Haaparannan ja Tornion kautta Suomeen. Amfetamiineja ja buprenorfiinia salakuljetetaan Viron tai myös Venäjän kautta ja ensimmäisiä merkkejä synteettisten huumeiden lajittelu- ja pakkaustoiminnan siirtymisestä Suomeen on havaittu kuluvana vuonna Rohypnol-sekoittamon paljastumisen myötä. Lisäksi salakuljetusreitit Venäjältä Suomeen itärajan ja Murmanskin kautta ovat erittäin huomion-arvoisia, jälkimmäinen erityisesti doping-aineiden osalta Pohjois-Suomeen ja Norjaan.(Hietaniemi 2004)

Vuosina 1993 - 2003 aikuisväestön terveyteen vaikuttavien elintapojen seurantatutkimuksessa on kysytty kenelle on tarjottu huumeita joko ilmaiseksi tai ostettavaksi viimeksi kuluneen vuoden aikana (Jallinoja ym. 2004). Kyselyn mukaan tarjonta on tasaantunut 2000-luvulla ja on korkeinta ikäluokassa 15 - 24 -vuotiaat (miesten osalta 19 % ja naisten osalta 21 %). Vanhemmissa ikäluokissa tarjonta miehille on laajempaa kuin tarjonta naisille. Erityisenä muutoksena edelliseen vuoteen nähden on 25 - 34 -vuotiaille miehille kohdentuneen tarjonnan voimakas väheneminen (15 % vuonna 2002 mutta vain 9 % vuonna 2003), niin että miesten tarjontaluvut alkavat tässäkin ikäluokassa lähentyä naisten vastaavia osuuksia (6 % vuonna 2002 ja 7 % vuonna 2003). Näin sukupuolierot tarjonnassa ovat koko ajan vähenemässä. Tarjonta vanhemman ikäisille on harvinaista, niin että vain 3 %:lle 35-44 -vuotiaista miehistä ja 1 %:lle vastaavan ikäisistä naisista on tarjottu huumeita viimeisen vuoden aikana. Muille ikäluokille tarjonta on alle prosentin.

## 10.2 Huumausainetakavarikot<sup>64</sup>

Huumausaineiden takavarikkojen trendi noudattaa viimeisen kolmen vuoden ajan samaa tasaantuvaa kehitystä kuin väestökyselyjen mukaan saatu huumetarjonnan trendi. Suomessa takavarikoidun hasiksen ja amfetamiinin määrä kasvoi selvästi 1990-luvun lopulla. Vuonna 2003 hasista takavarikoitiin 423, marihuanaa 45 ja amfetamiinia 114,6 kilogrammaa. Marihuanan määrä on selvästi kasvussa mutta molemmissa muissa havaitaan jonkin verran vähentymistä edellisvuodesta ja vähentyminen näkyy hieman selvemmin tarkasteltaessa vuotta 2001. Heroiinin takavarikot ovat vähentyneet systemaattisesti vuodesta 2001. Vuonna 2003 heroiniä takavarikoitiin 1,6 kilogrammaa. Heroiinin saatavuuden vähentymisen takia korvaushoitona käytetty buprenorfiinivalmiste Subutex® on yleistynyt laittomilla huumemarkkinoilla. Tulli ja poliisi takavarikoivat vuonna 2003 yhteensä 37 284 Subutex-tablettia, mikä on huomattavasti enemmän kuin edellisellä vuonna mutta samalla tasolla kuin vuonna 2001. Ekstaasia takavarikoitiin 35 216 tablettia, mikä on noin viidenneksen vähemmän kuin edellisvuonna ja yli puolet vähemmän kuin vuonna 2001. Satunnaisista suurista takavarikoista huolimatta kokaiinin esiintyminen on ollut Suomessa harvinaista, 1,1 kilogrammaa vuonna 2003. Sama koskee LSD-annoksia (1460 vuonna 2003). (Hietaniemi 2004, Kainulainen ym. 2004)

Takavarikoidut huumausaineiden kilomäärät sisältävät kuitenkin paljon satunnaista vaihtelua, eikä niiden avulla voi suoraan arvioida huumeiden käytön laajuutta tai ajallista vaihtelua. Ajallisten vaihtelujen arvioinnissa luotettavuutta lisää takavarikkolukumäärien käsittely. Vuonna 2003 hasistakavarikoita tehtiin 2796 ja marihuanatakavarikkoja 1712. Näiden yhteismäärä ei ole juurikaan muuttunut edellisvuodesta mutta selvää vähenemistä on tapahtunut vuoteen 2001 nähden. Kannabiksen osalta huomattavaa ovat myös kannabiskasveihin liittyvät takavarikot, joita tehtiin kaikkiaan 1170 (8801 kasvia / 20,4 kilogrammaa) ja takavarikkojen määrä on ollut selvästi lisääntymässä edellisvuosiin nähden. Amfetamiinitakavarikkojen määrä oli 3678, eikä määrässä ole tapahtunut suuria muutoksia viimeisen kolmen vuoden aikana. Heroiinitakavarikkoja tehtiin vain 90 ja määrä on laskenut 80 % vuodesta 2001 lähtien. Sen sijaan Subutex® -takavarikkoja tehtiin 1008, missä on selvä lisäys kahteen edellisvuoteen nähden. Ekstaasitakavarikkojen määrä oli 316 mikä oli lähes samalla tasolla kuin edellisvuonna mutta selkeästi vähemmän kuin vuonna 2001. LSD-takavarikkojen (20) ja kokaiinitakavarikkojen (49) määrä on pysynyt lähes ennallaan vuodesta 1999 asti.

---

<sup>64</sup> Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

### 10.3 Huumausaineiden hinta ja laatu<sup>65</sup>

KRP:n rikosteknisessä laboratoriossa mitataan huumausaine-erien huumeepitoisuudet. Amfetamiinin vuosittaiset keskiarvopitoisuudet ovat liikkuneet 50 prosentin molemmin puolin koko 1990-luvun. Heroiinin pitoisuudet ovat vaihdelleet amfetamiinia voimakkaammin eri vuosina. Tosin tutkittujen heroiniinierien määrä on vähentynyt huomattavasti edellisistä vuosista. Myös aineiden hinnat ovat vaihdelleet saatavuuden mukaan, mikä tulee esiin erityisesti heroinin osalta. (UNDCP / Annual Reports Questionnaire 2003)

Vuonna 2003 amfetamiinin keskipitoisuus katukaupassa oli 35 % (vaihteluväli 2,8 % - 98 %), metamfetamiinin 17 % (2,2 % - 36 %), valkoisen heroinin 6 % (2,7 % - 31 %) ja kokaiinin 70 % (59 % - 74 %). Tukutasolla aineet olivat keskimäärin puhtaampia. Amfetamiinin keskipitoisuus tukku-kaupassa oli 60 %, metamfetamiinin 33 %, valkoisen heroinin 7 % ja kokaiinin 80 %. Katukaupassa tyypillinen grammahinta vuonna 2003 oli hasikselle 10 €, valkoiselle heroininille 200 €, amfetamiinille 25 € ja kokaiinille 135 € sekä ekstaasitableteille 16 €.

### 11. Huumeisiin liittyvä laillisuusvalvonta<sup>66</sup>

Huumausainerikostutkintaa on viimeisten vuosien aikana kohdistettu ammattimaisen ja järjestäytyneen huumausainerikollisuuden ennalta estämiseen, paljastamiseen ja tutkimiseen. Tällöin tiedustelua on kohdennettu huumausainerikosten osalta erityisesti yrityksiä hyväksi käyttäen tapahtuvaan rikoshyödyn kätkemisen paljastamiseen. Katutason kontrolliin on pyritty myös panostamaan enemmän, mutta lisäämällä ensisijaisesti muiden kuin vaativaa huumausainerikostutkintaa tekevien poliisien osuutta katuvalvonnassa.

Huumausaineiden käyttörikosta koskevassa ohjeessa edellytetään, että syyttäjän on osallistuttava viranomaisyhteistyöhön, jolla sovitaan eri viranomaisten kesken toimenpiteistä luopumiseen liittyvistä hoitoonohjausmenettelytavoista. Järjestelmä ei kuitenkaan vielä toimi, sillä syrjäytymiskehitystä ehkäisevään hoitoon hakeutumiseen tähtääviä syyttämättäjäyttämispäätöksiä ei ole tehty paljon.

---

<sup>65</sup> Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

<sup>66</sup> Vrt. Virtanen 2004, luku 16.

## 11.1 Huumevalvontajärjestelmä

Huumausainerikostutkintaa on viimeisten vuosien aikana kohdistettu ammattimaisen ja järjestäytyneen huumausainerikollisuuden ennalta estämiseen, paljastamiseen ja tutkimiseen. Huumausaineiden tarjontaan puuttumisella on pystytty selvittämään organisoitujen huumeliigojen toimintaa. Takavarikkokeskeistä huumausainerikostutkintaa voidaan pitää keskeisenä tutkintakeinona erityisen vaarallisten huumausaineiden ollessa kyseessä. Takavarikkokeskeisen huumausainerikostutkinnan ongelmana on kuitenkin huumausaineiden kysyntään vaikuttamisen jääminen vähemmälle huomiolle. Katutason kontrolliin on myös pyritty panostamaan lisäämällä muiden kuin vaativaa huumausainerikostutkintaa tekevien poliisien osuutta katuvalvontaan. Tehokkaalla huumeiden käyttäjiin ja myyjiin kohdistuvalla tekijäkeskeisellä huumerikostorjunnalla ja riittävän tehokkailla pakkokeinojen käytöllä voidaan paikallistason tutkimusten mukaan vähentää muutamakin rikollisuutta alueella ja näin lisätä asukkaiden turvallisuuden tunnetta. Ote edellyttää kuitenkin poliisin ja muiden viranomaisten verkottumista ja yhteistyötä.

## 11.2 Oikeusjärjestelmän toiminta

Valtakunnansyyttäjävirstossa on seurattu uuden huumausaineiden käyttörikoksen käyttöönottoa. Viraston mukaan käyttörikosuudistus ei ole sinänsä aiheuttanut muutosta syyttäjän työnkulkuun. Poliisiylijohdo ja valtakunnansyyttäjä ovat sopineet, että näissä tilanteissa poliisi ei suoraan sakota. Näin turvataan se, että jokaisen hoitoon hakeutujan kohdalla syyttäjä harkitsee toimenpiteistä luopumisen mahdollisuuden.

Lähes jokaisessa syyttäjäyksikössä on luotu hoitoonohjauksen menettelytavat yhteistyössä poliisin, päihdehuollon edustajien ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Hoitoon hakeutumisen perusteella tehtyjä syyttämättäjättämispäätöksiä ei silti ole kuin 150 kappaletta noin kahden vuoden ajalta, vaikka samaan aikaan tietoon on tullut noin 7 000 käyttörikosta vuosittain. Syyttäjät olisivat kuitenkin lähes poikkeuksetta valmiit päättämään syyttämättä jättämiseen hoitoon hakeutumisen perusteella heti, kun säännöksen soveltamedellytykset ovat käsillä. (Metsäpelto 2003)

Mahdolliset asiakkaan hoitoonohjaustoimet tapahtuvat käytännössä usein ennen sitä hetkeä, jolloin asia saapuu syyttäjän harkittavaksi eli joko poliisin tai sosiaali- ja terveysviranomaisten toimesta. Jos huumeiden käyttäjä jää kiinni ja ilmoittaa haluttomuutensa hoitoon, poliisilla eikä myöskään

syyttäjällä ole valmiuksia motivoida käyttäjää hoitoon tai arvioida hänen hoidon tarvettaan. Tärkeää olisi, että huumeiden käytön tultua viranomaisten tietoon, käyttäjä saataisiin ohjattua hoidon tarpeen arviointiin. Yksi ratkaisu olisi poliisiasemalla päivystävä sosiaalityöntekijä, jonka puheelle käyttäjä ohjattaisiin.

### **11.3 Valvontamenetelmät ja tekniset apuvälineet**

Vuonna 2003 telekuuntelun kohteena oli 414 henkilöä (427 vuonna 2002). Tuomioistuimet myönsivät 1840 telekuuntelulupaa (1468 vuonna 2002). Toteutuneissa telekuunteluissa keskimääräinen kesto oli 25 vuorokautta. Kehitys johtuu siitä, että rikoksista epäiltyjen käytössä on ollut useita liittymiä. Telekuuntelua on pidetty erityisen tärkeänä pakkokeinona nimenomaan törkeiden huumausainerikosten selvittämisessä. Televalvonnan kohteina olleiden määrä oli 1025 vuonna 2003 (1082 vuonna 2002). Kaikkiaan tuomioistuimet myönsivät vuonna 1948 televalvontalupapäätöstä (2 215). Keskimääräinen kesto toteutuneessa valvonnassa oli 3 kuukautta. Peite- ja valeostotoimintaa on käytetty lähinnä törkeiden huumausainerikosten selvittämisessä. Vuonna 2002 päätöksiä peitetoinnasta tehtiin muutama ja kohteena oli alle 10 rikoksesta epäiltyä. Vuonna 2003 määrät lisääntyivät hieman, mutta ne olivat edelleen vähäisiä. Vuonna 2002 poliisi kirjasi 10 valeostopäätöstä joiden kohteena oli alle 20 rikoksesta epäiltyä. Vuonna 2003 lukumäärät laskivat. (Kainulainen ym. 2004)

Huumevalvonnan kehittämiskeinona tieliikenteessä poliisi aloittaa huumeiden sylkitestauksen pääkaupunkiseudulla ja Tampereella toukokuussa 2004. Sylkitestereiden kokeilu liittyy Rosita 2 -projektiin, joka on Euroopan Unionin ja Pohjois-Amerikan Yhdysvaltojen yhteinen projekti, jossa arvioidaan huumausaineiden tunnistamiseen käytettävien pikatestilaitteistojen tarkkuutta ja käytännöllisyyttä testitilanteessa. Projekti toteutetaan tutkijoiden ja poliisien yhteisinä tiimeinä 31.12.2005 mennessä.

### **11.4 Tiedustelu ja tietojärjestelmät**

Rikostutkinnan tilan selvityshankkeen loppuraportin (2003) mukaan rikostiedustelua ja siihen kytkeytyvää operatiivista rikosanalyysia ei riittävästi mielletä rikostorjunnan perustoiminnaksi. Tiedustelu kohdistuu lähinnä huumausainerikollisuuteen, vaikka sen tulisi kohdistua vähintäänkin kaikkiin ammattimaisen ja järjestäytyneen rikollisuuden muotoihin. Huumausainerikosten osalta ei aikai-

semmin ole puututtu riittävästi yrityksiä hyväksi käyttäen tapahtuvaan rikoshyödyn kätkemiseen. Tämä ongelma tiedostetaan kuitenkin nykyään ja siihen pyritään suuntaamaan enemmän resursseja.

Raportissa todetaan tietojärjestelmien osalta, että huumausaineen käyttörikoksen kriminalisoinnin uudistuksen jälkeen on ilmennyt ongelmia huumausainerikosten lukumäärien tilastoinnissa, mikä puolestaan vaikeuttaa kontrollitoimien suunnittelua. Käyttörikoksista annettavissa rangaistusvaatimuksissa ei ilmene riittäviä tietoja takavarikoidun huumausaineen määrästä ja laadusta, rikoksesta epäillyn ensikertaisuudesta ja siitä, onko epäilty rikos paljastettu huumausaineen katuvalvonnassa tms. Törkeiden huumausaineiden osalta kirjaamiskäytännöissä on tapahtunut muutos, sillä vuonna 2002 rekisteriin kirjattiin vain yksi törkeä huumausainerikos, jossa oli useita tekijäkumppaneita, vaikka ennen samaa huumausaine-erää koskevassa jutussa jokaisen rikokseen osallisen henkilön syyksi luettava rikos kirjattiin erillisenä rekisteriin, mikäli kunkin epäillyn osuus kokonaisuudesta oli erillinen teko.

## **B VUODEN 2004 HUUMEVUOSIRAPORTIN ERITYISTEEMA-ARTIKKELIT**

Euroopan unionin huumevuosiraportointia varten jokainen jäsenmaa tuottaa päivitettyjen kansallista huume politiikkaa, huume tilannetta ja huumeiden vastaisia toimia koskevien tietojen lisäksi ennalta sovitusta huume teemoista artikkelityyppiset yhteenvedot. Vuonna 2004 teemat olivat (1) Buprenorfiinilääkehoito ja buprenorfiinin ongelmakäyttö, (2) vankilan vaihtoehdot huumeita käyttäville lainrikkajille ja (3) huumeet ja niihin liittyvät järjestyshäiriöt.

### **12. BUPRENORFIINILÄÄKEHOITO JA BUPRENORFIININ ONGELMAKÄYTTÖ<sup>67</sup>**

Suomessa vuonna 2003 kaikkiaan noin 600 opiaattiriippuvaisten korvaushoidossa olevasta noin 450 potilasta sai buprenorfiinilääkehoitoa. Erityisesti pääkaupunkiseudulla on joutunut jonottamaan buprenorfiinikorvaushoitoon. Ensimmäiset säännökset buprenorfiinikorvaushoidosta annettiin Suomessa vuonna 1997. Buprenorfiinilääkehoito on Suomessa tarkasti säädeltyä ja lääkeshoidossa käytetyn buprenorfiinin ei arvioida ohjautuvan laittomille markkinoille. Kuitenkin buprenorfiini on laajasti katukäytössä pistämällä käytetty opiaatti Suomessa. Buprenorfiini (24%) oli vuonna 2003 selvästi heroiniä (3%) yleisempi ensisijaisena hoitoon hakeutumiseen johtaneena opiaattina. Vuonna 2003 Suomessa todettiin yli 40 buprenorfiinin käyttöön liittyviä kuolemaa ruumiinavauksissa tehtyjen oikeuslääketieteellisten ainelöydöksen perusteella. Katukäytössä olevaa buprenorfiinia on tuotu Suomeen erityisesti Ranskasta ja Virosta.

#### **12.1. Buprenorfiinilääkehoito**

Suomessa buprenorfiinin käyttö korvaushoidossa on laillisesti mahdollista ja sitä käytetään tässä tarkoituksessa lisääntyvässä määrin. Buprenorfiinin myynti alkoi Suomessa erityisluvalla lokakuussa 1997 ja se rekisteröitiin korvaushoitodikaatiolla vuonna 1999. Buprenorfiinin ja metadonin käyttöä vieroitus-, korvaus- ja ylläpito hoidossa säädelään asetuksella (289/2002). Asetusta ei sovelleta buprenorfiinia tai metadonia sisältävien lääkevalmisteiden käyttämiseen tukihoidona opioidi-

---

<sup>67</sup> Tämä luvun ovat kirjoittaneet Helsingin yliopiston päihdelääketieteen professori Mikko Salaspuro ja Stakesin erikoissuunnittelija Airi Partanen. Ks. myös vuoden 2005 syksyllä ilmestynvä EU-vuosiraportti: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

riippuvaisten somaattisen sairauden aikana tilanteessa, jossa vieroitusoireet pahentavat hänen kliinistä tilannettaan tai vaikeuttavat hänen hoitoaan.

Asetuksessa opioidiriippuvuudella tarkoitetaan ICD-10-tautiluokituksen F11.2x diagnostisten kriteereiden täyttymistä. Kolmen tai useamman kuudesta riippuvuuskriteeristä on esiinnyttävä yhtäaikaaisesti kuukauden ajan viimeisimpien 12 kuukauden aikana tai toistuvasti, mikäli jaksot ovat kuukautta lyhyempiä. Vieroitushoidolla tarkoitetaan enintään kuukauden kestävästä opioidiriippuvaisen päihdeettömyyteen tähtäävää hoitoa käyttäen apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita. Vastaavasti korvaushoidolla tarkoitetaan kuntouttavaa, päihdeettömyyteen tähtäävää hoitoa, joka kestää yli kuukauden, ja ylläpitoehdolla hoitoa, joka kestää yli kuukauden ja jonka painopisteenä on haittojen vähentäminen ja potilaan elämän laadun parantaminen.

Asetuksen mukaan korvaushoito saadaan aloittaa vain sellaiselle opioidiriippuvaiselle potilaalle, joka ei ole vieroittunut opioideista tieteellisesti perusteltuja ja yleisesti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä ja menettelytapoja noudattamalla. Korvaushoidon saamiseen suhteen asetuksessa ei aseteta rajoituksia, jotka kohdistuvat vieroitushoitojen lukumäärään, opiaattien käyttöhistorian pituuteen, potilaan ikään, mahdolliseen raskauteen tai muihin samanaikaisiin sairauksiin. Käytännössä hoitoon pääsykriteerit vaihtelevat Suomessa kuitenkin paikkakunnittain huomattavasti.

Asetuksen mukaan opioidiriippuvaisen vieroitus-, korvaus- ja ylläpitoehdoin tarpeen arviointi suoritetaan ja hoito aloitetaan joko keskussairaalassa, tähän tarkoitukseen osoitetussa muussa vastaavan tasoisessa sairaalassa tai yksikössä, jossa on hoidosta vastaava lääkäri ja hoidon antamiseen perehtynyt henkilökunta ja asianmukaiset tilat. Valtaosa korvaushoidon tarpeen arviosta tapahtuu käytännössä kuitenkin edelleenkin erityistasolla, mikä rajoittaa niiden saatavuutta.

Hoidon aloituksen jälkeen hoitoa voi jatkaa sellaisessa terveyskeskuksessa, päihdehuollon yksikössä tai vankeinhoitolaitoksen terveydenhuoltoyksikössä, jolla on siihen riittävät edellytykset. Asetuksen mukaan korvaushoito tulee siirtää mahdollisimman lähelle potilaan asuinpaikkaa. Hoitoa antavassa toimintayksikössä tulee olla hoitotoiminnasta vastaava erikseen nimetty lääkäri, josta tulee ilmoittaa lääninhallitukselle ja lääninhallituksen edelleen Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle.

Asetuksen mukaan opioidiriippuvaisen hoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa lääkehoidon lisäksi määritellään myös potilaan muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito ja sen seu-

ranta. Buprenorfiinia saa asetuksen mukaan määrätä vain toimintayksiköiden palveluksessa oleva toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkäri. Lääkehoito saadaan toteuttaa ja lääke luovuttaa potilaalle vain toimintayksikön valvonnassa. Hyvää hoitomyöntyvyyttä osoittaville voidaan luovuttaa toimintayksiköstä enintään kahdeksaa vuorokausiannosta vastaava määrä lääkettä. Lääkettä ei kuitenkaan saa määrätä apteekista toimitettavaksi.

Suomessa korvaushoidon tarpeen arviointia ja hoitoa toteuttavalta henkilökunnalta edellytetään asianmukaista koulutusta. Tätä tarkoitusta varten on järjestetty 1-4 päivää kestäviä koulutustilaisuuksia. Virallisesta koulutuksesta ovat pääasiassa vastanneet päihdealan ammattilaiset. Lisäksi Suomessa ollaan laatimassa näyttöön perustuvaa hoitosuositusta, joka muiden päihdeongelmien hoidon lisäksi sisältää myös opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoitoa koskevan hoitosuosituksen.

Valtaosa korvaushoitoon päässeistä opioidiriippuvaisista on ennen viralliseen hoitoon pääsyä käyttänyt buprenorfiinia suonen sisäisesti eräänlaisena ”itsehoitona” 2-3 vuoden ajan. Metadonihoidossa oleviin verrattuna buprenorfiinia saavat ovat jonkin verran nuorempia. Lisäksi joillakin paikkakunnilla siirrytään metadoniin, jos buprenorfiinikorvaushoito on epäonnistunut. Suomessa vuonna 2003 buprenorfiinilla toteutettua korvaushoitoa sai 460 henkilöä kaikkiaan noin 600 opiaattilääkehoitoa korvaushoitona saaneesta. Erityisesti pääkaupunkiseudulla on joutunut jonottamaan buprenorfiinikorvaushoitoon.

*Taulukko 9. Buprenorfiinin myynnin kehittyminen Suomessa vuodesta 1997 lähtien*

<b>Vuosi</b>	<b>Potilaiden lukumäärä</b>
1997	25 potilasta
1998	60 potilasta
1999	100 potilasta
2000	150 potilasta
2001	250 potilasta
2002	330 potilasta
2003	430 potilasta
2004	460 potilasta

A-klinikasäätiö toteutti buprenorfiinilla tapahtuvan vieroitushoidon kehittämishankkeen 1.1.1998-30.6.2000, johon liittyvä arviointitutkimus (Baas ym. 2002) valmistui vuonna 2002. Arviointitutkimuksen mukaan buprenorfiinin todettiin olevan tehokas keino hoitoon kiinnittämiseksi ja lääke oli tehokas heroiinista vieroittautumisessa ja käytön ehkäisemisessä. Kuitenkin buprenorfiinin oheiskäyttö hoito-ohjelmien aikana oli yleinen ongelma.

Tällä hetkellä Suomessa on käynnissä tutkimus, jossa selvitetään pitkäaikaisen buprenorfiinin, metadonin ja bentsodiatsepiinien käytön vaikutusta hoidossa olevien kognitiivisiin kykyihin. Lisäksi on käynnistymässä tutkimus, jossa selvitetään kokonaan avohoidossa toteutettavan buprenorfiinikorvaushoidon tehoa, toimivuutta ja kustannuksia. Suunnitteilla on myös kaksoissokkotutkimus, jossa pyritään selvittämään buprenorfiini-naloksoni valmisteiden mahdollisia sivuvaikutuksia.

## **12.2. Buprenorfiinin ongelmakäyttö**

Buprenorfiinin ongelmakäytön esiintyvyydestä on saatavissa tietoa vuodelta 2003 toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon kaikkia palveluja koskevasta päihdetapauskannasta (Metso ym. 2004) ja toisaalta erityisesti huumeiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneita asiakkaita koskevasta huumeiden tietojärjestelmästä (Partanen, A. 2004). Väestötutkimuksista tietoa ei ole saatavissa.

Alkoholi oli edelleen vallitsevin päihde päihdetapauskannassa (Metso ym.2004). Kaikkiaan joka neljänteen päihde-ehdoiseen sosiaali- ja terveydenhuollon asiointiin liittyi jokin laiton huumeaine. Kaikista päihde-ehdoisista sosiaali- ja terveydenhuollon asioinneista vuonna 2003 heroiiniin (8 %) ja buprenorfiiniin (7 %) liittyviä asiointeja oli lähes yhtä paljon (Nuorvala ym. 2004). Sekä buprenorfiiniin että heroiiniin liittyvät asioinnit painottuivat erityisesti 20 - 29-vuotiaiden päihde-ehdoisiin asiointeihin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tässä ikäryhmässä joka neljällä oli mainittu buprenorfiini (28 %) tai heroiini (27 %). Alle 20-vuotiailla buprenorfiini (12 %) oli mainittu useammin kuin heroiini (6 %). Vanhemmissa ikäryhmissä opiaatteja mainittiin harvemmin kuin nuoremmissa ikäryhmissä, ja heroiini mainittiin useammin kuin buprenorfiini.

Päihdehuollon huumeasiakkailta buprenorfiini (24 %) oli selvästi heroiinia (3 %) yleisempi opiaatti ensisijaisena päihdehoitoon hakeutumiseen johtaneena päihteenä vuonna 2003 (Partanen, A. 2004). Opiaatit (31 %) olivat myös ensisijaisina hoitoon hakeutumiseen johtaneina päihteinä yleisimpiä. Tilanne on näiden kahden opiaatin osalta oli muuttunut päinvastaiseksi vuodesta 2000, jolloin hero-

iini (20 %) oli vielä selvästi buprenorfiinia (7 %) yleisempi ensisijaisena päihdehoitoon johtaneena päihteenä (Partanen, A. ym. 2004a).

Pistäminen oli vallitsevana käyttötapana 90 prosentilla, nuuskaaminen 5 prosentilla ja suun kautta otettava buprenorfiini 5 prosentilla ensisijaisesti buprenorfiinin vuoksi päihdehoitoon hakeutuneista (Partanen, A. 2004). Pistämällä huumeita käyttäville tarkoitetuissa terveysneuvonta-pisteissä vuosina 2000 - 2002 Helsingissä, Turussa ja Tampereella tehdyssä haastattelu-tutkimuksessa buprenorfiinin pistämällä tapahtunutta käyttöä joskus elämän aikana oli ollut useimmilla haastatelluista, mutta suun kautta tai nuuskaamalla tapahtunutta käyttöä oli ollut alle puolella (Partanen, A. ym. 2004).

Ensisijaisesti buprenorfiinin vuoksi päihdehoitoon hakeutuneilla toissijaisina päihteinä (2.-5. päihde) oli mainittu useimmiten rauhoittavat lääkkeet (56 %), stimulantit (55 %) tai kannabis (54 %). Harvempi käytti jotain muuta opiaattia (22 %) tai alkoholia (19 %) toissijaisina päihteinä. Heroiini oli mainittu 17 prosentilla toissijaisena päihteenä.

Päihdehoidossa käytettävän buprenorfiinin ei arvioida ohjautuvan Suomessa pimeille markkinoille, koska opiaattiriippuvaisten korvaushoidon toteuttaminen on Suomessa tarkoin säädeltyä. Suomalaiset huumeiden käyttäjät kävivät aiemmin Ranskassa hakemassa buprenorfiinilääkehoitoa siellä hyvin matalalla kynnyksellä tarjottavan hoitomallin vuoksi, ja osa tästä buprenorfiinista ohjautui myös pimeille markkinoille. Ranskasta tapahtuva tuonti siirtyi kuitenkin tuonniksi Virossa lääkkeiden omaan käyttöön tuontia koskevan asetuksen (1088/2002) muutoksen myötä vuonna 2003. Asetus liittyi Schengen -sopimuksen allekirjoitukseen ja Viro on toistaiseksi Schengen-sopimuksen ulkopuolella. Vuonna 2003 Virossa laadittujen Subutex-reseptien nojalla voitiin apteekista ostaa kahden viikon käyttöannos tuotavaksi Suomeen. Vuonna 2004 asetusta esitettiin kiristettäväksi kohdentamalla reseptikirjoitusoikeus vain psykiatrisille sairaaloille.

Buprenorfiinin ongelmakäyttö on lisääntynyt nopeasti aineen tarjonnan myötä. Takavarikoidun buprenorfiinin määrä alkoi kasvaa 1990-luvun lopussa. Aineen saatavuuden lisäksi sen edullisuus on lisännyt käyttöä. Pääkaupunkiseudulla vuonna 2004 tehdyn suppean haastattelututkimuksen (Malin ym. 2004) mukaan yhden 8 mg:n Subutex-tabletin hinta katukaupassa oli 30 - 35 euroa. Samassa tutkimuksessa muiden pistämällä käytettävien huumeiden osalta heroinin hinnan arvioitiin olleen 60 - 350 euroa / gramma ja amfetamiinin 25 euroa / gramma.



buprenorfiinin vuoksi hoitoon hakeutuneet ovat aloittaneet keskimääräistä aiemmin ja huomattavasti aikaisemmin (18,3 -vuotiaina) kun itse buprenorfiinin käytön. Muilta piirteiltään buprenorfiinin käyttäjät eivät juuri poikkeaa hoitoon hakeutuneista huumeiden käyttäjistä.

Terveysneuvontapisteistä saatujen havaintojen mukaan buprenorfiinin pistämiskäyttö on aiheuttanut mm. iho- ja verisuonitulehduksia buprenorfiinitablettien sisältämien lisäaineiden vuoksi. Pistämällä käytetyn buprenorfiinin on arveltu aiheuttaneen joillakin huumeiden käyttäjillä näkökyvyn heikkenemistä silmänpohjien hiussuonien tukkeutumisen vuoksi. Buprenorfiinin, rauhoittavien lääkkeiden ja alkoholin on todettu liittyneen lisääntyvässä määrin myös yliannostuksista aiheutuviin kuolemantapauksiin. Kaikkiaan buprenorfiiniin liittyviä kuolemia on tullut esiin vasta 2003, jolloin ruumiinavauksissa tehdyissä oikeuslääketieteellisistä tutkimuksissa löydettiin buprenorfiinilöydös yli 40 tapauksessa. Suurimpaan osaan kuolemantapauksista liittyi samanaikainen buprenorfiinin, bentso-diatsepiinien ja alkoholin käyttö.

Buprenorfiinin käyttöön liittyvää neuvontaa saa kaikista huumehoidon yksiköistä ja erityisesti ruiskuja ja neulojan puhtaisiin vaihtavista terveysneuvontapisteistä, jotka antavat neuvontaa buprenorfiinin pistämiseen liittyvien ongelmien välttämiseksi, mm. filtlerin käytön tärkeydestä buprenorfiinia pistettäessä. Myös yliannostusten välttäminen on tärkeä terveysneuvonnan aihe. A-klinikkasäätiö on julkaisut [www-sivullaan](http://www.sivullaan) buprenorfiinin pistoskäytön ongelmia koskevan tietois-kun<sup>68</sup>.

Buprenorfiinin päihdekäyttöä on tarkasteltu vuosina 2000-2003 toteutetussa Riski-tutkimuksessa (Partanen, A. ym. 2004) sekä vuonna 2004 A-klinikkasäätiön toteuttamassa teemahaastattelututkimuksessa (Malin ym. 2004). Teemahaastatteluaineistoa analysoidaan edelleen, ja tulokset julkais-taan vuoden 2005 aikana suomalaisessa päihdealan lehdessä. Buprenorfiinin päihdekäyttöä koske-vaa tietoa saadaan myös vuosittain toteutettavasta huumehoidon tietojärjestelmästä (Partanen, A. 2004) sekä joka 4. vuosi toteutettavasta päihdetapauslaskennasta (Metso ym.2004).

---

<sup>68</sup> Ks. [http://www.paihdelinkki.fi/tietopankki/400\\_huumelinja/index.html](http://www.paihdelinkki.fi/tietopankki/400_huumelinja/index.html)

## 13. VANKILAN VAIHTOEHDOT HUUMEITA KÄYTTÄVILLE LAINRIKKOJILLE<sup>69</sup>

Suomalaisessa oikeusajattelussa ja kriminaalipolitiikassa on 1960-luvun lopulta alkaen pyritty erottamaan hoito ja rangaistus toisistaan, joskin samalla on ajateltu, ettei seuraamusjärjestelmä saisi kohtuuttomasti painottua ehdottomaan vankeusrangaistukseen. Erityispreventiivisiä toimia on alettu ottaa käyttöön vasta huumerikollisuuden käännyttyä nopeaan nousuun 1990-luvulla. Kriminaalipoliittisen strategian keskeiseksi tavoitteeksi nostettiin uusintarikollisuuden vähentäminen. Päihdeongelmat ovat keskeisin yksittäinen rikollista elämäntapaa ylläpitävä tekijä.

Vuodesta 2001 alkaen huumausaineen käytöstä ja vähäisten määrien hallussapidosta on säädetty lievempi rangaistus kuin varsinaisesta huumausainerikoksesta. Syyttäjällä, poliisilla tai tuomioistuimella on mahdollisuus luopua toimenpiteistä, mikäli rikosta kokonaisuutena voidaan pitää vähäisenä. Mahdollisuudet vaihtoehtoisten rangaistusten käyttöön liittyvät yleisten rikos-oikeudellisten seuraamusten käyttöön. Kuntouttavia toimenpiteitä onkin alettu enenevästi käyttää osana seuraamusjärjestelmää vuodesta 2000 alkaen. Yhdyskuntaseuraamuksista osa on mahdollista suorittaa päihdekuntoutuksena ja myös vankiloiden päihdeettömiä osastoja on tuntuvasti lisätty. Osa vankeusrangaistuksesta on mahdollista suorittaa päihdehuollon laitoksessa. Vuonna 2006 voimaan tuleva uusi vankeuslaki täsmentää vangin oikeuksia sosiaali- ja terveystalvelujen alueella. Valmisteltavana on laki sopimushoidosta, jonka perusteella päihdeongelmainen lainrikkoja voidaan tuomita tehostettuun huumehoitoon vankilan ulkopuolisessa laitoksessa.

### 13.1 Poliittiset ja rakenteelliset reunaehdot

Suomen kriminaalipolitiikkaa on 1960-luvulta lähtien leimannut uusklassinen oikeusajattelu, jonka mukaan rikosten seuraamusten on samasta rikoksesta oltava kaikille yhtäläiset. Samalla seuraamuksia on enenevästi asetettu yhteiskunnalliseen kontekstiinsa, eli rangaistusten tulisi toimia sekä rationaalisesti että humanisti eikä niiden tulisi kohtuuttomasti painottua ehdottomaan vankeuteen. Seuraamusten yleisestävään vaikutukseen on kuitenkin uskottu lujasti. Samalla kun on ajateltu, että rikoksesta tulee säännönmukaisesti seurata rangaistus, hoito ja rangaistus on pyritty erottamaan toisistaan (Lappi-Seppälä 2000).

---

<sup>69</sup> Tämän luvun on kirjoittanut oikeusministeriön rikosseuraamusviraston neuvotteleva virkamies Olavi Kaukonen. Ks. myös vuoden 2005 syksyllä ilmestynyt Eu-vuosiraportti: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

Kriminaalipolitiikka myös toimi pitkään toivotulla tavalla: vankiluku laski nopeasti ja johdonmukaisesti 1970-luvulta aina 1990-luvun lopulle. Vasta vankiluvun – ja myös huumerikollisuuden – kääntynyt suhteellisen nopeaan nousuun erityispreventiivisiä toimia on alettu suunnitella ja ottaa käyttöön.

Nykyinen hallitus teki kaikkia hallinnonaloja sitovan valtioneuvoston periaatepäätöksen huumausainepolitiikasta vuosille 2004 – 2007 (2004). Sen erityisenä tavoitteena on puuttua sellaisiin ajankohtaisiin huumausainepoliittisiin ongelmiin, joiden ratkaiseminen vaatii uudenlaista viranomaisten välistä yhteistyötä. Asiakirja sitoo eri ministeriöitä yhteisen tavoitteen saavuttamiseen, huumehaittojen vähentämiseen. Huumeita käyttäviin lainrikkomuksiin puututaan sekä sisäasiainministeriön (poliisitoimi, joka huolehtii rikosten selvittämisestä ja esitutkinnasta) että oikeusministeriön hallinnonalalla (syyttäjälaitos, tuomioistuimet sekä rangaistusten täytäntöönpano).

Sisäasiainministeriön hallinnonalalla päihdeongelmiin liittyvät vaihtoehtoiset toimet kohdistuvat ensisijassa huumausaineen käyttörikkokseen, ja siihen liittyvään nuorten puhuttelu- ja hoitoonohjauksen mahdollisuuteen (vrt. lainsäädäntöluku). Asia on kirjattu myös poliisin huumausaineiden vastaiseen strategiaan 2003 - 2006 (2003).

Oikeusministeriön hallinnonalalla päihdeongelmien käsittelyä ja tuomittujen kuntoutusta pyritään periaatepäätöksen mukaan lisäämään määrällisesti ja kehittämään laadullisesti, jotta päihdeongelmaisten lainrikkojien sopeutuminen yhteiskuntaan helpottuisi ja myös hyvin yleisesti päihdeongelmiin liittyvä uusintarikollisuus vähenisi. Rangaistusten täytäntöönpanosta vastaava oikeusministeriön alainen Rikosseuraamusvirasto on tuottanut oman päihdestrategiansa, joka ohjaa huumeiden ohella myös muiden päihdeiden vastaista työtä vankeinhoitolaitoksen piirissä. Huumeita käyttäviin tuomittuihin sovelletaan kuitenkin samoja yleisperiaatteita kuin muihinkin lainrikkojiin.

## **13.2. Lainsäädäntö**

Vuodesta 1994 alkaen huumausainerikoksia on käsitelty osana tuolloin uusittua rikoslakia (1993/1304). Huumausaineen käyttöä ja vähäisten määrien hallussapitoa tai hankintaa omaa käyttöä varten on puolestaan 1.9.2001 lähtien käsitelty huumausaineen käyttörikkoksena, mistä tavallisimpina seuraamuksena on sakko.

Poliisin esitutkintavaltuudet ovat Suomessa kohtalaisen laajat (Kinnunen ym. 2002). Jo vanhastaan poliisilla, syyttäjällä ja tuomioistuimella on ollut mahdollisuus luopua toimenpiteistä, mikäli rikos on luonteeltaan vähäinen, tekijä alaikäinen tai sanktio muodostuisi kohtuuttomaksi lainrikkojan kokonaistilanne huomioon ottaen. Tätä mahdollisuutta on huumausainerikoksissa kuitenkin käytetty varsin vähän, eikä etenäkään syyttämättä jättäminen näytä vakiintuneen osaksi rikosoikeudellista seuraamusjärjestelmää huolimatta siitäkin, että valtakunnansyyttäjä on pariinkin otteeseen painottanut vaihtoehdon käyttöä ohjeissaan syyttäjille, erityisesti huumausainerikoksissa (Kainulainen 2002).

Huumausaineen käyttöön liittyvästä rikoksesta voidaan lain mukaan jättää syyte nostamatta tai rangaistus tuomitsematta, mikäli rikosta on huumausaineen määrä ja laatu, käyttötilanne ja muut olosuhteet huomioon ottaen pidettävä kokonaisuutena arvostellen vähäisenä. Toimenpiteistä voidaan käyttörikoksen osalta myös luopua, mikäli tekijä on hakeutunut sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymään hoitoon. Hoito järjestetään sosiaali- ja terveysministeriön asiasta antaman asetuksen (2002) perusteella asiakkaan tarpeiden mukaisesti joko avohoitona tai laitosoiloissa.

Kehitys vastaa myös eduskunnan tahtoa: jo vuoden 1972 huumausainelakia säädettäessä käytiin runsaasti keskustelua siitä, tulisiko huumeiden käyttäjää lainkaan rangaista. Hallituksen esityksessä kriminalisointia ei ehdotettu, ja lain eri käsittelyvaiheissa asiasta äänestettiin toistuvasti (Hakkarainen 1992). Lopulta myös huumeiden käyttö kriminalisoitiin. Myöhemmin lainsäädäntöä kehitettäessä eduskunnan lakivaliokunta on lausunnoissaan edelleen korostanut, että kontrollin ja sanktioiden tulisi kohdentua ennen muuta törkeään ja ammattimaiseen huumerikollisuuteen, ja että huumeriippuvaisille tulisi taata mahdollisuudet hoitoon ja kuntoutukseen.

Varsinainen huumausainepoliittinen kansalaiskeskustelu on Suomessa aina ollut hyvin vähäistä. Kyselytutkimusten tulosten perusteella on kuitenkin nähtävissä, että väestön asenteet huumeita kohtaan ovat jokseenkin ankarat. Esimerkiksi oikeuden käyttää kannabista sallisi vain 10 % suomalaisista. Muiden huumausaineiden osalta osuus on 2 %. Kuitenkin nuorten osalta asenteet ovat sallivampia, sillä noin neljännes 15 - 24 -vuotiaista nuorista sallisi kannabiksen käytön. (Hakkarainen ym. 2004).

### 13.3 Rikosten seuraamukset

Suomessa ei ole erityistuomioistuimia huumerikoksille. Tuomioistuimen mahdollisuudet vaihtoehtoihin rangaistuksiin liittyvät yleisten rikosoikeudellisten seuraamusten käyttöön. Näitä ovat sakko, ehdollinen tai ehdoton vankeus sekä yhdyskuntaseuraamukset. Yhdyskuntaseuraamukset, erityisesti yhdyskuntapalvelu, ovat varsinaisesti ainoita ehdottoman vankeusrangaistuksen vaihtoehtoja.

Yhdyskuntapalvelu on ehdottoman vankeusrangaistuksen sijasta tuomittava rangaistus, joka sisältää säännöllistä, palkatonta ja valvonnan alaisena tehtävää työtä (Laki yhdyskuntapalvelusta 1055/1996). Tuomioistuin tuomitsee yhdyskuntapalveluun rikoksentekijän enintään kahdeksan kuukauden mittaisen ehdottoman vankeusrangaistuksen sijasta. Enintään kymmenen tuntia yhdyskuntapalvelurangaistuksesta on kuitenkin mahdollista suorittaa osallistumalla uusintarikollisuutta vähentäviin toimintaohjelmiin tai päihdekuntoutukseen, pääosin avohoidossa.

On kuitenkin huomattava, että yhdyskuntapalvelu on osa yleistä rikosseuraamusjärjestelmää, ei erityisesti huumausaineiden käyttäjille suunniteltu tuomio. Vahva päihderiippuvuus on pikemminkin poissulkeva kuin vaihtoehtorangaistuksen valintaa tukeva tekijä. Silti rangaistus kohdentuu päihderiippuvaisiin: noin 60 %:lla kaikista yhdyskuntapalveluun tuomituista oli päärikoksena liikennepäihtymys vuonna 2003. Kaikkiaan yhdyskuntapalvelua on tuomittu vuosittain noin 3 500 kertaa.

Vuoden 2005 aikana otetaan koko maassa käyttöön toistaiseksi kokeilulain (1058/1996) nojalla vain osassa maata toimeenpantu nuorisorangaistus. Alle 18-vuotiaana tehdystä rikoksesta voidaan tuomita nuorisorangaistukseen, jos sakkoa on rikoksen vakavuus ja tekoon liittyvät olosuhteet huomioon ottaen pidettävä riittämättömänä rangaistuksena, eivätkä painavat syyt vaadi ehdottomaan vankeusrangaistukseen tuomitsemista, ja kun nuorisorangaistukseen tuomitsemista on pidettävä perusteltuna uusien rikosten ehkäisemiseksi ja rikoksentekijän sosiaalisen selviytymisen edistämiseksi. Nuorisorangaistusta on kokeiluaikana kuitenkin käytetty suhteellisen harvoin. Vuonna 2003 annettiin vain 23 nuorisorangaistustuomiota.

Kaikilla yhdyskuntapalveluun tai nuorisorangaistukseen tuomituilla, samoin ehdollisesti tuomituilla tai vankilan jälkeen ehdonalaisvalvontaan määrättyillä on mahdollisuus käyttää julkisia, pääsäännön mukaan asiakkaalle maksuttomia, kunnan kustantamia sosiaali- ja terveystalv palveluja. Erityisesti päihdeongelmallisille tarkoitettuja palveluja (sekä avo- että laitostalvontoutusta) on jokseenkin kattavasti koko maassa saatavissa.

Sen lisäksi, että vankilan ulkopuolisiin rangaistuksiin tuomitulla lainrikkojalla on mahdollisuus käyttää julkisia päihdehuollon palveluja, yhdyskuntapalveluun ja nuorisorangaistukseen on mahdollista sisällyttää palkattoman työn ohella velvoite osallistua päihdeongelmien selvittelyyn tähtäävään ohjelmaan tai kuntoutukseen

Lainsäädäntö ja rikosseuraamusjärjestelmä ovat siis vasta 1990-luvun lopulta alkaen alkaneet selvästi reagoida huumeaineongelmien kasvuun, ja varsinaisia vankilan vaihtoehtoja huumeriippuvaisille lainrikkojille on käytössä vähän. Kuntouttavia toimenpiteitä on kuitenkin liitetty enenevästi jo käytössä oleviin rikosoikeudellisiin seuraamuksiin.

### **13.4 Kuntoutus osana rangaistusten täytäntöönpanojärjestelmää**

Vaikka huumeiden käyttäjiin on mahdollista kohdistaa edellä mainittuja hoitoon ohjaavia interventioita esitutkinnan ja syyteharkinnan ollessa vireillä, pääosa oikeushallinnon toimintamahdollisuuksista tulee käyttöön vasta tuomioiden täytäntöönpanovaiheessa. Rangaistusten täytäntöönpanosta vastaa oikeusministeriön alainen Rikosseuraamusvirasto, joka jakautuu Vankeinhoitolaitokseen ja Kriminaalihuoltolaitokseen (yhdyskuntaseuraamusten täytäntöönpano).

Viime vuosina on vankeinhoidon päihdestrategian mukaisesti perustettu vankiloihin päihdeettömiä osastoja ja käynnistetty lukuisia kuntouttavia ohjelmia. Valtio maksaa täysimääräisesti kaiken vangin tarvitseman sosiaali- ja terveydenhuollollisen kuntoutuksen vankilassa.

Laki rangaistusten täytäntöönpanosta (muutos 364/1999) antaa mahdollisuuden myös vankilan ulkopuoliseen sijoitukseen tuomion aikana. Sen mukaan luotettavaksi katsottu vanki, jolla on päihdeongelma tai jolla voidaan olettaa olevan erityisiä vaikeuksia selviytyä vapaudessa, voidaan sijoittaa määrääjäksi vankilan ulkopuoliseen laitokseen tai vastaavaan yksikköön, jossa hän osallistuu päihdekuntoutukseen tai hänen toimintaedellytyksiään vahvistavaan muuhun tavoitteelliseen toimintaan.

Vankilan ulkopuolista kuntoutusta alettiin käyttää vasta vuonna 2000. Kokonaisuutena näitä sijoituksia on kuitenkin lähinnä kustannussyistä tehty suhteellisen vähän, vuosittain noin 40. Yli puolet laitossijoituksista on ollut alle 3 kuukauden pituisia. Asiakkaan kokonaiskuntoutuksen aika on kuitenkin käytännössä muodostunut pidemmäksi, koska kuntoutus on yleensä alkanut jo vankilassa, ja

useiden tuomittujen kuntoutus jatkuu myös vankilan jälkeen kunnan sosiaalitoimen kustannuksella (Karsikas 2004). Joskus laissa tarkoitettu sijoittamisen määräajaksi on katsottu lähes koko lyhyen vankeustuomion aika, mutta tavallisimmin sijoitus on tehty rangaistusajan lopulla (Karsikas ym. 2004). Päätöksen vankilan ulkopuolisen kuntoutuksen käytöstä, ulkopuolisesta kuntoutusyksiköstä, kuntoutuksen kestosta ja sisällöstä tekee vankila, mutta erillisen määrärahan käytöstä sijoitukseen päättää Rikosseuraamusvirasto.

Laskennallisesti noin puolet vankilaan tulevista huumeongelmaisista vangeista osallistui vähintään informoiviin ja kuntoutukseen motivoiviin tilaisuuksiin.<sup>70</sup> Noin neljännes heistä osallistui vankiloiden päihdekuntoutukseen, ja vain noin yksi prosentti on vuonna 2003 ohjattu vankilan ulkopuoliseen huumehoitoon.

Kuntoutusohjelmissa korostetaan nykyisin ennen muuta kognitiivis-behavioraalisia lähestymistapoja sekä kuntoutuksen jatkuvuutta: eri tavoin toteutetussa päihdekuntoutuksessa pyritään siihen, että vankilassa tai sen ulkopuolella aloitettu kuntoutus jatkuisi myös vapautumisen jälkeen.

Vankilan sisällä kuntoutus tapahtuu vangin anomuksesta päihdeettömällä osastoilla, joilla on omat strukturoidut ohjelmansa. Myös erillisiä päihdekuntoutusohjelmia järjestetään. Toteutuksesta vastaavat osin vartiohenkilöstö, osin erityisen päihdetyön koulutuksen saaneet ohjaajat.

Opioidiriippuvaisille vangeille, joiden korvaushoito on aloitettu ennen tuomion täytäntöönpanoa, substituutiohoitoa jatketaan osana vankilaterveydenhuoltoa. Uusia korvaushoidon tarpeen arviointia ja aloittamispäätöksiä ei toistaiseksi ole vankilaterveydenhuollossa tehty, sen sijaan lääkkeellisiä vieroitushoitoja vuodeosasto-oloissa on toteutettu enenevästi.

### **13.5 Arviointia ja kehittämistarpeita**

Vankiloissa ja niiden ulkopuolella toteutettavaa kuntoutusta silmällä pitäen on tuotettu erityinen toimintaohjelmien hyväksymismenettely kriteereineen. Päihdekuntoutusta ohjaa ja arvioi myös Rikosseuraamusviraston asettama asiantuntijaryhmä, jossa on edustettuna yliopistotutkimuksen, vankeinhoitoalan, päihdekuntoutuksen sekä vankeinhoitoalan koulutuksen edustajia (Järvinen ym. 2001).

---

<sup>70</sup> Karkea arvio huumeongelmaisten vankien lukumäärästä (3 500) on saatu, kun kaikista vuonna 2003 vankilaan tulleista (7 654) on laskettu vankien terveystarkoituksessa todettu 46 %:n osuus. Vankeinhoitolaitoksen arvion mukaan kuitenkin jopa 80 % vangeista on päihdeongelmaisia.

Huumeiden käyttäjiin kohdennettuja vankilaa korvaavia rangaistusmuotoja on toistaiseksi käytetty vähän suhteessa tarpeeseen. Myös vankilan ulkopuolisen kuntoutuksen historia on Suomessa lyhyt, ja vaihtoehtoa on käytetty vähän, joten mitään kovin luotettavia seuranta- tai vertailutietoja ei ole toistaiseksi käytettävissä toiminnan onnistuneisuudesta. Kuntoutuksen seurannasta ja vaikuttavuudesta erityisesti suhteessa uusintarikollisuuden vähentämistavoitteeseen on kuitenkin valmisteilla tilastollinen tutkimus.

Päihdeongelmat ovat vankiloissa yleisiä, ja vapautumisen jälkeinen sosiaalinen selviytyminen näyttäisi olleen parempaa ja etenkin uusintarikollisuus selvästi vähäisempää niillä vankilasta vapautuneilla, jotka ovat tavalla tai toisella onnistuneet selvittämään päihdeongelmansa (Hypen 2004). Näin ollen kuntoutusohjelmia on siis syytä laajentaa, mutta myös vankiloissa toteutettavia korvaushoito-ohjelmia on syytä lisätä.

Myös lainsäädännöllisiä uudistuksia valmistellaan. Parhaillaan oikeusministeriössä valmistellaan lakia sopimushoidon kokeilemisesta. Tämän seuraamuksen keskeisenä kohderyhmänä olisivat ne lainrikkijat, joita ei päihdeongelmansa vuoksi voida tuomita yhdyskuntapalveluun, mutta joihin – usein juuri päihdeongelmiin liittyvistä syistä – ei myöskään vankeusrangaistuksella ole toivottua tulosta. Vaihtoehtona on tehostettu huumehoito vankilalaitoksen ulkopuolella. Uudistusta suunniteltaessa on pitkälti seurattu Ruotsin mallia ja kokemuksia sopimushoidon toteuttamisesta.

Toisaalta myös vankilalaitosta ollaan uudistamassa. Hallitus antaa vuoden 2004 aikana esityksen eduskunnalle uudeksi vankeuslaiksi. Esityksen mukaan vankeinhoidon keskeinen tavoite on lisätä vangin valmiuksia rikoksettomaan elämäntapaan ja edistää hänen elämänhallintaansa ja yhteiskuntaan sopeutumistaan. Vankeusprosessin sisällöllinen, yksilöllinen suunnittelu korostuu ja oikeus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin tulee nykyistä vahvemmin määritellyksi. Lainmuutos tulee osaltaan lisäämään päihdehuollollisten interventioden ja sosiaalista kuntoutumista edistävien ohjelmien ja toimenpiteiden käyttöä.

## 14. HUUMEET JA YLEINEN JÄRJESTYS<sup>71</sup>

Suomessa julkiset järjestyshäiriöt ovat perinteisesti liittyneet alkoholin käyttöön ja huumeisiin kytkeytyvät häiriöt ovat olleet suhteellisen harvinaisia. Suomalaiselle huumemarkkinoille on tyypillistä niiden verhottu luonne. Huumemarkkinat ovat piiloutuneet yksityisasuntoihin. Säilöönnotot, väkivalta, ja ryöstörikollisuus kytkeytyvät lähinnä alkoholin käyttöön huumeiden osuuden jäädessä vähemmälle. Ehkä voimakkaimmin huumeisiin liittyviä yleisiä häiriöitä koetaan kerrostaloissa, joissa on asunto, josta välitetään huumeita. Huumeisiin liittyvien järjestyshäiriöiden vähäisyydestä huolimatta merkittävä osa suomalaisista kokee sosiaalista turvattomuutta huumeiden käytön takia. Huumeongelmista kerrotaan vuolaasti tiedotusvälineissä ja on mahdollista, että osa kaduilla liikkuvista mielenterveyspotilaista ja alkoholisteista leimataan huumeiden käyttäjiksi. Laittomien huumausainesten käyttö on kielletty rikoslaisissa, jonka perusteella siihen voidaan aina puuttua, riippumatta siitä, onko kyse yleisellä paikalla tai yksityisissä tiloissa tapahtuvasta käytöstä. Rikoslain säännöksiä huumausainesiin liittyvistä rikoksista pannaan täytäntöön suhteellisen ankarasti. Poliisi saattaa puuttua herkästikin julkisilla paikoilla tapahtuvaan huumeiden käyttöön. Lievienkin huumausainerikosten rankaisemisella on katsottu olevan huumeiden käyttöä ehkäisevä vaikutus. Huumeisiin liittyvien häiriöiden ehkäisemiseen on Suomessa muutoinkin kiinnitetty melko runsaasti huomioita sekä valtiollisella että paikallisella tasolla. Huumeiden aiheuttamien häiriöiden vastaisen työn seurantaan ja arviointiin ei Suomessa kuitenkaan ole olemassa mitään selkeätä mittaria.

### 14.1 Määritelmät

Yhteiskuntatieteilijöiden mukaan huumeongelma Suomessa on määritelty lääketieteelliseksi ongelmaksi 1900-luvun alussa, nuoriso-ongelmaksi 1960- ja 1970-luvuilla sekä järjestäytyneen rikollisuuden ja kansanterveyden (tartuntataudit) ongelmiksi 1990-luvulla ja tämän jälkeen (Hakkarainen 1999). Huumeisiin liittyvät järjestyshäiriöt eivät ole kovin tavallisia Suomessa. Julkiset järjestyshäiriöt ovat perinteisesti ja yleisimmin liittyneet alkoholin käyttöön. Suomessa tyypillinen humalahakuinen juomatapa on läheisessä yhteydessä juopumuspidätyksiin, ryöstöihin, pahoinpitelyrikoksiin tai jopa henkirikoksiin.

---

<sup>71</sup> Tämän luvun on kirjoittanut oikeusministeriön rikosseuraamusviraston neuvotteleva virkamies Aarne Kinnunen. Ks. myös vuoden 2005 syksyllä ilmestynyt Eu-raportti: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

Huumeisiin liittyvien järjestyshäiriöiden vähäisyys selittyy osin sillä, että huumeiden käytön prevalenssi on pienempi kuin useissa muissa maissa. Väestön suhtautuminen huumeisiin ja huumeiden käyttöön on kielteistä, minkä johdosta esimerkiksi kaduilla tapahtuvaa käyttöä ei juurikaan suvaita. Huumeisiin suhtaudutaan lainsäädännöllisesti tiukasti. Huumeiden käyttö on kriminalisoitu ja poliisi myös toimeenpanee käyttökieltoa aktiivisesti (Kinnunen ym. 2002). Suomalaisille huumemarkkinoille on tyypillistä niiden verhottu luonne. Kansainvälisesti verraten suomalaisten huumemarkkinoiden erityispiirre on se, ettei meillä ole avoimia huumepuistoja ja markkinapaikkoja, ja kaduilla tapahtuva huumeiden myynti on suhteellisen harvinaista. Huumemarkkinat ovat piiloutuneet yksityisasuntoihin. Sen sijaan alkoholin käyttö julkisilla paikoilla johtaa vuosittain lähes 100 000 juopumuspidätykseen, so. säilöönottoon. Säilöönottoihin johtavasta huumeiden käytöstä ei ole tutkimustietoa, mutta oletettavasti kyse on harvinaisesta ilmiöstä. Vuonna 2002 Helsingissä poliisille ilmoitettiin 56 tapausta, joissa yleistä järjestystä ja turvallisuutta oli rikottu siten, että tapaukseen liittyi myös huumausaineiden käyttörikos. Näissä tapauksissa kyse oli piikittämisestä kadulla, kadulla nukkumisesta, roska-astioiden kaivamisesta tai uhkaavasta käytöksestä. (Kekki 2004b.) Alkoholin ja huumeiden sekakäytöstä aiheutuu selvästi enemmän ongelmia kuin yksinomaan huumeiden käytöstä.

Suomessa huumeisiin liittyvä väkivalta on tyypillisesti huumemarkkinoihin ja huumeiden kauppakulttuureihin liittyvä sisäinen piirre. Väkivaltaa saatetaan käyttää esimerkiksi velkojen perinnässä tai muissa erimielisyyksissä. Laittomien huumemarkkinoiden erityispiirre on, että vääryyksien kohteeksi joutunut ei voi kääntyä poliisin puoleen asioita selvittääkseen. Huumekulttuureihin saattaa liittyä voimakasta miehistä kunniantuntoa, jossa vääryydet kostetaan väkivallalla ja häpeällistä kasvojen menetystä pyritään välttämään ylläpitämällä väkivallan uhkaa. Huumemarkkinoihin liittyvät väkivaltaiset piirteet harvoin kuitenkaan kohdistuvat valtaväestöön, sillä vain 2 % kaikista pahoinpitelyrikoksista (joita on yhteensä noin 30 000 vuosittain) on tehty huumeiden tai lääkkeiden vaikutuksen alaisena, kun alkoholipäihtymyksen osuus näistä on 71 % (Lehti ym. 2004, s. 205).

Monessa suurkaupungissa huumekauppiaiden tekemät ryöstöt ovat suhteellisen tavallisia. Tämän tyyppinen ryöstörikollisuus on Suomessa kuitenkin melko harvinaista. Tyypillisimmät huumeisiin liittyvät rahanhankintakeinot ovat autosta varastaminen (esim. puhelimia musiikkielektroniikkaa, tietokoneita), kaupasta varastaminen tai liikeyrityksiin kohdistuvat murrot. Kaikista selvitetystä ryöstörikoksista (n. 2000 vuosittain) lääkkeiden tai huumausaineiden vaikutuksen alaisena on tehty 9 %, kun vastaava luku on 43 % alkoholin osalta (Lehti ym. 2004, s. 250-251).

Huumaantuneena ajamisesta tieliikenteessä epäiltiin Kansanterveyslaitoksen huumelaboratoriosta saadun tiedon mukaan 2 931 henkilöä vuonna 2003. (Vuonna 2002 tutkittuja tapauksia oli 1 850 ja vuonna 2001 niitä oli 1 844). Huume-epäilytapauksen määrä on noussut 58 prosenttia vuonna 2003 edellisestä vuodesta. Nousu selittyy ns. huumeiden nollarajan voimaan tulemisella vuoden 2003 helmikuun alusta. Lainmuutoksella moottoriajoneuvon kuljettaja tuomitaan rattijuopumuksesta, jos hänen veressään on ajon aikana tai sen jälkeen huumausaineen vaikuttavaa ainetta tai sen aineen-vaihduntatuotetta.

Huumeisiin liittyvien järjestyshäiriöiden vähäisyydestä huolimatta merkittävä osa suomalaisista kokee sosiaalista turvattomuutta huumeiden käytön takia. Vuonna 2003 toteutetun väestökyselyn mukaan 40 % väestöstä ilmoitti pelkäävänsä joutuvansa väkivallan kohteeksi huumeiden käytön johdosta. Tämä kokemus on naisten keskuudessa yleisempi kuin miesten keskuudessa. Lisäksi nuoret pelkäävät huumeväkivaltaa vähemmän kuin vanhemmat ikäryhmät. Asuinpaikan mukaan tarkasteltuna turvattomuutta esiintyy selvästi eniten pääkaupunkiseudulla ja kaupungeissa eli alueilla, joilla on havaittu eniten huumeongelmia ja joilla myös huumeiden käytön yleisyyttä kuvaavat luvut ovat korkeimmat. (Hakkarainen ym. 2004.) Huumeongelmista kerrotaan vuolaasti tiedotusvälineissä ja on myös mahdollista, että osa kaduilla liikkuvista aggressiivisesti käyttäytyvistä mielenterveyspotilaista ja alkoholisteista leimataan huumeiden käyttäjiksi.

Ehkä voimakkaimmin huumeisiin liittyviä yleisiä häiriöitä koetaan kerrostaloissa, joissa on asunto, josta välitetään huumeita (Kinnunen ym. 2004). Huumeongelman yleistyessä ”huumeluukkuja” on alkanut esiintyä yhä yleisemmin etenkin suuremmissa kaupungeissa. Viime vuosina pääkaupunkiseudun eri alueet ovat alkaneet eriytyä sosioekonomiselta asemaltaan, ja eri alueilta on osoitettavissa niin sanottuja köyhyystaskuja. Kyseessä ei ole laaja-alainen polarisaatiokehitys, vaan köyhyystaskuja esiintyy ympäri pääkaupunkiseutua pistemäisesti. (Vaattovaara 1998.) Nämä köyhyystaskut tai ”mustat pisteet” ovat yksittäisen talon tai korkeintaan korttelin kokoisia pienalueita, jotka sijaitsevat siellä täällä hajallaan koko seudun sisällä. Niiden esiintymistiheys on hitaasti kasvamassa (Vaattovaara ym. 2002, s. 281). Näissä köyhyystaskuissa elää tyypillisesti voimakkaita päihdekulttuureita, joista osaan myös huumeet ovat kytkeytyneet.

Väestön omalla asuinalueellaan kokemien huumeista aiheutuneiden häiriöiden yleisyyttä on kartoitettu väestötutkimusten ja etnografisten haastattelututkimusten avulla. Väestökyselyjen mukaan huumeet omalla asuinalueellaan suureksi ongelmaksi kokeneiden osuus nousi voimakkaasti vuodesta 1998 vuoteen 2002. Ongelmia kokeneiden osuus oli noin 11 prosentin tasolla vuoden 2002 mittauk-

sessä. Osuus on tyypillisesti huomattavasti korkeampi kaupungeissa kuin maaseudulla ja niiden taajamissa. (Hakkarainen ym. 2004). Kinnusen ym. (Kinnunen ym. 2004) etnografisessa tutkimuksessa haastateltiin huumeluukkujen naapurustossa asuvia henkilöitä. Huumausaineiden aiheuttamat erilaiset häiriöt olivat monien haastateltujen kohdealueiden asukkaiden mielestä tulleet yhä näkyvämmiksi viime vuosina. Useat haastatelluista kertoivat esimerkiksi törmänneensä huumausaineiden pistämisessä käytettyihin neuloihin ja ruiskuihin lähiympäristössä kulkiessaan. Asuinalueiden katukuvaan oli monien mielestä ilmestynyt viime vuosina ihmisiä, jotka ”käyttivät selvästi jotain muuta kuin alkoholia”. Nämä ihmiset koettiin arvaamattomiksi ja vaarallisiksi. Huumeiden käyttäjiä epäiltiin usein alueella tapahtuneesta rikollisuudesta ja häiriöistä. Haastatteluissa huumausaineisiin sekaantuneiden ihmisten katsottiin olevan syyllisiä lähes kaikkiin vähänkään epämääräisiin alueella sattuneisiin tapahtumiin, kuten omaisuusrikoksiin, asuntomurtoihin tai ilkivaltaan. Arviot huumausaineita käyttävien henkilöiden määrästä kuitenkin vaihtelivat: joidenkin mielestä käyttäjiä löytyi lähiympäristön ”kaikista taloista”, joidenkin mielestä käyttäjiä oli ympäristössä vain muutamia, yhden käden sormilla laskettava määrä. Eroa arvioiden välille syntyi myös sen mukaan, missä haastateltava asui. Omistustalo-yhtiöissä asuvat asukkaat raportoivat tavanneensa huumausaineiden käyttäjiä vain satunnaisesti, esimerkiksi joukkoliikennevälineissä tai kauppakeskuksissa, kun kaupungin vuokrataloalueiden asukkaat näkivät heitä aivan lähiympäristössään. Kaupungin vuokrataloalueilla ja omistusasunto-alueilla vallitsikin hyvin erilaiset näkemykset sen suhteen, mitä pidettiin haitallisena käytöksenä, mitä ei. Vuokrataloalueilla oli totuttu vilkkaaseen elämänmenoon, mihin liittyi esimerkiksi runsas päihteiden käyttö, etnisten vähemmistöjen läsnäolo ja perheriidoista aiheutuvat häiriöt. (Kinnunen ym. 2004)

Tietyt huumeisiin liittyvät erityispiirteet, kuten huumeita käyttävien vanhempien lasten asema ovat aiheuttaneet erityistä huolta viranomaisissa. Viranomaiset ovatkin joiltain osin tehostaneet toimintaansa tämäntyyppisten ongelmien havaitsemiseksi ja reagoinnin tehostamiseksi. Lisäksi niissä ammateissa, joissa kohdataan runsaasti huumeiden käyttäjiä, päihtyneet tai vieroitusoireista kärsivät käyttäjät on koettu työturvallisuusongelmaksi. Eräissä työtehtävissä, kuten poliisitoimessa, sosiaalityössä, sairaaloiden poliklinikoilla ja apteekeissa on kehitetty osaamista ja ammattitaitoa aggressiivisten huumeiden käyttäjien kohtaamisessa.

Eräs julkisiin häiriöihin liittyvä keskustelua aiheuttanut ilmiö on ollut käytettyjen neulojen löytyminen puistoista ja lasten leikkipaikoista. Useat apteekit ovat kieltäytyneet myymästä ruiskuja ja neuloja huumeiden käyttäjille järjestyshäiriöiden takia. Suonensisäisten huumeiden käyttäjille suunnattua terveysneuvonta- ja neulojenvaihtotoimintaa on kehitetty voimakkaasti suurissa kaupungeissa

päihdetyötä tekevän järjestön A-klinikkasäätiön toimesta. Tällä hetkellä Suomessa on toiminnassa 29 terveysneuvontapistettä 21 paikkakunnalla. Toisaalta toimipisteiden avaamista on usein vastustettu paikallisten asukkaiden taholta. Neulanvaihtopisteiden on pelätty lisäävän huumeisiin liittyviä häiriöitä asuinalueilla. Vuoden 2004 alussa voimaan tullut tartuntatautilain uudistus asettaa terveyskeskuksille lakisääteisen vastuun huumeiden käyttäjien tartuntatautien ehkäisystä.

## **14.2. Toimenpiteet huumeisiin liittyvien häiriöiden vähentämiseksi**

Järjestyshäiriöihin liittyviä ongelmia ei Suomessa ole erityisesti liitetty huumeiden käyttöön. Järjestyksen ylläpitämiseen liittyvät ongelmat kytkeytyvät erityisesti alkoholin käyttöön ja viime vuosina on alettu kiinnittää huomiota muihinkin asioihin, esimerkiksi katuprostituution kaupunkirauhaa häiritsevään vaikutukseen.

Lokakuussa 2003 astui uusi järjestyslaki voimaan Suomessa. Tätä ennen voimassa olivat kuntien ja kaupunkien hyvinkin erilaiset järjestyssäännöt. Järjestyksessä todetaan, että ”[p]äihdyttävän aineen nauttiminen on kielletty yleisellä paikalla taajamassa ja julkisessa liikenteessä olevassa kulkuneuvossa”. Päihdyttävällä aineella tarkoitetaan sekä alkoholia että huumausaineita. Alkoholia saa kuitenkin käyttää esimerkiksi puistoissa, jos se ei häiritse muita.

Laittomien huumausaineiden käyttö on kielletty jo rikoslaisissa (RL 50 luku), joten siihen voidaan aina puuttua, riippumatta siitä, onko kyse yleisellä paikalla tai yksityisissä tiloissa tapahtuvasta käytöstä. Rikoslain säännöksiä huumausaineisiin liittyvistä rikoksista pannaan täytäntöön suhteellisen ankarasti. Poliisi saattaa puuttua herkästikin julkisilla paikoilla tapahtuvaan huumeiden käyttöön. Paljastuneet käyttötapaukset ovat pääsääntöisesti johtaneet esitutkintaan, syytteen ja tuomioistuinkäsittelyyn. Lievienkin huumausainerikosten rankaisemisella on katsottu olevan huumeiden käyttöä ehkäisevä vaikutus. (Kinnunen ym. 2002.)

Vaikka huumeiden aiheuttamat julkiset häiriöt eivät ole kovin tavallisia, ongelmaan on Suomessakin pyritty varautumaan. Tähän on antanut aihetta ulkomailta saadut esimerkit. Lähinnä Euroopan suurien kaupunkien avoimet huumemarkkinat ovat herättäneet huolta Suomessa.

Kansallisissa eri viranomaisten yhteistyöllä laadituissa huumausainestrategioissa ja toimenpideohjelmassa (Huumausainestrategia 1997; Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepolitiikasta, 1998) on todettu tärkeäksi, että julkisilla paikoilla tapahtuva huumeiden käyttö ja kauppa estetään. Tämä on määritelty lähinnä poliisin tehtäväksi. Myös sellaisten ravintoloiden, tanssipaikkojen ja kahviloiden syntyminen pyritään estämään, joissa avoimesti käytetään huumausaineita. Tämänkaltaisella toiminnalla on katsottu voitavan ehkäistä uusien nuorisoryhmien rekrytoitumista huumausainemarkkinoille. Taustalla on ollut myös ajatus siitä, että huumeiden käyttökulttuuriin liittyminen voi olla alku syvemmällekin rikosuralle.

Viime vuosina myös Suomen poliisi on omissa strategioissaan painottanut katutason valvontaa tuontioorganisaatioiden ja tukkukaupan paljastamisen sekä mielipideilmastoon vaikuttamisen rinnalla. Poliisin huumausaineiden vastaisen strategian (2002) mukaan ”...paikallispoliisin tulee huolehtia katutason valvonnan kattavasta ja tehokkaasta järjestämisestä huumausaineiden kaupan, käytön ja huumeuskulttuurin leviämisen estämiseksi ja uusien käyttäjien rekrytoitumisen vähentämiseksi”. On katsottu tärkeäksi, etteivät paikalliset huumeiden levityskanavat pääse toimimaan häiriöttä ja että myyjän ja käyttäjän kohtaamista pyritään vaikeuttamaan.

Poliisin resursseja ja työaikaa on viime vuosina kohdennettu yhä voimakkaammin katutasolla tapahtuvan huumausaineiden myynnin ja välityksen estämiseen. Valtioneuvoston vuonna 2000 tekemän huumausainepolitiikan tehostamista koskevan periaatepäätöksen (2000) jälkeen huumetorjunnan katuvalvontaan kohdennettiin lisäresursseja koko maassa yli 60 henkilötyövuotta (Poliisin huumausaineiden vastainen strategia 2003 - 2006, 2002).

Poliisitoimintaa on tehostettu huumeiden vastaisen työn lisäksi kaduilla tapahtuvan juopottelun ja nuorisolevottomuuksien kitkemiseksi. On puhuttu ns. nollatoleranssikokeiluista. Eniten julkisuutta on saanut Tampereella vuosina 1999 - 2000 toteutettu Viideltä saunaan ja kuudelta putkaan – projekti. Projektissa Tampereen järjestyspoliisi valvoi lisähenkilöstön avulla nuorisolle tyypillistä julkijuomista ja häiriökäyttäytymistä perjantai- ja lauantai-iltaisina kaupungin keskustassa. Puuttumiskynnys oli erittäin alhaalla: projektiaikana jaettiin lähes 1 200 sakkolappua. Päihtyneiden nuorten jatkohoito tapahtui päihde- ja sosiaalipoliklinikalla.

Nollatoleranssiprojektin arviointiraportissa (Korander ym.2002) katsottiin keskeisimmän tavoitteen - Tampereen keskustan katujen rauhoittamisen viikonloppuiltaisina - toteutuneen. Tehopartioinnin seuraus oli kuitenkin nuorten häiriökäyttäytymisen siirtyminen lähiöihin, joissa kansalaiskyselyjen

mukaan turvattomuuden koettiin nousseen. Lisäksi kirjoittajien mukaan turvallisuus- ja päihdeongelmien säilyttäminen vain järjestyksenvalvonnan harteille on lyhytnäköistä yhteiskuntapolitiikkaa. Vuorovaikutteinen ja luottamuksellinen suhde nuorten ja aikuisten välillä on välttämätön elementti pyrittäessä päihdekulttuurin muutokseen ja turvallisempaan tulevaisuuteen. Kokeilu vastasi tamperelaisten toiveisiin parantaa kaupunkikeskustan viihtyisyyttä ja turvallisuutta viikonloppuisin (Korander ym. 2002).

Suomeen on valtioneuvostossa vuonna 1999 hyväksytyn rikosentorjuntaohjelman (Turvallisuustalkoot 1999) jälkeen luotu kunnallisia turvallisuussuunnitelmia viranomaisten yhteistyöllä. Lähes kaikki kunnat kuuluvat nyt alueellisten tai paikallisten turvallisuussuunnitelmien piiriin. Katurauhan säilyttäminen on sisällytetty useiden kaupunkien turvallisuussuunnitelmiin.

Suomen valtioneuvosto hyväksyi syyskuussa 2004 periaatepäätöksen sisäisen turvallisuuden ohjelmasta. Ohjelmassa ehdotetaan toimia mm. rikoksien, häiriöiden ja onnettomuuksien vähentämiseksi ennalta estävää työtä tehostamalla. Erityisen tärkeäksi nähdään rikosten määrän vähentäminen, kiinnijäämisriskin lisääminen ja uusintarikollisuuden vähentäminen huumausaine- väkivalta- ja talousrikollisuudessa sekä massarikoksissa. (Arjen turvaa, 2004). Lisäksi valmisteilla on kansallinen väkivallan vähentämishjelma, jonka on määrä valmistua vuoden 2004 loppuun mennessä.

Monet kaupungin ovat luoneet myös omia päihdestrategioitaan. Katutason valvonnan lisäämistä on korostettu useissa kaupunkitasoisissa suunnitelmissa. Nuorison julkijuomiselle on pyritty tarjoamaan myös päihteettömiä vaihtoehtoja, kuten yökahvilatoimintaa. Myös huumeita on käsitelty monien kaupunkien strategioissa. Esimerkiksi Helsingin kaupungin huumestrategiassa (2000) korostetaan, ettei huumeekulttuurin ilmentymiä näkyisi kaupunkikuvassa ja ettei kaupunkiin muodostuisi huumeekulttuurin leimaamia asuinalueita. Ohjelman mukaan ”menestyksellistä huumestrategiaa voivat toteuttaa alueellisessa yhteistyössä toimivat sosiaali-, terveys-, nuoriso-, poliisi- ja muut viranomaiset yhdessä kansalaisjärjestöjen kanssa”.

### **14.3. Huumeiden aiheuttamien häiriöiden vastaisen työn mittarit**

Huumeiden aiheuttamien häiriöiden vastaisen työn seurantaan ei Suomessa ole olemassa mitään selkeätä mittaria. Huumeista aiheutuneiden haittojen mittarina on yleensä pidetty sairastavuutta, rikollisuutta ja huumekuolemia. Huumeiden käytön yleisyydestä, huumausainerikollisuudesta ja

huumeisiin liittyvistä terveyshaitoista onkin olemassa kattava tilastotuotanto, mutta näiden ilmiöiden yhteys julkisiin häiriöihin tai niiden vastaisen työn tuloksellisuuteen on epäselvä. Ravintoloiden sulkeminen tai anniskelulupien epääminen on tavallisesti yhteydessä vakaviin alkoholin aiheuttamiin järjestyshäiriöihin tai alkoholin tarjoiluun liittyvien alkoholilain säännösten rikkomiseen eikä niinkään esimerkiksi ravintoloissa tapahtuvaan huumekauppaan tai huumeiden käyttöön.

Väestön kokemuksia väkivallan kohteeksi joutumisesta ja väkivallan pelkoa mitataan uhritutkimusten avulla, mutta näissäkään tutkimuksissa ei erotella huumeiden käytön osuutta väkivaltaisessa käyttäytymisessä. Väkivaltarikosten yleisyyttä voidaan seurata viranomaisrekistereiden, kuten poliisi- ja oikeustilastojen avulla. Rikoksentehtäjän päihtymys kirjataan ylös poliisin toimesta, mutta huumepäihtymys on vaikeampi todeta kuin alkoholipäihtymys. Suomen poliisi ylläpitää erityistä katuturvallisuusindeksiä, mutta tämäkään mittari ei kuvaa suoraan huumeaineiden aiheuttamia häiriöitä. Katuturvallisuusindeksissä lasketaan ryöstöjen, törkeiden ryöstöjen, törkeiden pahoinpitelyjen, pahoinpitelyjen ja lievien pahoinpitelyjen, vahingontekojen, törkeiden vahingontekojen, rattija liikennejuopumusten painotetun lukumäärän suhde väestön määrään. Kuitenkaan ei ole olemassa mitään säännöllisesti käytettävää mittaria, jolla voisi arvioida esimerkiksi katupartioinnin määrän vaikutusta katuturvallisuusindeksin kehittymiseen.

Huumeisiin liittyvien järjestyshäiriöiden ehkäisemiseksi tehtävien toimien tuloksellisuutta on pyritty arvioimaan joidenkin erillistutkimusten avulla. Asuintaloissa tapahtuvien huumeisiin liittyvien häiriöiden ehkäisemiseksi suoritettua poliisitoimintaa on arvioitu pääkaupunkiseudulla (Kinnunen ym. 2004) ja Tampereella on tehty arviointitutkimus poliisin ja sosiaalitoimen yhteistyöstä huumeita käyttävien nuorten parissa syrjäytymiskiirteen katkaisemiseksi (Kekki 2004a). Alkoholiin liittyvien järjestyshäiriöiden ehkäisyä on arvioitu jäntevämmin, mistä esimerkkinä Tampereen keskustan katujen rauhoittamiseen käynnistetty nollatoleranssiprojektin arviointiraportti (Korander ym.2002). Paikallistasolla tehtävästä ehkäisevästä päihdetyöstä on tehty arviointitutkimus kahdessa pääkaupunkiseudun kaupunginosassa (Holmila 2002). Päihteitä ja julkisen tilan säätelyä käsitelleessä tutkimushankkeessa (Törrönen 2004) on käsitelty julkisen tilan säätelyä erityisesti moraaliongelmiana, joka kanavoidaan toistuvasti nuoriin. Kaduilla tapahtuva päihteisiin liittyvä häiriköinti aiheuttaa ristiriitoja aikuisten ja nuorten välillä. Samalla ongelman käsittely luo toisen jännitteen: miten on parhaiten sovittavissa yhteen yksilön vapaus ja yhteisön etu?

## 15. LÄHDELUETTELO

Ahlström, S., Metso, L. & Tuovinen, E-L. (2003). Nuorten juominen vähentynyt - usein humaltuminen ei. Yhteiskuntapolitiikka 68, (6).

Aira, M. & Tacke, U. (2004). Kuopion yliopistollisen sairaalan huume- ja lääkeriippuvuuspoliklinikan toiminta. Suomen Lääkärilehti 59, (27-29). Ks. [http://www.laakarilehti.fi/sisallys/index.html?nr=27\\_yr=2004](http://www.laakarilehti.fi/sisallys/index.html?nr=27_yr=2004)

Andersen, S. (2003). Finnish police officers and social workers discussing drugs. Article in Pedersen ed. (2003).

Arjen turvaa – sisäisen turvallisuuden ohjelma (2004). Sisäasiainministeriön julkaisu 44/2004. Ks. myös [http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/6999D85A980CD058C2256F180034DCC8/\\$file/442004.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/6999D85A980CD058C2256F180034DCC8/$file/442004.pdf)

Baas, A. & Seppänen-Leiman, T. (2002) Kadulta korvaushoitoon. Buprenorfiinihoidon kehittämisprojektin (1.1.1998 - 30.6.2000) loppuraportti. A-klinikkasäätiön raporttisarja 38, Helsinki.

Bothas, H. (2002): Huumetestit suomalaisessa yrityksessä - lääke todelliseen vai kuviteltuun uhkaan?. A-klinikkasäätiön raporttisarja 39, Helsinki 2002.

Buprenorfiini - lääkehoito tänään 2004:1. Schering-Plough Oy.

CND (2004): Finnish answer to UNDCP - Annual Reports Questionnaire for 2000-2003, Part III Illicit Traffic

Dorn, N. et al. (ed.) (2002). Prosecution of drug users in Europe, EMCDDA, Insight series 5. Office of official publications of EU, Luxembourg.

Ehkäisevää huumetyötä nuorten työpajoilla kehittävän hankkeen ohjausryhmän muistio (2003). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:5. Ks.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys186.htm>

Hakkarainen, P. & Metso, L. (2004). Suomalaisten suhtautuminen huumeisiin ja huume politiikkaan. Mielipiteet ja asenteet väestössä 2002. Yhteiskuntapolitiikka 69, (1)

Hakkarainen, P. & Metso, L. (2003). Huumeiden käytön uusi sukupolvi. Yhteiskuntapolitiikka, 68, (3), s. 244 - 256.

Hakkarainen, P. & Törrönen, J. (2002). Huumeet ja hyvinvointivaltiollisen kehityksen muutos lehtien pääkirjoituksissa. Yhteiskuntapolitiikka, 67; (6), s. 539 - 551.

Hakkarainen, P.(1999). Huume politiikka ja muuttuvat ongelmat. Oikeus 1/1999, s. 13-24.

Hakkarainen, P. (1992): Suomalainen huume kysymys. Huume aineiden yhteiskunnallinen paikka Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja 42.

Hallinnonalojen välisen syrjäytymistyöryhmän loppuraportti (2003). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:20. Ks. myös <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/syrjaytymis/loppuraportti.pdf>

Harju, O. (2004): Piikkikoukku - mitä ilmiön takana. Tiimi 1/2004. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>

HBSC (2003): Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children study: international report from the 2001/2002 survey. Ks.

[http://www.euro.who.int/eprise/main/who/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1)

Heikkilä, M. & Kautto, M. (toim.) (2002): Suomalaisen hyvinvointi. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä..

Hein, R. (2004). ennakkotietoja huume-kustannuksista vuosina 2002. Stakes Tieto.

Helsingin huume-strategia 2000. Helsingin huume-strategian 1997 tarkistaminen ja ajantasaistaminen. Huume-strategiatyöryhmän ehdotus 7.4.2000. Ks. myös strategian arviointiraportti:

[http://www.hel.fi/sosv/paito/hki\\_huume-strategian\\_seurantar02.rtf](http://www.hel.fi/sosv/paito/hki_huume-strategian_seurantar02.rtf)

Hermansson, T. & Järvinen, P. (2003). Schengen-sopimus lopetti buprenorfiinin tuonnin Ranskasta. Huume-avien lääkkeiden kuljettamiseen Schengen-maiden välillä tarvitaan apteekin kirjoittama todistus. Suomen lääkirilehti, 58, (5). s. 549 - 551.

Hietaniemi, T. (2004a). Tilastotietoja huume-avainerikoksista 2003. Keskusrikospoliisin rikostietopalvelu.

Hietaniemi, T. (2004). Huume-avainerikollisuus 2003 - näkymiä 2004. Keskusrikospoliisin rikostietopalvelu, heinäkuu 2004.

HIV-käsikirja. Ks. <http://www.positiiviset.fi/hivkasikirja/index.htm>

Holmila Marja (toim.) (2002). Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. STAKES. Tutkimuksia 122.

Huohvanainen, M. (2004). Peruskuolemansyyrekisteristä huume-poiminta EMCDDA:n kriteerien GMR(b) mukaan. Tilastokeskus. Ks. poimintaehdot <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>

Huume-avainerikosten ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistio (2001). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001: 8. Helsinki. Ks.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys84.htm>

Huume-avainerikosten strategia 1997 (1997). Huume-avainerikosten poliittisen toimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1997:10. Oy Edita Ab, Helsinki. Ks. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/huume-str/sisally1.htm>

Huume-avainerikosten strategia 1997 (1988). Taustamateriaalia huume-avainerikosten poliittisen toimikunnan mietintöön. Komiteamietintö 1997:11. Oy Edita Ab, Helsinki.

Huume-testityöryhmän raportti (2002). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:2. Ks.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys41.htm>

Hypen, Kimmo (2004a). Vankilasta vuosina 1993 – 2004 vapautuneet ja vankilaan uudestaan palanneet. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 1/2004.

Hypen, K. (2004). Tilastotietoja vankiloiden huume-asiakkaisista. Oikeusministeriö, vankeinhoitolaitos, 2004.

Jallinoja, P., Helakorpi, S. & Uutela, A. (2004). Huume-kontaktit, huume-mielipiteet ja valtakunnallisen huume-avainerikosten kampanjan havaittavuus. Tutkimus aikuisista suomalaisista. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 1 / 2004. Edita, Helsinki. Ks.

[http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/epidemiologia\\_ja\\_terveyden\\_edistaminen/julkaisut/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/epidemiologia_ja_terveyden_edistaminen/julkaisut/)

- Jallinoja P., Piispa, M. & Tigerstedt, C. (2003b). Huumeviestintä- ja paikallistoimintahankkeen 2001 - 2003 arviointi., Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisusarja, 2003. Ks.  
[http://www.health.fi/index.php?page=jul\\_julkaisu&i=109](http://www.health.fi/index.php?page=jul_julkaisu&i=109)
- Jallinoja, P., Helakorpi, S. & Uutela, A. (2003). Suomalaisen aikuisväestön kontaktit huumeisiin ja mielipiteet huumeista vuonna 2002. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 1 / 2003. Hakapaino, Helsinki.
- Järvinen, S. & Kuivajärvi, K. & Suomela, M. (2001). Vankiloiden toimintaohjelmien hyväksymismenettely. Rikosseuraamusvirasto.
- Jääskeläinen, P (2002). Seuraamuksen määrääminen huumausaineiden käyttöririkoksista. Haaste 2 / 2002.
- Kaakkinen, J., Törmä, S., Huotari, K. & Inkeroinen, T. (2003). RAY:n rahoittaman huumeiden vastaisen työn ja matalan kynnyksen palvelujen merkitys. RAY:n Avustustoiminnan raportteja 10. Sosiaalikehitys Oy, Helsinki. Ks.  
[http://www.ray.fi/avustustoiminta/tiedotteet/pdf\\_tiedotteet/Huumeidenvastaisentyonmerkitys\\_raportti10.pdf](http://www.ray.fi/avustustoiminta/tiedotteet/pdf_tiedotteet/Huumeidenvastaisentyonmerkitys_raportti10.pdf)
- Kahila, J. (2004): Tavoitteena turvallisuuden ennakointiohjelma. Poliisilehti 2004/1. Ks.  
<http://www.poliisi.fi/poliisi/periodic.nsf/vwArchivedDocuments/D7AACA604DE0C4F3C2256E39003E12CC>
- Kainulainen, H. & Kinnunen, A.(2004). Päihderikokset. Kirjassa Rikollisuustilanne 2003. Ks.  
<http://www.om.fi/optula/2662.htm>
- Kainulainen, H. (2004). Seuraamuskäytäntö huumausainerikoksissa. Kirjassa Rikollisuustilanne 2003. Ks.  
<http://www.om.fi/optula/2662.htm>
- Kainulainen, H. (2002). Pitääkö huumeiden käyttäjää rangaista. Artikkelikirjassa Kaukonen, O. ym. 2002.
- Karsikas, V.(2004). Ulkopuolisessa kuntoutuksessa olleiden seuranta. Julkaisematon muistio, Rikosseuraamusvirasto 23.8.2004.
- Karsikas, V. & Sunimento, K. (2004). Vankien sijoitus ulkopuoliseen laitokseen vuonna 2003. Rikosseuraamusviraston monisteita 9/2004. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/27372.htm>
- Karvonen, A-L. (2003). Kroonisten virushepatiittien hoito ja ennaltaehkäisy. Suomen Lääkärilehti, 58, (51-52). Ks. <http://www.laakarilehti.fi/sisallys/index.html?nr=51,yr=2003>
- Kaukonen, O. & Hakkarainen P. (toim.) (2002). Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus, Helsinki.
- Kekki T. (2004b). Suullinen tiedonanto 4.11.2004.
- Kekki, T. (2004a). Poliisin ja Paussin naapuruussuhde Sorinkadulla. Poliisin ja sosiaalitoimen yhteistyö huumeekäytöksessä. Tampereen huumeepilotin 3. raportti. Tampereen sosiaali- ja terveystoimen tutkimuksia 2/2004. Ks.  
[http://www.poliisi.fi/intermin/images.nsf/files/31EB6DCB1DCDAE48C2256EA8002F3754/\\$file/sospo.pdf](http://www.poliisi.fi/intermin/images.nsf/files/31EB6DCB1DCDAE48C2256EA8002F3754/$file/sospo.pdf)
- Kekki, T. (2004). Ei kauhealla väännöllä vaan kipinän saaneena. Matalan kynnyksen kehittämishanke vaihtoehdoisen tuen ja muumekuntoutuksen tarjoajana. Tampereen huumeepilotin 2. raportti. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuksia 1/2004. Ks.  
[http://www.poliisi.fi/intermin/images.nsf/files/75DC0B406290FF21C2256EA8002E0AA7/\\$file/matala.pdf](http://www.poliisi.fi/intermin/images.nsf/files/75DC0B406290FF21C2256EA8002E0AA7/$file/matala.pdf)
- Keskusrikospoliisi huumeetietopalvelun vuoden 1999 - 2003 vuositilastot, Ks.  
<http://www.poliisi.fi/poliisi/krp/home.nsf/PFBBD?openview>

- Kinnunen A., Perälä R. ja Telkkä T. (2004). Poliisin huumevalvontaprojekti pääkaupunkiseudulla. Seuranta-tutkimus. Luonnos 21.9.2004. Poliisiammattikorkeakoulu.
- Kinnunen, A. (2002). Poliisin tehostettu huumevalvonta. Artikkelit kirjassa Kaukonen, O. ym. 2002.
- Kinnunen, A. & Kainulainen, H. (2002). Country report: Finland. In: Dorn et al. (ed.) 2002. pp. 310 – 328.
- Kivivuori, J. (2002). Nuoret rikosten tekijöinä, uhreina ja kontrollin kohteina 1995 - 2001. Teoksessa Kivi-vuori, J. toim. 2002.
- Kivivuori, J., toim. (2002). Nuoret rikosten tekijöinä ja uhreina. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisu- ja 188. Hakapaino Oy, Helsinki 2002.
- Korander, T. & Soine-Rajanummi S. (toim.) (2002). Kaheksalta koskarille - samantien sakot. Tampereen nollatoleranssikoekielu 1999-2000: historiallinen konteksti, vastaanotto ja vaikuttavuus. Poliisiammattikor- keakoulun tutkimuksia 13. Espoo.
- Koskivuori, S. & Nurmi, H. (2004). Raskaana olevan huumeidenkäyttäjän hoito- ja yhteistyökäytännöt Rii- himäellä. Tiimi 3-4/2004.
- Kriminaalihoitolaitoksen ja vankeinhoitolaitoksen vuosikertomus 2003. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/15157.htm>
- Kuntouttavan työtoiminnan ohjausryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:10. Ks. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/04/06/hu1086853428542/passthru.pdf>
- Kuntouttava vankityö 2002: Rikosseuraamusviraston monisteita 4 / 2003. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/25135.htm>
- Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastainen kansallinen toimintasuunnitelma 2003 - 2005 (2003). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:23. Ks. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/taosisallys114.htm>
- Lappi-Seppälä, T. (2000). Rikosten seuraamukset. Helsinki: WSOY-Lakitieto Oy.
- Lehti, M. & Kivivuori, J. (2004). Väkivaltarikoksista epäiltyjen päihtymys. Kirjassa Rikollisuustilanne 2003. Ks. <http://www.om.fi/optula/2662.htm>
- Lillsunde, P. (2004). Ennakkotiedot vuoden 2003 huumelöydöksistä tieliikenteessä. Kansanterveyslaitoksen huumelaboratorio.
- Linnakangas, R. & Suikkanen, A (2004). Varhainen puuttuminen - mahdollisuus syrjäytymisen ehkäisyyn. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:7. Ks. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/05/hu1083758936712/passthru.pdf>
- Luopa, P., Sinkkonen, A., Jokela, J., Ojajärvi, A & Räsänen, M. (2004). Nuorten hyvinvointi ja terveys 2000, 2002 & 2004 - osareportit pääkaupunkiseudulta, Etelä-Suomesta, Itä-Suomesta ja Lapin läänistä. Ks. <http://www.stakes.fi/kouluterveys/julkaisu/raportit.htm>
- Luopa, P, Rimpelä, M. & Jokela, J (2003). Nuorten hyvinvointi ja terveys 1997 - 2003 - osareportit Varsi- nais-Suomesta, Satakunnasta, Pirkanmaalta, Keski-Suomesta, Etelä-Pohjanmaalta, Pohjanmaalta, Keski- Pohjanmaalta, Pohjois-Pohjanmaalta ja Kainuusta. Ks. <http://www.stakes.fi/kouluterveys/julkaisu/raportit.htm>

- Majava, A. (2004): Onko huumeidenvastaiselle valistuksella tulevaisuutta? Tiimi 3/2004. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>
- Majava, A. (2003). Uhkakuvien kautta yhteiseen hyvään? Huumeongelman rakentuminen ja vastuun lankeaminen huumeiden vastaisten kansalaisjärjestöjen valistusteksteissä. Pro Gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, sosiologian laitos.
- Malin K. & Holopainen A. & Tourunen J (2004). "Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan". Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. Julkaisematon käsikirjoitus A-klinikkasäätiön haastattelututkimuksesta elokuussa 2004.
- Malin, K., Partanen, A., Holmström, P. & Holopainen, A. (2004). Apteekkien ja terveysneuvontapisteiden yhteistyötä kannattaa kehittää. Tiimi 5/2004. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>
- Metso L. & Nuorvala Y (2004). Huumeasiakkaat yleistyivät sosiaali- ja terveyspalveluissa. Dialogi 2004:3, s. 40-41.
- Metso, L. (2004a). Erillisajo Stakesin vuoden 2003 päihdetapauslaskennasta.
- Metso, L. (2004). Erillisajo Stakesin vuoden 2003 ESPAD-koululaiskyselystä.
- Metso, L. (2003). Erillisajo Stakesin vuoden 2002 huumeenkyselystä aikuisväestölle.
- Metsäpelto, L. (2003). Syyttäjän näkökulma huumeiden ongelmakäyttäjien hoitoon. Tiimi 6/2003. Ks. myös <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>
- Montonen M. & Powers-Erkkilä T. (toim.) (2003). Kouluttajan työkalupakki (2003) - kättä pitempää päihdekoulutuksen kehittämiseen. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 44. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/transdrug/resurssit/pakki.html>
- Montonen, M. (toim.) (2003). Näkökulmia päihdekoulutukseen. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 46. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/transdrug/resurssit/index.html>
- Muiluvuori M. (2004). Tilastotietoja vankiloista EMCDDA:n tilastotauluun 10. Oikeusministeriö, Vankeinhoitolaitos, 2004.
- Niskanen, T. (2004). Tilastotietoja huumetuomioista tuomioistuinrekisteristä. Tilastokeskus.
- Nuorisoriostoimikunnan mietintö 2003). Oikeusministeriö, komiteamietintö 2003:2. Edita Publishing Oy. Ks. <http://www.om.fi/18410.htm>
- Nuorten huumeiden käytön ehkäisytoimikunnan mietintö (2000). Sosiaali- ja terveysministeriö, Komiteamietintö 2000:3. Oy Edita Ab, Helsinki. Ks. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys23.htm>
- Nuorvala Y. & Metso L. & Kaukonen O. & Haavisto K. (2004). Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauslaskennat 1987-2003. Yhteiskuntapolitiikka 69, (6). (Artikkeli painossa)
- Oikeusministeriön tiedote 6.3.2003. Toimikunnan mielestä nuoren rikokseen on puututtava nopeasti ja vaikuttavasti. Ks. <http://www.om.fi/18553.htm>
- Oikeusministeriön tiedote 22.3.2002. Sopimushoitorangaistusta ehdotetaan kokeiltavaksi vankeuden vaihtoehtona päihdeongelmallisille. <http://www.om.fi/13620.htm>
- Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio (2001). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:21. Ks. [http://www.stm.fi/suomi/julkaisu/julk01\\_fr.htm](http://www.stm.fi/suomi/julkaisu/julk01_fr.htm)

Palvelujen ulkopuolelle jääneiden huumeongelmaisten hoito-projekti - yhteenveto vuodelta 2003. Helsingin diakonissalaitos, 2003.

Partanen A. & Mäki J. (2004a). Buprenorphine more common as a problem drug in Finland. Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift 21, s. 156-161.

Partanen, A., Holmström, P., Holopainen, A. & Perälä, R. (2004). Piikkihuumeiden käyttäjät Riskitutkimuksessa Buprenorfiinin pistäminen yleistynyt huumeiden sekakäytössä. Suomen Lääkärilehti 59, (39). Ks. <http://www.laakarilehti.fi/sisallys/index.html?nr=39,yr=2004>

Partanen, A. (2004). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2003. Stakes, Tiedonantajapalaute 12 / 2004. Ks. <http://www.stakes.info/2/6/2,6,4.asp>

Partanen, A. (2003). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2002. Stakes, Tiedonantajapalaute 14 / 2003. Ks. <http://www.stakes.info/2/6/2,6,4.asp>

Partanen, A., Perälä, R., Holmström, P. & Holopainen, A. (2003). Apteekeilla edelleen tärkeä rooli huumeiden käytön haittojen rajoittamisessa. Tiimi 3-4 / 2003. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>

Partanen, Juha (2002). Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa Kaukonen ym. (toim.) 2002, s. 13 – 37

Partanen, P., Hakkarainen, P., Holmström, P., Kinnunen, A., Leinikki, P., Partanen, A., Seppälä, T., Virtanen, A. & Vätkki, J (2004). Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttö Suomessa 2002. Yhteiskuntapolitiikka 69 (3).

Partanen, P., Hakkarainen, P., Holmström, P., Kinnunen, A., Lammi, R., Leinikki, P., Partanen, A., Seppälä, T., Simpura, J. & Virtanen, A. (2001). Amfetamiinien ja opiaattien käytön yleisyys Suomessa 1999. Suomen Lääkärilehti 56 (43), s. 4417 - 4420.

Perälä, R., Partanen, A., Holmström, P. & Holopainen, A. (2002). Riskitutkimus selvittää piikkihuumeiden käyttäjien todellisuutta. Tiimi 1 / 2002. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>.

Pirkola, S & Wahlbeck, K. (2004). Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot. Suomen Lääkärilehti 59, (15-16).

PKV-lääkkeiden määrääminen ja ei-lääkinnällinen käyttö (2002). Terveystieteiden tutkimuskeskus, työryhmämuistio 2002. Edita Prima Oy, Helsinki.

Poliisibarometri (2004). Sisäasiainministeriön julkaisu 17/2004. Ks. [http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/074F3578ADB69AFDC2256E4E004D02D9/\\$file/17-2004.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/074F3578ADB69AFDC2256E4E004D02D9/$file/17-2004.pdf)

Poliisin huumausaineiden vastainen strategia vuosille 2003 - 2006 (2002). Hyväksytty 30.8.2002. Sisäasiainministeriön poliisiosasto. Ks. <http://www.intermin.fi/intermin/home.nsf/pages/E932269A4FD88A29C2256B3C0036E4B2?opendocument>

Poliisin huumausainestrategia vuosille 2000 - 2003. Sisäasiainministeriö. Poliisiosasto 2000.

Poliisin vuosikertomus 2003. Ks. <http://www.poliisi.fi>

Päihdebarometri 2003. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen päihdetilanteeseen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja -sarja 8 / 2003. Trio-Offset, Helsinki. Ks. <http://www.health.fi/barometrit/paihde/index.html>

Päihdepalvelujen laatusuosituks (2002). Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Edita Prima Oy, Helsinki. Ks. <http://www.stm.fi/suomi/julkaisu/julk01fr.htm>.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2004. Stakes. SVT/Sosiaaliturva 2004 (julkaisematon)

Päihdetilastollinen vuosikirja 2003. Stakes. SVT/Sosiaaliturva 2003:3. Gummerus kirjapaino Oy,

Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003. Ks. <http://www.valtioneuvosto.fi/vn/liston/base.lsp?r=696&k=fi>

Rantala, K. (2004). Vankilasta vapautuvat huumeiden käyttäjät: sosiaalinen ongelma? Uusintarikollisuuden vähentäminen yksilökohtaisella työotteella ja verkostoituen. Tampereen huumeepilotin 4. raportti. Tampereen sosiaali- ja terveystoimen tutkimuksia 3/2004. Ks. [http://www.poliisi.fi/intermin/images.nsf/files/ABAE95FC516B3A2FC2256EA8002FA8BD/\\$file/vv-raportti040602.pdf](http://www.poliisi.fi/intermin/images.nsf/files/ABAE95FC516B3A2FC2256EA8002FA8BD/$file/vv-raportti040602.pdf)

Rantala, K. (forthcoming in 2004a) Drug prevention as coordination: the vicious circle of devolving responsibility in primary prevention. Forthcoming in Drugs: education, prevention and policy.

Rantala, K. & Sulkunen, P. (2003). The Communitarian Preventive Paradox: preventing substance abuse with the substance. Forthcoming in Critical Social Policy 24 (3)

Rask, K. & Pasanen, S. (2003). Perhekuntoutuksesta valmiuksia päihdeettömyyteen, vanhemmuuteen ja elämänhallintaan. Perheen yhdistetty hoito (PYY) -kuntoutusprosessin arviointi, Tutkimuksia 2/2003, Diakoniammattikorkeakoulu.

Rikollisuustilanne 2002. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, julkaisuja 200/2003. Hakapaino Oy, Helsinki. Ks. <http://www.om.fi/optula/2662.htm>

Rikollisuustilanne 2003. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, julkaisuja 209/2004. Hakapaino Oy, Helsinki. Ks. <http://www.om.fi/optula/2662.htm>

Rikosseuraamusviraston tiedote (23.6.2004). Vankeinhoidon päihdetyöhön uusia linjoja. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/26183.htm>

Rikosseuraamusviraston tiedote (7.9.2004). Kriminaalihuollolle linjaukset suhtautumisessa päihdeiden käyttöön asiakastyössä. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/27586.htm>

Rikosseuraamusvirasto (2004): Vuosikertomus ja tilastot vuodelta 2003. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/15157.htm>

Rikostutkinnan tila -selvityshanke (2003). Sisäasiainministeriön poliisiosasto, julkaisusarja 4 / 2003. Ks. [http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/226B9362C33C4096C2256CD2002C9438/\\$file/4-2003.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/226B9362C33C4096C2256CD2002C9438/$file/4-2003.pdf)

Rimpelä, A., Lintonen, T., Pere, L., Rainio, S. & Rimpelä, M. (2003). Nuorten terveystapatutkimus 2003. Tupakkatuotteiden ja päihdeiden käytön muutokset 1977 - 2003. Stakes, Aiheita 13/2003. Ks. <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita13-2003.pdf>

Roine, M. (2004a). "Hallittu" käyttö hyvää, "hallitsematon" pahaa. Huumeidenkäytön merkitykset Päihdelinkin Sauna -foorumilla. Tiimi 2-4/2004. Ks. myös <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>

Roine, M. (2004). Huumeidenkäytön merkitykset internetin keskusteluryhmässä. Diskurssianalyttinen taustatutkimus A-klinikkasäätiön Päihdelinkin Sauna-foorumista. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 39. Ks. [www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/saunadiskurssi.pdf](http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/saunadiskurssi.pdf).

- Salaspuro, M. (2003). Hoidon teho -kappale kirjassa Salaspuro, M ym. (toim) 2003.
- Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) (2003). Päihdelääketiede. Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Salasuo, M. (2004). Muuttuvat ekstaasimarkkinat - käytön leviäminen, markkinoiden muotoutuminen ja torjunnan haasteet. Rikostutkimus 2003 (ilmestyy)
- Salasuo, M. & Rantala, K. (2002). Huumeiden viihdekäyttö ajankuvana. Artikkelikirjassa Kaukonen, O. ym. (toim.) 2002.
- Seppälä, P. (2003). Havaintoja huumeista. Tutkimus uusien huumeilmiöiden varhaisena tunnistajana. Stakes, Raportteja 275/2003. Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Soikkeli, M. (2002): Miten puhua huumeista. Stakes / Ehkäisevä päihdetyö. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Sopimushoitotoimikunnan mietintö (2002): Laki sopimushoidon kokeilemisesta. Oikeusministeriö, komiteamietintö 2002:3. Edita Publishing Oy, Helsinki. Ks. <http://www.om.fi/17478.htm>.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2004. Stakes. SVT/Sosiaaliturva (tulossa)
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2003. Stakes. SVT/Sosiaaliturva 2003:4. Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Sosiaali- ja terveysministeriön lehdistötiedote 310/2003. Suomen aloitteesta laajaan kansainväliseen sosiaali- ja terveysalan kumppanuuteen. Pohjoisen ulottuvuuden sosiaali- ja terveysalan konferenssi Oslolla 27.10.2003. Ks. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/964/index.htm>
- Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelma 2000 - 2003 (1999). (16/1999); Ks. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys24.htm>
- Stenberg, C-O. & Karsikas, V. (2003). Kuntouttava vankityö 2002. Rikosseuraamusviraston monisteita 4/2003. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/19986.htm>
- Suikkanen A., Martti, S. & Linnakangas, R. (2004). Homma hanskaan - nuorten kuntoutuskokeilun arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:5. Ks. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/05/hu1083758276684/passthru.pdf>
- Suomen Eduskunta - valtiopäiväasiat (2003). Ks. <http://www.eduskunta.fi>
- Suomen kansallinen HIV/AIDS -strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:1. Ks. <http://www.stm.fi/suomi/julkaisu/julk01fr.htm>.
- Tartuntataudit Suomessa 2003. KTL B7 / 2004. Ks. myös [http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/julkaisusarjat/kansanterveyslaitoksen\\_julkaisuja\\_b/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/julkaisusarjat/kansanterveyslaitoksen_julkaisuja_b/)
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001). Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Ks. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys15.htm>
- Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä (2003). Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18, Ks. myös <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/01/pr1074690827386/passthru.pdf>

The ESPAD 1995 Report (1997). Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. Modin Tryck AB, Stockholm.  
The ESPAD 1999 Report (2001). Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. Modin Tryck AB, Stockholm.

Tigerstedt, C. & Hakkarainen, P. (2002). Ristiriitojen huume politiikka. Kirjassa: Heikkilä, M. ym. (toim.) 2002.

Toimenpideohjelma huumausainepoliittikan tehostamiseksi 2001-2003 ja raportti ohjelman toteutumisesta (2003). Sosiaali- ja terveysministeriö, työryhmämuistioita 2003:8. Ks. <http://www.stm.fi/suomi/julkaisu/julk01fr.htm>

Toteutuvatko turvallisuustalkoot (2003). Seurantaraportti kansallisen rikosentorjuntaohjelman toteutumisesta. Oikeusministeriö, lausuntoja ja selvityksiä 2003:1. Ks. <http://www.om.fi/17254.htm>

Tourunen, J & Perälä, J. (2004). Kohti kognitiivista yhteisöhoitoa? Helsingin vankilan päihdeettömän osaston arviointi- ja kehittämistutkimus. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 2/2004. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/26138.htm>

Tullin huume strategia 2002 - 2005. Ks. <http://www.tulli.fi/>

Tuomola, P. (2002). Kluuvien palvelukeskus - matalan kynnyksen palvelukeskus HIV-positiiviselle narkomaanille. Kansanterveys 1 / 2002. Ks. <http://www.kansanterveyslehti.fi/arkisto/2002/>

Turvallisuustalkoot (1999). Kansallinen rikosentorjuntaohjelma. Oikeusministeriö. Yleisen osaston julkaisuja 2/1999.

Törmä, S., Huotari, K. & Inkeroinen, T. (2004). Koordinointia ja kumppanuuksia! Helsingin päihdehuollon ulkoinen arviointi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2003:4. Ks. <http://www.hel.fi/sosv/julkaisu/tutkimuksia/2003/Paihdearvio.pdf>

Törmä, S., Huotari, K. & Inkeroinen, T. (2003). Helsingin Diakonissalaitoksen Kurvin huume poliklinikan ulkoinen arviointi. Sosiaalikehitys Oy:n julkaisuja 1/2003.

Törmä S., Huotari K., Kinnunen, R. & Nieminen, J. (2002). Erityis palvelut hiv-positiivisille huumeiden käyttäjille. Kluuvien palvelukeskuksen toiminnan arviointi. Sosiaalikehitys Oy:n julkaisuja 1/2002.

Törrönen J. (toim.) (2004). Valvontaa ja vastuuta. Päihdeet ja julkisen tilan moraalisaantely. Gaudeamus.

Törrönen, J. (2002). Lehdistön huume poliittinen asemoituminen vuosina 1993 - 2000. Yhteiskuntapolitiikka, 67, (6), s. 523 - 538.

Vaattovaara, M. (1998). Pääkaupunkiseudun asuinalueiden sosiaalinen erilaistuminen: ympäristö ja erilaisuus. Helsingin kaupungin Tietokeskus.

Vaattovaara, M. & Kortteinen, M. (2002). Polarisoituuko pääkaupunkiseutu? Teoksessa Heikkilä Matti ym. (toim.) 2002.

Valtakunnansyyttäjänviraston ohje syyttäjille 2002:3. Seuraamuksen määrääminen huumausaineen käyttörikkoksesta (kumoaa ohjeen VKS 2000:5). Ks. <http://www.oikeus.fi/vksv/17378.htm>

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004 - 2007 (2004). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1/2004. Ks. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/02/ad1075981306613/passthru.pdf>

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepolitiikan tehostamisesta (2000). Valtioneuvoston tiedote 246/2000 - Huumausainepolitiikkaa tehostamalla leikataan huumeiden tarjontaa, kysyntää ja haittoja. Ks. <http://www.valtioneuvosto.fi/vn/liston/base.jsp?r=555&k=fi&old=754>

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepolitiikasta (22.12.1998). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 4/1999. Ks. [http://www.edita.fi/valtviik/vn52\\_98.html](http://www.edita.fi/valtviik/vn52_98.html)

Vankeinhoitolaitoksen päihdestrategia Osa III - Päihdeinfo (2001). Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/4890.htm>

Vankeinhoitolaitoksen päihdestrategia Osa II - Päihdevalvonnan käsikirja (2001). Ks. <http://www.vankeinhoito.fi/4890.htm>

Vankeinhoitolaitoksen päihdestrategia. Osa I - Toimintaohje vuosille 1999-2001. Oikeusministeriön ohje 27.1.1999. Ks. <http://www.vankeinhoito.fi/4890.htm>

Vankien terveydenhuollon kehittäminen (2003). Rikosseuraamusviraston monisteita 1/2003. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/3rvv4zo6jcx9.pdf>

Villikka, H. (2004). Selvitys huumeiden käyttäjien hoitoon suunnatun vuoden 2002 valtionavustuksen käytöstä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:12. Ks. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/06/mk1086872982135/passthru.pdf>

Villikka, H. (2003). Kartoitus opioidiriippuvaisten lääkekorvaushoidon hoitajoina. Sosiaali- ja terveysministeriön Monisteita 2003:16. Ks. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2003/10/is1067439877589/dokumentti.pdf>

Virokannas, E. (2004). Normaalin rajan molemmilla puolilla - tutkimus huumehoitoyksikön nuorten identiteettien rakentumisesta. Stakes, Tutkimuksia 144. Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Virtanen, A. (2004). Huumausainetilanne Suomessa 2003. Suomen huumausaineiden seurantakeskuksen kansallinen raportti EMCDDA:lle. Stakes, Tilastoraportti 1 / 2004. Ks. <http://www.stakes.info/2/6/2,6,3.asp>

Virtanen, A. (2003). Huumausainetilanne Suomessa 2002. Suomen huumausaineiden seurantakeskuksen kansallinen raportti EMCDDA:lle. Stakes, Tilastoraportti 3 / 2003. Ks. <http://www.stakes.info/2/6/2,6,3.asp>

Vismanen, E. (2004). Huumehoidon alueellisen kattavuuden arviointi (julkaisematon)

Vuori, E. (2004). Tilastotietoja oikeuskemiallisista huumausainelöydöksistä kuolemantapauksissa. Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitos.

Vuori, E., Ojanperä, I., Nokua, J. & Ojansivu, R.L. (2003). Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat vuosina 2000 ja 2001. Suomen lääkärilehti, 58; (35), s. 3403 - 3407.

Warpenius, K. (2002). Kuka ottaisi vastuun. Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston perustamisen arviointi. Stakes, Raportteja 270 / 2002. Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi.

## MUUTOKSET HUUMEISIIN LIITTYVÄSSÄ LAINSÄÄDÄNNÖSSÄ

Perusopetuslain muutos (477/2003)

Lukiolain muutos (478/2003)

Ammatillisesta koulutuksesta säädetyn lain muutos (479/2003)

Ammatillisesta aikuiskoulutuksesta säädetyn lain muutos (480/2003)

Asetus lääkkeiden määräämisestä (726/2003)

Tullilain muutos (774/2003)

Laki henkilötietojen käsitlemistä poliisitoimessa (761/2003)

Huumausaineita ja niiden valmistuksessa käytettävistä aineista annetun asetuksen muutos (1231/2003)

Laki rikoksen johdosta tapahtuvasta luovuttamisesta Suomen ja EU:n muiden jäsenvaltioiden välillä (1286/2003)

Tartuntatautiasetuksen muutos (1383/2003)

Tieliikennelain muutos (113/2004)

Rikoslain muutos (650/2004)

Pakkokeinolain muutos (651/2004)

Yksityisyyden suojaa työelämässä koskevan lain muutos (579/2004)

Laki nuorisorangaistuksen kokeilemisestä (1058/1996)

Laki rangaistusten täytäntöönpanosta (muutos 364/1999)

Laki yhdyskuntapalvelusta (1055/1996)

Päihdehuoltolaki (41/1986)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus hyväksyttävässä hoidosta huumausainerikoksissa (290/2002)

Rikoslaki (1304/1993)

Vankeinhoitoasetus (700/1999)

## 16. KUVIOT JA TAULUKOT

Kuviot	sivu
1. Huumeiden käytön ja huumehaittojen kehityssuuntaukset 1995-2003 (1995=100) (Huumausainerikokset = poliisin tietoon tulleet huumausainerikokset (taulukko 2) Huumausainesairastavuus = huumausainesairaudet pää- tai sivudiagnoosin mukaan Stakesin terveydenhuollon hoitoilmoitustilastoissa (kuvio 6), Huumausainekuolemat = huumausaine-löydökset kuolemantapauksissa HY:n oikeuslääketieteen laitoksen mukaan (kuvio 5, maksimi), Kokeilut ja käyttö = joskus/viimeisen vuoden aikana huumeita kokeilleet väestökyselyissä (kuvio 3a & 3b) (Virtanen, A. 2004.)	6
2a. Joskus tai viimeisen vuoden aikana huumeita kokeilleiden miesten (15-69 -v.) osuus (%) (Hakkarainen, P. ym. 2003)	7
2b. Joskus tai viimeisen vuoden aikana huumeita kokeilleiden naisten (15-69 -v.) osuus (%) (Hakkarainen P. ym. 2003)	7
3a. Joskus tai viimeisen vuoden aikana kannabista kokeilleiden poikien (15-16 -v.) osuus (%) (Ahlström, S. ym. 2004)	7
3b. Joskus tai viimeisen vuoden aikana kannabista kokeilleiden poikien (15-16 -v.) osuus (%) (Ahlström. S. ym. 2004)	7
4. Ongelmakäyttäjien (amfetamiinien ja opiaattien käyttäjien) osuus 15-55-vuotiaista (%) 1997 - 2002. (Partanen, P. ym. 2004)	8
5. Huumausainekuolemat kuolemansyiden ja ainelöydösten perusteella 1995-2003 (Vuori, E., 2004, Huohvanainen, M., 2004, Virtanen, A. 2004)	9
6. Huumausaine- ja lääkeaine-ehtoiset sairaanhoitojaksot aineittain 1995-2003 (Stakes, hoitoilmoitusrekisteri)	9
7. Huumausainediagnoosin kanssa yhdessä esiintyvät mielenterveyden häiriöiden diagnoosit sairaaloiden hoitoilmoitusten mukaan vuosina 1987 - 2002. (Pirkola, S. ym. 2004)	9
8. Huumausainelöydökset tieliikenteessä huumaantuneena ajamisesta epäillyiltä 1995-2003 (Lillsunde, P. 2004)	10
9. Huumausainerikos päärikoksena istuvien vankien osuus vankilalaskennassa vuosittain 1995-2004 (Hypen, K. 2004)	11
10a. Huumeiden tarjonta (%) pojille vuoden aikana 1993 - 2003 (Rimpelä, A. ym. 2003)	11
10b. Huumeiden tarjonta (%) pojille vuoden aikana 1993 - 2003 (Rimpelä, A. ym. 2003)	11
11a Huumeiden tarjonta (%) miehille vuoden aikana 1997 - 2003 (Jallinoja, P. ym, 2003, 2004; Virtanen, A. 2004)	11

11b. Huumeiden tarjonta (%) miehille vuoden aikana 1997 - 2003 (Jallinoja, P. ym, 2003, 2004; Virtanen, A. 2004)	11
12. Huumeisiin liittyvät haittakustannukset (minimi-maksimi) Suomessa 1997 - 2002	19
13a. Huumeita kokeilleita tuttavina (%) - 15-64 -vuotiaat miehet 1996 - 2003	35
13b. Huumeita kokeilleita tuttavina (%) - 15-64 -vuotiaat naiset 1996-2003	35
14. Käsitukset huumeongelmasta	38
15. Niiden osuus (%), joiden mukaan on vähäinen riski, jos ...	39
16. Huumehoidon asiakaskunnan ikäjakauman kehitys 2000-2003.	48
17. Huumeiden vaikutuksen alaisena tekohetkellä olleiden osuus (%) kaikista selvitettyihin ryöstö- rikoksiin syylliseksi epäillyistä 1980 - 2003	65

## Taulukot

1. Huumausaineiden tai lääkeaineiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden päihteiden käyttö (%-osuus asiakaskunnasta) vuosina 2000-2003) (Partanen A., 2004, Virtanen A, 2004)	8
2. Poliisin ja tullin tietoon tulleet huumausainerikosilmoitukset vuosina 1995-2003 (Hietaniemi, T. 2004; Kainulainen, H. ym. 2004)	10
3. Poliisin ja tullin vuosina 1995 - 2003 takavarikoiduksi kirjaamat huumausaine-erät (Hietaniemi, T. 2004; Kainulainen, H. ym. 2004)	12
4. Poliisin ja tullin kirjaamien huumausainetakavarikkojen lukumäärät vuosina 1995-2003 (Hietaniemi, T. 2004; Kainulainen, H. ym. 2004)	12
5. Huumausainepolitiikan tehostamisohjelmien 2001-2003, 2004-2007 arvioidut resurssit (miljoonaa euroa)	32
6. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrän kehitys Suomessa 1997 - 2002	44
7. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien väestöosuuksien (%) kehittyminen Suomessa vuosina 1998-2002.	45
8. Amfetamiinien ja opiaattien ongemakäytön väestöosuuden (%) kehitys alueittain 1998-2002.	46
9. Buprenorfiinin myynnin kehittyminen Suomesta vuodesta 1997 lähtien	82
10. Takavarikoitujen buprenorfiinitablettien ja -takavarikkojen määrä (lkm) sekä buprenorfiinin vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden osuus (%) vuosina 1997 - 2003	85