

Kansanterveys ennen kaikkea – Ranskan huume politiikan suuntaviivoja

TOIVO HURME

Ranskan huume politiikkaan viitataan Suomessa usein keskusteltaessa huumeiden käyttäjien korvaus- ja ylläpito hoidoista ja Ranskasta maahan tuotavista buprenorfiinilääkkeistä. Ylläpito hoidot ovat keskeinen osa Ranskan huume strategiaa, mutta eivät tietenkään ainoa. Teen katsauksen siihen, kuinka hoitaa huume ongelmaansa maa, jonka muun muassa WHO (World Health ..., 2001) totesi kansainvälisessä vertailussaan olevan terveydenhoidossa maailman paras.

Ensivaikutelma tuntuu tutulta. Ranskassa huume ongelmaa yritetään torjua kokonaisvaltaisesti korostamalla viranomaisyhteistyötä. Kaikki huumeiden käyttö on edelleen lailla kiellettyä ja rangaistavaa, mutta pelkkien käyttäjä rikosten yhteydessä on runsaat mahdollisuudet rangaistukselle vaihtoehtoisin hoito- ja kuntoutustoimenpiteisiin, joita myös käytetään.

Ranska myöntää avoimesti, että huume on yhteiskunta ei ole mahdollinen. Kansanterveyttä suojelevaa näkökulmaa korostetaan kaikkien – myös poliisi- ja oikeusviranomaisten – toiminnassa. Laittomien ja laillisten päihteen (alkoholi, tupakka) ehkäisy ja haittoja pyritään käsittelemään yhtenä kokonaisuutena.

Ranskan huume politiikkaa koordinoi ministeriöiden välinen virasto MILDT (*Mission in-*

terministrielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie). Tämä on pääministerin alaisuudessa toimiva eräänlainen ”supervirasto”, jonka tehtävänä on määrittellä huume politiikan linjat eri viranomaistahoille. MILDT hallinnoi huume politiikan budjetia ja jakaa rahat valtion eri alueilla huume työtä tekevien viranomaisten ja kansalaisjärjestöjen kesken.

Lainsäädäntö

Ranskan huume politiikan perustana ovat edelleen vuonna 1970 säädetyt huume ainesäädökset, joista pääosa löytyy kansanterveyslaista. Säädökset sisältävät sekä hoitoa että repressiota käsittelevän osan. Käyttäjä määritellään niissä eksplisiittisesti samaan aikaan *sekä* sairaaksi *että* rikolliseksi. Toisaalta laissa tehdään selvä ero huumeiden käytön ja huumeiden kuljetuksen ja kaupan välillä. Eri huumeiden välillä ei kuitenkaan lainsäädännön tasolla tehdä erotteluja.

Huumeiden käyttö on ollut Ranskassa rangaistavaa vuoden 1970 laista lähtien. Käytöstä voidaan tuomita periaatteessa kahdesta kuukaudesta yhteen vuoteen vankeutta ja/tai 100–2 800 euron sakot. Myöhemmin rikoslaista on poistettu vankeuden ja sakon minimirajat ja nostettu sakkojen yläraja 3 800 euroon.

Lain kokonaisuudesta huoli-

matta pelkkään käyttöön syyllistyneet jätetään kuitenkin tuomitsematta tai heihin sovelletaan tuomitsemiselle vaihtoehtoisia toimenpiteitä. Yksi näistä on ehdollinen hoito, johon käyttäjä sitoutuu ja välttää näin rangaistuksen. Syytteistä voidaan myös kokonaan luopua. Käytännössä kannabiksen käytöstä ei tule Ranskassa lainkaan sanktioita ja kovempien huumeiden käytöstä sovelletaan rangaistukselle vaihtoehtoisia seuraamuksia. Toisaalta on syytä ottaa huomioon, että käyttäjän saatetaan katsoa syyllistyneen huumeiden välittämiseen ja tuomita hänet kovempaan rangaistukseen, jos hän esimerkiksi jakaa huume annoksen jonkun toisen kanssa.

Huumeiden kaupasta, välittämisestä ja salakuljetuksesta rangaistaan 2–10 vuodella vankeutta ja/tai 750–7 600 000 euron sakoilla. Tärkeämmästä maahan tuonnista, viennistä tai valmistuksesta voidaan rangaista 10–20 vuoden vankeustuomiolla. Lisäksi huumeiden käytön edistämisestä, käyttöön kehottamisesta tai siinä avustamisesta on omat kriminalisointisäädöksensä.

Käytön trendejä

Ranskan huumeiden käyttötrendit ovat viime vuosina seuranneet monille länsimaille tyypillisiä linjoja. 1990-luvun jälkipuoliskolla heroiinin käyttö vä-

hentyi selvästi. Tämän on oletettu johtuvan heroiinin huonosta imagosta nuorten keskuudessa ja ylläpitohoitojen lisääntymisestä 1990-luvun puolivälistä alkaen.

Joka viides ranskalainen on kokeillut kannabista. Kannabiksen kokeilu ja käyttö lisääntyivät 1990-luvulla ja vakiintuivat erityisesti nuorten keskuudessa. Nuorista teini-ikästä päättyessä yli puolet on kokeillut kannabista. Myös vahvan alkoholin kulutus ja humalajuominen ovat lisääntyneet nuorison piirissä. Toisaalta tupakointi taas on vähentynyt yleisesti. Synteettisten huumeiden käyttö on lisääntynyt, ja niiden uskotaan olevan kasvava ongelma tulevina vuosina. Huumeiden käyttö ylipäänsä on monimuotoistunut: Hallusinogeenien, synteettisten huumeiden ja myös kokaiinin virkistyskäyttö on lisääntynyt enenevässä määrin ja sekakäyttö on kasvanut.

Yliannostuskuolemat ja huumausaineisiin liitetyt muut kuolemantapaukset ovat kuitenkin laskeneet vuodesta 1995 lähtien selvästi. Tätä on selitetty pääasiassa heroiinin käytön laskulla ja ylläpitohoitojen lisääntymisellä. Myös HI-viruksen esiintymisen suonensisäisesti huumeita käyttävien keskuudessa on vähentynyt vuodesta 1994 lähtien, samoin kuin uusien Aids-tapausten määrä.

Käyttäjien hoito

Päihdeongelmallisella henkilöllä on Ranskassa vuonna 1970 säädetyin lain mukaan aina oikeus hoitoon. Hakeutuessaan itse hoitoon päihdeongelman tulee saada sitä ilman mitään oikeudellisia seuraamuksia. Hakkijan halutessa hoito tulee toteuttaa anonymisti ja valtion tulee myös kustantaa se kokonaisuudessaan. Päihdeongelmainen

henkilö voidaan ohjata hoitoon myös terveys- tai sosiaaliviranomaisen päätöksellä ilman, että hänelle koituu mitään oikeudellisia seuraamuksia. Edelleen myös oikeusistuimien voi määrätä asianosaisen hoitoon rangaistuksen vaihtoehtona.

Ranskassa toimii valtion rahoittama, laaja huumeiden käyttäjien hoito- ja tukipalveluihin erikoistunut palveluverkosto (*centres spécialisés de soins aux toxicomanes*, CSST), jonka tehtävänä on huumeiden käyttäjien vastaanotto, informointi, hoidon järjestäminen sekä sosiaalinen tuki käyttäjille ja näiden perheille. CSST:n toimipisteet ovat yhteistyössä sairaaloiden psykiatristen osastojen kanssa, joissa vaativampi vieroitushoito pääsääntöisesti toteutetaan. Vuonna 2001 Ranskassa toimi 263 CSST:n toimipistettä, joista 46 tarjosi majoituksen, 85 oli 24 tuntia vuorokaudessa avoimia olevia vastaanottokeskuksia ja 16 toimi vankiloissa.

Aiemmin CSST:n keskeinen tehtävä oli tarjota sairaalassa toteutetun vieroitushoidon jälkeen käyttäjille lääkkeetöntä kuntoutusta ja majoitusta. Korvaus- ja ylläpitohoitojen laajenemisen johdosta CSST:n toimipisteet ovat kuitenkin muuttaneet käytäntöjään joustavammiksi siten, että majoituksen saamisen ehtoja on madallettu, lääkkeettömyyttä ei edellytetä ja ylläpito-hoidossa olevien asiakkaiden erityistarpeet otetaan huomioon.

Hoitoonohjauksen mahdollisuus on yhdistetty kiinteästi oikeuskäsittelyyn. Syytetyin kanssa voidaan esimerkiksi sopia ehdollisesta hoidosta, josta kieltäytyminen tai tahallinen poisjääminen aiheuttaa rangaistuksen voimaantulon. Erityistapauksissa oikeus voi myös määrätä syytetyin hoitoon vastoin tämän

tahtoa. Tätä menettelyä käytetään kuitenkin erittäin harvoin. Lisäksi huumeiden käyttäjien kohdalla käytetään paljon yhdyskuntapalvelua ja ehdollisia tuomioita.

Ylläpitohoito

Ranskalaisen huumehoidon kuva on muuttunut radikaalisti ylläpitohoitojen lisääntymisen myötä. Metadonihoidon laajenus aloitettiin vuonna 1994 ja buprenorfiinihoidon vuonna 1996. Vuonna 2001 CSST:n toimipisteissä hoitoon rekisteröityneistä peräti 32 prosenttia sai ylläpitohoitoa, kun heidän osuutensa vuonna 1993 oli vain 1,2 prosenttia. Perinteiseen vieroitushoitoon rekisteröityjen osuus on laskenut samana aikana 30 prosentista 9 prosenttiin. Vastaavansuuntainen, mutta hieman maltillisempi kehitys näkyy sairaaloiden tilastoissa.

Ylläpitohoitojen voimakas laajentaminen on ollut selkeä strategianmuutos Ranskan huume-politiikassa. Aiemmin melko tiukkaa käyttäjäkontrollia harjoittaneet viranomaiset ovat nyt mukauttaneet toimintaansa niin poliisissa kuin hoitosektorillakin palvelemaan ylläpito-hoidossa olevien käyttäjien tarpeita. Tämä on tarkoittanut normien löyhentämistä ja käyttäjien retkahdusten suurempaa hyväksymistä. Ranskan kansanterveysviranomaiset pitävät tätä hintana, joka kannattaa maksaa, sillä he uskovat ylläpitohoitojen vaikuttaneen HIV:n esiintymisen ja huume-kuolemien vähenemiseen. Ranskan huume-politiikan kolmivuotisstrategia vuosiksi 1999–2001 (Plan triennal ..., 1999) tuki 1996 aloitettujen laajojen ylläpitohoitojen jatkamista. Maaliskuussa 2001 Ranskassa oli ylläpito-hoidossa yhteensä noin 84 000 henkilöä,

joista 10 000:ta hoidettiin metadonilla ja 74 000:ta buprenorfiinilla.

Ylläpitohoitoon pääsemiseksi vaaditaan lääkärin toteamus oiaattiriippuvuudesta ja metadonihoidon lisäksi virtsatesti. Hoidon aloittaminen ja seuranta tapahtuvat yleensä CSST:n toimipisteissä lääkärin vastaanotolla. Buprenorfiini jaetaan enintään 28 päiväksi kirjoitetulla reseptillä apteekkien kautta, joista saa kuitenkin kerralla mukaansa enintään 7 päivän lääkkeet. Koko 28 päivän buprenorfiinilääkitys on mahdollista luovuttaa apteekista kerralla lääkärin erityisestä määräyksestä. Metadoni taas jaetaan joko valvotusti CSST:n toimipisteissä tai lääkärin niin määrätessä enintään 14 päivän reseptillä apteekista, josta enintään 7 päivän lääkkeet voidaan luovuttaa kerralla. Metadonihoidon yhteydessä tehdään testejä muiden opioidien käytön kontrolloimiseksi.

Ylläpitohoitojen lisääntymisen jälkeen hoitoon hakeutuvien, suonensisäisesti huumeita käyttävien henkilöiden profiili on muuttunut siten, että laittoman buprenorfiinin osuus hallitsevana päihteenä on noussut selvästi ja heroinin vastaavasti vähentynyt. Laittoman buprenorfiinin vuoksi hoitoon hakeutuneista kolme neljästä on jossakin vaiheessa käyttänyt sitä suonensisäisesti. Buprenorfiinille on siis muodostunut pimeät markkinat ja se on piikkihuumeena syrjäyttänyt heroinin.

Ehkäisytoimet

Ranskan huumestrategian mukaan ehkäisyn ja valistuksen suunnittelussa pyritään ottamaan huomioon ensinnäkin se, että sosiaalisesti hyvin pärjäävien ja käyttöönsä hyvin kontrolloivien käyttäjien määrä on kasva-

nut, ja toiseksi se, että huumeiden käyttö on sosiaalisesti hyväksytympää kuin ennen. Huumeiden ehkäisyydelle suuntaviivoja luonut taustatyö (Parquet 1997) kiinnitti huomiota siihen, että valistusta ei ole enää mahdollista perustaa ajatukselle täydellisestä huumeettomuudesta. Lisäksi se korosti riippuvuuden taustalla olevien psykologisten mekanismien olevan samoja niin laittomien kuin laillisten päihteiden osalta.

Ranskalainen valistus yrittää ainakin strategioiden tasolla lähestyä päihteen käyttöä behavioraalista riippuvuusmekanismien näkökulmasta. Tällöin tehdään ero 1) päihteen käytön, 2) haitallisen käytön ja 3) riippuvuuden välillä. Valistus ei keskity ainoastaan käytön aloittamisen ehkäisyyn, vaan myös ehkäisemään siirtymää käytöstä haitalliseen käyttöön ja edelleen riippuvuuteen.

Käytännössä valistus- ja ehkäisyyttä tekevät monet tahot. Huumeepoliittikan kolmivuotisuunnitelmassa (Plan triennal ..., 1999) luotiin alueellinen ehkäisyverkosto, jossa ”huumeet ja riippuvuus” -projekti aloitettiin joka kunnassa. Alueellisen ehkäisyverkon lisäksi maassa toimii erilaisia horisontaaleja verkostoja, kuten kaupunkisopimukset (*contrats urbaine*), joissa valtio, paikalliset viranomaiset ja yhteisöt kehittävät spesifisiä toimintamalleja joillekin alueille sosiaalista syrjäytymistä ehkäistäkseen.

Haittojen vähentämistoimet

Vuonna 1999 huumeiden käyttäjien terveysriskien vähentämisen määriteltiin selkeästi yhdeksi huumeepoliittikan painopisteeksi. Tämän jälkeen on enenevästi perustettu kenttäyksiköjä, joiden tehtävä on etsiä huumei-

den käyttäjiä sekä toimia välittäjänä näiden ja viranomaisten välillä informoiden käyttäjiä tarjolla olevista palveluista.

Ruiskuneulojen vaihto aloitettiin Ranskassa jo 1980-luvun lopulla, ja toiminta on edelleen kasvanut 1990-luvulla. Vuodesta 1993 lähtien on vaihto-ohjelmien yhteyteen perustettu matalan kynnyksen neuvontapisteitä (*boutiques*), jotka tarjoavat narkomaaneille pesutiloja, ruokaa ja pyykkikoneita. Vuonna 1995 avattiin Pariisissa ensimmäinen *sleep'in*, käyttäjille tarjottu hätämajoituspaikka, jonka yhteyteen on järjestetty terveys- ja sosiaalineuvontaa. Ruiskuneulojen vaihto-automaatteja pystytettiin vuonna 2001 kertarysäyksellä yhteensä 227 eri puolille Ranskaa. Näistä automaateista jaetaan pakkauksia, jotka kahden ruiskuneulan lisäksi sisältävät sterilointipyyhkeitä, steriiliä vettä, kondomin, steriilejä filttäreitä ym. injektointin riskejä vähentäviä välineitä sekä ohjeet ja puhelinnumerot, joihin voidaan turvautua hätätilanteessa. Vuonna 2001 Ranskassa oli toiminnassa myös kaksi metadonibussia.

Kansanterveys ennen kaikkea

Kaiken kaikkiaan Ranskan huumeepoliittiset strategiat vaikuttavat melko pragmaattisilta ja realistisilta. Moralistsista argumentointia vältetään ja kansanterveys on noussut yhä voimakkaammin myös huumeepoliittikkaa ohjaavaksi periaatteeksi, mitä ovat varmasti edesauttaneet Ranskan perinteisesti vahva terveydenhoitosektori ja lääkärinkunta.

Valistuksen suunnittelussa korostetaan huumeekysymyksen ammattilaisten ja tutkijoiden ponnasta eikä niinkään puhdasta kansalaisaktivismia. Koska käyttäjistä yhä suuremman osan on todettu olevan muita kuin pe-

rinteisiä ongelmakäyttäjiä, pyritään kokonaisehkäisyyn sijasta ehkäisemään juuri ongelmallisen käytön syntyä, mikä on linjassa kansanterveyden ensisijaisuuden ajatuksen kanssa. Ylläpitohoidot ovat vaikuttaneet selkeästi paitsi hoitopalvelujen käytäntöihin myös hoitoon hakeutuvien henkilöiden käyttäjäprofileihin. Buprenorfiinista on tullut ylläpitohoitojen myötä laajasti käytetty laiton päihde, mutta tätä ei Ranskassa pidetä oleellisena ongelmana, koska buprenorfiinin on todettu laittomana päihteenä korvanneen heroiinin ja omalta osaltaan edistävän näin kansanterveyttä myös pimeillä markkinoilla ja laittomien käyttäjien keskuudessa.

Ylläpitohoitojen laaja läpiajo kuvastaa Ranskan keskusjohtoisen hallinnon tyypillistä tapaa hoitaa asiat ”kerralla kuntoon”. Toisin sanoen, kun uusi toimintamalli saa keskusjohdon hyväksynnän, se ajetaan usein nopeasti ja laajasti käytäntöön. Tästä löytyy esimerkkejä niin opetussektorilta, työvoimapolitiikasta kuin teleliikenteestäkin. Seurauksena on, että esimerkiksi ranskalainen koulutus-, työvoima- tai sosiaalipolitiikka muuttuu suhteellisen harvoin, mutta muutokset ovat laajoja ja vaikutuksiltaan mittavia.

Kirjallisuus
COUNTRY PROFILE – FRANCE.
<http://eldd.emcdda.org/databa->

[ses/eldd_country_profiles.cfm?country=FR](http://eldd.country_profiles.cfm?country=FR)

NATIONAL REPORT ON DRUGS IN SOCIETY. France. http://www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/national_reports.shtml

PARQUET, P. J.: Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives. 1997. http://www.drogues.gouv.fr/fr/professionnels/etudes_recherches/indicateurs_tendances/254.html

PLAN TRIENNAL DE LUTTE CONTRE la drogue et de prévention des dépendances 1999–2001. Plan Interministériel. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Paris 1999

WORLD HEALTH REPORT 2000. WHO 2001. <http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/>.

Koulutuksen haihtuva lumous

ANTTI SALONIEMI

Jokainen suomalaisia kuvaavan tilastoaineiston kanssa työskennellyt tietää, että koulutusta ja ikää on mahdoton pitää missään analyysissä erillään toisistaan. Aapistotuudeksi nousee koko ajan se, että nuoremmat ikäluokat ovat vanhempia koulutempia. Kuten Juha Kauppila jo väitöskirjansa tiivistelmässä toteaa, tämä suhde on Suomessa tiiviimpi kuin teollistuneissa maissa yleensä. Rakenteellisella tasolla koulutuksen laajentumista onkin tutkimuskirjallisuudessa puitu kattavasti. Moneen kertaan sitä on käsitelty myös sukupolvien välisenä jäkätöksenä. Harvassa lienevät ne vastaakoiset koululaiset, jotka eivät

isiltään ja äideiltään ole saaneet kannustusta opintielleen saarnalla, jonka perusvire lähtee teemasta ”jos minulla olisi sinun iässäsi ollut mahdollisuus –”. On oikeastaan hämmästyttävää, ettei tätä kaikille jollakin tavalla tuttua teemaa eli koulutuksen muuttuvia sukupolvittaisia merkityksiä ole aikaisemmin liiemmästi tutkittu. Kirjansa työkysymykseksi Kauppila määrittelee sen, ”miten suomalaiset käyttävät koulutusta elämänsä rakentamiseen”.

Analyysin välineenä sukupolvina on viimeksi kuluneiden vuosikymmenien aikana Suomessa käytetty niin usein, että eräänlaisesta tutkimusperinteestä puhu-

Juha Kauppila
Sukupolvet, koulutus ja oppiminen
Tulkintoja koulutuksen merkityksestä elämänsä rakentajana
Joensuun yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja N:o 78
Joensuu 2002

minen on perusteltua. Elämäkerta on tämänkin tutkimuksen empiirinen perusyksikkö. Haastattelujen kautta Kauppila muotoilee aineistostaan kolme koulutussukupolvea: ennen vuotta 1936 syntynyt sodan ja niukan koulutuk-