

Vili Varjonen
Hannele Tanhua
Martta Forsell

Huumetilanne Suomessa 2013

RAPORTTI



RAPORTTI 5/2014

Vili Varjonen, Hannele Tanhua, Martta Forsell

Huumetilanne Suomessa 2013



**TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS**

© Kirjoittaja(t) ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-122-8 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-302-123-5 (verkkajulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkajulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-123-5>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere, 2014



Esipuhe

Huumetilanne Suomessa 2013 on kansallisen huumausaineiden seurantakeskuksen huumevuosiraportti. Raportissa tarkastellaan viimeisintä kehitystä ja tuoreinta tutkimustietoa pääpainon ollessa vuodessa 2012 ja alkuvuodessa 2013.

Huumetilannetta kuvataan lakien, politiikan, käytön, haittojen sekä hoidon ja muiden interventioiden näkökulmasta. Huumeekysymystä lähestytään niin terveydellisestä, sosiaalisesta kuin rikosoikeudellisesta näkökulmasta.

Raportin ovat toimittaneet ja kirjoittaneet Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen sijoitetun kansallisen huumausaineiden seurantakeskuksen erikoissuunnittelijat Vili Varjonen, Hannele Tanhua ja Martta Forsell.

Raportin valmistelussa ovat olleet apuna ja sen osia ovat asiantuntevasti kommentoineet useat asiantuntijat (liite 1). Lämpimät kiitokset kaikille raportin tekoon osallistuneille. Raportin ovat hyväksyneet sekä THL:n Tieto-osaston painotuotteiden toimitusneuvosto että kansainvälisen huumausaineyhteistyön työryhmä.

Raportti on saatavana suomenkielisenä ja englanninkielisenä verkkojulkaisuna.

Huumetilanne Suomessa 2013 on yksi Euroopan huumausaineiden seurantakeskuksen (EMCDDA) koordinoiman huumetietoverkoston (REITOX) kansallisista vuosiraporteista. Kansalliset raportit noudattavat yhtenäistä rakennetta ja niiden pohjalta tuotetaan EMCDDA:n Euroopan huumeraportti.

Helsingissä, lokakuussa 2013

Vili Varjonen
erikoissuunnittelija

Tiivistelmä

Vili Varjonen, Hannele Tanhua, Martta Forsell. Huumetilanne Suomessa 2013. Kansallinen huumevuosisraportti EMCDDA:lle. Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). Raportti 5/2014. 149 sivua. Helsinki 2014. ISBN 978-952-302-122-8 (painettu); ISBN 978-952-302-123-5 (verkkojulkaisu)

Tähän raporttiin on koottu uusin huumeita käsittelevä suomalainen tutkimus ja keskeisimmät huumetilannetta kuvaavat mittarit pääpainon ollessa vuodessa 2012 ja alkuvuodessa 2013.

Joskus kannabista on kokeillut viimeisimmän väestökyselyn mukaan 17 prosenttia suomalaisista. Kokeilut painottuvat nuorempiin ikäluokkiin. 15–34 vuotiaista edellisen vuoden aikana kannabista on käyttänyt 12 prosenttia.

Valtakunnallisen kouluterveyskyselyn mukaan laittomia huumeita on ainakin kerran elämässään kokeillut 9 prosenttia peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista, 13 prosenttia lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista ja 21 prosenttia ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoista.

Päihdehuollon huumeasiakkaat olivat pääosin miehiä (68 %) ja valtaosin 20–34-vuotiaita (62 %). Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys yleistä (59 %). Joka kymmenes oli asunoton. Suurin osa huumeasiakkaista oli ollut jo aiemmin päihdehoidossa (87 %) ja käyttänyt huumeita myös pistämällä (74 %). Opioidikorvaushoidossa oli vuonna 2011 noin 2400 asiakasta. Suomessa väärinkäytetään synteettisiä lääkeopioideja, erityisesti buprenorfiinia. Buprenorfiinia ja metadonia käytetään sekä laittomana päihteenä että lääkärin ohjeiden mukaan vieroitus- tai korvaushoitolääkkeenä.

Huumekuolemien määrä on kasvanut. Vuonna 2011 Tilastokeskuksen kuolinsyytilaston mukaan huumeisiin kuoli 197 henkilöä, kun vuonna 2010 vastaava luku oli 156.

Vuoden 2012 aikana huumausainerikoksia tehtiin 20 102. Näistä huumausaineen käyttörikoksia oli noin 11 300. Törkeitä huumausainerikoksia oli vuonna 2012 noin 1 000. Huumausainerikosten määrä pysyi vuoden 2012 tasolla.

Avainsanat: huumaavat kipulääkkeet, huumausainerikokset, huumeet, huumehaitat, huumeiden käyttäjät, huumeepolitiikka, huumetutkimus, ehkäisevä päihdetyö, julkiset menot, seuraamukset, päihdehaitat, päihdehoito, päihdekulttuuri, päihdekuntoutus, päihdeongelmat, päihdepalvelut, päihdetyö, päihdehuolto

Sammandrag

Vili Varjonen, Hannele Tanhua, Martta Forsell. Huumetilanne Suomessa 2013. Kansallinen huumevuosisraportti EMCDDA:lle. [Narkotikasituationen i Finland 2013. Nationell årsrapport om narkotikaläget till EMCDDA]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 5/2014. 149 sidor. Helsingfors, Finland 2014. ISBN 978-952-302-122-8 (tryckt); ISBN 978-952-302-123-5 (nätpublikation)

Denna rapport innefattar den senaste finländska forskningen om narkotika och de viktigaste mätarna som beskriver narkotikasituationen. Huvudvikten ligger på 2012 och början av 2013.

Enligt den senaste befolkningsenkäten har 17 procent av finländarna prövat cannabis någon gång. Det är främst de yngre åldersklasserna som har prövat drogen. Under det senaste året hade 12 procent av 15–34-åringarna använt cannabis.

Enligt den riksomfattande enkäten hälsa i skolan hade 9 procent av eleverna i grundskolan, 13 procent av gymnasisterna och 21 procent av studerande vid yrkesläroanstalterna prövat olagliga droger åtminstone en gång i sitt liv.

Merparten av drogklienterna i missbrukarvården var män (68 procent) och största delen i åldern 20–34 år (62 procent). Klienternas utbildningsnivå var låg och de var ofta arbetslösa (59 procent). Var tionde var bostadslös. Merparten av drogklienterna hade redan tidigare varit i missbrukarvården (87 procent) och även använt injicerade droger (74 procent). Cirka 2 400 klienter fick opioidsubstitutionsbehandling 2011. I Finland missbrukas syntetiska opioider för medicinskt bruk, i synnerhet buprenorfin. Buprenorfin och metadon används både som olaglig drog och enligt läkarordination som avgiftnings- eller substitutionsläkemedel.

Antalet drogrelaterade dödsfall har ökat. Enligt Statistikcentralens statistik över dödsorsaker dog 197 personer på grund av droger 2011, medan motsvarande antal var 156 personer 2010.

År 2012 var antalet narkotikabrott 20 102. Av dessa var cirka 11 300 straffbart bruk av narkotika. Antalet grova narkotikabrott var cirka 1 000 år 2012. Antalet narkotikabrott höll sig på samma nivå som 2012.

Nyckelord: smärtstillande droger, narkotikabrott, narkotika, narkotikaskador, drog-användare, narkotikapolitik, narkotikaforskning, förebyggande missbruksarbete, offentliga utgifter, konsekvenser, rusmedelsskador, missbrukarvård, rusmedelskultur, missbrukarrehabilitering, missbruksproblem, missbrukartjänster, missbruksarbete

Abstract

Vili Varjonen, Hannele Tanhua, Martta Forsell. Huumetilanne Suomessa 2013. Kansallinen huumevuosisraportti EMCDDA:lle. [Finland – Drug Situation 2013]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 5/2014. 149 pages. Helsinki, Finland 2014. ISBN 978-952-302-122-8 (printed); ISBN 978-952-302-123-5 (online publication)

This report is a compilation of the most recent Finnish research on drugs and key indicators of the drug situation in Finland, mainly focusing on 2012 and early 2013. According to the most recent population survey, 17 % of Finns have at least experimented with cannabis. Experimentation is more common in the younger age groups. 12% of respondents aged 15 to 34 had used cannabis during the previous 12 months.

According to the national school health survey, 9 % of comprehensive school pupils, 13% of upper secondary school students and 21% of vocational education students have tried illegal drugs at least once in their life.

The majority of drug user clients of substance abuse services were men (68 %) and aged between 20 and 34 (62 %). Their educational attainment was low, and most of them were unemployed (59 %). One out of ten clients was homeless. The majority of the drug user clients had had an earlier course of substance abuse treatment (87 %) and had used drugs intravenously (74 %). In 2011, there were about 2,400 clients in opioid substitution treatment. It is synthetic pharmaceutical opioids, particularly buprenorphine, that are abused in Finland. Buprenorphine and methadone are used both as illegal drugs and as prescribed substitution treatment or detoxification drugs.

The number of annual drug-related deaths has increased. According to the cause of death statistics compiled by Statistics Finland, there were 197 drug-related deaths in 2011, compared with 156 in 2010.

There were 20,102 narcotics offences in 2012, including about 11,300 cases of unlawful use of narcotics. There were about 1,000 aggravated narcotics offences in 2012. The overall number of narcotics offences remained at the 2012 level.

Keywords: intoxicant analgesics, narcotics offences, drugs, drug-related harm, drug users, drugpolicy, drug research, substance abuse prevention, public expenditure, consequences, harmful effects of substance abuse, substance abuse treatment, substance abuse culture, substance abuse rehabilitation, substance abuse problems, substanceabuse services, substance abuse work, substance abuse services

Sisällys

Esipuhe	3
Tiivistelmä	4
Sammandrag	5
Abstract	6
1. Huumausainelainsäädäntö ja -politiikka	11
1.1 Huumausainelainsäädäntö	11
Huumausaineiden määrittely	11
Huumausainelaki	12
Ehkäisevää työtä koskeva lainsäädäntö	12
Palveluja ja haittojen vähentämistä koskeva lainsäädäntö	14
Rikoslaki	15
Seuraamuslainsäädäntö	16
1.2 Huumausainepolitiikka ja sen koordinaatio	16
Huumausainepolitiikan taustaa	17
Nykyinen huumausainepolitiikka	18
1. Ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen	19
2. Huumausainerikollisuuden torjunta	19
3. Huumausainehaittojen ehkäisy ja hoito	20
4. EU:n huumausainepolitiikka ja kansainvälinen yhteistyö	21
5. Huumausaineongelmaa koskeva tiedonkeruu ja tutkimus	21
1.3 Huumausainepolitiikkaan vaikuttavat hallituksen ohjelmat ja työryhmät	21
1.4 Taloudelliset analyysit	23
Julkiselle sektorille aiheutuneet huumehaittakustannukset	23
Yhteiskunnalliset haittakustannukset	26
2. Huumeiden kokeilu ja käyttö	28
2.1 Huumekokeilut Suomessa	28
2.2 Koululaisten huumeiden käyttö	34
2.3 Opiskelijoiden huumeiden käyttö	38
3. Ehkäisevä huumetyö	39
3.1 Yleistä ehkäisevästä päihdetyöstä Suomessa	39
3.2 Ehkäisevä päihdetyö osana nuorisopolitiikkaa ja nuorisotyötä	41
Nuorisotyö ja -politiikka	41
Yleinen ehkäisevä päihdetyö koulussa	42
3.3 Valikoiva ehkäisevä päihdetyö	43
Järjestöjen ehkäisevä huumetyö	44
3.4 Kohdennettu ehkäisevä päihdetyö	46
3.5 Valtakunnalliset ja paikalliset mediakampanjat	47
4. Huumeiden ongelmakäyttö	48
4.1 Huumeiden ongelmakäyttö tilastoarvioiden perusteella	48

4.2 Huumeiden ongelmakäyttö muiden huumeindikaattorien mukaan.....	50
Huumehoidon tiedonkeruu.....	52
4.3 Huumeiden ongelmakäyttö muiden tutkimusten mukaan.....	55
Helsinkiiläiset huumeiden ongelmakäyttäjät.....	55
Huumeiden käyttö liikenteessä.....	57
Yhteiskunnalliset käsityksen huumeiden ongelmakäytöstä.....	58
Huumeiden käytön haitat läheisille.....	59
4.3 Huumeiden ongelmakäyttö muiden tutkimusten mukaan.....	55
Helsinkiiläiset huumeiden ongelmakäyttäjät.....	55
Huumeiden käyttö liikenteessä.....	57
Yhteiskunnalliset käsityksen huumeiden ongelmakäytöstä.....	58
Huumeiden käytön haitat läheisille.....	59
5. Huumehoito.....	61
5.1 Huumehoidon strategia ja hoitojärjestelmät.....	62
Hoitopalvelut.....	62
Päihdehuollon avohoito.....	62
Katkaisu- tai vieroitushoito laitoksissa.....	63
Kuntouttava laitoshoido.....	63
Päihdehuollon kuntouttavat asuinpalvelut.....	63
Erikoissairaanhoido huumeasiakkaille.....	63
Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut.....	64
Matalan kynnyksen palvelut.....	64
Hoitosuosituksot.....	64
Opioidiriippuvaisten korvaushoido.....	65
Korvaushoidoasiakkaiden määrä.....	66
Seurantatutkimukset.....	69
Tuoret korvaushoidotutkimukset.....	70
5.2 Huumehoidon asiakaskunta.....	72
Elämäntilanne.....	73
Käytetyt päihheet.....	74
Hoito.....	75
Huumeongelmaan tarjottu hoito.....	76
5.3 Asiakastrendit päihde- ja huumehoidossa.....	77
Päihdetapauslaskenta.....	78
6. Huumeisiin liittyvät terveyshaitat.....	83
6.1 Huumeisiin liittyvät tartuntataudit.....	83
Hiv.....	84
C-hepatiitti.....	84
B-hepatiitti.....	85
A-hepatiitti.....	85
6.2 Huumesairaudet terveydenhuollossa.....	85

6.3 Huumausainekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus	92
Pohjoismainen tutkimus vuoden 2007 huumeekuolemista Suomen osalta	97
Tutkimus huumeisiin liittyvistä kuolemista	0 ; 8
Rekisteritutkimus huumerattijuoppojen kuolleisuudesta	0
7. Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen	0
7.1 Huumausaineista johtuvien ensiaputilanteiden ja huumeisiin liittyvien kuolemien vähentäminen	102
7.2 Huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisy ja hoito	104
Tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta Suomessa	105
8. Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat ja niiden vähentäminen	107
8.1 Sosiaalinen syrjäytyminen ja huumeiden käyttö	107
8.2 Sosiaalinen kuntoutus	128
Asunnottomuus ja pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma	128
Nuorten yhteiskuntatakuu	129
Kulttuurista lisäarvoa huumeidenkäytön ehkäisyyn	12:
Tutkimuksia sosiaalisesta huono-osaisuudesta	12;
9. Huumeisiin liittyvä rikollisuus, sen torjunta ja huumeiden käyttö vankiloissa ..	113
9.1 Huumeisiin liittyvä rikollisuus	113
Huumausainerikokset	114
Huumausainetuomiot	115
Rattijuopumukset	116
Muut huumeisiin liittyvät rikokset	117
Tutkimus huumeiden käyttäjien ja poliisin tulkinnoista taparikollisuudesta	138
9.2 Vaihtoehtoiset seuraamukset	139
Hoitoonohjaus ja puhuttelu	139
9.3 Huumeiden käyttö ja päihdetyö vankiloissa	13;
Vankila toimintaympäristönä	13;
Huumeiden käytön laajuuden arviointi	122
Päihdevalvonta osana huumetyötä	124
Rikosseuraamusalan terveydenhuoltoyksikön osallistuminen päihdetyöhön	127
Vankeusrangaistuksen aikainen arviointi ja huume kuntoutus	127
9.4 Vankilasta vapautuvien huumeiden käyttäjien sopeuttaminen	128
10. Huumemarkkinat	130
10.1 Huumeiden saatavuus ja tarjonta	131
Maahantuonti ja huumemarkkinat	132
Huumelääkkeiden salakuljetus	134
Huumevalmistamot	135
10.2 Huumausainetakavarikot	135
10.3 Huumausaineiden hinta ja laatu	138
Liite 1	140
Lähteet	141

1 Huumausainelainsäädäntö ja -politiikka

Huumausainepolitiikan tavoitteena on huumausaineiden käytön ja levittämisen ehkäiseminen siten, että niiden käytöstä ja torjunnasta aiheutuvat taloudelliset, sosiaaliset ja yksilölliset haitat ja kustannukset jäävät mahdollisimman pieniksi. Yhteiskuntapoliittisilla toimilla, kansallisella lainsäädännöllä ja kansainvälisillä sopimuksilla ehkäistään huumausaineiden kysyntää ja tarjontaa, vähennetään huumausaineiden aiheuttamia haittoja, pyritään saamaan huumeongelmista kärsivät mahdollisimman varhain hoitoon ja saatetaan laittomaan toimintaan syyllistyneet rikosoikeudelliseen vastuuseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi Suomen huumausainepolitiikkaa, jota eri hallinnonalat yhteistyössä toteuttavat. Ministeriön johtaman huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän tehtävänä on kehittää ja yhteensovittaa valtakunnallista huumausainepolitiikkaa sekä seurata huumausainetilanteen kehitystä. Suomen huumausainepolitiikka perustuu valtioneuvoston periaatepäätökseen huumausainepolitiikasta vuosille 2012–2015 sekä vuonna 1997 hyväksytyyn huumausainestrategiaan. Suomi noudattaa ja toimeenpanee huumausainepolitiikassaan Yhdistyneiden kansakuntien huumausaineiden vastaisia sopimuksia ja päätöksiä sekä EU:n huumestrategiaa ja sen toimenpideohjelman. Euroopan unionin huumausainestrategiaa vuosille 2005–2012.

Huumausainepolitiikan toteuttamiseen vaikuttavat merkittävästi sille suunnatut resurssit.

1.1 Huumausainelainsäädäntö

Huumausaineiden määrittely

Huumausaineita ovat aineet ja valmisteet, jotka luetellaan asetuksessa huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista (543/2008). Asetus perustuu YK:n huumausaineyleissopimukseen (SopS 44/1994) ja psykotrooppisia aineita koskevan yleissopimukseen (SopS 23/1967). Asetuksessa luetellaan myös aineet, joiden valvontaan ottamisesta on päätetty uusia psykoaktiivisia aineita koskevasta tietojenvaihdosta, riskienarvioinnista ja valvonnasta annetun Euroopan unionin neuvoston päätöksen 2005/387/YOS mukaisesti¹ sekä kansallisesti huumausaineeksi luokitellut aineet.

¹ 4-MTA, PMMA, 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, TMA-2, 1-bentsyyli-piperatsiini (BZP) ja mefedroni.

Huuhausainelaki

Vuoden 2008 syyskuussa voimaan astuneen huuhausainelain (373/2008)² mukaan huuhausaineen tuotanto, valmistus, tuonti, vienti, kuljetus, kauttakuljetus, jakelu, kauppa, käsittely, hallussapito ja käyttö on kielletty. Kiellosta voidaan kuitenkin poiketa lääkinnällisissä, tutkimuksellisissa ja valvonnallisissa tarkoituksissa.

Huuhausainelain säädösten rikkomisen seuraamukset jaetaan teon vakavuuden perusteella hallinnollisiin pakkotoimiin, huuhausainelakirikkomukseen ja huuhausainerikokseen. Hallinnollisia pakkotoimia voivat olla muun muassa toimenpidekiellot tai niiden tehostamiseksi määrätyt uhkasakot. Huuhausainelakirikkomuksen mukaan rangaistavat teot ovat esimerkiksi tahalliset, huuhausainelain velvollisuuksien laiminlyönnit. Jollei teosta muualla laissa säädetä ankarampaa rangaistusta, huuhausainelakirikkomuksesta voidaan tuomita sakkoon. Huuhausainerikoksista säädetään erikseen rikoslain (138/1889) 50. luvussa.

Huuhausainelain mukaan huuhausaineita ja huuhausaineiden lähtöaineita koskevana toimivaltaisena lupa- ja valvontaviranomaisena toimii Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Lupa vaaditaan valmistus- sekä tuonti- ja vientilupien lisäksi huuhausaineiden käsittelylle, ellei sitä ole laissa erikseen sallittu, kuten esimerkiksi on useille terveydenhuollon toimijoille. Asetuksessa huuhausaineiden valvonnasta (548/2008) säädetään tarkemmin huuhausainelain mukaisista luvista, luvanvaraisesta toiminnasta ja sen valvonnasta. Huuhausaineiden lähtöaineiden kauppaa ja käsittelyä säännellään tarkemmin EU-asetuksilla³.

Ehkäisevää työtä koskeva lainsäädäntö

Huuhausaineiden käyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja pyritään ehkäisemään, hoitamaan ja valvomaan myös usean muun lainsäädännön avulla. Raittiustyölaissa (828/1982) säädetään ehkäisevästä päihdetyöstä. Siinä raittiustyön tarkoituksiksi määritellään kansalaisten totuttaminen terveisiin elämäntapoihin ohjaamalla heitä välttämään päihteiden ja tupakan käyttöä. Yleisten edellytysten luominen raittiustyölle on lain mukaan ensisijaisesti valtion ja kuntien tehtävä. Käytännön raittiustyön tekemisestä vastaavat pääasiassa kunnat sekä raittius- ja kansanterveysjärjestöt. Lain mukaan kunnissa tulee olla toimielin, joka vastaa raittiustyöstä. Toimielimen on tehtävä yhteistyötä erityisesti terveys-, sosiaali- ja koulutoimen kanssa. Raittiustyöasetus (233/1983) täsmentää, että toimielimen tulee toimia yhteistyössä raittiustyötä ja ehkäisevää päihdetyötä tekevien sekä terveitä elämäntapoja edistävien yhteisöjen kanssa. Raittiustyölaki ollaan uudistamassa vuoden 2013 aikana. Lain uudistamistyössä tullaan huomioimaan entistä vahvemmin päihdehaittojen ehkäisy paikallisesti.

² Ks. huuhausainelain viimeaikaiset muutokset kappaleesta 1.1.

³ (EY) N:ot 273/2004 ja 111/2005 sekä niiden muutosasetukset ja toimeenpanoasetus (EY) N:o 1277/2005.

Lastensuojelulain (417/2007) tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. Lapsen hoidon ja tuen tarve on selvitettävä ja lapselle on turvattava riittävä hoito ja tuki, kun lapsen vanhempi, huoltaja tai muu lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaava henkilö saa päihdehuolto- tai mielenterveyspalveluja tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden aikana hänen kykynsä täysipainoisesti huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan heikentyneen. Vuoden 2010 maaliskuussa tuli voimaan lastensuojelulain muutos, joka sisältää säännöksen ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen tekemisestä. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus on tehtävä tilanteissa, joissa on perusteltua syytä epäillä, että syntyvä lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus tulee siis tehdä tilanteissa, joissa ilmoittajalla on varmaa tietoa esimerkiksi tulevan äidin tai isän päihdeongelmasta, vakavasta mielenterveyden häiriöstä tai vapausrangaistuksesta. Pelkkä päihteidenkäytön epäily ei riitä ennakkollisen ilmoituksen tekemiseen.

Oppilas- ja opiskelijahuollon keskeiset periaatteet ja opetustoimeen kuuluvat tavoitteet on määritelty eri opetusasteiden opetussuunnitelmien perusteissa. Koululaeissa (477–479/2003) opetuksen ja koulutuksen järjestäjät on veloitettu yhteistyössä sosiaali- ja terveysviranomaisten kanssa soveltamaan näitä paikallisiin opetussuunnitelmiin muun muassa päihteiden käytön ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.

Valtioneuvoston asetuksella neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009) säädetään terveystarkastuksista neuvoloissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Asetuksen mukaan riittäväillä ja säännöllisillä terveystarkastuksilla ja terveysneuvonnalla halutaan tehostaa varhaista tukea ja ehkäistä syrjäytymistä. Terveysneuvonnan tavoitteena on myös päihteidenkäytön ehkäisy psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Asetuksessa säädetään, että neuvoloissa otetaan kouluterveydenhuollon tapaan käyttöön laajat terveystarkastukset, joihin osallistuu koko perhe. Peruskoulun kahdeksaluokkalaisten terveystarkastuksen yhteydessä puolestaan nostetaan esiin mahdollisen päihdeongelman varhainen toteaminen, hoito ja jatko- hoitoon ohjaus.

Työterveyshuoltolaki (1383/2001) mahdollistaa huumausainetestien tekemisen työpaikoilla. Testin edellytyksenä on, että työnantajalla on olemassa kirjallinen päihdeohjelma, jonka tulee sisältää työpaikan yleiset tavoitteet ja noudatettavat käytännöt päihteiden käytön ehkäisemiseksi ja päihdeongelmaisten hoitoon ohjaamiseksi. Yksityisyyden suojasta työelämässä annettu laki (759/2004) sääntelee työnantajien oikeuksia ja niiden rajoitteita työntekijöiltä vaadittavien huumausainetestien osalta. Huumevalvonta on perusteltua toimialoilla, joilla on lakiin perustuvia erityissääntöjä. Sääntöjä on esimerkiksi asevelvollisuuslaissa (1438/2007), ilmailulaissa (1194/2009) ja rautatiejärjestelmän liikenneturvallisuustehtävistä annetussa laissa

(1664/2009). Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ohjeet huuhausainetestauksesta työelämässä. (STM 2006).

Palveluja ja haittojen vähentämistä koskeva lainsäädäntö

Perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, jos hän ei itse kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa.

Huumeiden käyttäjien hoitoa säännellään päihdehuoltolaissa (41/1986). Sen mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuollon palveluja on järjestettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia.

Sosiaalihuoltolaissa (710/1982) velvoitetaan kunnat järjestämään sosiaalipalvelut, mukaan lukien päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvat palvelut.

Päihdehuoltolaissa (41/1986) ja mielenterveyslaissa (1116/1990) on tällä hetkellä mahdollisuus tahdonvastaiseen hoitoon. Päihdehuoltolain 11 § mahdollistaa tahdosta riippumattoman hoidon terveysvaaran perusteella, mutta tätä sovelletaan käytännössä erittäin vähän. Päihdeongelmaisiin käytetään kuitenkin runsaasti tahdosta riippumattomia keinoja mielenterveyslain (1116/1990) perusteella.

Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoja säätelevässä asetuksessa (33/2008) painotetaan, että vain vaativat korvaushoitotapaukset hoidetaan erikoissairaanhoidossa ja että muulta osin hoito tapahtuu perusterveydenhuollossa. Buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita saa määrätä opioidiriippuvaisten vieroituksessa ja korvaushoidossa ainoastaan toimintayksikön palveluksessa oleva toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkäri.⁴ Asetus mahdollistaa buprenorfiinia ja naloksonia sisältävän yhdistelmävalmisteen toimittamisen myös apteekista potilaan allekirjoittaman apteekkisopimuksen perusteella. Apteekkisopimuksella tarkoitetaan sopimusta, jolla potilas sitoutuu siihen, että hän noutaa sopimuksen mukaiset lääkkeet vain yhdestä apteekista ja siihen, että apteekki voi välittää hoitoa koskevaa tietoa häntä hoitavalle lääkärille ja tiedon apteekkisopimuksesta muille apteekkeille.

Lääkkeen määräämisestä annetun asetuksen (1088/2010) nojalla voidaan myös kannabispohjaista lääkettä määrätä lähinnä kivun hoitoon tietyissä tapauksissa, jos siihen on erityiset hoidolliset perusteet. Tämä koskee lääkelain pysyvien lupamää-

⁴ Lääkehoito saadaan toteuttaa ja lääke luovuttaa potilaalle otettavaksi vain toimintayksikön valvonnassa. Jos potilas sitoutuu hoitoon hyvin, hänelle voidaan luovuttaa toimintayksiköstä enintään kahdeksaa (poikkeustapauksissa 15) vuorokausiannosta vastaava määrä lääkettä.

räyskäytännön ulkopuolisten erityislupavalmisteiden määräämistä lääkekäyttöön. Yksi erityislupavalmisteen määräämisen edellytyksistä on, ettei potilaan hoitoon ole käytettävissä muuta hoitoa tai että tällaisella hoidolla ei ole saavutettavissa toivottua tulosta. Erityislupa voidaan myöntää potilaskohtaisesti ja korkeintaan vuodeksi kerrallaan.

Tartuntatautiasetuksessa (786/1986) edellytetään, että tartuntatautien vastustamistyöstä vastaavan kunnallisen toimielimen tulee huolehtia tartuntatautien vastustamistyöstä mukaan lukien suonensisäisesti huumeita käyttävien terveysneuvonta ja tartuntatautien torjunnan edellyttämän tarpeen mukainen käyttövälineiden vaihtaminen. Lisäksi yleisen rokotusohjelman osana asetuksessa rokotuksista ja tartuntatautien raskaudenaikaisesta seulonnasta (421/2004) suositellaan maksuttomia hepatiitti A- ja B-rokotuksia ruiskuhuumeiden käyttäjille, heidän seksikumppaneilleen ja samassa taloudessa asuville henkilöille.

Rikoslaki

Huuhausainerikoksista määrätään rikoslain (1889/39) 50. luvussa, jonka muutoksella (1304/1993) huuhausainerikokset jaetaan huuhausainerikokseen, sen valmisteluun tai sen edistämiseen (maksimirangaistus 2 vuotta vankeutta) sekä törkeään huuhausainerikokseen (vankeustuomio 1–10 vuotta). Vuonna 2001 tuli voimaan rikoslain muutos (654/2001), jossa määriteltiin huuhausaineen käyttörikos (maksimirangaistus puoli vuotta vankeutta). Vuonna 2006 myös huuhausainerikoksen valmistelun tai edistämisen yritys määriteltiin rangaistavaksi (928/2006).

Rikoslain mukaan huuhausaineen käyttörikos on mahdollista käsitellä rangaistusmääräysmenettelyssä (692/1993). Menettelyä käytetään tapauksissa, joissa voidaan määrätä sakko tai enintään kuusi kuukautta vankeutta. Rangaistusvaatimuksen antaa poliisimies, tullimies tai muu laissa säädettyä valvontaa suorittava virkamies omasta aloitteestaan tai syyttäjän puolesta. Rikoslain muutoksella (578/2008) päätettiin, ettei rangaistusmääräysmenettelyssä annettua sakkorangaistusta muunneta vankeudeksi. Käytännössä tämä tarkoittaa, että poliisin tai syyttäjän rangaistusvaatimusmenettelyssä antamia sakkoja myöskään huuhausaineen käyttörikoksesta ei enää voi muuntaa vankeudeksi. Syyttämättäjättämispäätös käyttörikoksesta voidaan tehdä, mikäli tekijä hakeutuu hoitoon tai mikäli alle 18-vuotiaalle on järjestetty puhuttelu. (Kainulainen 2009.)⁵

Rikoslain (1889/39) 23. luku koskee liikennejuopumusta. Siinä säädetään myös huuhausaineista. Vuodesta 2003 lähtien huuhausaineiden tai huuhausaineeksi luokiteltujen lääkeaineiden käytölle ilman reseptiä tieliikenteessä on ollut nollatoleranssi.

⁵ Ks. myös alaluku 9.2 vaihtoehtoiset seuraamukset.

Lisäksi laittomien huumeiden valvonnasta säädetään pakkokeinolaissa (450/1987). Siinä esitetään muun muassa ehdot telekuuntelulle, televalvonnalle ja tekniselle tarkkailulle. Poliisilaissa (493/1995) säädetään tarkemmin peitetoiminnan ja valeostojen sekä muiden merkittävien tiedonhankintamenetelmien toteuttamisesta, jotka liittyvät vakavan ja järjestäytyneen rikollisuuden (mm. huumausainerikollisuuden) estämiseen, paljastamiseen ja selvittämiseen.

Seuraamuslainsäädäntö

Vankeuslaki (686/2005) säätelee huumausaineita koskevaa vankilavalvontaa sekä vankiloissa toteutettavaa ehkäisevää ja hoitavaa huumetyötä. Lain mukaan suljetulla osastolla vankeusvangille on varattava mahdollisuus asua osastolla (sopimusosasto), jolla vangit sitoutuvat päihdeettömyyden valvontaan ja osastolla järjestettävään toimintaan. Vanki, jolla on päihdeongelma, voidaan myös sijoittaa määräajaksi vankilan ulkopuoliseen laitokseen, jossa hän osallistuu päihdehuoltoon tai hänen selviytymismahdollisuuksiaan parantavaan toimintaan, jos vanki ei käytä päihkeitä ja sitoutuu noudattamaan liikkumista koskevia ehtoja.

1.2 Huumausainepolitiikka ja sen koordinaatio

Suomen huumausainepolitiikka perustuu yleisiin yhteiskuntapoliittisiin toimiin, kansalliseen lainsäädäntöön ja kansainvälisiin sopimuksiin, joilla kaikilla ehkäistään huumausaineiden kysyntää ja tarjontaa, vähennetään huumausaineiden aiheuttamia haittoja sekä pyritään saattamaan huumeongelmista kärsivät mahdollisimman varhain hoitoon sekä laittomaan toimintaan syyllistyneet rikosoikeudelliseen vastuuseen. Huumausainepolitiikan peruslinja ei ole merkittävästi muuttunut viime vuosina. Valvontaa on kuitenkin kiristetty muuntohuumeisiin liittyvän lainsäädännön myötä. Suomi noudattaa ja toimeenpanee huumausainepolitiikkassaan Yhdistyneiden Kansakuntien huumausaineiden vastaisia sopimuksia sekä Euroopan unionin huumausainestrategiaa vuosille 2005–2012. (Valtioneuvosto 2007a.) Huumausaineiden vastaisessa työssä otetaan lisäksi huomioon hallituksen (myös aiempien hallitusten voimassa olevissa) eri ohjelmissa sovittavat toimenpiteet sekä muun muassa sisäisen turvallisuuden ohjelmassa määritellyt keinot.

Huumausainepolitiikan koordinaatiovastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Koordinaatiolla sovitaan yhteen kansallisia huumausainepolitiikkaan liittyviä toimenpiteitä. Huumepolitiikan koordinaation kannalta tärkein yhteistyöelin on sosiaali- ja terveysministeriön johtama kansallinen huumausainepoliittinen koordinaatio-ryhmä, johon kukin hallinnonala tuo keskusteltavaksi yleistä huumausainepoliittista merkitystä sisältävät valmistelussa olevat asiat. Ryhmässä ovat edustettuina sisäasiainministeriö, Poliisihallitus, oikeusministeriö, Valtakunnansyyttäjänvirasto, valtiovaraministeriö, Tulli, opetus- ja kulttuuriministeriö, Opetushallitus, ulkoasiainministeriö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Koordinaatio-ryhmä käsittelee muun muassa lainsäädäntömuutoksia ja

uusia tutkimustuloksia ja tekee aloitteita uusista toimenpiteistä. Koordinaatioryhmä raportoi valtioneuvostolle huumausainetilanteesta ja uusista toimenpiteistä säännöllisesti.

Huumausainepolitiikan taustaa

Ensimmäinen kansallinen huumausainestrategia valmistui Suomessa vuonna 1997. Strategian tavoitteena oli pysäyttää huumausainekäytön ja huumausainerikollisuuden kasvu. Strategian pohjalta on tehty valtioneuvoston periaatepäätöksiä vuosina 1998, 2000, 2004, 2008 ja 2012.

Ensimmäisen kansallisen huumausainekomitean työtä käsittelevän Tuukka Tammen (2007) väitöskirjan mukaan vastakkain komiteassa oli kaksi näkemystä huumeasioiden määrittelystä. Poliisiviranomaiset ajoivat huumeista vapaata yhteiskuntaa ja tiukempaa kontrollia. Sosiaali- ja terveyssektorin sekä oikeuspoliittisten toimijoiden muodostama allianssi kannatti haittojen vähentämisen politiikkaa. Haittojen vähentämisen yleinen tavoite ei perustunut vain huoleen kansanterveydestä. Käsitteen ideologiset juuret johtavat 1960–70-luvulta lähteneeseen rationaalisen ja humanin kriminaalipolitiikan traditioon, jonka mukaan kriminaali- ja sosiaalipolitiikka tähtää ensisijaisesti sosiaalisten haittojen minimointiin. (Tammi 2007.)

Tutkimuksen mukaan haittojen vähentäminen ei kuitenkaan ole uhannut huumeiden kieltolakipolitiikkaa, vaan on muodostunut sen osaksi. Haittojen vähentämistä on toteutettu perustamalla ruiskujen ja neulojen vaihtopisteitä (huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteitä) ja laajentamalla opioidikorvaushoitoa. Tämä on merkinnyt erikoistuneiden, lääketieteeseen pohjautuvien palvelujen syntyä ja lääkärikunnan lisääntyneitä panosta huumeongelmien hoidossa. Samanaikaisesti huumeiden käytön rikosoikeudellinen kontrolli on tehostunut. Haittojen vähentäminen ei näin ole merkinnyt siirtymää liberaalimpaan huume politiikkaan, eikä se ole heikentänyt perinteistä huumeiden totaalikieltoon perustuvaa politiikkaa. Sen sijaan haittojen vähentäminen yhdistyneenä rankaisevaan kieltolakipolitiikkaan muodostaa Suomessa vallalla olevan kahden raiteen huume poliittisen paradigman. (Tammi 2007.)

Vuonna 2008 hyväksytty Arne Kinnusen väitöskirjatutkimus⁶ arvioi, että sosiaali- ja terveystieteellisistä painotuksista huolimatta suomalainen huume politiikka

⁶ Tutkimus käsittelee huume markkinoiden ja -rikollisuuden kehitystä 1990-luvun puolivälin jälkeen, huumausainerikoksiin syyllistyneiden rikosuraa ja sosioekonomista asemaa sekä huumausainerikosongelman viranomaiskontrollilla. Tutkimus perustuu tilastollisiin aineistoihin, poliisityön havainnointiin, viranomaisten ja huume markkinoilla toimivien haastatteluihin sekä viranomaisdokumenteihin. Tutkimuksen mukaan aikaa 1990-luvun puolivälin jälkeen on leimannut sekä huumeiden käytön yleistyminen ja huume ongelmien vakavoituminen että huume kontrollin tiivistyminen. Tänä aikana huume ongelmien ehkäisy nousi viranomaistoiminnan keskiöön ja resursseja huumeiden vastaiseen toimintaan lisättiin. Rikosoikeudellista kontrollia vahvistettiin ja huume torjunta nousi poliisin ja tullin toimintastrategioiden kärkikohteiksi. Huumerikollisuuden ehkäisy ja paljastaminen otettiin osaksi poliisin valvontatoimintaa koko maassa. Tämä näkyi selvänä rikostilastojen kasvuna. (Kinnunen 2008.)

hyödyntää edelleen rikosoikeusjärjestelmää. Suomessa huumerikoksista tuomitaan ankarammin kuin muista rikoksista. Huumeiden käytön kriminalisointi ja sakotuskäytännön kiristyminen osoittavat, että huumeiden käyttöön suhtaudutaan moralistisemmin ja kielteisemmin kuin muiden päihteiden käyttöön tai muuhun henkilökoh-
 taiseen riskikäyttäytymiseen. Lisäksi rikoskontrolli kohdistuu huonossa sosioeko-
 nomisessa asemassa oleviin henkilöihin. (Kinnunen 2008.)

Samantapaiseen johtopäätökseen tuli Heini Kainulainen väitöskirjassaan. Hänen mukaansa viime vuosina rikosoikeudellisessa seuraamusjärjestelmässä⁷ on kiinnitetty enenevästi huomiota rikoksenteijään, mikä ilmenee erityisesti päihdeongelmaisilla rikoksenteijöillä. Esimerkiksi toimenpiteistä luopuminen on yhä hyvin harvinainen seuraamus vaikka sille olisi erityistä tarvetta huumausainerikoksissa. Poliisi on perinteisesti ollut varsin haluton soveltamaan tätä säännöstä, sillä se on pitänyt tärkeänä huumeiden käyttäjien toimintaan puuttumista. Myös syyttäjä oli pitkään tällä linjalla. (Kainulainen 2009.)

Suomalaisessa kriminaalipoliittisessa ajattelussa on perinteisesti pidetty tärkeänä asettaa inhimillisesti tärkeitä ja sosiaalisesti oikeudenmukaisia arvoja etusijalle ja vahvistaa rikoksia ehkäiseviä toimia. Rangaistuksen rooli on nähty toissijaisena. Huumeapolitiikassa rikosoikeus on kuitenkin säilynyt keskeisenä siitä huolimatta, että haittojen vähentämisen politiikka on saanut jalansijaa ja hyvinvointiyhteiskunta on kyennyt tuottamaan kasvavan määrän hoitopalveluja ongelmakäyttäjille. (Kinnunen 2008.)

Nykyinen huumausainepolitiikka

Suomeen nimettiin uusi hallitus kesäkuussa 2011. Uudessa hallitusohjelmassa on sitouduttu

- tehostamaan toimia koko väestön sekä erityisesti lasten ja nuorten suojelemiseksi alkoholin, tupakan, huumausaineiden ja rahapeliongelmiin aiheuttamilta haitoilta,
- sitouduttiin tekemään toimenpideohjelma huumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi,
- arvioimaan huumausainelainsäädännön kehittämistarpeet,

⁷ Vuonna 2001 voimaan tullessa huumausaineen käyttörikosuudistuksessa poliisi sai mahdollisuuden sakottaa huumeiden käyttäjiä rangaistusmääräysmenettelyssä, ja samalla korostettiin rangaistukselle vaihtoehtoisten seuraamusten käyttämistä. Alaikäiset on sakottamisen sijasta puhuteltava ja hoidon tarpeessa olevat ongelmakäyttäjät on ohjattava hoitoon. Käytännössä huumausaineen käyttörikosuudistus 2000-luvun alussa johti kuitenkin huumeiden käyttäjien sakottamisen voimakkaaseen lisääntymiseen rangaistusmääräysmenettelyssä. Koska jälkimmäisessä tapauksessa syyttämättä jättämiselle on vähemmän edellytyksiä, käytäntö johti myös syyttämättä jättämisen vähenemiseen sekä välillisesti seuraamus-
 käytännön uudelleen kiristymiseen. Huumausaineen käyttörikosuudistuksessa tavoiteltu huumeiden ongelmakäyttäjien hoitoon hakeutumisen tehostaminen ei käytännössä ole onnistunut, sillä toimenpiteistä luopuminen hoitoon hakeutuneista on edelleen hyvin harvinaista. (Kainulainen 2009.)

- lisäämään huuhausaineiden käyttäjien matalan kynnyksen palveluja, terveysneuvontaa ja etsivää työtä,
- tehostamaan poliisin tekemää hoitoonohjausta ja
- lisäämään mahdollisuuksia päihdeongelmien hoitoon vankeuden aikana.

(Valtioneuvosto 2011a.)

Valtioneuvoston periaatepäätös huuhausaineohjelmasta huuhausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen ehkäisemiseksi hyväksyttiin elokuussa 2012. Toimenpideohjelmassa on viisi osa-aluetta: 1) Ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen, 2) Huuhausainerikollisuuden torjunta, 3) Huuhausainehaittojen ehkäisy ja hoito, 4) EU:n huuhausainepolitiikka ja kansainvälinen yhteistyö ja 5) Huuhausaineongelmaa koskeva tiedonkeruu ja tutkimus. (STM 2012a.)

1. Ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen

Ehkäisevä päihdetyö kuuluu raittiustyölain (828/1982) mukaan kunnille. Ehkäisevää päihdetyötä toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa, nuorisotyössä, kouluissa, oppilaitoksissa, seurakunnissa ja järjestöissä. Hallinnonalojen välinen yhteistyö ja paikallistason viranomaisyhteistyö on oleellista huumehaittojen ehkäisemisessä. Ehkäisevän päihdetyön laatua ja työmenetelmiä kehitetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa sekä järjestöissä ja kunnissa. Raittiustyölain uudistuksen tavoitteena on varmistaa ehkäisevän päihdetyön asema kunnissa sekä se, että kuntarakenteiden muuttuessa otetaan huomioon myös ehkäisevän päihdetyön asema.

Myös nuorisolaki (72/2006) edellyttää paikallisten viranomaisten monialaisen yhteistyön yleistä suunnittelua ja toimeenpanon kehittämistä. Tätä varten kunnassa on oltava nuorten ohjaus- ja palveluverkosto, johon kuuluvat opetus-, sosiaali- ja terveys- ja nuorisotoimen sekä työ- ja poliisihallinnon edustajat. Verkosto toimii vuorovaikutuksessa nuorten palveluja tuottavien yhteisöjen kanssa.

Hallituskauden tavoitteena on

- vahvistaa nuorten osallistumista nuorten ehkäisevän päihdetyön päätöksentekoon ja toteutukseen,
- selkeyttää ehkäisevän työn työnjakoa ja rakenteita,
- tukea kouluissa ja oppilas- ja opiskelijahuollossa tehtävää ehkäisevää päihdetyötä,
- tiivistää poliisin ja muiden viranomaistahojen yhteistyötä paikallistasolla,
- puuttua varhain nuorten päihdeongelmaisten rikoksiin ja
- lisätä syyttäjävetoisia alaikäisten ensikertalaisten puhutteluja.

2. Huuhausainerikollisuuden torjunta

Rikostorjunnan tavoitteena on lisätä kiinnijäämisriskiä Suomessa tehdyissä törkeissä ja levittämistyyppisissä huuhausainerikoksissa. Tavoitteena on, että rikosvastuu toteutetaan saumattomalla kansainvälisellä yhteistyöllä tekijän koti- tai oleskeluvaltiossa. Huuhausaineen maahantuontia torjutaan poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen

yhteistyöllä (PTR-yhteistyö) takavarikoimalla huumausaine pääsääntöisesti maan rajoilla, ellei rikollisen toiminnan kokonaisvaltainen selvittäminen edellytä valvottua läpilaskua tai muita vastaavia toimenpiteitä. Huuhausaineiden ja huumausaineeksi luokiteltujen lääkeaineiden katutason levityksen valvonta on osa poliisin perustointia. On tärkeää myös paljastaa huumausaineisiin liittyvää oheisrikollisuutta kuten rahanpesua ja saada pois rikoksen tuottamaa hyötyä.

Hallituskauden tavoitteena on

- tehostaa tietojohdoista huumausainerikostorjuntaa (intelligence led law enforcement) lainvalvontaviranomaisten kesken,
- torjua huumausainerikollisuutta verkossa,
- selvittää mahdollisuutta tarkistaa huumausainelainsäädäntöä muuntohuumeisiin liittyvien haittojen ehkäisemiseksi,
- lisätä laboratorioviranomaisten yhteistyötä muuntohuumeisiin liittyvien haittojen ehkäisemiseksi.

3. Huuhausainehaittojen ehkäisy ja hoito

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan päihdehuollon palveluja tulee antaa päihteiden ongelmakäyttäjälle, hänen perheelleen ja muille läheisille. Palveluja on annettava asiakkaan avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Toiminnassa on otettava huomioon ensisijaisesti päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu. On olemassa vankkaa näyttöä siitä, että huumeongelman hoitaminen tulee yhteiskunnalle halvemmaksi kuin hoidotta jättäminen. Huumeongelman käsittelyä palvelujärjestelmässä voi haitata se, että huumeiden käyttö on rangaistavaa eikä ongelmasta uskalleta kertoa palvelujärjestelmässä, vaikka siitä kysyttäisiinkin.

Päihdeongelmasta toipuminen on pitkäaikainen prosessi, jossa voidaan eri vaiheissa tarvita erilaisia hoito- ja tukimuotoja, ja päihdepalvelujen monimuotoisuus olisi tärkeää säilyttää. Hallitusohjelman tavoitteena on huumausaineiden käyttäjien matalan kynnyksen palveluiden, terveysneuvonnan ja etsivän työn lisääminen. Hoidon kynnystä on siis edelleen madallettava ja hoitoon hakeutumisen esteitä poistettava. Palveluiden kehittämisessä ja tarjoamisessa on tärkeä tiivistää myös kuntien, järjestöjen ja seurakuntien päihdetyön yhteistyötä.

Hallituskauden tavoitteena on

- varmistaa huumausaineiden käyttäjien terveysneuvontatyön kattavuus ja laatu,
- selvittää huumehoitojärjestelmän tilanne kattavien palveluiden parantamiseksi,
- tehostaa poliisin tekemää hoitoonohjausta,
- vahvistaa viranomaisten, hoitopalveluiden ja vertaistyön välistä tiedonkulkua,
- ehkäistä reseptilääkkeiden väärinkäyttöä ja
- lisätä mahdollisuuksia päihdeongelmien hoitoon rangaistuksen täytäntöönpanon aikana.

4. EU:n huuhausainepolitiikka ja kansainvälinen yhteistyö

Suomi osallistuu Suomen toimintalinja kansainvälisessä huuhausainetorjunnassa -periaatepäätöksen mukaisesti aktiivisesti EU:n tulevan huuhausainestrategian ja toimenpideohjelman suunnitteluun ja toteuttamiseen ja kansainväliseen huuhausainneiden vastaiseen yhteistyöhön Yhdistyneiden kansakuntien, Euroopan neuvoston, Itämeren alueellisen yhteistyön ja Pohjoismaiden ministerineuvoston huuhausainepoliittisilla foorumeilla sekä muissa vakiintuneissa yhteistyöryhmissä.

Suomi pyrkii purkamaan EU:n ja Euroopan neuvoston toiminnassa mahdollisesti olevia päällekkäisiä rakenteita. Suomi osallistuu huuhausainneiden torjuntaan liittyvään työhön myös kehitysyhteistyövaroin.

Suomi tukee YK:n huuhausaine- ja rikostoimiston (UNODC) johtavaa asemaa kansainvälisen huuhausainetorjunnan suunnittelussa ja toteuttamisessa. Suomi tukee aktiivisesti EU:n pyrkimyksiä vahvistaa EU:n huuhausainestrategisia ja toiminnallisia linjauksia YK:ssa sekä muussa kansainvälisessä huuhausaineyhteistyössä.

Hallituskauden tavoitteena on

- selkeyttää Suomen toimintaa eri foorumeilla ja
- jatkaa UNODC:n huumeidenvastaisen työn tukemista yleisrahoituksella sekä temaattisella rahoituksella.

5. Huuhausaineongelmaa koskeva tiedonkeruu ja tutkimus

Suomessa kehitetään huumeiden käyttöön, huumemarkkinoihin, huumeidenkäyttäjien hoitoon ja huumeongelmien torjuntakeinoihin liittyvää tutkimusta ja tutkijakoulutusta, edistetään suomalaistutkijoiden kansainvälistä yhteistyötä ja seurataan säännöllisesti kansalaisten huuhausaineisiin, niiden käyttöön ja haittoihin liittyviä mielenpitoita. Kansallista tietoa tuotetaan myös EU:n ja YK:n tiedonkeruujärjestelmiin. Huumetutkimusta tekevät muun muassa Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos ja yliopistot.

Hallituskauden tavoitteena on

- vahvistaa alan tutkimustoimintaa ja
- kehittää huuhausainepolitiikan arviointia päätöksenteon tukena.

1.3 Huuhausainepolitiikkaan vaikuttavat hallituksen ohjelmat ja työryhmät

Köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen ehkäiseminen on yksi vuosien 2011–2015 hallitusohjelman kolmesta painopistealueesta. Hallituksen poikkihallinnollinen syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveysongelmia vähentävä toimenpideohjelma pyrkii luomaan pysyvän toimintamallin, jolla hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen otetaan osaksi kaikkea yhteiskunnallista päätöksentekoa. Ohjelmaan kuuluu eri hallinnonalojen kärkihankkeita joilla pyritään vahvistamaan osallisuutta. (STM 2012b).

Yleisen hyvinvointipolitiikan ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laajalainen kehittäminen jatkuu edelleen. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) jatkuu toista nelivuotiskautta. (STM 2012c.) Ohjelma jatkaa perusterveydenhuollon, sosiaalityön, ensihoidon sekä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä.

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen keskittyvä kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma Mieli 2009–2015 (STM 2009b) korostaa ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista sekä painopisteen siirtämistä palveluissa perus- ja avopalveluihin. Suunnitelman mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmaisten on saatava palveluja joustavasti yhden oven kautta ja yhdenvertaisesti muiden kanssa. Mahdollisten toimintauudistusten toteuttamiseksi THL julkaisi lisäksi oppaan mielenterveys- ja päihdetyön strategiseksi suunnitteluksi kunnissa tai aluetasolla. (Laitila ym. 2009).

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanosta vastaavat STM ja THL. THL julkaisi vuonna 2010 kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa, sen vastaanottoa⁸ sekä siihen liittyvää toimeenpanosuunnitelmaa koskevan raportin. (Partanen ym. 2010.)

Erityisesti kokemusasiantuntijuus ja vertaistyö, tahdosta riippumattoman hoidon lainsäädännön uusiminen ja uudet keinot pakkohoidon vähentämiseksi ja matalakynnyksiset peruspalvelut ovat keskeisiä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen vaikuttavia linjauksia. Kehittämistyön kenttä ulottuu julkisen palvelujärjestelmän lisäksi vahvasti myös kolmannelle sektorille. Sosiaali- ja terveyssektorin lisäksi yhteistyössä mukana ovat myös tahot, kuten opetus-, kulttuuri- ja muu vapaaajantoiminta, elinkeinoelämä sekä asuin- ja elinympäristöjen rakentamisesta vastaavat tahot. (STM 2009b).

Nuorisopolitiikan kehittämisohjelma laaditaan nuorisolain (72/2006) mukaan joka neljäs vuosi. Ensimmäisessä lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelmassa vuosille 2007–2011 (OKM 2007) todettiin, että mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen sukupolvelta toiselle on yksi vahvimista syrjäytymisen poluista. Ohjelma korosti, että lastensuojelun, päihdehuollon ja mielenterveyspalveluiden yhteistyötä tulee kehittää tavoitteena pystyä ottamaan huomioon aikuispalveluja tarvitsevien vanhempien lastensuojelun ja kuntoutuksen tarpeet. Myös rikosoikeudessa nuorisorangaistukseen voitaisiin sisällyttää mielenterveys- tai päihdehoitoa. (Nuorisosiaain neuvottelukunta 2011). Lakisääteinen vuosien 2012–2015 ohjelma valmis-

⁸ Muun muassa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollolle, järjestökentälle, oppilaitoksille jne. suunnatussa avoimessa internetkyselyssä tärkeäksi nähtiin erityisesti avo- ja peruspalveluiden kehittäminen sekä asiakkaan aseman vahvistaminen. Kritiikkiä tuli erityisesti sosiaalityön vähäisestä näkymisestä suunnitelmassa. Lisäksi vastauksissa näkyi huolestuneisuutta siitä, nouseeko päihdeongelmaisten hoitoon pääsyn kynnyks nykytilaan verrattuna. Eniten epävarmuutta liittyi esitykseen psykiatrisen sairaalahoidon siirtämiseen yleissairaaloitten yhteyteen.

tui joulukuussa 2011 ja se sisältää myös tavoitteita nuorten päihteiden käytön ja mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn. (OKM 2012).

Sisäisen turvallisuuden ohjelma on hallituksen poikkihallinnollinen ohjelma, joka sisältää eri hallinnonalojen toimenpiteet turvallisuuden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Aiemmat periaatepäätökset ohjelmasta on tehty vuosina 2004 ja 2008. Vuoden 2008 sisäisen turvallisuuden ohjelman toimeenpanosta on raportoitu vuosittain väliraporteissa (SM 2009, SM 2010 ja SM 2011a). Vuosiksi 2012–2015 tehty ohjelma on kolmas poikkihallinnollinen ohjelma. Tavoitteena on muun muassa parantaa syrjäytymistä, koska se aiheuttaa turvallisuusuhkia. Syrjäytymiseen liittyy yleensä päihteiden ongelmakäyttöä ja ohjelman tavoitteena on torjua alkoholi- ja muita päihdesidonnaisia turvallisuusuhkia. (SM 2012.)

Sisäasiainministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä valmisteli selvityksen päihtyneiden kiinniottamisesta, kuljettamisesta, kohtelusta ja hoidosta. Työryhmän johtopäätös oli, että poliisin osuutta päihtyneiden kiinnitoissa, kuljettamisessa ja säilöönotoissa on perusteltua vähentää ja vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden roolia. Selviämishoitoasemat tulisi sijoittaa joko terveydenhuollon päivystyspalveluiden tai päihdehuollon palveluiden yhteyteen tai poliisin säilytysuojan välittömään läheisyyteen. Keskeisinä kehittämisehdotuksina painotettiin ehkäisevän päihdetyön sekä asunnottomien palveluiden kehittämistä päihtyneiden säilöönottotarpeen vähentämiseksi, yksityisen turva-alan roolin selkiyttämistä päihtyneisiin liittyvissä tehtävissä, uusien toimintamallien kokeiluja sekä toimijoiden välisen tiedonvaihdon ja tilastoinnin kehittämistä. Kehittämistyössä tulisi huomioida alueelliset erityispiirteet ja erityisesti harvaan asuttujen alueiden pitkät etäisyydet. (SM 2011b.)

1.4 Taloudelliset analyysit

Julkiselle sektorille aiheutuneet huumehaittakustannukset

Julkiselle sektorille aiheutuneet huumehaittakustannukset lasketaan Suomessa vaikiintunutta laskentakehikkoa käyttäen (Salomaa 1996; Hein & Salomaa 1998). Laskentakehikkoa on päivitetty vuosien 2011 ja 2012 aikana, ja tässä kappaleessa julkaistaan päivitettyllä laskentakehikolla lasketut huumehaittakustannukset. Haittakustannukset lasketaan vuosittain ja ne julkaistaan THL:n Päihdetilastollisessa vuosikirjassa. Päihdehaittakustannukset -tilastoraportti julkaistaan muutaman vuoden välein.

Vuonna 2011 huumeet aiheuttivat julkiselle sektorille⁹ noin 242–310 miljoonan euron haittakustannukset, mikä oli noin 0,15 prosenttia bruttokansantuotteesta. Huumehaittakustannukset muodostuvat pääosin haittojen hoitamisesta ja korjaami-

⁹Aineistona on käytetty ministeriöiden ja valtion virastojen sekä laitosten budjetti- ja tilinpäätöskertomuksia laskentavuodelta.

sesta. Huumehaittakustannusten rakenne painottuu sosiaalihuollon sekä yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kustannuksiin.

Julkisista huumehaittakustannuksista suurin erä (29 %) oli sosiaalihuollon haittakustannukset, jotka olivat 67–94 miljoonaa euroa. Suurin osa kustannuksista, noin 43 miljoonaa euroa, aiheutui päihdehuollon kustannuksista. Vuonna 2011 sosiaalihuollon huumehaittakustannukset ovat kasvaneet noin 37 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Seuraavaksi eniten (27 %) haittakustannuksia aiheutui järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kustannuksista, jotka olivat noin 73 miljoonaa euroa. Oikeuslaitoksen ja vankiloiden haittakustannusten osuus oli kolmanneksi suurin (21 %), ja ne olivat 56–58 miljoonaa euroa.

Terveystieteiden huumehaittakustannuksiin lasketaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon avo- ja vuodeosastohoidon kustannuksia, jotka olivat yhteensä 34–57 miljoonaa euroa vuonna 2011. Terveystieteiden huumehaittakustannukset kasvavat noin 20 prosenttia vuoteen 2010 verrattuna. Eniten haittakustannuksia, 13 miljoonaa euroa, aiheutui huumeiden käyttöön liittyvien sairauksien hoidosta psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa.

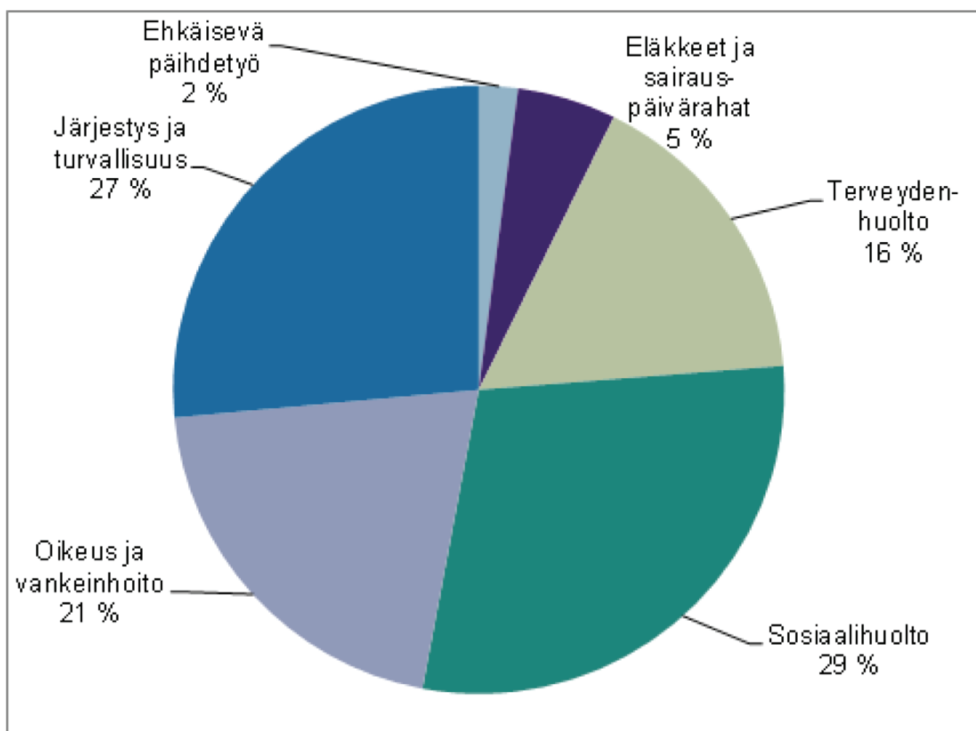
Huume-ehtoisista eläkkeistä ja sairauspäivärahoista aiheutui 7–22 miljoonan euron haittakustannukset. Ehkäisevä päihdetyö käsittää Raha-automaattiyhdistyksen ehkäisevään huumevähennyksen kohdistamat avustukset. Ehkäisevää päihdetyötä voidaan tehdä kunnissa budjettivaroin, mutta näiden kustannusten huomioimiseen haittakustannuslaskennassa ei ole keinoja. Ehkäisevään huumevähennyksen kohdistetut avustukset olivat 2 prosenttia julkisista huumehaittakustannuksista. (Jääskeläinen 2012.)

Taulukko 1. Julkiselle sektorille aiheutuneet huumehaittakustannukset pää- ja alaryhmittäin 2011, miljoonaa euroa.

	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Muutos ed. vuoteen, %
VÄLITTÖMÄT KUSTANNUKSET	355,4	423,1	389,3	10,5
Terveydenhuoltokustannukset	33,8	57,1	45,4	19,7
Erikoissairaanhoito	27,7	43,9	35,8	16,5
<i>*Somaattinen erikoissairaanhoito</i>	12,9	15,8	14,4	16,9
<i>*Psykiatrinen erikoissairaanhoito</i>	14,8	28,1	21,4	16,3
Perusterveydenhuolto	6,1	13,1	9,6	32,8
Eläkkeet ja sairauspäivärahat	6,8	21,9	14,4	3,4
Työkyvyttömyyseläkkeet	2,9	17,6	10,3	3,5
Sairauspäivärahat	0,8	1,3	1,1	-0,3
Perhe-eläkkeet	3,1	3,1	3,1	4,3
Sosiaalihuollon kustannukset	66,8	94,4	80,6	37,5
Päihdehuolto	30,5	56,3	43,4	78,6
Toimeentulotuki	2,6	4,3	3,4	26,6
Lastensuojelu	33,4	33,4	33,4	6,7
Kotipalvelut	0,3	0,5	0,4	19,6
Järjestys ja turvallisuus	73,0	73,0	73,0	-5,2
Poliisi	38,3	38,3	38,3	-12,9
Pelastustoimi	23,2	23,2	23,2	4,4
Tulli	11,5	11,5	11,5	6,3
Rajavartiolaitos	-	-	-	-
Oikeusjärjestelmä ja vankeinhoito	55,9	57,7	56,8	-3,6
Oikeusasteet, syyttävä, oikeusapu ja ulosotto	10,3	12,1	11,2	-15,0
Vankeinhoito	45,1	45,1	45,1	-0,3
Muut	0,4	0,5	0,4	-2,4
Onnettomuus- ja rikosvahingot	113,4	113,4	113,4	17,6
Muut kustannukset				
**Ennaltaehkäisevä päihdetyö	5,7	5,7	5,7	-40,1

*) Luokittelut on tehty COFOG (Classification of the Functions of Government) luokittelujen mukaisesti.

***) Toteutettu luokitteluperusteen muutos



Kuvio 1. Julkisten huume-ehtoisten haittakustannusten rakenne 2011.

Lähde: Päihdehaittakustannukset, THL.

Yhteiskunnalliset haittakustannukset

Vuonna 2011 huumeusaineiden ja lääkeaineiden väärinkäyttö aiheutti noin 355–423 miljoonan euron yhteiskunnalliset haittakustannukset (Taulukko 2.). Yhteiskunnalliset haittakustannukset sisältävät julkisen sektorin ohella myös yrityksille ja kotitalouksille aiheutuneita kustannuksia. Yhteiskunnallisiin huumehaittakustannuksiin lasketaan huume-ehtoisten tapaturmien, tulipalojen ja liikenneonnettomuuksien vuoksi maksettuja vakuutuskorvauksia sekä rikosten aiheuttamien vahinkojen kustannuksia. Huume-ehtoisten onnettomuuksien ja rikosten aiheuttamien vahinkojen haittakustannukset olivat noin 113 miljoonaa euroa vuonna 2011. Onnettomuus- ja rikosvahinkojen haittakustannukset kasvoivat noin 18 prosenttia vuoteen 2010 verrattuna. Yhteiskunnallisten huumehaittakustannusten suhde bruttokansantuotteeseen oli noin 0,2 prosenttia vuonna 2011. (Jääskeläinen 2012.)

Taulukko 2. Huumehaittakustannukset pääryhmittäin vuosina 2007–2011 (käyvin hinnoin), miljoonaa euroa.

	Terveydenhuolto		Eiäkkeitä ja sairauspäivärahat		Sosiaalihuolto		Järjestyksen ja turvallisuuden ylläpito		Oikeusjärjestelmä ja vankeinhoito		Muut (ehkäisevä päihdetyö)		Onnettomuus- ja rikosvahingot		Haittakustannukset yhteensä	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
2007	25	43	7	20	41	56	69	69	54	56	13	13	95	95	303	352
2008	28	48	7	19	45	62	73	73	57	59	11	11	96	96	317	368
2009	28	48	7	20	48	67	73	73	57	59	11	11	99	99	324	377
2010	28	48	7	21	49	68	77	77	58	60	10	10	96	96	325	380
2011	34	57	7	22	67	94	73	73	56	58	6	6	113	113	355	423

Lähde: Päihdehaittakustannukset, THL.

2 Huumeiden kokeilu ja käyttö

Suomessa huumeitrendit ovat seuranneet kansainvälisiä virtauksia. Maassamme on kansainväliseen tapaan ilmennyt kaksi suurempaa huumeaaltoa, ensimmäinen 1960-luvulla ja viimeisin 1990-luvulla.

Huumeiden kokeilun ja käytön lisääntyminen 1990-luvulla oli 1960-luvun tapaan nuoris- ja sukupolvi-ilmiö. Teknokulttuuri levisi 1980-luvun lopussa pienenä underground-liikkeenä myös Suomeen. Ilmiö alkoi yleistyä vasta 1990-luvun puolivälissä erityisesti nuorten (15–34-vuotiaiden) aikuisten keskuudessa. Ilmiö monimuotoistui 1990-luvun loppupuolella eikä enää rajautunut kaupunkilaisnuorten marginaaliseksi juhlimismuodoksi. Tutkimusten mukaan 1990-luvulla huumeikokeilujen nousutrendi lähti voimakkaammin liikkeelle miesten keskuudessa. Naisilla kasvuvauhti kiihtyi vasta vuosikymmenen puolen välin jälkeen. Huumeita kokeilleiden osuus kasvoi 1990-luvun loppuun asti, minkä jälkeen kasvukäyrässä näkyy selvä tasoittuminen. Nykyisin huumeiden käyttö on entistä enemmän osa nuorten arkipäivää ja sillä on huomattavasti aikaisempaa vahvempi asema sekä nuorten kaupunkilaisten juhlintatavoissa että myös päihteiden ongelmakäytössä.

Huumeikokeilut ja huumeiden käyttötaso ovat huomattavasti korkeammalla tasolla kuin 1990-luvun alussa. Ilmiötä selittää osittain 1990-luvulla ja sen jälkeen huumeikokeilunsa aloittaneen nuorisosukupolven osuuden kasvu huumeikokeiluja mittaavien väestökyselyjen otosjoukossa, samalla kun joukosta poistuvat vanhemmat ikäpolvet, joilta huumeiden käyttökokemus kokonaan puuttuu. Uusimmat tiedot osoittavat kokeilujen jälleen lisääntyneen, nyt erityisesti 25–34-vuotiaiden ikäluokassa. Vuoden 2010 tietojen mukaan noin 17 prosenttia 15–69-vuotiaista suomalaisista ilmoitti kokeilleensa joskus kannabista, viimeisen vuoden aikana noin 4 prosenttia. Miesten osuus kokeilleista oli hieman naisia suurempi. Eniten käyttöä oli 15–34-vuotiaiden ikäluokassa.

2.1 Huumeikokeilut Suomessa

Vuoden 2010 väestökyselyn mukaan 15–69-vuotiaassa väestössä joskus kannabista kokeilleiden osuus oli 17 prosenttia.¹⁰ Naisista kokeilleita oli 13 prosenttia ja mie-

¹⁰ Tutkimuksen kohdejoukon muodostivat 15–69-vuotiaat suomalaiset, joista poimittiin 4 250 henkilön otos syksyllä 2010. Perusotokseen valittiin satunnaisotannalla 3 000 henkilö kohdejoukosta ja lisäotokseen 1 250 henkilöä 15–39-vuotiaiden ikäryhmästä. Yliotannalla tahdottiin kohdistaa kyselyä huumeiden käytön kannalta aktiivisimpaan väestön osaan. Tutkittaville tarjottiin mahdollisuus vastata kysymyksiin joko internetissä tai postitse palautettavalla paperilomakkeella. Internetissä vastaaminen tapahtui henkilökohtaisen tunnuksen ja salasanan avulla. Vastausprosentin kohottamiseksi tutkittavia muistutettiin kahdella muistutuslomakkeella. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 2 023 henkilöä (48 %), mikä oli vuodesta 1992 alkaneen tutkimussarjan matalin vastausprosentti. (Hakkarainen ym. 2011b.)

histä noin 20 prosenttia. Kokeilut painottuvat nuorten 25–34-vuotiaiden aikuisten ikäluokkaan, jossa kokeilijoiden osuus oli 36 prosenttia. Amfetamiineja oli joskus elämänsä aikana kokeillut 2,1, ekstaasia 1,7, kokaiinia 1,5, ja opiaatteja 1,0 prosenttia. Nuorten 25–34-vuotiaiden ikäluokassa vastaajista amfetamiineja oli kokeillut 6,4, ekstaasia 5,9, kokaiinia 4,3, ja opiaatteja vajaa 3 prosenttia. Kyselyyn vastanneista viimeksi kuluneen vuoden aikana kannabista kokeilleita oli 4 prosenttia ja muita aineita kokeilleita selvästi alle 1 prosentti. Viimeisen kuukauden aikana kannabista kokeilleiden osuus oli 1 prosentti. 6,5 prosenttia oli käyttänyt unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä elinaikanaan väärin, esimerkiksi ilman lääkärin määräystä tai lääkärin määräämää suurempina annoksina. Käytön tavallisimpana motiivina mainittiin se, että pystyisi nukkumaan. Ikäluokassa 25–34-vuotiaat lääkkeiden väärinkäyttäjien osuus oli 9,9 prosenttia. (Hakkarainen ym. 2011a; Hakkarainen ym. 2011b.)

Kannabista viimeisen vuoden aikana kokeilleiden osuus näyttäisi jonkin verran kasvaneen 2000-luvun ajan. Muutos ei ole kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä. Sen sijaan merkitseviä muutoksia on tapahtunut erityisesti 15–34-vuotiaiden ikäluokan sisällä: vuodesta 2002 vuoteen 2010, 15–24-vuotiaiden kannabista kokeilleiden osuus pysyi lähes samana, kun taas 25–34-vuotiaiden osuus kasvoi nuorempien tasolle. Tämä merkitsi käyttötason lähes kolminkertaistumista 25–34-vuotiaiden ikäluokassa. Näin kannabiksen käytön kytkeytyminen yksinomaan nuorisokulttuuriin näyttäisi heikentyneen, samalla kun 2000-luvun vaihteen huumeiden kokeilijasukupolven kannabiksen käyttötottumukset näyttäisivät muuttuvan yhä pysyvämäksi ilmiöksi. Huomattava on myös ero huumeiden käytöllä sukupuolten välillä, sillä vielä nuorimmassa ikäryhmässä miesten ja naisten käyttötaso on lähes sama, mutta sen jälkeen miehet irtaantuvat omille lukemilleen. Toisin kuin miehillä, naisilla viimeaikainen käyttö vähenee jyrkästi jo 25–34-vuotiaiden ikäluokassa. (Hakkarainen ym. 2011b.)

Viimeisen kuukauden aikana kannabista kokeilleita oli 15–34-vuotiaiden joukossa edelleen 3 prosenttia ja 35–44-vuotiaiden joukossa enää prosentti, mikä osoittaa, että kannabiksen pitkäaikainen ja säännöllinen käyttö ei ainakaan vielä ole levinnyt laajemman väestöpohjan ilmiöksi. Poikkeuksen edellisestä muodostavat 2000-luvun vaihteessa huumeita käyttämään aloittaneet miehet, joista peräti 15 prosenttia kertoi käyttäneensä kannabista vuoden sisällä ja viisi prosenttia kuukauden aikana. (Hakkarainen ym. 2011b.)

Taulukko 3. Kannabista joskus kokeilleet ja viimeisen vuoden aikana kokeilleet ikäryhmittäin 1992–2010, %.

	1992	1996	1998	2002	2006	2010
Kokeillut joskus						
Kaikki	5	8	10	12	13	17
15–24	12*	14**	19	25	19	21
25–34	10	16	19	19	25	36
35–44	4	8	19	11	16	22
45–69	1	2	8	4	6	6
Kokeillut viimeisen vuoden aikana						
Kaikki	1	2	3	3	3	4
15–24	6*	9**	10	11	9	12
25–34	2	3	3	4	7	11
35–44	0	1	0	1	2	1
45–69	0	0	0	0	1	0

*=18–24-vuotiaat, **=16–24-vuotiaat

Lähde: Hakkarainen ym. 2011b.

Suomessa alkoholin käyttö ja siihen liittyvät ongelmat ovat perinteisesti olleet huomattavasti yleisempiä kuin huumausaineiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat. Kuitenkin huumausaineiden käyttö on lisääntynyt selvästi viimeisen 15 vuoden aikana. Mutta miten alkoholin käyttö ja huumeiden käyttö kytkeytyvät Suomessa toisiinsa? Tätä kysymystä on arvioitu edellä mainittujen väestökyselyjen vuosien 1998, 2002 ja 2004 aineistoja yhdistämällä. Aineisto jaettiin viiteen osaan: (1) huumeekulttuurin ulkopuoliset henkilöt, (2) huumetarjontaa kohdanneet henkilöt, (3) huumeiden kokeilijat, (4) kannabiksen käyttäjät ja (5) useiden eri huumeiden käyttäjät.¹¹ (Hakkarainen & Metso 2009.)

¹¹ Luokat määriteltiin seuraavasti: (1) henkilöt, jotka eivät ole kokeilleet ja joille ei ole koskaan tarjottu huumeita, (2) henkilöt joille on tarjottu mutta jotka eivät ole kokeilleet huumeita, (3) henkilöt, jotka ovat joskus kokeilleet huumeita, mutta eivät ole käyttäneet viime vuoden aikana, tai jotka ovat kokeilleet huumetta ensi kerran viime vuoden aikana, (4) henkilöt, jotka ovat käyttäneet kannabista viimeisen 12 kuukauden aikana sekä myös sitä ennen ja jotka ovat kokeilleet elämässään enintään kahta eri huumetta sekä (5) henkilöt, jotka ovat käyttäneet useampaa kuin kahta eri huumetta ja jotka ovat käyttäneet jotain

Humalajuominen (vähintään 6 annosta kerralla) ja ravintoloissa käynti oli selvästi yleisintä kannabista sekä useita eri huumeita käyttäneiden keskuudessa ja kaikkein vähäisintä huumetarjontaa kohtaamattomien henkilöiden keskuudessa. Tämä yhteys säilyi selkeänä, vaikka sukupuoli ja ikä vakioitiin. Lääkkeiden päihdekäyttö korostui erityisesti useita eri huumeita käyttäneiden keskuudessa. Tutkimuksen perusteella kytkeä alkoholin kulutuksen, erityisesti humalajuomisen, ja huumeiden käytön välillä näyttäisi olevan selkeä. Usein esitetty hypoteesi siitä, että kannabiksen käyttö korvaisi alkoholinkäyttöä, ei näyttäisi pätevän ainakaan Suomessa, vaan pikemminkin kannabiksen käyttö esiintyy usein runsaan alkoholinkäytön rinnalla. (Hakkarainen & Metso 2009.)

Uudempi ilmiö 2010-luvun lopun suomalaisessa huumeiden käytössä on kannabiksen kotikasvatuksen nopea lisääntyminen. Ilmiö näkyy rikostilastoissa ja sitä on selvitetty myös kyselytutkimuksella.¹² Takavarikkotilastojen perusteella 1990-luvulla vuosittaisten kannabiskasvitakavarikkojen määrä liikkui muutamissa sadoissa sen sijaan 2000-luvulla jo tuhansissa, ja vuonna 2010 yllettiin 15 000 kasviin. Vastaava nopea kasvu näkyy myös vertaamalla vuosien 2008 ja 2010 väestökyselyjen tietoja. Edellisessä hasiksen elinikäisprevalenssi oli suurempi kuin marihuanan (10 % vs. 9 %), kun vuonna 2010 osat olivat jo vaihtuneet (12 % vs. 13 %). Vuosi-prevalenssien osalta marihuana oli ohittanut hasiksen jo vuonna 2008, ja vuoden 2010 kyselyn mukaan vuoden aikana hasista käyttäneitä oli aikuisväestöstä 2 prosenttia ja marihuanaa käyttäneitä 4 prosenttia. Lisäksi 10 prosenttia vastaajista ilmoitti tuntevansa henkilökohtaisesti jonkun kannabiksen kasvattajan, vaikkakin vain prosentilla oli omaa kasvatuskokemusta. Silti voimasuhteiden muutos hasiksen ja marihuanan kokeilujen välillä lienee suurelta osin kannabiksen kotimaisen kasvatuksen seurausta. Viimeisen kuukauden aikana tapahtunutta kasvatusta koskevien kysymysten tuloksia vertaamalla tutkijat arvioivat Suomessa olevan lähes 10 000 kannabiksen aktiivista kotikasvattajaa. (Hakkarainen ym. 2011a.)

Kyselytutkimuksen perusteella suurin osa (72 %) kotikasvattajista kasvattaa 1–5 kannabiskasvia kerrallaan. Vain runsas kaksi prosenttia vastaajista ilmoitti kasvattaneensa enemmän kuin 20 kasvia kerrallaan. Nettikysely painottui hieman enemmän pienkasvattajiin, sillä poliisin takavarikkotilastojen perusteella 13 prosenttia takavarikoista kohdistui yli 20 kasvin viljelmiin. Kaikkiaan noin viidennes kyselyyn vas-

huumetta tai huumeita viimeisen vuoden aikana. Kaikkiaan tutkimuksessa oli mukana tiedot 7 227 henkilöstä. Analyysissa käytettiin logistista regressioanalyysia.

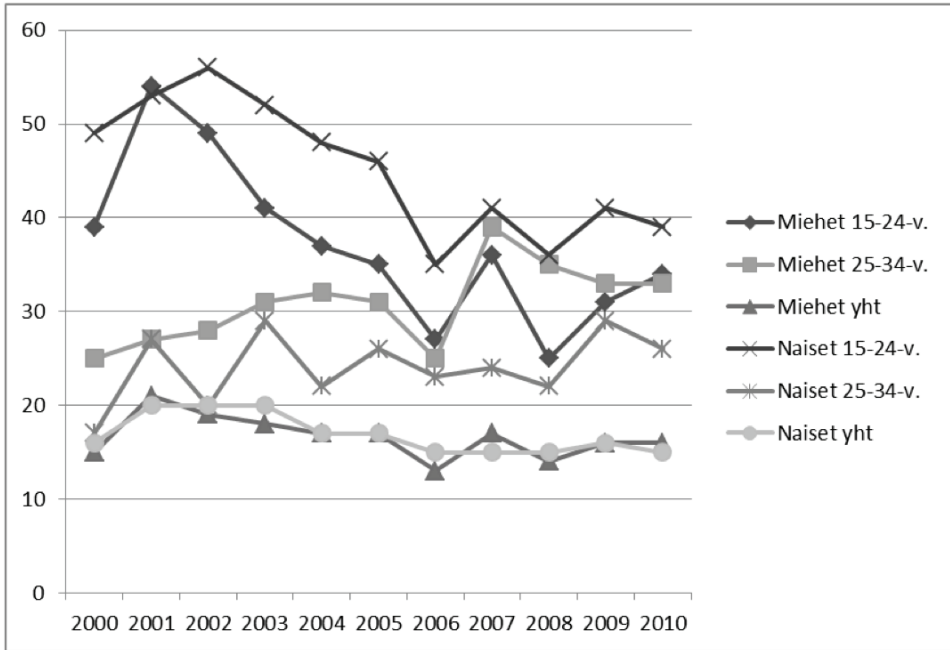
¹²Tutkimusta varten rekrytoitiin aiheeseen liittyvien internetsivustojen avulla haastateltaviksi suomalaisia kannabiksen kotikasvattajia. Haastatteluja tehtiin kaikkiaan 38 vuonna 2008. Haastateltavat muodostuivat 36 miehestä ja 2 naisesta, joista suurin osa (55 %) kuului 25–34-vuotiaiden ikäluokkaan. Lisäksi suomalaisille kannabiksen kotikasvattajille suunnattiin anonyymi internet-pohjainen verkkokysely vuonna 2009. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 1 298 vastaajaa, joista 80 % oli kasvattanut kannabista viimeisen vuoden aikana. Tutkimusaineistoa verrattiin vuoden 2008 väestökyselyn tuloksiin ja vuoden 2010 väestökyselyn alustaviin tuloksiin. (Hakkarainen ym. 2011a; 2011b.)

tanneista oli joutunut tekemisiin poliisin kanssa kannabiksen kasvatuksen vuoksi. Kyselytutkimuksen mukaan kasvattajien tärkeimmät tiedonlähteet ja siemen-/pistokkaiden hankintalähteet olivat internet ja muut kasvattajat – sen sijaan kannabiksen myyjien osuus oli jokseenkin olematon. Enemmän kuin kaksi kolmasosaa vastaajista kertoi sijoittaneensa viime satoon korkeintaan 100 euroa. (Hakkarainen ym. 2011a.)

Kannabista kasvattavat nuoret ja nuoret aikuiset miehet, jotka asuvat ikätoveriitaan useammin yksin ja ovat sekä perheen että lasten suhteen vakiintumattomampia. Kasvattajakunnasta noin puolet on päivittäiskäyttäjiä kun osuus väestökyselyissä on yleensä noin 6 prosenttia. Suurkuluttajia (yli gramma päivässä) oli kasvattajista 22 prosenttia. Kasvattamisen keskeisiä syitä olivat oman käyttötarpeen tyydyttäminen, kasvatuksesta saatava nautinto, pyrkimys välttää laittomia huumemarkkinoita sekä myös itse kasvatetun kannabiksen parempi laatu. Sen sijaan myyntitarkoitus nousi esiin vain alle 10 prosentissa tapauksista, vaikkakin noin kolmannes katsoi voitavansa tarjota kasvattamaansa kannabista ystävilleen. Alkoholin ja kannabiksen suhde oli kasvattajakunnassa kaksijakoinen: joka kymmenennelle yhteiskäyttö oli rutiinia, kolmannes kertoi yhteiskäytöstä korkeintaan 1–3 kertaa kuukaudessa ja kolmannes ilmoitti, ettei harrasta yhteiskäyttöä juuri koskaan. (Hakkarainen ym. 2011a.)

Aikuisväestön (15–64-vuotiaat) terveystietoisuutta koskevien (AVTK)¹³ kyselyjen tärkein vuosittainen huumetilanteen kehitystä kuvaava mittari on huumeiden kokeilijoita tuttavapiirissään tietävien osuudet eri ikäluokissa. Nämä osuudet kasvoivat 2000-luvun alkupuolelle asti, mutta laskivat sen jälkeen aina 2000-luvun puoleen väliin asti. Selvimpiä muutokset ovat olleet 15–24-vuotiaiden osalta. Koko väestön osalta aleneva trendi on kuitenkin pysähtynyt 2000-luvun loppupuolella noin 15 prosentin tasolle, minkä ovat aiheuttaneet trendien voimakkaat vuosittaiset vaihtelut vuoden 2006 jälkeen etenkin nuorempien ikäluokkien osalta. (Piispa ym. 2008; Helakorpi ym. 2011)

¹³AVTK-tutkimusten aineistot on kerätty suuntaamalla postikysely 5 000 henkilön edustavalle satunnaisotokselle 15–64-vuotiaista, maassa pysyvästi asuvista Suomen kansalaisista; laitoksissa asuvat suomalaiset on rajattu otoksen ulkopuolelle. Kyselylomakkeet on postitettu keväällä (huhtikuussa), ja vastaamatta jättäneille on lähetetty noin kahden seuraavan kuukauden aikana kaksi (vuonna 1996) tai kolme (vuosina 1997–2009) uusintakyselyä. Lomakkeen täytettynä palauttaneiden määrä on vaihdellut vuosittain 3 000:n ja 3 600:n välillä. Vuonna 2010 kyselyyn vastasi 2 826 henkilöä (vastausaktiivisuus 57 %). (Piispa ym. 2008; Helakorpi ym. 2011.)



Kuvio 2. Tuntee vähintään yhden henkilön, joka on kokeillut huumeita vuoden aikana, %.

Lähde: Helakorpi ym. 2011.

Suomessa huumeiden käyttö on jälleen yleistynyt tasaisemman kehityksen jälkeen 2010-luvun vaihteeseen mennessä. Kehitys näyttäisi keskittyneen erityisesti 25–34-vuotiaiden miesten kannabiksen käyttöön. Kehityksellä on myös selkeä yhteyttä kannabiksen kotikasvatukseen lisääntymiseen. Sen sijaan muiden aineiden käyttötaso on ollut suhteellisen vakaata, ehkä sillä poikkeuksella, että stimulantti-ryhmässä ekstaasi ja kokaiini ovat nousseet suosiossa amfetamiinin rinnalle. Opiatien osalta huomattavaa on buprenorfiinin ja muiden lääkeoppioidien (tramadoli, fentanyl, oksikodoni) käytön yleistyminen heroisiin sijasta. Unilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden väärinkäyttö sijoittuu kannabiksen ja muiden laittomien huumeiden käytön väliin, ja niitä käytetään useimmiten univaikeuksiin mutta myös päihdyttäviin tarkoituksiin ja päihteiden vaikutusten lieventämiseen tai tehostamiseen. Keskeistä suomalaisessa päihdekulttuurissa on myös huumausaineiden ja alkoholin sekakäyttö, mikä ilmenee esimerkiksi siinä, että huumausaineita vuoden aikana käyttäneistä puolet kuluttaa myös alkoholia riskialttiilla tavalla. Vuosituhannen alun vakaan kehityksen vuosista huolimatta huumeilla näyttäisi olevan vuonna 2010 aikaisempaa vahvempi asema sekä nuorten kaupunkilaisten (miesten) juhlinta-

tavoissa ja viihdekäytössä että päihteiden käyttöön liittyvässä alkavassa syrjäytymiskehityksessä. (Hakkarainen ym. 2010b.)

2.2 Koululaisten huumeiden käyttö

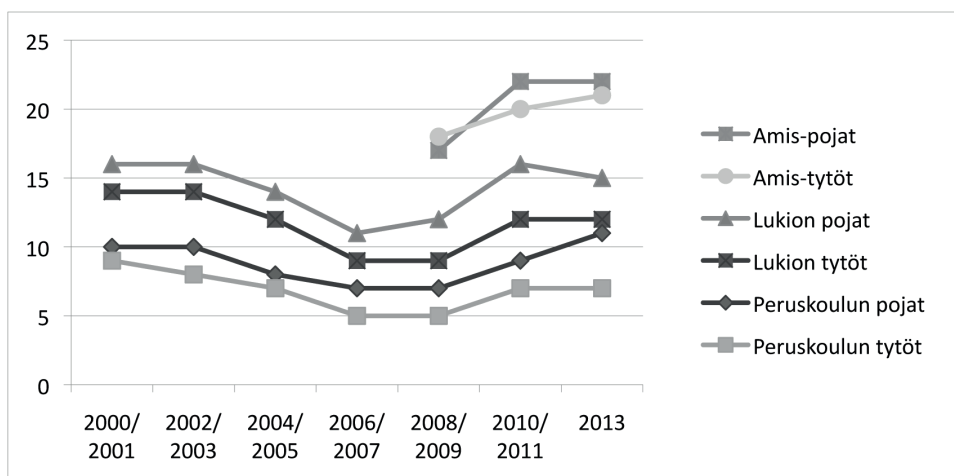
Koululaisiin kohdistuneen vuoden 2011 ESPAD -tutkimuksen¹⁴ mukaan 15–16-vuotiaista pojista 12 prosenttia ja tytöistä 10 prosenttia oli joskus elämänsä aikana kokeillut kannabista. Osuus oli 10 prosenttia vuonna 1999, 11 prosenttia vuonna 2003 ja 8 prosenttia vuonna 2007. Vuonna 2011 Suomen ESPAD -tutkimuksessa kysyttiin ensimmäisen kerran erikseen hasiksen ja marihuanan käytöstä sekä kannabiksen kotikasvatuksesta. Pojista 7 prosenttia oli käyttänyt hasista ja 10 prosenttia marihuanaa, tytöillä vastaavat luvut olivat 4 prosenttia ja 6 prosenttia. Pojista 12 prosenttia ja tytöistä 10 prosenttia ilmoitti tuntevansa jonkun, joka on itse kasvattanut kannabista. Nuorten keskuudessa kasvatusta oli kuitenkin hyvin harvinaista: pojista yksi prosentti ilmoitti joskus itse kasvattaneensa kannabista, tytöistä ei yksikään. Muiden huumeiden kohdalla kehitys on ollut melko tasaista. Jotain muuta laitonta huumetta kuin kannabista elinaikanaan kokeilleiden osuus vuonna 2011 oli 5 prosenttia. (Raitasalo, Huhtanen & Ahlström 2012.)

Koululaisten huumeidenkäyttöä kartoitetaan myös valtakunnallisessa kouluterveyskyselyssä. Kouluterveyskysely kattaa vuorovuosin aina puolet Suomen kunnista sekä niiden peruskoulujen 8.–9. luokat ja lukion 1.–2. luokat.¹⁵

Kouluterveyskyselyn mukaan laittomia huumeita on ainakin kerran elämässään kokeillut 9 prosenttia peruskoulun oppilaista, 13 prosenttia lukiolaisista ja 21 prosenttia ammatillisten oppilaitosten opiskelijoista. (Kouluterveyskysely 2013.)

¹⁴ Eurooppalainen koululaistutkimus nuorten päihteiden käytöstä (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) on tehty vuodesta 1995 alkaen neljän vuoden välein 23–36 Euroopan maassa. Kohderyhmä on tutkimusvuonna 16 vuotta täyttävät nuoret, eli Suomessa peruskoulun 9.-luokkalaiset.

¹⁵ Kouluterveyskysely tehdään kaikille peruskoulujen 8. ja 9. luokan oppilaille sekä lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoille. Ammatillisissa oppilaitoksissa kysely on tarkoitettu nuorten opetussuunnitelmaperusteiseen ammatilliseen perustutkintoon johtavassa koulutuksessa opiskeleville. Kysely tehdään oppitunnilla opettajan ohjaamana luokkakyselynä - ammatillisissa oppilaitoksissa maaliskuussa ja peruskouluissa ja lukioissa huhtikuussa. Oppilaat ja opiskelijat vastaavat kyselyyn nimettömästi. Vuoteen 2011 asti kysely tehtiin parillisina vuosina Etelä-Suomessa, Itä-Suomessa ja Lapissa ja parittomina vuosina muualla Manner-Suomessa sekä Ahvenanmaalla. Kyselyä ei tehty lainkaan vuonna 2012. Vuodesta 2013 alkaen kysely tehdään samaan aikaan koko maassa.

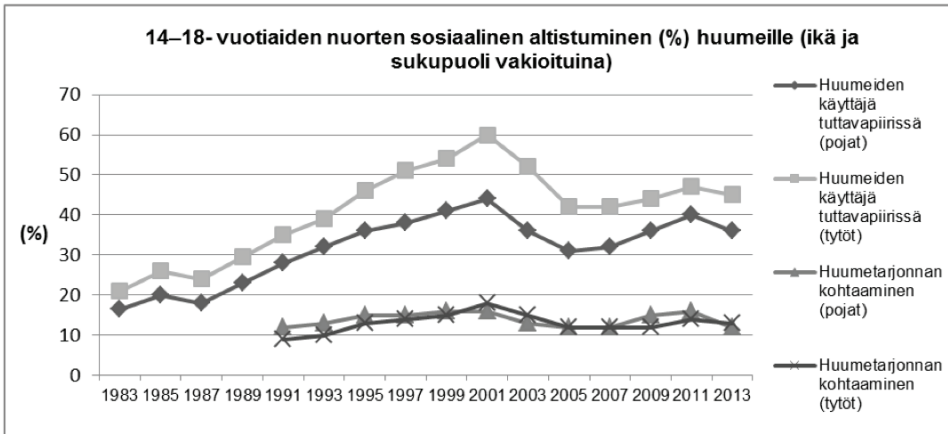


Kuvio 3. Kouluterveyskysely: Kokeillut ainakin kerran laittomia huumeita, %.

Lähde: Kouluterveyskysely 2013.

ESPAD-tutkimuksessa on kysytty myös eri päihteiden käyttöön liittyvistä riskeistä. Poikien ja tyttöjen välillä ei ole merkittävää tasoeroa kannabiskokeiluihin liitettyjen riskikäsitteiden osalta. Sekä pojista että tytöistä hieman alle 30 prosenttia piti kannabiskokeiluihin liittyviä riskejä suurina vuonna 2011. Niiden osuus, jotka pitävät kannabiskokeiluihin liittyviä riskejä suurina, on laskenut tasaisesti lukuun ottamatta väliaikaista nousua vuosien 2003 ja 2007 välillä. Nuoret pitävät myös ekstaasin ja amfetamiinin kokeiluun liittyviä riskejä aiempaa pienempinä; pojilla lasku on ollut voimakkaampaa kuin tytöillä. (Raitasalo, Huhtanen & Ahlström 2012.)

Valtakunnallisen, 12–18-vuotiaisiin kohdennetun nuorten terveystapatutkimuksen kysymyksillä on mahdollista arvioida nuorten "sosiaalista altistumista huumeille", mitä tarkastellaan kysymällä tietävätkö nuoret tuttavapiirissään huumaavia aineita kokeilleita tai onko heille itselleen tarjottu näitä aineita. Tutkimuksen mukaan ainakin yhden huumeikokeilijan tuttaviansa keskuudessa tietävien 14–18-vuotiaiden osuus lisääntyi vuodesta 1987 vuoteen 2001, minkä jälkeen osuus lähti laskuun. Lasku kuitenkin pysähtyi vuonna 2007. Huumetarjonnan rakenne muuttui 1990-luvulta 2000-luvulle tultaessa siten, että valtaosatarjonnasta tuli tuttavilta eikä enää vierailta kuten 1990-luvun alkupuolella. Vuonna 2013 huumeita oli tarjottu hieman alle joka viidennelle 18-vuotiaista pojista ja tytöistä. (Kinnunen ym. 2013.)



Kuvio 4. 14–18-vuotiaiden sosiaalinen altistuminen huumeille (% , ikä ja sukupuoli vakioituna).

Lähde: Kinnunen ym. 2013.

Nuorten koulukiusaamisen kokemusten ja huumeiden käyttökokemusten välistä yhteyttä arvioitiin valtakunnallisella tutkimuksella, jossa on verrattu aiheeseen liittyviä kyselytuloksia 8-vuotiaiden koululaisten (poikien), heidän vanhempiensa ja opettajiensa haastatteluista ja 10 vuoden jälkikäteisseurannassa saatuja haastatteluvastauksia toisiinsa.¹⁶ Tulosten perusteella erityisesti 8-vuotiaana kiusaajana oleminen näytti ennustavan huumeiden kokeiluja myöhemmällä, 18-vuoden iällä. Myös säännöllinen kiusaaminen näytti ennustavan hyvin huumeiden käyttöä riippumatta muista tutkimuksessa huomioiduista muuttujista. Sen sijaan kiusattuna oleminen itse asiassa näytti vähentävän huumeiden käyttöä myöhemmällä iällä. Jälkimmäisessä suhteessa tilanne oli päinvastainen säännöllisen tupakoinnin osalta. Tutkijat selittivät yhteyttä kiusaamisen ja myöhemmän huumeiden käytön kanssa kiusaajan epäsosiaalisiin persoonallisuuden piirteisiin vedoten. Tosin tämän tutkimuksen tulokset koskevat vain poikia. (Niemelä ym. 2011.)

¹⁶Tutkimusaineisto on kerätty vuosina 1988 ja 1998. Vuoden 1989 aineisto koostuu 10 prosentin satunnaisotannasta koko 8-vuotiaiden ikäluokasta kyseisenä vuonna. Poikia joukossa oli 2946. Näiden lasten osalta tutkimukseen kuuluivat myös lasten vanhempien ja opettajien haastattelut. Koulukiusaamisen osalta lapsilta kysyttiin sekä koulukiusaamisen uhrina että kiusaajana olemista sen sijaan vanhemmilta ja opettajilta vain koulukiusaamisen uhrina olemista. Seurantatutkimus tehtiin vuonna 1999, jolloin huumeiden kokeilua tupakan, alkoholin ja huumeiden käyttöä koskeviin kysymyksiin vastasi noin 78 % alkuperäisestä tutkimusjoukosta. Tutkimustulosta vääristää jonkin verran se, että kyselyn katojoukkoon kuului enemmän koulukiusaamiskokemuksen ilmoittaneita kuin kyselyyn vastanneiden joukkoon. Analyysimenetelmänä käytettiin logistista regressioanalyysiä. (Niemelä ym. 2011.)

Suomessa on kerätty FinnTwin 12–17 -aineistoa vuosina 1983–1987 syntyneistä kaksosista. Aineiston perusteella on arvioitu huumeiden käyttöön liittyvien taustatekijöiden osuutta huumeekokeiluihin: yksilö-, vertaisryhmä- ja perhemuuttujien roolia nuorten kannabiskokeiluissa (Korhonen ym. 2008) ja varhaisiän masennuksen vaikutusta myöhempiin huumeekokeiluihin (Sihvola ym. 2008). Tarkoituksena on ollut arvioida yhteyksiä kaksivaiheisesti, ensin tarkastelemalla tutkimusotantaan kuuluvia kaksosia yksilöinä, ja tämän jälkeen tarkentaa analyysia kontrolloimalla mahdollisia perhekohtaisia (geneettisiä) virhelähteitä. Tällöin analyysi kohdennettiin niihin kaksosiin, joissa huumeiden kokeilua (ja varhaisiän masentuneisuutta koskeva) tekijä erottaa saman perheen kaksoset toisistaan.

Yksilö-, vertaisryhmä- ja perhemuuttujien vaikutuksia huumeiden käyttöön koskeneessa tutkimuksessa¹⁷ todettiin, että tutkituista kaksosista 13,5 prosenttia oli kokeillut kannabista 17,5 ikävuoteen mennessä. Kokeiluihin olivat merkittävästi vaikuttaneet varhainen tupakoinnin aloittaminen, humalajuomisen useus, tupakoivien ystävien määrä, huumeita kokeilleiden ystävien määrä, perheen isän viikoittainen humalajuominen sekä poikien osalta aggressiivinen käyttäytyminen varhaisnuoruudessa. Kohdentamalla analyysi kaksospareihin, joista vain toinen oli kokeillut huumeita, tulokset muuttuivat siten, että merkittävästi huumeekokeiluihin vaikuttavia tekijöitä olivat lopulta opettajan ilmoittama hyperaktiivisuus tai aggressiivisuus 12-vuotiaana, tupakoinnin aloittaminen ja humalajuominen 14-vuotiaana tai aiemmin, sekä tupakoivien ystävien suuri määrä (yli 5 henkeä) ja ainakin yksi huumeita kokeillut ystävä 14-vuotiaana. Kuitenkin monia huumeekokeiluihin muussa kirjallisuudessa esiin nousseita tekijöitä (perheen asenneilmapiiri, kuri, yleiset ympäristötekijät, huumeiden saatavuus) oli jouduttu jättämään pois tutkimuksen alkuperäisestä muuttujalistasta. (Korhonen ym. 2008.)

Viimeksi julkaistussa kaksostutkimuksessa syvennettiin analyysiä tupakan ja huumeiden käytön välisen mahdollisen yhteyden osalta 17,5-vuotiaiden kyselyjen perusteella.¹⁸ Tutkimuksessa vertailtiin rakenneyhtälömalleja, joista ensimmäisessä

¹⁷ Tutkimusaineisto koostui viidestä täydellisestä kaksosten syntymäkohortista vuosilta 1983–1987 (n=5 600 kaksosta) sekä kaksosiin ja heidän vanhempinsa kohdistuneista peruskyselyistä kun kaksoset olivat 11–12-vuotiaita (kattavuus 87 %), seurantakyselyistä heidän ollessaan 14-vuotiaita (kattavuus 88 %) ja toisesta seurantakyselyistä heidän ollessaan 17,5-vuotiaita (kattavuus 92 %). Aineistossa mukana olivat myös opettajien arvioinnit kaksosista 11–12-vuotiaina. Vaikuttavien muuttujien ryväkset kerättiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja muuttujia arvioitiin peruskyselyllä ja ensimmäisellä seurantakyselyllä ja huumeiden käyttöä 17,5-vuotiaille osoitetulla kyselyllä. Aineiston puhdistettu ja tarkastettu lopullinen aineisto käsitti tiedot kaikkiaan 3 118 henkilöstä (kaksosista). Aineisto analysoitiin logistisella ja ehdollisella (conditional) logistisella regressioanalyysillä käyttäen tunnuslukuna vetosuhdetta (odds ratio). (Korhonen ym. 2008.) Kaksoistutkimusprojektin kokonaiskuvaus löytyy osoitteesta: <http://wiki.helsinki.fi/display/twineng/Finntwin12>.

¹⁸ Aineisto muodostui edellisessä viitteessä esitetyn kaksostutkimuksen aineistosta. Tällä kertaa tupakan ja huumeiden käyttöä tutkittiin 17,5 -vuotiaiden osalta ja tutkimuksessa analysoitiin lopulta 3744 kakso-

oletettiin tupakoinnin vaikuttavan syy-seuraus-suhteen tavoin huumeiden käytön aloittamiseen ja toisessa oletettiin, että molempien taustalla ovat yhteiset perintö- tai ympäristötekijät. Molemmissa malleissa perintötekijät näyttivät suurta osuutta tupakoinnin aloittamisen ja huumeiden käytön aloittamisen taustalla. Malleista se, jossa varhain aloitettu tupakointi vaikutti huumeiden käytön aloittamiseen, sopi kuitenkin aineistoon jonkin verran paremmin, mutta yhteisten perintötekijöiden osuutta ei pystytty täysin sulkemaan pois. Sen sijaan huumeiden käytön jatkumiseen (käyttö useammin kuin neljä kertaa elinaikana) tupakoinnin aloittamisella ei ollut suoria vaikutuksia vaan sen vaikutukset tulivat epäsuorasti huumeiden käytön aloittamisen kautta. Huumeiden käytön jatkumisen syynä yksilöllisten ympäristötekijöiden merkitys nousi merkittävämpään asemaan kuin sen merkitys oli tupakoinnin jatkamisen (yli 50 tupakointikertaa elinaikana) osalta. (Huizink ym. 2010)

2.3 Opiskelijoiden huumeiden käyttö

Vuoden 2012 korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen¹⁹ mukaan kaikista opiskelijoista 19 prosenttia (miehistä 24 % ja naisista 17 %) oli käyttänyt jotakin huumetta, lääkkeitä tai alkoholia ja lääkkeitä yhdessä päihtymistarkoituksessa. Yleisin käytetty huumausaine oli kannabis, jota ilmoitti kokeilleensa tai käyttäneensä 24 prosenttia miehistä ja 15,7 prosenttia naisista. Koulutussektoreiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja, mutta yliopistoissa opiskelevat miehet olivat yleisimmin kokeilleet tai käyttäneet huumeita. (Kunttu & Pesonen 2013.)

sen muodostama aineisto. Aineisto analysoitiin kahdella vaihtoehtoisella monimuuttujamenetelmällä toteutetulla mallilla ja aineistoon sovellettiin tilastollisia standarditestejä. (Huizink ym. 2010.)

¹⁹Tutkimuksen kohdejoukkona olivat alle 35-vuotiaat perustutkintoa suorittavat suomalaiset ammattikorkeakoulu- ja yliopisto-opiskelijat. Otoksen koko oli 9992 ja kokonaisvastausprosentti 44. Vastanneiden keski-ikä oli ammattikorkeakouluissa opiskelevilla miehillä 24,4 vuotta ja naisilla 23,7 vuotta ja yliopistoissa opiskelevilla miehillä 25,2 vuotta ja naisilla 24,7 vuotta. Tutkimus on vertailukelpoinen vuosien 2000, 2004 ja 2008 korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimusten kanssa.

3 Ehkäisevä huumeitys

3.1 Yleistä ehkäisevästä päihdetyöstä Suomessa

Ehkäisevällä päihdetyöllä vaikutetaan päihteitä koskeviin tietoihin, asenteisiin ja oikeuksiin, päihdehaitoilta suojaaviin tekijöihin ja riskitekijöihin sekä päihteiden käyttötapoihin, saatavuuteen, tarjontaan ja haittoihin.

Ehkäisevää päihdetyötä säätelevät pääasiassa raittiustyölaki (1982/828), raittiustyöasetus (822/76) ja päihdehuoltolaki (1986/41). Raittiustyölaissa (828/1982) työn tarkoituksena määritellään kansalaisten totuttaminen terveisiin elämäntapoihin ohjaamalla heitä välttämään päihteiden ja tupakan käyttöä. Yleisten edellytysten luominen raittiustyölle on lain mukaan ensisijaisesti valtion ja kuntien tehtävä. Käytännön raittiustyön tekemisestä vastaavat pääasiassa kunnat sekä raittiutus- ja kansanterveysjärjestöt. Lain mukaan kunnissa tulee olla toimielin, joka vastaa raittiustyöstä. Toimielimen on tehtävä yhteistyötä erityisesti terveys-, sosiaali- ja koulutoimen kanssa. Raittiustyölaki uudistetaan vuoden 2013 aikana. Lain uudistamisen tarkoituksena on paikallisen päihdehaittojen ehkäisyn kehittäminen. Raittiustyöasetus (233/1983) täsmentää, että toimielimen tulee toimia yhteistyössä raittiustyötä ja ehkäisevää päihdetyötä tekevien sekä terveitä elämäntapoja edistävien yhteisöjen kanssa. Kuntalain 17 §:ssä todetaan, että kunnan toimielimellä tarkoitetaan valtuustoa, kunnanhallitusta, lautakuntaa tai muuta päätösvaltaista elintä, jonka valtuusto on asettanut. Kun raittiutuslautakunnat kunnissa lakkautettiin raittiustyölain tultua voimaan 1984, raittiustyölaissa määritetyt tehtävät tuli siirtää jonkun muun kunnan toimielimen tehtäväksi, yleensä sosiaali-, terveys- tai sivistyslautakunnan. (Strand 2011.) Päihdehuoltolain (1986/41) tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta.

Ehkäisevä päihdetyö on osa laajempaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työtä. Suomessa kunnat ja niiden muodostamat kuntayhtymät vastaavat pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Ehkäisevä päihdetyö näkyy lainsäädännössä raittiustyölain, päihdehuoltolain ja muun lainsäädännön (mm. kansanterveyslaki, lastensuojelulaki, nuorisolaki) lisäksi käynnissä olevissa poliittisissa ohjelmissa (mm. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, Kaste, Lanuke) sekä toimintapolitiikkoja ohjaavissa palvelujen laatusuosituksissa (esim. päihdepalvelujen laatusuositukset, ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit).

Kuntien päihdestrategioissa ehkäisevä päihdetyö on käsitetty yleensä jatkumona, johon sisältyy ennaltaehkäisy, varhainen puuttuminen ja hoito. Uuden käsitelmäritelyn myötä päihdetyö jakaantuu ehkäisevään päihdetyöhön ja korjaavaan päihdetyöhön. Päihteitä käsitellään strategioissa yleensä kokonaisuutena, huumeita ja alko-

holia erottelematta. Myös tupakoinnin ja toiminnallisten riippuvuuksien ehkäisy luetaan ehkäisevän päihdetyön piiriin.

Kunnille on annettu suositus tehdä mielenterveys- ja päihdetyön strategia, jossa määritellään päihdetyön vastuut terveyskeskuksessa (STM 2009b). Tutkimuksen²⁰ mukaan kuitenkin vain 69 prosenttia terveyskeskuksista on hyväksynyt päihdetyön strategian. Lisäksi 65 prosentissa terveyskeskuksista oli johdon hyväksymän päihdehaittojen vähentämissuunnitelma. Alkoholin käytön vähentämiseen tähtäävää mini-interventioita ilmoitti toteuttavansa 73 prosenttia terveyskeskuksista. Huumeusaineiden käyttäjille terveysneuvontaa annettiin vain kolmasosassa terveyskeskuksista (35 %). Yhteisistä käytännöistä huumeiden käytön toteutukseksi oli sovittu 40 %:ssa terveyskeskuksista. (Rimpelä ym. 2009a.)

Ehkäisevän päihdetyön kunta- ja alueverkostoja kehitetään valtakunnallisessa Alkoholiohjelmassa, jonka pääkoordinaattorina toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Kaikissa kuudessa aluehallintovirastossa toimii Alkoholiohjelman aluekoordinaattori, joka vastaa Alkoholiohjelman tavoitteiden toimeenpanosta omalla alueellaan ja toimii alueen haittoja ehkäisevän päihdetyön koordinaattorina. THL kehittää myös päihdetyön alueellista kehittäjäverkostoa ja ehkäisevän päihdetyön laatukehittäjäverkostoa sekä kerää ja välittää alan hyviä käytäntöjä. Päihdetyö ei ole vain osa kunnan julkisia palveluja. Järjestöillä ja muilla kolmannen sektorin toimijoilla on myös keskeinen rooli käytännön ehkäisevän päihdetyön toteuttamisessa sekä itsenäisinä toimijoina että palvelujen tuottajina kunnille. Järjestöt esimerkiksi pyrkivät lisäämään keskustelua ja tietoa huumeista sekä huumeiden käytöstä, käytön syistä ja seurauksista. Lisäksi järjestöt pyrkivät vaikuttamaan asenneilmapiiriin, organisoivat vertaistukitoimintaa ja järjestävät jälkihoitoa päihdekuntoutujille.

Ehkäisevälle päihdetyölle on määritelty laatuksiteerit. Kriteeristö on luonteeltaan sisällöllinen ja se soveltuu eri päihteen aiheuttamien haittojen ehkäisyyn sekä vähentämiseen.²¹ Huume työ ei laatuksiteereissä ole eroteltu muusta päihdetyöstä. Laatuksiteerien omaksumista käytäntöön pidetään keskeisenä välineenä ehkäisevän työn laadun parantamiseksi. Laatuksiteerien jalkauttamiseksi julkaistiin vuonna 2006 käsikirja ”Laatutähteä tavoittelemassa” (Jokinen 2006), jossa myös esiteltiin laatu-tähti-työkalu avuksi työn suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Stakes 2006.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut vuonna 2013 uudistetun ehkäisevän päihdetyön laatuksikirjan ”Laatutähteä kiertämässä” (Warsell & Soikkeli 2013),

²⁰ Terveyskeskusten (N = 231) johtajille lähetettiin lokakuussa 2008 verkkokysely, johon pyydettiin vastaamaan johtoryhmän yhteistyönä. Väestön terveyden edistämistäktiivisuuden näkökulmien lisäksi lomakkeessa oli kysymyksiä johdon tulkinnoista terveyden edistämisestä ja keskeisistä kansanterveysohjelmista. Vastaukset saatiin 190 terveyskeskuksesta (82 %) kaikista suurimmista (50 000+ asukasta) ja 89 % keskisuurista (20 000–49 999).

²¹ Kriteerit ovat työn kohdennus, kohderyhmä, vaikuttamisten taso, tietoperusta, arvot, realistiset tavoitteet, tavoitteiden yhdenmukaisuus muiden strategioiden kanssa, toimintamallit, resurssit, seuranta ja arviointi, osa-alueiden tasapaino ja suhde alkutilanteeseen.

jossa on hyödynnetty laatutähti-työkalun käytöstä kertynyt kokemus ja sen pitkäjänteinen kehittämistyö. Paikallisen ehkäisevän päihdetyön tukemiseksi THL tiedottaa parhaista työmenetelmistä käytännön työntekijöille, kouluttaa heitä ja järjestää ohjattuja työpajoja yhdessä ehkäisevän päihdetyön laatuverkoston, aluehallintovirastojen ja järjestöjen kanssa.

Opetus- ja kulttuuriministeriö tukee ennaltaehkäisevää huume- ja päihdetyötä rahoittamalla nuorten huumeiden käytön ennaltaehkäisyn toimintaedellytysten parantamista, henkilöstön ja vapaaehtoisten koulutusta sekä pitkäaikaisia projekteja. Huumeiden käytön ennaltaehkäisy on mukana myös muussa nuorisotoiminnassa, kuten nuorten työpajoissa, leiritoiminnassa ja nuorten ohjatuissa harrastuksissa. Mahdollisuuksien mukaan tuetaan nuorten elämäntapavalintoihin liittyviä valistus- ja kasvatusprojekteja.

Huumeetöön osaksi järjestöt ovat luoneet sähköisiä huumeetietopalveluja, keskustelufoorumeita sekä välineitä päihdetyön itsearviointiin. Asiantuntijoiden tietojen vaihtoa ja koulutusta on vastaavasti kehitetty luomalla koulutuksen tueksi verkostopohjaisia asiantuntijafoorumeita. Ehkäisevän päihdetyön toimijakentän hahmottamiseksi, on luotu vuosina 2012–2013 työryhmäprosessin avulla jäsenitys, joka kuvaa järjestöjen roolia ehkäisevässä päihdetyössä. Kuva on saatavissa THL:n valtakunnallisen päihdetyön verkkopalvelun Neuvoa-antavat -teemapalvelusta (www.thl.fi/neuvoa-antavat).

3.2 Ehkäisevä päihdetyö osana nuorisopolitiikkaa ja nuorisotyötä

Nuorisotyö ja -politiikka

Nuorisolain mukaisen Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelman 2012–2015 päihde-ehkäisyyn liittyviä osioita on toteutettu OKM:n koordinoimana yhteistyössä STM:n ja SM:n kanssa ja nuorisotyön menetelmiä on kehitetty myös ehkäisevän päihdetyön näkökulmasta.

Valtakunnallisen nuorisolan ehkäisevän päihdetyön osaamiskeskus Preventiimi on julkaissut kirjan yhdessä Kirkkohallituksen ja Helsingin NMKY:n kanssa päihdekasvatuksen eettisistä näkökulmista (Inkinen, Kokkonen & Ruuska 2012). Preventiimi julkaisee vuosittain tukimateriaaleja joista tunnetuin Mitä on nuorisolan ehkäisevä päihdetyö? on saatavissa useana eri kieliversiona. Tukimateriaalissa määritellään nuorisolan ehkäisevään päihdetyöhön kuuluvan nuorten sosiaalinen vahvistaminen, yleinen ehkäisy ja riskiehkäisy. Yleisen ehkäisyn tarkoituksena nähdään ajankohtaisen tiedon antaminen nuorille. Terveydellisten riskien käsittelyn lisäksi voidaan pohtia myös päihdetyön aiheuttamia vaikeuksista kaverisuhteissa, koulunkäynnissä ja perhe-elämässä. Asioiden käsittelytavassa, näkökulmissa ja käytettävissä esimerkeissä tulisi lähteä mahdollisimman läheltä nuorten omaa kokemusmaailmaa. Pelkkä tiedon jakaminen ei riitä. On pyrittävä varmistumaan myös siitä, miten

syntynyt ymmärrys vastaa heidän omaa kokemusmaailmaansa ja että nuorten osallisuus toteutuu päihdeasioista puhuttaessa. (Pylkkänen ym. 2009.)

Siinä missä aikuisille kohdennetussa ehkäisevässä työssä korostetaan usein terveyshaittoja ja riskitekijöitä, nuorten parissa ehkäisevää päihdetyötä voidaan tehdä puhumatta päihdeistä lainkaan ja keskittymällä nuoren kannalta tärkeiden asioiden käsittelyyn. Nuorisotyön yleinen ehkäisevä merkitys perustuu siihen, että nuori saa tarvittaessa ohjausta, apua ja tukea kasvu- ja sosiaalistumisprosessissa eteen tulleisiin kysymyksiin, joita hän ei välttämättä osaa ratkaista omatoimisesti. Olennaista on, että nuori kokee kaiken aikaa olevansa osallisena myös itse niiden asioiden ratkaisuisissa, jotka hänen omaa elämäänsä koskevat. (Pylkkänen ym. 2009.)

Preventiimi on valtakunnallinen nuorisotalan ehkäisevän päihdetyön osaamiskeskus, joka tarjoaa laadukasta ja monipuolista tietoa ehkäisevästä päihdetyöstä nuorten parissa toimiville ammattilaisille. Preventiimiä hallinnoi Humanistinen ammattikorkeakoulu. Preventiimi kehittää nuorisotalan ehkäisevää päihdetyötä verkostoyhteistyön, ammatillisten täydennyskoulutusten ja tukimateriaalien avulla. Preventiimiverkostossa on yli 120 kumppanuusorganisaatiota, jotka edustavat kuntia, järjestöjä, säätiöitä ja oppilaitoksia. Preventiimiverkosto osallistuu aktiivisesti yhteiskehittäjyyteen ehkäisevässä päihdetyössä tuottaen materiaaleja, osallistuen tilaisuuksiin ja kirjoittaen julkaisuissa. Preventiimi on osa opetus- ja kulttuuriministeriön nuorisotalan palvelu- ja kehittämiskeskusrakennetta. Nuorisotalan ehkäisevän päihdetyön osaamiskeskus Preventiimin verkkosivusto on osoitteessa www.preventiimi.fi.

Opetus- ja kulttuuriministeriö on nimennyt 14 toimijaa nuorisotalan valtakunnalliseksi palvelu- ja kehittämiskeskuksiksi, jotka kehittävät alallaan nuorisotalatyötä. Huumeiden käytön ennaltaehkäisy on mukana nuorisotoiminnassa, kuten nuorten työpajoissa, valtakunnallisissa nuorisokeskuksissa ja ohjatussa harrastustoiminnassa. Erilaisilla hankkeilla on tuettu myös kouluissa tehtävää ehkäisevää työtä ja tuotettu erilaisia materiaaleja. Useita satoja nuoria on osallistunut kaikille nuorille suunnattuun kansainvälistä nuorisokasvatusohjelmaan, Avarttiin. Mahdollisuuksien mukaan tuetaan nuorten elämäntapavalintoihin liittyviä valistus- ja kasvatusprojekteja.

Yleinen ehkäisevä päihdetyö koulussa

Suomessa sovelletaan ehkäisevään päihdetyöhön koulujen osalta niin sanottua ympäristöstrategiaa (environmental strategy), jonka tavoite on tehdä koulusta kaikkineen oppilaille turvallinen, riskejä vähentävä ympäristö. Koulu puolestaan on osa paikallista ehkäisevän päihdetyön verkostoa.

Koulun ehkäisevä päihdetyö koostuu

- päihdeopetuksesta ja -kasvatuksesta kaikille yhteisen opetuksen osana, mm. integroituna pakolliseen terveystieto-oppiaineeseen,
- terveen kasvun ja kehityksen tukemisesta,
- terveen ja turvallisen oppimisympäristön edistämisestä,

- kouluterveydenhuollon tuesta ja laajoista terveystarkastuksista,
- mahdollisuudesta saada ohjausta ja apua luottamuksellisesti,
- oppimisen tuesta, joka auttaa pysymään koulussa ja pärjäämään siellä,
- vapaa-ajan toiminnasta,
- koulun päihteiden ehkäisyä koskevasta opetussuunnitelmasta ja päihdepelissä-
nöistä, jotka mm. määrittelevät koulun toimintatavan päihteiden käyttöön liitty-
vissä tilanteissa,
- suunnitellusta ja opetellusta oikeanlaisesta ja oikea-aikaisesta puuttumisesta
päihteiden käyttöön,
- yhteistyöstä kotien kanssa,
- yhteistyöstä päihdepalvelujen kanssa sekä
- yhteistyöstä muiden paikalliseen ehkäisevän päihdetyön verkostoon kuuluvien
ammatti- ja kansalaistoimijoiden kanssa.

Arviointitutkimuksen mukaan Suomessa sekä opettajat että oppilaat ovat hyvin motivoituneita terveystieto-oppiaineeseen: Opettajien ja oppilaiden mielestä terveystiedon opintunneilla keskustellaan paljon, ja huomattava osa oppilaista keskustelee oppituntien aiheista kavereidensa ja vanhempiensa kanssa. Opettajilta vaaditaan vuoden 2012 alusta, siirtymäkauden jälkeen, erityinen terveystiedon opettajan päte-
vyys. (Aira 2010.)

Koska päihdekasvatus ja -opetus on järjestetty osaksi koulun opetusohjelmaa, niin sanotuilla kouluihin suunnatuilla päihdekasvatusohjelmilla (school-based drug prevention programmes) on suomalaisessa strategiassa toissijainen rooli. Niiden käyttö on koulujen omassa päätösvallassa eikä sitä seurata järjestelmällisesti. Kuitenkin vuonna 2008 kaksi kolmasosaa yläkouluista järjesti terveystieteisiä teemapäi-
viä ja useampi kuin joka kymmenes teemaviikkoja. (Aira 2010.)

Poliisi on huumeiden vastaisessa toiminnassa tehnyt tiivistä yhteistyötä koulujen kanssa ja nimennyt kouluille yhteyspoliisin. Koulu- ja lähipoliisitoiminnan avulla on pystytty luomaan toimivat yhteistyösuhteet. Poliisi on tiedottanut niin paikallisella kuin valtakunnallisella tasolla huumausainerikollisuuden liittyvistä ilmiöistä, muun-
tohuumeista, tutkinnassa olleista huumausainerikoksista ja niiden taustoista. Tiedot-
tamisen luonne on ollut ehkäisevää ja siinä on huomioitu erityisesti nuoret, joiden voidaan katsoa olevan alttiita huumekekeiluihin.

3.3 Valikoiva ehkäisevä päihdetyö

Nuorisotyön määrärahoista myönnettyillä avustuksilla on tuettu nuorten riskiryhmiin kohdistettuja ehkäisyhankkeita. Hankkeita ovat järjestäneet muun muassa kunnat, järjestöt, nuorten työpajat ja valtakunnalliset nuorisokeskukset. Erityisesti etsivää nuorisotyötä on kehitetty, ja tällä hetkellä toimii 230 etsivän työn työparia eri puo-
lella Suomea. Nuorisotutkimusverkosto on yhteistyössä muun muassa THL:n kanssa tehnyt ehkäisevän päihdetyön tutkimusyhteistyötä.

Nuorten ahdistuksen ja pähteiden käytön kohtaamisesta ja mahdollisten ongelmien tunnistamisesta on kirjoitettu vanhemmille ja nuorten parissa työskenteleville opas, jossa kuvataan ahdistuneisuuden ja pähteiden käytön yhteyksiä. (Fröjd ym. 2009)

Hyvinvointia ja terveyden edistämistä lukiossa ja ammatillisissa oppilaitoksissa selvittäneissä kyselytutkimuksissa kysyttiin miten toimittiin kun epäiltiin huumeiden käyttöä. Huumetapauksia raportoitiin kaiken kaikkiaan erittäin vähän, tosin ammatillisissa oppilaitoksissa (n = 29) huomattavasti lukioita (n = 13) enemmän, mutta määrät olivat kuitenkin erittäin pieniä. Yleisemmin opettaja, ryhmänohjaaja tai rehtori pyrki keskustelemaan oppilaan kanssa. Ammatilliset oppilaitokset olivat selvästi aktiivisempia ohjaamaan oppilaan oppilaiden terveydenhuollon piiriin, mutta myös ottamaan yhteyttä alle 18-vuotiaan vanhempiin, lastensuojeluun ja poliisiin. (Rimpelä ym. 2009b; Väyrynen ym. 2009.)

Työpaikoilla tehtävillä huumausainetesteillä pyritään ehkäisemään huumeista aiheutuvia ongelmia ja mahdollisesti auttamaan varhaisessa hoitoonohjauksessa. Tämän toteuttamiseksi työpaikoille tulee laatia kirjallinen päihdeohjelma yhteistyössä työnantajien ja työntekijöiden kanssa.

Järjestöjen ehkäisevä huumetyö

Vuoden 2012 alusta alkaen Elämäntapaliitto ry, Terveys-Hälsan ry ja Elämä On Parasta Huumetta ry yhdistyivät Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:ksi. EHYT ry toimii myös laajemmin ehkäisevää päihdetyötä tekevien järjestöjen yhteisen äänen kokojana. EHYT ry:n koordinaatioyksikkö organisoii muun muassa järjestöjen yhteisen huumetyöryhmän toimintaa, joka aloitti toimintansa vuonna 2012. Työryhmän toiminnassa keskeisellä sijalla on yhteistoiminnan kehittäminen huumetyön kentällä. Työryhmä toimii järjestöjen huumeekysymysten yleisenä asiantuntijafoorumina, tekee huumausainepoliittista vaikuttamistoimintaa ja toimii järjestöjen keskustelufoorumina. Huumetyöryhmä on avoin verkosto, jossa on tällä hetkellä EHYT ry:n lisäksi mukana THL:n asiantuntijajäsen, Elämäni Sankarit ry, Irti Huumeista ry, YAD Youth Against Drugs ry, Music Against Drugs ry, Omaisat Huumetyön Tukevana ry, Stop Huumeille ry, A-klinikkasäätiö, Suomen Punainen Risti, Nykterhetsförbundet Hälsa och Trafik rf, KRIS sekä Kriminaalihoollon tukisäätiö. Vuonna 2013 huumetyöryhmä muun muassa osallistui Maailma kylässä- tapahtumaan kannabisteemalla ja tuotti valtakunnallisille päihde- ja mielenterveyspäiville seminaarisession huumausaineteemalla.

Irti Huumeista ry on vuodesta 1984 toiminut valtakunnallinen ehkäisevän ja korjaavan päihdetyön vapaaehtoisjärjestö. Vuonna 2011 Suomen Vanhempainliiton kanssa yhteistyössä toteutettu Avaasilmäsi -kampanja tavoitti valtakunnallisesti tuhansia vanhempia ja kasvattajia varoittaen heitä kannabiksen arkipäiväistymisestä. Vuonna 2012 kampanjan sivustolla (avaasilmäsi.fi) kävi 10 000 kävijää. Yhdistyksen ammatillinen yksikkö, Läheis- ja perhetyön keskus, tekee perhekeskeistä huu-

metyötä matalan kynnyksen tukipisteenä pääkaupunkiseudulla ja valtakunnallisesti. Vuonna 2013 Irti Huumeista ry aloitti aluetoiminnan kehittämisprosessin.

Omaiset Huume työ Tukena ry (OHT ry) on vuonna 2000 perustettu poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton kansalaisjärjestö, jonka tavoitteena on kehittää päih-teitä käyttäville suunnattuja avohoidollisia palveluja sekä tukea ja auttaa niin päih-teitä käyttäviä, kuntoutuvia ja heidän läheisiään. OmaTila (Avoimet ovet, palveluoh-jaus), Elämäntaitoryhmät, Verna-osahanke/Osis, Korvaushoidon Jälkipolku- ja Jäl-kipolku hoito-ohjelma sekä vanhempainryhmä muodostavat toimivan palvelukoko-naisuuden. Yhdistyksellä on myös Sopi Jikko-kehitysyhteistyöhanke Senegalissa, jonka tavoitteena on kehittää yhdessä paikallisten toimijoiden kanssa Senegaliin soveltuva huume kuntoutusmalli.

YAD Youth Against Drugs ry on 1988 perustettu valtakunnallinen nuorten ja nuorten aikuisten kansalaistoimintaan keskeisesti nojaava ehkäisevän huume työ yhdistys. Ajantasainen, vertaisvaikuttajuutta hyödyntävä huume-ehkäisy ja sitä tu-kevat tieto- ja asennemateriaalit ovat toiminnan keskiössä. Uutena avauksena viime vuosina on ollut muun muassa matalan kynnyksen vapaaehtoistoimintaa toteuttava verkko-ohjattu Street Team, joka tarjoaa osallistumismahdollisuuksia ehkäisevään huume työön ajasta ja paikasta riippumatta. Vuonna 2013 yhdistys tarjoaa toiminta- ja työllistämismahdollisuuksia myös huumeriippuvuudesta toipuville, ja on aloitta-nut toipuvien kokemusasiantuntijatoiminnan ehkäisevään huume työön.

Music Against Drugs ry on valtakunnallinen, lasten ja nuorten terveyttä, sosiaa-lista hyvinvointia ja osallisuutta edistävä ehkäisevän päihdetyön järjestö. Music Against Drugs ry edistää lasten ja nuorten osallisuutta ehkäisevässä päihdetyössä saattaen heidät yhteen valtakunnallisten ja alueellisten järjestöjen laadukkaiden si-sältöjen ja osallistumismahdollisuuksien kanssa. Lisäksi järjestö jalkauttaa ehkäise-vän päihdetyön tunnistettuja hyviä käytänteitä ja osaamista kuntatoimijoille sekä kannustaa heitä moniammatilliseen, monialaiseen sekä seutukunnalliseen yhteistyö-hön. Music Against Drugs-toiminnan keskeinen toteutusmuoto ovat Music Against Drugs-kokonaisuudet, joita on tähän mennessä toteutettu 19 kertaa 26:ssa kunnassa eri puolella Suomea.

Suomen Punainen Risti aloitti päihdetyön vuonna 2000 ja nyt työtä tekevät 600 päihdetyöhön sitoutunutta ja koulutettu vapaaehtoista. Päätoimintamuodot ovat eh-käisevä sekä ohjaava ja tukeva päihdetyö. Kesällä 2013 päihdetyön vapaaehtoiset toimivat 58 festarilla jakaen 8 000 Särkyvää –festariselviytymisettä ja keskustellen asiakaslähtöisesti tuhansien kanssa. Suomessa ilmeni Ilokaasun esiinnousu vuoden vaiheessa 2012–2013. SPR tiedotti haitoista ja haittojen ehkäisystä niin mediassa kuin esim. sairaankuljetuksen toimijoille ja festarivapaaehtoisille.

A-klinikkasäätiö jatkoi vuonna 2012 huumeiden käyttöön liittyvää terveys- ja so-siaalineuvontaa, etsivää työtä, vertaistoimintaa, korvaushoitoa, vieroitushoitoa, tera-peuttista työtä A-klinikoilla ja nuorisoseinillä, lääkkeetöntä ja tukilääkityksellä toteutettavaa laitokuntoutusta sekä yhteisöhoitoa. Huumeet olivat teemana monissa

tutkimuksissa ja opinnäytetöissä sekä kehittämissuhteissa - kuten vuodesta 2001 toteutetussa Huuko-toiminnassa, joka vuonna 2012 verkostoi päihde- ja mielenterveystoimijoita, lisäsi heidän osaamistaan sekä levitti päihde- ja mielenterveystyön hyviä käytäntöjä. Huumeet olivat vahvasti esillä myös A-klinikkasäätiön viestinnässä sekä sähköisissä palveluissa, joissa etenkin vuonna 1996 julkaistu verkkopalvelu Päihdelinkki tavoittaa kuukausittain keskimäärin 82000 eri kävijää. Tämä kaikkia päihteitä ja riippuvuuksia käsittelevä palvelu tarjoaa kansalaisille ja ammattilaisille tietoa, testejä, vertaistukea ja neuvontaa. A-klinikkasäätiön palveluja kehitetään yhdessä asiakkaiden ja yhteistyökumppanien kanssa.

3.4 Kohdennettu ehkäisevä päihdetyö

Nuorten kohdennettu ehkäisy tapahtuu usein nuorisohuoltolaitoksissa, nuorten kuntoutusyksiköissä sekä työpajoilla. Nuorten päihdehoito ja kuntoutus on myös kohdennettua ehkäisyä, jolla pyritään ehkäisemään paluu päihdemyönteiseen elämäntapaan. (Pylkkänen ym. 2009.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaisi vuonna 2009 oppaan mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaisesta tunnistamisesta. Opas on tarkoitettu asiakastyötä tekevien terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisten käyttöön helpottamaan nuorten ja aikuisten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamista ja seulomista. Se tarjoaa mittareita erilaisten riskien arviointiin sekä käytännönläheisiä neuvoja ehkäisytyöhön. Huumausaineiden osalta oppaassa korostetaan luottamuksellisen potilassuhteen tärkeyttä sekä työntekijöiden riittäviä perustietoja huumausaineista. Opas ei suosittele huumausainetestien rutiininomaista käyttöä huumausaineiden käytön tunnistamisessa. Parhaiten testaus soveltuu käytettäväksi käyttäytymisen muutokseen kannustavan hoitosuhteen osana. (THL 2009a.)

Nuorten rikoksentehtävien rikoksiin on puututtu varhaisessa vaiheessa yhteistyössä eri viranomaisten kanssa. Poliisiin puuttumisen tavoitteena on ollut ennalta estää rikoskierteen ja päihderiippuvuuden syntyminen. Poliisin sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoviranomaisten yhteistyöllä on panostettu muun muassa lasten ja nuorten aseman parantamiseen ongelmaperheissä, joissa vanhemmillä on useinkin ollut päihdetaustaa.

Syyttäjien huumausaineen käyttörikosta koskevan ohjeen mukaan huumausaineen käyttörikoksesta ensimmäisen kerran kiinni jääneelle alle 18-vuotiaalle on säännönmukaisesti järjestettävä puhuttelutilaisuus, joka tähtää sakottamisen sijasta seuraamusluonteiseen syyttämättä jättämiseen ja suullisen huomautuksen antamiseen. Puhuttelutilaisuuteen osallistuvat nuoren ja hänen huoltajansa lisäksi poliisi, syyttäjä ja sosiaaliviranomaisen edustaja. Puhuttelua ja sen seurauksena tehtyä syyttämättä jättämistä käytettiin 40 kertaa vuonna 2008, 66 kertaa vuonna 2009 ja 161 kertaa vuonna 2010. Puhuttelutilaisuuksien määrän kasvua voi tässä tapauksessa pitää hyvänä, koska se kertoo lähinnä toiminnan kehittymisestä ja syyttäjien puhutteluaktiivisuuden kasvusta. Kun vielä vuonna 2008 viidessä syyttäjänvirastossa ei

järjestetty lainkaan puhutteluja, vuonna 2010 puhutteluja järjestettiin jo kaikissa paitsi yhdessä virastossa.

Terveysneuvontapisteissä tehdään riskiryhmäehkäisyä. Kunnat ja järjestöt tekevät myös etsivää työtä, jolla pyritään tavoittamaan palveluiden piiriin kuulumattomia yksilöitä kuten koulupudokkaita tai huumeiden käyttäjiä, jotka eivät käytä terveysneuvontapisteiden palveluita. Kohdennettua tietoa huumeiden käytön riskeistä annetaan myös järjestöjen toimesta erilaisissa toimintaympäristöissä kuten rockfestivaaleilla tai konemusiikitapahtumissa. (Ks. mm. Punainen Risti 2010; YAD 2011.)

3.5 Valtakunnalliset ja paikalliset mediakampanjat

Vuosittain järjestetään liikennehaittus- ja vesiturvallisuuskampanjat, joissa kaikki päihde on otettu huomioon. Samoin vuosittaiseen Ehkäisevän päihdetyön viikkoon (viikko 45) liittyy yleinen päihdeviestintäkampanja. Kaksi radioasemaa, Radio Auran Aallot ja Radio Melodia, järjestävät tuolla viikolla vuosittain alueellisen huumeidenvastaisen tiedotuskampanjan yhteistyössä opetustoimen, Turun Tullin, Irti Huumeista ry:n ja kampanjaa tukevien yhteistyöyritysten kanssa.

4 Huumeiden ongelmakäyttö

Huumeiden ongelmakäyttäjien määrää arvioidaan Suomessa amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrällä, joka oli 14 500–19 100 vuonna 2005, eli koko maan osalta 0,6–0,7 prosenttia maan 15–55-vuotiaasta väestöstä. Lähes neljä viidestä ongelmakäyttäjistä oli amfetamiinin käyttäjiä. Miesten osuus oli lähes 80 prosenttia. Eniten ongelmakäyttäjää oli 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä.

THL:n huumehoidon tietojärjestelmän vuoden 2010 tietojen mukaan päihdehuollon kaikkien huumeasiakkaiden joukossa ensisijaisina hoitoon hakeutumiseen johtaneina päihteinä olivat opiaatit (59 %), stimulantit (13 %), kannabis (10 %), alkoholi (11 %), ja lääkkeet (6 %). Nämä tulokset heijastavat hoidon tarjontaa: opioidikorvaushoitoa on toistaiseksi olemassa vain opiaattien käyttäjille. Opiaatteihin kuuluva buprenorfiini oli ensisijaisena hoitoon johtaneena päihteenä peräti kolmanneksella koko asiakaskunnasta. Vaikka ongelmallisimpien huumeiden käyttäjien joukossa on henkilöitä, jotka käyttävät sekä amfetamiineja että opiaatteja, suomalaisen huumeiden käytön kova ydin on sekakäytössä, jossa keskeistä osaa näyttävät kivunlievitykseen tarkoitetut opioidipohjaiset lääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet (bentodiatsepiinit) sekä alkoholi ja kannabis.

Tutkimusten mukaan alkoholi on pääasiallinen ongelmapäihde Suomessa. Huumeiden ongelmakäyttö yhteiskunnallisena ongelmana on varsin tuore. Suomessa tyypillistä on ongelmakäyttäjien suhteellisen nuori ikä ja tästä johtuva suhteellisen lyhyt käyttöhistoria, vaikka käyttäjäkunta onkin selvästi vanhentunut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Suomelle erityinen piirre on myös buprenorfiinin keskeinen asema pistoskäytössä. Useat huumeiden käyttäjät ovat monella tavalla syrjäytyneitä ja heillä on päihdeongelmien lisäksi monia muita sekä sosiaalisia että terveyteen liittyviä ongelmia.

4.1 Huumeiden ongelmakäyttö tilastoarvioiden perusteella

Huumeiden ongelmakäytön laajuutta on seurattu vuodesta 1997 lähtien viranomais-tilastojen perusteella tehtyjen tilastollisten arvioiden²² perusteella. Arvion mukaan

²² Ongelmakäyttäjien määrän arviointi perustuu tilastolliseen merkintä-takaisinpyynti-menetelmään (capture-recapture), jossa samasta kohdejoukosta otettujen otosten päällekkäisten tapausten perusteella voidaan arvioida tilastollisesti kohdejoukon kokoa. Otokset määriteltiin kohdejoukkoon (amfetamiinin 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 autoa amfetamiinin tai opiaattien aiheuttamassa päihtymystilassa sekä tartuntatauti-rekisteristä suomensisäisen huumeiden käytön vuoksi kirjatut C-hepatiittitapaukset. Tuloksena esitetyt

15–54-vuotiaasta väestöstä koko maassa oli vuonna 2005 noin 14 500–19 100 amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjää. (Partanen ym. 2007.)

Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien²³ määrä lisääntyi selvästi vuodesta 1999 vuoteen 2002. Sen jälkeen amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien osuus on pysynyt samalla tasolla. Ongelmakäyttäjien selvän enemmistön, 75–80 prosenttia, muodostivat amfetamiinien ongelmakäyttäjät, joita vuonna 2005 oli 0,4–0,7 prosenttia Suomen 15–54-vuotiaasta väestöstä. Opiaattien ongelmakäyttäjää oli arvion mukaan 0,13–0,18 prosenttia väestöstä. Naisten osuus oli noin 20–30 prosenttia kummassakin aineryhmässä. Nuorten, 15–24-vuotiaiden osuus käyttäjistä oli noin 25–35 prosenttia, mutta he eivät olleet enää ikäryhmänä suurin käyttäjäryhmä, vaan 25–34-vuotiaiden osuus oli jo saavuttanut nuoremman ikäluokan osuuden. (Partanen ym. 2007.)

arvovälit perustuvat 95 prosentin luottamusväliin. Osaryhmiin on sovellettu erilaisia log-lineaarisia malleja, joten niiden summa ei ole sama kuin kokonaisarvio. (Partanen ym. 2004, 2007.)

²³ Tutkimuksessa käytetyn kansallisen määritelmän mukaan ongelmakäytöllä tarkoitetaan amfetamiinien tai opiaattien käyttöä, joka on aiheuttanut käyttäjälle sosiaalisia tai terveydellisiä haittoja. Lisäksi haitat ovat aiheuttaneet viranomaisen puuttumisen asiaan jollain tavalla, mikä käy ilmi viranomaisrekistereistä. Tutkimuksesta oli tarkoitus toteuttaa vuonna 2010 uusi arvio vuoden 2008 tiedoilla, mutta rekisteripointintaa analysoitaessa ilmeni, että rekisterijärjestelmien muutosten vuoksi saadut tulokset eivät olleet entisten tietojen kanssa vertailukelpoisia. Uudet arviot ongelmakäyttäjien määristä siirtyvät tämän vuoksi kahdella vuodella ja samalla arvioidaan uudestaan tietojen poimintaperustaa.

Taulukko 4. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien väestöosuudet (%) 1998–2005.

	1998	1999	2001	2002	2005
Kokonaisarvio	0,4–0,55	0,4–0,5	0,5–0,6	0,55–0,75	0,52–0,69
Amfetamiinien käyttäjät	0,26–0,45	0,29–0,43	0,35–0,54	0,38–0,65	0,43–0,74
Opiaattien käyttäjät	0,06–0,09	0,09–0,11	0,14–0,17	0,15–0,21	0,13–0,18
Miehet	0,54–0,70	0,54–0,66	0,58–0,71	0,77–1,03	0,74–0,98
Naiset	0,20–0,58	0,14–0,24	0,20–0,31	0,29–0,57	0,20–0,31
15–25-vuotiaat	0,67–1,12	0,73–1,02	0,81–1,04	0,93–1,30	0,63–0,95
26–35-vuotiaat	0,51–0,71	0,46–0,59	0,64–0,82	0,74–1,13	0,68–0,94
36–55-vuotiaat	0,14–0,25	0,19–0,46	0,22–0,36	0,25–0,50	0,30–0,54

Lähde: Partanen ym. 2004, 2007.

Kaikista ongelmakäyttäjistä noin 50–60 prosenttia oli Etelä-Suomesta ja näistä selvästi yli puolet pääkaupunkiseudulta. Naisten osuus ongelmakäyttäjistä näytti vähenevän tasaisesti koko Suomessa, ehkä pääkaupunkiseutua lukuun ottamatta. Pääkaupunkiseudulla puolestaan näkyi selvimmin käyttäjäjoukon ikääntymiskehitys. Vuoden 2005 tietojen valossa näytti mahdolliselta, että huumausaineongelma keskittyisi tulevaisuudessa pääkaupunkiseudulle ja ehkä muutaman suurimman kaupungin alueille, joihin keskittyisivät myös erityiset hoitopalvelut (opioidikorvaushoito, terveysneuvonta). (Partanen ym. 2007.)

4.2 Huumeiden ongelmakäyttö muiden huumeindikaattorien mukaan

Toinen huumeaalto 2000-luvun vaihteessa näkyi Suomessa muun muassa heroiinin yliannostuskuolemina. Ongelmakäyttöä epäsuorasti heijastavissa huumausaine-kuolematilastoissa buprenorfiini on ollut heroiinia yleisempi löydös vuodesta 2002. Oikeuslääketieteellisissä ruumiinavauksissa buprenorfiinilöydösten määrä on kasvanut vuosittain 2000-luvulla vuoden 2000 alle 10 tapauksesta 197 tapaukseen vuonna 2011. Toisaalta samana ajan jaksena myös kannabis- ja amfetamiini löydösten mää-

rä on lisääntynyt puolella, yli sataan tapaukseen vuodessa. Heroiinkuolemien samoin kuin kokaiinikuolemien määrä on pysynyt koko aikavälin muutamissa tapauksissa vuosittain.²⁴

Lääkeopioideihin liittyvien hoitajaksojen suhteellinen osuuden kasvu näkyy selvästi hoitoa käsittelevissä tilastoissa. Huumehoidon tiedonkeruun aineistosta jo 72 prosentilla on ongelmallista lääkeopidien käyttöä (ks. kuvio 8).

Sairaaloissa²⁵ 2000-luvulla opioidien käyttöön liittyvien hoitajaksojen ja hoitovuorokausien määrä on kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa. Muiden huumeiden osalta sairaaloiden hoitajaksojen ja hoitovuorokausien määrä on kymmenessä vuodessa vähentynyt tai pysynyt ennallaan. Poikkeuksena ovat stimulanttien (amfetamiini ja kokaiini) hoitovuorokaudet, joiden osuus on kymmenessä vuodessa jonkin verran vähentynyt ja kannabiksen noussut. (Kts. luku 6.2 Huumesairaudet terveydenhuollossa.)

Sairastavuustilastointitutkimuksessa²⁶ huumeiden käytön aiheuttamien käyttäytymishäiriöiden ja elimellisten aivo-oireyhtymien ikävakiointu esiintyvyys oli vuonna 2009 miehillä 16,5/10 000 ja naisilla 8,1/10 000. Miehillä esiintyvyys oli noin kaksinkertainen naisiin nähden. Absoluuttiset lukumäärät olivat 4 141 (miehet) ja 2 071 (naiset). Huumeiden aiheuttamien elimellisten aivo-oireyhtymien ja käyttäytymisen häiriöiden ikävakiointu esiintyvyys kasvoi vuosina 2005–2009 sekä miehillä että naisilla lähes neljänneksen (Gissler ym. 2012).

Edellä esitetystä huolimatta on epäselvää missä määrin huumeiden ongelmakäyttö on lisääntynyt 2000-luvulla, jos ollenkaan. Samoin on epäselvää, onko opioidien käytön osuus kasvanut. Korvaushoitoasiakkaiden määrä on moninkertaistunut ja sekä ongelmakäyttäjät että hoitohenkilökunta ovat hyvin tietoisia opioidiriippuvuuteen tarjolla olevasta hoidosta. Toisaalta opioidien ongelmakäyttäjät ovat myös todennäköisemmin päihdehuollon asiakkaita kuin muiden huumeaineiden käyttäjät. Opioidien käyttö indikoi usein myös selvästä hoidon tarpeesta: erilaisten huumeiden sekakäyttö on jatkunut jo vuosia ja käyttö tapahtuu usein pistämällä. Myös opioidien vieroitusoireita on mahdollista lääkittää tehokkaammin kuin muista huumeaineista vieroittautumista. Onkin hyvä, että opioidien käyttöön annetaan aiempaa enemmän hoitoa. Epäselvää kuitenkin on, onko vastaavasti muiden huumeiden käyttäjien hoitoon pääsy hankaloitunut. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

²⁴ Ks. alaluku 6.3: Huumeaineekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus.

²⁵ Kattaa kaiken terveydenhuollon ympärivuorokautisen hoidon kun päädiagnoosina F11–F16 tai F18–19 (ICD-10 luokittelu). Myrkytystapaukset on jätetty tarkastelun ulkopuolelle. On tärkeää huomata, että sairaaloiden hoito on vain osa kaikesta huumehoidosta..

²⁶ Tutkimuksessa yhdistettiin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterin sekä Kelan vammaisetuusrekisterin tiedot. Tutkimus käsitteli kaikkia huumeidiagnoseja F11-F16, F18, F19. Tutkimus keskittyy terveydenhuollon sairaaloihin, koska sosiaalihuollon laitokset eivät juuri käytä ICD-10 koodeja ja päihdehuollon avohuolto ei ollut mukana tutkimuksessa.

Huumehoidon tiedonkeruu

THL:n vuosittaisen huumehoidon tiedonkeruun²⁷ huumeasiakkaat olivat pääosin miehiä (68 %) ja valtaosin 20–34-vuotiaita (62 %). Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys yleistä (59 %). Joka kymmenes oli asunnoton. Pistämällä huumeita oli joskus käyttänyt 74 prosenttia asiakkaista. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

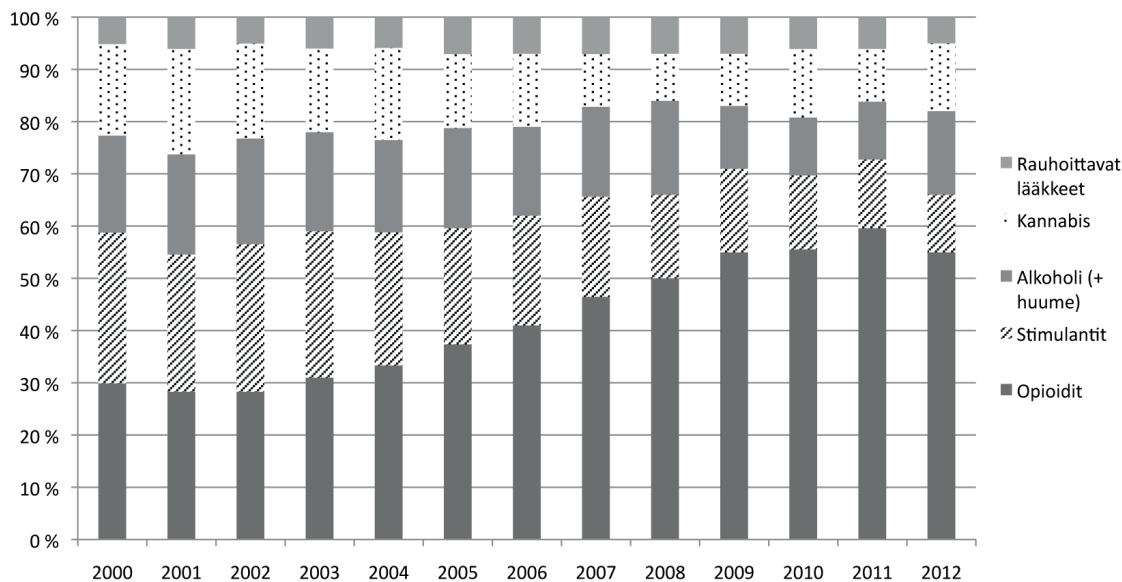
Opioidit olivat ensisijainen ongelmapäihde 55 prosentille tiedonkeruun asiakkaista. Kaiken kaikkiaan 69 prosentilla huumeasiakkaista oli opioidien ongelmallista käyttöä. Viime vuosina lähes kaikki opioidien käyttö Suomessa on ollut synteettisten, lääkeopioideiden käyttöä. Näistä lääkeopioideista kahta, buprenorfiinia ja metadonia, käytetään sekä päihteenä että vierotus- tai korvaushoitolääkkeenä. Asianmukainen opioidikorvaushoitolääkkeen käyttö tapahtuu lääkärin ohjeiden mukaisesti nielemällä, päihdekäytölle on tyypillistä pistoskäyttö ja muiden päihdeiden sekakäyttö. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

Buprenorfiini on selvästi eniten käytetty yksittäinen opioidi myös päihdekäytössä (vähintään 62 % kaikista opioideista). Muita yksittäisiä aineita mainittiin ja käytettiin satunnaisesti²⁸: heroiini ja muut unikonkukasta valmistetut aineet (7 %), tramadoli 3 %, oksikodoni 3 %, kodeiini- ja buprenorfiini- yhdistelmät 3 %, fentanyyli 1 %. Metadonin päihdekäyttöä (1 %) ilmoitettiin vähemmän kuin buprenorfiinin ja naloksiinin yhdistelmien päihdekäyttöä (6 %). (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

Buprenorfiinin ensisijaiseksi ongelmapäihdeksi maininneista peräti 88 prosenttia käytti ainetta pääosin pistämällä. Lähes puolet (43 %) näistä buprenorfiinin ongelmakäyttäjistä käytti ainetta päivittäin. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

²⁷Päihdehuollon huumeasiakkaat -tilastoraportti pohjautuu huumehoidon erillistiedonkeruun tietoihin. Vuonna 2012 tiedonkeruuseen osallistui 79 huumehoitoyksikköä ja tietoja toimitettiin 2 688 asiakkaasta. Tiedonkeruu on vapaaehtoinen yksiköille eikä sisällä asiakkaan tunnistetietoja. Tiedonkeruu kattaa arvioilta kolmanneksen annetusta huumehoidosta. Tässä raportoidut luvut sisältävät myös hoidossa jatkavat asiakkaat, joten aineisto on EMCDDA:n Treatment Demand Indicator TDI protokollaa laajempi. Suomen TDI luvut löytyvät <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>.

²⁸ Tiedonkeruussa kysytään hoitoon hakeutumiseen johtaneita päihdeitä. Hoitosuhde voi kestää (erityisesti opioidikorvaushoitoasiakkailla) vuosia, jolloin alkuperäistä hoitoon tulon johtanutta päihdettä ei mahdollisesti enää väärinkäytetä lainkaan. Esimerkiksi korvaushoitoasiakkaista 4 prosenttia ilmoitti ensisijaiseksi ongelmapäihdeksi heroiinin. Näistä asiakkaista kuitenkin 87 prosenttia ei ole käyttänyt ainetta edellisen kuukauden aikana, joten heroiinin käyttö on saattanut tapahtua vuosia sitten. Säännöllistä ja jatkuvaa heroiinin käyttöä ei Suomessa käytännössä ollut vuonna 2012.



Kuvio 5. Huumausaineiden ja lääkeaineiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden ensisijainen ongelmapäihde vuosina 2000–2012, %.

Lähde: Päihdehuollon huumeasiakkaat, THL.

2000-luvulla aineistoissa ovat kasvattaneet osuuttaan asiakkaat, joilla opioidit ovat ensisijainen ongelmapäihde (Kuvio 5). Vuoden 2012 aineistossa opioidien käyttäjien osuuden kasvu on ensimmäistä kertaa pysähtynyt. On mahdollista, että opioidien käyttäjien osuus hoitopalveluissa on saattanut saavuttaa lakipisteensä. Opioidien ongelmakäyttäjät ovat todennäköisemmin päihdehuollon asiakkaita kuin muiden huumausaineiden käyttäjät ja opioidikorvaushoitoasiakkaiden määrä on moninkertaistunut kymmenessä vuodessa. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

Päihdeiden sekakäyttö oli yleistä. Päihdehoitoon hakeutuessaan yli puolet (58 %) asiakkaista kertoi käyttäneensä ongelmallisesti vähintään kolmea eri päihdettä.

Rauhoittavat lääkkeet mainittiin selvästi enemmän oheispäihteenä kuin ensisijaisena ongelmapäihteenä. Lääkkeiden (pl. opioidit) väärinkäyttö on 91-prosenttisesti bentsodiatsepiinien väärinkäyttöä. Pregabaliinin väärinkäyttöä oli kuusi prosenttia. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

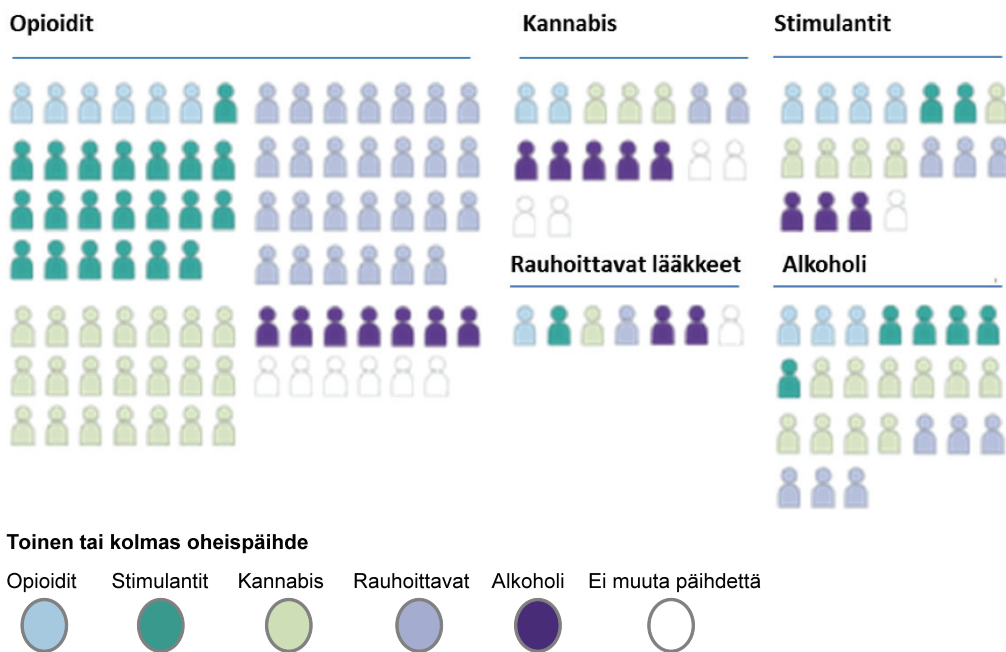
Stimulanttien käyttö oli pääasiassa amfetamiinien käyttöä. Jonkin verran oheispäihteenä mainittiin ekstaasia (6 % kaikista stimulanteista). Huumemarkkinoilla yleistyneet metamfetamiini (2 %) ja MDPV (3 %) eivät yksittäisinä aineina olleet

merkittäviä hoitoon hakeutumiseen johtaneita ongelmapäihteitä. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

Niistä asiakkaista, jotka hakeutuivat hoitoon ensisijaisesti stimulanttien ongelmakäytön takia, vain 14 prosenttia käytti stimulanttia päivittäin ja 46 prosenttia ei ollut käyttänyt kyseisiä aineita edellisen kuukauden aikana. Rauhoittavien lääkkeiden väärinkäytön vuoksi hoitoon hakeutuneet taas käyttivät aineita usein päivittäin (49 %) ja neljännes (23 %) ei ollut käyttänyt kyseisiä aineita edellisen kuukauden aikana. Stimulantteja käytettiin pääosin (75 %) pistämällä, kun taas rauhoittavat lääkkeet nieltiin (96 %). (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

Kannabis oli yleisin (35 %) hoitoon hakeutumiseen johtanut päihde niille päihdehuollon huumeasiakkaille, joilla ei ollut opioidien ongelmakäyttöä. Ensisijaisesti kannabiksen vuoksi hoitoon hakeutuneiden osuus korostui voimakkaasti nuorimmissa ikäryhmissä. Alle 20-vuotiailla se oli yleisin hoitoon hakeutumiseen johtanut ongelmapäihde (62 %).

Kuviossa 6 on pyritty hahmottamaan millaisia ongelmapäihdeyhdistelmiä huumehoidon asiakaskunnalla on. Aineiston pohjalta näyttää vahvasti siltä, että kaikki mahdolliset yhdistelmät esiintyvät aineistossa. Jotkut yhdistelmät ovat jonkun verran suosituimpia kuin toiset, mutta selkeitä säännönmukaisuuksia ei ole.



* Yksi hahmo vastaa noin 15 henkilöä eli 0,56 % koko aineistosta (n = 2 688).

Kuvio 6. Useampi ongelmapäihde - päihdehuollon huumeasiakkaat ensisijaisen päihteen ja toisen ja kolmannen oheispäihteen mukaisina osuuksina.

Lähde: Päihdehuollon huumeasiakkaat, THL.

4.3 Huumeiden ongelmakäyttö muiden tutkimusten mukaan

Helsinkiläiset huumeiden ongelmakäyttäjät

Vuoden 2009 lopulla tehtiin tutkimus ongelmiaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien käyttämistä päihteistä, niiden käyttötavoista ja hankinnasta.²⁹ Kriteerinä oli, että tutkimuksessa haastateltavien tulisi olla aktiivikäyttäjiä, mutta mukaan kelpuu-

²⁹ Tutkimus oli strukturoitu haastattelututkimus, johon osallistujat (100 henkilöä) rekrytoitiin vuoden 2009 lopulla huumeiden käyttäjille tarkoitettujen anonyymien terveysneuvontapisteiden (ruiskujen ja neulojen vaihtopisteiden) kautta (67 henkilöä), käyttäjien tuttavaverkoston vertaistukihaastatteluista (20 henkilöä) ja kahden haittoja vähentävää korvaushoitoa tarjoavan avohoitoklinikan potilaista (15 henkilöä). Haastattelijoita oli ohjattu lähestymään erityisesti naiskäyttäjiä ja maahanmuuttajia, jotta myös heitä saataisiin riittävästi mukaan aineistoon. Haastattelut kestivät puolesta tunnista tuntiin. Kaksi haastatteluista hylättiin lopullisesta aineistosta epäluotettavina. Aineistosta analysoitiin vain tilastollisesti merkittävät erot ja käytetyt tilastolliset testit olivat Fisherin eksakti testi, Khi-testi ja varianssianalyysissä t-testi. Tutkimus on osa yhteiseurooppalaista Quaf2-hanketta. (Tammi ym. 2011)

tettiin myös sellaisia henkilöitä, joiden aktiivisesta huumeiden käytöstä oli kulunut yli kuukausi. Kaikkiaan sadasta haastatellusta 71 oli miehiä ja 29 naisia, opioidikorvaushoidossa oli 23 henkilöä, joista miehiä 20. Haastateltujen keski-ikä oli noin 29 vuotta. Naisista kuitenkin enemmän kuin kaksi kolmesta oli alle 28-vuotiaita, kun taas miehistä vastaava osuus oli alle kolmannes. Aineiston opioidikorvaushoitopotilaat olivat keskimäärin vanhempia (keski-ikä noin 32 vuotta) kuin muut haastatellut. Yli puolella haastatelluista ei ollut haastatteluajankohtana vakituista kumppania. (Tammi ym. 2011.)

Haastatellut olivat korostuneesti huono-osaisia. Haastatelluista valtaosa (79 %) oli haastatteluhetkellä työttömänä, kolme neljästä suorittanut vain peruskoulun ja korkein koulutus oli ammattikoulu tai lukio. Oma tai vuokra-asunto oli yli puolella haastatelluista, mutta neljännes asui asuntolassa tai oli kokonaan asunnoton. Kolme neljästä vastaajasta ilmoitti pääasialliseksi tulonlähteekseen sosiaaliturvan ja lähes joka kuudennen päätulonlähteenä oli huumekauppa tai muu laiton toiminta – sen sijaan kenenkään päätulonlähteenä ei ollut kerjääminen tai prostituutio. Kahdella kolmesta haastatellusta oli poliisin kanssa ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana ongelmia useammin kuin kerran. (Tammi ym. 2011.)

Kaikkien haastateltujen säännöllisen huumeiden käytön keston keskiarvo oli 13 vuotta – lyhin kestoura oli kestänyt kolme ja pisin 35 vuotta. Opioidikorvaushoidossa olleet olivat käyttäneet aineita keskimääräistä kauemmin, keskimäärin 17 vuotta. Suurin osa käyttäjistä oli aloittanut käyttönsä niin sanotun Suomen toisen huumeaalton aikana 1990-luvun puolivälin jälkeen. Yleisimmin viimeksi kuluneen kuukauden aikana käytettyjä aineita olivat opioidit (joita käytti 88 vastaajaa), bentsodiatsepiinit (81), alkoholi ja kannabis (73) ja amfetamiinit (66). Opioidista käytetyin aine oli Subutex-muodossa oleva buprenorfiini (60), toiseksi entinen käytetyin buprenorfiini-naloksoni (Suboxone) yhdistelmä (39) ja kolmanneksi metadoni (14). Suonen-sisäisesti Subutexia käytti yli 90 prosenttia haastatelluista ja vastaavaan lukuun päästään myös Suboxonen ja metadonin osalta, kun käyttäjäkunnasta suljetaan pois opioidikorvaushoidossa olevat. Erityisesti alle 28-vuotiaat olivat pistäneet Suboxonea. Myös amfetamiinia, metamfetamiinia ja MDPV:tä käytettiin yli 90 prosenttisesti suonensisäisesti. Kaikkiaan 26 vastaajaa kertoi käyttäneensä kuukauden aikana MDPV:tä. (Tammi ym. 2011.)

Bentsodiatsepiinejä edellisen kuukauden aikana käyttäneistä lähes puolet (39/81) oli käyttänyt niitä päivittäin. Puolessa tapauksista bentsodiatsepiinit oli hankittu lääkäriltä ja noin joka neljännessä tapauksessa laittomilta markkinoilta. Opioidoja viimeisen kuukauden aikana käyttäneistä neljä viidestä (74/88) käytti aineita päivittäin. Näistä 23 oli opioidikorvaushoidossa. Viimeisen kuukauden aikana Subutexia oli käyttänyt päivittäin lähes puolet ainetta käyttäneistä (29/60) ja kaikkiaan yli 80 prosenttia vähintään joka toinen päivä. Neljä viidestä Subutexin käyttäjistä oli hankkinut aineen laittomilta markkinoilta. Yli puolet Suboxonen käyttäjistä oli hankkinut sitä laittomilta markkinoilta. Amfetamiinin käyttö oli jaksottaisempaa,

sillä niistä 56 vastaajasta, jotka kertoivat käyttäneensä amfetamiinia viimeisen kuukauden aikana, vain kahdeksan oli käyttänyt sitä päivittäin, ja 17 vähintään joka toinen päivä. (Tammi ym. 2011.)

Käyttäjän iän osalta aineprofiileissa havaittiin eräitä tilastollisesti merkitseviä eroja: Alle 30-vuotiailla bentsodiatsepiinien käyttö oli yleisempää kuin tätä vanhemmilla vastaajilla, kun taas vanhemmassa ryhmässä oli enemmän sellaisia amfetamiinien käyttäjiä, jotka eivät olleet käyttäneet ainetta viimeisen kuukauden aikana kertaakaan. Miehet olivat käyttäneet viimeisen kuukauden aikana naisia useammin kaikkien muiden päihderyhmien päihteitä paitsi amfetamiinia. Tutkimusaineiston opioidikorvaushoitopotilaat käyttivät yhtä yleisesti alkoholia, bentsodiatsepiinejä ja kannabista kuin muut vastaajat, mutta harvemmin amfetamiineja. Itse hankittuja opiaatteja oli opioidikorvaushoitopotilaista käyttänyt hoidon aikana yhtä lukuun ottamatta kaikki. (Tammi ym. 2011.)

Tutkimuksen yhtenä keskeisenä tuloksena arvioitiin myös sekakäytön muotoja. Vaikka tutkimuksen tulosta ei voi otoksen perusteella yleistää liikaa, voidaan päätellä, että ongelmallisimpien huumeiden käyttäjien joukossa on henkilöitä, jotka käyttävät sekä amfetamiineja että opioideja, mutta tavallisinta kuitenkin on sekakäyttö, jossa keskeistä osaa näyttelevät kivunlievitykseen tarkoitettut opioidipohjaiset lääkeaineet ja rauhoittavat lääkeaineet (bentsodiatsepiinit) sekä alkoholi ja kannabis. (Tammi ym. 2011.)

Huumeiden käyttö liikenteessä

Huumerattijuopoista tehdyn rekisteritutkimuksen³⁰ mukaan yleisimmät ainelöydökset huumerattijuoppojen veri- tai virtsanäytteissä olivat bentsodiatsepiinit sekä amfetamiinit. Tutkimus osoitti myös sekakäytön yleisyyden epäillyillä huumerattijuopoilta. Tärkeäksi nähtiin, että huumerattijuopoilta järjestettäisiin hoitoa ja kuntoutusta tuomio- ja rangaistusvaihtoehtojen rinnalla, koska huumerattijuopumuksesta kiinni jääminen voisi olla hyvä ajankohta päihteiden väärinkäyttäjien tavoittamiselle ja hoitoonohjaukselle. (Karjalainen ym. 2010.)

Rekisteritutkimuksen mukaan poliisin tietoon tullut huumerattijuopumus näyttää yleistyneen, sillä viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana huumerattijuopumustapausten ilmaantuvuus 18-kertaistui. Yleisimmät ainelöydökset huumerattijuoppojen veri- tai virtsanäytteissä olivat bentsodiatsepiinit sekä amfetamiinit. Eri päihteiden sekakäyttö oli myös hyvin yleistä. (Karjalainen 2011.)

Huumerattijuoppojen sosiaalista taustaa tutkittaessa ilmeni, että sosiaalinen vähäosaisuus oli yhteydessä huumerattijuopumukseen. Koska sosiaalisen vähäosaisuuden on osoitettu olevan yhteydessä päihteiden käyttöön myös yleisemmin, sosioeko-

³⁰ Tutkimuksen kohteena olivat poliisin v. 1977–2007 kiinniottamat, huumerattijuopumuksesta epäillyt kuljettajat (epäiltyjä huumerattijuopumustapauksia ajanjaksolla yhteensä 31 963).

nomisten ryhmien välisten erojen kaventaminen on hyödyllistä sekä huumerattijuopumuksen että huumeidenkäytön vähentämisessä ja ennaltaehkäisyssä. Päihteiden käyttö aloitetaan usein varhain nuoruudessa, ja suurin osa huumerattijuopoista on nuoria, joten päihteiden käyttöön liittyvä ennaltaehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen nuorten keskuudessa ovat ratkaisevan tärkeitä toimenpiteitä. (Karjalainen 2011.)

Yhteiskunnalliset käsityksen huumeiden ongelmakäytöstä

Huumeiden ongelmakäyttöön puuttumiseen vaikuttavat myös yhteiskunnalliset käsitykset ongelmakäytöstä. Päihderiippuvuus- sekä ongelmakäyttöilmiön (addiction) määrittelyn muutosta lehdistössä vuosina 1968–2006 on analysoitu Suomen laajalevikkisimmän sanomalehden artikkelien pohjalta.³¹ Tulosten mukaan 40 vuoden ajanjaksoa kuvaa neljä kehityssuuntaa: ilmiöön liittyvien kirjoitusten määrän lisääntyminen, ilmiökentän laajeneminen alkoholista hyvinkin erilaiseen poikkeavaan käyttäytymiseen ja samalla ennen marginaalisen ilmiön normalisoituminen sekä yhteiskunnallisten selitysmallien muuttuminen yksilötarinoiksi.

Tarkasteltuna ajanjaksona ilmiötä kuvaavien artikkelien vuosittainen määrä näyttäisi tutkimuksen perusteella kaksinkertaistuneen. Vielä 1970- ja 1980-luvuilla ilmiö kohdentui tiettyyn ihmisryhmään, jolla oli ongelmia, jonkin tietyn käyttäytymisilmiön, useimmin aineen (alkoholi, huumausaineet), kanssa. Tällöin ongelmallisuus liitettiin ryhmän sosiaalisen aseman ongelmiin, eikä ilmiötä näin tarkasteltu ryhmää laajemman tason ilmiönä. Sen sijaan 1990-luvulta lähtien riippuvuusilmiö on liitetty hyvinkin erilaisiin ilmiöihin (työ-, peli-, TV- ja nettiriippuvuus, syömishäiriöt, jne.) siten, että ilmiöiden kohdejoukko yhteensä kattaa jo suuren osan väestöstä. Ongelmakenttä arkipäiväistyy, kun se koskettaa eri riippuvuuden ulottuvuuksilla yhä laajempaa väestönosaa. Samalla ilmiön kytkeytyminen ryhmän sosiaaliseen asemaan on heikentynyt ja eri riippuvuuden osa-alueet kytketään entistä laajemmin yksilökohtaisiin ongelmiin – mikä heijastuu myös ongelma-ilmiöiden hoidossa, erityisesti hoidon medikalisoitumisessa. (Hellman 2009; 2010.)

³¹ Tutkimus perustuu Helsingin Sanomien artikkeleihin, joissa käsitteellä riippuvuus (”addiction”) viitataan ”ongelmalliseen ja jatkuvasti toistuvaan käytöstapaan, jota yksilö kykenee kontrolloimaan huonosti” tai käsitteisiin ”alkoholismi”, ”ongelmakäyttö”, ”bulimia” tms. tai näiden ongelmien hoitoon. Tekstit on valittu parillisina vuosina kolmen saman viikon ajalta. Kaikkiaan tekstejä oli ajanjaksona 1968–2006 yhteensä 200. Kymmenen vuoden ajanjaksoina tekstien määrä vaihteli seuraavasti: 49 tekstiä (1968–1978), 26 (1980–1988), 63 (1990–1998), 62 (2000–2006). Aineisto analysoitiin sisällön analyysin menetelmällä. 1990-luvulta asti ajan Helsingin sanomien päivittäislevikki on ollut 400 000–500 000 kappaletta. (Hellman 2009.)

Huumeiden käytön haitat läheisille

Yhteispuhjoismaisessa tutkimuksessa arvioitiin laittomien huumeiden käytön haittoja läheisille eri maissa kysymällä vastaajilta heidän omia kokemuksiaan lähipiirissä olevista huumeiden käyttäjistä, heidän aiheuttamista haitoistaan ja vastaajien halusta auttaa lähipiirin huumeongelmaisia.³² Tutkimuksen mukaan helsinkiläiset vastaajat poikkesivat muista pohjoismaisista vastaajista siinä, että heidän henkilökohtaiset kokemuksensa huumeiden käyttäjistä lähipiirissä olivat muita pääkaupunkilaisia vähäisempiä. Helsingissä huolta lähipiirissä henkilökohtaisesti tuntemastaan huumeongelmaisesta oli kokenut joskus 45 prosenttia (viimeisen vuoden aikana 12 %) asukkaista, kun muissa Pohjoismaiden pääkaupungeissa luku oli 56–67 prosenttia (22–28 %). Tutkijat selittivät eroa Suomen lyhyemmällä huumehistorialla (suhteessa erityisesti Tanskaan), vähäisemmällä kovien huumeiden käyttäjien määrällä (suhteessa Tanskaan ja Norjaan) ja lyhyemmällä kovien huumeiden käyttöhistorialla (suhteessa kaikkiin muihin Pohjoismaihin). Vastaavasti Helsingissä tunnettiin myös vähemmän joskus elämänsä aikana huumehoitoa saaneita, mutta erot eivät olleet enää merkittävät, kun arvioitiin tuttavapiirissä viimeisen vuoden aikana huumehoitoa tunteneiden osuutta. (Melberg ym. 2011.)

Huumeiden ongelmakäyttäjiä tuntevien käsitys huumeongelman ongelmallisuudesta vaihteli myös selvästi Helsingin ja muiden Pohjoismaiden pääkaupunkien välillä. Helsingissä 30 prosenttia oli kokenut väkivallan pelkoa tuntemiensa henkilöiden huumeiden käytön vuoksi elinaikanaan (9 % viimeisen vuoden aikana), kun muissa Pohjoismaissa 20–23 prosenttia oli kokenut pelkoa elinaikanaan (5–7 % viimeisen vuoden aikana). Vastaavasti Helsingissä huumeiden käytön vuoksi 11 prosenttia oli joutunut turvautumaan joskus (3 % viimeisen vuoden aikana) poliisiin, kun vastaavat luvut muissa pohjoismaissa olivat elinaikana 4–6 prosenttia (ja viimeisen vuoden aikana 1 %). Myös tätä eroa tutkijat selittivät Helsingin osalta ilmiön vieraudella sekä toisaalta suomalaisen huume politiikan perinteisellä kontrollipainotteisuudella, joka heijastuu myös kansalaisten toimintamalleihin. Suuria eroja ei kuitenkaan maiden välillä ollut sen osalta, kuinka suuri osa ongelmakäyttäjiä tuntevista oli pyrkinyt ohjaamaan tuntemansa henkilöt hoitoon heidän ongelmiansa vuoksi. (Melberg ym. 2011.)

Huumeiden käyttäjiä tuntevien henkilöiden käsitykset haittojen määrästä itselleen poikkesivat toisistaan siten, että joskus koetut haitat osoittautuivat suurimmiksi maissa, joissa myös ongelmahistorialla oli pisin perinne. Viimeisen vuoden aikaisil-

³² Tutkimus toteutettiin edustavalla 3092 henkilön väestötöksellä eri Pohjoismaiden pääkaupungeissa. Otokseen valittiin yli 18-vuotiaisiin henkilöihin otettiin yhteyttä sähköpostitse ja he voivat vastata 34 kysymyksen kyselyyn anonyymisti web-pohjaisella vastauslomakkeella. Kyselyn vastausprosentti oli hieman yli 50 %. Osallistujakunta ei eronnut merkittävästi kansallisesta väestöjakaumasta sukupuolen, iän tai koulutuksen osalta – ainakaan Helsingin osalta. Aineiston analyysiin käytettiin ristiintaulukointia ja logistista regressioanalyysia. (Melberg ym. 2011.)

la haittakokemuksilla ei ollut suurta eroa eri maiden välillä. Kaikissa kaupungeissa haittoja olivat enemmän kokeneet naiset ja henkilöt, jotka olivat kokeneet huumeongelman välittömässä lähipiirissään, esimerkiksi omassa perheessään. Eri maissa arvioitiin huumeongelman vakavuutta myös melko samalla tavalla, kun ongelma rinnastettiin muihin eri sairauksiin (esimerkiksi diabetekseen, astmaan, syöpään). Kaiken kaikkiaan henkilökohtaisesti koettujen huumehaittojen määrä Helsingissä osoittautui analyysissa yleensä hieman muita Pohjoismaita vähäisemmäksi. (Melberg ym. 2011.)

5 Huumehoito

Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava päihdehuollon järjestämisestä siten, että palvelut vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa esiintyvää tarvetta. Päihteenä pidetään kaikkia päihtymistarkoituksessa käytettäviä aineita: alkoholia, korvikkeita, lääkkeitä ja huumeita. Päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä koostuu avohoidosta (A-klinikat, nuorisoasemat), lyhytaikaisesta laitoshoidosta (katkaisuhoidosemat), pidempiaikaisesta laitostuntoutuksesta ja tukipalveluista (päiväkeskukset, asumispalvelut ja tukiasunnot) sekä vertaistukitoiminnasta.

Päihdehuollon erityispalvelujen ohella entistä enemmän päihdeongelmaisia hoidetaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa, joita ovat sosiaalitoimistot, lastensuojeluyksiköt, mielenterveystoimistot, terveyskeskusten vastaanotot ja vuodeosastot, sairaalat sekä psykiatriset sairaalat. Suomalaisessa järjestelmässä korostetaan, että pelkät hoitotoimet eivät ole useinkaan riittäviä, vaan päihdeongelmaista tulee tarvittaessa auttaa ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia.

Suomalainen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen on hajautettu kunnille, mutta paikallishallinnolta puuttuvat sellaiset seurantajärjestelmät, jolla asiakasryhmäkohtaisia hyvinvointivajeita ja palvelutarpeita olisi mahdollista tunnistaa. Erityisesti huono-osaisimmilla päihdeasiakkaiden riski jäädä palveluverkon ulottumattomiin on kasvanut.

Päihdetyön kehittämistä varten on luotu päihdehuollon palvelujen laatusuosittukset (STM 2002) ja Käypä hoito -suositus huumeongelmaisten hoitoon (Duodecim 2006). Huumehoitopalvelujen kehittämissuunnitelmassa on painottunut matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen.

Huumeiden käyttäjien lääkehoitojen lisääntymisen on väitetty aiheuttaneen ennen sosiaalisiksi ongelmiksi määriteltujen päihdeongelmien medikalisoitumisen ja siirtymisen entistä enemmän terveydenhuollon piiriin. Opiaattiriippuvaisten opioidikorvaushoitoa ollaan siirtämässä aiempaa enemmän terveyskeskuksiin ja osin myös apteekkien vastuulle. Tämä ilmiö heijastaa painotuseroja psykososiaalisesti ja lääketieteellisesti suuntautuneen päihdehoitojärjestelmän välillä. Osasyynä siirtopyrkimyksille pidetään myös kuntien pyrkimystä siirtää säästösyistä palveluja erikoistason palveluista peruspalveluihin.

Päihdepalvelujärjestelmälle on myös haasteellista nähdä päihdeongelmat osana laajempia ongelmakokonaisuuksia, joihin kiinnittyvät niin mielenterveysongelmat, uudet hoidon tarpeet kuin yhä syvempi syrjäytymiskehitys.

5.1 Huumehoidon strategia ja hoitojärjestelmät

Valtioneuvoston huumausainepolitiikkaa vuosina 2012–2015 koskevan periaatepäätös (STM 2012a) toteaa päihdeongelmasta toipuminen on pitkäaikainen prosessi, jonka eri vaiheissa tarvitaan erilaisia hoito- ja tukimuotoja. Riittävän pitkäkestoista hoitoa on tarjottava ja päihdepalvelujen monimuotoisuus säilytettävä. Hallitusohjelman tavoitteena on huumausaineiden käyttäjien matalan kynnyksen palveluiden, terveysneuvonnan ja etsivän työn lisääminen. Hoidon kynnystä on siis edelleen mädallettava ja hoitoon hakeutumisen esteitä poistettava. (STM 2012a). Hoitoa ja palveluita koskevat hallituskauden tavoitteet ovat:

- varmistaa huumausaineiden käyttäjien terveysneuvontatyön kattavuus ja laatu,
- selvittää huumehoitojärjestelmän tilanne kattavien palveluiden parantamiseksi,
- tehostaa poliisin tekemää hoitoonohjausta,
- vahvistaa viranomaisten, hoitopalveluiden ja vertaistyon välistä tiedonkulkua,
- ehkäistä reseptilääkkeiden väärinkäyttöä ja
- lisätä mahdollisuuksia päihdeongelmien hoitoon rangaistuksen täytäntöönpanon aikana.

Hoitopalvelut

Suomessa päihdehoidon palvelut toteutetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Päihdehuollon erityispalvelut sijoittuvat pääosin sosiaalihuollon puolelle. Päihdehuollon erityispalvelujen avohoito on asiakkaalle maksutonta. Laitoshoitoa ja asumispalveluja varten asiakas tarvitsee yleensä maksusitoumuksen kotikuntansa sosiaalitoimistosta. Palveluja toteuttavat sekä kunnalliset että yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat.

Käytännössä ongelmat päihdeongelmaisten hoidossa ilmenevät siinä, että asiakkaiden ongelmat ja palvelujärjestelmän tarjonta eivät aina kohtaa toisiaan. Hoitoon pääsyn kynnyksistä vaikeimmiksi osoittautuvat jonot palveluihin sekä peruspalveluissa tiedon ja taidon puute ja kielteiset asenteet päihdeongelmaisiin ja erityispalveluissa paikkojen fyysinen etäisyys. Yhtenä ratkaisuna erityisesti huumeiden käyttäjille on palveluohjaus, jolloin huumeiden ongelmakäyttäjälle tarjotaan henkilökohtaisempaa neuvontaa (ks. myös luku 8.3 sosiaalinen kuntoutus).

Päihdehuollon avohoito

Huumeiden käyttäjille on tarjolla avohoillon erityispalveluita A-klinikoilla ja nuori-soasemilla. Palvelumuotoina voivat olla asiakkaan tarpeiden mukaan muun muassa psyykkisen ja somaattisen tilan kartoitus, neuvonta, yksilöterapia, perheterapia, ryhmäterapia, verkostotyö, avovieroitustyö tai korvaushoito. Hoito perustuu asiakkaan ja hänen verkostonsa kanssa yhdessä laadittuun hoitosuunnitelmaan. (Korteniemi 2011.)

Katkaisu- tai vieroitushoito laitoksissa

Katkaisu- tai vieroitushoito on ympärivuorokautista laitoshoidoa. Hoidon pituus määrittyy yksilöllisesti hoidon tarpeen mukaan. Hoidon tavoitteena on päihdekierteen katkaisu, vieroitusoireiden hoitaminen ja jatkohoidon suunnittelu. Kun fyysinen terveydentila on kohentunut, aloitetaan myös kuntouttava keskusteluapu. (Korteniemi 2011.)

Kuntouttava laitoshoido

Päihdehuollon kuntouttava laitoshoido on ympärivuorokautista pitempiaikaista laitoshoidoa. Kuntouttava laitoshoido on osa asiakkaan kokonaiskuntoutusta ja perustuu hoitosuunnitelmaan. Laitoshoido on suunniteltu avohoitoa tukevaksi hoitojaksoksi päihdeongelmallisille, joille avohoillon palvelut tai katkaisu laitoshoidossa eivät ole riittäviä tai tarkoituksenmukaisia, tai joiden kuntoutuminen edellyttää väliaikaista irrottautumista normaalista elinympäristöstä. Hoidon pituus määrittyy yksilöllisesti. Kuntoutushoidon sisältö määrittyy yksilöllisesti hoitoa tarjoavan laitoksen hoitoideologian ja käytettyjen työmenetelmien mukaan. (Korteniemi 2011.)

Päihdehuollon kuntouttavat asuinpalvelut

Asumispalvelujen tavoitteena on asiakkaan asumisen turvaaminen sekä tukeminen päihdeettömyyteen ja ohjaaminen palvelujen piiriin. Kuntouttavaa asumista ovat tehostettu palveluasuminen (ympärivuorokautisesti valvottu), palveluasuminen, tukiasuminen (palvelutalon läheisyydessä, mahdollisuus saada apua palvelutalolta) ja tuettu asuminen (tuntiohjaus). Työmuotoihin voi kuulua ohjaus ja neuvonta arjen asioissa, rajojen asettaminen, asiakkaan sosiaalisten tukiverkoston kartoittaminen ja vahvistaminen ja terveydenhoidon antaminen. Asumispalvelu perustuu asiakkaalle laadittavaan palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmaan. (Korteniemi 2011.)

Erikoissairaanhoito huumeasiakkaille

Huumehoitoa, jossa tähdätään huumeiden käytön tai lääkkeiden väärinkäytön lopettamiseen, vähentämiseen tai käytöstä aiheutuvien haittojen vähentämiseen annetaan myös sairaaloissa.

Somaattisia sairauksia, joiden taustalla on huumeiden käyttö, hoidetaan sekä ensiavussa että osastoilla. Esimerkiksi huumemyrkytys voidaan hoitaa joko päivystyskäynnissä tai hoito voi edellyttää useamman päivän osatotarkkailua. Terveydenhuollossa kirjataan sekä pää- että sivudiagnooseja, jolloin on mahdollista, että asiakkaan ensisijaisena diagnoosina olisi myrkytys ja toissijaisesti huumeaineiden sekakäyttö.

Varsinainen huumehoito annetaan psykiatrian poliklinikoilla ja osastoilla. Hoitoon hakeutuminen voi tapahtua esimerkiksi A-klinikan kautta erikoissairaanhoidon päihdeklinalle tai psykiatriapäivystyksen kautta. Päihdeklinalkat tekevät muun

muassa korvaushoidon tarpeen arviot mikäli asiakkaalla on lisäksi jokin muu psykiatrinen sairaus.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut

Terveyskeskuksissa huumeiden käyttöön annettavaa hoitoa ovat muun muassa keskusteluapu päihdehoitajan kanssa, korvaushoito, vieroitus hoito ja somaattisten sairauksien hoito. Sosiaalitoimi ja lastensuojelu tarjoavat keskusteluapua ja hoitoon ohjausta.

Matalan kynnyksen palvelut

Matalan kynnyksen palveluissa korotetaan, että asiakkaat voivat helposti ja seuraamuksia pelkäämättä hakeutua heille tarkoitettuihin palveluihin. Käsite on laajentunut ruiskujen ja neulojen vaihtopisteistä tarkoittamaan monenlaisia huono-osaisille tarkoitettuja palveluita, kuten ensisuoja, päiväkeskuksia ja yökahviloita. (Törmä 2009.)

Hoitosuositukset

Huumeongelman hoidosta julkaistiin päivitetty Käypä hoito –suositus (Duodecim 2012). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmän suositus perustuu systemaattisesti koottuun tutkimustietoon. Suosituksen tavoitteena on tietoa lisäämällä selkeyttää huumeongelman hoitoa, parantaa moniammatillista yhteistyötä, edistää verkostoitumista ja vaikuttaa asenteisiin.

Käypä hoito-suosituksen keskeinen sanoma (Duodecim 2012):

- Huumeaineiden käyttö on Suomessa ollut muuhun Eurooppaan verrattuna vähäistä. Huumeiden käyttö lisääntyi 80- ja 90-luvulla. Vuosituhannen vaihteessa näkyi merkkejä kasvuvauhdin hidastumisesta, mutta käyttö on 2000-luvun loppupuolella kääntynyt kuitenkin jälleen lievään kasvuun.
- Huumeriippuvuus aiheuttaa merkittäviä uhkia terveydelle.
- Huumeongelman käsittelyä voi haitata se, että huumeiden käyttö on rangaistavaa. Potilas ei usein uskalla kertoa huumeiden käytöstään lääkärille, eikä lääkäri aina saa ongelmaa selville edes kyselemällä.
- Tärkeä työkalu huumeongelman toteamisessa ja hoidossa on avoin ja luottamuksellinen hoitosuhde. Ongelmaa voidaan etsiä ja seurata myös laboratoriokokeilla.
- Psykososiaaliset menetelmät ovat hoidon perusta, vaikka näyttö niiden tehosta joidenkin huumeongelmien hoidossa on niukkaa. Lääkityksellä voidaan usein vain helpottaa oireita, mutta opioidiriippuvuuden korvaushoito on osoitettu tehokkaaksi.
- Huumeiden käyttöön kietoutuu usein mielenterveysongelmia, joiden hoidossa tarvitaan psykiatrista tai päihdepsykiatrista asiantuntemusta.
- Huumeiden käyttö on usein sekakäyttöä, mutta kliiniseen työhön sovellettavaa tutkimustietoa on lähinnä yksittäisistä aineista.

- Lääkäri voi hyvää tarkoittaen pahentaa potilaan riippuvuutta määräämällä tälle rauhoittavia lääkkeitä. Riski ei kuitenkaan saa estää välttämätöntä lääkehoitoa esimerkiksi vieroitushoidon aikana.
- Huumeongelmaan liittyy terveysuhkien ohella runsaasti sosiaalisia vaikeuksia, joiden käsittelyyn tarvitaan yhteistyötä monien tahojen kanssa. Potilaan ohella myös hänen lähiympäristönsä – perheen ja erityisesti lasten – hyvinvointiin on kiinnitettävä huomiota.
- Huumeongelman hoidossa ja haittojen ehkäisyssä tarvitaan ennakkoluulotonta, neutraalia ja tuomitsematonta otetta.
- Huumeongelman hoitaminen tulee yhteiskunnalle halvemmaksi kuin hoidotta jättäminen
- Kiireettömän hoitoon pääsyn kriteerit (hoitotakuu) koskevat myös opioidista riippuvaisten korvaushoitoa.

Duodecimin hyvä hoito sarjassa on julkaistu Huume- ja lääkeriippuvuudet kirja (Seppä ym. 2012), joka on myös julkaistu myös tietokantana Terveysportti-palvelussa. Julkaisussa kuvataan mm. hoitoja, riippuvuuden tunnistamista, huumeasiakkaan kohtaamista, vertaistuki sekä haittoja vähentävää toimintaa. Teoksessa käsitellään myös huumeiden käytön aiheuttamia psyykkisiä ja elimellisiä haittoja, nuorten huumeiden käyttöä ja läheisten selviytymiskeinoja.

Päihdetyön kehittämistä varten on olemassa myös päihdehuollon palvelujen laatusuosituksen (STM 2002).

Opioidiriippuvaisten korvaushoito

Korvaushoitoa voidaan antaa niille opioidiriippuvaisille asiakkaille, jotka eivät ole kyenneet vieroittautumaan muiden vieroitushoitojen avulla. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus vieroitus- ja korvaushoidosta (33/2008) määrittelee lääkkeellisen korvaushoidon tavoitteeksi joko kuntoutumisen ja päihitteettömyyden tai haittojen vähentämisen ja asiakkaan elämänlaadun parantamisen (STM 2008).

Konkreettisemmin korvaushoidon tavoitteena on estää tai merkittävästi vähentää laittomien opioidien käyttöä, rikollisuutta ja suonensisäiseen käyttöön ja yliannostukseen liittyviä riskejä ja mahdollistaa riippuvuuksien hoito ja psykososiaalinen kuntoutus (Duodecim 2012).

Opioidikorvaushoidon aloittamista edeltää hoidon tarpeen arviointijakso, joka voidaan tehdä sekä avo- että laitoshoidossa. Useimmiten hoidon tarpeen arvio tai hoidon aloitus tehdään erikoistuneessa yksikössä esimerkiksi sairaalan päihdepsykiatrisessa yksikössä, jonka jälkeen varsinainen hoito toteutetaan päihdehuollon avopalveluista tai terveyskeskuksesta. Lääkkeellistä korvaushoitoa koskevat hoitotakuun määräajat (kiireettömissä tapauksissa hoidon tarpeen arviointi 3 vuorokaudessa, hoitoon pääsy 3 kuukaudessa ja erikoissairaalahoidossa hoidon tarpeen arviointi 3 viikossa ja hoitoon pääsy 6 kuukaudessa).

Korvaushoitoasiakkaiden määrä

Opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä vieroitus- ja korvaushoidossa oli 2 439 potilasta 30.11.2011. Yleisin hoidossa käytetty lääkehoitomuoto oli buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmiste (58 %) ja toiseksi yleisimmin käytettiin metadonia (38 %). Pelkästään buprenorfiinia sisältävää valmistetta sai neljä prosenttia hoidossa olleista potilaista. Kaksi kolmesta potilaasta oli hoidossa päihdehuollon erityispalveluissa, viidennes terveyskeskuksissa, reilu kymmenesosa erikoissairaanhoidossa ja muutamia kymmeniä vankiloiden terveydenhuoltoyksiköissä. (Partanen ym. 2014).

Taulukko 5. Opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä vieroitus- ja korvaushoidossa 30.11.2011 olleiden potilaiden kokonaismäärä, jakautuminen eri hoitomuotoihin hoitoyksikötyypeittäin (lkm).

Hoitoyksikkö- tyyppi	Yhteensä	Vieroitus- hoito	Kuntouttava korvaushoito, lääkkeenjako yksiköstä	Kuntouttava korvaushoito, apteekki- sopimus	Haittoja vähentävä korvaus- hoito, pääpaino lääkityk- sessä, ei muuta hoitoa ja tukea	Haittoja vähentävä korvaus- hoito, lääkityksen lisäksi muuta hoitoa ja tukea
Terveyskeskus	500	12	344	35	75	34
Päihdehuollon erityispalvelu	1624	27	1033	137	322	105
Erikois- sairaanhoito	276	7	208	3	46	12
Vankilan terveyden- huolto	39	11	25	0	3	0
Yhteensä	2439	57	1610	175	446	151

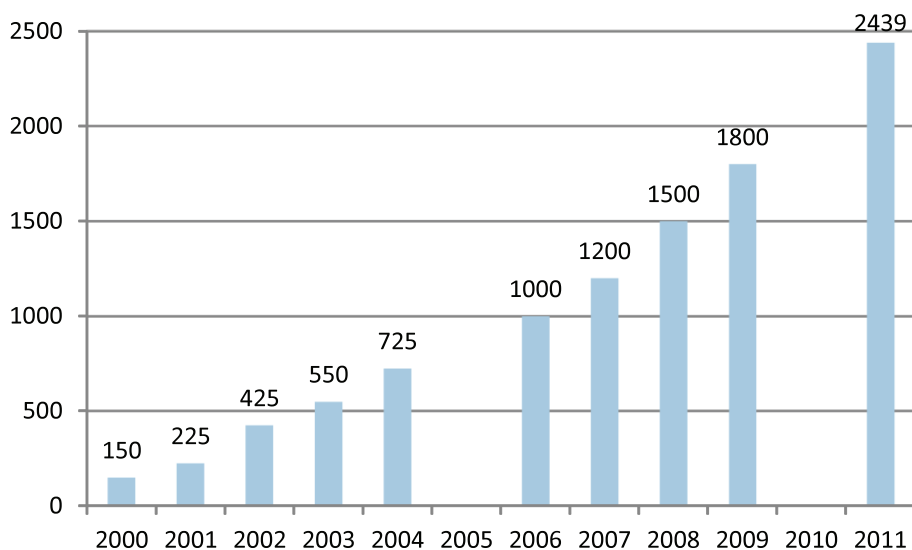
Lähde: Partanen ym. 2014.

Valtaosa opioidiriippuvuuden lääkkeellistä vieroitus- tai korvaushoitoa saavista oli kuntouttavassa korvaushoidossa. Kaksi kolmesta (66 %) potilaasta oli sellaisessa kuntouttavassa korvaushoidossa, jossa lääkkeenjako tapahtui yksiköstä ja seitsemän prosenttia sellaisessa kuntouttavassa korvaushoidossa, jossa lääkitys haettiin apteekista apteekkisopimuksella. Haittoja vähentävässä korvaushoidossa oli joka neljäs (25 %) potilas, ja heistä useimmat olivat lääkehoitoon painottuvassa hoitomuodossa, johon ei liittynyt muuta hoitoa tai psykososiaalista tukea. Opioidilääkityksestä irrottautumiseen tähtäävässä vieroitushoidossa oli kaksi prosenttia potilaista. (Partanen ym. 2014).

Kaikkien sairaanhoitopiirien alueilla oli opioidiriippuvuuden lääkkeellistä hoitoa saavia potilaita. Kuitenkin valtaosa heistä oli hoidossa Etelä-tai Länsi-Suomen alueella. Lähes puolet (45 %) opioidiriippuvuuden lääkkeellistä vieroitus- tai korvaushoitoa saavista potilaista hoidettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kunnissa sijaitsevilla hoitoyksiköissä. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kunnissa sijaitsevilla hoitoyksiköissä hoidettiin 13 prosenttia, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella 10 prosenttia, Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella kuusi prosenttia ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueella viisi prosenttia. Muiden sairaanhoitopiirien alueella osuus oli alle 5 prosenttia. Hoito painottui suurten kaupunkien hoitoyksiköihin. Pääkaupunkiseudun kolmessa suuressa kunnassa sijaitsevilla hoitoyksiköis-

sä oli 39 prosenttia kaikista potilaista. Muissa yli 100 000 asukkaan kunnissa sijaitsevilla hoitoyksiköissä oli 21 prosenttia kaikista potilaista. (Partanen ym. 2014).

Opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä vieroitus- ja korvaushoidossa olleiden määrä on 2000-luvulla kasvanut tasaisesti Suomessa. Samalla opioidiongelmasta suurempi osa nyt korvaushoidossa. Tätä eurooppalaista kehitystä ovat tukeneet STM:n vuoden 2008 asetus ja kiireettömän hoidon kriteerien soveltaminen opioidiriippuvuuden lääkkeelliseen vieroitus- ja korvaushoitoon. (Partanen ym. 2014).



Kuvio 7. Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoa saavien asiakkaiden määrän kehitys 2000–2011. Kaikki luvut arvioita.

Lähteet:

- 2000 Vuoteen 2000 mennessä arveltiin että metadonikorvaushoidossa oli kaiken kaikkiaan ollut 70 henkilöä ja 170 henkilöä oli joskus saanut buprenorfiinikorvaushoitoa. Vuosina 1998-2000 suurin osa korvaushoitopotilaista hoidettiin Helsingin kaupunginsairaalan korvaushoitopoliklinikalla. (Huume tilanne Suomessa 2000. Virtanen 2011.) Kuvion luku johdettu lähdematerialista.
- 2001 STM Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio 2001. Alkuvuoden tilanne. korvaushoitopoliklinikalla. (Huume tilanne Suomessa 2000. Virtanen 2011.)
- 2002 Jokinen, P & Tourunen J. (2003) Käytännön työntekijöiden mielipiteitä korvaushoidosta. Periaatteet ja käytännöt kunnossa – tietoa, koulutusta ja voimavaroja kaivataan lisää. Tiimi-lehti 1/2003. Kesän tilanne. Kuvion luku johdettu lähdematerialista.
- 2003 Arvio Huume tilanne Suomessa 2003 Virtanen ym. Tilanne kesällä. Kuvion luku johdettu lähdematerialista.
- 2004 Arvio Huume tilanne Suomessa 2005 Virtanen ym. Kuvion luku johdettu lähdematerialista.
- 2006 Arvio Huume tilanne Suomessa 2007 Rönkä ym.
- 2007 STM:n julkaisematon muistio opioidiriippuvaisten vieroitus ja korvaushoidosta 11.1.2008. Loppuvuoden tilanne.
- 2008-2009 Lääkeyhtiö MSD Merck Sharp & Dohm epävirallinen tiedonanto 28.5.2010. korvaushoidon potilasmäärästä. Loppuvuoden tilanne.
- 2011 STM:n erillisselvitys (2013). Loppuvuoden tilanne.

Seurantatutkimukset

Jani Selin (2013) on tarkastellut suomalaisten, vuosina 2005–2012 tieteellisissä aikakauslehdissä julkaistujen, korvaushoidon seurantatutkimusten tulosten kautta sitä, minkälaisia vaikutuksia korvaushoidolla on ollut potilaiden terveyteen, hyvinvointiin ja elämään laajemmin. Hoidon tuloksellisuutta tai vaikuttavuutta voidaan tarkastella eri mittarein. Melko vakiintuneita korvaushoidon tuloksellisuuden mittareita ovat hoidossa pysyvyys, potilaan tila hoidon päättyessä, muutokset päihteidenkäytössä, riskikäyttäytyminen (esimerkiksi suonensisäinen käyttö), muutokset terveydentilassa, integroituminen yhteiskuntaan ja subjektiivinen kokemus elämänlaadusta. (Selin 2013).

Suomalaiset 2005–2012 tieteellisissä aikakauslehdissä julkaistut korvaushoidon seurantatutkimukset (Selin 2013):

- Mauri Aalto M, Jukka-Pekka Visapää, Jukka T. Halme, Carola Fabritius & Mikko Salaspuro: Effectiveness of buprenorphine maintenance treatment as compared to a syringe exchange program among buprenorphine misusing opioid-dependent patients. *Nordic Journal of Psychiatry* 4/2011. Pekka Rapeli, Carola Fabritius, Hely Kalska & Hannu Alho: Memory function in opioid-dependent patients treated with methadone or buprenorphine along with benzodiazepine: longitudinal change in comparison to healthy individuals. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 6/2009.
- Pekka Rapeli P, Carola Fabritius, Hely Kalska & Hannu Alho: Cognitive functioning in opioid-dependent patients treated with buprenorphine, methadone, and other psychoactive medications: stability and correlates. *BMC Clinical Pharmacology* 13/2011.
- Jouni Tourunen, Tuuli Pitkänen, Outi Harju-Koskelin, Anitta Häkkinen & Antti Holopainen: Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. K- ja Vieroitusohjotopoliinikoilla vuosina 2002–2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisten potilaiden korvaushoidon seuranta. *Yhteiskuntapolitiikka* 4/2009.
- Helena Vormaa, Petteri Sokero, Saija Turtiainen & Heikki Katila: Opioidikorvaushoito tehoaa. Korvaushoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000-2002. *Suomen Lääkäreilehti* 9/2005.
- Helena Vormaa, Petteri Sokero, Saija Turtiainen & Heikki Katila: Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005. *Suomen Lääkäreilehti* 20/2009.

Potilaiden hoidossa pysyminen oli hyvällä tasolla yhden vuoden jälkeen kaikissa tutkimuksissa. Korvaushoitoa Hyksissä tarkastelleissa tutkimuksissa hoidossa jatkoi vuoden jälkeen 94 prosenttia ja 80 prosenttia potilaista ja 18 kuukauden jälkeen 89 prosenttia ja 77 prosenttia potilaista. Kotkan tutkimuksessa lukemat olivat samansuuntaiset: 83 prosenttia (vuoden jälkeen) ja 77 prosenttia (kahden vuoden jälkeen). Kahta A-klinikkasäätiön hoitoyksikköä käsitelleessä tutkimuksessa kahtena ensimmäisenä vuotena hoidossa pysyvyys oli 78 prosenttia ja jatkoseurannassa – 4,5–6,5 vuotta hoidon alkamisesta – pysyvyys oli 71 prosenttia. (Selin 2013).

Hoidon keskeytymisen syyksi tutkimuksissa mainittiin yleisimmin väkivaltaisuus, uhkailu väkivallalla tai sopeutumattomuus hoitoon. Ainoastaan A-klinikkasäätiön yksiköitä käsitellyt tutkimus tarjoaa tarkempaa tietoa hoidon kes-

keyttäneistä. Muihin verrattuina he olivat nuorempia, heillä oli enemmän hoidon aikaisia pidätyksiä ja he olivat useammin asunnottomia. (Selin 2013).

Hoidossa pysyvyys tuloksellisuuden mittarina on ongelmallisessa suhteessa lääkityksen harkittuun ja sovittuun lopettamiseen - siis vieroittautumiseen. Mitä enemmän on onnistuneesti vieroittautuneita, sitä huonommalta hoidon vaikuttavuus näyttäytyy pysyvyyssmittarilla arvioituna. Korvaushoidosta vieroittautuminen näytti tutkimusten pohjalta suhteellisen harvinaiselta. Vain 2-4 prosenttia potilaista vieroitautui seurannan aikana. Tutkimuksessa, jossa seuranta-aika oli jopa 4,5–6,5 vuotta, vieroittautumisia ei tapahtunut enää ensimmäisten kolmen vuoden jälkeen. Hoito on siis pitkäkestoista. Myös kansainvälistä tutkimusta korvaushoidosta vieroittautumisesta on niukasti. (Selin 2013).

Korvaushoidossa olevien potilaiden päihteidenkäyttö väheni tutkimusten mukaan hoidon edetessä. Kokonaan päihteettä vuoden hoidon jälkeen on ollut noin 12–30 prosenttia potilaista. Opioidien oheiskäyttöä ei ole ollut 44–75 prosentilla potilaista. Tutkimus, jossa buprenorfiini- ja metadonipotilaita seurattiin 2 kuukauden, 6–9 kuukauden ja 12–18 kuukauden välein (Pk-seutu), osoittaa, kuinka vielä kahden kuukauden kohdalla opioidien ja muiden päihteiden käyttö oli hyvin yleistä. Jo kuuden kuukauden kohdalla päihteettömien tai melko vähän päihteitä käyttävien osuus oli lisääntynyt huomattavasti. Kotkassa toteutetussa tutkimuksessa päihdeongelman vakavuutta mittaavan EuropAsi-kyselyn huumeiden käyttöä koskevan osion keskimääräiset pisteet laskivat vuoden hoidon jälkeen 0,25:een, vastaavien pisteiden ollessa hoidon alussa 0,46. Kyse oli tilastollisesti erittäin merkitsevistä positiivisista muutoksista. (Selin 2013).

Korvaushoidolla on myös muita vaikutuksia kuin hoidossa pysyminen tai päihteidenkäytön väheneminen. Tutkimuksissa oli mainintoja työllistymisestä, koulutautumisesta, ihmissuhteiden kohenemisesta ja asumistilanteen paranemisesta. Näitä tuloksia ei ole kuitenkaan ollut koottu eikä esitetty systemaattisesti.

A-klinikkasäätiön kahta hoitoyksikköä koskeneessa tutkimuksessa muihin vaikutuksiin on kiinnitetty huomiota kaikkein systemaattisimmin. Kohentumista asumistilanteessa havaittiin 23 potilaan kohdalla, 16 potilaan suhde omiin lapsiin parani, 5 potilasta oli työllistynyt ja 26 oli osallistunut erilaisiin koulutuksiin. Kotkan seutua koskevassa tutkimuksessa havaittiin muun muassa masentuneisuuden vähentyneen ja koetun elämänlaadun ja sosiaalisen tilanteen kohentuneen tilastollisesti merkitvästi. (Selin 2013).

Tuoreet korvaushoitotutkimukset

Kaarlo Simojoki on väitöskirjassaan tutkinut sellaisten kliinisten menetelmien tai toimintatapojen käyttöä korvaushoidossa, jotka saattavat vähentää lääkkeiden väärinkäyttöä, pienentää henkilöresurssien tarvetta, parantaa potilaiden hoitoon sitoutumista ja siten kohentaa hoidon tuloksellisuutta. Suomessa otettiin Euroopan ensimmäisenä maana käyttöön pienemmän väärinkäyttöpotentiaalin, kuin pelkkää

mono-buprenorfiinia sisältävä lääke, omaava buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmiste. Ensimmäisessä osatyössä selvitettiin aiheuttaako siirtyminen mono-buprenorfiinista buprenorfiini-naloksoniin potilaille haittavaikutuksia ja vaikuttaako se potilaiden hoitoon sitoutumiseen. Toinen keino väärinkäytön vähentämiseksi on buprenorfiini tablettin murskaaminen annostelun yhteydessä. Aiemmin ei ollut tietoa miten murskaaminen vaikuttaa mono-buprenorfiinin imeytymiseen ja kliiniseen tehoon ja toisessa osatyössä selvitettiin miten mono-buprenorfiini lääkkeen murskaus vaikuttaa seerumitasoihin ja kokevatko potilaat haittavaikutuksia. Eräs merkittävä ongelma on ollut osan potilaiden huono sitoutuminen hoitoon, jossa yhtenä merkittävänä tekijänä on ollut päihdeseulojen antamisen tiukka kontrollointi. Kolmannessa osatyössä selvitettiin vaikuttaako virtsaseulojen ottaminen ilman valvontaa ja uudenlaista merkkiainetta käyttäen potilaiden hoitomyöntyvyyteen sekä henkilökunnan resurssien käyttöön. Poikkeuksellisen laaja buprenorfiinin väärinkäyttö Suomessa tarjoaa erinomaisen mahdollisuuden seurata sen väärinkäyttöä ja katukauppaa. Viimeisessä osatyössä selvitettiin mitkä ovat opioidien väärinkäytön ja laittoiman kaupan trendit seitsemän vuoden väärinkäytön ja katukaupan seurantatutkimuksella. (Simojoki 2013.)

Tutkimus osoitti, että uuden buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmisteen käyttö on yhtä turvallista kuin pelkän mono-buprenorfiinin eikä pääsääntöisesti annosmuutoksia vaihdon yhteydessä tarvita. Lääkkeen murskaaminen ei vaikuttanut seerumitasoihin eivätkä tutkimushenkilöt kokeneet verrokkiryhmää enempää tai vähempää haittavaikutusta. Tämän perusteella arvioitiin, että tablettien murskaaminen ei vaikuta lääkkeen kliiniseen tehoon, ollen siten farmakologisesti yhtä tehokasta kuin kokonaisen tablettin käyttäminen. Tutkimus, jossa selvitettiin uuden merkkiainepohjaisen päihdeseulan hyötyjä ja haittoja, osoitti, että sekä potilaat että hoitohenkilökunta kokivat sen selkeästi mukavammaksi kuin perinteisen silmämääräisen valvontaan perustuvan päihdeseulan. Tämä todennäköisesti lisää potilaiden hoitomyöntyvyyttä ja kiinnittymistä hoitoon. Lisäksi todettiin, että kyseinen uusi päihdeseula vähentää huomattavasti seuratutkimuksiin käytettävää työaikaa mikä todennäköisesti myös lisää hoidon tehokkuutta sekä tuloksellisuutta henkilökunnan pystyessä keskittymään enemmän hoitotyöhön. Seurantatutkimus osoitti, että buprenorfiini-naloksoni yhdistelmää väärinkäytettiin vähemmän ja yhdistelmävalmisteen katu-hinta oli koko seurantajakson ajan selvästi alempi kuin pelkän mono-buprenorfiinin, joten siten voidaan ajatella sillä olevan pienempi väärinkäyttöpotentiaali kuin pelkällä mono-buprenorfiini valmisteella. (Simojoki 2013.)

Sini Kankaanpää (2013) on Pro gradu tutkimuksessaan selvittänyt korvaushoidosta onnistuneesti irrottautuneiden kokemuksia toipumisprosessistaan. Haittojen vähentämiseen tähtäävä hoito ja päihteettömyystavoitteinen hoito asettuivat aineistossa toisiaan seuraaviksi vaiheiksi ennen toipumista. Jokaisessa vaiheessa kuntoutuminen edellytti elämänmuutosta tukevia rakenteita.

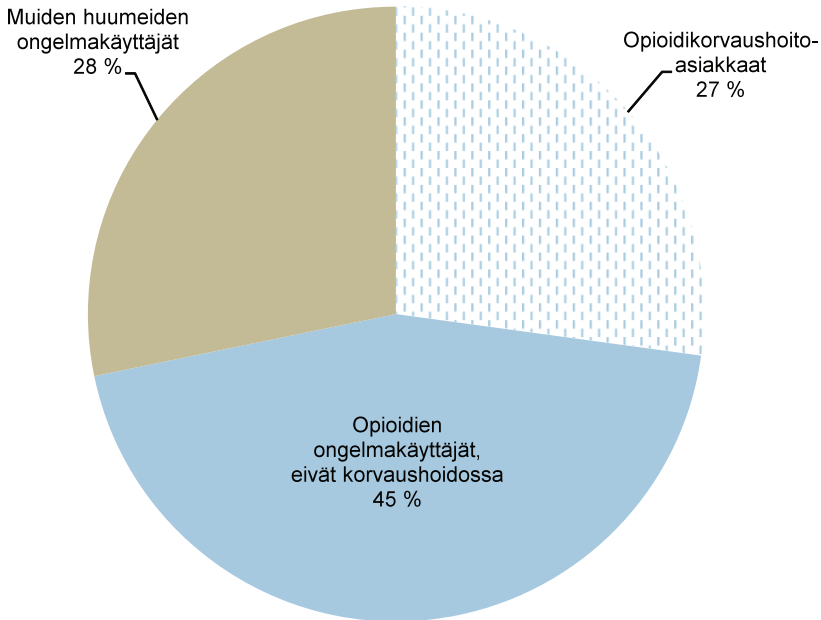
Vorma ja tutkimusryhmä (Vorma 2013) on tutkimsryhmänsä kanssa verrannut korvaushoidon aloittaneiden³³ rikostuomioiden määrää ennen ja jälkeen korvaushoidon aloittamista. Rikostuomioiden määrä väheni korvaushoidon aloittamisen jälkeen huomattavasti. Tuomiot vähenivät ennen kaikkea rikoksissa jotka liittyivät selvimminkin huumeiden käyttöön, siis huumerikoksissa ja omaisuusrikoksissa. Väkivaltarikosten ja rattijuopumustuomioiden määrä oli aineistossa oli niin pieni, ettei johtopäätöksiä voida tehdä niinden osalta. Sekakäyttäjillä, jotka käyttivät opioidien lisäksi myös amfetamiinia, erilaisten rikosten määrä oli suurin ennen hoitoa ja heillä myös hoidon myötä rikosten määrä väheni myös eniten. Muuten korvaushoito vähensi rikosten määrää yhtä merkittävästi sukupuolesta, iästä tai mielenterveysongelmasta riippumatta.

5.2 Huumehoidon asiakaskunta

THL:n vuosittaisen huumehoidon tiedonkeruun huumeasiakkaat muistuttivat taustaltaan ja elämäntilanteeltaan edellisten vuosien asiakaskuntaa. Kaikista huumeasiakkaista naisia oli 32 prosenttia. Alle 29-vuotiaista huumehoidon asiakkaista naisia oli 40 prosenttia. Vanhemmissa ikäluokissa ja opioidikorvaushoidossa olevien naisten osuus hoidossa olevista huumeasiakkaista oli pienempi.

Kolme neljäsosaa päihdehuollon huumeasiakkaista käyttää ongelmallisesti opioideja. Vuonna 2012 opioidikorvaushoidossa oli 40 prosenttia opioideja ongelmallisesti käyttävistä (Kuvio 7).

³³HUS:n päihdepsykitriassa korvaushoidon vuosina 2000–2005 aloittaneiden (n=169) korvaushoitopotilaitaiden osalta verrattiin kaikkia rikosseuraamuksia vuosina 1999–2007.



Kuvio 8. Opioidikorvaushoitoasiakkaat, opioidien ja muiden huumeiden ongelmakäyttäjät 2012.

Lähde: Päihdehuollon huumeasiakkaat, THL.

Elämäntilanne

Huumeasiakkaiden keski-ikä oli noin 31 vuotta ja ikämediaani 30 vuotta. Miehet olivat keskimäärin lähes kolme vuotta vanhempia kuin naiset. Uudeltamaalta olevat asiakkaat olivat vanhimpia ja nuorimmat maaseutumaisimmissa maakunnissa. Ympäri vuorokautisen laitoshoidon asiakaskunta oli suunnilleen saman ikäistä kuin avohoidossa (mediaani-ikä 30 vuotta). Selvästi vanhimpia olivat opioidiriippuvuuteen korvaushoitoa saavat asiakkaat (mediaani-ikä 33 vuotta). Pistämällä huumeita oli joskus käyttänyt 74 prosenttia asiakkaista. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

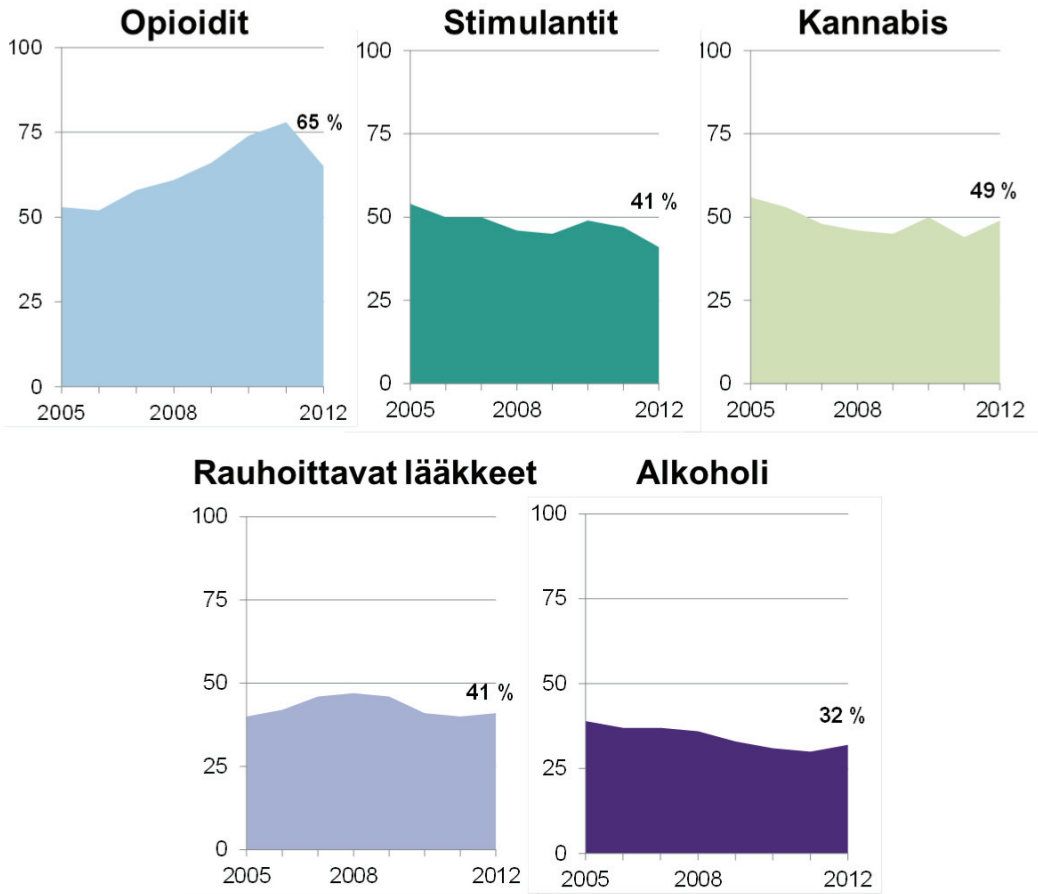
Avo- tai avioliitossa oli 20 prosenttia miehistä ja 35 prosenttia naisista. Avo- tai avioliitossa olevien asuinkumppani oli päihdeongelmainen 59 prosentilla, naisilla (76 %) huomattavasti useammin kuin miehillä (44 %). Alle 18-vuotiaita lapsia oli 37 prosentilla asiakkaista. Vain 29 prosenttia vanhemmista asui lapsensa kanssa samassa taloudessa ja 22 prosentilla lapset oli sijoitettuna lastensuojelun toimesta. Alle 20-

vuotiasta asiakkaista 61 prosenttia asui vielä vanhempiensa kanssa. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys (59 %) yleistä. Joka kymmenes (9 %) oli asunnoton. Korvaushoitoasiakkaista vain 4 prosenttia oli asunnottomia, kun muista opioidien ongelmakäyttäjistä asunnottomia oli peräti 12 prosenttia. Tilannetta selittänevät sekä korvaushoidon tehokkuus ja asunto ensin -periaate. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

Käytetyt päihteet

Päihteiden sekakäyttö oli yleistä. Ainakin kolme ongelmapäihdettä ilmoitti 58 prosenttia asiakkaista. Kolmen ongelmallisimman päihteen joukkoon 65 prosenttia huumeasiakkaista listasi opioidit, 41 prosenttia stimulantit, 49 prosenttia kannabiksen, 41 prosenttia rauhoittavat lääkkeet ja 32 prosenttia alkoholin (kuvio 9). Opioidien käyttäjien osuus hoitoon hakeutuneista huumeiden käyttäjistä kasvoi voimakkaasti 2000-luvulla. Vuoden 2012 aineistossa kasvu on pysähtynyt. Opioidien ongelmakäyttäjät ovat todennäköisemmin päihdehuollon asiakkaita kuin muiden huumausaineiden käyttäjät. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)



Kuvio 9. Hoitoon hakeutumiseen johtaneet ongelmapäihteet (1.–3. ongelmallisimmat) vuosina 2005–2012, % asiakkaita.

Lähde: Päihdehuollon huumeasiakkaat, THL.

Hoito

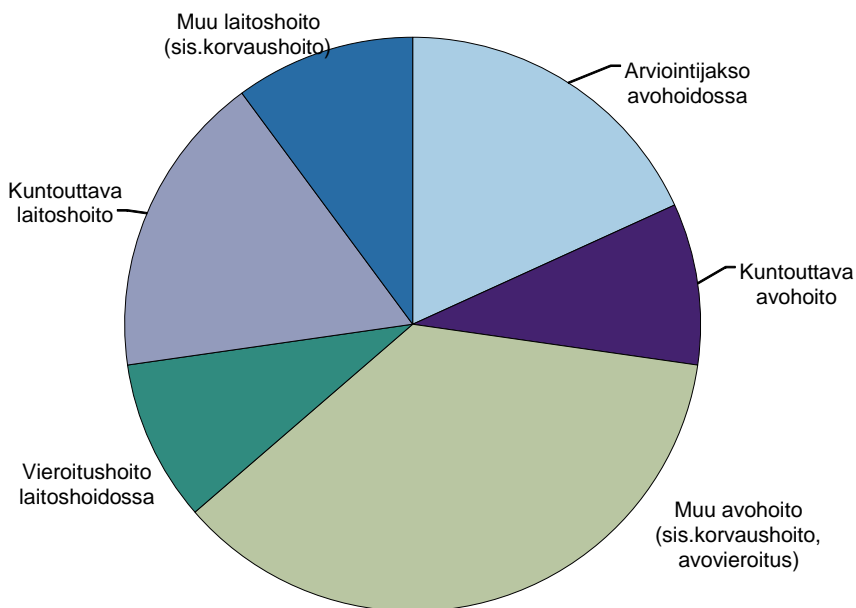
Ensimmäistä kertaa huumeiden käytön vuoksi hoitoon hakeutuneita oli 13 prosenttia. Puolet asiakkaita (55 %) oli saanut aiemmin hoitoa huumeiden käytön vuoksi, mutta aloittivat vuonna 2012 uuden hoitojakson. Hoitosuhde oli kestänyt yli vuoden 33 prosentilla asiakkaita ja yli kaksi vuotta 16 prosentilla asiakkaita. Opioidikorvaushoito oli kestänyt alle vuoden 46 prosentilla asiakkaita. Opioidikorvaushoito oli kestänyt yli 5 vuotta 15 prosentilla ja yli kymmenen vuotta kolmella prosentilla korvaushoitoasiakkaita. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

Avohoidossa oli 64 prosenttia asiakkaista ja laitoshoidossa 36 prosenttia asiakkaista. Korvaushoitoasiakkaista 78 prosenttia oli avohoidossa ja 22 prosenttia oli laitoshoidojaksolla. Laitoshoito ja erityisesti kuntouttava laitoshoido oli yleisempää niille, joilla ei ollut opioidien käyttöä. Laitoshoidossa painottuivat avohoitoa enemmän stimulanttien ja alkoholin ongelmakäyttäjät. Opioidikorvaushoidossa asiakkaita oli 27 prosenttia. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

Huumeongelmaan tarjottu hoito

Kaksi kolmasosaa (64 %) tiedonkeruun kattamasta huumehoidosta annettiin avohoidossa. Avohoidon osuus on pysynyt aineistossa vakaana viime vuosina. Avohoidon arviointijaksot ovat erityisen tyypillisiä erikoissairaanhoidon yhteydessä toimiville päihdepsykiatrian poliklinikoille ja osastoille (44 % avohoidon arviointijaksoista). Kuntouttavaa avohoitoa annetaan nuorisosasemilla ja A-klinikoilla. Muu avohoito koostuu ennen kaikkea korvaushoidosta, jota annettiin eniten A-klinikoilla (28 % korvaushoidosta), huumehoitoon erikoistuneissa yksiköissä (25 %) ja päihdepsykiatrian osastoilla (21 %). Kaikki terveysasemien ilmoittamat asiakkaat olivat korvaushoitoasiakkaita. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

Avovierointus on harvinaista ja keskittyy A-klinikoille. Vieroitushoitoa laitoksessa annetaan erillisissä katkaisuhoidoyksiköissä (37 % laitospäihdehoitoista), yhdistetyissä katkaisu- ja kuntoutuslaitoksissa (25 %) sekä jossain määrin myös huumehoitoon erikoistuneissa yksiköissä (14 %) ja päihdepsykiatrian osastoilla (14 %). Kuntouttava laitoshoido keskittyy selvemmin juuri päihdehuollon kuntoutuslaitoksiin (61 %), mutta kuntouttavaa hoitoa annetaan myös psykiatrisissa sairaaloissa, vankiloissa ja ensikodeissa. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)



Kuvio 10. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012 aineisto (n = 2 688) pääasiallisen hoitopalvelun mukaan jaoteltuna

Lähde: Päihdehuollon huumeasiakkaat, THL.

Hoitopaikkoja, joissa enemmistönä olivat asiakkaat, joilla oli muiden kuin opioidien ongelmakäyttöä, olivat nuorisoseimat (64 % asiakkaista), psykiatriset sairaalat (62 %) ja vankiloiden päihdehoitoyksiköt (65 %). Opioidien ongelmakäyttäjät muodostivat erityisen suuren osan erityisesti päihdepsykiatrian asiakkaista (81 %). (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

5.3 Asiakastrendit päihde- ja huumehoidossa

Kuten edellä on kuvattu, suomalainen päihdepalvelujärjestelmä on hajanainen ja edellyttää sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen huomioimista. Huumeisiin liittyvän hoidon määrää pyritään kuvaamaan yleisillä hoitotilastoilla (ks. 6.2 sairaaloiden huumehoitajaksot sekä kuvio 12) sekä poikkileikkaustutkimuksella. Päihdetapauslaskennassa kerätään yhden päivän aikana tietoja päihteen aiheuttaman vamman tai päihteen käytön vuoksi tai päihtyneenä sosiaali- ja terveyspalvelujen (pl. lasten päivähoito) toimintayksiköiden palveluja käyttäneistä asiakkaista. Tutkimus tehdään joka neljäs vuosi. Huumeiden käytön osalta laskentoja on toteutettu

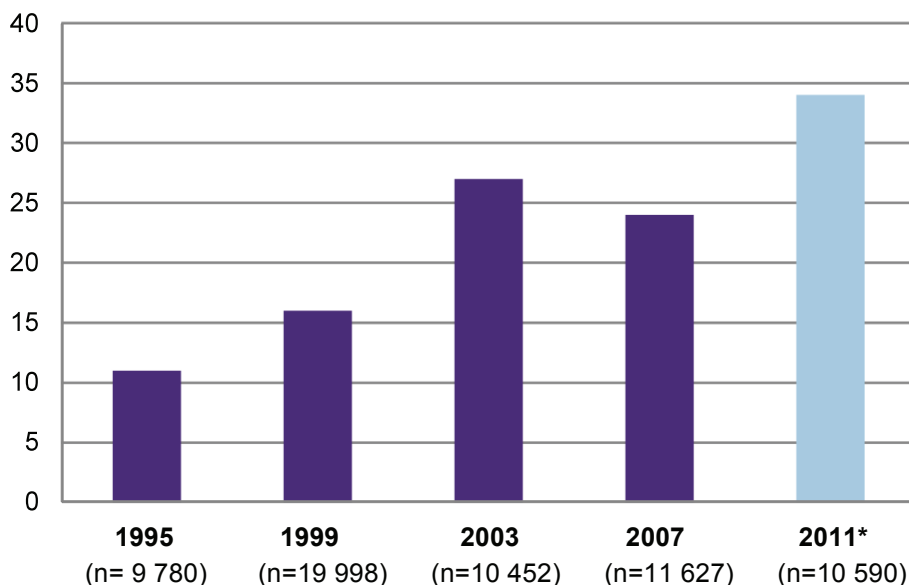
vertailukelpoisessa muodossa vuodesta 1995 lähtien. Päihdetapauslaskennan tietojen pohjalta voidaan arvioida huumeasiakkaiden osuutta kaikista laskennassa mukana olevista sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista. .

Päihdetapauslaskenta

Viimeinen päihdetapauslaskenta toteutettiin vuoden 2011 lokakuussa. Tuolloin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin tehtiin vuorokauden aikana 11 738 päihde-ehdoista asiointia. Eniten asiointeja tehtiin terveydenhuoltoon ja päihdehuollon erityispalveluihin. Päihdehuollon erityispalveluiden asiakasmäärät ovat viime vuosina kuitenkin vähentyneet. Erityisesti siirtymä kuntouttavista laitospuoleisista palveluista asumis- ja palveluun suuntaan on nähtävissä, mutta samanaikaisesti myös sairaalahoitoon osuus on lievästi kasvanut. Huomionarvoista on myös se, että perusterveydenhuollon avohoidossa näkyy aiempaa enemmän päihde-ehdoista asiointia. (Kuussaari ym. 2012.)

Vuonna 1995 joka kymmenennessä päihde-ehdoisissa asioinnissa mukana oli myös laittomien huumeiden käyttöä. Vuonna 1999 vastaava osuus oli 16 prosenttia ja vuonna 2003 osuus oli 27 prosenttia. (Nuorvala ym. 2004.) Vuoden 2007 laskennassa huume-ehdoisten asiointien (25 %) osuus oli laskenut hieman edelliseen laskentakertaan verrattuna (Nuorvala ym. 2008).

Päihteiden käyttöä koskevaa kysymyksenasettelua muutettiin vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa siten, että käytettyjä päihteitä kysyttiin viimeisen 12 kuukauden ajalta. Tällaista aikarajoitusta kysymyksenasettelussa ei ole ollut aikaisemmissa laskennoissa. Onkin syytä huomioda, että tulokset eivät tältä osin ole täysin vertailukelpoisia. Vuoden 2011 aineistossa jotain laitonta huumetta viimeisen vuoden aikana oli käytetty 34 prosentissa päihde-ehdoisista asioinneista. Kannabis oli yleisimmin käytetty laiton päihde vuoden 2011 laskennassa. Sitä oli käytetty 18 prosentissa päihde-ehdoisista asioinneista. Amfetamiinin käyttöä oli puolestaan 14 prosentissa ja buprenorfiinin käyttöä oli 13 prosentissa päihteisiin liittyvistä asioinneista. (Kuussaari 2013.)



*Vuonna 2011 kysymyksenasettelua muutettiin, joten tulokset eivät ole täysin vertailukelpoisia aikaisempiin vuosiin verrattuna.

Prosentit on laskettu niistä, joille oli merkitty vähintään yksi päihde. Vuodesta 2003 lähtien mukana ovat myös ne asionnit, joissa on ilmoitettu käytettävän huumeita pistämällä, vaikka eri aineiden käytöstä ei olisi tietoa.

Kuvio 11. Huume-ehtoisten asiointien osuus päihde-ehdoisista asioinneista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa vuosina 1995–2011.

Lähde: Kuussaari 2013.

Vuosien 1999 ja 2003 nopean kasvun taustalla ei ole pelkästään hoitopalvelujen kysynnän lisääntyminen vaan myös palvelurakenteen muutokset. 1990-luvun lopulla perustettiin ensimmäiset terveysneuvontapisteen ruiskuhuumeiden käyttäjille, mikä näkyi päihdehuollon avopalvelujen käytön lisääntymisessä. Opioidiriippuvuuden korvaushoito aloitettiin laajemmassa mitassa Suomessa vasta vuonna 2002, mikä puolestaan heijastui sekä päihdehuollon että myös terveydenhuollon avopalvelujen huumeasiakkaiden määriin vuosina 2003 ja 2007. Toisaalta vuonna 2004 Suomessa toteutettiin alkoholijuomaveron alennus, mikä lisäsi alkoholin kulutusta ja vaikutukset näkyvät viiveellä alkoholiongelmisten suhteellisen osuuden lisääntymisessä varsinkin vuoden 2007 päihdetapauskennassa. Erityisesti yli 50-vuotiaiden ikäluokka oli voimakkaassa kasvussa. Vuonna 2007 päihdetapauskennassa saatiin suhteellisen vähän tietoja pistoskäyttäjille tarkoitetuista terveysneuvontapisteistä, mikä on saattanut johtaa aliarvioon huumeaineiden käyttäjien osuudesta vuoden 2007 tutkimuksessa. (Huhtanen 2008; Nuorvala ym. 2008.)

Uusimmassa, vuoden 2011, päihdetapauslaskennassa huume-ehtoisten asiointien määrä kasvoi selvästi aikaisempiin laskentakertoihin verrattuna. Yksi selitys tälle saattaa olla se, että opioidiriippuvuuden korvaushoidossa olevien huumeiden käyttäjien määrä on viime vuosina noussut ja näiden asiakkaiden todennäköisyys tulla mukaan päihdetapauslaskentaan on suurempi kuin esimerkiksi pitkässä terapiasuhteessa olevan asiakkaan (Kuussaari & Partanen 2014). Vuoden 2011 laskennassa saatiin myös jonkin verran edellistä laskentakertaa enemmän vastauksia huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteistä, joten tämä näkyy niin ikään huumeiden käyttäjien osuuden kasvuna koko aineistossa. Huume-ehtoisten asiointien määrän lisääntymiseen vaikuttanee myös se, että joihinkin yksittäisiin aineisiin liittyvät asioinnit olivat lisääntyneet edelliseen laskentakertaan verrattuna. Vuoden 2011 aineistossa oli kannabiksen käyttöön liittyviä asiointeja noin yhdeksän prosenttia enemmän kuin vuonna 2007 ja buprenorfiinin käyttöön liittyviä asiointeja 19 prosenttia enemmän kuin edellisessä laskennassa. (Kuussaari 2013.)

Taulukosta 7 nähdään, että huume-ehtoisten asiointien osuus oli suuri etenkin päihdehuollon erityispalveluissa. Terveysneuvontapisteisiin tehdyistä päihde-ehtoista asioinneista yli 90 prosentilla oli laittomien huumeiden käyttöä. Myös nuorisosiemien päihteisiin liittyvistä asioinneista valtaosassa (70 %) mukana oli laittomien huumeiden käyttöä. A-klinikoiden päihde-ehtoista asioinneista laittomien huumeiden käyttöä viimeisen vuoden aikana oli ollut 56 prosentilla. Laittomien päihteiden käyttö näkyy myös yleisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin tehdyissä päihteisiin liittyvissä asioinnissa. Lasten ja nuorten laitosten ja ammatillisen perhehoidon päihde-ehtoista asioinneista 68 prosentissa mukana oli jokin laiton huume. Psykiatristen sairaaloiden poliklinikoiden ja terveyskeskusten päihteisiin liittyvistä asioinneista noin kolmasosassa oli mukana laittomat päihteet. Sen sijaan kotiin (kotipalvelu, kotisairaanhoido) vietävissä palveluissa laittomien huumeiden käyttäjiä tavattiin selvästi harvemmin. Terveysneuvontapisteissä, nuorisosiemillä ja lastensuojeluyksiköissä myös lääkkeiden päihdekäyttö näyttäisi olevan yleisempää kuin pelkän alkoholin käyttö. (Kuussaari 2013.)

Taulukko 6. Viimeisen vuoden aikana jotain laitonta päihdettä, lääkkeitä, vain alkoholia käyttäneet ja alkoholia käyttäneet päihde-ehdoiset asiakkaat toimintayksikkötyypeittäin vuoden 2011 päihdetapauskannassa.

	Jokin laiton huume %	Lääkkeiden päihde- käyttöä %	Vain alkoholia käyttäneitä %	Alkoholia käyttäneitä %	N
PÄIHDEHUOLLON ERITYISPALVELUT					
A-klinikka	56	38	36	78	1657
Nuorisoasema	70	40	24	85	88
Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapiste	92	50	4	58	197
Päiväkeskus	28	21	51	80	781
Katkaisuhoitoasema	41	37	50	88	267
Päihdehuollon kuntoutuslaitos	45	37	45	86	572
Päihdehuollon asumispalvelu	19	16	57	84	1079
Ensisuoja	21	22	59	98	82
YLEISET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUT					
Kotipalvelu	3	10	83	94	731
Lasten ja nuorten laitokset ja ammattillinen perhehoito	68	44	24	83	142
Sosiaalitoimisto	24	18	58	86	878
Psykiatrisen sairaalan poliklinikka	36	26	52	84	608
Terveyskeskus avoterveydenhuolto	32	22	52	80	871
Terveyskeskus kotisairaanhoido	4	11	85	94	110
Yleissairaalan poliklinikka	17	17	62	84	109

Lähde: Kuussaari 2013.

Vuoden 2011 päihdetapauskannan aineistossa laittomien huumeiden käyttöä oli lähes puolella (48 %) päihdehuollon erityispalveluiden käyttäjistä sekä 31 prosentilla terveydenhuollon avopalvelujen ja noin viidenneksellä (22 %) terveydenhuollon vuodeosastopalvelujen päihdeasiakkaista. Huumausaineita käyttäneiden naisten osuus päihdetapauskannan asiakaskunnasta oli noin 30 prosenttia sekä

avo- että laitospalveluissa. Huumeasiakkaat ovat suhteellisen nuoria muihin päih- teiden ongelmakäyttäjiin verrattuna. Kun kolme neljästä (75 %) alle 40-vuotiaasta päih- teiden vuoksi hoidossa olleesta asiakkaasta oli käyttänyt jotain laitonta huumetta viimeisen vuoden aikana, oli 40–49 vuotiasta käyttänyt huumeita 16 prosenttia ja tätä vanhempien osuus oli alle kymmenen prosenttia. Iän lisäksi huumausaineasiak- kaat erosivat muista päihdeasiakkaista huono-osaisuuden ja mielenterveysongelmien osalta. Huumausaineiden käyttäjien asunnottomuus oli yleisempää kuin muilla asi- akkailla ja reilulla puolella jotain laitonta huumetta käyttäneistä asiakkaista todettiin myös masentuneisuutta ja muita mielenterveyden häiriöitä. (Kuussaari 2013.)

6 Huumeisiin liittyvät terveyshaitat

Tartuntatautirekisteriin kirjatut ruiskuhuumevälitteiset hiv-tartunnat sekä C-, B- ja A-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Ruiskuhuumeiden käyttäjien A- ja B-hepatiittirokotuksilla on ollut suuri merkitys huumeisiin liittyvien tartuntatautien vähenemisessä. Rokotusohjelman mukaan huumeita pistämällä käyttävät, heidän seksikumppaninsa sekä samassa taloudessa olevat saavat sekä A- että B-hepatiittirokotuksen maksuttomasti.

Terveysneuvontapisteiden toiminta on osoittautunut kustannustehokkaaksi tavak- si vähentää huumeisiin liittyviä terveyshaittoja. Sosiaali- ja terveysneuvontapisteet tarjoavat terveysneuvontaa ja erilaista tukea omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen. Terveysneuvonnan lisäksi niissä on mahdollisuus vaihtaa käytetyt pistosvälineet puhtaisiin kertakäyttövälineisiin, saada A- ja B-hepatiittirokotuksia, ottaa hiv- ja hepatiittitestejä, saada haavahoitoa ja lievien ihotulehdusten hoitoa sekä ohjausta ja tukea muihin hoitopaikkoihin hakeutumiseen tai asioiden hoitamiseen.

Huumausaineisiin liittyvien kuolemien määrä kasvoi muiden haittojen tapaan vuosituhannen vaihteessa, mikä oli seurausta 1990-luvulla lisääntyneestä huumeiden käytöstä. Kuolemien määrä pysyi kasvun jälkeisellä korkeammalla tasolla 2000-luvun alkupuolella. Oikeuskemiallisen tutkimuksen paljastamat huumausainelöydökset ovat edelleen yleistyneet. Muuntohuumeet näkyvät jo myös oikeuskemiallisis- ssa tutkimuksissa.

Huumekuolemien määrän lisääntymiseen liittyy sekakäytön yleisyys, huumeiden käyttöön liittyvä riskialttius ja kokemattomuus, lääkkeiden päihdekäyttö ja mielen- terveysongelmat. Sekakäytön vaarojen tiedostaminen olisi erityisen tärkeää opioidi- en, bentsodiatsepiinien ja alkoholin sekakäyttötapauksissa. Sekakäyttötapauksissa erityisesti buprenorfiinin, bentsodiatsepiinien ja alkoholin osalta kuolema on tapah- tunut tyypillisesti henkilön nukkuessa.

6.1 Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

Yli 64 prosenttia huumehoidon tietojärjestelmään tietoja lähettäneiden yksiköiden huumeasiakkaista oli käynyt kaikissa kolmessa, hiv-, hepatiitti B- ja hepatiitti C - testissä. Hiv-testissä oli käynyt 70 prosenttia, B-hepatiittitestissä 66 prosenttia ja C-hepatiittitestissä 75 prosenttia asiakkaista. Ruiskuhuumeita joskus huumeita käyttä- neistä hiv-testeissä käyneistä ja myös testituloksen saaneista (n = 1 551) hiv- positiivisia oli noin kaksi prosenttia. Vastaavasti ruiskuhuumeita käyttäneistä ja hepatiitti C -testituloksen saaneista (n = 1 688) oli hepatiitti C -positiivisia 73 pro- senttia. A-hepatiittitestin osalta noin 3 prosenttia ja B-hepatiittitestin osalta noin 5 prosenttia ruiskuhuumeita huumeita käyttäneistä ja testituloksen saaneista oli saanut positiivisen tuloksen.

Hepatiitti C -positiivisten osuus lisääntyi pistämisen keston myötä, kun pistämisen kesto laskettiin nykyisen iän ja pistämisen aloittamisien välisenä erotuksena. Myös hepatiitti C -testeissä käyneiden osuus kasvoi pistämisen laskennallisen keston mukaan. Luvuissa on mukana sekä asiakkaan itse ilmoittamaan testaustilanteeseen että varmistettuihin testituloksiin (testi otettu yksikössä tai tieto varmistettu esim. läheteestä) perustuvat tiedot. Itseilmoitettuihin hiv- ja hepatiitti C -testituloksiin perustuvien positiivisten vastausten ja varmistettuihin testituloksiin perustuvien vastausten välillä ei ollut merkittäviä eroja.

Ruiskuhuumeita joskus elämänsä aikana huumeita käyttäneistä yli puolet (52 %) oli saanut ainakin yhden B-hepatiittirokoteannoksen (liitetaulukko 3a) ja 39 prosenttia oli saanut kaikki kolme annosta.

Hiv

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tartuntatautirekisterin mukaan vuonna 2012 ilmoitettiin 159 uutta hiv-tartuntaa (176 tapausta v. 2011). Suurin osa tartunnoista oli saatu seksiteitse ja ruiskuhuumeetartuntojen osuus oli vain 3 % tapauksista. (Jaakola ym. 2013.)

Tartuntatautirekisterin mahdollistaman passiivisen seurannan lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tehnyt noin vuoden välein hiv- ja hepatiitti C -viruksen esiintyvyyttä kartoittavia esiintyvyytustutkimuksia. Tutkimusten avulla on pyritty arvioimaan tartuntojen esiintyvyyttä myös niiden ruiskuhuumeiden käyttäjien osalta, jotka eivät hakeudu diagnostiseen testaukseen. Tutkimustulosten mukaan hiv:n esiintyvyys ruiskuhuumeidenkäyttäjien keskuudessa on vuosittuhannen vaihteen epidemiasta huolimatta pysytellyt noin 1–2 prosentissa, mikä on kansainvälisesti vertaillen erittäin matala taso. (Arponen ym. 2008.)

C-hepatiitti

Uusia hepatiitti C -tartuntoja todettiin 1 167 vuonna 2012 (1 160 tapausta v. 2011). Tartuntatapa puuttui lähes 40 % tapauksia, ja noinpuolessa tapauksissa tartuntatauvaksi ilmoitettiin ruiskuhuumeiden käyttö. Hepatiitti C -vasta-aineiden esiintyvyyden on todettu olevan ruiskuhuumeita käyttävien keskuudessa erittäin korkea, 80 %:n luokkaa. Tästä johtuen esiintyvyyden kääntäminen laskuun on vaikeaa huolimatta ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmista. (Jaakola ym. 2013.)

Ikäryhmittäin 15–19- ja 20–24-vuotiaitten vuosittaiset tapausmäärät ovat pysyneet melko samoina. Tämä saattaa olla merkki siitä, että ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonta ja siihen liittyvä haittojen vähentämistyö on vähentänyt tehokkaimmin tartuntariskiä nuorimmissa ikäryhmissä, ja että hepatiitti C saadaan vasta myöhemmällä iällä ruiskuhuumeiden käytön jatkuttua pidempään. Eniten tartuntoja suhteessa asukaslukuun raportoitiin Etelä-Karjalan, Pohjois-Pohjanmaan ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä. (Jaakola ym. 2012.)

Taulukko 7. Hepatiitti C lääkärien ilmoitusten mukaan tartuntatavoittain, 2003–2012.

	2003	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ruiskuhuumeet	637	629	468	574	516	596	600	615
Seksi	46	62	68	74	70	73	86	69
Perinataali	1	5	3	11	9	10	11	7
Verituotteet	22	24	21	20	2	9	7	7
Muu	35	34	28	34	31	38	39	31
Tuntematon	524	490	577	429	422	406	417	450
Yhteensä	1265	1241	1165	1142	1050	1132	1160	1179

Lähde: Jaakola ym. 2013.

B-hepatiitti

Tartuntatautirekisteriin ilmoitetut akuutit B-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Vuonna 2012 ilmoitettiin kaiken kaikkiaan uusia tartuntoja 38. Tartuntatapa oli ilmoitettu vain kolmanneksella tapauksista. Yhdessä tapauksessa se oli ruiskuhuumeiden käyttö ja muissa seksi. (Jaakola ym. 2013.)

A-hepatiitti

Vuonna 2012 ilmoitettiin vain kahdeksan hepatiitti A -tapausta, mikä oli vähemmän kuin koskaan aiemmin. Kolmen tapauksen ilmoitettiin saaneen tartuntansa ravinnon tai veden välityksellä ulkomailla. Tartunnoista kuusi oli saatu ulkomailla ja kaksi Suomessa. Toinen kotimainen tartunta oli peräisin ulkomaisilta vierailta, joilla oli hepatiitti. Tartuntojen määrä on pysynyt matalalla viime vuosina. Ilmaantuvuus on pysynyt matalana riskiryhmien rokotusten ansiosta. Ruiskuhuumeita käyttävät henkilöt, heidän seksikumppaninsa ja samassa taloudessa asuvat henkilöt ovat saaneet vuodesta 2005 kansallisen rokotusohjelman mukaisesti maksuttoman A-hepatiittirokotuksen. Myös matkailijoiden A-hepatiittirokotukset ovat yleisiä. (Jaakola 2013.)

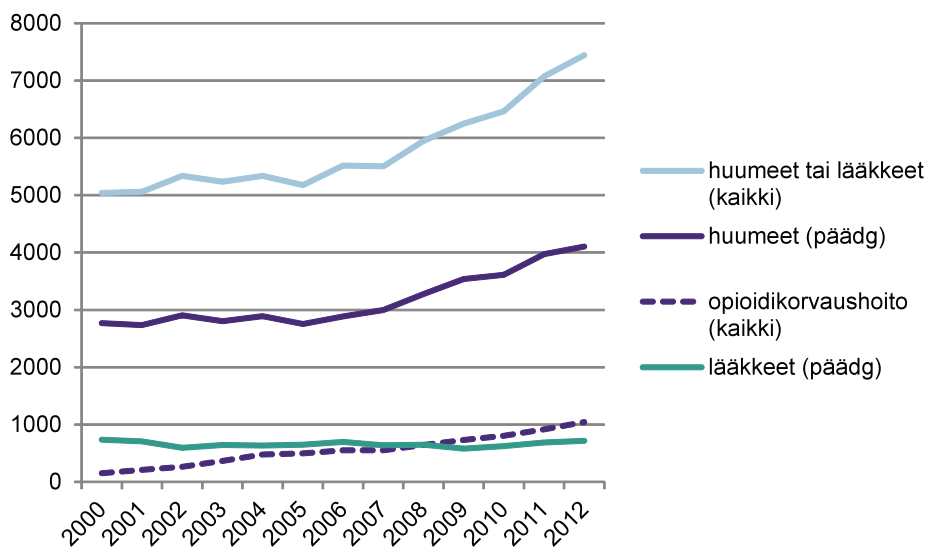
6.2 Huumesairaudet terveydenhuollossa

Sairaaloissa hoidettiin vuonna 2012 huumeiden käyttöön tai lääkkeiden päihdekäyttöön liittyen ainakin 7 444 asiakasta³⁴. Huumesairaus oli pääasiallisena diagnoosina

³⁴Tiedot perustuvat hoitoilmoistuksiin (HILMO) ympärivuorokautisesta hoidosta sairaaloissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä erikoissairaanhoidon avohoito käynneistä. Tiedot eivät sisällä sosiaalihuollon, terveyskeskusten tai yksityisten lääkäriasemien käynnejä. Asiakkaiden määrä on laskettu siten, että kukin asiakas on laskettu vain kerran.

4 105 asiakkaalla. Pää- tai sivudiagnoosina huumesairaus esiintyi 6 016 potilaalla. Päihdyttävien lääkkeiden käyttöön liittyvä sairaus oli päädiagnoosina 717 asiakkaalla, mutta oli sivudiagnoosina yleisempi (pää- tai sivudiagnoosina 1 428 asiakkaalla). Lisäksi sairaaloissa hoidettiin yli 6 000 lääkeainemyrkytyspotilasta, joista oletettavasti vain pieni osa liittyi päihdekäyttöön.

Huumeasiakkaiden määrä on viime vuosina noussut tasaisesti, kun taas lääkkeiden käytön vuosi hoidettujen määrä on pysynyt ennallaan. Kaksi kolmasosa asiakkaista oli 20–35-vuotiaita. Naisia oli kolmasosa hoidetuista.



Kuvio 12. Huumeasiakkaiden määrän kehitys 2000–2012.

Lähde: Terveydenhuollon erikoissairaanhoido. SVT. THL. Terveydenhuollon perusterveydenhuolto. SVT. THL.

Yleisin huumesairauksien päädiagnoosi oli opioidiriippuvuus (F11.2), joka on kasvanut tasaisesti viime vuosina. Samalla sekakäytön (F19.2) ja muiden huumausaineiden riippuvuuden hoito on vähentynyt, joten ainakin osa trendistä selittynee tarkentuneella diagnostiikalla ja kirjaamisella.

Vuoteen 2011 verrattuna opioidiriippuvaisten potilaiden (+4 %) ja hoitovuorokausien (+3 %) määrän kasvu oli maltillista myös vuonna 2012. Sen sijaan hoitojak-

sojen (+31 %) ja poliklinikkakäyntien (+52 %) määrien kasvua selittävät alueelliset muutokset hoito- ja kirjaamiskäytännöissä.³⁵

Opioidikorvaushoidon (F11.22) yleistyminen on merkittävästi vaikuttanut myös huumeopotilaiden määrään ja sairaaloissa tehtäviin kirjauksiin. Vuonna 2012 erikoissairaanhoidon avohoitokäynneistä 57 522³⁶ liittyi opioidikorvaushoidon toteuttamiseen. Keskimäärin käyntejä oli vuoden aikana 74, mutta puolella korvaushoitoasiakkaista oli alle 12 käyntiä vuoden aikana.

Taulukko 8. Opioidikorvaushoitoasiakkaiden käyntikerrat erikoissairaanhoidossa vuonna 2012.

	yhteensä käyntejä	potilaita
alle 12 käyntiä vuodessa	1 005	388
13-99 käyntiä vuodessa	8 822	176
100-199 käyntiä vuodessa	12 686	89
200-299 käyntiä vuodessa	19 862	80
yli 300 käyntiä vuodessa	15 449	43

Lähde: Terveydenhuollon erikoissairaanhoido. SVT. THL.

Selvityksen mukaan 30.11.2011 opioidikorvaushoitoasiakkaista oli 2 439. Vuonna 2011 sairaaloissa 915 asiakkaalla oli hoidon pää- tai sivudiagnosina opioidikorvaushoidon toteuttaminen, joten kolmasosa korvaushoitoasiakkaista kävi vuoden aikana myös erikoissairaanhoidon poliklinikalla tai vuodeosastohoitajaksolla. Vain 11 prosenttia korvaushoitoasiakkaista saa selvityksen mukaan pitempiä aikaisesti korvaushoitolääkkeensä erikoissairaanhoidosta. (Partanen ym 2014).

³⁵ Poliklinikka käyntien kasvu selittyi sillä, että vuoteen 2011 verrattuna Varsinais-Suomeen opioidikorvaushoitoasiakkaiden käynnit kirjaantuivat erikoissairaanhoidon ja hoitajaksojen osalta lisäksi selittyi lähes kokonaan Pohjois-Pohjamaan muuttuneilla hoitokäytännöillä.

³⁶ Kirjatuista käynneistä noin 20 000 oli Turun kaupungin perustason erikoissairaanhoidossa, jossa käynnit oli kirjattu kattavimmin.

Taulukko 9. Huumesairauksien hoitajaksot sairaaloissa.

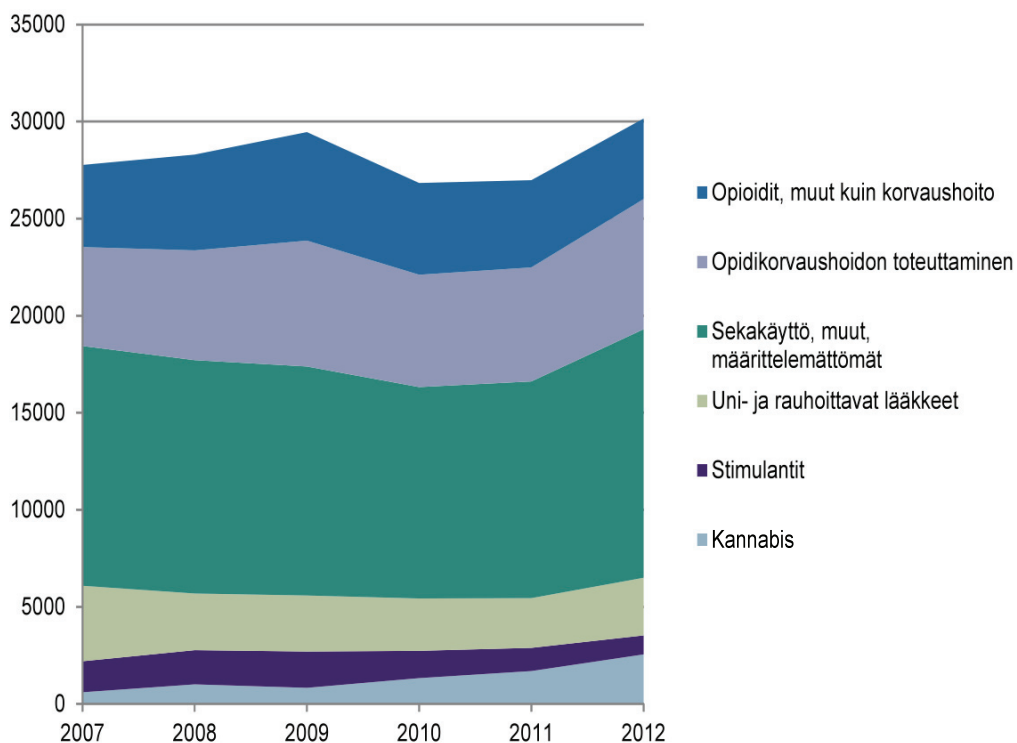
Päädiagnoosina					
	2000	2005	2010	2011	2012
Riippuvuus opioideista (F11.2)	492	485	627	701	915
Riippuvuus uni- ja rauhoittavista lääkkeistä (F13.2)	178	177	124	122	128
Riippuvuus muista huumaus-aineista ¹	786	646	551	529	512
Välittömät vieroitusoireet (F1x.3-4)	267	182	194	199	212
Pitempiaikaiset aivo-oireyhtymät (F1x.5-9)	645	389	477	445	437
Muut diagnoosit (F55, R78.1-5, Z50.3, Z72.2, O35.5, P04.4, P96.1)	88	119	104	136	133
Päihtymystilat (F1x.0-1)	429	270	319	382	349
Varmennettujen huumausaineiden myrkytykset ²	219	199	183	188	189
Tarkentamattomien huumaus- ja lääkeaineiden myrkytykset ³	1 049	1 056	772	822	788
Yhteensä	4 135	3 523	3 351	3 524	3 663
Sivudiagnoosina					
	2000	2005	2010	2011	2012
Riippuvuus opioideista (F11.2)	564	595	896	997	1 285
Riippuvuus uni- ja rauhoittavista lääkkeistä (F13.2)	587	626	479	476	404
Riippuvuus muista huumaus-aineista ¹	1 625	1 390	1 417	1 407	1 466
Välittömät vieroitusoireet (F1x.3-4)	322	224	237	236	263
Pitempiaikaiset aivo-oireyhtymät (F1x.5-9)	789	490	605	536	544
Muut diagnoosit (F55, R78.1-5, Z50.3, Z72.2, O35.5, P04.4, P96.1)	158	259	243	283	283
Päihtymystilat (F1x.0-1)	793	635	856	932	852
Varmennettujen huumausaineiden myrkytykset ²	239	225	218	225	209
Tarkentamattomien huumaus- ja lääkeaineiden myrkytykset ³	1 317	1 405	1 193	1 204	1 152
Yhteensä	6 394	5 849	6 144	6 322	6 483
<p>1) F12.2, 14.2, 15.2, 16.2, 17.2, 19.2. 2) Poislukien itsemurhat ja niiden yritykset. Päihtymistarkoituksessa käytettyjä huumaus- ja lääkeaineita kuten opioideja ja uni- ja rauhoittavia lääkkeitä: T40.0-0, T36 ja seuraavat ATC-koodit N06B, N07XA, N07XX, N01AH, N02A, M01AB, M03BC, M03BX, N07BC, N03AA, N01AF, N03AE, N05BA, N05BB, N05C. Lisäksi X41, X42, T43.6, T50.7, T42.3, T42.4, T42.6, T42.7. 3) Poislukien itsemurhat ja niiden yritykset. Myrkytykset, joiden aiheuttamaa lääkeainetta ei ole tarkennettu. Oletettavasti ryhmään kuuluu a) runsaasti sekakäytöstä aiheutuneita myrkytyksiä b) myös muiden kuin päihdyttävien aineiden myrkytyksiä c) itsemurhia ja niiden yrityksiä, joita ei ole kirjattu.</p>					
Lähde: Terveydenhuollon laitoshoido. SVT.					

Opioidien käytöstä seuraa eniten sekä erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä, vuodeosastojaksoja että hoitovuorokausia vuodeosastolla. Opioidien tarkempi diagnoosi on lähes aina opioidiriippuvuus. Stimulanttien ja kannabiksen käyttäjille tyyppisimpiä diagnooseja ovat psykoosit (pitempiaikaiset aivo-oireyhtymät F1x.5-9).

Stimulanttien käytön aiheuttamien hoitajaksojen osuus (3 %) kaikista hoitovuorokausista oli kuitenkin pieni. Myös kannabiksen käytön aiheuttamien hoitajaksojen osuus (8 %) oli pieni, mutta hoitopäivien absoluuttinen määrä on voimakkaassa kasvussa (kaksinkertaistunut vuodesta 2009).

Hoitajaksojen määrä uni- ja rauhoittavista lääkkeistä riippuvaisilla (F13.2) on laskenut vuosista 2005–2006. Sivudiagnoosina riippuvuus uni- ja rauhoittavista lääkkeistä ei ole vähentynyt yhtä voimakkaasti, eikä hoitopäivien määrässä ole tapahtunut juurikaan muutosta.

Vuodeosastolle tai erikoissairaanhoidon päivystyksen voidaan ottaa hoitoon myös päihtymyksen takia. Huumepäihtymysten aiheuttamat hoitajakset ja käynnit ovat olleet viime vuosina lievässä kasvussa. Alkoholi-päihtymyksen vuoksi hoitoa annetaan kuitenkin kymmenkertaisesti huume-päihtymyksiin verrattuna.



Kuvio 13. Hoitovuorokausien jakaantuminen vuonna 2011 aineittain.

Lähde: Terveydenhuollon laitoshoido. SVT.

THL:n sairastavuustilastointitutkimuksessa yhdistettiin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterin sekä Kelan vammaisuusrekisterin tiedot. Huumeiden käytön aiheuttamien käyttäytymishäiriöiden ja elimellisten aivo-oireyhtymien (F11-F16, F18, F19) ikävakioitu esiintyvyys oli miehillä 16,5/10 000 ja naisilla 8,1/10 000 vuonna 2009. Miehillä esiintyvyys oli noin kaksinkertainen naisiin nähden. Absoluuttiset lukumäärät olivat 4 141 (miehet) ja 2 071 (naiset). Huumesairauksien (pl. myrkytykset) ikävakioitu esiintyvyys kasvoi vuosina 2005–2009 sekä miehillä että naisilla lähes neljänneksen. (Gissler ym. 2012).

Huumaus- ja lääkeainemyrkytysten osalta sairaaloiden hoitoilmoitukset ovat monitulkintaisia. Hoitojaksoja on paljon, mutta on vaikeaa arvioida, missä määrin hoitojaksot liittyvät ollenkaan huumeiden tai päihdeiden käyttöön. Päihdekäyttöön liittyy suuri osa tarkentamattomista lääke- ja huumemyrkytyksistä, joiden tarkoituksena ei ole ollut itsemurha tai sen yritys. Tarkentamattomien myrkytysten määrän suuruusluokka on joka tapauksessa oikeampi kuin pitäytyessä pelkästään huumeiden ja päihdelääkkeiden varmennetuissa myrkytyksissä. Asiaa on pohdittu tarkemmin Huumetilanne Suomessa 2012 -julkaisussa (Varjonen ym. 2013).

6.3 Huumausainekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus

Huumausainekuolemia voidaan tarkastella kolmella tavalla: ainelöydösten, kuolemansyiden ja tapaturmaisten myrkytysten perusteella. Ainelöydösten määrä perustuu ruumiinavauksissa tehtyihin positiivisiin huumausainelöydöksiin. Tällöin huumausaineella ei välttämättä ole välitöntä tai merkittävää välillistä syytä kuolemaan. Suomessa tutkitaan huumeiden varalta kaikki epäselvät tai epäilyksen alaiset kuolemat. Kuolemansyiden mukainen tilastointi perustuu EMCDDA:n protokollaan, jossa huumeekuolemiksi on määritelty tahalliset ja tahattomat myrkytykset sekä huumeiden käytöstä johtuva mielenterveyden häiriö. Suomessa kuolemansyytilastoa ylläpitää Tilastokeskus.

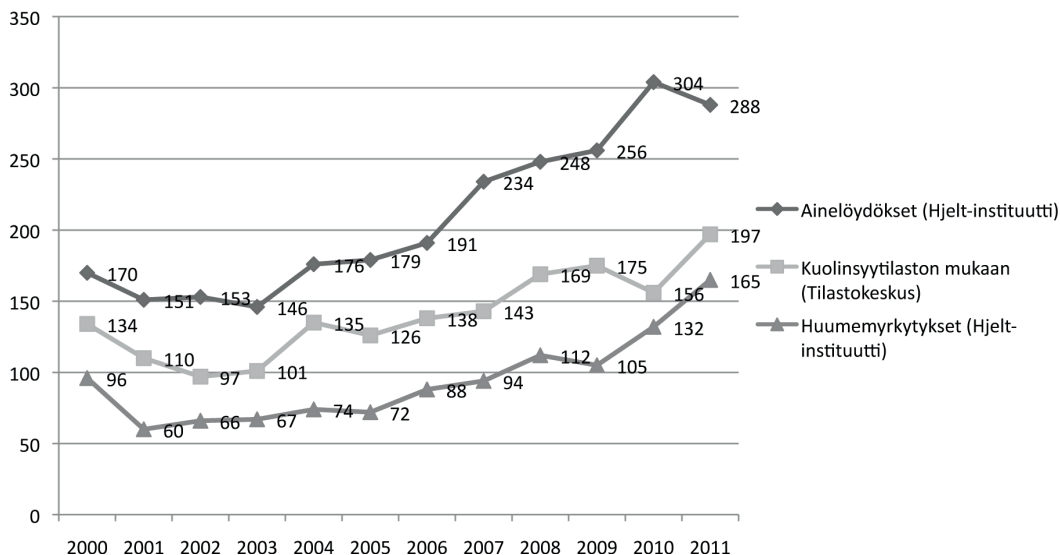
Taulukko 10. Huumekuolemat maakunnittain 2006–2010 ja v. 2010 väestömäärään suhteutettuna (100 000)*.

	2006	2007	2008	2009	2010	2010
KOKO MAA - HELA LANDET	138	143	169	175	156	2,9
MANNER-SUOMI	138	143	169	174	156	2,9
Uudenmaan maakunta	55	54	60	69	61	4,0
Pääkaupunkiseutu	48	43	47	55	50	4,8
Varsinais-Suomen maakunta	15	17	17	17	24	5,2
Satakunnan maakunta	alle 5	alle 5	7	6	6	2,6
Kanta-Hämeen maakunta	alle 5	5	7	5	alle 5	2,3
Pirkanmaan maakunta	12	13	8	15	8	1,6
Päijät-Hämeen maakunta	6	alle 5	7	alle 5	alle 5	2,0
Kymenlaakson maakunta	alle 5	10	6	5	8	4,4
Etelä-Karjalan maakunta	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	0,7
Etelä-Savon maakunta	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	1,3
Pohjois-Savon maakunta	6	1	11	11	8	3,2
Pohjois-Karjalan maakunta	5	7	alle 5	5	5	3,0
Keski-Suomen maakunta	7	7	8	7	6	2,2
Etelä-Pohjanmaan maakunta	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	2,1
Pohjanmaan maakunta	alle 5	alle 5	5	alle 5	alle 5	0,6
Keski-Pohjanmaan maakunta	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	1,5
Pohjois-Pohjanmaan maakunta	10	9	11	10	9	2,3
Kainuun maakunta	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	3,6
Lapin maakunta	alle 5	alle 5	8	alle 5	alle 5	0,5
AHVENANMAA	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	0,0

*Tilasto perustuu kuolinsyyrekisterin mukaiseen laskentaan, jossa huumekuolemiksi on määritetty tahalliset ja tahattomat myrkytykset sekä huumeiden käytöstä johtuva mielenterveyden häiriö

Lähde: Tilastokeskus, Kuolinsyyrekisterit, poiminta 2012.

Kuviossa 14 huumausainekuolemien kehitystä kuvataan huumausainelöydösten ja kuolinsyiden ja huumemyrkytysten perusteella. Muutokset näissä huumausainekuolematilastossa ovat 2000-luvulla varsin yhtenevät.



Kuvio 14. Huumausainekuolemat ainelöydösten, kuolinsyytilastojen ja huumemyrkytysten perusteella 2000–2011.

Lähde: Hjelt-instituutti ja Tilastokeskus (2013).

Buprenorfiinin huumausainekäyttö aiheutti 46 myrkytyskuolemaa vuonna 2010. Yleensä buprenorfiinin väärinkäytön aiheuttamissa myrkytyskuolemissa aine on nautittu pistämällä tai nuuskaamalla. Samanaikaisesti käyttäjä on ollut usein alkoholin ja bentsodiatsepiinien vaikutuksen alaisena ja tyypillisesti kuolema on tapahtunut henkilön nukkuessa. Buprenorfiinin jälkeen eniten huumausainekuolemia aiheutti tramadoli (26 tapausta), fentanyyli (16 tapausta), metadoni (15 tapausta), kodeiini (7 tapausta), ja oksikodoni (5 tapausta). Heroiinia ja morfiinia todettiin kumpaakin yhdessä tapauksessa. (Vuori ym. 2012.)

Amfetamiiniryhmään on tilastoitu myös amfetamiinin tapaan ja sen korvikkeena käytetty MDPV, joka oli yleisin vainajanäytteissä todettu muuntohuume. Ekstaasi-löydöksiä (MDMA) oli vuosina 2008–2010 alle kymmenen vuosittain. Metamfetamiini oli vuosina 2008–2010 selvästi yleisempi löydös: 11, 17 ja 18 vainajassa. Amfetamiinilöydöksille on tyypillistä usean amfetamiiniryhmän löytyminen samanaikaisesti. (Vuori ym. 2012.)

Uusista muuntohuumeista Suomessa todettiin 2010 vainajanäytteissä metylonia, mCPP:tä, 4-fluorimetamfetamiinia, 3-fluorimetamfetamiinia ja desoksipipradroliä (2-DPMP) kerran kutakin yhdistettä ja mefedronia kahdessa vainajassa. (Vuori ym. 2012.)

Vuonna 2009 vainajista todettiin poikkeuksellisen usein GHB:tä, 11 vainajassa, kun edellisenä vuotena löydöksiä oli vain 1 ja seuraavana vuonna 3. (Vuori ym. 2012.)

Vuonna 2010 kannabislöydöksiin liittyi 38 prosentissa tapauksista myös amfetamiinia ja 45 prosentilla todettiin buprenorfiinia. Kolmasosassa tapauksista todettiin myös alkoholia ja bentsodiatsepinit olivat niin ikään tavanomainen samanaikainen löydös. Vuodesta 2007 pregabaliinilöydökset ovat yleistyneet ja pregabaliinia todettiin vuonna 2010 huumausaineita käyttäneiden ryhmässä 65 vainajassa. Tulosten perusteella pregabaliinin päihdekäyttö liittyy usein opioidien väärinkäyttöön. (Vuori ym. 2012.)

Lääkeainemyrkytyksiin kuolleista (luokassa ovat mukana myös huumausaineet) vähän yli 60 prosenttia oli miehiä. Itsemurhien osuus lääkeainemyrkytyksistä oli 43–47 prosenttia tutkimusvuosina 2008–2011 ja osuus vaihteli eri lääkeaineryhmien aiheuttamissa kuolemissa. Kun löydös oli jokin beetasalpaajaa, masennuslääke, psykoosilääke tai unilääke, itsemurhien osuus oli keskiarvoa suurempi. Opioidimyrkytyskuolemista itsemurhia oli vain neljäsosa ja tapaukset painottuvat kodeiini- ja tramadolilöydöksiin. Yleisesti väärinkäytetyn buprenorfiinin aiheuttamat myrkytyskuolemat olivat harvoin itsemurhia, vuosina 2008 ja 2009 ei yksikään.

Taulukko 11. Oikeuskemiallisissa kuolinsyytutkimuksissa todetut huumeainelöydökset vv. 2006–2011.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Heroiini	2	1	3	3	2	1
Buprenorfiini	88	97	104	111	156	150
Kannabinoideit	99	94	93	119	116	124
Amfetamiinit	64	94	73	94	113	93
Metadoni	21	26	33	34	34	37
Kokaiini	1	3	3	4	4	2
Gamma	6	2	1	11	3	11
Yhteensä	191	234	248	256	304	288

Lähde: Hjelti-instituutti (2012).

Tällä hetkellä väärinkäytetyin opioidi Suomessa on buprenorfiini. Opioidiriippuvaisten hoidossa käytetään lähes yksinomaan buprenorfiini – naloksoni – yhdistelmävalmistetta (Suboxone), jonka tarkoitus on estää parenteraalista väärinkäyttöä lisätyn opioidiantagonistin avulla. Osa riippuvaisista kuitenkin väärinkäyttää buprenorfiini – naloksoni –valmistetta. Puhdas buprenorfiinivalmiste (Subutex) on tavoitellumpi väärinkäytössä, ja sitä salakuljetetaan maahan. Vuonna 2010 180:ssä vainajassa todettiin buprenorfiinia. Löydöksistä 156 liittyi väärinkäyttöön ja näistä 46 oli myrkytyskuolemia, joissa buprenorfiini oli tärkein löydös. Vainajat olivat pääasiassa miehiä (85 %) ikämediaanin ollessa miehillä 31 vuotta ja naisilla 28 vuotta. Buprenorfiini ei juuri aiheuta sellaisenaan myrkytyskuolemia, vaan kuolemista on aina mukana jokin keskushermostoa lamaava rauhoittava lääkeaine, kuten bentosiatsepiini tai pregabaliini, tai alkoholi (Häkkinen ym. 2012a).

Vahvoilla ja heikoilla opioideilla on eroja väärinkäytön ja myrkytyskuolemien kannalta. Kodeiinia, tramadolia ja dekstropropoksifeenia otetaan usein suun kautta. Annoskoko suurenee helposti heikon vaikutuksen ja toleranssin takia, ja myrkytyskuolemista todettavat lääkeainepitoisuudet veressä ovat huomattavasti suurempia kuin hoitopitoisuudet. Vahvat ja keskivahvat opioidit, kuten fentanyyli, metadoni ja buprenorfiini, otetaan yleensä parenteraalisesti (laskimonsisäisesti tai nuuskaamalla). Nopeasti tuleva vaikutus ja mahdollisesti muut samanaikaisesti otetut keskushermostoa lamaavat aineet aiheuttavat sen, että kuolema voi olla melko nopea. Myrkytyskuolemista verestä mitatut pitoisuudet ovat samalla tasolla tai matalampia kuin asianmukaisessa hoidossa olevilla potilailla (Häkkinen ym. 2012b).

Taulukko 12. Opioidit huumemyrkytyksissä.

	Huumeikäytön osuus aineen aiheuttamista kokonaiskuolemista	Lääkeainepitoisuus myrkytyskuolemista	Merkitys Suomessa	Alkuperä
Kodeiini	kohtalainen	suuri	pieni	reseptilääke
Tramadoli	kohtalainen	suuri	suuri	reseptilääke/ katukauppa
Oksikodoni	kohtalainen	kohonnut	kohtalainen	reseptilääke
Fentanyyli	erittäin suuri	normaali	suuri	reseptilääke
Metadoni	erittäin suuri	normaali	suuri	korvaushoito
Buprenorfiini	erittäin suuri	normaali	erittäin suuri	katukauppa
Heroiini	erittäin suuri	normaali	pieni	katukauppa
Dekstro-propoksifeeni	pieni	korkea	pieni	katukauppa

Lähde: Hjelt-instituutti (2013).

Pohjoismainen tutkimus vuoden 2007 huumekuolemista Suomen osalta

Pohjoismainen tutkimusryhmä kävi läpi kaikki vuoden 2007 positiiviset huumausainelöydöstapaukset ja pyrki selvittämään millaisia ovat pohjoismaiset huumeisiin liittyvät kuolemat ja missä suhteessa eri huumausaineet aiheuttavat huumeisiin liittyviä kuolemia. Suomen osalta tapauksista kävi ilmi, että Suomessa tapahtuu 4,02 huumeisiin liittyvää kuolemaa 100 000 asukasta kohden. Pohjoismaisesti verrattuna vuonna 2007 kuolinpaikoista 29–35 prosenttia oli pääkaupunkiseudulla, kun taas vuonna 1991 vastaava luku oli 53–75 prosentin välillä. Suomessa noin 15 prosenttia kuolleista vuonna 2007 oli naisia. Eniten kuolleita oli 25–29-vuotiaiden ikäryhmässä. Huumeisiin kuolleiden keski-ikä nousi Suomessa vuodesta 2002 vuoteen 2007. Kuolleiden määrä myös kasvoi 20–29- ja 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä. (Simonsen ym. 2011.)

Huumausaineluokituksittain jaoteltuna I-ryhmän aineet kuten kokaiini, fentanyyli, heroiini/morfiini, ketobemidoni, metadoni, oksikodoni jne. aiheuttivat 40 % huumeisiin liittyvistä kuolemista. Ryhmän II aineista (esim. amfetamiini, metamfetamiini, MDMA jne.) eritoten amfetamiini aiheutti jonkun verran (7 %) kuolemia. Heroiini- tai morfiinikuolemat lähestulkoon hävisivät vuoteen 2007 mennessä. Suomessa kuoli suhteessa enemmän kuin muissa Pohjoismaissa ryhmien III (kuten bentsodiatsepiini, buprenorfiini, meprobamaatti, tsolpideemi jne.) (35 %) ja IV (17 %) aineisiin (muut huumeet ja myrkyt, ml. etanoli ja häkä). Buprenorfiinilöydöksiä tavattiin huumausainelöydöksistä eniten ja siihen liittyvät kuolemat kasvoivat vuodesta 2002 (16 tapausta) vuoteen 2007 kaksinkertaiseksi (32 tapausta) ollen 25 % kaikista huumeisiin liittyvistä kuolemista. Metadonin aiheuttamia kuolemia ei ai-

emmissä tilastoissa esiintynyt, mutta vuonna 2007 metadoni aiheutti 16 kuolemantapausta. Metadonin aiheuttamat kuolemat viittaavat opioidikorvaushoitoon käytettävän metadonin valumiseen laittomille markkinoille. Tramadolista aiheutuneet kuolemat lisääntyivät vuodesta 2002 (9 tapausta) vuoteen 2007 (14 tapausta). Sekakäyttö oli yleistä kaikissa Pohjoismaissa, eritoten Suomessa käyttöä kuvasi etanolin ja useampien (keskimääräisesti mitattuna viiden) aineen käyttö samanaikaisesti. (Simonsen ym. 2011.)

Tutkimus huumeisiin liittyvistä kuolemista

Vuonna 2009 julkaistiin tutkimus, jossa käytiin läpi perusteellisesti vuonna 2007 huumeisiin liittyneet kuolemat (Salasuo ym. 2009). Tutkimuksessa aineistona olivat kaikki vuoden 2007 kuolinsyyasiakirjat, joissa vainajasta löytyi huumausainejäämiä oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen yhteydessä.

Vuonna 2007 huumeisiin liittyvistä 234 kuolemasta 142 johtui tapaturmaisesta yliannostuskuolemasta, joista 83 oli huumeperäisestä ja 59 huume- ja alkoholiperäisiä. Huumeperäisissä kuolemissa huumeidenkäyttö oli ollut pitkäaikaisempaa, usein suonensisäistä riippuvuuskäyttöä. Huume- ja alkoholiperäisissä kuolemissa sen sijaan ominaista oli sekoilu ja huumeidenkäytön kokemattomuus. Huumeiden käyttö vaikutti olleen itselääkinnällistä 14 tapauksessa. Taustalla näkyi vakavia mielenterveysongelmia ja somaattista sairastelua. (Salasuo ym. 2009.)

Itsemurhat olivat syynä 45 kuolemassa. Itsemurhien takaa paljastui ennen kaikkea mielenterveysongelmia. Naisten osuus itsemurhista oli 12, mikä oli selvästi korkeampi osuus kuin muissa huumeisiin liittyvissä kuolemissa. Kuolleiden keski-ikä ja mediaani oli keskimäärin pienempi mitä muissa alaryhmissä. Kuolemantapauksista 21 johtui tapaturmista, 20 sairauksista ja 6 henkirikoksista. (Salasuo ym. 2009.)

Suurimmassa osassa kuolemista löytyi oikeustieteellisessä ruumiinavauksessa useita huumausaineita. Myös alkoholilla oli merkittävä rooli. Opioidit olivat aineryhmistä useimmin tärkein löydös ja yli puolet opioidikuolemista oli kahden opioidikorvaushoidossa käytettävän aineen (buprenorfiinin ja metadonin) aiheuttamia. Kaikki opioidikuolemat olivat lääkeopioidien aiheuttamia ja bentsodiatsepiinit tai alkoholi liittyivät kaikkiin kuolemantapauksiin.

Amfetamiinikuolemantapaukset poikkesivat opioidikuolemista. Kuolemantapauksiin ei liittynyt alkoholia ja kuolleet olivat keski-ikänsä vanhempia mitä opioideihin kuolleet. (Salasuo ym. 2009.)

Mikko Piispan jatkoi pro gradu tutkielmassaan vuoden 2007 kuolemantapausten analysointia erityisesti nuorissa ikäryhmissä. Tutkimuksessa kävi ilmi sekakäytön yleisyys, nuorten huumeiden käyttöön liittyvä riskialttius ja kokemattomuus, lääkkeiden päihdekäyttö ja mielenterveysongelmat. Sekakäytön vaarojen ymmärtämättömyys näkyi nuorilla erityisesti opioidi-, bentsodiatsepiini- ja alkoholitapauksissa. (Piispa 2010.)

Piispa luokitteli huumeisiin kuolleet narkomaaneiksi, sekoilijoiksi ja itselääkitsijöiksi. Piispan tulkinnan mukaan noin puolessa huumeisiin liittyvistä kuolemista kuolleiden voidaan katsoa olleen narkomaaneja, joiden käyttö oli pakonomaista ja joilla oli esimerkiksi diagnosoitu päihderiippuvuus. Tähän luokkaan kuuluvat vainajat olivat yli 20-vuotiaita. Sekoilijat olivat noin 15–30-vuotiaita, joiden huumeidenkäyttö ei ollut (vielä) pakonomaista. Itselääkitsijät lievittivät mielenterveysongelmia (yli 20-vuotiaat) tai somaattisia sairauksia (yli 30-vuotiaat) huumeiden avulla. Useilla itselääkitsijöillä oli lääkärin määräämä lääkitys, mutta he käyttivät lisäksi muita aineita. (Piispa 2010.)

Kuudennes (17 %) kaikista nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) kuolemista liittyi huumeisiin vuonna 2007. Tapaturmaisia huumausaine- tai sekakäyttömyrkytyksiä oli kymmenesosa (8–11 %) kaikista 15–34-vuotiaiden kuolemista. Ikäluokan merkittävimpiä kuolemansyitä olivat vuonna 2007 taudit (29 %), itsemurhat (27 %) ja tieliikennetapaturmat (17 %). Vastaavasti alkoholimyrkytyksiä oli ainoastaan 3 prosenttia ikäluokan kuolemista. Tarkasteltaessa laajempaa 15–44-vuotiaiden ikäluokkaa, huumeet liittyvät 11 prosenttiin kaikista kuolemista ja tapaturmainen huumausainemyrkytys on kuolinsyynä 5–7 prosentissa tapauksista. Suurin osa (88 %) kuolleista oli miehiä. Kuolleiden keski-ikä oli 31 vuotta ja ikämediaani 28 vuotta. 20–24-vuotiaiden osuus kuolleista oli suurin. (Piispa 2010.)

Rekisteritutkimus huumerattijuoppojen kuolleisuudesta

Tutkimuksen mukaan huumerattijuopumuksesta epäillyillä henkilöillä kuolleisuus oli lähes kymmenkertainen verrattuna rattijuopumukseen syyllistymättömään väestöön seuranta-ajan kuluessa. Erityisen korkea riski – 15–25-kertainen verrattuna suomalaisen yleisväestöön – oli niillä huumerattijuopumuksesta epäillyillä, joilla oli ensimmäisellä kiinnijäämiskerralla löydös kahdesta tai useammasta päihteestä samanaikaisesti (huumausaine/liikenteessä haitallinen lääke/alkoholi). Yleisimmät kuolinsyyt huumerattijuopumuksesta epäillyillä olivat itsemurha, tapaturmainen huumeiden tai lääkkeiden yliannostus sekä alkoholiperäinen sairaus tai tapaturmainen alkoholimyrkytys. Kuolemaan päätyneistä huumekuljettajista noin kaksi kolmasosaa ja vertailuväestöstä noin viidennes oli päihtyneenä kuolinhetkellään. Päihtymyksen merkitys myötävaikuttavana kuolinsyynä korostui erityisesti silloin, kun pääasiallinen kuolinsyy oli liikenneonnettomuus tai väkivalta. (Karjalainen 2011.)

Bentsodiatsepiinien laajamittainen käyttö huumerattijuopumuksesta epäillyillä oli yksi tutkimuksen keskeisimmistä löydöksistä. Tutkimus osoitti, että ennenaikaisen kuoleman riski oli korkeampi bentsodiatsepiinien kuin amfetamiinien käyttäjillä, ja että muiden päihteiden (alkoholin/huumeiden) käyttö yhtäaikaaisesti bentsodiatsepiinien kanssa oli hyvin yleistä. Vaikka bentsodiatsepiinien käyttötarkoituksesta ei ollutkaan tietoa, useissa tapauksissa lienee kyse väärinkäytöstä, ja näin ollen huomiota tulisi entistä enemmän kiinnittää myös laillisiin lääkkeisiin ja niiden päihdekäyttöön. (Karjalainen 2011.)

Tutkimus osoitti myös sekakäytön yleisyyden epäillyillä huumerattijuopoilla. Tärkeäksi nähtiin, että huumerattijuopuille järjestettäisiin hoitoa ja kuntoutusta tuomio- ja rangaistusvaihtoehtojen rinnalla, koska huumerattijuopumuksesta kiinni jääminen voisi olla hyvä ajankohta päihteiden väärinkäyttäjien tavoittamiselle ja hoitoonohjaukselle. (Karjalainen 2010.)

7 Huumeisiin liittyvien terveys- haittojen vähentäminen

Tunnetuimpia huumehaittojen vähentämisen tapoja ovat terveysneuvonta, lääkkeelliset opioidikorvaushoito-ohjelmat sekä neulojen ja ruiskujen vaihtaminen suonensisäisesti huumeita käyttäville. Myös tiedon jakaminen turvallisesta käytöstä ja vertaistuki ovat haittoja vähentävän päihdetyön ydinsisältöjä. Yliannostusten ehkäisemiseksi käyttäjille kerrotaan oikeista annosmääristä sekä korostetaan ensiavun hälyttämistä paikalle nopeasti. Asiaa käsitellään tarpeen mukaan käyttäjien kanssa myös huumehoidon yksiköissä. Huumekuolemien ehkäisytyötä tehdään osana tartuntatauteihin liittyvää terveysneuvontaa sekä ongelmakäyttäjien vertaisryhmien toiminnassa. Huumekuolemien ehkäisyyn liittyvää koulutusta on jonkin verran osana sosiaali- ja terveydenalan peruskoulutusta.

Erityisesti matalan kynnyksen hoitopalvelujen toiminta on ollut tärkeää ruiskuhuumeiden käyttöön liittyvien tartuntatautien ehkäisyssä ja vähentämisessä. Huumeidenkäyttäjille tarkoitettuja erillisiä terveys- ja sosiaalineuvontapisteitä on noin 35 paikkakunnalla ympäri Suomea.

Päihdepalvelujen laatusuosituksen mukaan päihdeongelmaiset, joilla on vakavia mielenterveydellisiä ongelmia, ovat nykyisessä palvelujärjestelmässä helposti väliinputoajia päihde- ja mielenterveyspalvelujen välillä. Laatusuosituksen mukaisesti asiakasta pyritään auttamaan ensisijaisesti siinä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä, johon hän hakeutuu. Kunnassa tulee olla selkeästi sovittu päihdepalvelujen työnjako. Erityisesti mielenterveysongelmista kärsivien päihdeongelmaisten pääasiallinen hoitovastuu tulee olla määriteltä.

Terveysneuvontapiste tai muu matalan kynnyksen toiminta on osoittautunut myös hyväksi keinoksi saada kontakti huumeidenkäyttäjiin. Terveysneuvontapisteissä asiakkaiden ohjaus- ja neuvonta nousee asiakkaiden tarpeesta. Tavoitteet asetetaan asiakkaan toiveiden ja kykyjen mukaan. Ensisijainen tavoite on suonensisäisen huumeidenkäytön välityksellä tarttuvien infektioitautien ehkäisy ohjaamalla mahdollisimman hygieeniseen tapaan käyttää aineita. Jos asiakas osoittaa halukkuutta huumeidenkäytön vähentämiseen tai lopettamiseen, keskustellaan eri vaihtoehdoista tavoitteen toteuttamiseksi. Anonyymin tiedonkeruun perusteella terveysneuvontapisteissä asioi noin 11 500 asiakasta vuonna 2011. Käyntejä oli noin 85 000 ja ruiskuja ja neuloja vaihdettiin 309 kappaletta asiakasta kohden. Asiakkaita kävi eniten Helsingin (noin 8 350 asiakasta), Vantaan (noin 900 asiakasta), Turun (noin 890 asiakasta), Espoon (noin 825 asiakasta) ja Tampereen (noin 568 asiakasta) terveysneuvontapisteissä.

Huumeisiin liittyvien tartuntatautien hoitoa ja ehkäisevää työtä toteutetaan terveydenhuollon peruspalveluissa, terveydenhuollon ja päihdehuollon erityispalveluissa, terveysneuvontapisteissä ja apteekeissa, joissa myydään neuloja ja ruiskuja. Hiv-tartunnan saaneiden hoidosta vastaavat yliopistolliset sairaalat alueensa keskus-, alue- ja psykiatristen sairaaloiden kanssa. Vuoden 2004 alusta voimaan tulleen tartuntatautiasetuksen muutoksen (1383/2003) mukaan kuntien tulee huolehtia terveyskeskusten toimialueella tartuntatautien vastustamistyöstä, johon kuuluvat esimerkiksi tartuntatauteja koskeva tiedottaminen ja terveysneuvonta. Kohderyhmään kuuluvat myös ruiskuhuumeita käyttävien terveysneuvonta ja tarpeen mukaan pistovälineiden vaihtaminen. Myös ilmainen A- ja B-hepatiittirokotus kuuluu nykyään yleisessä rokotusohjelmassa huumeita pistämällä käyttäville. Apteekit toimivat tärkeinä ja täydentävinä ruiskujen ja neulojen hankintapisteinä alueilla, missä ei ole terveysneuvontapisteitä.

Vuonna 2011 terveysneuvontapisteissä vaihdettiin 3,5 miljoonaa pistovälinettä. Vuonna 2003 on tehty viimeisin kyselytutkimus apteekkien kautta myytävistä ruiskujen ja neulojen määrästä. Tuolloin apteekit myivät 600 000 neulaa tai ruiskua vuodessa.

Terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden verkkosivut³⁷ tarjoavat tietoa toimipisteiden paikoista, haittojen vähentämisestä, kenttätyöstä ja vertaistukitoiminnasta. Verkkosivuilla on myös materiaalipankki, jossa on tietoa mm. tarttuvista taudeista, eri päihteistä, terveysneuvonnasta, seksuaaliterveydestä ja ensiavusta yliannostustilanteissa. (A-klinikkasäätiö 2012.)

7.1 Huumeausaineista johtuvien ensiaputilanteiden ja huumeisiin liittyvien kuolemien vähentäminen

Huumeiden käyttäjille suunnattua tietoa ensiaputilanteissa toimimisesta sekä yliannostuskuoleminen ehkäisemistä annetaan osana kaikkea terveysneuvontatyötä. Huumeisiin liittyvien kuolemien lisääntyminen on huomioitu myös viranomaistahoilla³⁸. Huolta aiheuttaa opioidien, bentsodiatsepiinien tai alkoholin sekakäyttö, joka näkyi myös keväällä 2011 ilmestyneen tutkimuksen³⁹ tuloksista. Sekakäyttö näytti olevan keskeinen osa huono-osaisten huumeongelmaisten käyttökulttuuria Helsingissä. Opioidien, bentsodiatsepiinien ja alkoholin sekakäyttö aiheuttaa merkit-

³⁷ Suomenkieliset sivut osoitteessa <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/>

³⁸ Mm. julkaisut huumeausainekuolemista; sosiaali- ja terveysministeriön seminaari huumeiskuolemista 2008 sekä toukokuussa 2011 Helsingin Diakonissalaitoksen pitämä huumeiden haittoja vähentävän työn seminaari.

³⁹ Tutkimuksessa huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihteistä sekä niiden käyttötavoista ja hankinnasta haastateltiin sataa helsinkiläistä huumeiden käyttäjää suomeksi käännetyn yhteisuurppalaisen strukturoidun haastattelulomakkeen avulla. Tutkimus oli osa Quaf2-hanketta (Second Multi-City Study on Quantities and Financing of Illicit Drug Consumption.) (Tammi ym. 2011.)

tävän osan huumekuolemista nyky-Suomessa. Tutkimuksen johtopäätöksissä nähtiin, että huumekuolemien ehkäisemiseksi olisi tarpeen informoida käyttäjiä yhteiskäytön riskeistä. Lisäksi tulisi kiinnittää erityistä huomiota lääkkeiden päihdekäyttöön ja selvittää, miten lääkemääräyskäytäntöjä voitaisiin kehittää päihdekäyttöä ehkäisevään suuntaan. (Tammi ym. 2011.)

Huumausaineista saa tietoa ympärivuorokautisesti muun muassa kolmannen sektorin puhelinpalvelusta. Puhelinneuvontaa on tarjolla anonyymisti ja se on soittajalle maksutonta. Apua saa myös tekstiviestitse Mobiilivinkki tekstiviestipalvelusta (ilmaisnumero 18182). Lisäksi A-klinikkasäätiön, Elämä On Parasta Huumetta ry:n ja Helsingin Diakonissalaitoksen ylläpitämä nopean huumeviestinnän rinki NOPSA jakaa tietoa huumeisiin ja niiden käyttöön liittyvistä riskeistä. NOPSA viestii eri kohderyhmille tarpeen mukaan. NOPSA tiedottaa Päihdelinkki- (www.paihdelinkki.fi) ja Vinkki-sivustoilla (www.vinkki.info), käyttää tarvittaessa hyväksi Mobiilivinkki-tekstiviestipalvelua ja tekee tiedotteita. (A-klinikkasäätiö 2012.) Suomen punainen risti ylläpitää nopean huumeviestinnän verkostoa (NOVI), joka välittää verkostolleen tietoa huumeista ja niiden käyttöön liittyvistä uusista ilmiöistä.

Janne Liisanantin väitöstutkimus selvitti akuutin lääkeainemyrkytyspotilaan ennustetta ja ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä. Erityisesti selvitettiin riskitekijöitä hoitojakson pitkittymiseen, uusintahoitokasoihin ja myrkytyspotilaiden pitkäaikaisennustetta.⁴⁰ (Liisananti 2012.)

Sairaalahoitoisen, akuutin lääkeainemyrkytyksen ennuste oli hyvä, ja jopa tehohoitoa vaativat potilaat selvisivät lyhyellä sairaalahoitokasolla. Kuolleisuus hoitojakson aikana oli 1,6–2,3 prosenttia tehohoitoon joutuneilla potilailla. Vaikeissa, tehohoitoa vaativissa myrkytyksissä todettiin mahansisällön hengitysteihin joutumisesta seuraavan aspiraatiokeuhkokuumeeseen olevan yleinen komplikaatio ja se johti pitkittyneeseen tehohoitoon. Ennen sairaalaan tuloa suoritettu hengitysteiden varmistaminen hengityspotkella (intubaatio) pienensi aspiraatiokeuhkokuumeeseen riskiä. Muita riskitekijöitä pitkittyneeseen tehohoitoon olivat sairaalaan tullessa todettu hengitysvajaus, munuaisten toiminnan vajaus ja matala veren verihiutalearvo. (Liisananti 2012.)

Sekä nuorilla että aikuispotilailla todettiin olevan paljon uusintakäyntejä myrkytysten vuoksi (7–21 %). Uusintakäyntejä oli erityisesti nuorilla, joilla myrkytystapahtumaan liittyi impulsiivista käyttäytymistä. Keskimäärin 14 vuoden pitkäaikaisseurannassa 30,4 prosenttia myrkytyksen vuoksi sairaalaan joutuneista potilaista menehtyi. Ikä- ja sukupuolivakioitujen verrokkien keskuudessa vastaava kuolleisuus

⁴⁰ Tutkimusjoukkona oli Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1985–2006 hoidetut lääkeainemyrkytyspotilaat ja lisäksi suomalaisilla teho-osastoilla vuosina 1998–2004 hoidetut lääkeainemyrkytyspotilaat.

oli 13,6 prosenttia. Sydän- ja verisuonitautikuolemat olivat myrkytyspotilailta yleisiä. Myös tapaturmat, myrkytykset ja itsemurhat olivat yleisempiä kuolinsyitä tutkimusjoukossa kuin vertailuväestössä. (Liisanantti 2012.)

Tutkimuksessa selvisi, että akuuttien myrkytyspotilaiden ennuste on hyvä sairaalahoidon aikana, mutta pitkäaikaiskuolleisuus on yli kaksi kertaa suurempi kuin vertailuväestön. Erityisesti hengityselimistön toiminnan häiriöt ovat riskitekijöitä pitkittyneeseen hoitojaksoon. Kuolleisuus ennaltaehkäistäviin syihin, kuten itsemurhiin sekä sydän- ja verisuonitauteihin, on huomattava pitkäaikaisseurannassa. (Liisanantti 2012.)

7.2 Huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisy ja hoito

Päihdehuollon huumeasiakkaista 60 % oli joskus käynyt kaikissa kolmessa, hiv-, hepatiitti B- ja hepatiitti C -testissä. Joskus ruiskuhuumeita käyttäneistä huumehoidon asiakkaista⁴¹ hiv-positiivisia oli noin kaksi prosenttia. Vastaavasti hepatiitti C -positiivisia oli 71 prosenttia ja hepatiitti A -positiivisia noin kolme prosenttia ja hepatiitti B:n kantajia noin viisi prosenttia. Huumehoidon tietojärjestelmän tulosten mukaan ruiskuhuumeita joskus käyttäneistä huumehoidon asiakkaista yli puolet (52 %) oli saanut ainakin yhden B-hepatiittirokoteannoksen. Kaikki kolme rokoteannosta oli saanut 39 prosenttia asiakkaista.⁴² (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

Terveysneuvontapisteissä on mahdollisuus vaihtaa pistovälineitä sekä saada lisäksi erilaista terveysneuvontaa, pienimuotoista terveydenhoitoa, testi- ja rokotuspalveluja sekä palveluohjausta. Terveysneuvontapistetöimintää on kaikissa yli 100 000 asukkaan kunnissa, ja kaiken kaikkiaan terveysneuvontapalveluja tarjotaan yli 35 paikkakunnalla. Monissa pisteissä voi käydä maksuttomassa ja anonyymissä hiv-pikatestissä. Myös käyttäjien läheiset voivat halutessaan asioida pisteessä. Osa terveysneuvontapisteistä tekee myös kenttätöitä. Kenttätöiden avulla pyritään tavoittamaan päihdeiden käyttäjiä, jotka ovat palvelujärjestelmän tavoittamattomissa ja saattamaan heidät palvelujärjestelmän piiriin.

⁴¹ Itse ilmoitettu testaus ja tulos (lkm. = 1 562).

⁴² Prosenttiosuudet ovat pienemmät kuin edellisen vuoden raportissa, koska ne on laskettu luvuista, joissa on mukana myös puuttuvat tiedot 18–30 %.

Taulukko 13. Terveysneuvontapisteiden toimintatilastot 2003–2011.

	2003	2005	2007	2009	2010	2011	2012
Terveysneuvontapisteet	24	~26	<30	<30	<30	<30	<30
Asiakkaat	9 300	11 800	12600	13291	14193	11432	11015
Käynnit	70600	80 500	90000	79735	83450	84586	75327
Ruiskua ja neulaa / asiakas	150	161	190	233	242	309	321
Vaihdetut välineet	1,4 milj.	1,8 milj.	2,4 milj.	3,1 milj.	3,4 milj.	3,5 milj.	3,5 milj.

Lähde: THL 2013.

Arviointitutkimuksen mukaan terveysneuvonpistetoiminta on ollut keskeinen tekijä hiv-infektion, A- ja B-hepatiitti-infektioiden ja osittain myös C-hepatiitti-infektioiden ehkäisemisessä ja epidemioiden torjunnassa ruiskuhuumeita käyttävien – ja välillisesti koko väestön – keskuudessa. Hiv-infektio-tilanteelle asetetut kunnianhimoiset tavoitteet epidemian katkaisemisesta ja tapausmäärien vähenemisestä alle 30 uuteen tapaukseen vuosittain ovat toteutuneet. Terveysneuvontapistemalli on ollut hyvin kustannustehokas terveysinterventio, jonka pysyvyyden varmistaminen ja edelleen kehittäminen on hyvin tärkeää. (Arponen ym. 2008.)

Tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta Suomessa

Riikka Perälä on väitöskirjassaan tutkinut huumehaittojen vähentämisen politiikkaa ja käytäntöjä.⁴³ Tutkimuksessa nostetaan esille, että huumeidenkäyttäjien kanssa työskennellessä tulisi kiinnittää tulevaisuudessa aikaisempaa paremmin huomiota huumeidenkäyttöön liittyvän moniongelmaisuuuden konkreettisiin seurauksiin, kuten ongelmien hallintayrityksistä seuraavaan pakkotahtiseen elämänrytmiin ja käyttöön liittyvään emotionaaliseen kuormitukseen. (Perälä 2012.)

Tutkimuksessa kävi ilmi, että huumeidenkäyttäjät yrittivät saada elämänsä kuntoon monilla eri osa-alueilla: hakeutua koulutukseen, löytää asuntoa tai yöpymispaikkaa, saada hoitoa tai erilaisia tukia. Tämän lisäksi huumeiden hankintaan liittyi omat rutiininsa, joita huumeidenkäyttäjät kuvailivat melkeinpä työnä. Moni huumeidenkäyttäjä kaipasi lisää apua oman elämän hallintaan saamiseen. (Perälä 2012.)

Huumeidenkäyttäjät näkivät ongelmalliseksi palvelujärjestelmien tavat auttaa heitä, Moni käyttäjä esimerkiksi yritti hakea palvelujen ja hoidon kautta apua on-

⁴³ Tutkimuksessa käytettiin aineistoa, joka kerättiin yhdestä Etelä-Suomessa sijaitsevasta terveysneuvontapisteestä vuosien 2003–2007 välisenä aikana etnografista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimusaineiston pääosan muodostivat havaintomuistiinpanot ja työntekijöille ja asiakkaille tehdyt teemahaastattelut.

gelmiinsa, mutta avun saamista esti palvelu- ja hoitojärjestelmän byrokraattisuus ja viileä kohtelu. Perälä mukaan ihmisten välistä vuorovaikutusta korostavan hoivan ulottuvuus onkin tällä hetkellä jäänyt liian vähäiselle huomiolle päihdehuollon suuntaviivoista keskusteltaessa. Tutkimusajankohtana vain haittojen vähentämisen politiikan toimintatavat näyttivät onnistuvan esimerkiksi palveluiden asiakaslähtöisyydessä. Huumeidenkäyttäjät itse kokivat saavansa terveysneuvontapisteestä ihmisestä kohtelua, joka oli heidän mielestään jo sinänsä merkittävää verrattuna muihin palveluihin. (Perälä 2012.)

Suomalaisessa haittojen vähentämisen politiikassa on Perälän mukaan onnistuttu myös yhdistämään menestyksellisesti huumeidenkäyttöön liittyvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisy, ja tästä politiikan ulottuvuudesta tulisi pitää kiinni Perälän mukaan myös jatkossa. Suomessa haittojen vähentäminen ja hoito eivät myöskään esiinny toisistaan erillisinä orientaatioina. Esimerkiksi eräs keskeinen haittojen vähentämisen osa-alue Suomessa on ollut palveluihin ohjaus ja myös työntekijät korostivat hoidon keskeisyyttä huumeongelman tärkeimpänä hallintakeinona. (Perälä 2012.)

8 Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat ja niiden vähentäminen

Huumehoidon tietojärjestelmän tulokset kertovat samaa kuin monet muut ongelmakäyttäjien riskikäyttäytymistä, korvaushoitoa sekä hiv-tartuntoja koskevat tutkimukset: huumeiden ongelmakäyttäjillä on enemmän sosiaalisia ongelmia kuin väestöllä keskimäärin. Päihdehuollon huumeasiakkaista noin kaksi kolmasosaa on työttömiä ja kymmenesosa asunnottomia. Asiakkaiden koulutustaso on matala.

Päihdeongelmien hoidossa on korostettu moniammatillista yhteistyötä viranomaisten kesken. Päihteiden ongelmakäyttäjät ovat usein myös sosiaalisesti syrjäytyneitä ja huono-osaisia, ja heidän sosiaalinen tukiverkostonsa on huumeekulttuuripainotteinen. Hoidolta ja kuntoutukselta edellytetään kokonaisvaltaista ja pitkäjänteistä otetta ja konkreettista auttamista. Tähän liittyvät niin sosiaalisen kuntoutuksen, työllistämisen kuin tuetun asumisen kokonaisuudet. Mukana ovat myös opetustoimen viranomaiset. Koulutuksen suunnittelu ja ammatinvalinnanohjaus kuuluvat nuorten osalta automaattisesti hoitoprosessiin.

Suomessa perustuslaki turvaa kansalaisten universaalit oikeudet peruspalveluihin. Suomen kuntia velvoittaa sosiaalihuoltolaki (710/1982). Siinä määritellään tehtävät, joista kunnan pitää huolehtia. Sosiaalihuoltolaissa säädetään sosiaalipalvelujen järjestämisestä, toimeentulotuen antamisesta, sosiaalisen luoton myöntämisestä, sosiaaliturvaetuksia ja niiden käyttöä koskevasta ohjauksesta ja neuvonnasta sekä sosiaalisten olojen kehittämistä ja sosiaalisten epäkohtien poistamisesta. Universaaleja peruspalveluita täydentävät tietyille ryhmille kohdennetut erityispalvelut, kuten päihdehuolto ja lastensuojelu. Ehkäisevää lastensuojelutyötä tehdään osana perheille suunnattuja palveluita, esimerkiksi aikuisille suunnatuissa päihdepalveluissa selvittämällä lapsen hoidon ja tuen tarvetta.

8.1 Sosiaalinen syrjäytyminen ja huumeiden käyttö

Huumehoidon tiedonkeruu tuottaa vuosittain tietoa päihdehuollon huumeasiakkaista. Asiakkaiden sosiodemografinen tilanne on pysynyt hämmästyttävän samankaltaisena vuosikausia. Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys (61 %) yleistä. Joka kymmenes (10 %) oli asunnoton. Korvaushoitoasiakkaista vain 5 prosenttia oli asunnottomia, kun muista opiaattien ongelmakäyttäjistä asunnottomia oli peräti 13 prosenttia. Tilannetta selittänevät sekä korvaushoidon tehokkuus ja asunto ensin -periaate. Avo- tai avioliitossa oli 22 prosenttia miehistä ja 39 prosenttia naisista. Avo- tai avioliitossa olevien asuinkumppani oli päihdeongelmainen 69 prosentilla, naisilla (79 %) huomattavasti useammin kuin miehillä (41 %). Alle 18-vuotiaita lapsia oli 39 prosentilla asiakkaista. Vain 29 prosenttia vanhemmista asui lapsensa

kanssa samassa taloudessa, ja 25 prosentilla lapset oli sijoitettuna lastensuojelun toimesta. Alle 20-vuotiaista asiakkaista puolet (52 %) asui vielä vanhempiansa kanssa. (Forsell 2012.)

8.2 Sosiaalinen kuntoutus

Sosiaalisella kuntoutuksella tuetaan vaikeasti syrjäytyneiden henkilöiden paluuta yhteiskunnalliseen osallisuuteen vahvistamalla kuntoutettavan sosiaalista toimintakykyä ja sosiaalisen vuorovaikutuksen edellytyksiä. Kuntouttavasta työtoiminnasta annetun lain (189/2001) perusteella kuntouttava työtoiminta on tarkoitettu pitkään työttöminä olleille ja sen tarkoituksena on parantaa heidän työllistymismahdollisuuksiaan. Laki velvoittaa kunnat ja työvoimatoimistot järjestämään yhteistyössä kullekin asiakkaalle sopivan palvelukokonaisuuden. Akuutissa päihdeongelmassa ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista aloittaa kuntouttavaa työtoimintaa, vaan asiakas ohjataan ensisijaisesti päihdehuollon palveluihin.

Sosiaalityöllä vahvistetaan tuen tarpeessa olevien kansalaisten voimavaroja ja tuetaan yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen omaehtoista toimintaa ja selviytymistä. Tavoitteena on ehkäistä syrjäytymistä ja ratkaista sosiaalisia ongelmia ja näin ylläpitää ja edistää kansalaisten ja yhteisöjen hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta.

Yksilökohtaisessa sosiaalityössä sosiaalityöntekijät neuvovat ja ohjaavat asiakkaitaan, selvittävät asiakkaiden kanssa heidän ongelmiaan sekä järjestävät viranomaisverkostoissa muita tarvittavia tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät henkilön ja perheen turvallisuutta ja suoriutumista.

Yhteistyöllä ehkäistään sosiaalisten ongelmien syntymistä yhteisöissä sekä vahvistetaan ihmisten vaikutusmahdollisuuksia ja osallisuutta lähiyhteisöjensä kehittämiseen. Yhteistyössä sosiaalityöntekijät ja muut sosiaalialan ammattilaiset auttavat yksittäisiä henkilöitä ja ryhmiä lisäämään yhteisöjensä hyvinvointia ja luomaan verkostoja yhteisön jäsenten ja eri hallinnonalojen virkamiesten sekä järjestöjen ja muiden tahojen kesken.

Asunnottomuus ja pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma

Vuonna 2011 Suomessa oli yhteensä noin 7 400 asunnotonta, joista yksinäisiä asunnottomia oli hieman yli 7 000. Heistä pääkaupunkiseudulla oli noin 4 000. Asunnottomien perheiden määrä oli noin 350, ja näistä yli puolet oli Helsingissä. Päihteiden ongelmakäyttäjät kuuluvat asunnottomuuden riskiryhmään.

Suomessa kuntien yleisten sosiaalipalvelujen osana on mahdollisuus järjestää taloudellisesti tuettua asumista päihdeongelmallisille. Osa suomalaista päihdehuollon palvelujärjestelmää ovat päihdehuollon asumispalveluyksiköt. Ne on tarkoitettu päihdeongelmallisille, jotka tarvitsevat päivittäistä tukea omatoimiseen asumiseen.

Ympäristöministeriön pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma 2008–2011 jatkuu hallitusohjelman mukaisesti vuosina 2012–2015. Ohjelman tavoitteena on poistaa pitkäaikaisasunnottomuus vuoteen 2015 mennessä, vähentää pitkäaikai-

asunnottomuuden riskiä tehostamalla sosiaalisen vuokra-asuntokannan käyttöä asunnottomuuden vähentämiseksi ja tehostaa toimenpiteitä asunnottomuuden ennaltaehkäisemiseksi. Vuoteen 2015 mennessä osoitetaan noin 1 000 asuntoa, tukiasuntoa tai hoitopaikkaa pitkäaikaisasunnottomille pääkaupunkiseudulla, joista Helsinkiin 750 sekä Espooseen ja Vantaalle yhteensä 250. Tampereelle, Turkuun, Lahteen, Kuopioon, Joensuuhun, Ouluun ja Jyväskylään tavoitteena on toteuttaa yhteensä vähintään 250 asuntoa, tukiasuntoa tai hoitopaikkaa vuoteen 2015 mennessä.

Nuorten yhteiskuntatakuu

Hallitusohjelman 2012–2015 mukaisesti jokaiselle alle 25-vuotiaalle ja alle 30-vuotiaalle vastavalmistuneelle pyritään tarjoamaan työ-, harjoittelu-, opiskelu-, työpaja- tai kuntoutuspaikka viimeistään kolmen kuukauden kuluessa työttömäksi joutumisesta. Tämän toteuttamiseksi asetettiin syksyllä 2011 työryhmä valmistelemaan nuorten yhteiskuntatakuuksi kutsuttua esitystä. Toteuttaminen aloitetaan vuonna 2012 ja se saatetaan voimaan täysimääräisesti vuoden 2013 alusta. Nuorten työelämästä syrjäytymistä estetään työ- ja elinkeinohallinnon erilaisin toimenpitein. TE -hallinnon toimista huolimatta nuorten työttömyys on pysynyt korkeana. Työnvälitystilaston mukaan elokuussa 2011 alle 29-vuotiaita oli työttömänä työnhakijana 54 600, joista alle 25-vuotiaita oli 30 300. Heistä noin kolmanneksella oli pelkästään perusasteen koulutus. Lähes puolella työttömistä oli suoritettuna ammatillisen keskiasteen tai alimman korkea-asteen tutkinto.

Koulutustakuu on osa nuorten yhteiskuntatakuuta. Jokaiselle peruskoulun päättäneelle taataan jatkumahdollisuus lukiossa, ammatillisessa koulutuksessa, oppisopimuskoulutuksessa, työpajassa, kuntoutuksessa tai muulla tavoin. Perusta nuorten työllistymiselle luodaan perusopetuksessa. Perusopetuksen suorittaminen ei kuitenkaan riitä, vaan toisen asteen tutkinnon suorittaminen on käytännössä työmarkkinoille pääsyn ja jatko-opintojen perusedellytys. Koulutusjärjestelmän jokaisessa vaiheessa osa nuorista jää syrjään. Osa ei jatka lainkaan opintojaan peruskoulun jälkeen ja osa heistä, jotka jatkavat, eivät koskaan suorita tutkintoa.

Etsivä nuorisotyö auttaa alle 29-vuotiaita nuoria, jotka ovat koulutuksen tai työmarkkinoiden ulkopuolella. He tarvitsevat tukea kiinnittyäkseen tarjolla oleviin julkisen sektorin palveluihin. Valtionapua sai vuonna 2011 yhteensä 223 kuntaa, joihin oli tarkoitus palkata 270 etsivää nuorisotyöntekijää. Toiminta kattaa 70 % kunnista. Vuonna 2010 etsivä nuorisotyö oli yhteydessä lähes 11 000 nuoreen. Heistä 22 % määritteli itsensä työttömäksi, vaikkei ollut ilmoittautunut työnhakijaksi.

Nuorten yhteiskuntatakuu edellyttää yhteiskunnalta laaja-alaista eri toimijoiden yhteistyötä. Sosiaali- ja terveysministeriö painottaa syrjäytymisen ehkäisemistä jo ennalta, mahdollisimman varhaista ongelmien havaitsemista ja tukea niiden ratkaisemiseksi. Kun lapsen kasvu turvataan, hänellä on mahdollisuus kasvaa nuoreksi, joka on vahvasti mukana koulutuksessa ja työelämässä. Hallituskaudella sosiaali- ja

terveysministeriö koordinoi ohjelmaa köyhyyden ja syrjäytymisen vähentämiseksi. Se liittyy tiiviisti myös nuorten yhteiskuntatakuun toteuttamiseen.

Hallitus on varannut yhteiskuntatakuun toimeenpanoon 60 miljoonan euron vuotuisen määrärahan. Työryhmän ensimmäisessä raportissa esitetään ratkaisut määrärahan kohdentamiseksi sekä muut ehdotukset yhteiskuntatakuun toteutukseen. Ehdotetuilla ratkaisuilla nuorten yhteiskuntatakuun toimeenpano voidaan aloittaa vuodesta 2013 alkaen.

Työryhmä on jakanut tehtävän kahteen osaan: ensin huolehditaan siitä, että palveluverkosto toimii yhteiskuntatakuun piiriin tulevien uusien nuorten osalta. Tarkoituksena on luoda järjestelmä, jossa kaikilla nuorilla on realistiset mahdollisuudet työllistyä, kouluttautua tai hakeutua muuhun toimintaan. Näillä toimilla luodaan tilanne, jossa syrjäytyneiden ja syrjäytymisvaarassa olevien nuorten määrä ei enää uusista ikäluokista kasva.

Toisena painopisteenä huolehditaan 110 000:sta toisen asteen tutkintoa vaille olevasta nuoresta, jotka ovat syrjäytymisen vaaravyöhykkeellä. Heidän tukemisensa vakaalle työuralle toteutetaan lisäämällä koulutusta siten, että vuonna 2016 päästään niin sanottuun normaalitilanteeseen, jossa nuorten palveluverkosto toimii, eikä nuorten aikuisten joukossa ole laajassa mittakaavassa yhteiskunnalliseen marginaaliin ajautuneita henkilöitä. Tätä ei kuitenkaan ole mahdollista toteuttaa yhteiskuntatakuuseen varatulla 60 miljoonalla eurolla.

Kulttuurista lisäarvoa huumeidenkäytön ehkäisyyn

Suomi järjesti elokuussa 2011 Helsingissä pohjoismaisen huumefoorumin, jonka aiheena oli muun muassa huumeiden käytön ja sosiaalisen syrjäytymisenehkäisy kulttuurin avulla. Kokouksessa esitettiin, että poikkihallinnollista kulttuuri-, terveys- ja hyvinvointialojen työtä on tuettava ja kulttuuri on otettava osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon rutiineja.

Suomen Kulttuurirahasto käynnisti vuonna 2008 Myrsky-hankkeen, jolla haluttiin vahvistaa nuorten hyvinvointia sekä sosiaalista ja henkistä kasvua tuomalla taide ja kulttuuri heidän elämänsä. Hankkeella pyrittiin myös juurruttamaan uusia nuorten taidetoiminnan tapoja. Myrsky suunnattiin ensisijaisesti 13–17-vuotiaille nuorille, joita on vaikea tavoittaa perinteisin keinoin. Nuoret osallistuivat ammattitaiteilijoiden ohjauksessa monenlaisiin taidehankkeisiin. Myrskyyn saivat lähteä kaikki nuoret, mutta erityistä huomiota kiinnitettiin syrjäytymisuhan alla oleviin. Osa taidehankkeista suunnattiin muun muassa maahanmuuttajille, mielenterveyskuntoutujille ja laitoksissa oleville nuorille. Kolmen vuoden aikana yli 14 000 nuorta on päässyt ammattilaisten ohjauksessa tekemään taidetta omista lähtökohdistaan. Myrsky-toiminnan arviointitutkimus osoittaa, että nuorten omista lähtökohdista lähtevä ja taiteilijoiden ohjaama taiteen tekeminen vahvistaa nuorten hyvinvointia. Tutkimuksen mukaan taide lisää nuorten tyytyväisyyttä, elämäniloa sekä yhteisöllisiä valmiuksia ja taitoja. Taide myös vahvistaa nuorten yhteiskunnallista osallisuutta.

Tutkimuksia sosiaalisesta huono-osaisuudesta

Sosiaalinen huono-osaisuus ja rikosalttius korreloivat siten, että mitä heikompi perheen taloudellinen tilanne on, sitä todennäköisimmin nuori on osallistunut rikoskäyttäytymiseen ja joutunut väkivallan uhriksi. 15–16-vuotiaille suomenkielisille yläasteen 9.-luokkalaisille tehdyn kyselytutkimuksen⁴⁴ perusteella myös kannabiksen kokeilu on sitä yleisempää mitä huonompi perheen taloustilanne on. Nuorista, jotka kuvailivat perheen taloudellista tilannetta erittäin hyväksi, vain 5 prosenttia kertoi käyttäneensä kannabista kuluvan vuoden aikana. Nuorista, jotka kuvailivat perheen taloustilannetta erittäin huonoksi, oli 14 prosenttia käyttänyt kannabista kuluvan vuoden aikana. Kannabiksen käyttö on myös sitä todennäköisempää mitä heikompa nuoren saama tuki ja kontrolli vanhemmiltaan on (4 % vahvan kontrollin, 9 % heikon kontrollin alaisilla nuorilla). (Kivivuori ym. 2009.)

Suomalaistutkimuksissa on todettu, että valtaosaa henkirikoksiin syyllistyvistä nuorista yhdistää lapsuudenperheessä esiintyneet häiriötekijät (epävakaous, hoidon laiminlyönti, päihteiden väärinkäyttö, perheväkivalta), varhainen häiriökäyttäytyminen (oppimis- ja käytösongelmat koulussa, pikkurikollisuus) sekä päihteiden nuorena aloitettu ongelmakäyttö. Nuorista henkirikoksentehtävistä puolet on diagnosoitu huumausaineiden käyttäjiksi rikosta seuranneessa mielentilatutkimuksessa. Huomatavalla osalla myös vanhemmat tai ainakin toinen vanhemmista on ollut alkoholin ongelmakäyttäjä. (Kivivuori ym. 2009.)

Huumausainerikoksesta ehdolliseen rangaistuksen saaneilla nuorilla on korkea uusimisriski. Tutkimuksen mukaan ehdollisesti rangaistujen nuorten sosiaaliset sidokset, ajankäyttö ja kognitiot vaikuttivat uusiutumisiin sitä enemmän mitä heikompi koulutus, asumistilanne sekä työ- ja opiskelutilanne valvotuilla oli. Huumausaineiden selvää tai huolestuttavaa käyttöä esiintyi 11 prosentilla ja vähäistä tai ajoittaista käyttöä 14 prosentilla valvottavista. Huumeiden ongelmakäyttäjiin kohdennettiin ehdollisen vankeuden aikana jossain määrin voimakkaampaa valvontaa. Mitä vaikeammaksi valvottavan päihdeongelma katsottiin, sitä enemmän valvonnan sisällöissä keskityttiin juuri päihdeongelmaan. (Harrikari 2010.)

Lyhytaikaisvankeja koskeneessa tutkimuksessa kaikkein huono-osaisimpia vankeja olivat lapsuudessa ja nuoruudessa rikosuransa aloittaneet nuoret vangit. Heidän keskuudessaan rikoskäyttäytyminen oli aktiivisinta myös aikuisena ja he käyttivät muita aikaisemmin ja muita enemmän alkoholia ja huumeita. Heillä oli myös vähi-

⁴⁴ V. 2008 itseilmoitettua rikollisuutta koskevaan kyselyyn vastasi 5 826 nuorta. Perusjoukkona ovat koko maan suomenkielisten yläasteiden yhdeksännen luokka-asteen oppilaat eli 15–16-vuotiaat. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen nuorisorikollisuuskysely suoritetaan säännöllisin väliajoin. Kysely sisältää kysymyksiä 21 kielletystä tai rikollisesta teosta. Kaikkien tekojen kohdalla on kysytty onko nuori tehnyt koskaan elämänsä aikana kyseistä tekoa ja onko hän tehnyt teon kyselyhetkeä edeltävän vuoden aikana.

ten luottamusta siihen, että he voisivat saada laillisia palkkatuloja vapautumisen jälkeen. (Kivivuori & Linderborg 2009.)

9 Huumeisiin liittyvä rikollisuus, sen torjunta ja huumeiden käyttö vankiloissa

9.1 Huumeisiin liittyvä rikollisuus

Tilastoitu huumausainerikollisuus lisääntyi voimakkaasti 1990-luvulla. Samoin huumeiden käyttöön liittyvä oheisrikollisuus, kuten omaisuusrikollisuus ja huumeiden aiheuttamat liikennejuopumukset, kasvoivat 1990-luvulla. Vuosituhannen vaihteen jälkeen kasvu taittui. Huumeperusteisten liikennejuopumusten tilastollista kasvua lisäsi vuonna 2003 käyttöön otettu huumeiden nollatoleranssi liikenteessä. Muutamien viimeisten vuosien aikana tilastoitu huumausainerikollisuus on ollut jälleen nousussa. Vuonna 2012 kirjattiin hieman yli 20 000 huumausainerikosta. Huumausainerikosten määrä laski hieman vajaalla kolmella sadalla vuodesta 2011. (Tilastokeskus 2013; KRP 2013). Esitetyt tiedot kuvastavat vielä vuonna 2008 vain poliisin tietoon tulleita rikoksia, mutta vuodesta 2009 lähtien Tilastokeskuksen tilastointi on muuttunut siten, että se kattaa myös tullin tutkimat rikokset. Tämä muutos saattaa selittää osittain kasvua, sillä tarkasteltaessa raportissa myöhemmin seuraamusikäytäntöä huumausainerikoksissa, seuraamusten määrissä ei ole havaittavissa vastaavaa kasvua. (Kainulainen 2011.)

Poliisin mukaan Suomen tyypillisesti löyhärakenteinen ammattimainen rikollisuus on organisoitunut tiiviimmin ja sen kurinalaisuus on lisääntynyt. Suomessa tutkitut suuret huumausainerikosjutut osoittavat selvästi, että huumausainekauppa on ammattimaista ja suurelta osin järjestäytyneiden rikollisryhmien käsissä. Erityisesti rikollisilla moottoripyöräjengeillä on vahva asema huumausainekaupan kotimaisissa toiminnoissa ja tiiviit ja toimivat yhteistyösuhteet ulkomaille, etenkin Viron järjestäytyneeseen rikollisuuteen. Järjestäytyneiden rikollisryhmien merkitys huumausainerikollisuudessa näkyy esimerkiksi aseiden ja erityisesti kaasusumuttimien yleistyksenä huumausainerikoksiin liittyvissä takavarikoissa. Järjestäytyneet rikollisryhmät ovat laajentaneet toimintaansa perinteisesti harjoittamastaan huumausaine- ja omaisuusrikollisuudesta talous- ja petosrikollisuuteen, sillä järjestäytyneen rikollisuuden tavoitteena ovat nopeat tuotot ja vaikutusvallan kasvattaminen laillisessa taloudessa ja yhteiskunnassa. (KRP 2013.)

Poliisin ja Tullin tilastojen mukaan kannabistuotteiden takavarikkoja tehtiin Suomessa vuonna 2012 lukumääräisesti jälleen suurimittaisesti. Takavarikoitujen kannabiskasvien lukumäärä oli suurempi kuin koskaan, (18 150), mikä johtunee kasvatuksen suosion lisääntymisestä ja siementen verkosta hankinnan helppoudesta

sekä myös siitä, että viranomaiset paljastavat kasvatusta nykyään entistä tehokkaammin. Suomessa kasvatusta on vielä pääosin pienimuotoista, mutta paljastuneet kotikasvatustapaukset ovat osoittaneet, että huumeiden kasvatusta on muuttunut entistä ammattimaisemmaksi. Suomessa on jo paljastunut muutamia asiantuntevasti rakennettuja ja järjestelmällisesti toimivia yli 500 kasvin kasvattamoita. Rikolliset moottoripyöräjengit ovat jo ryhtyneet viljelemään kannabista Suomessakin. (KRP 2013.)

Markkinoilla on tavattu edelleen huolestuttavassa määrin uusia muuntohuumeita. Muuntohuumeet voivat olla hengenvaarallisia, sillä uusien aineiden sisältämät ainesosat ja pitoisuudet vaihtelevat suuresti ja aikaisempi käyttäjäkokemus puuttuu. Omaan käyttöön tarkoitettuja määriä tilataan pääasiassa verkkomyymälöiden välityksellä, mikä näkyy postirahdissa muuntohuumeita sisältävien pakettien määrän huomattavana kasvuna.

Amfetamiinin takavarikkolukumäärässä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia. Metamfetamiinin osuus amfetamiinimarkkinoilla ja viranomaisten takavarikkotilastoissa on selvästi kasvanut viimeisen 10 vuoden aikana. (KRP 2013.)

Huumausainerikokset

Vuoden 2012 aikana huumausainerikoksia tehtiin 20 102 (Tilastokeskus 2013). Samat henkilöt voivat tehdä vuoden aikana useita huumerikoksia. Poliisin tilastojen mukaan vuonna 2012 huumausainerikoksista epäiltiin 6 406 eri henkilöä. Törkeistä huumausainerikoksista epäiltyjen eri henkilöiden määrä oli 672. Vuoteen 2008 verrattuna kaikista huumausainerikoksista epäiltyjen eri henkilöiden lukumäärä oli vuoteen 2012 mennessä kasvanut 37 prosenttia, ja törkeästä huumausainerikoksesta epäiltyjä eri henkilöitä kirjattiin vuonna 2012 lainvalvonnan järjestelmiin 21 prosenttia enemmän kuin vuonna 2008. (KRP 2013.)

Vuonna 2012 huumausaineen käyttörikoksia oli noin 11 300, mikä vastaa 56 prosenttia kaikista tilastoidusta huumausainerikollisuudesta. Perustunnusmerkistön mukaisia huumausainerikoksia oli noin 7 800 (38 %). Yksi huumausainerikoksen määrän kasvua selittävä tekijä on kannabiksen kotikasvatuksen yleistymisen. Törkeitä huumausainerikoksia oli vuonna 2012 hieman vähemmän mitä vuonna 2011, noin 1 000, mikä vastaa noin viittä prosenttia kaikista huumausainerikoksista. Määrä oli kolmanneksi suurin viimeisen kymmenen vuoden aikana. Huumausainerikoksen valmistelu ja edistäminen ovat varsin harvoin esiintyviä rikosnimikkeitä. (Tilastokeskus 2013; KRP 2013.)

Poliisi on yhdessä muiden PTR-viranomaisten kanssa tehostanut menetelmiään vakavan rikollisuuden torjunnassa. Huumausainerikostutkinnan yhteydessä on tehostettu rikoshyödyn poisottamista ja kyetty vaikuttamaan huumausainerikollisuuden toimintaedellytyksiä heikentävästi.

Taulukko 14. Poliisin tietoon tulleet huumausainerikokset vuosina 2007–2008 sekä poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen tietoon tulleet huumausainerikokset vuosina 2009–2012.

Rikosnimike	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Huumausainerikos	4 206	4 835	6 274	6 444	7 226	7 752
Huumausaineiden käyttörikos	10 333	9 823	11 257	12 158	12 093	11 292
Törkeä huumausainerikos	883	789	922	1 083	1 036	1 025
Huumausainerikoksen valmistelu tai edistäminen	26	35	71	39	39	33
Huumausainerikokset yhteensä	15 448	15 482	18 524	19 724	20 394	20 102

*Tilastointitapa on muuttunut vuodesta 2009 lähtien. Vuoden 2009–2012 tilastoissa on otettu huomioon myös tullin ja rajavartiolaitoksen tietoon tulleet huumausainerikokset. Tilastomuutos näyttäytyy huumausainerikollisuuden määrän nousuna noin kymmenesosalla.

Lähde: Tilastokeskus.

Huumausainerikollisuudella on vahvat kansainväliset kytkennät, etenkin Viroon. Ulkomaalaisten epäiltyjen osuus törkeissä huumausainerikoksissa on viime vuosina ollut huomattava. Vuonna 2012 törkeän huumausainerikoksen tekijöiksi epäillyistä 27 prosenttia oli ulkomaalaisia. Vuonna 2011 vastaava prosenttiluku oli 24 ja vuonna 2010 luku oli 35. Useiden vuosien ajan suurimpina ryhminä ulkomaalaisten joukossa ovat olleet virolaiset sekä venäläiset ja vironvenäläiset epäillyt. Kaiken kaikkiaan epäiltyjen kansallisuusjakauma on entisestään moninaistunut. Törkeistä huumausainerikoksista epäillään yhä useammin muun muassa nigerialaisia, gambialaisia, hollantilaisia, irakilaisia, marokkolaisia, ruotsalaisia ja liettualaisia. Suomen markkinoilla suomalaiset rikosentekijät huolehtivat yleensä huumeiden vastaanottamisesta ja jakelusta Suomessa, ulkomaalaiset toimivat maahantuojina ja salakuljettajina. (KRP 2013.) Huumausainerikollisuuden kansainvälistyminen on tuonut lisähaastetta etenkin törkeiden huumausainerikosten paljastamiseen ja esitutkintaan. Esimerkiksi rikosten selvittämisessä tarvitaan yhä useammin tulkkia.

Huumausainetuomiot

Syyksi luettuja huumausainerikoksia oli vuonna 2011 yhteensä 14 100. Tuomioita, joissa huumausainerikos oli päärikos eli jutussa henkilön vakavin rikos, oli puolestaan 8 300. Huumausainerikoksista tuomitaan yleensä sakkoa. Vuonna 2011 huumausainerikoksista päärikoksena sakotettuja oli kaikkiaan hieman yli 6 700. Näistä 4 200 sakotettiin rangaistusmääräysmenettelyssä, kun taas käräjäoikeudessa sakkoja sai noin 2 500 henkilöä. Huumausainerikoksista päärikoksena tuomittiin vankeuteen reilut 1 500 henkilöä, joista 42 prosenttia (632) sai ehdottoman vankeusrangaistuksen. Syyttäjä jätti 530 henkilöä syyttämättä ja alle 40 henkilöä jätettiin käräjäoikeu-

nessa rangaistukseen tuomitsematta. Seuraamuskäytännössä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia viime vuosina. (Kainulainen 2012; Tilastokeskus 2013.)

Huumausaineen käyttörikoksesta (RL 50:2a) seuraa yleensä rangaistusmääräysmenettelyssä annettu sakko, joka oli vuonna 2011 keskimäärin 14 päiväsakkoa. Rangaistukselle vaihtoehtoisten seuraamusten määrä on pysytellyt varsin pienenä, mutta vielä harvinaisempaa on ollut vankeusrangaistuksen käyttäminen.

Huumausainerikoksesta (RL 50:1) tuomitaan myös vankeusrangaistuksia. Jos henkilö tuomitaan samalla kertaa useista rikoksista, on keskirangaistus tavallisesti korkeampi. Kun rangaistuksessa on yksi rikos sekä ehdollisten että ehdottomien vankeuksien keskirangaistukset ovat pysytelleet neljän kuukauden tuntumassa. (Kainulainen 2012.) Vuonna 2011 huumausainerikoksesta päär rikoksena tuomittiin ehdotonta vankeutta keskimäärin 4,7 ja ehdollista 4,0 kuukautta. (Tilastokeskus 2011.)

Tärkeästä huumausainerikoksesta (RL 50:2) rangaistuslajin valinta tehdään käytännössä ehdollisen ja ehdottoman vankeuden välillä. Tärkeästä huumausainerikoksesta tuomitaan yleensä ehdotonta vankeutta, sillä ehdollista vankeutta on käytetty huomattavasti harvemmin. Ehdottomissa vankeuksissa keskipituus on vaihdellut eri vuosina. Vuonna 2011 se oli noin kolme vuotta ja seitsemän kuukautta (43,1 kk). Ehdollisissa vankeuksissa keskirangaistukset ovat pysytelleet useina vuosina noin yhdessä vuodessa ja kolmessa kuukaudessa. (Kainulainen 2007; Kainulainen 2012; Tilastokeskus 2011.)

Rangaistuskäytännön yhtenäistämiseksi käytetään huumausainerikoksissa usein hyväksi rangaistustaulukoita. Tuomioistuimissa on ollut horjuvuutta kannabiksen kotikasvatuksesta annetuissa tuomioissa. Syyttämiskäytännön yhtenäistämiseksi on huumerikossyyttäjäryhmässä laadittu suositus, jossa arvioidaan kannabiskasveista saatavan sadon suuruutta. Yhden kasvin keskituotoksi on arvioitu 25 grammaa. Suosituksen mukaan syyttäjä voisi vaatia vankeutta yli kymmenen kasvin viljelmästä, kun taas sen alle jäävistä tapauksista esitettäisiin sakkoa. (Hakkarainen ym. 2011a; Valtakunnansyyttäjänvirasto 10.6.2010.)

Rattijuopumukset

Vuonna 2012 rattijuopumusten kokonaismäärä väheni 11 % edelliseen vuoteen verrattuna. Huumausainetapausten (2 626) ja sekakäyttötapausten (631) määrä pysyi kuitenkin edellisvuoden tasolla, jolloin alkoholitapausten suhteellinen osuus hieman laski. Vuonna 2012 alkoholitapauksia kaikista tapauksista oli 83 %, huume tapauksia 14 % ja sekakäyttötapauksia 3 %. (Tilastokeskus 2013.) Vuonna 2012 rattijuopumustutkimuksissa huumaus- ja lääkeainetutkimukset tehtiin 3 863 tapauksessa. Yleisimmin löydetty aineet olivat bentsodiatsepiinit (69 % tapauksista), amfetamiinit (47 %) ja kannabis (45 %) ja buprenorfiini (20 %). (KRP 2013.)

Vuonna 2009 ilmestyneessä rekisteritutkimuksessa arvioitiin huumaantuneena ajamisen esiintymistä ja trendejä Suomessa 1977–2007. Huumaantuneena ajaminen

yleistyi ajanjaksolla 18-kertaisesti. Kaikista seuranta-aikana epäillyistä kaiken kaikkiaan 90 % oli miehiä, mutta vuosittainen naisten osuus epäillyistä kasvoi seuranta-jakson aikana hieman. Vuonna 1977 epäillyistä naisia oli 7 % ja vuonna 2007 yhteensä 10,3 %. Trendi oli tilastollisesti merkitsevä. Yleisimmin löydetty aineet olivat bentsodiatsepiinit (76 %), amfetamiinit (46 %), kannabis (28 %) ja opioidit (14 %). Varsinaisista huumausaineista yleisimmät, amfetamiinit ja kannabis, alkoivat ilmaantua 1980-luvun lopulla. Huumetapausten määrä alkoi kasvaa, kun huumeiden osalta Suomessa otettiin käyttöön nollaraja vuonna 2003. (Ojaniemi ym. 2009.)

Huumaantuneena ajaneista suurimmalla osalla (77 %) näytteistä löydettiin yhtä aikaisesti useampia aineita. Moniainelöydöksistä yleisimpiä olivat bentsodiatsepiinit alkoholin kanssa (20 %) ja bentsodiatsepiinit ja amfetamiinit (18 %). Bentsodiatsepiinit olivat osana viidessä yleisimmässä yhdistelmässä. Alkoholin osuus moniainelöydöksistä on vähentynyt seuranta-ajan kuluessa (1/5 näytteistä 2007). (Karjalainen ym. 2010.)

Muut huumeisiin liittyvät rikokset

Apteekkeihin ja hoitoloihin tehtyjen murtautumisrikosten lukumäärä (51) huume-lääkevalmisteiden hankkimiseksi on laskenut, vuosina 2008–2011 murtoja tehtiin noin 100 vuodessa. (KRP 2013.)

Tietyistä rikoksista huomattava osa tehdään päihtyneinä, mutta alkoholi on huumeita tai sekakäyttöä huomattavasti merkittävämmässä asemassa. Kaikista pahoinpitelyrikoksista (pahoinpitely, lievä pahoinpitely ja törkeä pahoinpitely) tehtiin 55 prosenttia alkoholin, 0,3 prosenttia huumausaineiden ja prosentti kahden tai useamman päihteen vaikutuksen alaisena. Kaikista ryöstörikoksista tehtiin 36 prosenttia alkoholin, 4 prosenttia huumausaineiden ja 6 prosenttia sekakäytön vaikutuksen alaisena. Varkausrikoksiin (näpistys, varkaus, törkeä varkaus) syyllisiksi epäillyistä 11 prosenttia toimi alkoholin, 2 prosenttia huumausaineiden ja 11 prosenttia sekä alkoholin että huumausaineiden vaikutuksen alaisena. Moottorikulkuneuvojen käytövarkauksista 20 prosenttia tehtiin alkoholin, 8 prosenttia huumausaineiden sekä 3 prosenttia sekakäytön vaikutuksen alaisena. (Tilastokeskus 2013.)

Rahanpesurikokset Suomessa liittyvät pääosin huumausaine- ja talousrikollisuuteen. Vuonna 2012 esitutinnan yhteydessä tutkittavaksi siirrettyjen tietojen yleisimmät rikosnimikkeet olivat velallisen epärehellisyys, huumausainerikos sekä petos. Vuosina 1994–2012 kaikista niistä tapauksista, joissa esitutinnan yhteyteen luovutettiin epäilyttäviä liiketoimia koskevia tietoja, noin puolet liittyi talousrikollisuuteen, yhdeksän prosenttia huumausainerikoksiin ja kahdeksan prosenttia rahanpesuun. Järjestäytyneiden rikollisryhmien harjoittama yritysraenteisiin sekä kuittikauppaan ja harmaaseen talouteen perustuva rahanpesu on yleistynyt. Viime vuosina kaikista rahanpesua koskevista ilmoituksista reilusti yli puolessa on tapahtunut varojen siirto Suomen rajojen yli, yleensä Suomesta ulkomaille. Rahanpesuun erikoistu-

neita ammattirikollisia on Suomessa vielä vähän, ja rahanpesijöinä toimivat usein rikollisten lähipiiriin kuuluvat henkilöt. (KRP 2013.)

Keskusrikospoliisin rahanpesun selvittelykeskus on koonnut raportin rahanpesutapauksista Suomessa vuosina 1994–2011. Tutkimuksessa on mukana 140 tuomiota, joissa 55 tapauksessa esirikoksena oli huumausainerikos. Lopuista tapauksista useissa tuomioissa esirikoksena oli talousrikos. Tutkimuksessa mukana olevista tuomioista yleisin oli ehdollinen vankeusrangaistus. Ehdottomista vankeusrangaistuksista lähes kaikki olivat yhtenäisrangaistuksia muiden rikosten – lähinnä huumausainerikosten – kanssa. (KRP 2013.)

Tutkimus huumeiden käyttäjien ja poliisin tulkinnoista taparikollisuudesta

Tuula Kekki (2012) tutkimus huumeiden käyttäjien ja poliisin tulkinnoista taparikollisuudesta käsittelee huumeita käyttäviä taparikollisia sekä rikollisen elämäntavan ja identiteetin että valvonnan näkökulmasta. Tutkimuskohteena ovat sellaiset huumeiden käyttäjät, joiden huumeiden käyttö on säännöllistä ja rikollinen toiminta jatkuva. (Kekki 2012)

Tutkimuksessa analysoidaan rikosten motiiveja ja mielekkyyttä sekä rikollisen käyttäytymisen muuttumista ajan kuluessa. Tutkimuksessa ilmeni, että huumeiden käyttäjät syyllistyivät monipuolisesti eri rikoslajeihin. Varsinaista erikoistumista tai rikollisuuden ammattimaistumista ei ollut yleisesti havaittavissa rikoshistorian aikana. Taloudelliset motiivit eivät olleet ainoita syitä syyllistyä rikoksiin. Laittomien keinoin tavoiteltiin myös immateriaalisia etuja, kuten jännitystä ja kaveripiirin hyväksyntää. Aineistoissa oli vahvoja viitteitä siitä, että henkilöt kokivat rikolliskulttuurin houkuttelevaksi elämäntavaksi. Konventionaalinen elämäntapa ei kiehtonut heitä, ja toisaalta rikollisen identiteetin muodostumisen myötä he olivat vieraantuneet siitä. Ennemmin he halusivat samaistua rikolliseen vertaisryhmään ja saada siellä arvostusta. Huumeita käyttäville taparikollisille oli tyypillistä valmius ottaa riskejä, vaikeus tai haluttomuus havaita tekojensa seurauksia. Vaikka he toimivat totutun tavan ja alakulttuurin sääntöjen mukaan, toiminta ei aina tuottanut mielihyvää. (Kekki 2012.)

Toiseksi tutkimuksessa tarkastellaan tapoja, joilla poliisit tulkitsevat huumerikos-torjunnan merkitystä toisaalta yksittäisen huumeiden käyttäjän ja toisaalta teon yhteiskunnallisen haitan perusteella. Poliisin valvonnalla on vahva normatiivinen perusta – kaikki huumeisiin liittyvä toiminta on kriminalisoitua, joten poliisilla on laillinen valtuutus puuttua siihen. Tämän lisäksi poliisi näkee huumerikollisuuden haitallisena, moraalittomana ja epätoivottavana toimintana, jonka sääntelemisellä on takanaan valtaväestön vahva tuki. Poliisitoimintaa kuvaavat aineistot osoittavat, että kontrolli keskittyi tunnettuihin käyttäjiin, mutta tämä johtuu pitkälti huumeiden käyttäjien oheisrikollisuudesta. Poliisiretoriikassa huumeiden käytön kontrollissa oli pitkälti kyse yleisen turvallisuuden ja järjestyksen ylläpidosta. Poliisin mielestä heillä on hyvin vähän mahdollisuuksia vaikuttaa yksittäisiin rikoksentekijöihin,

mutta sitä vastoin huumeiden käyttäjien valvonnalla on merkitystä ”yhteiskunta-rauhan” kannalta. (Kekki 2012.)

9.2 Vaihtoehtoiset seuraamukset

Hoitoonohjaus ja puhuttelu

Huumeiden käyttäjille on kehitetty vaihtoehtoisia seuraamuksia; nuorille käyttäjille puhuttelukäytäntö ja ongelmakäyttäjille hoitoonohjaus. Valtakunnansyyttäjä on kannustanut syyttäjiä tekemään syyttämättä jättämispäätöksiä hoitoon hakeutuneista käyttäjistä (VKS 2006:1). Ohjeissa myös todetaan, että huumeriippuvuudesta vapautuminen voi olla vaikeaa ja se voi vaatia useita sisällöltään erilaisia hoitojaksoja. Tästä syystä sama henkilö on mahdollista jättää syyttämättä hoidon takia useamman kerran. Hoitoon hakeutuminen osoitetaan kirjallisella todistuksella, josta käy ilmi, että huumeiden käyttäjä on hakeutunut hoitopaikkaan tai hän on muulla tavoin varannut sieltä paikan tai vastaanottoajan.

Valtakunnansyyttäjäviraston keräämien tietojen mukaan vuonna 2010 hoito oli esillä 38 syyttämättäjättämispäätöksessä. Puolet päätöksistä tehtiin Lapissa. Syyttämättäjättämispäätöksistä vuonna 2009 tehdyn selvityksen perusteella miehiä oli hoitoon hakeutuneista 70 ja naisia 30 prosenttia. Alaikäisiä oli joka viides (6). Rikoksen kohteena oli pelkästään mieto huumausaine 43 prosentissa tapauksia. Huumausaineeksi luokiteltu lääke löytyi 33 prosentissa tapauksista. Päätöksistä 10 prosentissa mainittiin pelkästään vahva huume (amfetamiini). Lopuissa 13 prosentissa päätöksistä oli kyse erilaisten huumausaineiden yhdistelmistä. Subutexista tai Suboxonesta löytyi maininta lähes joka kolmannessa päätöksessä. (Kainulainen 2012.)

Hoitoon hakeutuneen syyttämättä jätetyn syyksi saatettiin lukea vain vähäinen huumausainerikos, kuten kertaluonteinen huumeiden käyttö. Osassa päätöksiä huumeiden käyttö oli jatkunut kuukausia, toisinaan muutaman vuoden. Lähes kaikissa tapauksissa rikosnimikkeenä oli huumausaineen käyttörikos. Muutamassa tapauksessa henkilö oli sen ohella syyllistynyt muuhun rikokseen, kuten väärennykseen, lievään ampuma-aserikokseen tai alkoholijuoman hallussapitorikkomukseen. Aineistosta löytyi muutama huumausainerikos henkilön syyllistyttyä myös kannabiksen viljelemiseen tai huumeiden luovuttamiseen. (Kainulainen 2012.)

Valtakunnansyyttäjä on kannustanut antamissaan ohjeissa syyttäjiä järjestämään huumeiden käytöstä ensi kertaa kiinni jääneille 15–17-vuotiaille nuorille puhuttelutilaisuuden, johon kutsutaan nuori, hänen huoltajansa, sosiaaliviranomaisen edustaja ja poliisi (VKS 2006:1). Puhuttelutilaisuudessa nuorelle kerrotaan mahdollisimman monipuolisesti huumeiden käyttämisen rikollisesta luonteesta ja moitittavuudesta sekä selvitetään nuoren elämäntilanne ja millaiset jatkotoimenpiteet sopivat hänelle parhaiten. Tilaisuuden päätteeksi syyttäjä voi tehdä päätöksen syyttämättä jättämisestä. Jos nuori ei saavu paikalle tai tilaisuudessa ilmenee muita seikkoja nuori voi saada sakkorangaistuksen. (Kainulainen 2009.)

Valtakunnansyyttäjän keräämien tietojen mukaan vuonna 2010 puhuteltiin 161 nuorta. Tilaisuuksista suurin osa (61 %) järjestettiin Varsinais-Suomessa. Syyttämättä jätetyistä nuorista vuonna 2009 tehdyn selvityksen mukaan puhuteltu nuori oli tyypillisesti syyllistynyt kannabiksen kokeilemiseen muutaman kerran. Hän sai aineen käsiinsä tarjottuna tai hänen kerrottiin itse vastanneen aineiden hankinnasta. Vain harvoissa tapauksissa kerrottiin nuoren käyttäneen kannabista pidemmän ajanjakson kuluessa. Enimmillään kyse oli kaksi vuotta jatkuneesta säännöllisestä kannabiksen käytöstä. Muutamissa päätöksissä kyse oli käyttörikoksen sijasta huumausainerikoksesta, koska nuori oli luovuttanut pienen huumemäärän edelleen tai pitänyt sitä hallussaan levitystarkoitusta varten. (Kainulainen 2012.)

Puhuttelutilaisuudessa saattoi nuoren lisäksi olla läsnä hänen vanhempansa, sosiaaliohjaaja, perhekodin edustaja tai poliisi. Joissakin päätöksissä kerrottiin jonkun viranomaisen poisjäännistä kutsusta huolimatta. Syyttäjä saattoi päätöksessään kuvata nuoren käyttäytymistä puhuttelutilaisuudessa. Syyttäjän uskoa saattoi vahvistaa nuoren perheeltään tai lastensuojelulta saatava tuki. (Kainulainen 2012.)

Valtakunnansyyttäjä on kerännyt tiedot puhutteluista ja hoitoonohjauksesta myös vuodelta 2011. Vuonna 2011 puhutteluja tehtiin 154. Luku oli 7 vähemmän mitä vuonna 2010. Vastaavasti hoitoonohjauksia tehtiin vuonna 2010 yhteensä 38 ja vuonna 2011 yhteensä 23.

Taulukko 15. Puhuttelut ja hoitoonohjaus syyttäjänvirastoissa 2010–2012.

Syyttäjänvirasto	Puhuttelu			Hoitoonohjaus		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Helsinki	4	22	15	2	-	-
Länsi-Uusimaa	-	3	20	-	-	-
Itä-Uusimaa	13	15	21	-	-	-
Kanta-Häme	4	29	3	-	-	-
Salpausselkä	7	3	1	1	-	2
Länsi-Suomi	98	48	89	13	13	12
Pirkanmaa	2	7	11	3	-	-
Pohjanmaa	4	10	15	-	-	-
Keski-Suomi	2	2	-	-	-	-
Itä-Suomi	19	8	14	-	5	1
Oulu	7	7	15	-	-	-
Lappi	1	-	-	19	5	2
Yhteensä	161	154	204	38	23	17

Lähde: Valtakunnansyyttäjänvirasto (2013).

Heini Kainulainen (2009) on tutkinut väitöskirjassaan huumeidenkäyttäjien rikosoikeudellista kontrollia Suomessa. Väitöskirjassa on käsitelty vaihtoehtoisia seuraamuksia, kuten toimenpiteistä luopumista ja syyttämättä jättämistä, ja niihin 2000-luvulla käyttörikosuudistuksen yhteydessä liitettyjä hoitoonohjausta ja puhuttelua. Analyysi osoittaa, että käytössä olevissa prosesseissa ei ole pystytty tekemään kunnollista seuraamusharkintaa. Esimerkiksi huumeiden käyttäjät ovat joutuneet toistuvasti sakotetuiksi rangaistusmääräysmenettelyssä.

Tutkimus osoittaa, että toimenpiteistä luopuminen on ollut vähän käytetty seuraamus, vaikka erityisesti huumauserikoksissa sille olisi erityistä tarvetta. Poliisi on ollut vuosikymmeniä haluton soveltamaan tätä säädöstä, sillä se on pitänyt tärkeänä huumeiden käyttäjien toimintaan puuttumista. Myös syyttäjillä oli sama linjaus 1960–1980-luvuilla. Rangaistukseen tuomitsematta jättäminen oli yleistä tuomioistuinkäytännöissä 1970-luvun alussa, mutta käytäntö ankaroitui muutamassa vuodessa. Toimenpiteistä luopumista uudistettiin 1990-luvulla, jonka jälkeen syyttämättä jättäminen yleistyi. (Kainulainen 2009.)

Huumeiden käyttörikosuudistuksen myötä 2000-luvun alussa seuraamuskäytäntö kiristyi, sillä huumeiden käyttäjien sakottaminen rangaistusmääräysmenettelyssä yleistyi samalla kun syyttämättä jättäminen vähentyi samaan aikaan. Kainulaisen mukaan käyttörikosuudistuksessa ei ole onnistuttu lakia säädettäessä asetetuissa tavoitteissa, sillä toimenpiteistä luopuminen hoitoon hakeutumisen perusteella on erittäin harvinaista. (Kainulainen 2009.)

9.3 Huumeiden käyttö ja päihdetyö vankiloissa

Rikosseuraamusalan asiakkaat muodostavat marginaalisen huono-osaisten ihmisten ryhmän, jonka koulutustausta, sosiaalinen asema, ammatillinen ura ja terveydentila ovat selkeästi heikommat kuin muulla väestöllä. Suuri osa rikoksista tehdään päihdyneenä tai rikoskierteeseen joudutaan päihdeiden käytön rahoittamiseksi. Vankilassa kohdataan niitä, joilla on päihderiippuvuus joka on johtanut varhaiseen syrjäytymiseen. Tämä on synnyttänyt tarpeen yhdistää rikosoikeudelliseen seuraamukseen kuntoutusta, joka vähentää tuomittujen uusintarikollisuusriskiä. Tässä luvussa kuvataan vankila-aikaista huumeiden käyttöä ja vankiloiden päihdetyötä.

Vankila toimintaympäristönä

Suomessa on 26 vankilaa, jotka ovat kooltaan, toimintakulttuuriltaan, rakenteiltaan ja perinteiltään varsin erilaisia, vaikka niitä ohjaava lainsäädäntö onkin sama. Vankila ei ole kuntoutuslainsäädännön tarkoittama kuntoutusorganisaatio, ja päihdehoitolain mukaan kunnan tehtävänä on järjestää päihdeongelmaisen hoito. Vankilan ensisijainen tehtävä ei ole kuntoutus vaan rangaistusten täytäntöönpano. Vankilat ovat usein tekemisissä pitempään yksittäisen päihdeidenkäyttäjän kanssa kuin muut va-

paudessa olevat järjestelmät yhteensä. Siksi vankeusaikaa on maksimaalisesti hyödynnettävä päihdeongelmaisten vankien hoitamiseksi ja tukemiseksi (Havio, Inkinen & Partanen 2009).

Vankila on kuntoutusympäristönä varsin haastava. Varsinkin suljetuissa laitoksissa on vankilan luonteeseen kuuluvia, kuntoutusta haitattavia tekijöitä, kuten vangin itsemääräämisoikeuden vähäisyys ja vankilan varsin ankeat fyysiset puitteet. Vangeilla on omat sisäiset sääntönsä, ja myös ne pitävät yllä rikollista ajattelua ja siihen liittyviä arvoja ja normeja. (Kurki, Kurki-Suutarinen & Taruvuori 2010.

Vankiloiden päihdetyötä ohjaavat Päihdetyön linjaukset vuosille 2012–2016, jossa todetaan, että alalla toteutettavan päihdetyön tulee vastata tarjonnaltaan ja tasoltaan yleistä sosiaali- ja terveysalalla annettavaa päihdehoitoa ja kuntoutusta. Päihdetyö on keskeinen osa rikosseuraamusalan perustyötä ja siihen osallistuu koko henkilöstö. Päihdetyö jakautuu motivointiin, arviointiin sekä palveluohjaukseen, päihdevalvontaan, päihdehoitoon ja -kuntoutukseen. Työnjaosta ja koulutuksesta riippuen henkilökunta osallistuu näihin osa-alueisiin joko tekijänä tai tukijana. Jatkossa vankilan ulkopuolisia työmuotoja pyritään viemään vankiloihin entistä enemmän ja päihdekuntoutuspalveluja tuotetaan vankiloihin ostopalveluna. (Rikosseuraamuslaitos 2012a.)

Vankilassa on mahdollista erilaisten toimintaohjelmien, päihdekuntoutuksen, sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen sekä yksilöllisen tuen avulla vaikuttaa vankien asenteisiin, tunne-elämään, päihteiden käyttöön, kognitiivisiin ja sosiaalisiin taitoihin, sosiaaliseen verkostoon ja sosiaalisiin olosuhteisiin. Toiminnan taustalla on yksi rikosseuraamusalan perusajatuksista eli usko ihmisen mahdollisuudesta muuttua ja kasvaa.

Huumeiden käytön laajuuden arviointi

Rikollisuustilanne on pysynyt viime vuosina melko vakaana ja tilastoitujen rikosten kokonaismäärä on 2000-luvun alkuvuosista hieman vähentynyt lähes kaikissa rikostyypeissä. Vuonna 2012 vangeista 17 % oli tuomittu pääririkoksenaan huumausainerikos, joka on tuomion syistä kolmanneksi yleisin. Huumausainerikoksesta tuomittujen osuus on 2000-luvulla vaihdellut 14 ja 18 prosentin välillä. Ulkomaalaisista vangeista yleisin tuomion syy on huumausainerikos (40 %), kun taas muiden vankien keskuudessa suurin vankiryhmä koostuu pääririkoksena väkivaltarikoksista tuomituista. (Rikosseuraamuslaitos 2012b; 2013a.)

Useimmat vangit ovat itsekkin rikoksen uhreja ja heillä on psyykkisiä ja fyysisiä ongelmia, puutteelliset sosiaaliset taidot sekä muuta väestöä vähäisempi koulutus ja työmarkkinoiden ulkopuolisuus. Huumausainerikoksesta tuomittujen määrät ovat viime vuosina vakiintuneet, mutta pidemmän ajan ennusteita on vaikea tehdä. Huumausaineriippuvaisten vankien määrän ennustetaan lisääntyvän edelleen, vaikka nopeimman kasvun vaihe on takana. (Rikosseuraamuslaitos 2013b.)

Huumausaineiden käyttäjien määrää vankiloissa ei tiedetä tarkasti, mutta sitä pyritään seuraamaan systemaattisesti. Keskeistä huumetilanteen seurannan kannalta on luotettava tilastointijärjestelmä, joka antaa tietoa keskeisistä tunnusluvuista.

Vankila-aikaista huumeiden käyttöä kuvaavia indikaattoreita ovat muun muassa:

- erilaiset vangille tehtävät haastattelut ja kyselyt, tulohaastattelu, riski- ja tarve-arvio sekä erilaiset tutkimukset jne.
- päihteidenkäyttödiagnoosin esiintyvyys (%) vangeilla
- aikaisemmat epikriisit ja hoitohistoria
- päihdetestauksessa saadut tulokset
- vankila-aikaiset vieroitus- ja katkaisuhoidot
- tehtyjen hepatiitti- ja hiv-testien ja positiivisten testitulosten määrä
- tehtyjen B-hepatiittirokotusten määrä
- itsensä päihdyttämisestä annetut tai muut päihteisiin liittyvät kurinpitorangeistukset
- takavarikoidut päihteet ja käyttövälineet
- rangaistusajan suunnitelmien päihdekuntoutustavoitteet ja -kuntoutukseen osallistuminen

Asiakkaiden huumeiden käyttöä arvioidaan monessa eri yhteydessä, kuten muun muassa rangaistusajan suunnitelmaa laadittaessa, mahdollisten vieroitusoireiden havaitsemisessa, rangaistuksenaikaisen mahdollisen päihteiden käytön tunnistamisessa, avolaitoksessa ja koevapaudessa selviytymisen arvioimisessa sekä päihdehoidon ja -kuntoutuksen suunnittelussa sekä ulkopuolisiin päihdepalveluihin ohjaamisessa.

Kesäkuussa 2010 julkaistiin laaja terveystutkimus, jossa on selvitetty sekä vankien että yhdyskuntaseuraamuksia suorittavien terveydentilaa ja päihdeongelmia. Tutkimusaineisto kerättiin vuosina 2005–2006 ja se kattaa tiedot noin 700 rikoksenteikijän fyysisestä ja psyykkisestä terveydentilasta. Tutkimuksen mukaan vangit ja muut rangaistusta suorittavat ovat sairaampia kuin 20 vuotta sitten. Muutos huonompaan koskee erityisesti psyykkisiä sairauksia ja hepatiitteja. Tuomittujen päihdeongelmat ovat yleistyneet rajusti: jokin elämän aikainen päihderiippuvuus oli tämän tutkimuksen mukaan 84 prosentilla miesvangeista. (Joukamaa 2010.)

Suomessa tehtiin joulukuussa 2010 vankilaelämän laatuksely neljässä vankilassa (N=264), jossa muun muassa kysyttiin vankien päihdeongelmasta. Vastanneista 49 % vastasi kyllä ja 51 % oli sitä mieltä, että päihdeongelmaa ei ole. Vangeilta kysyttiin myös päihteiden käyttöä kyseiseen vankilaan tulon jälkeen. Kyselyyn vastanneiden vankien mukaan päihteiden käyttö oli hyvin harvinaista vankeusaikana, sillä vain 1 % kertoi aloittaneensa päihteiden käytön ja 4 % kertoi jatkaneensa sitä entiseen tapaan vankilassaoloaikana. (Linderborg ym. 2012.) Myös Perälän (2011) mukaan osa vankilaan lähtijöistä lopettaa kaupankäynnin ja huumeiden käytön tuomion suorittamisen ajaksi.

Rikosseuraamuslaitoksen laatukselyssä 2013 yhtenä osana oli vangeille lähetettävä kysely, jossa heiltä kysyttiin muun muassa koettua päihdeongelmaa. Aineiston keruun ajankohtana vankiloissa oli kirjoilla 3215 vankia. Heistä kysymykseen koettua päihdeongelmasta vastasi 28 prosenttia kyllä ja 72 prosenttia oli sitä mieltä, että heillä ei ole päihdeongelmaa. (Rikosseuraamuslaitos 2013c.)

Kivivuoren ja Linderborgin (2009) lyhytaikaisvankeja koskevassa tutkimuksessa yli puolet vangeista kertoi käyttäneensä ennen vankilaan tuloa kannabista ja melkein puolet kovia huumeita. Vangeista 42 prosenttia ilmoitti joskus käyttäneensä huumeita suonensisäisesti. Nuorena rikollisen toiminnan aloittaneista 82 % oli käyttänyt huumeita, kun taas harvinaisinta huumeiden käyttö oli aikuisena rikosuran aloittaneiden varttuneiden vankien keskuudessa (23 %). Päihteiden käytön keskimääräinen aloitusikä oli vangeilla selkeästi alhaisempi kuin vertailuryhmässä. Yhdeksän kymmenestä vangista ilmoitti, että päihteiden käytöllä on ollut vaikutusta heidän rikollisiin tekoihinsa. Vangeista neljä viidestä koki päihteiden käytön ainakin joskus ongelmaksi. Vangeista yli kolmannes oli joskus elämässään ollut päihdehuollon laitoksessa, neljännes A-klinikalla ja viidennes vertaistukiryhmässä (kuten AA tai NA). (Kivivuori ja Linderborg 2009.)

Päihdevalvonta osana huumetyötä

Rikosseuraamusalan päihdetyö perustuu päihteiden tarjonnan ja kysynnän vähentämiseen estämällä välittäjien toiminta ja tekemällä siten päihteiden käyttö vankilassa vaikeaksi. Huumeiden käyttöön liittyy vankiloiden kaltaisissa suljetuissa paikoissa muiden haittojen lisäksi velkojen perimistä ja huumerekokseen pakottamista, jonka vuoksi monet vangit haluavat viettää rangaistusaikansa kokonaan muista vangeista eristyksessä (ks. esim. Ruckenstein ja Teppo 2005). Useimmat vangeista myös arvostavat osastojen ja laitosten huumeettomuutta sekä sitä, että tämän turvaamiseksi myös järjestetään huumetestejä (Danielsson ym. 2006; Linderborg ym. 2012.)

Vangilla on oikeus suorittaa vankeusrangaistuksensa päihteettömässä ympäristössä, jossa häntä ei painosteta päihteiden käyttöön. Osastointi mahdollistaa sen, että ohjelmatoiminnoissa mukana olevat vangit sitoutuvat päihteettömyyteen ja voivat asua kuntoutusmyönteisessä ympäristössä. Kokonaisuutena sopimusosastoja on varsin vielä vähän. Joissain vankiloissa ei ole yhtään sopimusosastoa, vaikka seurantatietojen mukaan ongelmia ja merkintöjä kurinpitotilastoihin tulee sitä vähemmän, mitä enemmän vankilassa on päihteettömiä paikkoja (Junninen 2008).

Vankitietojärjestelmään dokumentoidaan kattavasti päihdetestien tulokset. Tämän vuoksi huumetestejä voidaan pitää ensisijaisena tietolähteenä kuvattaessa vankien päihteiden käyttöä vankeusaikana. Päihdetestausjärjestelmä ei kuitenkaan ole aukoton, sillä vankia saadaan Vankeuslain 16 luvun 7 §:n mukaan testata vain käyttöä epäiltäessä tai tiettyjen lupa-asioihin liittyen eli esimerkiksi seulontatarkoituksessa.

Taulukko 16. Otetut virtsa-, veri-, ja sylkitestit / keskivankiluku.

Laitokset			
	2010	2011	2012
Suljetut laitokset	5,1	5,5	5,9
Avolaitokset	9,1	9,4	9,4
Kaikki yhteensä	6,2	6,7	6,9

Vuonna 2012 otettiin kaiken kaikkiaan yhteensä 36 070 päihdetestiä, kun vuonna 2011 testejä otettiin yhteensä 33 090 testiä. Näistä vajaat 2 000 lähetettiin laboratorioon varmistus- ja lisäseulontatestiin, joista vajaasta 1 000 testistä saatiin positiivinen testitulos. Yleisimmät päihdetestissä löydetyt aineet olivat bentsodiatsepiini, buprenorfiini ja amfetamiini.

Obstbaumin, Tynin ja Rynnäsen (2009) tutkimuksen mukaan eri rikoksenteekijät eivät juurikaan eroa positiivisten testitulosten suhteen toisistaan seksuaalirikollisia lukuun ottamatta. Yleisimmin positiivisia testituloksia löytyy niiltä, jotka ovat syylistyneet huumerikokseen, mutta on huomioitava myös se, että usein heitä myös testataan eniten. Bentsodiatsepiinien käyttö on yleistä kaikissa ryhmissä, erityisesti väkivalta ja omaisuusrikollisten ryhmässä.

Taulukko 17. Päihde-ehdoiset kurinpitovirhe- ja rikosilmoitukset vankiloissa vuonna 2011–2012.

	Kurinpitovirhe- ja rikosilmoitusten määrä/ keskivankiluku		Rikosilmoitusten määrä/ keskivankiluku	
	2011	2012	2011	2012
Kaikki laitokset	0,4	0,4	0,06	0,06
Suljetut laitokset	0,3	0,3	0,09	0,08
Avolaitokset	0,6	0,6	0,02	0,02

Kurinpitovirhe- ja rikosilmoituksia, joiden syynä on itsensä päihdyttäminen, esiintyy vuosittain hieman alle 500. Määrä on pysynyt samalla tasolla viime vuosien aikana. Vakavista rikkomuksista, joista tyypillisimpiä ovat huumausainerikokset, karkaamiset ja väkivaltarikokset, tehdään rikosilmoitus poliisille. Vankilan ja poliisin paikallisessa

yhteistyösopimuksessa määritellään tehdyn huumelöydöksen seuraamusmenettely, käsitelläänkö se kurinpitöasiana vankilassa vai siirretäänkö se poliisin tutkittavaksi.

Vuonna 2010 vankiloissa takavarikoitiin vähemmän huumausaineita kuin edellisinä vuosina. Vuoden 2010 aikana takavarikoitu kannabis-, amfetamiini- ja heroini määrä oli yhteensä vajaat 200 grammaa, kun se vuosina 2003–2005 oli noin 600 g vuosittain. Yleisen laskusuunnan voidaan arvioida johtuvan tiukentuneesta valvonnasta (mm. huumekoiratoiminnan vakiintuminen), pähteettömien osastojen lisääntymisestä ja niiden päihdetestauksista. Näiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta kiinnijäämisriski on kasvanut. Avolaitospaikan menettäminen on myös tehokas, ennalta estävä seuraamus kiinnijäämisestä. Vankiloissa liikkuu paljon tunnistamattomia tabletteja, johon esimerkiksi hormonien maahantuonti voi olla yksi syy. Näitä tunnistamattomia aineita haltuunsa saava henkilö ei välttämättä tiedä, mitä ne sisältävät. (Perälä 2011.)

Taulukko 18. Vankiloista löydetty huumausaineet vuosina 2008–2010.

Ainelöydökset	2008	2009	2010
Amfetamiini	191 g	141 g	94 g
Kannabis	85 g	133 g	95 g
Subutex jauheena	-	-	19 g
Subutex tbl	141 kpl	77 kpl	77 kpl
Heroiini	0,2 g	2 g	0 g
Kokaiini	0,98 g	20 g	1,3 g
Hormoni (neste)	-	-	55 ml
Hormonit kpl	2 478 tbl	1 294 tbl	900 tbl
Imeytetyt aineet ja jauheet (postimerkit, kirjeet)	314 kpl	256 kpl	190 kpl
Huumaavat lääkkeet; tabletteja	1 549 kpl	1 766 kpl	1 089 kpl
Muut tunnistamattomat lääkkeet	3 740 kpl	4 165 kpl	4 046 kpl
Huumeruisku		176 kpl	97 kpl
Neula		215 kpl	123 kpl
Piippu		12 kpl	21 kpl
Muu käyttöväline		10 kpl	8 kpl

Lähde: Rikosseuraamusvirasto 2011.

Perälän (2011) mukaan betsodiatsepiinipohjaiset lääkkeet ovat säilyttäneet suosionsa vankilamarkkinoilla vuosien saatossa. Buprenorfiinin suosioon on vaikuttanut muun muassa se, että se mahtuu pieneen tilaan ja huumekoiran on vaikea haistaa sitä hyvin pakattuna. Sillä on myös vankilamarkkinoiden paras tuotto ja se ei näy huumeesteissä kovinkaan pitkään. Amfetamiini on vankiloiden toiseksi suosituin huu-

mausaine. Buprenorfiinin tavoin se vie kuljetettaessa vähän tilaa, eikä sekään näy kovin pitkään huumeesteissä. Se ei kuitenkaan tuota yhtä hyvää voittoa kuin buprenorfiinin ja huumekoira haistaa sen helpommin. (Perälä 2011.)

Systemaattisen valvonnan lisäksi tarkastustoiminnalla pyritään estämään päihteiden esiintyminen vankilassa. Vankien asuintiloja sekä omaisuutta tarkastetaan muun muassa epäiltäessä järjestyserikkomusta. Tarkastuksen toteuttaminen edellyttää aina perusteiden olemassaoloa. Lisäksi tehdään erityistarkastuksia, jossa koko vankila, sen osasto tai muu tila tarkastetaan perusteellisesti. Henkilötarkastus on tarkastusta astetta vakavampaa puuttumista henkilökohtaiseen koskemattomuuteen. Henkilökatsastus merkitsee vakavaa puuttumista yksilön henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja se voidaan suorittaa esimerkiksi silloin kun vangin epäillään kuljettavan tai säilyttävän kehonsa sisällä huumausainetta tai niiden käyttöön tarkoitettuja välineitä ja dopingaineita. (Myhrberg 2007.)

Päihteiden välittämiseen ja muuhun päihderikollisuuteen vankilassa syyllistyneet vangit sijoitetaan häiriöiden estämiseksi erilleen muista vangeista ja heidät ohjataan keskustelemaan päihteiden käytöstään erityishenkilöstön kanssa. Lähtökohta on, että positiivisesta testituloksesta seuraa erilaisten lupien epääminen ja vanki tavallisesti menettää avolaitospaikkansa tai hänen koevapautensa peruutetaan. Mikäli vanki jää tavallisella osastolla kiinni päihteiden käytöstä, hän saa tavallisesti kurinpitorangaisuksen. Jos taas vanki antaa positiivisen näytteen osallistuessaan kuntoutusohjelmaan, hänet siirretään kuntoutusohjelmasta pois ja päihteiden käyttöä käsitellään retkahdustapahtumana, jonka jälkeen vangin on mahdollista palata kuntoutukseen.

Koulutettu koira ja sen ohjaaja on hyvä keino pitää huumeet vankilan muurien ulkopuolella sekä löytää vankiloihin sisälle tuodut huumausaineet. Koulutettuja koiria käytetään sekä tilojen että henkilön tarkastamiseen. Koulutetun koiran käytöllä on myös merkittävä ennaltaehkäisevä vaikutus siihen, ettei vankiloihin salakuljeteta huumausaineita. Vuoden 2011 lopussa vankiloissa oli yhteensä 21 koulutettua koira.

Rikosseuraamusalan terveydenhuoltoyksikön osallistuminen päihdetyöhön

Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikkö vastaa tutkinta- ja vankeusvankien terveydenhuollosta vankeuden aikana. Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa mainitaan rikosseuraamusalaa ja päihdetyötä koskien seuraavia asioita: Vankeusajana selvitetään vankien työkyky, kuntoutustarpeet ja koulutusmahdollisuudet. Lisäksi hallitusohjelmassa mainitaan, että vankien terveydenhuolto siirretään sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston valvontaan sekä kartoitetaan mahdollisuudet ottaa sopimushoitokäytäntö osaksi seuraamusjärjestelmää. (Huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän hallituskauden 2007–2011 loppuraportti.) Oikeusministeriön hallinnonalalla selvitetään parhailaan vankien terveydenhuollon järjestämisen ja rahoittamisen siirtämistä sosiaali- ja terveysministeriölle.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilöstön rooli päihdehoidon toteuttajana on keskeinen osa päihdetyötä. Erityisen merkittävä se on tulotilanteessa, kun vanki tulee siviilistä. Tällöin muun muassa selvitetään katkaisu- ja vieroitushoidon tarve kartoittamalla päihteiden käyttötilanne ennen vankilaan tuloa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toteuttama päihdehoito käsittää päihdesairauksien ja päihdepsykiatrisen hoidon sekä opioidiriippuvuuden korvaushoidon. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilöstö ei juuri osallistu varsinaisen vankila-aikaisen päihdekuntoutuksen toteutukseen, sillä siitä vastaa vankiloiden erityishenkilöstö, kuten päihdetyöhön palkatut ohjaajat, psykologit ja sosiaalityöntekijät.

Tartuntatautiin vastustamistyö vankiloissa on tartuntatautilain (583/1986) mukaan valtion velvollisuus. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tehtäviin kuuluu huolehtia siitä, että vangit saavat tarvittavia ohjeita erityisesti veri- ja seksiteitse tarttuvilta taudeilta suojautumiseksi ja mahdollisen leviämisen ehkäisemiseksi. Tartuntatauteja torjutaan vankiloissa terveystieteiden tutkimuskeskuksella ja varmistamalla suojautumismahdollisuudet. Jokaiselle vangille jaettavassa hygieniapakkauksessa on ohjeet kondomin käytöstä sekä pistosvälineiden puhdistamisesta ja hävittämisestä, samoin kuin henkilökohtaiset desinfektio- ja puhdistusvälineet.

Suomessa vankiloissa ei jaeta tai vaihdeta neuloja ruisku- ja huumeiden käyttäjille. Vankilan poliklinikalta on mahdollisuus saada ruisku- ja huumeiden käyttövälineiden puhdistamiseen soveltuvaa desinfiointiaainetta ja kondomeja. Desinfiointiaainetta tulisi olla myös saatavilla vankilan yleisissä tiloissa anonyymisti. Käytännössä vangit eivät kuitenkaan käytä vankilan osastolla olevaa desinfiointipistettä käyttövälineiden puhdistusta varten, koska ajattelevat henkilökunnan seuraavan sitä (MacDonald ym. 2007; Perälä 2011).

Vankilasta vapautumiseen liittyy erityisiä riskejä, sillä pakollinen päihteistä erossa olo tai aineen saatavuuden väheneminen aiheuttaa yliannostusriskiä ja kuolemia (Havio, Inkilä, Partanen 2008). Rikosseuraamuslaitoksen päihdetyön linjausten mukaan (2012) kaikille huumeongelmallisille vangeille tulee kertoa vapauttamisvaiheessa puhtaiden käyttövälineiden tärkeydestä sekä yliannostuksen riskistä.

Vangeille suositellaan A-, B- ja C-hepatiittitutkimuksia sekä tarvittaessa rokotuksia. Tartuntatautilain tilannetta seurataan huolellisesti yhdessä ulkopuolisten tahojen kanssa, ja mikäli arvioidaan riski tartunnan leviämiseksi neulojen ja ruiskujen yhteiskäytön kanssa, niin tällöin pyritään reagoimaan tilanteeseen nopeasti infektioiden leviämisen ehkäisemiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (33/2008) mukaisella opioidiriippuvuuden korvaushoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita. Opioidiriippuvuuden hoidon tarve voidaan asetuksen mukaan arvioida, aloittaa ja toteuttaa myös Rikosseuraamuslaitoksen terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Aloituksia ja arviointeja ei ole juurikaan tehty, mutta jo siviilissä aloitettuja hoitoja on jatkettu, ja kerrallaan vankiloissa on keskimäärin 50–70 korvaushoidossa olevaa vankia. Rikosseuraamuslaitoksen päihdetyön linjauksissa

(2012) mainitaan, että Rikosseuraamusalalle luodaan korvaushoidon tarpeen arviointi- ja hoidon aloitusprosessi, jossa määritellään muun muassa korvaushoidon aloittamisen edellytykset, hoitojen aloittamispaikka korvauslääkkeittäin sekä yhteistyö siviilihoitopaikkojen kanssa.

Jos esimerkiksi opioidiriippuvaisten korvaushoidon arviointi on kesken ennen täytäntöönpanon alkua, voidaan täytäntöönpanoon myöntää lykkäystä. Lykkäystä voi hakea myös C-hepatiitin interferonihoidon aloituksen vuoksi. Interferonihoidoa ei vankiloissa aloiteta, vaan se toteutetaan vangin omassa sairaanhoitopiirissä vasta vapautumisen jälkeen. Tämä koskee myös elinkautisvankeja ja siten vangin perustuslaissa turvattu oikeus riittäviin terveyspalveluihin jää toteutumatta (Suhonen 2010).

Vankeusrangaistuksen aikainen arviointi ja huume kuntoutus

Terveydenhuollon työntekijät arvioivat päihdeongelman vakavuutta vankilaan tulotilanteessa. Tulo-haastattelun tuloste sekä muita vangin terveydentilaa koskevia tietoja voidaan vangin kirjallisella suostumuksella luovuttaa muille toimintayksiköille. Arviointikeskus arvioi rangaistusajan suunnitelmaa laatiessaan vangin päihdekuntoutuksen tarpeen ja päihdeongelman vakavuuden ja ottaa ne huomioon rangaistusajan suunnitelmaa ja sijoituspäätöstä tehtäessä. Rangaistusajan suunnitelmaa laadittaessa selvitetään myös, mitä muita ongelmia vangilla on, johon vankila-aikana tulisi kiinnittää huomiota. Vankien päihdekuntoutustarve ja motivaatio selvitetään yksilökohtaisesti vankilassa motivoivan päihdehaastattelun, ohjauksen ja neuvonnan keinoin.

Päihteen käyttöä kartoitettaessa selvitetään, onko asiakas samaa mieltä päihdeongelmaan puuttumisen tarpeellisuudesta ja haluaako hän osallistua päihdekuntoutukseen. Kartoituksen yhteydessä voidaan tarvittaessa antaa terveysneuvontaa sekä pohtia missä määrin päihdeongelma on kietoutunut muihin mielenterveys-, ihmishuuhde- tai perheongelmiin. Arvioinnissa kartoitetaan myös asiakkaan voimavarat (vahvat puolet, tukimahdollisuudet), jotka auttavat selviämään päihdeongelmasta.

Vankiloiden päihdekuntoutus käsittää päihdekuntoutuksen tarpeen arvioinnin, neuvonnan päihdekuntoutuksen mahdollisuudesta, motivoinnin päihdekuntoutuksen, retkahdushoidon, intensiteetiltään eri syvyiset ryhmämuotoiset päihdekuntoutusohjelmat, yksilötyön, sijoittumismahdollisuuden ulkopuoliseen päihdehoitolaitokseen, valmentautumisen vapauteen ja verkostotyön vapauden aikaisiin palveluihin.

Vankiloiden henkilökunnan käyttämät motivointi- ja vaikuttavuusohjelmat hyväksytään aina akkreditointimenettelyssä. Ensisijaisesti pyritään suosimaan kansainvälisiä ohjelmia, joista on tutkimusnäyttöä. Ryhmämuotoisen ohjelmatoiminnan lisäksi käytetään yksilökeskusteluja niiden vankien kanssa, jotka eivät sovellu ryhmämuotoiseen toimintaan, jolloin heille tarjotaan mahdollisuus ajanvarauksella keskustella päihteen käyttöön liittyvistä asioista. Yksilökeskustelut ovat usein myös osa monien ryhmämuotoisten päihdeohjelmien jatkohoitoa. Vankilassa ko-

koontuvat vertaisryhmät (NA- ja AA-ryhmät) sekä KRIS-Suomi ovat tärkeä osa päihdeettömyyden tukemisessa. Vankila-ajan irrallisuuden sijasta on välttämätöntä korostaa yhteyksien säilyttämistä ulospäin ja vankilan ulkopuolella olevien palvelujen saavutettavuutta myös vankilassaoloaikana.

Taulukko 19. Vankiloiden kuntoutusohjelmiin osallistuneiden määrät 2008–2012.

Vankiloiden kuntoutusohjelmiin osallistuneiden määrät	2008	2009	2010	2011	2012
Akkreditoituun uusintarikollisuuteen vaikuttavaan toimintaan osallistuneet	262	288	313	424	406
Akkreditoituun päihdekuntoutusohjelmaan osallistuneet	636	444	440	355	311
Yhteensä	898	732	753	779	717

Huumeiden käyttöön liittyy terveysuhkien ohella runsaasti sosiaalisia vaikeuksia, joiden käsittelyyn tarvitaan yhteistyötä eri toimijatahojen kanssa. Kumppanuuksien hyödyntäminen ja kehittäminen sekä verkostoituminen kuntien, kolmannen sektorin ja muiden toimijoiden kanssa tulevat korostumaan entistä enemmän. Rikoksen tekijän lähipiiriin, erityisesti perheen ja lasten, hyvinvointiin on kiinnitettävä huomiota. Päihdeongelmaisen kohtaamisessa ja haittojen ehkäisyssä tarvitaan ennakkoluulotonta, neutraalia ja tuomitsematonta otetta. Rikosseuraamusalan päihdetyö edellyttää tiivistä yhteistyötä terveydenhoidon, päihdehuollon, sosiaalitoimen ja poliisin kanssa.

Tavoitteena on, että vangilla ja asiakkaalla ovat mahdollisuudet osallistua vaiheensa mukaisesti ajallisesti etenevään ja aukottomaan päihdekuntoutusprosessiin rangaistuksen täytäntöönpanon aikana. Tutkintavangit ovat usein varsin haavoittuvassa ja muutosalttiissa elämänvaiheessa ja he saattavat olla etsimässä ulospääsyä ongelmistaan sekä rikollisesta elämäntavasta.

9.4 Vankilasta vapautuvien huumeiden käyttäjien sopeuttaminen

Laitosaikaisen kuntoutuksen tulisi edetä informointi- ja motiivointivaiheesta varsinaiseen päihdekuntoutukseen osallistumiseen. Vankeusprosessi etenee suljetusta olosuhteista kohti vapaampia olosuhteita. Hyvissä ajoin ennen valvottua koevapautta, ehdonalaiseen vapauteen päästämistä tai koko rangaistusta suorittavan päästämistä valvottuun koevapauteen on yhteistyössä vangin kanssa valmisteltava vapauttamissuunnitelma. Laitoksista oli vuonna 2012 vapautunut 1609 vankia, joista vain noin puolelle oli vapauttamissuunnitelma tehty. Verkostotyönä vapauttamissuunnitelma oli tehty vain noin kolmasosalle.

Siltana vankilan ja vapauden välillä ovat uudet seuraamusmuodot, valvottu koevapaus ja valvontarangaistus, jotka suoritetaan vapaudessa, mutta valvottuna ja päihdeettömänä. Vuonna 2012 valvottuun koevapauteen sijoitettiin 544 vankia, mikä oli yli viisinkertainen määrä vuoteen 2007 verrattuna. Kokemusten mukaan koevapaus

on hyvä keino vähentää vankilasta vapautumiseen liittyviä riskitekijöitä, kuten retkahtamista päihteiden käyttöön ja siitä usein alkavaa rikoskierteen uusimista. (Möhell 2009.) Sähköisesti valvottavaa valvontarangaistusta koskeva laki (330/2011) tuli voimaan 1.11.2011. Valvontarangaistusta suoritti 1.5.2013 yhteensä 45 vankia. Valvontarangaistukseen tuomitun on noudatettava hänelle määrättyä päiväohjelmaa ja liikkumisvapauden rajoituksia. Häneltä edellytetään myös ehdotonta päihdeettömyyttä, jota valvotaan testein. Ihanteellisessa tilanteessa seuraamuksen täytäntöönpanossa korostuu kuntoutuksellinen ja yhteiskuntaan integroiva, toimintakykyä lisäävä toiminta. (KRITS 2013)

Vankilaloissa saavutettu päihdeettömyys ei riitä turvaamaan päihdeongelman pysymistä hallinnassa vapautumisen jälkeen ilman ulkoisia tukitoimia vapaudessa. Vapauttamis- ja valvontasuunnitelma tulee vankeuslain mukaan valmistella yhteistyössä vangin koti- tai asuinkunnan sekä muiden viranomaisten kanssa, jotta vankilassa aloitetut toiminnat – erityisesti päihdehuolto – voisivat jatkua katkeamatta myös vapautumisen jälkeen. Kuntien valmius ja sitoutuminen tähän työhön vaihtelee. Lainsäädäntö kuitenkin velvoittaa kunnat järjestämään sosiaali- ja terveystalut asukkailleen. (Rikosseuraamuslaitos 2012a, KRITS 2013).

Vapautuneiden vankien yhteiskuntaan sopeuttamisessa työskentelee monia järjestötoimijoita (NGO), jotka kuntien sosiaali- ja terveyshuollon ohella ohjaavat päihdeongelmaisia päihdehuollon erityispalveluihin (mm. A-klinikat, nuorisoasemat, katkaisuhuoltoyksiköt, kuntoutuslaitokset ja Järvenpään sosiaalisairaala) ja vertais-toimintaan (AA-, NA-, A-Kilta, KRIS) matalan kynnyksen tapaamispaikkoineen. Kaikki järjestötoimijat eivät hyväksy korvauslääkitystä. Kriminaalihuollon tukisäätiö on valtakunnallinen asiantuntijaorganisaatio ja jälkihuollon palveluntuottaja, joka monissa hankkeissaan yhdistää rikosseuraamusalan, kuntasektorin ja järjestöjen resursseja, on tuottanut mm. huumehaittojen vähentämiseen tarkoitettua Tervevankikurssin ohjaajakoulutukseen ja ylläpitää tukiasuntoja erityisesti valvotussa koevapaudessa oleville vangeille. (KRITS 2013)

Etelä-Suomen rikosseuraamusalueen ja Helsingin sosiaaliviraston yhteistyönä toteutetaan päihde-ongelmaisten vankien kuntouttavaa vankityötä (Kuva), joka alkaa avovankilaan siirryttäessä ja jatkuu samojen toimijoiden kanssa kuin vankeusaikanakin. Ohjelmaan valitut vangit osallistuvat kaupungin työhönkuntoutukseen ja A-klinikoiden päihdehoidon terapeuttiseen avokuntoutukseen. Kriminaalihuollon tukisäätiön ja Sillanpirtin yhteistyönä toteuttama Palveluohjausta järjestöyhteistyönä vapautuville -hanke (TUVAT) vastaa Sillanpirtin kuusipaikkaisella osastolla vankien vapautumisen asumis- ja valmennuspalveluista. Vahvasti tukien -hanke kehittää VAHVAT-kuntoutusohjelmaa vapautuville päihdeongelmallisille vangeille pääkaupunkiseudulla. Kuntoutus hankkeessa tapahtuu avomuotoisesti pienryhmässä Helsingissä. Kriminaalihuollon tukisäätiön (KRIS) Portti vapautteen -verkkopalvelu on tarkoitettu rangaistuille ja heidän läheisilleen sekä heidän kanssaan työskenteleville ammattilaisille kunnissa, valtiolla ja kolmannella sektorilla. Vuonna 2012 sivustoilla oli noin 90 000 kävijää. (KRITS 2013)

10 Huumemarkkinat

Kansainvälistyminen on vaikuttanut myös huumerikollisuuteen. Suuret ja törkeät huumausainerikosjutut ovat yleisesti ammattimaisia ja vahvasti järjestäytyneiden rikollisryhmien hallussa. Kansainvälisestä kehityksestä huolimatta Suomi ei kuitenkaan ole maailman huumekaupan tärkeimpiä kohteita syrjäisen sijaintinsa ja vähälukuisen väestöpohjansa takia. Huumausainetilanteeseen vaikuttaa myös poliisin korruptoitumattomuus ja yhteiskuntajärjestelmä, joka pyrkii järjestäytyneen rikollisuuden kitkemiseen. (Perälä 2011.)

Suomessa vallitsevan huumausaineiden tarjonnan kannalta virolaisten järjestäytyneiden rikollisryhmien rooli on ollut merkittävä, 2000-luvun alkupuolella erityisesti huumausaineiden salakuljetuksessa ja maahantuonnissa ja sittemmin suomalaisten rikollisryhmien yhteistyökumppaneina ja aine-erien toimittajina suomalaisrikollisten välitettäväksi ja jaeltavaksi. Virolaisrikollisten rooli rajat ylittävässä huumausainerikollisuudessa pysyy Suomen kannalta merkittävänä, mutta suomalaisten ja muunmaalaisten rikollisten toiminta huumekaupassa on laajentunut entisestään. Huumeita Suomeen tuovien ulkomaalaistoimijoiden joukko on monipuolistunut ja etenkin Liettuan merkitys myös Suomen huumausainekaupassa on selvästi voimistunut viime vuosina. (KRP 2013.)

Huumausainemarkkinat näyttäytyvät toisaalta organisoiduilta ja ammattimaisilta. Toisaalta huumemarkkinat koostuvat erilaisista ”tasoista”, joissa ylemmän tason maahantuojat ja tukkurit, keskitason välittäjät ja alemman tason myyjät toimivat eri tavoin. Tutkimuksen tulosten mukaan Helsingin huumekauppa niin ylemmästä toimijasta alempaan toimijaan asti ei aina näyttäyty kovinkaan rationaalisenä toimintana. Toiminnassa kyse on enemmän päihderiippuvuudesta tai riippuvuuksista ja muista ongelmista kuin järjestelmällisyydestä. (Perälä 2011.)⁴⁵

Suomen huumausainemarkkinoilla esiintyy ennen kaikkea kannabistuotteita, erityisesti kotiviljeltyä marihuanaa sekä hasista, amfetamiinia, ekstaasia ja muita synteettisiä huumausaineita, korvaushoitovalmiste Subutexia sekä runsaasti huumausaineksi luokiteltuja lääkevalmisteita, etenkin bentsodiatsepiinilääkevalmisteita. Marihuanan, kannabiskasvien ja hasiksen takavarikot ovat 2000-luvulla lisääntyneet. Tämä kertoo melko pienimuotoisen, mutta osittain myös myyntiin suunnatun viljelyn yleistymisestä. Hasista salakuljetetaan Keski-Euroopasta Suomen kautta Venä-

⁴⁵ Tutkimuksen pääasiallisena aineistona on etnografinen kenttätyö sekä sen ohessa tehdyt havainnot ja haastattelut. Aineistona on myös viranomaishaastatteluja sekä esitutkintapöytäkirjoja törkeistä huumausainerikoksista. Tutkimuksen näkökulma on konstruktionistinen, jonka mukaan todellisuutta rakennetaan kielellisesti. Näin ollen ihmisellä on puheessaan erilaisia käsityksiä todellisuudesta.

jälle, mikä selittää takavarikoidun hasiksen suurta määrää viime vuosina. Erilaisia muuntohuumeita tavataan yhä enenevässä määrin Suomessa. Kokaiini on yleistynyt Suomessa viimeisen 10 vuoden aikana, mutta se on edelleen markkinoilla melko marginaalinen huumausaine. Heroiinia on Suomen huumausainemarkkinoilla esiintynyt edelleen vähän. Subutexin käyttö huumausaineena sen sijaan on Suomessa edelleen runsasta. (KRP 2013.)

10.1 Huumeiden saatavuus ja tarjonta

Suomessa ei ole varsinaisia avoimia huumemarkkinoita, joita tavataan joissakin Euroopan suurkaupungeissa, vaan valtaosa kannabiksen laittomien huumausaineiden myynnistä ja käytöstä tapahtuu yksityisasunnoissa (Kinnunen 2008). Kannabiksen kotikasvatus on lisääntynyt Suomessa huomattavasti, mikä näkyy myös takavarikkoluissa. Vuoteen 2007 verraten takavarikoitujen kannabiskasvien määrä on yli kaksinkertaistunut, mikä johtunee kasvatuksen suosion lisääntymisestä ja siementen internethankinnan helpoudesta sekä myös siitä, että viranomaiset paljastavat kasvatusta nykyään entistä tehokkaammin. Vaikka kasvatus on pääosin pienimuotoista, siinä on yhä enemmän ammattimaisuuden piirteitä. Suomessa on paljastunut muutama asiantuntevasti toteutettu yli 500 kasvin kasvattamo. Kuten muuallakin Euroopassa, rikolliset moottoripyöräjengit ovat ryhtyneet viljelemään kannabista myös Suomessa. (KRP 2013.)

Kannabiksen kotikasvatustapauksissa on Suomessa yleensä kyse pienistä omaan käyttöön tarkoitetuista, enintään 20 kasvin viljelmistä. Vuosina 2002–2003 viidessä suurimmassa käräjäoikeudessa annetuissa huumetuomioissa rikoksen kohteena oli keskimäärin 11 kasvia mediaanin ollessa kuusi kasvia. Enimmillään kasveja oli 130. (Kainulainen 2006; 2011.) Myös kannabiksen kotikasvattajien keskuudessa tehdyn tutkimuksen mukaan ylivoimainen enemmistö vastaajista kasvatti kerrallaan 1–5 kasvia. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että kotimaisen tuotannon merkitys on lisääntynyt ja marihuana on ohittanut hasiksen suosituimpana kannabistuotteena. Hankintatapana itse kasvatettu tai tutun kasvattajan kautta hankittu marihuana on ohittanut markkinoilta oston. (Hakkarainen ym. 2011a.)

Useimmiten kasvattajat tilaavat siemenet (kemiallisesti käsiteltyjä siemeniä, joista kehittyä pistokkaita tuottavia emikasveja) internetin välityksellä tai saavat niitä tutuiltaan tai viljelmästään. Internetistä löytyy myös seikkaperäisiä kasvatusohjeita. Viljelyä tukee lisäksi viljelyssä tarvittavien välineiden sinänsä laillinen myynti eräissä kasvattajien suosimissa liikkeissä. Kasvatustapauksia paljastuu kaikkialla Suomessa, erityisesti suurissa kaupungeissa. Korkealaatuisesta lajikkeesta ja suotuisissa olosuhteissa kasvatetun kannabiskasvin kukinnan THC-pitoisuus voi kohota yli 10 prosenttiin. Katukaupassa kannabiskasvin kukka on arvokkaampaa kuin huonolaatuinen hasis. (KRP 2013.)

Erityisesti Suomen markkinoille suunnattuja verkkosivustoja, joilla kaupataan huumeiden kaltaisia aineita, ei ole havaittu. Kannabiskasvien siemeniä, lääkkeitä,

muuntohuumeita ja GBL:ää tilataan kuitenkin enenevästi ulkomailta internetin kautta yleensä omaan käyttöön tarkoitettuja pieniä määriä. Etenkin GBL:ää eli lakkaa⁴⁶ tilataan Suomeen internetin kautta posti- ja pikarahtilähetyksinä muun muassa Hollannista, Iso-Britanniasta ja Puolasta, mutta sitä tuodaan myös Viron kautta Saksasta. Aineita kauppaavat ulkomaiset yritykset kertovat kotisivuillaan selvästi, että aine on 100-prosenttista GBL:ää, joka muuttuu elimistössä GHB:ksi eli gammaksi. Aineet lähetetään tilaajille muovipulloissa, joihin liimattujen etikettien mukaan pullojen väitetään sisältävän esimerkiksi puhdistusaineita. Omaan käyttöön tarkoitettuja muuntohuume-eriä tilataan myös pääasiassa internetin välityksellä, mikä näkyy postirahdissa muuntohuumeita sisältävien postipakettien määrän huomattavana kasvuna. (KRP 2013.)

Maahantuonti ja huumemarkkinat

Huumausainerikollisuudella on vahvat kansainväliset kytkennät. 24–35 prosenttia törkeistä huumausainerikoksista Suomessa epäillyistä henkilöistä on ollut viime vuosina ulkomaalaisia. Suurimpina ryhminä ulkomaalaisten joukossa ovat olleet virolaiset ja venäläiset/vironvenäläiset epäillyt. Suomen markkinoilla ulkomaalaiset toimivat maahantuojina ja salakuljettajina, ja suomalaiset rikoksenteikijät huolehtivat yleensä huumeiden vastaanottamisesta ja jakelusta. Muutaman edellisvuoden tapaan myös vuonna 2012 ulkomaalaisten osuus kaikista huumausainerikoksista epäillyistä oli 7,5 prosenttia. (KRP 2013; Tilastokeskus 2013.)

Huumeita tuodaan maateitse henkilö-, paketti- ja kuorma-autoissa. Kuriirit salakuljettavat huumeita Suomeen vaatteisiin ja matkatavaroihin kätkeytyinä sekä enenevässä määrin myös kehonsisäisesti. Lisäksi huumeita tuodaan Suomeen vesireitteillä ja pitkin rahtilaivoissa, pika-aluksissa ja huvipursissa. Huumeita tuodaan myös ilmateitse. Turistiliikenteessä ilmaitse tuotujen suurten huumausaine-erien määrä on vähentynyt, sillä sekä henkilöiden että matkatavaroiden turvatoimet ovat tiukentuneet. Suurempia lasteja tulee maahan lentorahdin ja pikarahtiyhtiöiden kautta. Huumeet vaihtavat nykyään useimmin omistajaa maastokätköjen avulla, jolloin aine piilotetaan maastoon ja sen piilopaikasta piirretään kartta tai sen sijainti tallennetaan gps-koordinaatein. Kätköpaikkakartat ovat rikollismarkkinoiden kauppatarvaa. (KRP 2013; Perälä 2011.)

Suurin osa huumausaineista tulee Suomen markkinoille hyvin vaihtelevia reittejä etenkin etelästä ja lännestä. Poliisiin mukaan pääosa Suomen markkinoilla esiintyvistä amfetamiinista on nykyään lähtöisin Länsi-Euroopasta, josta sitä salakuljetaan muun muassa Viron tai Liettuan kautta Suomeen. Amfetamiinia ja metamfetamiinia valmistetaan nykyisin myös Liettuassa, josta etenkin virolaiset välittäjät tuo-

⁴⁶ Lakka eli gammabutyrolaktoni on lääkelain piirin kuuluva tuote, jota käytetään puhdistusaineena ja teollisuuskemikaalina.

vat sitä Suomen markkinoille. Amfetamiinien maahantuonti on nykyisin varsin suurimittaista ja suunnitelmallista. Tyypillisesti virolaiset rikolliset piilottavat amfetamiinit maastokätköihin, suomalaiset rikolliset ostavat kartan maastokätköstä ja hakevat tuotteet sen perusteella. (KRP 2013.)

Venäjällä huumausaineiden käyttötavat ovat länsimaistumassa ja erityisesti amfetamiinin, ekstaasin, hasiksen ja kokaiinin käyttö kasvaa. Valvonnan tehostuminen heroisiin kuljetusreiteillä sekä 3-metyylifentanyylistä aiheutuneet yliannostuskuolemat ovat johtaneet siihen, että heroisiin tilalle on Venäjällä tullut halvempia ja helpommin saatavia huumausaineita. Myös synteettiset huumeet ovat syrjäyttäneet heroimia Venäjällä, ja amfetamiinin kysynnän voimakkaan kasvun seurauksena Pietarin alueelle on viime aikoina syntynyt runsaasti laittomia amfetamiinilaboratorioita. Amfetamiinia valmistetaan eri lähtöaineista, joita on vapaasti ostettavissa, ja markkinoilla olevien amfetamiinien laatu on erittäin kirjava. Lisääntynyt amfetamiinin valmistus Venäjällä vaikuttaa jossain määrin myös Suomen huumausainemarkkinoihin. Kansainvälisen amfetamiinivertailun perusteella Venäjän markkinoilla tavattua amfetamiinia on jo todettu sekä Virossa että Suomessa. (KRP 2013.)

Hasista tuodaan Suomeen Marokosta Espanjan, Alankomaiden tai Saksan kautta sekä edelleen joko meriteitse tai Pohjoismaiden tai Baltian maiden kautta. Hasiksen salakuljetus Keski-Euroopasta Suomen kautta Venäjälle on lisääntynyt. Myös hasiksen kehonsisäinen salakuljetus on lisääntynyt. Tullin rikostutkinnassa on todettu, että myös khatin salakuljetus on organisoitua toimintaa, jossa liikkuu suuria määriä rahaa. Suurin osa khat-takavarikoista tehtiin lentomatkestajilta, mutta myös lentopostin ja pikakuriiriyriytysten käyttö on vuosittain lisääntynyt. Khatia salakuljetetaan Suomeen myös rahtiliikennettä hyväksi käyttäen lailliseen lastiin kätkeytynä mm. kylmäkuljetusrahdiissa. (KRP 2013.)

Venäjällä on ollut salakuljetusreittinä merkitystä erityisesti heroisiin osalta, mutta heroimia tuodaan Suomeen myös muita reittejä. Hoitopalvelujen saatavuuden vaikeus ja Subutexin tarjonnan heikentyminen laittomilla markkinoilla voivat nostaa heroisiin kysyntää Suomessa. Suomea voidaan myös käyttää reittinä heroisiin kansainvälisessä salakuljetuksessa Venäjän suunnasta muualle Eurooppaan. Myös huumausaineiden salakuljetuksen uhka Pohjoismaiden, myös Suomen, kautta Venäjälle on syytä ottaa huomioon, sillä EU:n koillisosan läpi salakuljetetaan huumausaineita etenkin Venäjälle, esimerkiksi kokaiinin kansainvälisessä salakuljetuksessa aktiivisten liettualaisten rikollisryhmien toimesta. Myös muuntohuumeiden mahdolliseen salakuljetukseen Suomen kautta Venäjälle on syytä kiinnittää erityistä huomiota. (KRP 2013.)

Helsingin huumemarkkinoista tehdyn tutkimuksen mukaan toiminnan kuvataan toimivan eri tasoilla. Toimijat ja toiminta on kullakin tasolla erilaista, vaikka tasot voivat sekoittautuakin. Ylimmän tason toimijat onnistuvat muita tasoja paremmin välttelemään kiinni jäämistä. Keskitasolla olevia toimijoita on jo huomattavasti enemmän kuin ylemmällä tasolla. Keskitason myyjä toimii useimmiten pienen kave-

ripiirinsä kanssa. Kaveripiiri koostuu muutamasta luotetusta henkilöstä. Näillä toimijoilla ei kuitenkaan ole niin paljoa statusta tai teknisiä taitoja kuin ylemmän tason toimijoilla. He käyttävät ylempää tasoa enemmän ja hallitsemattomin omia myyntituotteitaan. Huumemarkkinoiden keskitasolla toimivat katsotaan silti niin ulkomailla kuin Helsingissäkin huumemarkkinoiden tärkeimmiksi henkilöiksi koska heidän kauttaan ylempi taso saa voitot huumeista. (Perälä 2011.)

Alimmalla tasolla toimivat grammadiilerit ja käyttäjät. Erää saatetaan myydä eteenpäin gramma tai pilleri tai ”vedot” kerrallaan. Alemmalla tasolla toimivista ihmisistä kaikki käyttävät myymäänsä huumetta, myyntitoiminta on pienimuotoista ja toimijoita on huomattavasti enemmän kuin ylemmillä tasoilla. Toiminta on usein varsin raadollista. Aineiden käyttö tuo järjestelmän toimintaan epävarmuutta ja vähentää toimijoiden keskinäistä luottamusta. Näin arjesta tulee kaootista, kun puhutut sopimukset eivät pidä käytännössä. Viranomaisten kontrollitaktiikat sen sijaan ovat tehokkaita ja tämä järjestelmä puolestaan toimii erittäin hyvin. (Perälä 2011.)

Huumelääkkeiden salakuljetus

Huumaavien lääkevalmisteiden huumeikäyttö on suomalaisten päihderiippuvaisten keskuudessa hyvin yleistä. Huumaavien lääkevalmisteiden hankinnassa hyödynnetään etenkin lääkejakelun keskitetyn valvonnan puutetta: lääkemääräyksiä haetaan lukuisilta eri lääkäreiltä ja aineita päätyy sekä laittomille markkinoille että omaan päihdekäyttöön. Lisäksi lääkkeitä hankitaan ulkomailla, useimmiten tilaamalla niitä verkkokauppojen kautta eri puolilta maailmaa. Yli 90 prosenttia lääkkeistä tulee postitse, eniten niitä on takavarikoitu Iso-Britannian, Intian, Thaimaan ja Turkin postiliikenteestä. Schengen-laajentuminen on vahvistanut salakuljetuksen merkitystä huumaavien lääkevalmisteiden laittomilla markkinoilla ja salakuljetus etenkin Baltiasta on lisääntynyt. Laillisen huumelääketurismin loppumisen myötä lääkkeiden kehonsisäinen salakuljetus on lisääntynyt Viron liikenteessä. Viroon suuntautuva huumelääketurismi on muutenkin vilkasta, Virosta tuodaan paljon bentsodiatsepiineja, useimmiten laivamatkustajien mukana. Nykyään myös Kaukoitään suuntautuva lääketurismi on yleistynyt ja huumelääkkeitä tuodaan usein lentomatkustajien mukana esimerkiksi Thaimaasta. (KRP 2013; Tulli 2012.)

Subutexin hankintareitit ovat uudistuneet Viron ja Latvian liittyttyä Schengen-alueeseen. Subutexia salakuljetetaan nykyään usein Ranskasta pohjoista reittiä Ruotsin kautta Suomeen. Ruotsissa ja Norjassa buprenorfiini on saanut aiempaa enemmän jalansijaa, ja salakuljetus näistä maista Suomeen on lisääntynyt. Tästä ovat osoituksena Suomeen matkalla olleiden suurten Subutex-erien takavarikot Ruotsissa. Pohjois-Suomen osuus Subutexin markkina-alueena on kasvanut huomattavan paljon ja Subutexista on tullut ongelma myös Suomen pohjoisosissa. Hankintalähteeksi on nousemassa myös Schengen-alueen ulkopuolinen Iso-Britannia ja Subutexia saa reseptilääkkeenä myös Liettuasta. Subutexin valmistuksen mahdollinen siirtyminen Kaukoitään lisäänee erityisesti verkkokauppaa. (KRP 2013.)

Huumevalmistamot

Huumausaineiden valmistusprosessissa tarvittavien lähtöaineiden kauppa rajojen yli liittyy usein lailliseen liiketoimintaan, mutta osa kemikaalien laillisesta kuljetuksesta voi päätyä huumausaineiden valmistukseen Suomen lähialueille. Suomen sijainti on lähtöainekaupan kannalta hyvin riskialtis: laittomia huumelaboratorioita on runsaslukuisesti niin Venäjällä kuin kaikissa Baltian maissakin ja kaikkien näiden maiden kanssa Suomella on kemian alan kauppaa tai lähtöaineiden kauttakuljetuksia. Suomessa ei ole tehty huomattavia lähtöainetakavarikoita. Lähtöainetakavarikoilla voidaan tehokkaasti ehkäistä ja hankaloittaa huumausaineiden tuotantoa. (KRP 2013.) Tulli ja poliisi ovat vuonna 2012 takavarikoineet efedriiniä tablettimuodossa. (KRP 2013; Tulli 2012.)

10.2 Huumausainetakavarikot

Takavarikkotietojen valossa tilanne Suomen huumausainemarkkinoilla näyttää melko vakaalta. Kannabiksen kasvatusta ja huumelääkkeitä koskevat rikosjutut ovat vuoden 2012 aikana edelleen pysyneet aiemmalla tasolla tai kiloissa mitaten jopa nousseet. Muuntohuumelöydösten, erilaisten muuntohuumeiden ja huumaavien rohdosten lukumäärä on myös kasvanut edelleen ja muuntohuumeiden verkkotilauksen yleistymisen on näkynyt etenkin Tullin työssä. Vuonna 2012 Tullissa tavattiin 108 erilaista muuntohuumetta, joista 43 oli täysin uusia aineita. Erilaisia huumaavia rohdoksia löydettiin 13 eri lajia, yhteensä 148 näytettä. Huumausainemarkkinoilla esiintyy eniten lakkaa, synteettisiä kannabinoideja, metylonia ja metiopropamiinia. Muuntohuumeista luokiteltiin huumausaineiksi uudella lailla 12.3.2012 lukien ensimmäisenä JWH-018, JWH-073, JWH-081, 2-DPMP, mCPP, metyloni ja Bromo Dragonfly. (KRP 2013; Tulli 2012.)

Taulukko 20. Poliisin ja tullin vuosina 2003–2012 takavarikoiduksi kirjaamat huumausaine-erät (kg).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008***	2009***	2010***	2011***	2012***
Hasis (kg)	423,1	467,4	430,6	282,7	360	47	440	250	860	Kannabistuotteet (hasis ja marihuana) yht. 714
Marihuana (kg)	45,3	25,8	43,4	32,9	36	56	100	80	97	Ks. edellä
Kannabis-kasvit (kpl)		7 840	9 460	7 510	7 600	14 000	12 500	15 000	16 400	18 150
Kannabis-kasvit (kg)*	20,4	41,7	43,3	36,2	87	41	45	31	42	66
Amfetamiini + Metamfetamiini ** (kg)	114,6	108,6	116,6	129	152	130 + 17	110 + 5	113 + 39	71 + 28	124 + 15
MDPV (kg)							4	9,5	2,4	5,1
Kokaiini (kg)	1,1	1,1	1,2	6,5	4	3	2,8	4,2	3,5	25,7
Khat (kg)	1 879	2 118	2 562	3 283	3 300	2 250	3 300	4 700	5 800	1 920
Heroiini (kg)	1,6	0,2	52,4	0,2	0,4	0,2	2	0,4	1	0,07
Subutex (tabletteja, 2012 lähtien kaikki buprenorfiinit)	37 284	32 970	24 478	22 979	20 600	12 000	17 000	15 000	31 700	48 700
Ekstaasi (tabletteja)	35 216	23 243	52 210	39 185	83 000	34 000	15 100	27 000	17 800	23 623
LSD (lappuja, kpl)	1 461	195	452	171	2 138	3 082	620	790	1 260	1 102
Bromo dragonfly (lappuja, kpl)							1 200	7 600	1 100	2 653
GBL + GHB** (litraa)				24	91	150 + 9	84 + 2	37 + 5	930 + 2,5	228 + 1

* = Kappalemäärät ilmoitettujen kannabiskasvien lisäksi, lähinnä kasvien osia.

** = Vuoteen 2007 saakka yhteenlaskettuina, vuodesta 2008 erikseen.

***Vuositilaston laskentakriteerit poikkeavat aikaisemmista. Määriin sisältyvät KRP:n rikosteknisessä laboratoriossa ja Tuulilaboratoriossa vuoden 2012 aikana vastaanotetuista eristä todetut aineet poislukien huumeiläkkeet, dopingaineet ja kannabiskasvit, joiden määrät on laskettu vuoden aikana päivätyihin takavarikkopöytäkirjoihin tehdyistä takavarikkomerkinnoista.

Laboratorioissa todettujen huumausaineiden vuosittainen määrä poikkeaa kaikkiaan takavarikoitujen huumausaineiden määrää merkittävästi tavallisimpien huumausaineiden osalta, esimerkiksi amfetamiinin KRP:n rikosteknisessä laboratoriossa todettu kokonaisuus on ollut vuosina 2009–11 noin 10–15 % (n. 7–15 kg) pienempi kuin takavarikkopöytäkirjoista laskettu poliisin takavarikoima ainemäärä. Harvinaisempien aineiden kohdalla erot ovat huomattavasti vähäisempiä, kokaiinin ja heroinin kohdalla hyvin pieniä.

Lähde: Keskusrikospoliisi (2013).

Vuonna 2012 kannabistuotteiden takavarikkoja tehtiin Suomessa edellisvuoden tapaan runsaasti. Takavarikoitujen kannabiskasvien lukumäärä (noin 18 150) oli suurempi kuin koskaan. Vuoteen 2007 verraten takavarikoitujen kannabiskasvien määrä on yli kaksinkertaistunut. Suomi on merkittävä kauttakulkumaa Venäjälle suuntautuvassa hasiksen salakuljetuksessa. Myös hasiksen kehonsisäinen salakuljetus on lisääntynyt. Suosituimpien tuontihuumeiden takavarikkomääriin vaikuttavat ratkaisevasti suurimittaiseen salakuljetukseen kohdistuvien tutkintaoperaatioiden tulokset. (KRP 2013.)

Synteettisistä huumausaineista amfetamiinia takavarikoitiin vuonna 2012 noin 124 kiloa. Amfetamiinin tarjonnan puutteita on korvattu edelleen metamfetamiinilla, jonka osuus huumemarkkinoilla ja salakuljetuksessa on selvästi kasvanut, kuten muuallakin Pohjoismaissa ja Baltiassa. Vuonna 2012 metamfetamiinia takavarikoitiin 15 kiloa. (KRP 2013.)

Amfetamiinien rinnalla ja joukossa markkinoilla on esiintynyt metyleenidioksi-pyrovaleronia, (MDPV), jota takavarikoitiin vuonna 2012 edellisvuotta enemmän, 5,1 kiloa. (KRP 2013.)

Ekstaasia takavarikoitiin vuonna 2012 noin 23 600 tablettia, mikä on huomattavasti pienempi kuin 2000-luvun suurimmat, yli 80 000 pilleriin yltäneet vuosimäärät. On todennäköistä, että ekstaasia on kuitenkin Suomen huumausainemarkkinoilla erittäin suurimittaisesti. Huhtikuussa 2013 Suomen ja Viron keskusrikospoliisit tiedottivat yhdessä tutkimastaan rikoskokonaisuudesta, jonka aikana takavarikoitiin noin 82 000 ekstaasitablettia ja parikymmentä kiloa amfetamiinia. Tutkinnanjohtajan arvioin mukaan epäillyt suomalaiset ja virolaiset toivat Suomeen satoja tuhansia ekstaasitabletteja. (KRP 2013.)

LSD:tä takavarikoitiin vuonna 2012 noin 1 100 lappua ja Bromo Dragonfly -lappuja takavarikoitiin edellisvuotta enemmän (määritelty Suomessa huumausaineksi 12.3.2012 lähtien), noin 2 650 (KRP 2013.)

Kokaiini on parin viime vuoden aikana yleistynyt Suomen markkinoilla, mutta se on edelleen markkinoilla melko marginaalinen huumausaine. Takavarikkoon kokaiinia saatiin vuonna 2012 poikkeuksellisen paljon, noin 26 kiloa. Tästä määrästä noin 20 kiloa oli kuitenkin tarkoitettu Ruotsiin. Kokaiinin käyttäjät ovat yleensä nuoria, hyvin toimeentulevia aikuisia ja kokaiinin käyttötapauksia on tullut ilmi juuri nuorten juhlimistilanteissa. Käytön kokonaisuuttamäärää on vaikea arvioida, sillä kokaiinia käytetään yleensä suljetuissa tilaisuuksissa. (KRP 2013.)

Heroiinin takavarikoitu määrä romahti Suomessa 2000-luvun alussa. Heroiinia on markkinoilla esiintynyt edelleen vähän. Viime vuoden kokonaistakavarikkomäärä oli vain noin seitsemän grammaa. (KRP 2013.)

Subutexin ja muiden buprenorfiinien päihdekäyttö on Suomessa edelleen erittäin runsasta. Takavarikkomäärät nousivat vuonna 2012 (vuodesta 2012 lähtien kaikki buprenorfiinivalmisteet on laskettu yhteen) jälleen huomattavasti: 48 700 tablettia.

Huumaavien lääkevalmisteiden huumeikäyttö on suomalaisten päihderiippuvais-
ten keskuudessa hyvin yleistä. Vuonna 2012 huumaavia lääkkeitä (poislukien Sub-
utex/buprenorfiini) takavarikoitiin noin 76 700 tablettia. (KRP 2013.)

Lakkaa eli GBL:ää (gammabutyrolaktoni) saatiin vuonna 2012 takavarikkoon
noin 230 litraa (KRP 2013.)

Suomessa takavarikoidun, somalialaisperäisten käyttäjien suosiman khatin taka-
varikkomäärä oli vuonna 2012 huomattavasti edellisvuotta pienempi, noin 1 920
kiloa. (KRP 2013.)

10.3 Huumausaineiden hinta ja laatu

Huumausaineiden katukaupan hintataso pysyi vuoden 2012 aikana jokseenkin ennallaan. Kannabiksen hintataso pysyi edellisvuoden tasolla, gramman kannabista on saanut katukaupassa 13–20 eurolla. Myös hasiksen tyypillinen vähittäishinta on pysynyt edellisvuosien tasolla, noin 6–15 euroa grammalta. Lapissa grammahinta on ollut muuta maata korkeampi, noin 20 euroa. Amfetamiinin tyypillinen hinta katukaupassa on ollut hieman yli 20 euroa grammalta, vaihdellen pääkaupunkiseudun 15–25 eurosta Pohjois-Suomen jopa 40–50 euroon. Metamfetamiinin hinta on ollut suunnilleen samalla tasolla. Heroiinin hinta on vuonna 2012 ollut noin 120 euroa grammalta ja kokaiinin 60–100 euroa grammalta. Ekstaasitabletin vähittäishinta on ollut 12–20 euroa ja LSD-lapun 10–20 euroa. (KRP 2013.)

Käyttäjä maksaa Suomessa yhdestä Subutex-tabletista pääkaupunkiseudulla 25–40 euroa ja Pohjois-Suomessa jopa 100–160 euroa. Hinta vaihtelee ostettavasta määrästä riippuen. MDPV:n katukauppahinta on tietävästi ollut 60–80 euroa grammalta, lentotullin tutkimissa jutuissa on todettu myös 25–40 euron katukauppahintoja. Puolen litran lakkapullo maksaa internetin kautta tilattuna noin 60 euroa, Suomen katukaupassa noin 1–20 euroa millilitralta aineen vahvuudesta riippuen. Huumaavien lääkkeiden kappalehinta laittomilla markkinoilla on koko maassa yhdestä kolmeen euroon, joistakin bentsodiatsepiineista maksetaan jopa viisi euroa kappaleelta. (KRP 2013.) Yhden khat-annoksen koko on noin 150–250 grammaa, ja se maksaa tuoreena noin 25 euroa. (Perälä 2011.)

Huumausaineiden katutason myyntihinnat vaihtelevat Suomessa huomattavasti sen mukaan, missä niitä myydään: Helsingissä ja pääkaupunkiseudulla hinnat ovat yleensä selvästi matalampia kuin maakuntakeskuksissa. Kovien aineiden käyttäjien keskuudessa suosittu amfetamiini voi maksaa maakuntakeskuksissa hyvinkin kaksinkertaisesti sen, mitä se maksaa Helsingissä. Myös hasiksen ja Subutexin hinnat ovat muualla maassa selvästi korkeammalla tasolla kuin Helsingin seudulla. Kannabiksen hinnoissa ei näy vastaavanlaista aluekohtaista vaihtelua kuin salakuljetettujen huumeiden hinnoissa. Maakuntakeskuksissa kannabista voi saada jopa halvemmalla kuin pääkaupungissa. Erityisolosuhteissa, kuten vankilaan salakuljetettuna huumausaineiden hinnat voivat olla tapauskohtaisesti hyvinkin korkeita. (KRP 2013.)

KRP:n rikosteknisessä laboratorioissa tai Tullilaboratorioissa tehtävillä laboratoriotutkimuksilla selvitetään, sisältävätkö tutkinnassa talteen otetut tai takavarikoidut näytteet huumaus-, lääke- tai dopingaineiksi luokiteltuja yhdisteitä ja valmisteita tai uusia luokittelemattomia huumaavia aineita eli muuntohuumeita. Lisäksi rikosteknisessä laboratorioissa tutkitaan huumausaineiden laitonta valmistusta. Huumausaineerien vertailututkimuksella pyritään selvittämään, onko kaksi (tai useampi) aine-erää valmistettu samassa laboratorioissa ja ovatko ne mahdollisesti samaa valmistuserää. Vertailututkimuksia on tehty varsinkin amfetamiinierien välillä. (KRP 2013.)

Analysoitujen huumausaineerien keskipitoisuuksissa ei tapahtunut vuoden 2012 aikana merkittäviä muutoksia. Amfetamiinin keskimääräinen pitoisuus on edelleen pienentynyt (2007: 29 p-%, 2012 15 p-%). Kokaiinin keskimääräinen pitoisuus on ollut noin 30 p-%. Kaikille aineille on yhteistä se, että pitoisuuksien vaihteluväli on suuri. (KRP 2013.)

Liite 1.

Raportin valmistelussa ovat olleet apuna ja sen osia ovat asiantuntevasti kommentoineet useat asiantuntijat. Lämpimät kiitokset kaikille raportin tekoon osallistuneille.

Immo Parviainen	Opetus- ja kulttuuriministeriö
Helena Vorma	Sosiaali- ja terveysministeriö
Elina Kotovirta	Sosiaali- ja terveysministeriö
Leena Metsäpelto	Valtakunnansyyttäjänvirasto
Pentti Kangasniemi	Poliisihallitus
Ulla-Maija Laakkonen	Keskusrikospoliisi
Jari Leskinen	Keskusrikospoliisi
Ulla Knuuti	Rikosseuraamuslaitos
Jarmo Helin	Tulli
Pirkko Kriikku	Hjelt-instituutti
Erkki O. Vuori	Hjelt-instituutti
Ilkka Ojanperä	Hjelt-instituutti
Pekka Hakkarainen	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Karoliina Karjalainen	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Henrikki Brummer-Korvenkontio	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Airi Partanen	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Kristiina Kuussaari	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Tuomo Varis	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Ari Virtanen	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Katja Pihlainen	Fimea
Miina Keski-Pitäjämäki	Tilastokeskus
Jussi Perälä	Ehkäisevä Päihdetyö EHYT ry

Lähteet

- Aalto M., Visapää J-P., Halme J T., Fabritius C. & Salaspuro M. (2011). Effectiveness of buprenorphine maintenance treatment as compared to a syringe exchange program among buprenorphine misusing opioid-dependent patients. *Nordic Journal of Psychiatry* 4/2011.
- Ahlström, S., Metso, L., & Huhtanen, P. (2008). Missä nuorisoryhmissä päihteiden käyttö on vähentynyt. Suomen ESPAD-aineiston tuloksia 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (1), 73–83.
- Aira, T. (2010). Terveystieto. Teoksessa Rimpelä, M. & Fröjd S. & Peltonen H: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2009, peruseräraportti. Helsinki 2010: Opetushallitus, Koulutuksen seurantaraportit 2010:1. http://www.oph.fi/download/46621_hyvinvoinnin_ja_terveyden_edistaminen_peruskouluissa2.pdf [6.8.2011]
- A-klinikkasäätiö (2011). Terveys- ja sosiaalivon-
tapisteet. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/> [6.9.2012]
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H. Liitsola, K. & Salminen, M. (2008). Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapiste toiminnan onnistumisen edellytyksenä. Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruis-
kuhumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikut-
tavuudesta tartuntatauti ehkäisyssä ja torjunnassa. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B15/2008*. Helsinki: Kansanterveyslaitos. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b15.pdf [19.9.2011]
- Danielsson, M. & Göransson, B. & Krantz, L. & Rehme, C. (2006). Kriminalvårdens insatser mot narkotika. En studie av klimatet på narkotikaav-
delningarna. Norrköping: Kriminalvården, ut-
vecklingsenheten.
- Duodecim (2012). Käypä hoito –suositus. Huumeon-
gelmaisien hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran
Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen
asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/hoi50041> [21.8.2013]
- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R., Ranta, K., von der Pahlen, B. & Marttunen, M. (2009). Nuorten ahdistuneisuus ja päihteiden käyttö. Tietoa vanhemmille ja nuorten kanssa työskenteleville. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Gissler, M., Hämäläinen, P., Jääskeläinen, M., Larivaara, M., Punto, J., Rasialainen, J. & Vuori, A. (2012). Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. Raportti 54/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hakkarainen, P., Kainulainen, H. & Perälä, J. (2008). Measuring the Cannabis Market in Finland – A Consumption-Based Estimate. *Contemporary Drug Problems* 35 (2–3), 321–345.
- Hakkarainen, P., Perälä, J. & Metso, L. (2011a). Kukkaa pukkaa – kannabiksen kotikasvatus Suomessa (Bud, bud, bud – Home growing of cannabis in Finland). *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2), 148–168.
- Hakkarainen, P., Metso, L. & Salasuo, M. (2011b). Hampuikäpolvi, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2010 huumeikyselyn tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (4), 397–411.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi ammatillisesta koulutuksesta annetun lain, ammatillisesta aikuiskoulutuksesta annetun lain, ammattikorkeakoululain, yliopistolain sekä rikosrekisterilain 6 §:n muuttamisesta. <http://www.edilex.fi/virallistieto/he/fi20100164.pdf> [19.9.2011]
- Harrikari, T. (2010). Ehdollisesti rangaistujen nuorten valvonta - Toimijat, prosessit ja sisällöt. *Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 2/2010*. Rikosseuraamuslaitos.
- Havio M., Inkinen, M. & Partanen, A. (2009) Päihdehoitotyö. Sanoma Pro Oy.
- Hein, R. & Salomaa, J. (1998). Päihteiden käytön haittakustannukset Suomessa vuosina 1994–1995. Alkoholi ja huumeet. Tilastoraportti 4/1998. Helsinki: Stakes.
- Helakorpi, S., Pajunen, T., Jallinoja, P. Virtanen, S. & Uutela, A. (2011). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 15/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3> [1.6.2011]
- Hellman, M. (2009). Designation practices and perceptions of addiction – a diachronic analysis of Finnish press material from 1968-2006. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 26 (24) 2009, 355–372.
- Hellman, M. (2010). From myth to marginality to portrayals of an addictive society: Reporting on addictions in the Finnish press (1968-2006). *Addiction Research and Theory* 18 (2) 2010, 224–242.
- Huhtanen, P., Hokka, P. & Mäkelä, P. (2009). Juomatapatutkimus 2008: Aineistokuvaus. Avauksia 16/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a8b2883f-5a53-471d-97a1-0d7e6b3b8aeb> [8.7.2009]
- Huizink, A., Levälähti, E., Korhonen, T., Dick, D., Pulkkinen, L., Rose, R.J., Kaprio, J. (2010). Tobacco and cannabis and other illicit drug use among Finnish adolescent twins: causal relationship or correlated liabilities? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2010;71(1):5–14.
- Hulkko, T., Lyytikäinen, O., Jaakola, S., Kuusi, M. Puumala, J. & Ruutu, P. (toim.) (2011). Tartun-

- taudit Suomessa. Raportti 17/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1d73f597-8188-4ff5-b33c-101d7e1c3e90> [19.4.2011]
- Häkkinen M, Launiainen T, Vuori E, Ojanperä I. (2012a). Benzodiazepines and alcohol are associated with cases of fatal buprenorphine poisoning. *Eur J Clin Pharmacol.* 2012 Mar;68(3):301-9.
- Häkkinen M, Launiainen T, Vuori E, Ojanperä I. (2012b). Comparison of fatal poisonings by prescription opioids. *Forensic Sci Int.* 2012 Oct 10;222(1-3):327-31.
- Jaakola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R., Salmelina, S., Vuopio J., Roivainen M., Nohynek, H., Löflund, J-E., Kuusi, M., Ruutu, P. (toim.) (2013). *Tartuntataudit Suomessa 2012. Raportti 10/2013.* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Joukamaa, M. ja työryhmä (2010). Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010. Vammala. Rikosseuraamuslaitos. <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/qclqnxmn.pdf> [20.7.2010]
- Junninen, M. (2008). Suomalaisten vankiloiden turvallisuus. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 5/2008. HEUNI No 58. Vammala.
- Jääskeläinen, M. (2012). Päihdehaittakustannuslaskennan menetelmät – Esimerkkinä vuoden 2010 päihdehaittakustannuslaskenta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2012. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90813/URN_ISBN_978-952-245-742-4.pdf?sequence=1
- Kahila, H., Saisto, T., Kivitiie-Kallio, S., Haukkaa, M. & Halmesmäki, E. (2007). A prospective study on buprenorphine use during pregnancy: effects on maternal and neonatal outcome. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 86, 185–190.
- Kahila, H., Gissler, M., Sarkola, T., Autti-Rämö, I. & Halmesmäki, E. (2010). Maternal welfare, morbidity and mortality 6-15 years after pregnancy complicated by alcohol and substance abuse: A register-based control follow-up study of 524 women. *Drug and Alcohol Dependence* 111, 215–221.
- Kainulainen, H. (2006). Seuraamusikäytäntö huumausaineen käyttörikoksessa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 219. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (toim.) (2007). Rangaistuskäytäntö törkeissä huumausaineen käyttörikoksissa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 79. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (2009). Huumeiden käyttäjien rikosoikeudellinen kontrolli. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 245. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (2011). Huumausaine-, alkoholi- ja dopingrikokset. Teoksessa Rikollisuustilanne 2010. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 203–215.
- Kainulainen, H. (2012). Huumausaine-, alkoholi- ja dopingrikokset. Teoksessa Rikollisuustilanne 2011. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 211–223.
- Kankaanpää, S. (2013). Opioidikorvaushoito toipumisprosessin välivaiheena. Hoidosta onnistuneesti irrottautuneiden kokemuksia kuntoutumisesta. Pro Gradu. Helsingin Yliopisto. Sosiaalityö. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/8549/Korvaushoito_gradu.pdf?sequence=2 [9.10.2013]
- Karjalainen K., Lintonen T., Impinen A., Lillsunde P., Ostamo A. (2010). Poly-drug findings in drugged driving cases during 1977–2007. *Journal of Substance Use* 15(2): 143–156.
- Karjalainen, K. (2011). Huumerattijuopumus Suomessa 1977–2007. Ilmaantuvuus, sosiaalinen tausta ja kuolleisuus. *Tutkimus 48/2010.* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kekki, T. & Partanen, A. (2008). Päihdepalvelujen seudullinen kehitys 2008. Stakesin työpapereita 38/2008. Helsinki: Stakes.
- Kekki, T. (2012). Taparikollisuuden kulttuuriset ja rakenteelliset ulottuvuudet: Huumeiden käyttäjien ja poliisin tulkinat taparikollisuudesta. *Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:5.* Helsingin yliopisto.
- Kinnunen, A. (2008). Kriminaalipoliittikan paradoksi. Tutkimuksia huumausainerikollisuudesta ja sen kontrollista Suomessa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 233. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. <http://www.optula.om.fi/uploads/5x9a33ss.pdf> [1.10.2009]
- Kinnunen, J. M., Lindfors, P., Pere, L., Ollila, H., Samposalo, H., Rimpelä, A. (2013). Nuorten terveystapatutkimus 2013. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?olderId=6511574&name=DLFE-26851.pdf
- Kivivuori, J. & Linderborg, H. (2009). Lyhytaikaisvanki. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 248. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kivivuori, J. (toim.) (2009). Nuorten syrjäytyminen ja rikollisuus. Suomessa tehdyn tutkimuksen ja sen katvealueiden kartoitusta. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 94. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Klingemann, H. & Takala, J-P. (1992). Cure, Care or Control. *Alcoholism Treatment in Sixteen Coun-*

- Countries. Albany: State University Press New York.
- Korhonen, T., Huizink, A., Dick, D., Pulkkinen, L., Rose, R., & Kaprio, J. (2008). Role of individual, peer and family factors in the use of cannabis and other illicit drugs: A longitudinal analysis among Finnish adolescent twins. *Drug and Alcohol Dependence* 97 (1-2), 33–43.
- Korhonen, T., Kujala, U., Rose, R. & Kaprio, J. (2009). Physical Activity in Adolescence as a Predictor of Alcohol and Illicit Drug use in Early Adulthood: A Longitudinal Population Based Twin Study. *Twin Res. Hum. Genet* 12 (3) 2009, 261–268.
- Kotovirta, E. (2009). Huumeriippuvuudesta toipuminen nimettömien narkomaanien toveriseurassa. *Tutkimuksia* 10/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1b2e240e-e5d2-4c58-b879-9889407028f8> [1.10.2009]
- Kotilainen, S., Siivonen, K. & Suoninen A. (2010). Nuoret taiteen tekijöinä. Myrsky-hankkeen väliarviointia. Nuorisotutkimusverkosto / Nuorisotutkimusseura, verkkojulkaisu 31. Helsinki 2010. http://www.nuorisotutkimusseura.fi/sites/default/files/verkkojulkaisu/Myrsky-raportti_verkkojulkaisu%2031.pdf [2.10.2011]
- Kouluterveyskysely (2011). <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/index.htm> [17.9.2012]
- KRITS (2013). Hankkeet. <http://www.krits.fi/fin/hankeet/>
- KRP (Keskusrikospoliisi) (2013). Keskusrikospoliisin huumausainerikollisuutta koskevat julkaisemattomat tilannekatsaukset sekä keskusrikospoliisin antamat lisätiedot.
- Kukko, H., Halmemäki, E. (1999). Prenatal care and counseling of female drug-abusers: effects on drug abuse and perinatal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78, 22–26.
- Kunttu, K. & Pesonen, T. (2013): Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö. http://www.yths.fi/filebank/1864-KOTT_2012_verkkoon.pdf [13.8.2013]
- Kurki, L., Kurki-Suutarinen, M. & Taruvuori, K. (2010) Muurien sisällä. Sosiokulttuurinen innostaminen vankilassa. Tampere University Press.
- Kuusisto, K. & Saarnio, P. (2012). Päihdehoidon toimivuus yleisten tekijöiden valossa. *Katsaus projektin tuloksiin*. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (3), 282–289.
- Kuussaari, K. (2006). Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto: terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitojärjestelmästä. Helsinki: Stakes.
- Kuussaari, K. & Partanen, A. (2010). Administrative challenges in the Finnish alcohol and drug treatment system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 27 (2010), 667–684.
- Kuussaari K., Ronkainen J-E., Partanen A., Kaukonen O., Vormo H. (2012). Kuntoutuksesta katkaisuun – Päihdetapauskanta palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka* 6/2012.
- Kuussaari K. (2013). Erillispoiminta päihdetapauskuntoutuksen aineistosta.
- Kuussaari, K. & Partanen, A. (2014). Yhdistetyt päihde- ja mielenterveyspalvelut vuoden 2011 päihdetapauskannassa. *Käsikirjoitus*.
- Kylmälä, J. (2000). Laitoksen yhteisöllisyys. Teoksessa Roivainen, I. (toim.): *Yhteisöt hyvinvoinnin tuottajina*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Lahti, P. (2011). "Ehdonalaisvalvontaan määrättyjen kokemuksia vankilan jälkeisestä arjesta. Kuka tekee rikoksetonta elämää?". *Yhteisösozialiteetin erikoisala*. Jyväskylän yliopisto.
- Lahti R. A., Korpi H. & Vuori E. (2009). Blood-positive illicit-drug findings: Implications for cause-of-death certification, classification and coding. *Forensic Science International* 187 (2009) 14–18.
- Laine, P. (2010). Kuka murhasi apteekkisopimuksen? *Suomen Lääkärilehti* 65 (46), 3771.
- Laine, T., Hyväri, S & Vuokila-Oikkonen, P. (toim.) (2010). *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Tammi.
- Laitila, M. & Järvinen, T. (toim.) (2009). *Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa*. *Opas* 6/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Leppo A. (2012). *Precarious Pregnancies: Alcohol, drugs and the regulation of risks*. Publications of the Department of Social Research 2012:3. University of Helsinki.
- Linderborg H., Blomster P., Tyni S., Muiluvaari M-L. (2012). Laatuaikaa vankilassa? Tutkimus vankilaelämän laatuun vaikuttavista tekijöistä. *Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja*. http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/iz1ksrvjdj8cbo_1.pdf, [26.8.2013]
- Liisanantti, J. (2012). Acute drug poisoning: outcome and factors affecting outcome. *Oulun yliopisto*.
- Luopa, P., Lommi, A., Kinnunen, T. & Jokela, J. (2010). Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. *Kouluterveyskysely 2000–2009*. *Raportti* 20/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- MacDonald, M., Atherton, S. & Stöver, H. (2007) *Harm reduction in European prisons a compilation of models of best practice*. European Network on drugs and Infections Prevention in Prison. Oldenburg BIS-Verl. der Carl-von-Ossietzky-Univ.
- Mattila-Aalto, M. (2009). *Kuntoutussosiaalisuuden diagnoosi*. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 81/2009, Helsinki.

- Metso, L., Ahlström, S., Huhtanen, P., Leppänen, M. & Pietilä, E. (2009). Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2007. ESPAD-tutkimuksen tulokset. Raportti 6/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1bdd2d77-b36d-499c-b8de-dd714abf80d8>
- Melberg, H. O., Hakkarainen, P., Houborg, E., Jääskeläinen, M., Skretting, A., Ramstedt, M. & Rosenqvist, P. (2011). Measuring the harm of illicit drug use for friends and family. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2011; 28: 2, 105–121.
- Mikkonen, A., Rantala, V. & Saarijärvi, S. (2010). Nuorten huumeriippuvuus – tarvitaanko korvaushoitoa. *Suomen Lääkärilehti* 65 (37), 2943–2948.
- Mohell, U. (2009). Valvottu koevapaus. Artikkelit Internet-portaalissa Portti vapauteen.
- Moring, J., Martins A., Partanen A., Bergman V., Nordling E. & Nevalainen V. (toim.). (2011). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön. Raportti 6/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) (2010). Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim.
- Myhrberg, P. (2007). Vangin asema ja valvonta. Rikosseuraamusalan koulutuskeskus.
- Mäkelä, K. (2009). Vård och kontroll av misbrukasmodrar. *Nordisk alkohol & narkotikatidskrift*, 26, 318–328.
- Niemelä, A., Leppämäki, S., Aalto, M., Rapeli, P., Holopainen, A., Tani, P. & Lauerma, H. (2010). ADHD ja päihteet. *Suomen Lääkärilehti* 65 (13–14), 1213–1217.
- Niemelä ym. (2011). Childhood bullying behaviors at age eight and substance use at age 18 among males. A nationwide prospective study. *Addictive Behaviors* 36 (2011) 256–260.
- Nuorvala, Y., Metso, L., Kaukonen, O. & Haavisto, K. (2004). Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauskennat 1987–2003. *Yhteiskuntapolitiikka* 69:608–618.
- Nuorvala Y., Huhtanen, P., Ahtola, R. & Metso, L. (2008). Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauskennat 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (6), 659–670.
- Obstbaum, Y., Tyni, S. & Ryynänen, H. (2009). Hard drug use in the Nordic countries-what does it look like? Thematic meeting March 19–20 2009 in Helsinki.
- Obstbaum, Y., Lintonen, T., Aarnio, T., von Grunewaldt, V., Vartiainen, H., Mattila, A., Hakamäki, S., Viitanen, P., Wuolijoki, T. & Joukamaa, M. (2011). Päihdehaittojen laitosmuotoisen kontrollin jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin säilön ja vankilan välillä 1985–2006. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (1), 30–44.
- OKM (Opetus- ja kulttuuriministeriö) (2009). Monialaisen viranomaisyhteistyön ja etsivän nuorisotyön lakisääteistäminen. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 22/2009. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2009/liitteet/tr22.pdf?lang=fi> [1.10.2010]
- OKM (Opetus- ja kulttuuriministeriö) (2010). Opiskeluoikeuden peruuttaminen, päihdetestaus ja kurinpito turvallisuutta edistävänä keinona. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 7/2010. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2010/liitteet/tr07.pdf?lang=fi> [1.10.2010]
- OKM (Opetus- ja kulttuuriministeriö) (2012). Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2012–2015. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2012/liitteet/OKM06.pdf?lang=fi> [3.10.2012]
- Ojaniemi, K., Lintonen, T., Impinen, A., Lillsunde, P. & Ostamo, A. (2009). Trends driving under the influence of drugs: A register-based study of DUID suspects during 1977–2007. *Accident Analysis and Prevention* 41 (1), 191–196.
- OKM (Opetusministeriö) nyk. opetus ja kulttuuriministeriö (2007). Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007–2011. http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuorisopolitiikka/kehittaemisohjelma/liitteet/lapsi_ja_nuorisopolitiikan_kehittaemisohjelma.pdf [4.10.2011]
- Obstbaum, Y., Tyni, S. & Ryynänen, H. (2009). Hard drug use in the Nordic countries-what does it look like? Thematic meeting March 19–20 2009 in Helsinki.
- Partanen, P., Hakkarainen, P., Holmström, P., Kinnunen, A., Leinikki, P., Partanen, A., Seppälä, T., Välikki, J. & Virtanen, A. (2004). Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2002. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (3), 278–286.
- Partanen, A., Hakkarainen, P., Hankilanoja, A., Kuussaari, K., Rönkä, S., Salminen, M., Seppälä, T. & Virtanen, A. (2007). Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (5), 553–561.
- Partanen, A., Moring, J., Nordling, E., Bergman, V. (toim.) (2010). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>
- Partanen A., Alho H., Leppo A., Vormo H. (2014). Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa vuonna 2011: ovatko

- hoidot monimuotoistumassa? Suomen Lääkäri-lehti. 2014. Käsikirjoitus.
- Perälä, J. (2011). "Miksi lehmät pitää tappaa" Etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huume-markkinoista Helsingissä. *Tutkimus* 56/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Perälä, R. (2010). Sosiaali- ja terveyspalvelujen uusi neuvoteltu järjestys. Esimerkki kuntien ja kristillisten järjestöjen välisestä yhteistyöstä suomalaisissa kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 75 (4), 389–399.
- Perälä, R. (2012). Haittojen vähentäminen suomalaisessa huumehoidossa: Etnografinen tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000-luvun Suomessa. *Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisu* 2012:6. Helsingin yliopisto.
- Piispa, M., Helakorpi, S., Laitalainen, E., Uutela, A. & Jallinoja, P. (2008). Huumekontaktit ja huume- mielipiteet. *Tutkimus työikäisistä suomalaisista 1996–2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 5/2008*. Helsinki: Kansanterveyslaitos. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b05.pdf [28.8.2008]
- Piispa, M. (2010). Övereitä, sekoilua ja moniongelmaisuuksia. Huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa 2007. *Sosiologian pro gradu -tutkielma*. Helsingin yliopisto <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/63576/overeita.pdf?sequence=1> [29.10.2010]
- Pitkänen, T. (2009). Hoito- ja rekisteritietojen käyttö päihdetutkimuksessa. Teoksessa Tammi, T., Aalto, M., Koski-Jännes, A. (toim.): *Irti päihdeongelmista*. Helsinki: Edita, 172–194.
- Punainen Risti (2010). *Festarityö*. http://www.redcross.fi/aktiivit/festarityo/fi_FI/ [29.10.2010]
- Pärttö, M., Hännikäinen-Uutela, A-L. & Määttä, P. (2009). Huumeiden käyttäjien arki yhteisöllisen huumeuskuntoutuksen jälkeen. *Janus* 17 (2) 2009, 121–138.
- Päihdelinkki (2010). Päihdelinkin kävijäkyselyt. <http://www.paihdelinkki.fi/kavijoille/paihdelinkin-kavijakyselyt> [29.10.2010]
- Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012 (2013). *Tilastoraportti 21/2013*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2010. *Alkoholi ja huumeet, SVT/Sosiaaliturva. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/85338d3b-c126-4914-9384-d5847d59d598> [19.9.2011]
- Päihdetyö Neuvoa-antavat THL. <http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/index.htm>
- Pyökkänen, S., Viitanen, R., Vuohelainen, E. (toim.) (2009). *Mitä on nuorisotalon ehkäisevä päihdetyö? Laadukkaan päihdekasvatuksen tukimateriaali*. Humanistinen ammattikorkeakoulu sarja C. *Oppimateriaaleja*. http://www.minedu.fi/opencms/opencms/handle/404?exporturi=/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisotalon_kohteet_ja_rahoitus/ennaltaehkaeise-vae_paeihde_ja_huumeityo/liitteet/Mitx_on_nuorisotalon_ehkaisevx_paihdetyx.pdf [2.10.2011]
- Rapeli P., Fabritius C., Kalska H. & Alho H. (2009). Memory function in opioid-dependent patients treated with methadone or buprenorphine along with benzodiazepine: longitudinal change in comparison to healthy individuals. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 6/2009.
- Rapeli P., Fabritius C., Kalska H. & Alho H. (2011). Cognitive functioning in opioid-dependent patients treated with buprenorphine, methadone, and other psychoactive medications: stability and correlates. *BMC Clinical Pharmacology* 13/2011.
- Reuter, P. (2006). What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures. *Addiction* 101 (3), 315–322.
- Rikosseuraamuslaitos (2012a). *Päihdetyön linjaukset vuosille 2012 – 2016*. <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/4swa75007kpmv.pdf> [26.8.2013]
- Rikosseuraamuslaitos (2012b). *Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja 2011*. http://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-tilastollinenvuosikirja-6A9gogip4/Rikosseuraamuslaitoksen_tilastollinen_vuosikirja_2011_nettiin.pdf [26.8.2013]
- Rikosseuraamuslaitos (2013a). *Rikosseuraamuslaitoksen laatu. Selvitys kyselyn tuloksista. Rikosseuraamuslaitoksen monisteita 4/2013*. <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/4lx35p.pdf> [26.8.2013]
- Rikosseuraamuslaitos (2013b). *Rikosseuraamuslaitoksen toimitilavisio vuoteen 2025. Vankilarakenne, vankiloiden valvontasoluokitus ja siihen liittyvä henkilöstömitoitto sekä vankiloiden toiminnot eri valvontasoluilla. Rikosseuraamuslaitoksen monisteita 2/2013*. <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/xqga4pr8pt41ny.pdf> [26.8.2013]
- Rikosseuraamuslaitos (2013c). *Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja 2012*. http://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-tilastollinen-vuosikirja/61CcdsBTr/Rikosseuraamuslaitoksen_tilastollinen_vuosikirja_2012.pdf [26.8.2013]
- Rimpelä, M. ym. (2008). *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa 2*. OPH, Helsinki 2008. http://www.oph.fi/download/46621_hyvinvoinnin_ja_terveyden_edistaminen_peruskouluissa2.pdf [6.8.2011]
- Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K. & Ståhl, T. (2009a). *Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Raportti 19/2009*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rimpelä, M., Jarvala, T., Kalkkinen, P., Peltonen, H., & Rigoff, A-M. (toim.) (2009b). *Hyvinvoinnin ja*

- terveyden edistäminen lukioissa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Ruckenstein, M. & Teppo, A. (2005). Vankien väliset valtasuhteet ja väkivallan pelko suljetussa vankilassa. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 1/2005.
<http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/9tydvr.pdf> [26.8.2013]
- Ruuth, P. & Väänänen, T. (2009). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 14/2009. Helsinki. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr14_09.pdf [1.10.2009]
- Saarnio, P. (2009). Suomalaisen päihdetyöntekijän muotokuva. Yhteiskuntapolitiikka 74 (6) 2009, 632–643.
- Saarnio, P. (2010a). Personality Traits and Interpersonal Functioning in Substance Abuse Therapists with and without Personal Recovery Status. *Alcoholism Treatment Quarterly* 28: 451–463, 2010.
- Saarnio, P. (2010b). Big Five Personality Traits and Interpersonal Functioning in Female and Male Substance Abuse Therapists. *Substance Use & Misuse* 45, 1463–1473.
- Saarnio, P. (2011). The Relationship Between General Therapeutic Orientation, Big Five Personality Traits, and Interpersonal Functioning in Substance Abuse Therapist: An Explorative Study. *Addictive Disorders & Their Treatment* 10(1), 2011.
- Sairaanhoitajaliitto. Tietoa ja työkaluja huumehoitoon.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/5_2006/kaypa_hoito/tietoa_ja_tyokaluja_huumehoitoon [16.8.2013]
- Salasuo, M., Vuori, E.; Piispa, M. & Hakkarainen, P. (2009). Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyysasiakirjoista. Raportti 43/2009. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Salomaa, J. (1996). Huumeaineiden aiheuttamat hättäkustannukset Suomessa vuonna 1994. *Aiheita* 35/1996. Helsinki: Stakes.
- Selin, J. (2010). Lääketiede, huumeriippuvuus ja huumeriippuvuuden hoito Suomessa 1965–2005. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2010: 4, 250–265.
- Selin, J. (2011a). Huumeriippuvuuden hoito ja lääketieteen haaste. *Terapeuttinen järkeily ja hallinta psykososiaalisessa huumeoidossa 1965–2005*. *Sociologia* 2/2011, 117–133.
- Selin, J. (2011b). Implementation of substitution treatment in Finland: Beyond rationalization and Medicalisation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28 (1), 29–42, 2011.
- Selin J. (2013). Mikä vaikutus? Korvaushoidon seurantatutkimukset kertovat. *Tiimi* 2/2013.
- Seppä K., Aalto M., Alho H., Kianmaa K. (toim.) (2012). Huume- ja lääkeriippuvuudet. *Duodecim*.
- Sihvola, E., Rose, R., Dick, D., Pulkkinen, L., Marttunen, M. & Kaprio, J. (2008). Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish Twins. *Addiction* 103 (12), 2045–2053.
- Simojoki K. (2013). Improving maintenance treatment of opiate addiction: Clinical aspects. *Unigrafia* 2013.
<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/38320> [11.10.2013]
- Sinko, P. & Vironkannas, E. (2009). Rajallisia äitiysidentiteettejä – Huumeita käyttäneiden naisten kertomuksia lastensa huostaanotoista. *Janus* 17 (2), 104–120.
- SM (Sisäasiainministeriö) (2007). Huumeaine- ja järjestäytyneen rikollisuuden torjunnan tehostamista käsitelleen asiantuntijatyöryhmän loppuraportti. Poliisin ylijohdon julkaisusarja 6/2007. Helsinki: SM.
[http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/7508EC0C996CF4E2C225729C0034AB62/\\$file/6-2007.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/7508EC0C996CF4E2C225729C0034AB62/$file/6-2007.pdf) [7.10.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2009). Sisäisen turvallisuuden ohjelman toimeenpano. Väiliraportti 1/2009. Sisäasiainministeriön julkaisuja 15/2009. [http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/152009/\\$file/152009.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/152009/$file/152009.pdf) [7.10.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2010). Sisäisen turvallisuuden toimeenpano. Väiliraportti 1/2010. Sisäasiainministeriön julkaisuja 5/2010. [http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/12010%20väiliraportti%20final/\\$file/12010%20väiliraportti%20final.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/12010%20väiliraportti%20final/$file/12010%20väiliraportti%20final.pdf) [7.10.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2011a). Sisäisen turvallisuuden toimeenpano. Väiliraportti 1/2011. Sisäasiainministeriön julkaisuja 10/2011. [http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/3EB0FABF679072EAC225785A004AD789/\\$file/102011.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/3EB0FABF679072EAC225785A004AD789/$file/102011.pdf) [23.3.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2011b). Päihtyneiden kiinnittämistä, kuljettamista, kohtelua ja hoitoa selvittäneen työryhmän loppuraportti. <http://www.intermin.fi/julkaisu/052011>
- SM (Sisäasiainministeriö) (2012). Turvallisempi huominen - Sisäisen turvallisuuden ohjelma 2012–2015
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2012/liitteet/OKM06.pdf?lang=fi> [3.10.2012]
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2010 (2010). SVT/Sosiaaliturva. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98e9ab75-0e2c-4151-81e0-4dd072dbfe3a> [19.9.2011]
- Stakes (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) (2006). Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit. Työryhmämuistio 25.1.2006. Työpapereita 3/2006. Helsinki: Stakes.

- <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp3-2006-verkko.pdf> [4.9.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2002). Päihdepalvelujen laatusuosituksen. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki: STM. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?olderId=39503&name=DLFE-4607.pdf [4.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2006). Huume-testaus työelämässä. STM:n julkaisuja 2006:2. <http://pre20090115.stm.fi/is1144401025525/pass thru.pdf> [1.3.2006]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008a). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. STM:n julkaisuja 2008:6. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?olderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ ja_ terveydenhuollon_ kansallinen_ kehittämisohjelma_KASTE_2008_2011_ fi_ pdf [5.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008b). Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimitaohjelma 2008–2011. STM:n julkaisuja 2008:16. http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisusarja/nayta/_julkaisu/1063837 [5.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008c). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opoidiriippuvaisten vieroitus-, korvaushoidosta erällä lääkkeillä. Muistio 11.1.2008 (julkaisematon).
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009a). Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1389884#fi [5.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009b). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?olderId=39503&name=DLFE-7175.pdf [3.7.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009c). Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1389884#fi [6.7.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009d). Huumeainepoliittikan kertomus vuodelta 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:21. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?olderId=39503&name=DLFE-10083.pdf [1.10.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009e). Opioidiriippuvaisten korvaushoitotilanne Suomessa. Lääninhallitusten selvitysten yhteenveto, 20.2.2009.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009f). Ras-kaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen –työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?olderId=39503&name=DLFE-7006.pdf [3.7.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö. (2010a). Valtioneuvoston periaatepäätös Suomen toimintalinja kansainvälisessä huumeainetorjunnassa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010: 13. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?olderId=1087414&name=DLFE-13706.pdf [7.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010b). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 8/2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?olderId=1082856&name=DLFE-11488.pdf [1.10.2010]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010c). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) arviointi. Toinen väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 27/2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-14403.pdf [20.9.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010d). Lastensuojelu. http://www.stm.fi/lapset/palvelut_perheille/lastensuojelu [14.4.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2011a). Huumeainepoliittisen koordinaatioryhmän hallituskauden 2007–2011 loppuraportti. STM:n raportteja ja muistioita 2011:6. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1559654 [26.4.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2011b). Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen varmistaminen. Työryhmän raportti. STM:n selvityksiä 2011:14. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?olderId=2872962&name=DLFE-15134.pdf [10.3.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2012a). Valtioneuvoston periaatepäätös toimenpideohjelmasta huumeainekäytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi 2012–2015. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1819509#fi [3.10.2012]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2012b). Syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveysongelmia vähentävä poikkihallinnollinen toimenpideohjelma. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?olderId=42733&name=DLFE-20715.pdf [3.10.2012]

- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2012c). Sosiaali- ja terveydenhuolto kansallinen kehittämissuunnitelma 2012–2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?olderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf [3.10.2012]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2013). STM:n selvitys opioidiriippuvuuden lääkkeellisestä vieroitus- ja korvaushoidossa olevista potilaista Suomessa 30.11.2011. Raporttiluonnos sosiaali- ja terveysministeriölle 3.7.2013.
- Strand, T. (2011). Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2011. Missä mennään, minne haluamme? Raportti 37/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Suhonen, I. (2010). Vankeinhoidon rajalliset resurssit haasteena terveydenhuollolle. Oikeusasiamies 90 vuotta juhlakirja.
- Tammi, T. (2007). Medicalising prohibition: Harm reduction in Finnish and international drug policy. Research Report 161. Helsinki: Stakes.
- Tammi, T., Pitkänen, T. & Perälä, J. (2011). Stadin nistit – huono-osaisten helsinkiläisten huumekäyttäjien päihdetekniikat ja niiden käyttötavat ja hankinta. Yhteiskuntapolitiikka 76 (1), 45–54.
- Tekry (Terveyden edistämisen keskus) (2011a). Valtakunnalliset päihde- ja mielenterveyspäivät. <http://www.tekry.fi/web/index.php?page=toiminta-paihde-paihdepaivat> [21.8.2011]
- Tekry (Terveyden edistämisen keskus) (2011b). Terveyden edistämisen keskuksen Ehkäisevän päihdetyön materiaalit -portaali. <http://ep-materiaalit.dav.fi/?i=400&p=1&l=35&s=1&v=400> [21.8.2011]
- THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) (2009a). Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas 5/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tilastokeskus (2008). EMCDDA Standard table 6 (2008).
- Tilastokeskus (2009). Eräiden rikosten vankilarangaistukset käräjäoikeuksissa 2006–2008. http://www.stat.fi/til/syyttr/2008/syyttr_2008_2009-12-09_tau_001_fi.html [24.6.2010]
- Tilastokeskus (2011). Laskettu Tilastokeskuksen StatFin- tai ALTIKA-tietokantojen luvuista.
- Tilastokeskus (2013). Suomen virallinen tilasto (SVT): Syytetyt, tuomitut ja rangaistukset. Helsinki: Tilastokeskus. <http://www.stat.fi/til/syyttr/>
- Tourunen J., Pitkänen T., Harju-Koskelin O., Häkkinen A. & Holopainen A. (2009). Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. K- ja Vieroitushoitopoliklinikoilla vuosina 2002–2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvuuden potilaiden korvaushoidon seuranta. Yhteiskuntapolitiikka 4/2009
- Tourunen, J. & Pitkänen, T. (2010). Opioidiriippuvuuden korvaushoito ja syrjäytymisen ehkäisy. Teoksessa Laine, T., Hyväri, S. & Vuokila-Oikonen, P. (toim.) Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi, 148–168.
- Tulli (201a). Tullirikostorjunnan vuosikirja 2010. http://www.tulli.fi/fi/suomen_tulli/julkaisut_ja_esitteet/vuosikertomukset/Rikostorjunta_vuosik_10.pdf [19.9.2011]
- Tulli (2013). Julkaisemattomat tilannekatsaukset.
- Törmä S. (2009). Matala kynnyks – pelkkä retorinen lupaus. Janus 17 (2) 2009, 164–169.
- Valtioneuvosto (2007b). Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös 5.12.2007. <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf> [10.9.2008]
- Valtioneuvosto (2007c). Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös 5.12.2007.
- Valtioneuvosto (2008). Sisäisen turvallisuuden ohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös 8.5.2007. [http://www.intermin.fi/intermin/hankeet/turva/home.nsf/files/STO%20080508/\\$file/STO%20080508.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankeet/turva/home.nsf/files/STO%20080508/$file/STO%20080508.pdf) [10.9.2008]
- Valtioneuvosto (2011a). Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. <http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf> [22.6.2011]
- Valtioneuvosto (2011b). Poliitiikkaohjelmien loppuraportti. Vaalikausi 2007.2011 toteutuminen. VNK:n julkaisusarja 6/2011. <http://www.vnk.fi/julkaisut/julkaisusarja/julkaisu/fi.jsp?oid=325040> [29.3.2011]
- Valtion nuorisosiain neuvottelukunta (2011). Raportti lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelman 2007–2011 toteutumisesta. Nuorisosiain neuvottelukunnan julkaisuja 44, Helsinki http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittamissuunnitelma/liitteet/lanuke_2007-2011_arviointiraportti.pdf [20.9.2011]
- Valtiovarainministeriö (2008). Peruspalveluiden tila-raportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 14/2008. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Varjonen, V., Tanhua, H., Forsell, M., Perälä, R. (2013). Huumeiden tilanne Suomessa 2012. Raportti 75/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- VKS (Valtakunnansyyttäjä) (2002). Seuraamuksen määrääminen huumeaineiden käyttörikoksesta. Ohje 2002:3. <http://www.vksv.oikeus.fi/15368.htm> [3.8.2006]
- VKS (Valtakunnansyyttäjä) (2006). Seuraamuksen määrääminen huumeaineiden käyttörikoksesta. Ohje 2006:1. <http://www.vksv.oikeus.fi/Etusivu/VKSnaaraayksijaohjeet/Huumeaineerikokset/VKS20061Seuraamusnaaraaminenhuumeaineenkayttorikoksesta> [15.4.2007]

- VKSV (Valtakunnansyyttäjänvirasto) (2010). Julkaisu-
seman tiedonanto 29.6.2010.
- Vorma H., Sokero P., Turtiainen S. & Katila H.
(2005). Opioidikorvaushoito tehoaa. Korvaus-
hoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000–
2002. Suomen Lääkärilehti 9/2005.
- Vorma, H., Sokero, P., Turtiainen, S. & Katila, H.
(2009). Opioidiriippuvuuden korvaushoito
HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–
2005. Suomen Lääkärilehti 64 (20), 1853–1857.
- Vorma H., Sokero P., Aaltonen M., Turtiainen S.,
Hughes L., Savolainen J. (2013). Participation in
opiod substitution treatment reduces the rate of
criminal convictions: Evidence from a com-
munity study. *Addictive Behaviors*. Volume 38,
Issue 7, July 2013, Pages 2313–2316.
- Vuori, E., Ojanperä, I., Nokua, J. & Ojansivu, R-L.
(2009). Oikeuskemiallisesti todetut myrkytys-
kuolemat Suomessa vuosina 2005–2007. Suo-
men Lääkärilehti 64 (39), 3187–3195.
- Vuori, E., Ojanperä, E., Launiainen, T., Nokua, J. &
Ojansivu, R-L. (2012). Myrkytyskuolemien mää-
rä kääntynyt laskuun. *Suomen Lääkärilehti* 67
(22), 1735–1741.
- Väyrynen, P., Saaristo, V., Wiss, K. & Rigoff, A-M.
(toim.) (2009). Hyvinvoinnin ja terveyden edis-
täminen ammatillisissa oppilaitoksissa. Helsinki:
Edita Prima Oy.
- Väänänen, T. (2010). Huumehoidon tietojärjestelmän
kattavuuden arviointi vuonna 2009. Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos. Julkaisu- ja käsikirjoitus.
- Väänänen, T. (2011). Päihdehuollon huumeasiakkaat
2010. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tilasto-
raportti 24/2011. Helsinki.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr24_11.pdf [7.10.2011]
- YAD (Youth Against Drugs) (2011). Ks. toiminnasta
<http://www.yad.fi/toiminta/>